

Krwawicz, Tadeusz

Fragmenty autobiografii

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 31/2, 274-314

1986

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.





Profesor Tadeusz Krwawicz. U góry obraz A. Brouwera pt. *Potyczka*
(Fot. Jacek Mirosław)

Tadeusz Krwawicz

FRAGMENTY AUTOBIOGRAFII

Mówi się, że ojczyzną człowieka jest to miejsce, gdzie się urodził. Ja urodziłem się w 1910 r. w samym sercu Lwowa — na Cytadeli przy ul. Wrcnowskich. Pamiętam to miejsce jednak tak jak za mgłą. Zanim bowiem skończyłem trzy lata, rodzice moi przenieśli się na Podole do Nizniowa, gdzie ojciec po zakończeniu zawodowej służby wojskowej objął posadę drogomistrza wraz z kierownictwem eksploatacji kamieniołomu również w tej miejscowości. I tam wychowywałem się wraz ze starszym o dwa lata bratem Aleksandrem, w domku z podmurowaniem przeciwpowodziowym, w pobliżu lewego brzegu Dniestru wśród wspaniałych łąk, pagórków, jarów oraz krzewów i wiklin tuż nad brzegiem tej wspaniałej rzeki. Tam, zanim nauczyłem się składać litery, pod troskliwą, ale nie narzucającą się opieką starszego stajennego Hrynia Dolisznego, dosiadałem konia na oklep. Myślę, że właśnie tam w późniejszej podświadomości była moja pierwsza ojczyzna. Sniła mi się ona często w najpiękniejszych snach. Nawet wtedy, gdy powróciłem do Lwowa, swej jedynej i prawdziwej ojczyzny, na studia lekarskie. Przyjechałem tu z Krakowa po rocznych studiach w Akademii Górniczej. Moi rodzice już wtedy od dawna mieszkali w swoim rodzinnym mieście Kałuszu, który był miastem górniczym. Tam też w kopalni soli potasowych spędzał niemal całe życie mój dziad ze strony ojca. Trudno więc dziwić się, że cichym marzeniem moich rodziców było, bym został inżynierem-górnikiem i wrócił do Kałusza. Niestety w Kałuszu ukończyłem gimnazjum neoklasyczne, musiałem więc dokształcić się z fizyki i matematyki, co mogło mi ułatwić dostanie się na Akademię Górniczą. Podjąłem też dodatkowo pracę w kopalni, by zdobyć dodatkowe punkty na AGH. Dostałem się na pierwszy rok studiów, przede wszystkim chyba dzięki punktom z kopalni. W Krakowie, by ulżyć nieco w wydatkach rodzicom, gdyż młodsze rodzeństwo dorastało, postarałem się o zajęcie prefekta w bursie Rzemieślniczo-Rękodzielniczej Księdza Kuznowicza przy ul. Krupniczej. Tam mieszkało również kilku

studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego, między innymi studenci medycyny. Zaprzyjaźniłem się z nimi i bardzo interesowały mnie ich studia. Na pierwszym roku AGH były wykłady obowiązkowe czy też nadobowiązkowe z higieny, które prowadził prof. Janiszewski. Prowadził on je interesująco i sugestywnie. Wiele było humanizmu w tych wykładach. Wpadłem w jakąś fascynację medycyną. Wtedy doszedłem do przekonania i czułem to, że mój wybór studiów nie był właściwy. Bardzo mi pomógł w tym ojciec. Gdy przyjechałem na wakacje do domu i oględnie o tym powiedziałem, doradził mi zmianę studiów. Na Wydział Lekarski dostałem się bez trudności, gdyż w załączonym indeksie AGH miałem zaliczone wykłady z fizyki i chemii. Gdy już zapadła decyzja zmiany kierunku studiów, w czasie wakacji odbywał się Światowy Zjazd Drużyn Sokolich w Poznaniu, na który pojechałem jako członek drużyny braci sokolej w Kałuszu. W czasie zresztą jakoś bardzo męczącego pobytu na tym zjeździe zachorowałem nagle i stwierdzono ciężkie zapalenie płuc. Tak prędko — jak to było możliwe — zjawił się mój ojciec. Chociaż nie wpuszczono nikogo do mnie, On zawsze jakoś się dostał. Sprawilo mi to wielką radość, ale byłem mało przytomny. Wreszcie nastąpił kryzys, wyszedłem z tego obronną ręką, ale byłem ogromnie osłabiony i tu troskliwa opieka mojego ojca ogromnie się przydała. Nie pamiętam jego imienia, ale wiem, że leczył mnie tam dr Orzechowski, który nie tylko był wspaniałym lekarzem, ale serdecznym i rozumnym człowiekiem. Poświęcił mi dużo czasu i trudu. W ciężkich chwilach znajdował się zawsze w pobliżu. Był on przykładem ofiarnego i doskonałego lekarza o ogromnej dobroci, chociaż bez jakichś sentymentów. Stał się on dla mnie przykładem, który później w życiu starałem się naśladować. Ojciec z wielką troskliwością odwiózł mnie do domu i wkrótce pod opieką Matki szybko doszedłem do pełnego zdrowia. Przyszedł czas wyjazdu do Lwowa. Ojciec chciał mnie tam jakoś dobrze ułokować. Pojechał do swojego dalekiego kuzyna i wynajął u niego dla mnie pokój. Byli to starsi ludzie z córką też niezbyt młodą. Zwykle rano wychodziłem i wracałem dopiero wieczorem po zajęciach, którym poświęcałem się bardzo pilnie. Cóż z tego, kiedy nie miałem spokoju, by odpocząć i poczytać, czy pouczyć się trochę w domu! Ci mili ludzie prosili mnie codziennie na kolację, która przeciągała się długo, a potem dla rozrywki następowała jakaś gra w karty. Już nie wiem, jaka to była gra, ale ogromnie mnie nużyła, gdyż po codziennym trudzie chciałem znaleźć się w swoim pokoju. Zwykle jeszcze musiałem wysłuchać całego programu koncertu fortepianowego córki tych państwa. Znudziła mi się i zmęczyła mnie ta sytuacja. Zamiast więc wracać wieczorem do domu, wracałem po północy i to dość regularnie. Nie minął jednak miesiąc, gdy ojciec znowu przyjechał. Ucieszyłem się oczywiście ogromnie, ale pierwsza rzecz, o której powiedziałem, było to, że nie będę mógł tutaj dłużej mieszkać i wychodzę teraz, bo muszę i proszę Go bardzo

żeby wszystkie moje rzeczy kazał przenieść do mojego nowego mieszkania, które sobie zarezerwowałem u kolegi jako wspólne — przy ul. Piekarskiej. Ojciec trochę się zdziwił, powiedział, że będzie mu przykro powiedzieć o tym gospodarzom. Nalegałem, że ja już tutaj nie wrócę, a teraz muszę iść, bo mam zajęcia. Byłem pewny, że On to jak najdelikatniej załatwi, by nie robić gospodarzom przykrości. To moje nowe mieszkanie, do którego ojciec sam przywiózł moje rzeczy, nie było zbyt ciekawe. Wieczorem poszliśmy do teatru, później na jakąś kolację. Przed odjazdem jeszcze ojciec tak mimochodem zapytał mnie, czy czesne, na które zostawił mi pieniądze na bieżące półrocze, wpłaciłem do kasy kwestury. Powiedziałem ojcu szczerze, że nie, że niestety część tych pieniędzy wydałem; ponieważ nie wracałem wcześniej do domu, to gdzieś musiałem chodzić na kolacje i pieniądze się trochę rozeszły. Nie było jednak złego słowa. Dostałem nowe pieniądze na czesne, ażeby, jeżeli to będzie możliwe, jutro zapłacić, co zrobiłem.

Kiedyś dopiero, po latach, dowiedziałem się o tym, jak bardzo mój ojciec był wyrozumiały i rozsądny. Usłyszał od swego kuzyna jak najgorszą opinię o mnie, i to, że wracam późno do domu, że niekiedy jakiegoś podejrzanego towarzystwo odprowadza mnie pod bramę, że jestem rozrzutny i że chyba ze mnie nic nie będzie. Szkoda każdego jego grosza na mnie. Był obrażony o to, że ja wyprowadzam się mimo konwencjonalnych wyjaśnień mego ojca. I wtedy mimo wszystko ojciec przymknął na to oczy, nie mówiąc mi o niczym. Byłem wówczas trochę zbuntowany i gdyby zrobił mi wymówki, mogłoby to wiele między nami zepsuć. Ojciec jednak ufał mi. W domu razem z matką martwili się bardzo o mnie, o czym od matki dowiedziałem się w zaufaniu kilka lat potem. Po jakimś czasie, na walnym zebraniu Bratniej Pomocy medyków zostałem wybrany gospodarzem Domu Akademickiego przy ul. Pijarów 35. Było to zajęcie płatne. Otrzymywałem mieszkanie, utrzymanie i 100 złotych miesięcznie. W ten sposób finansowo stałem się zupełnie uniezależniony na szereg lat, gdyż byłem wybierany kilkakrotnie niemal do końca studiów. Studia jednak ukończyłem z opóźnieniem, dopiero w 1938 r. uzyskując dyplom lekarza.

*

* *

Po otrzymaniu dyplomu znalazłem się właściwie w dość trudnej sytuacji, gdyż już przestałem być jako lekarz gospodarzem Domu Akademickiego, a potem również i dyżurnym opieki zdrowotnej dla studentów uczelni lwowskich. Prof. J. Grek obiecał mi adiutum — rodzaj takiej półasystentury. Nie było to dużo, lecz można było uczyć się i wyżyć. Ale ja nie chciałem zostać na internie. Marzyłem o chirurgii, a szczególnie o dostaniu się do prof. T. Ostrowskiego. Nie było to wów-

czas możliwe. Tak więc za radą późniejszych słynnych profesorów Tadeusza Kielanowskiego i Wiktora Brossa zgłosiłem się na histologię do prof. Bolesława Jałowego z prośbą, aby pod jego kierunkiem rozpocząć badania do przyszłej pracy doktorskiej. Profesor zatwierdził badania rozstrzelany wraz z innymi lwowskimi profesorami w lipcu 1941 r. — w gówki. W tym czasie zaczęło się mówić, że prof. Adam Bednarski poszukuje kogoś do obsady stanowiska asystenta w Klinice Okulistyki. Zarówno prof. Grek i starsi koledzy, a również prof. B. Jałowy radzili, ażebym zgłosił się do prof. Bednarskiego i wyraził gotowość podjęcia pracy. Nie mogłem jednak z tym pogodzić się, gdyż ciągle marzyłem o tym, że otworzy się coś na chirurgii.

O okulistyce wiedziałem mało, gdyż doktorat mój i badania nad rogówką nie były kontaktem z okulistyką, a tylko z okiem. Byłem znowu w dość trudnej sytuacji finansowej i postanowiłem na kilka miesięcy spróbować pracy w Klinice Okulistyki. Powiedziałem o tym szczerze Profesorowi, zaznaczając, że mogę pozostać w tej klinice z jedną wszakże prośbą: „chciałbym mianowicie, jeżeli po dwóch lub trzech miesiącach nie będę tu widział swej przyszłości, by Pan Dziekan pozwolił mi odejść i nie miał mi tego za złe”. Profesor odpowiedział bardzo lakonicznie, jak to było w jego zwyczaju, „Proszę pana, może pan przystąpić do pracy od jutra, do widzenia panu”. Zgłosiłem się do doc. J. Grzędzielskiego, który pełnił funkcję adiunkta.

Był to chyba lwowski *genius loci*, gdy obok wielkich profesorów, o których wspominałem, byli i inni wielcy, jak: prof. prof. A. Beck, K. Bocheński, W. Czarnecki, J. Czekanowski, M. Dobrzański, J. Dadlez, N. Gąsiorowski, M. Franke, F. Groer, W. Koskowski, J. Lenartowicz, A. Cieszyński, S. Laskownicki, S. Loria, J. Markowski, W. Nowicki, J. Parnas, R. Rencki, W. Sieradzki, Z. Steusing, W. Szymonowicz, R. Weigl, T. Zaleski, W. Ziembicki i młodszy: Z. Albert, W. Bross, W. Grabowski, A. Gruca, T. Kielanowski, B. Popielski, S. Liebhart, T. Baranowski i inni. Dla mnie najważniejsze jest to, że takimi pamiętam ich do dzisiaj. Dodam, iż niemal wszystkich moich ówczesnych profesorów uważałem za wielkich uczonych i lekarzy.

Nie łatwo wtedy było się dostać na medycynę, uczyć się też było niełatwo, bo chyba połowa odpadała, a ci, którzy kończyli, musieli rzeczywiście sobą coś reprezentować.

W czasie ostatniej promocji doktorskiej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza, tuż przed wybuchem II wojny światowej, otrzymali stopnie doktora trzej lekarze: M. Kędra, K. Wątorski i ja. Wszyscy po wojnie zostaliśmy profesorami. To o czymś świadczy. Niestety, znakomity histolog i wspaniały człowiek, mój profesor — prof. Bolesław Jałowy zginął pod koniec tej wojny.

Po kilku miesiącach nie chciałem już nigdy z Kliniki Okulistyki odchodzić. Z biegiem czasu coraz to bardziej musiałem podziwiać doc. J.

Grzędzielskiego. Był on znakomitym lekarzem, doskonałym operatorem, erudytą i wspaniałym eksperymentatorem. Zawsze poszukiwał on czegoś nowego, czegoś lepszego. Jestem przekonany, że gdyby nie został rozstrzelany wraz z innymi lwowskimi profesorami w lipcu 1941 r. — w tym dniu ponurej klęski nauki polskiej we Lwowie, to zdobyłby szczyty okulistyki światowej. Zaprzyjaźniłem się szczególnie z drem J. Lapierrrem, moim starszym kolegą z kliniki, a przyjaźń ta przetrwała do dnia dzisiejszego. Profesor nasz budził wielki wśród nas szacunek, przede wszystkim przez swoją niezwykłą delikatność, skromność, jak też wiedzę i stanowczość. Profesor nie miał zwyczaju przychodzić w soboty do kliniki. W tym dniu szczególnie dużo czasu poświęcał poszukiwaniom w archiwach, w bibliotekach. Niezależnie od innych badań zajmował się on historią okulistyki i opracowywał historię okulistyki w Polsce w wieku XIII—XVIII oraz materiały do dziejów medycyny polskiej w XIV—XV stuleciu i inne. Bywało jednak, że byliśmy tym ogromnie zdziwieni, gdy Profesor w sobotę zjawiał się w klinice. Ale był wtedy jakiś inny aniżeli zawsze. Nie patrzył w naszym kierunku, przeskakiwał przez korytarz tak jakby z podniesionym kołnierzem palta, przechodził szybko do swojego gabinetu, do swojej biblioteki, zabierał to, co mu było potrzebne i natychmiast wychodził z nikim się nie witając, nie żegnając, a nawet nie odpowiadając na ukłony niektórych z nas. Byłem trochę zdziwiony, ale starsi koledzy wyjaśnili wszystko. Profesor przyszedł wyjątkowo do biblioteki aby zabrać jakieś materiały, lecz był tak delikatny, że nawet nie chciał patrzeć w naszym kierunku, ażebyśmy nie pomyśleli, że on przyszedł nas w sobotę kontrolować, gdyż brak mu do nas zaufania.

Nadszedł wreszcie czas, gdy dojrzałem do przeprowadzania większych operacji. Nikt nie otwierał oka i nie usuwał zaćmy przed drugim rokiem pobytu w klinice. Operator musi wiedzieć, jak wszystko zaplanować, jak pokierować operacją, co zrobić z asystą i co z tymi, którzy „zasypiają” przy stole. To jest rodzaj walki i nie może jej prowadzić nikt, kto waha się i nie jest do końca pewien jak postąpić. Przy stole operacyjnym potrzebna jest stanowczość i absolutna suwerenność decyzji. Tego należy się nauczyć, zanim samemu weźmie się nóż do ręki. Potem — przed operacją — często trzeba jeszcze nie spać w nocy, ażeby sobie wszystko uporządkować; po operacji znowu trzeba nie spać, a tylko czekać niecierpliwie, ażeby rano pójść wcześniej do kliniki i zobaczyć, jak ten chory wygląda.

Przed moją pierwszą operacją katarakty ja spałem w nocy, bo nie wiedziałem, że będę rano operował, ale do dziś pamiętam ten dzień dokładnie, zadziwiająco dokładnie. To było już na sali operacyjnej. Miałem — jak zwykle — asystować. Przed samą operacją starszy lekarz, dr L. Maksymońko, którego do dziś bardzo ciepło wspominam, powiedział szeptem profesorowi, że może dziś dr Krwawicz przeprowadzi operację

zaćmy. Profesor odpowiedział krótko: „dobrze, dobrze”, tak jak gdyby go to wcale nie interesowało. Podeszedł jednak bliżej, bacznie patrzył, obserwował pole operacyjne. Nie tak jednak wyglądała ta operacja, jak to sobie wyobrażałem i wprost widziałem ją wcześniej i wymarzyłem, wyrysowałem, wyćwiczyłem. Była to katarakta, najpiękniejsza, najbardziej fascynująca spośród wszystkich innych operacji, a przy tym bardzo delikatna i wymagająca perfekcji ze względu na bardzo małe margines błędów. Profesor stał za mną cały czas, patrzył mi pilnie na ręce. Wiedziałem, że jest napięty, wiedziałem, że gotów jest przestrzec, gdybym wykonał fałszywy ruch. Byłem jakiś związany i jak bym miał drewniane ręce. Soczewka została usunięta nie tak elegancko jak pragnąłem tego, ale bez powikłań. Nie przyniosła mi ona jednak zadowolenia, tego spełnienia, którego oczekiwałem. To przyszło dopiero później. W czasie operacji zaćmy czasami wydaje się, że jest dużo miejsca, ale wystarczy jeden nieprecyzyjny ruch, żeby zniknęły wolne przestrzenie, wtedy następny każdy ruch musi być już absolutnie precyzyjny. Nie ma tu żadnego marginesu błędu. Dlatego uważałem już jako kierownik kliniki, że zawsze muszę być przy tej operacji, że w końcu to ja odpowiadam za chorego, a jeśli coś nie uda się, to nie jest ważne, kto był przy stole, ważne jest, ko go tam postawił. Zrozumiałem niepokój mego profesora.

Kiedy powstała klinika lubelska i operowano zaćmę, to albo operowałem sam, albo przynajmniej stałem przy stole. Oczywiście nie obserwowałem całego przebiegu tej operacji, to było niemożliwe, bo często operowano około dwudziestu chorych dziennie. Wchodziłem tylko na moment tych czynności, które wykonywano wyłącznie w mojej obecności. Ktoś by mógł pomyśleć, jak zdążyłem na czas do tych wszystkich, nieraz wielu operacji. Muszę wyjaśnić, że jeżeli nie zdążyłem, to na mnie czekano. Sala operacyjna — to nie salon, często są tam twarde rozmowy, czy też monologi, którymi niektórzy czuli się czasem dotknięci. Tam nie ma miejsca na wyszukane konwenanse. Sala operacyjna bowiem jest niekiedy polem walki. Nawet mego profesora, pana o nienaganych manierach, szanującego innych, a szczególnie młodych przy stole operacyjnym, można było niekiedy zobaczyć jako innego człowieka. Są to bowiem nierzadko zbyt wielkie napięcia, by można było dbać o nienagannosc. Przetaczały się fronty, byliśmy zalewani wypadkami urazów i zranień, często beznadziejnymi, szczególnie u dzieci, a niekiedy trudno było pomóc. To było najtragiczniejsze.

Wkrótce zmarł profesor. Nie mógł już wysiąść z dorożki, gdy przyjechał któregoś dnia do kliniki. Wnieśliśmy Go do gabinetu i zmarł na moim ręku.

*

*

*

W 1944 r. zostałem powołany do służby wojskowej w II Armii Wojska Polskiego — do Lublina. Początkowo otrzymałem przydział do VII Szpitala Garnizonowego. Wkrótce został utworzony II Szpital Okręgowy z oddziałem okulistyki, którego kierownictwo objąłem. Został tam urządzony oddział na stosunkowo dobrym poziomie. Pełniłem również funkcję zastępcy Komendanta Szpitala ds. lekarskich. Po działaniach wojennych zostałem zdemobilizowany w stopniu majora; jako były pracownik naukowy Uniwersytetu Jana Kazimierza rozpocząłem pracę na uniwersytecie lubelskim.

Chociaż bezpośrednio na codzień pracowałem pod kierownictwem doc. Grzędzielskiego i skorzystałem od niego wiele, co nieraz mogło wystarczyć na całe dalsze życie, to jednak prof. Bednarski, z którym rzadziej miałem szczęście przebywać, wywarł zasadniczy wpływ na moje zamiłowanie do poznawania dziejów sztuki, a z czasem i na kolekcjonerstwo. Był to znakomity okulista, a zarazem wielki esteta i humanista oraz historyk, który fascynował nas wszystkich zarówno swoim znawstwem historii okularów w Polsce, jak i fantastycznym zbiorem sztychów. Tak się złożyło, że starszy już nieco podówczas tytułarny profesor kliniki lwowskiej — Wiktor Reis — był również wielkim znawcą rzeźby i malarstwa oraz autorem wielu publikacji traktujących o sposobach przedstawiania oka w sztuce, co stwarzało podstawy do studiów porównawczych okresów rozwoju rzeźby i malarstwa. Zwracał on uwagę, że w malarstwie klasycznym odtworzenie naturalnej źrenicy i ułożenia oka stało się czynnikiem odzwierciedlającym stan psychiczny postaci. Według moich dalszych obserwacji lekkie odchylenie gałki ocznej, co zwykle nazywamy zezem, staje się u niektórych malarzy, jak np. u Axentowicza w jego cyklu obrazów przedstawiających postacie Jordana, środkiem wyrażania zadumy czy też fascynacji. Nie jest również rzadkością wkraczania patologii w dziedzinie dzieł sztuki. Wiadomo, że naturalistyczny sposób odtwarzania ułomności i schorzeń ludzkich ułatwia lekarzom rozpoznanie różnych chorób minionych wieków. Wiadomo także, że niewidomi stawali się tematem dzieł sztuki. Była nawet odtwarzana operacja zaćmy w szkicach i obrazach Rembrandta. W moich zbiorach znajduje się dzieło Pautscha przedstawiające staruszkę z chorymi oczyma, który — mimo swojego cierpienia i ubóstwa — siedząc w wiosennym słońcu jakby potwierdza przekonanie, że natura i człowiek dążą do światła. Osobiście zawsze poznaję dzieła Jacka Malczewskiego po sposobie malowania oczu, a zwłaszcza powiek.

Niezależnie od tych interesujących mnie szczegółów, związanych z malarskim odtworzeniem oka, jestem zafascynowany każdym wielkim malarstwem, a zwłaszcza malarstwem polskim; toteż polonika dominują w moich zbiorach.

Początkowo, gdy prof. J. Abramowicz przyjechał w 1944 r. do Lublina, chciał zmienić stan rzeczy zastany w Oddziale Ocznym Szpitala

Miejskiego. Ale nie udało mu się to ze względu na niechęć zasiedziałego tam ordynatora. W tym czasie zorganizowałem i objąłem kierownictwo oddziału ocznego dzieci w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Prof. Abramowicz tymczasem odszedł do Gdańska i objął tam kierownictwo kliniki. Ordynator z Łucka — dr M. Jasiński — habilitował się wówczas i został następcą profesora Abramowicza, ale również bez kliniki. Stosunki jednak pomiędzy nim a Radą Wydziału ułożyły się źle i umowa została po roku rozwiązana. Wówczas w 1948 r. zwrócono się do mnie i przekazano mi kierownictwo nie istniejącej co prawda jeszcze kliniki. Przy stosowałem do tego celu dom mieszkalny. Urządzono tam trochę dziwaczną, jednak schludną, klinikę — najlepiej jak to wówczas było możliwe. Chorzy czuli się tam dobrze. Była to jednak od samego początku sprawa przejściowa przez to, że chorych musiano znosić z zaimprovizowanej sali operacyjnej na dół po wąskich i stromych schodach. Dopiero rok 1954 przyniósł klinice wielką zmianę, gdy po bardzo troskliwym remoncie XIX-wiecznego pałacyku przy ul. Chmielnej, po nadbudowaniu piętra przeznaczonego na blok operacyjny, powstała z wyglądu nieco romantyczna, ale już z prawdziwego zdarzenia Klinika Okulistyki.

Rozwijające się badania naukowe prowadzono już wówczas we własnych wyodrębnionych pracowniach. Dotyczyły one zagadnień immunologii, histologii, histochemii, biochemii tkanek oka oraz chirurgii doświadczalnej.

Badana nad immunologicznymi właściwościami oka pozwoliły na stwierdzenie, że zarówno przedni odcinek gałki ocznej, jak i ciało szkliste, biorą udział w procesach odpornościowych ustroju, co przyczyniło się do zrozumienia praw rządzących mechanizmem obrony oka. Badania doświadczalne wykazały, że komórki stałe warstwy właściwej rogówki stanowią jedno z ogniw układu czynnej mezenchymy i mogą być uważane za histocyty w stanie spoczynku. W badaniach histochemicznych tkanek oka szczególną uwagę zwrócono na rogówkę, starając się prześledzić procesy towarzyszące gojeniu się jej zranień, a także zrozumieć histochemiczne tło zjawisk zachodzących w przebiegu keratoplastyki czy też w innych plastycznych operacjach rogówki. Były to również badania nad przygotowaniem i zastosowaniem do keratoplastyki wszczepów rogówkowych liofilizowanych, które przygotowywano własnym sposobem drogą oszczędzającej liofilizacji. Przeprowadzono również szereg badań dla wykazania przydatności wszczepu liofilizowanego po jego autorehydracji do warstwowej keratoplastyki śródrogówkowej. Zastosowano śródrogówkowy sposób warstwowego wszczepiania rogówki w przypadkach niezbyt głębokich bielm. Stosowano zarówno wszczepy świeże, jak i liofilizowane. Drogą operacji plastycznej rogówki wyrównywano wadę refrakcji w oku bezsoczewkowym przez czasowe śródwarstwowe wszczepienie krążka z plastyku dla zmiany jej krzywizny.

Wprowadzono również operację wyrównującą krótkowzroczność przez częściowe warstwowe usunięcia zrębu pośrodku rogówki, za co łącznie z kriochirurgią zaćmy otrzymałem w 1964 r. nagrodę państwową I stopnia. Opracowano i zastosowano klinicznie operacyjne leczenie skrzydlika przez jego wszczępienie do ściany twardówki.

Badania nad zakażeniami, zranieniami i owrzodzeniami rogówki doprowadziły do opracowania sposobu oszczędzającego ich oczyszczania przy użyciu enzymów proteolitycznych. Przedstawiono odległe wyniki tych operacji. Przeprowadzono również badania nad elektrochemicznym sposobem usuwania odłamków miedzi z izolowanego ciała szklanego i stwierdzono, że w ten sposób można usunąć do 70% metalu. Podjęto również badania nad zapobieganiem miedzicy w przypadku tkwiącego już i nie dającego się usunąć odłamka miedzi z ciała szklanego.

Wymieniłem tylko niektóre kierunki badań, gdyż chciałbym uniknąć zbytniej rozwlekłości. Nie potrzebuję nadmienić również, że dosłownie wszyscy w klinice ciężko i z wielkim zapałem oraz sprawnie pracowali. Jeżeli chodzi o personel średni, to brak mi superlatywów, na który zasługuje. O moich współpracownikach naukowych mogę powiedzieć, że w tym właśnie okresie zaczęły się pierwsze promocje doktorskie (było ich łącznie 20) i przewody habilitacyjne (łącznie 8). Stąd też wspominał wszystkich pracowników kliniki z uczuciem przyjaźni i sympatii za to, że wraz ze mną tworzyli to wszystko, co jest wartościowe i trwałe.

Od czasu, gdy przed dwudziestu pięciu laty znaleziono godne miejsce dla Kliniki Okulistyki, przekazując odbudowany i odpowiednio przystosowany XIX-wieczny pałacyk na jej siedzibę, zrasta się ona z krajobrazem Lublina, a z drugiej strony nazwa miasta stała się symbolem naszych idei. Może znowu jakiś *genius loci*, a może ten gest dla nauki polskiej pobudził do bardziej wzmoczonego wysiłku, którego rezultatem stały się nowe osiągnięcia; wywarły one poważny wpływ na okulistykę światową w dziedzinie zapobiegania ślepotcie przez zapoczątkowanie kriochirurgii zaćmy i krioterapii oka.

W miarę jednak postępu i wprowadzenia nowych operacji na zdrowym oku dla zmiany jego refrakcji, gdy pionierskie badania w tej dziedzinie zostały przeprowadzone właśnie w tutejszej klinice, zaistniała konieczność wybudowania nowej kliniki z zabezpieczeniem całkowitej aseptyki i antyseptyki.

Badania nad widzeniem od najdawniejszych czasów przyciągały najlepsze umysły. Połączona wiedza badaczy dawnych i teraźniejszych stworzyły sztukę i naukę, których dążeniem stało się zabezpieczenie podstawowego, ludzkiego prawa do widzenia. Nigdy dotąd nie byliśmy w tak krótkim czasie w dziedzinie okulistyki świadkami tak wielkiego postępu, jak to zdarzyło się w ostatnich kilku dekadach. Dekady te zyskały sobie miano „złotego wieku” okulistyki, z ogromną mnogością aparatury,

instrumentów, metod i technik. Okulistyka polska nie pozostawała w tyle, wręcz przeciwnie — jej osiągnięcia wzbudzały zainteresowanie i były przyjmowane w świecie. Fakt, że nauka ta ma szczególne znaczenie dla społeczeństwa, wpłynął na decyzję władz nadania nowego kształtu lubelskiej klinice okulistyki, przez dobudowanie nowego budynku, zgodnie ze współczesnymi potrzebami.

O kształcie nowej kliniki decydował przede wszystkim inż. dr S. Roszczyk — główny projektant, realista, a przy tym człowiek utalentowany i z wielką wyobraźnią. Już na samym wstępie przy omawianiu projektu posadowienia i dobudowania nowego budynku kliniki wynikła sprawa poszanowania starodrzewia. Dr Roszczyk zrozumiał to natychmiast i mimo wynikających stąd trudności technicznych drzewa pozostały do dzisiaj. Był to jeden z pierwszych ujmujących mnie momentów. Dr Roszczyk nie unikał rozmów ze mną dotyczących koncepcji współczesnej kliniki okulistyki. Starał się zawsze jak najwięcej dowiedzieć, jak wygląda „nowoczesność” w budownictwie okulistycznym, czy obowiązują jakieś zasadnicze kanony. Okazało się, że kanonów brak, że wszystko oparte jest — być może zbyt — na tradycjach. Nie zostały też zniszczone jeszcze niektóre powszechne pragnienia okulistów. Dotyczą one np. sprawy oddzielenia aseptycznej współczesnej makro- i mikrochirurgii oka od okulistyki zachowawczej i operacyjnej oka chorych, dotkniętych schorzeniami bakteryjnymi.

Postanowiono, że septyczna okulistyka operacyjna i zachowawcza pozostaną w odremontowanym i przystosowanym do tego budynku starej kliniki, która mieści się w pałacyku przy ul. Chmielnej, a nowy budynek z zachowaniem antyseptyki powstanie obok, połączony jedynie podziemnym przejściem ze starą kliniką w jedną całość. W ten sposób powstał kompleks, w którym mieści się okulistyka zachowawcza i operacyjna dla ludzi dotkniętych schorzeniami ropiejącymi, a obok okulistyka antyseptyczna z problemowymi oddziałami takimi, jak: mikrochirurgia, chirurgia siatkówki, chirurgia rogówki i zaćmy oraz antyseptyczny oddział chirurgii dla dzieci. Wszystkie te oddziały połączone zostały jednym antyseptycznie i aseptycznie, nowoczesnie urządzonej blokiem operacyjnym, którego sale obudowane są ścianami ze szkła wbudowanego w aluminium, co stwarza wrażenie wielkiej przejrzystości. Operacje okulistyczne są tak delikatnym i szlachetnym zadaniem, że powołani do ich wykonania mają prawo i obowiązek w tej pracy korzystać z warunków, które im pozwolą na psychiczny i fizyczny odpoczynek oraz świeżość. Stąd też zadbano zarówno na tej sali operacyjnej — jak również wszędzie, gdzie to możliwe — o tzw. czynnik ludzki. Przychodnia przykliniczna łączy chorych z miasta i regionu bezpośrednio z kliniką. Dobrze wyposażone pracownie, a szczególnie biochemiczna, genetyczna, kriochirurgiczna oraz chirurgii doświadczalnej, mają właściwe możliwości prowadzenia badań. Wszystko to razem łączy się z uro-

czą architekturą osobnego audytorium kliniki, w którym może się odbyć każde światowe sympozjum, gdzie prowadzi się wykłady dla studentów, posiedzenia naukowe dla lekarzy.

Przewodniczący Światowego Stowarzyszenia Chirurgów Oka, prof. H. King, wyraził opinię, że w Europie najlepiej mu się podoba ta właśnie klinika ze względu na swoją nowoczesną prototypową ideę. Prof. J. François, Prezydent Światowej Federacji Towarzystw Okulistycznych i Światowej Rady Okulistycznej, oraz Prof. F. Hollwich, Prezydent Światowej Akademii Okulistyki, podkreślali prostotę i estetykę wnętrza, prototypowy charakter całości oraz tzw. czynnik ludzki, który został w tak dużej mierze wszędzie uwzględniony. Słowa poważania i wdzięczności należą się nie tylko głównemu projektantowi, ale wielu innym wspaniałym ludziom, a w szczególności Zarządowi Inwestycji, którą reprezentował dyrektor T. Młynarczyk i jego zastępca inż. Wł. Grudzień oraz przedsiębiorstwom z inż. R. Jaworem na czele, dyrektorem Cz. Nawrockim, dyr. inż. M. Latawcem i dyr. J. Forsysem. Przede wszystkim zaś jesteśmy wdzięczni robotnikom budowlanym, ich trud bowiem liczył się ponad wszystko.

Niezależnie od mego entuzjastycznego stanowiska wyróżniającego tę budowę, przechodząc do faktów potwierdzam wysokie wartości funkcjonalne i niezwykłą troskliwość w wykonaniu tej budowli.

*

* * *

Trudno chyba byłoby oddać się zbyt w życiu od swojej natury, charakteru, wychowania i wykształcenia. Wychowałem się na Podolu i na Podkarpaciu wśród urzekającej przyrody, wspaniałych lasów i zwierzyny. Tam był początek — szczególnie na Podkarpaciu — tej przygody, która na stałe pozostaje w moim życiu, a więc myślistwa w połączeniu z pięknem przyrody. Gdy świt zastaje myśliwego na stanowisku w kniei czy nad stawem wśród porannej świeżości, to właściwie już jest tak jak po polowaniu. Już cały trud myśliwego został sownie wynagrodzony. I gdyby nawet tylko na tym miało się skończyć, to i tak wyjazd na polowanie byłby udany. Tragiczne piękno myśliwskiego łupu, więzy szczerzej przyjaźni i serdeczny kontakt z kolegami myśliwymi oraz spotkanie z prostymi, ale jakże szlachetnymi i wrażliwymi ludźmi, wszystko to stwarza pociągający urok, największy urok myślistwa.

Gdy w Chicago wyszedłem po wywiadzie z budynku radia i telewizji, czekała już na mnie grupka Polaków, w tym Polka z Lublina, która była kiedyś moją pacjentką. Zapytano mnie również, kiedy wracam do kraju. Odpowiedziałem, że pojutrze. Niektórzy uważali, że powinienem jeszcze dłużej zostać, że jest wiele do zobaczenia, a nawet ktoś ofiarował się na przewodnika. Podziękowałem uprzejmie i powiedziałem, że jednak pojedę do kraju pojutrze, bo tam na mnie czekają.

Wówczas pacjentka z Lublina zaczęła mówić: „Jak to dobrze, że Pan wraca do kraju. Obawialiśmy się bowiem, że Pan zechce tu zostać i będzie jednym z nas; a tak my będziemy dumni, iż mimo, że tu dobrze Pana przyjmują i szanują, Pan niczego nie potrzebuje i wraca do kraju”. Ja zaś faktycznie spieszyłem do Polski, tylko nie mogłem im powiedzieć wszystkiego.

Umówiłem się mianowicie, że na lotnisko wyjadą z domu po mnie żona z synem Leszkiem i moje kochane, ulubione, stare dobre psy, które będą szalały z radości, bo wiedzą, że skoro ja jestem, to wkrótce będą ze mną na polowaniu. Żona już teraz nigdy po mnie nie wyjedzie. Zginęła tragicznie w wypadku. Również niedawno mój ulubiony stary wyżeł Hektor, który nigdy tego nie robił, położył się pod drzwiami mego gabinetu — widocznie by czekać na moje ranne przyjscie — ale rano już nie żył. Pochowałem go w ogrodzie pod drzewem razem z moim myśliwskim kapeluszem. Wiem, że będzie mu lżej i przyjemniej tam leżeć z głową pod tym kapeluszem. Wkrótce padł i drugi mój stary kochany Jazon wilczur, któremu wprawdzie nie wolno było polować, a'e brałem go na kaczki dla towarzystwa. Wtedy zdarzało się, że przedziej niekiedy dopływał wbrew wszelkim prawidłom, wygrywał wyścig z Hektorem i delikatnie aportował.

Jak to dobrze jednak, że nie dałem się namówić, by zostać wtedy dłużej w Chicago i nie zawiadłem ani moich najbliższych, ani przyjaciół myśliwych, ani starych ulubionych psów.

*

* *

Przechodzę obecnie do wspomnień o narodzinach, rozwoju i roli kriochirurgii z perspektywy własnych przeżyć, ograniczając się do zdarzeń związanych z zapoczątkowaniem stosowania niskiej temperatury w chirurgii zaćmy oraz rozwoju kriochirurgii oka. Nauka ta bowiem towarzyszyła mi przez znaczną część życia i stała się ludziom w świecie potrzebna. Opieram się przede wszystkim na opinii wielu autorów — wyrażonej w publikacjach naukowych oraz w czasie zjazdów, spotkań naukowych w świecie i wykładów.

Zmętniała, nieprzejrzysta soczewka, którą nazywamy zaćmą lub kataraktą, odbiera często wzrok człowiekowi. Mówiąc językiem laika zasłania mu obręb źrenicy, poprzez którą przedostają się promienie ze świata zewnętrznego do wnętrza oka, stanowiąc nieprzebytą dla niego zaporę. Usunąć zmętniałą soczewkę, otworzyć okno na świat i przywrócić wzrok człowiekowi można tylko operacyjnie.

Operacja usunięcia zmętniałej soczewki z oka ludzkiego jest, jak wiadomo, wiecznie nową, zawsze podniecającą operacją, która wymaga zręczności operatora. Dobry wynik bowiem operacji całkowitego usunięcia zaćmy i przywrócenia wzroku zależy niejednokrotnie od tego, czy

uda mu się prędzej zerwać delikatne więzadelko, czy też, znosząc jego opór, wcześniej zerwiemy jeszcze bardziej delikatną i wrażliwą torebkę zmętniałej soczewki. Zbyt często jednak pękała torebka przy dotychczasowych sposobach jej uchwytowania, które były niedoskonałe. Powikłanie to często stawało się przyczyną niepowodzenia operacyjnego.

Stąd też, podczas gdy chory dzięki współczesnej premedykacji i znieszeniu spokojnie oczekiwał początku operacji, operator nie był wolny od uczucia obawy. Ten właśnie element niepewności, tkwiący dotąd w tradycyjnych sposobach usuwania zaćmy, został wyeliminowany przez zastosowanie niskiej temperatury do tego celu.

Mogłoby się wydawać, że ostatnich kilka dekad niewiele znaczy w porównaniu z wiekową tradycją okulistyki, ale właśnie w ciągu tego krótkiego czasu osiągnięto więcej aniżeli w minionych stuleciach. Jednym z osiągnięć tego niezwykłego okresu jest, jak to zostało powiedziane, zapoczątkowanie nowoczesnej krioofthalmologii przed 25 laty.

Chirurgia zaćmy, nawet w swojej już nowoczesnej formie, ma bardzo długą, bo przeszło dwuwiekową tradycję. Stąd też, gdy została ona skierowana na nowe tory, było to wydarzeniem. Stało się bowiem rzeczą jasną, że nawet mniej doświadczony operator, stosując niską temperaturę, może uzyskiwać lepsze wyniki aniżeli chirurg doświadczony, który stosuje dobrze opanowaną tradycyjną technikę.

Myśl stosowania niskiej temperatury dla usuwania zaćmy powstała w 1959 r. podczas badań doświadczalnych nad możliwością przechowywania przeszczepów rogówki i soczewki przez ich liofilizację. Jednak doświadczenia z liofilizowanymi, a więc z zamrożonymi i wysuszonymi soczewkami zwierzęcymi wymagały opracowania sposobu umożliwiającego wydobycie z oka soczewki nieuszkodzonej. Problem ten okazał się trudny, gdyż zwykle torebka ulegała uszkodzeniu. Powstała więc w przebiegu jednej z doświadczalnych operacji myśl, by zamrozić soczewkę *in situ*, gdyż zapewne stwardnieje ona i łatwiej będzie ją usunąć nie uszkodzoną. Użyty został do tego celu przygotowany w pośpiechu miedziany drut, przylutowany do kolby metalowej. Całość oziębiono w mieszaninie suchego lodu i alkoholu metylowego. Odsloniętą soczewkę dotknięto oziębionym drutem i skutek był nieoczekiwany, tzn. część torebki i masy podtorebkowe przylgły doń ściśle. Postanowiliśmy bliżej zbadać możliwości kryjące się w tym zjawisku.

Nie zdawaliśmy wówczas sobie sprawy z tego, że w naszych warunkach nie mogliśmy zamrozić całej soczewki, by łatwiej było ją usunąć. Tylko część torebki soczewki i mas podtorebkowych została zamrożona i nadszedł wkrótce moment, w którym zamrożenie już nie rozszerzało się. Sądziliśmy, że spotkało nas dalsze niepowodzenie. Zdecydowaliśmy się odjąć oziębiony przyrząd od powierzchni soczewki. Okazało się jednak, że ten zaimprovizowany przyrząd tak ściśle przylgął do części torebki i mas podtorebkowych soczewki, że raczej mogliśmy nią poru-

szyc aniżeli przyrząd odłączyć. Wiedzieliśmy już wówczas, że mamy do czynienia ze zjawiskiem adhezji. Oziębiona kolba z przylutowanym drutem stała się prototypem kriоекstraktora. Zawiesiliśmy na razie nasze badania nad konserwacją przeszczepów, a zajęliśmy się nieznanym dotąd, a w każdym razie nie wykorzystanym zjawiskiem adhezji związanym z niską temperaturą. Sądzieliśmy, że — być może — zjawisko to będzie mogło być wykorzystane dla uchwytowania zaćmy w przebiegu operacji jej usunięcia, jak i w innych dziedzinach medycyny i techniki.

Od dawna cdczuwaliśmy niedostatek i niepewność w dotychczasowych sposobach uchwytowania zaćmy w czasie jej wydobywania. Niepewność ta mogła zostać zniesiona przez zastosowanie niskiej temperatury do jej usuwania.

Wykonaliśmy wiele przyrządów chirurgicznych, które nazwaliśmy kriоекstraktorem. Było ich kilka generacji. Były one oziębione do około 203°K (-70°C) w mieszaninie suchego lodu i alkoholu.

Pierwsze operacje, które przeprowadziliśmy u ludzi i nazwaliśmy kricchirurgią lub kriоекstrakcją zaćmy, były bardzo zachęcające. Dotyczyły one początkowo usuwania zaćmy pęcznijącej, której torebka dotychczas najczęściej ulegała pęknięciu z następowymi powikłaniami w czasie jej wydobywania.

Byliśmy teraz już pewni sukcesu, jaki łączy się z zastosowaniem kriоекstrakcji zaćmy. Wyniki były tak jednoznacznie dobre, że postanowiliśmy przedstawić je podczas obrad XXVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Okulistycznego już w 1960 r. Spotkaliśmy się z niezwykle życzliwym przyjęciem w Poznaniu w czasie tego zjazdu. Warto przypomnieć, iż wielu uczestników obrad podkreślało, iż tak życzliwy stosunek do nowych idei jest rzadko spotykany w czasie naszych zjazdów. Moje podobne późniejsze wystąpienie w Oxfordzie, Chicago czy Bogocie, w Tbilisi, Kijowie, Nowym Jorku czy Monachium nie zrobiły na mnie tak wielkiego wrażenia jak reakcja środowiska medycznego w Poznaniu. Może jedynie w Tbilisi, gdzie w październiku 1961 r. odbyła się druga Wszzechzwiązkowa Konferencja Okulistów Radzieckich i gdzie spotkało mnie wówczas bardzo życzliwe przyjęcie... Nie dotyczyło zresztą ono mojej osoby, ale kriochirurgii, która została zaakceptowana. W przyszłości akademik prof. T. I. Jeroszewski z Kujbyszewa napisze: „Współczesne pokolenie okulistów powinno rozpatrywać technikę kriogeniczną usuwania zaćmy jako wielki dar, odsłaniający nową mocną stronę okulistyki”.

Muszę powiedzieć otwarcie, że mimo iż rok wcześniej zapoczątkowałem kriоекstrakcję zaćmy w kraju, to jednak utrzymywały się tu jeszcze wątpliwości. Wielu lekarzy z kriochirurgii zaćmy nie korzystało a niektórzy mieli mi te nowości wprost za złe. Natychmiast gdy powracałem ze zjazdów poza krajem, dostawałem wiele listów z zapytaniami i z prośbą o przyrządy. Nie zawsze mogłem je posłać i to, jak wkrótce okazało się, nie było tak bardzo potrzebne, gdyż przyrządy łatwo było

wykonać wszędzie w ten czy inny sposób. Z mieszaniną oziębiającą nie było również trudności. Minęło na przykład dopiero niecałe pół roku po powrocie z Tbilisi, a dostałem wiadomość, że kriоекstrakcja zaćmy jest w Związku Radzieckim niemal powszechnie stosowana. Zarówno w krajach zachodnich, jak i w Związku Radzieckim, szybko powstawała nowoczesna aparatura kriogeniczna.

Rzadko zdarzało się w historii okulistyki, by jakaś nowa idea oparowała w tak krótkim czasie umysły i wyobraźnię oftalmologów jak właśnie kriоекstrakcja zaćmy. Chociaż były i inne reakcje. Tak np. w Anglii, pomimo że tam po raz pierwszy za granicą ogłosiłem moje badania w 1961 roku, panowała właściwie cisza. Ktoś napisał stamtąd i zrobił uwagę, że próbował właśnie zamrozić kriоекstraktor w swojej lodówce, lecz nie osiągnął odpowiedniej temperatury przyrzędu. Przypomniałem sobie, że w mojej angielskiej publikacji — pisząc o mieszaninie oziębiającej — określiłem ją jako mieszaninę suchego lodu z alkoholem, a suchy lód jest synonimem CO₂, a nie kostki lodu z lodówki. Po kilku miesiącach, może i później, otrzymałem list od profesora W. J. Riddella z Glasgow, który wyraził chęć odwiedzenia lubelskiej kliniki i zaznajomienia się z kriochirurgią zaćmy. Zaprosiłem go uprzejmie w zaproponowanym i ustalonym przeze mnie terminie. Przyjechał niezwykle kulturalny człowiek, był okolo 10 dni. Jak na pokazowe operacje, wynik były udane, a w każdym razie nie było żadnych powikłań. Pożegnaliśmy się, nie szczędząc sobie nawzajem wszelkich uprzejmości. Po pewnym czasie z jego inicjatywy rewizytowałem go w Glasgow. Miałem tam wykład. Anglicy kriоекstrakcji zaćmy jeszcze nie robili. Dowiedziałem się wkrótce — dlaczego. Spotkałem się mianowicie z jednym z naszych profesorów, który stale tam przebywał i który już przedtem znał mnie. Nadarzyła się okazja krótkiej rozmowy i on, wiedząc, że ja mogę być tym zainteresowanym, wyjawiał mi tajemnicę. Mianowicie prof. Riddell po powrocie z Polski tak mniej więcej wyraził się: „Byłem tam dość długo, patrzyłem i widziałem wiele; doszedłem do przekonania, że on jest albo wariatem, albo geniuszem. Lepiej my jeszcze poczekajmy”. W ten sposób Anglia spóźniła się z szerokim wprowadzeniem kriochirurgii zaćmy aż do Kongresu w 1965 r., który odbył się w Oxfordzie i na którym została ona z wielką aprobatą zatwierdzona. Późno zaczęli również Amerykanie. Mieli oni zresztą doskonałe narzędzia i aparaturę oraz dobrych operatorów. Tylko powikłania, te właśnie torebkowe, zdarzały się również najlepszym i nie były one takie rzadkie! Kiedyś w czasie pobytu w Związku Radzieckim zaobserwowali Amerykanie — i to nawet także w szpitalach pozamoskiewskich, że jest przeprowadzana jakaś kriоекstrakcja zaćmy. I to ich wówczas zmobilizowało do bliższego zapoznania się z metodą. Dostałem wtedy ze Stanów Zjednoczonych dość dużo listów, posyłałem nawet przyrzędy, o które prosili. Wkrótce okulista chi-

cagoski — prof. J. Bellows — również dostrzegł, że Stany Zjednoczone są spóźnione. Zorganizował on moje pierwsze wystąpienie w 1962 r. w Chicago, gdzie omówiłem nie tylko kriоекstrakcję zaćmy, ale jeszcze i inne dziedziny kriochirurgii. Rozpoczęła się tam prawdziwa rewolucja technologiczna. Wtedy właśnie pisze J. Bellows: „Doniesienia Krawicza o możliwości zastosowania niskiej temperatury w usuwaniu zaćmy odegrały rolę katalizatora w rozwoju kriochirurgii pobudzając szereg autorów do klinicznych i doświadczalnych badań nad dalszymi możliwościami zastosowania niskiej temperatury, nad rozwojem nowych instrumentów, aparatów oraz nad skutkami działania zimna na tkanki oka. Świat okulistyczny szybko dostrzegł i zdał sobie sprawę z potencjalnych możliwości stosowania technik kriogenicznych w leczeniu schorzeń oka. Zaczyna się więc era szybkiego, jak to później określono, lawinowego rozwoju nowoczesnej kriooftalmologii, z oszałamiającą mnogością instrumentów, aparatów, metod i technik...”.

Dzięki niemal zupełnemu wyeliminowaniu powikłań torebkowych przy zastosowaniu właściwości adhezji oziębionego przyrządu kriоекstrakcja zaćmy staje się wkrótce w świecie operacją rutynową. Zjawisko to, jak powiedziano, nie mające nic wspólnego z modą, ma uzasadnienie w bezpieczeństwie tego postępowania. A jest powód do starania się o jak największe bezpieczeństwo tej operacji, gdyż rocznie czeka na nią około 17 milionów ludzi, a powikłania, prowadzące do nieodwracalnej ślepoty, dotyczą w świecie około 200 tysięcy chorych. Ocenia się również, że zaćma jest odpowiedzialna za 12—23% wszystkich przypadków ślepoty. Najważniejszym wg Bellowsa wydarzeniem w ówczesnym okresie chirurgii zaćmy było, jak sądził, wprowadzenie bezpiecznych kriogenicznych metod, które praktycznie usunęły niebezpieczeństwo zerwania torebki. W konsekwencji kriоекstrakcja zaćmy staje się zabezpieczeniem przed powikłaniami zmuszającymi często operatora do zakończenia zamierzonej operacji całkowitego usunięcia zaćmy w inny, mniej korzystny sposób.

W kriochirurgii zaćmy nie mamy, do czynienia, jak wiadomo, z jakąś metodą zbyt śmiałą czy ryzykowną, ale z postępowaniem podyktowanym ostrożnością, pod warunkiem, że będzie się ściśle przestrzegać ustalonych zasad.

Wyniki operacji zaćmy nie zależą ani od typu kriоекstraktora ani od stanu samej zaćmy, lecz od techniki operatora. Kriоекstrakcja zaćmy przyniosła zasadniczy postęp polegający na znacznym zmniejszeniu liczby powikłań, a w porównaniu z innymi metodami daje najlepsze wyniki.

Z biegiem czasu, w miarę rozpowszechnienia kriоекstrakcji zaćmy, powstało wiele modyfikacji oryginalnego kriоекstraktora, sposobu jego zamrażania oraz wykorzystania źródeł niskiej temperatury. Wszystkie te przyrządy i urządzenia kriogeniczne są pożyteczne w ręku operatorów, którzy ich używają i są do nich przyzwyczajeni. Ale zasadnicza

idea pozostaje zawsze taka sama, a mianowicie, że oziębiony instrument — czy to oryginalny zwykły kriоекstraktor, czy też jedna z najbardziej współcześnie opracowanych jego modyfikacji — zamraża i przylega do dużej części torebki i mas podtorebkowych zmętniałej soczewki, obejmując w ten sposób zaćmę na znacznej przestrzeni. Można nią wtedy swobodnie poruszać i bezpiecznie usunąć z oka.

Wskazanie do kriоекstrakcji zaćmy obejmują obecnie wszystkie jej rodzaje, włączając w to zaćmę powikłaną. Przeciwwskazań właściwie nie znamy. Wyrażono już dawniej zupełnie słuszną opinię, że chirurg, który nie przyswoił sobie techniki tej operacji wyłącznie, powinien z pewnością rozważyć możliwość jej stosowania w przypadkach, w których pęknięcie torebki zaćmy jest szczególnie niepożądane, jak np. przy usuwaniu zaćmy powikłanej zwyrodnieniem rogówki, jaskrą, krótkowzrocznością, zapaleniem jągodówki, cukrzycą oraz u chorych jednoocznych dotkniętych zaćmą.

Gdy po raz pierwszy zastosowano w 1959 roku niską temperaturę dla usunięcia zmętniałej soczewki z ludzkiego oka, wyglądało to na jakąś sensację, gdyż ani siła adhezji niskiej temperatury ani sposób jej użycia nie były dotąd znane ani stosowane. Nieznane również było działanie niskiej temperatury wywołujące mniej wyraźne zmiany w tkankach. Natomiast zmiany destrukcyjne wywoływane niską temperaturą znane były od dawna i w przeszłości niekiedy stosowane.

Szczególnie fascynujące było zjawisko przylegania torebki soczewki i mas podtorebkowych do oziębionego przyrządu. Odkrycie to stwarzało nowe możliwości dla zmiany dotychczasowej techniki operacyjnej wewnątrztorebkowego usuwania zaćmy. Jak wiadomo, wielu ludzi może zetknąć się z jakimś nowym zjawiskiem, ale wykorzystanie tego zjawiska może zostać odkryte tylko przez jedną osobę, przez kogoś, kto — podobnie jak my — szukał dawniej nurtującego go rozwiązania, a w czasie późniejszych badań, które zresztą co innego miały na celu, natrafił na odpowiedź. Jest to sztuka dokonywania odkryć przez przypadek, dotyczy odkryć nieprzewidzianych, a szczęśliwych. Ale to nie tylko przypadek, lecz i umiejętność wyciągania wniosków z przypadkowo zaobserwowanych faktów! Zjawisko przylegania torebki soczewki i mas podtorebkowych do oziębionego przyrządu było tak fascynujące, że nie można było zjawiska tego pozostawić na uboczu.

Operacja zaćmy jest tak powszechnie stosowana, że staje się ona życiowym problemem dla każdego operatora. Stąd też każdy istotny postęp w tej dziedzinie jest pożądanym, a postęp dzięki kriochirurgii znaczny to, że corocznie — u wielu milionów ludzi operowanych w świecie — możemy uniknąć licznych bardzo niekorzystnych powikłań i zapewnić sobie stale możliwie dobre wyniki. Jest to dzisiaj często podkreślane i taki jest stan obecny, że ani chory nie musi czekać aż katarakta dojrzeje do operacji, ani lekarz, nawet mniej doświadczony, nie jest tak

skrępowany, jak dawniej, trudnościami. Kriochirurgia zdemokratyzowała operację zaćmy i — jak powiedziano — przestaje być operacją poufną, elitarną.

Dodajmy, iż obecnie istnieje możliwość jeszcze bardziej delikatnego i atraumatycznego przeprowadzania tej operacji dzięki połączeniu kriochirurgii z mikrochirurgią. W licznych opublikowanych monografiach można znaleźć wielką liczbę pozycji piśmiennictwa, z którego wynika, że kriоекstrakcja zyskała tak wielką popularność w ciągu ostatnich lat, że stała się metodą z wyboru we wszystkich przypadkach tam, gdzie wewnątrztorbkowe usunięcie zaćmy jest pożądane.

Chirurdzy, którzy przeprowadzają kriоекstrakcję zaćmy, zgadzają się z opinią, że ta technika umożliwia usunięcie wewnątrztorbkowo wszystkich rodzajów katarakty z większym bezpieczeństwem aniżeli innymi sposobami.

Prof. Hollwich, prezydent Światowej Akademii Okulistyki, biorąc udział w XXXIV Zjeździe Okulistów Polskich w Lublinie w roku 1980 zajął stanowisko, które było dla nas nawet krępujące: „W ciągu ostatnich stu lat decydujący postęp dokonął się w dwu dziedzinach chirurgii okulistycznej: iridectomia von Graeffego w chirurgii jaskry i zamknięcie przedarć siatkówki metodą Gonina. Skłonny jestem uznać kriоекstraktor prof. Krwawicza za trzeci wielki krok naprzód, dorównujący dziełom von Graeffego i Gonina. Odtąd w całym świecie zarówno okuliści operujący zaćmę, jak i ich pacjenci, odnoszą korzyści z tego postępowania i są mu za to wdzięczni”.

W 1972 r. powstało dzieło zbiorowe pod redakcją Johna G. Bellowsa zatytułowany *Współczesna okulistyka*, dla uczczenia Stewarda Duke-Eldera, w którym zawarte są publikacje współczesnych klasyków. Rozdział pt. *Kriochirurgia zaćmy* Bellows zaopatrzył komentarzem, z którego cytuję tylko najmniej krępujące dla mnie wyjątki: „Rewelacyjne postępy w chirurgii zaćmy, dokonane w ostatniej dekadzie, stanowią rewolucyjny punkt zwrotny w historii okulistyki. Technika kriоекstrakcji — opracowana przez Krwawicza — rywalizuje pod względem wartości z epokowym wkładem dokonany przez Daviela, gdy wykonał on pierwszą ekstrakcję zaćmy w roku 1747. Kriоекstrakcja zastąpiła szczypczyki i erizyfał, tak jak postępowanie Daviela zastąpiło reklinację zaćmy (...) Technika ta dokonała prawdziwej rewolucji w chirurgii zaćmy”. Były to zaskakujące mnie wówczas opinie.

Niezwykle sympatycznie, przy największym szacunku z mojej strony ułożyły się tuż po drugiej wojnie światowej moje stosunki z „Okulistą XX wieku” z Londynu, Duke-Elderem. Jego sposób bycia i bezpośredni stosunek do młodszych kolegów wzbudzał powszechny szacunek. Pamiętam, gdy po raz pierwszy odwiedziłem go, zresztą na jego zaproszenie, i złożyłem mu wizytę w Instytucie Okulistyki w Londynie, którym kierował, byłem trochę skrępowany, szczególnie zaś świadomo-

mością, że mój język angielski nie jest najlepszy. Na wstępie, by jakoś dobrze zacząć, powiedziałem o tym, a on odpowiedział: „Ależ proszę pana, pan mówi po angielsku bardzo dobrze, mogę pana zapewnić, że mówi pan bez porównania lepiej aniżeli ja mógłbym mówić po polsku”. Życzliwie odnosił się on do mojej problematyki, ale ani on, ani ja, nie zdawaliśmy sobie wówczas sprawy z wagi badań nad właściwościami koloidopektycznymi komórek rogówki i zaliczenia ich do aparatu siateczkowo-śródbłonkowego, co wówczas zostało właśnie przeze mnie opublikowane w Anglii.

Wyniki tych badań nie znalazły zastosowania przez okres 34 lat, a dopiero ostatnio w związku z krioterapią rogówki stały się ważnym ogniwem umożliwiającym zrozumienie istoty działania niskiej temperatury na tkankę rogówkową w jej chorobie przez uruchomienie jej układu siateczkowo-śródbłonkowego. Ten właśnie wielki uczony w wydawanym przez okres 12 lat, a w 1972 r. zakończonym 15-tomowym dziele napisał tak o kricchirurgii: „Będzie się go (Krwawicza-Red.) zawsze pamiętać za wprowadzenie w 1959 r. technik niskiej temperatury, w szczególności kriоекстраkcji zaćmy i krioterapii takich schorzeń jak wirusowe zakażenie rogówki. Przez te osiągnięcia stał się szeroko znany w całym świecie”. Były to dla mnie przyjazne słowa. W 1965 r., w czasie Kongresu w Oxfordzie, byłem skrępowany niezwyklejmi objawami sympatii po zaproszeniu mnie do wykładu na temat kriochirurgii i krioterapii. Zebrała się tam cała naukowa elita okulistyki Wielkiej Brytanii. Gorąca aprobata, wyrażona przez to zwykle chłodne audytorium, nie da się z niczym porównać, chyba z aprobatą w Poznaniu i Tbilisi! Anglicy sami między sobą mówili, że podobny entuzjazm miał miejsce dwadzieścia parę lat wcześniej, gdy Ridley przedstawił swój sposób wszczepienia sztucznej soczewki w miejsce usuniętej zaćmy.

Kilkakrotnie wyjeżdżałem na zaproszenie do Stanów Zjednoczonych, ale najbardziej utkwił mi w pamięci pierwszy wykład na temat kriochirurgii, który był wygłoszony w Chicago.

W pięknej nowoczesnej sali Instytutu Naukowego Hektoen w Chicago odbył się dnia 12 listopada w 1962 r. pierwszy wykład w Stanach Zjednoczonych, dotyczący unowocześnienia techniki operacyjnej katarakty. Związek Lekarzy Polskich był reprezentowany przez kilku jego członków z doktorem A. Rytleм na czele.

Pomimo tego, że w Stanach Zjednoczonych stosunkowo późno zainteresowano się kriоекстраkcją zaćmy, to jednak począwszy od roku 1962 nastąpiła tam jakby eksplozja kriochirurgii. Przyczynili się do tego szczególnie młodzi okuliści, większa chyba łatwość techniczna operacji oraz stale powtarzające się dobre wyniki. Jest zrozumiałe, że wicelcy stratedzy okulistyki, doskonali zresztą operatorzy, wcale nie śpieszyli do stosowania nowej metody, gdyż mieli ustaloną swoją metodę, dobrą na ówczesne czasy i mogli się szczycić najlepszymi wówczas wynikami.

Wkrótce jednak nastąpił napór młodych „zielonych okulistów”, którzy — stosując niską temperaturę — operowali niemal bez powikłań torebkowych. Musiał nadejść wówczas zwrot do kriochirurgii ze strony tych doskonałych strategów. Już nie brakowało im jakoby trzeciej ręki, na co uskarżał się przedtem jeden ze świetnych chirurgów, który wkrótce stał się nawet doskonałym konstruktorem nowych kriogenicznych przyrządów. W tym czasie, gdy po raz pierwszy przyjechałem do Stanów Zjednoczonych, odczuwałem tam wielki entuzjazm i zainteresowanie młodych nową metodą.

Wkrótce na jednym z międzynarodowych kongresów krioofthalmologii na Florydzie zostałem wybrany Prezydentem Society of Cryoophthalmology, pierwszego tego rodzaju towarzystwa w świecie. Nie minęło jednak wiele czasu, a kriochirurgia rozprzestrzeniła się na większość innych specjalności. Stąd też na miejsce Society of Cryoophthalmology powstało ogóle towarzystwo wielu specjalności, Society of Cryosurgery, z 14 specjalistycznymi oddziałami, z których jeden stanowiła krioofthalmologia. W 1985 r. odbył się już piąty Światowy Kongres tego Towarzystwa w Manili. Na tym ostatnim Kongresie nie mogłem być obecny, ale w 1980 r. na Kongresie w San Remo brałem jeszcze czynny udział.

Z pobytu we Włoszech odniosłem bardzo przyjemne wrażenie w związku z międzynarodowym zjazdem na temat kriochirurgii oka, który odbył się w 1969 r. w Rzymie, na którym obok techniki krioekstrakcji zaćmy z uwzględnieniem obecnego stanu i postępu, uwzględniono również po raz pierwszy krioterapię w wirusowych schorzeniach oka i kriopeksję odwarstwienia siatkówki. Po raz pierwszy w tak szerokim gronie zwrócono uwagę na postępy w krioterapii jaskry, na krioterapię schorzeń nowotworowych oraz na stosowanie kriochirurgii w innych schorzeniach oka, co jest określane jako mała kriochirurgia. W czasie tego zjazdu niektórzy dotąd jeszcze niechętni rozwojowi kriochirurgii w okulistyce przestali się już na nią bocyć, sami włączając się do jej tworzenia. Stąd też atmosfera naukowa była wspaniała.

Pod koniec tego wydarzenia naukowego zostałem zaproszony przez prof. Bellowsa i innych kolegów do wzięcia udziału w bardzo ekskluzywnym przyjęciu wieczorem w Villa Borghese. Tak się złożyło, że uprzednio umówiłem się właśnie na ten wieczór na zwiedzenie niektórych ciekawszych miejsc w pobliżu Watykanu w towarzystwie jednego z profesorów z Birmingham, z którym dawniej już zaprzyjaźniłem się. On pierwszy w Anglii rozwiął pesymizm, który początkowo towarzyszył kriochirurgii. Był to stosunkowo młody człowiek. Ustaliliśmy, że wprawdzie spóźnię się trochę na przyjęcie, ale będę musiał tam pójść. Do Villa Borghese spóźniłem się tylko nieznacznie, lecz nie zostało to jakoś najgorzej przyjęte, chociaż czekano już tylko na mnie. Przyjęcie było bardzo wykwitne, a przy kawie tak mimochodem zapytałem prof.

Bellowsa, jak to było w tym czasie, gdy on pierwszy w Stanach Zjednoczonych zajął się kriochirurgią zaćmy i na tamtym terenie wprowadził tę operację. Wówczas usłyszałem ciekawą odpowiedź: „Wzbudziło to wielkie zainteresowanie zarówno wśród chorych, jak i lekarzy”. Przez pierwszy rok i dłużej jeszcze miał bardzo dużo chorych, dużo operował, ale po kilku latach operacja stała się tak powszechna, że wykonywali ją już niemal wszyscy lekarze. Było to nie bardzo uprzejme, ale zapytałem go jeszcze, czy honoraria za tą operację były inne w porównaniu z operacjami tradycyjnymi. Powiedział mi zupełnie bez skrępowania, że kriciekstrakcja była operacją droższą. I wówczas wyczułem na sobie wzrok obecnych na przyjęciu. Pomyślałem, że zapewne patrzą na mnie jak na człowieka bardzo bogatego, gdyż właśnie w tym dniu przedstawiłem statystykę na podstawie przeprowadzonych przeze mnie operacji u 5.500 chorych. Odniosłem wrażenie, że wyobrażają sobie w tej chwili, jakim ja muszę być bogaczem. Prawda była inna. Na drugi dzień miałem wracać do kraju. Zastanawiałem się w hotelu, czy stać mnie na taksówkę na lotnisko czy też lepiej starać się o miejsce w hotelowym autokarze. Hotel pochłonął zbyt dużo pieniędzy, miałem więc trudności.

Chciałbym również wspomnieć o moim pobycie w Bogocie w 1970 r. Zostałem tam zaproszony na Primum Forum Ophthalmologicum jako laureat Złotego Medalu Barraquer y Barraquer — nadanego mi za osiągnięcia w kricchirurgii. Przyjmowany byłem tam serdecznie i z honorami. Złoty Medal Barraquer y Barraquer został mi wręczony przez Prezydenta Republiki na inauguracyjnym zebraniu I Forum Ophthalmologicum. Zostałem również członkiem honorowym Instytutu Barraquer y Barraquer. To była zupełna fantazja! Ci ludzie bardzo radowali się ułatwieniami, które przyniosła kriochirurgia. Podchodzili do mnie często nawet ci, którzy operowali w buszu i mówili, że dzięki kriciekstrakcji istnieją możliwości usuwania katarakty nie tylko skuteczniej technicznie, ale również bezpieczniej. Trudno im było niekiedy zachęcić chorych, bo nawet i zupełnie niewidomi niechętnie poddawali się operacji, tak że niekiedy dawano im koszule w prezencie w zamian za zostanie w szpitalu. Ale wkrótce tuż po operacji przeważnie znikali oni, gdy oko jeszcze nie zagoiło się. Lekarz, który prowadził tego rodzaju ośrodek w buszu, przyszedł mi podziękować za to, że od kiedy stosuje kriochirurgię, to — chociaż w dalszym ciągu koszula jest potrzebna jako zachęta i w dalszym ciągu po kriciekstrakcji chory ucieka ze szpitala — najczęściej jednak nie wraca z tak uszkodzonym okiem jak przedtem. Ktoś inny znowu mi tak powiedział: „To, że Pan dostał Złoty Medal Barraquera i że Panu nasz prezydent go wręczył w obecności wielu okulistów całego świata, słusznie należało się Panu. Nie wie Pan jednak o tym, że ja chciałem Mu za coś specjalnie podziękować; mianowicie za to, że gdy rano wstaję i golę się, gwizdzę sobie wesoło, nie

jestem bowiem już tak, jak dawniej, pełen napięcia w dzień operacyjny. Wiem bowiem, że dzisiaj moje wszystkie operacje zaćmy będą udane”.

Wręczenie mi światowej nagrody w dziedzinie chirurgii Nessim Habiffa w Genewie w 1974 r. było uroczyste. W tym samym roku otrzymałem nagrodę Th. Axenfelda na Europejskim Kongresie Okulistów w Budapeszcie. Nie mogę również zapomnieć o niezwykle serdecznym przyjęciu mnie w Pradze, Sztokholmie i w Göteborgu, gdzie byłem zaproszony z wykładami.

Wyjeżdżałem często. Poznałem wielu wspaniałych uczonych i znakomych chirurgów. Byłem przez nich przyjmowany zawsze w jak najstaranniejszej formie. Często również miałem okazję rewanżować się, gdy odwiedzano mnie w Polsce. Znalazłem fotografie, które załączam. Być może zilustrują one niektóre wspomniane sytuacje.

Jedno z niezapomnianych wrażeń pozostawił mi ostatni Wszechzwiązkowy Zjazd Okulistów Radzieckich w Kijowie w 1974 r. Pojechałem tam właściwie niezbyt zdrów. Przedstawiłem film o kriochirurgii oka, który mógł się podobać, ale nie aż tak, by wywołać entuzjazm. Nagradzano jednak w ten niezwykle serdeczny sposób moje pierwsze wystąpienia na temat kriochirurgii zaćmy w 1961 r. w Tbilisi. Byłem przyjmowany bardzo przyjaźnie wszędzie. Na ulicy i w teatrze podchodzili do mnie i witali się ze mną koledzy okuliści radzieccy jak z kimś bliskim i dobrze im znanym, chociaż ja z poprzednich pobytów rzadko przypominałem sobie kogoś, szczególnie spośród kolegów młodszych. Oni tworzyli jednak najbliższą moją rodzinę krioftalmologów i mówili mi, że są serdecznie wdzięczni za to, iż kriochirurgię mogą tak szeroko stosować. Niestety, na drugi dzień przed zamknięciem Zjazdu poczułem się tak jakoś niewyraźnie, że musiałem wraz z kolegami i synem, bo byliśmy jednym samochodem, powrócić do kraju, ażeby tam w Kijowie, na dłużej się nie rozchcować. Oczywiście zawiadomiłem o tym organizatorów, ale widocznie nie doszło to tam, gdzie było potrzeba. Po pewnym czasie dowiedziałem się od innych kolegów z Polski, którzy brali udział w tym zjeździe, że podczas ceremonii zamknięcia zamierzano przekazać mi tytuł honorowego członka Wszechrosyjskiego Towarzystwa Oftalmologów. Owacja trwała długo, zanim dowiedziano się, że ja musiałem przedwcześnie zjazd opuścić. Było to dla mnie bardzo przykre. Wielką tą przyjaźnią i uprzejmością czułem się zaszczycony i uradowany, a nieobecnością bardzo zażenowany, chociaż było to ode mnie niezależne.

Przypominam sobie również i pozostał mi mile w pamięci zjazd chirurgów oka w Bolonii w 1972 r. Jeden z profesorów okulistyki amerykańskiej z Nowego Jorku, J. Halberg, prawie oficjalnie wypowiedział się za tym, ażebym ja zmienił swoje nazwisko, gdyż każdy w świecie wymawia je inaczej, właściwie nikt nie wie, jak prawidłowo należy to

nazwisko wymawiać. Proponował mianowicie, ażeby do mego nazwiska dodać przydomek „cryo”, a więc brzmiałoby ono Cryo-Krwawicz.

W czasie mego pobytu w 1969 r. w Nowym Jorku, z okazji 100-lecia Manhattan Eye Hospital, główny dyrektor tej instytucji prof. Dan Shaffer oraz prof. Edward Dunlop ze Szpitala Cornell Medical Center zaprosili mnie, abym po zakończeniu obrad zechciał odwiedzić ich w domach poza Nowym Jorkiem. Prof. Shaffer mieszkał w pobliżu New Haven. Udaliśmy się tam samochodami. Pierwszą dobę spędziliśmy razem w jego rezydencji pod nazwą Rabbits Hill. Pamiętano o tym, że jestem myśliwym i zorganizowano zawody strzelania do rzutków. Na drugi dzień pojechaliśmy na rancho Dunlopa, które było już nieczynne, „emerytowane”. Prof. Dunlop utrzymywał je dla własnej przyjemności. Dużo lasu, dokoła łąki i pełno zarośli. Dom utrzymany w starym stylu. Ale obok bardzo nowoczesny budynek ze wszystkimi niezbędnymi urządzeniami. Jestem im wdzięczny za ich wielką gościnność i troskliwość, jaką mnie otoczyli.

W San Remo natomiast na IV Kongres Kriochirurgii w 1980 r., gdzie gospodarzem był prof. A. Vannini, umówiłem się na spotkanie powitalne z nim w ogrodzie hotelowym. Byłem w towarzystwie syna. Przyszło tam jeszcze kilka osób. I tak się złożyło, że rozmawiałem z żoną Profesora, która dobrze mówiła po angielsku, a mojego syna wziął pod rękę prof. Vannini i poszli alejką na spacer. Po pewnym czasie wrócili. Profesor był trochę podniecony i powiedział: „Proszę Pana, ja przecież nie orientowałem się, że Pański syn jest okulistą”. Odpowiedziałem: „Tak, proszę Pana, dlatego z nim właśnie przyjechałem”. Profesor Vannini kontynuował: „Na przechadzce dowiedziałem się o tym i powiedziałem, że trudno będzie mu w życiu być drugim Krwawiczem”. Odrzekłem wtedy, że jednak sądzę, iż „(...) zasadniczym przywilejem każdego syna jest być lepszym od ojca”.

Niską temperaturę wykorzystujemy obecnie szeroko w operacyjnym leczeniu odwarstwienia siatkówki, wywołując wysiękowe zapalenie siatkówki i naczyńki, które przez następowe delikatne zrosty wpływa ponownie na jej przyleganie. Kriopeksja zmniejsza lub wyłącza te trudności, które były związane dotąd z diatermiokoagulacją. Gdyby chciano określić stan obecny, to kriopeksją wchodzi zdecydowanie w powszechne użycie i wydaje się rzeczą jasną, iż panująca dotąd era diatermiokoagulacji ustępuje coraz to częściej miejsca kriopeksji.

Niezależnie od kriochirurgii zaśmy dostrzeżono szybko i zdano sobie sprawę z dalszych możliwości zastosowania techniki kriogenicznej w leczeniu szeregu schorzeń oka. Zapoczątkowana przez nas krioterapia opryszczki rogówki przyniosła radykalną zmianę w leczeniu tego schorzenia, zarówno gdy chodzi o czas trwania leczenia, odsetek wyleczonych, nawroty schorzenia i powikłania, jak i najbardziej oszczędzające działanie dla maksymalnego odzyskania przejrzystości rogówki. Chociaż

mechanizm działania do niedawna był jeszcze nieznan, to jednak otrzymywano dobre wyniki, uzyskując przy pomocy krioterapii około 98% wyleczenia owrzodzeń. Taki jest stan obecny. Wszyscy zatem niemal chorzy mogą być w ten sposób wyleczeni bez uciekania się do innych często dotąd zawodnych sposobów, z zachowaniem maksymalnego widzenia.

Krioterapia wirusowych schorzeń rogówki jest nie tylko leczeniem oszczędzającym tkankę, ale również w znacznym stopniu czas leczenia. Niedawno wyłonila się również zapoczątkowana przez nas możliwość częściowego przywracania drogą krioterapii przejrzystości rogówce dotkniętej powierzchowną blizną, oraz możliwość przejaśnienia rogówki dotkniętej zwyrodnieniem. W tej dziedzinie krioterapia zmienia dotychczasowe poglądy na możliwość nieoperacyjnego leczenia blizn i zwyrodnień rogówki. Cyklokrioterapia w leczeniu przedniego odcinka błony naczyniowej nabiera znaczenia, gdyż znacznie łagodzi ona objawy i przyspiesza gojenie się stanów zapalnych tęczówki i ciała rzęskowego. Cyklokrioterapię w leczeniu jaskry stosujemy w wypadkach, gdy zawodzą metody operacyjne w leczeniu jaskry pierwotnej, lub gdy nie uda się uniknąć operacji w jaskrze wtórnej. W każdym razie krioterapia w leczeniu jaskry stosowana jest przede wszystkim w jaskrze powikłanej u ludzi starszych, w jaskrze zadawnionej oraz w oczach bezsoczewkowych.

Nowoczesna kriochirurgia uzyskała wpływ na wiele innych jeszcze dziedzin lecznictwa okulistycznego. Staje się ona pożyteczna w wypadnięciu tęczówki, bliźnie filtrującej, w krwotoku do komory przedniej i do ciała szklonego, w oparzeniu, a ostatnio również w leczeniu jaglicy. Są to tak zwane elementy małej kriochirurgii, które w odróżnieniu od dobrze wprowadzonej chirurgii zaćmy, krioterapii odwarstwienia siatkówki i krioterapii opryszczki rogówki jeszcze rozwijają się. Kriochirurgia, jak wiadomo, nie stanowi wyjątku w dobrze udokumentowanym twierdzeniu, że specjalności biologiczne nie pozostają w stanie spoczynku, lecz postępują naprzód i rozwijają się nieustannie. W ostatnich dwu dekadach nastąpił w świecie rozwój kriochirurgii. Historia jednak powstania i rozwoju kriochirurgii oka ma, obok jasnych, i mniej jasne swoje strony.

Krytykowano nas na przykład zbyt pochopnie za wprowadzenie cyklokrioterapii do leczenia zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej oka. Krytyka była nawet surowa: „Robił to ten...” — jak pisano z wyrzutem — „... który nosi wielkie, a może nawet największe nazwisko w kriochirurgii...”. Ale wkrótce udowodniono publikacjami i wystąpieniami na kongresach i zjazdach słuszność i wielki pożytek tego postępowania dla chorych oraz to, że krytyka była oparta raczej na wrażeniach aniżeli faktach.

A byli zresztą i wśród profesorów tacy, którzy uważali i mówili poufnie, nie publikując, że krioekstraktor właściwie jest tym samym co dotychczasowe szczypczyki. Oni tego nigdy jakby nie spostrzegli, że krochirurgia zaćmy jest pierwszym elementem obecnej rewolucji technologicznej w chirurgii zaćmy, a jej istotą jest odkryta siła adhezji niskiej temperatury. Kiedyś zresztą zostało to lapidarnie przez nas powiedziane, że można by wykonać krioekstrakcję zaćmy nawet końcem trzonka oziębionej srebrnej łyżeczki do kawy dzięki sile adhezji niskiej temperatury, która przy użyciu krioekstraktora jest kilkaset razy większa od siły szczypczyków.

Chociaż w tym czasie odchodziłem już wkrótce na emeryturę, nikt jednak nie odważył się poklepać mnie po plecach, ale zawiść i niechęć stały się zjadliwe. Z poczuciem już pełnego bezpieczeństwa strzelano niekiedy do mniej potajemnie oszczerstwem w plecy. Nie byli to ludzie z mojej kliniki poza może jednym lub dwoma takimi. Inni w klinice ofiarnie pracowali. Szczególnie jednak dla sprawy kriooftalmologii zasłużona jest prof. B. Szwarz — mój najbliższy współpracownik w badaniach i tworzeniu krochirurgii. Posiada ona własne duże osiągnięcia w tej dziedzinie. Niestety jednak, wbrew mojej opinii, jej wiedza i doświadczenie nie zostały właściwie wykorzystane po moim odejściu na emeryturę do kontynuacji i dalszego rozwoju krochirurgii oka.

Dzisiaj krochirurgia w mojej dawnej klinice znajduje się w trudnej sytuacji, nie sprzyjającej jej dalszemu rozwojowi. Szkoda, bo zaćma w dalszym ciągu jest w świecie najczęstszą przyczyną ślepoty, a ludzi oczekujących na przywrócenie wzroku, niewiele obchodzą jakieś przestoje. Oczywiście sądzi się, że połączona wiedza dawnych, terażniejszych i przyszłych badaczy powinna pójść w kierunku zapobiegania powstawaniu zaćmy, by zniknęła stale wzrastająca liczba nie widzących, dotkniętych zaćmą. Jest to problem globalny i dopiero, gdy potrafimy zrozumieć, a potem zwalczyć lub zmniejszyć powstawanie zaćmy, wówczas ta jedna z najpiękniejszych i najbardziej fascynujących operacji okulistycznych będzie mogła być rzadziej stosowana, tak jak to się stało w naszych czasach z przeszczepianiem rogówki, gdy wraz z krioterapią rogówki przyszedł znaczny postęp w leczeniu jej schorzeń.

Właściwie można mówić tylko o krochirurgii — jak dzisiaj zwraca się na to uwagę — a nie o krochirurgii i krioterapii. Niska temperatura wywołuje bowiem zawsze zmiany w tkance. Słowo krioterapia znaczyłoby, że jest to zabieg bezpieczny na tyle, że może być wykonywany również i przez nielekarzy, gdyż nie wywołuje jakoby zmian w tkance, a tak nie jest. Słowo „krochirurgia” wskazuje zdecydowanie na wywoływanie mniej lub bardziej subtelnych zmian w tkankach oka, co jest zależne od delikatności ręki chirurga. A więc w 25 lat po wprowadzeniu niskiej temperatury powinniśmy się zastanowić nad nazwą „krioterapia oka”, która właściwie nie powinna istnieć. Nie ma na to bowiem

uzasadnienia, by powierzać zabieg, wywołujący określone zmiany w tkance i zależny od delikatności ręki chirurga, komuś, kto nim nie jest. Sprawa zmiany nazwy nie jest jednak sprawą ani istotną ani pilną.

*

* *

Gdy odszedłem już na emeryturę, próbowano mnie wówczas odłączyć od kriooftalmologii. Zwrócono się więc do zwykłej próby zniesławienia, gdyż wiadano o tym, iż to, co już raz zaapdnie w umysły ludzkie, nie da się łatwo stamtąd wydobyć. Było to działanie mego następcy, którego na to stanowisko nie wskazałem. Sprawę wniosłem do Rektora, który zgodnie z uchwałą Senatu — podjętą w głosowaniu tajnym — zawiadomił mnie, że moje roszczenia są uzasadnione. Rektor wkrótce zakończył swą kadencję, a jego następca oświadczył mi, że uchwały nie wykona, gdyż boi się spotkać z niesubordynacją ze strony mego następcy, który ma jakoby poparcie jakichś sił anonimowych. Pociemniało mi w oczach, ale wszystko od razu stało się dla mnie jasne i skłoniło do refleksji.

Wyrażając mój protest zwróciłem się z prośbą do Senatu, aby zechciał przyjąć zwrot nadanej mi przez tutejszą Akademię godności doktora honoris causa, którą uważałem za wielkie moje życiowe osiągnięcie. Istnieją bowiem dobra moralne, dla których warto poświęcić życiowe osiągnięcia, a nawet wszystkie honorowe dyplomy — łącznie z tymi najważniejszymi.

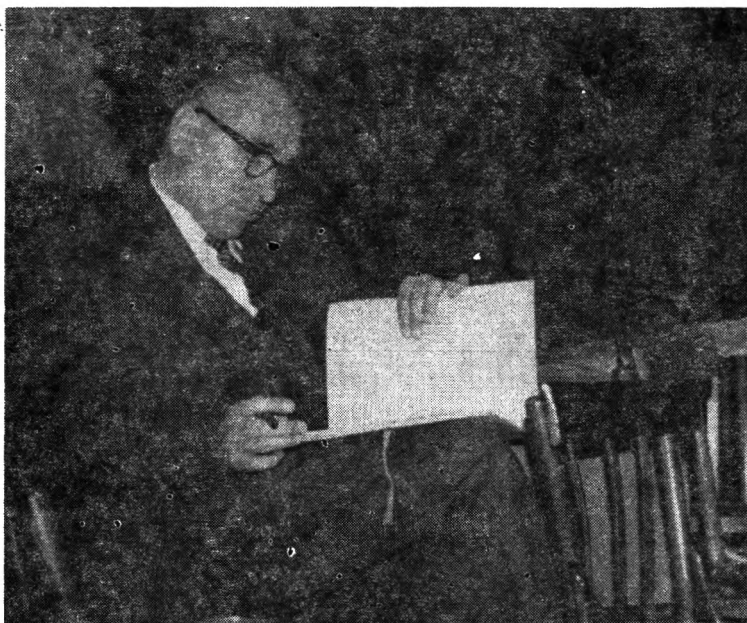
Przywrócić wzrok człowiekowi, nie pozwolić, by do końca swoich dni pozostał niewidomy, to nie tylko sprawa humanizmu, ale wyraz najwyższej cywilizacji społeczeństwa. Tej cywilizacji służy również krio-chirurgia zaćmy, z której rozwinęła się nowoczesna kriooftalmologia. Nauka polska posiada w tej dziedzinie światowy priorytet.

„Panowie” — powiedział jeden z profesorów, który zakończył właśnie cykl wykładów konkoluzją, — „za lat dwadzieścia połowa tego, czego was uczyłem, okaże się albo błędną, albo przestarzałą. Niestety nie mogę powiedzieć, która to będzie połowa”.

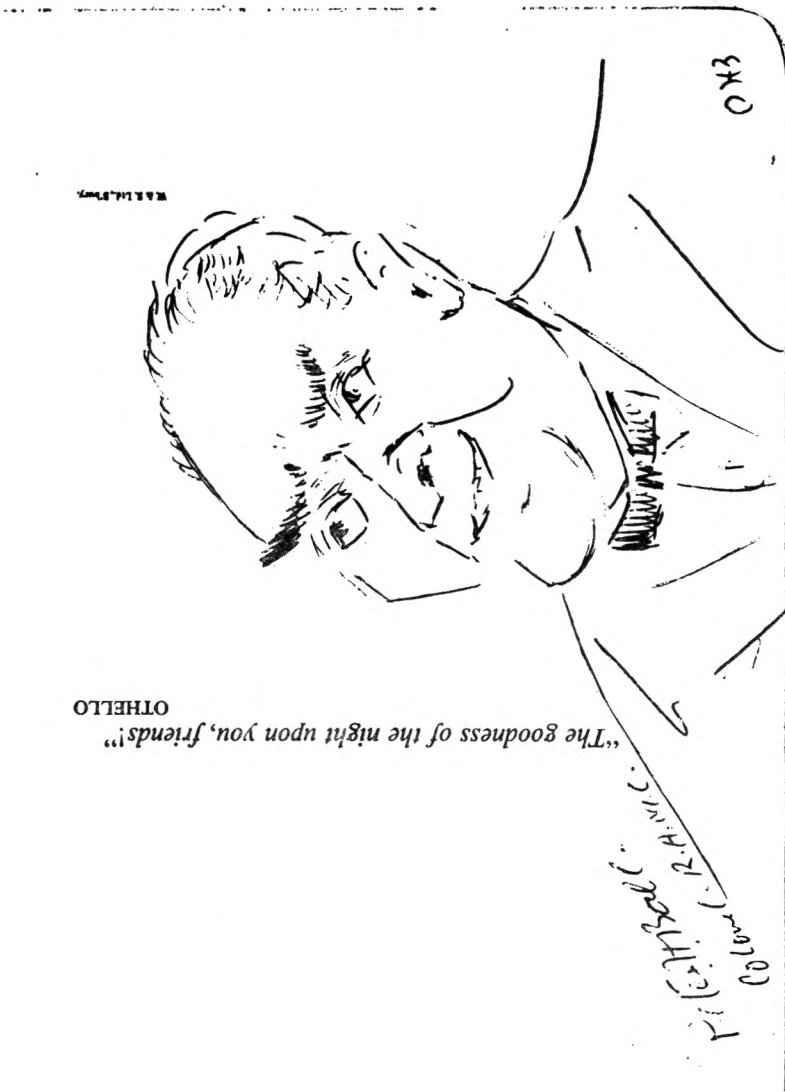
W 25 lat po zapoczątkowaniu kriochirurgii oka wiemy, w której połowie znajduje się ona.



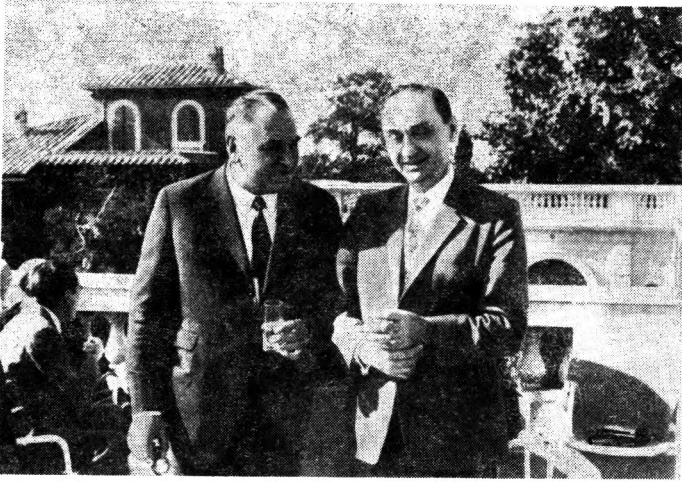
Ryc. 1. Park w Kórniku. W pierwszym rzędzie autor wraz z najbliższymi współpracownikami: prof. B. Szwarec, prof. K. Zagórskim, prof. K. Gerkowiczem i innymi w głębi; na przechadzce po wystąpieniu wprowadzającym kriochirurgię zaćmy w czasie XXVII Zjazdu PTO w 1960 r.



Ryc. 2. II Wszeczwiązkowy Kongres Okulistów w Tbilisi w 1961 r. Autor tuż przed wykładem na temat kriochirurgii zaćmy i wyrównywania wady refrakcji w oku bezsoczewkowym



Ryc. 3. Oxford Ophthalmological Congress w 1965 r. Karykatura prof. T. Krwawicza wykonana przez płk. P. H. Bolla podczas przyjęcia w Balliol Hall z okazji zjazdu



Ryc. 4. Międzynarodowe Sympozjum Kriochirurgii Oka w Rzymie w 1970 r. Autor w rozmowie z prof. J. Bellowsem z Chicago na trasie Villa Borghese



Ryc. 5. Z III Międzynarodowego Kongresu Kriochirurgii we Wiedniu w 1972 r.
Z wizytą u prof. H. Fanty. Z prawej autor



Ryc. 6a. awers Primum Forum Ophthalmologicum, Bogota 1970 r. Złoty Medal Barraquer y Barraquer nadany prof. T. Krwawiczowi za osiągnięcia z chirurgii oka, w szczególności za zapoczątkowanie kriochirurgii zaćmy



Ryc. 6b. rewers



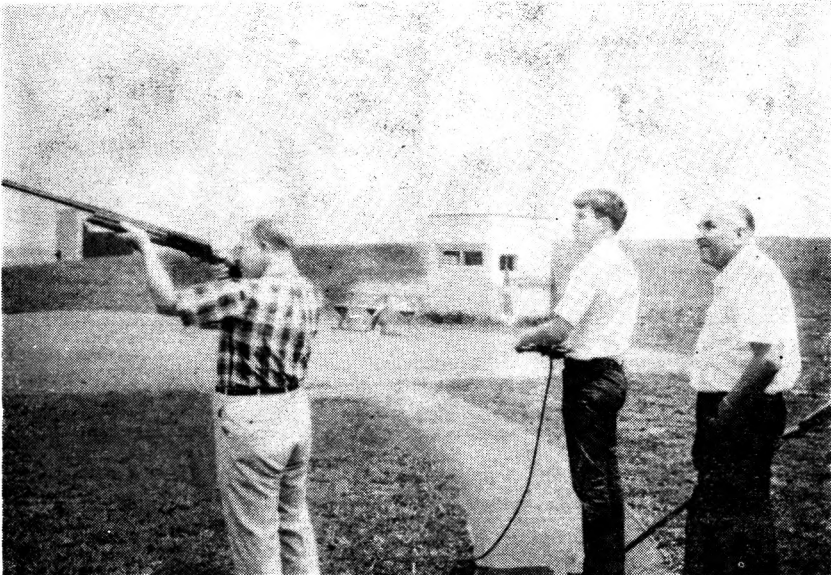
Ryc. 7. Primum Forum Ophthalmologicum, Bogota 1970. Prezydent Republiki — Carlos Restrepo — przekazuje prof. T. Krwawiczowskiemu Złoty Medal Barraquer y Barraquer w obecności dyrektora Amerykańskiego Instytutu Okulistyki — prof. Jose Barraquera



Ryc. 8. Europejski Zjazd Okulistów w Budapeszcie w roku 1972. Autor (po środku) wśród grupy okulistów radzieckich



Ryc. 9. Międzynarodowy Zjazd Chirurgów Oka w Bolonii w roku 1972.
Od lewej prof. T. Krwawicz (przewodniczący), prof. J. Barraquer
i prof. L. Paufigue



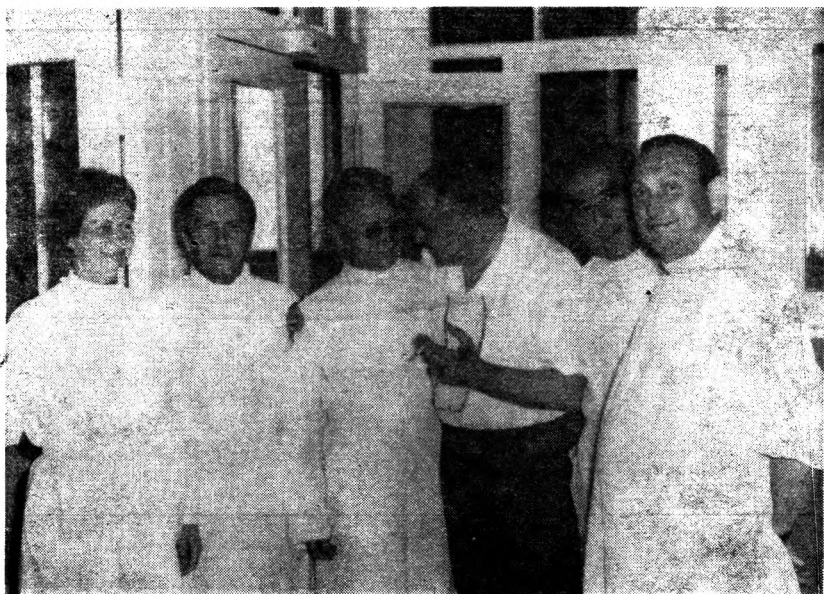
Ryc. 10. Po Zjeździe 1969 r. z okazji 100-lecia Manhattan Eye Hospital
w Nowym Jorku. Wizyta u prof. D. Shaffera w Rabbits Hill. Na
strzelnicy do rzutków. Od lewej prof. D. Shaffer, drugi autor



Ryc. 11. Rawityn, Nadleśnictwo Lubartów. Podjazd na stanowisko. Od prawej autor, na stopniu st. leśniczy dla spraw łowiectwa Węclaw, od lewej st. gajowy Szczuchniak



Ryc. 12. Autor z ulubionymi psami Hektorem i Jazonem w domu



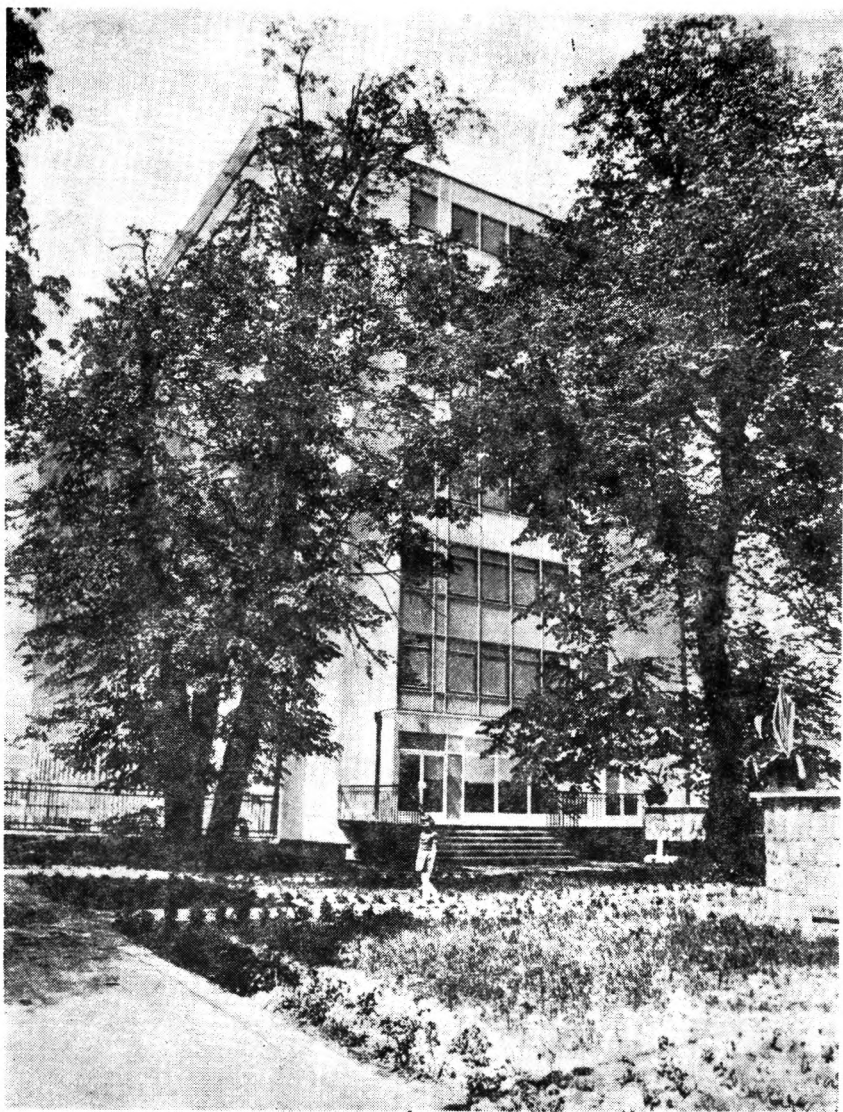
Ryc. 13. Stara Klinika Okulistyczna w Lublinie 1965 r. W przejściu z bloku operacyjnego po ukończeniu operacji. Od lewej prof. B. Szwarec (Lublin), prof. A. M. Wodowozow (Wołgograd), akademik W. N. Archangielski (Moskwa), autor, prof. I. Wasylew (Sofia), prof. K. Gerkowicz (Lublin)



Ryc. 14. Profesor Tadeusz Krwawicz. Fotografia z około 1974 r.



Ryc. 15. Fragment starej Kliniki Okulistyki w Lublinie w pałacyku Chrzanowskich. Grupa lekarzy okulistów po ukończeniu kursu krio-oftalmologii w 1980 r.



Ryc. 16. Gmach nowej Kliniki Okulistyki w Lublinie. Po prawej połączony podziemnym przejściem ze starą kliniką w pałacyku Chrzanowskich, a po lewej z nowym audytorium

Т. Кравич

ФРАГМЕНТЫ АВТОБИОГРАФИИ

1. Автор родился во Львове в 1910 году, но детство провел на Подолье, в Нижневе на Днестре, а затем в Калуше. Во Львов вернулся только на учебу в Медицинском институте, который окончил в 1938 году, получив диплом врача.

2. В этом же году автор в Университете им. Яна Казимира во Львове начинает работать над кандидатской диссертацией по гистологии, под руководством проф. В. Ялового и одновременно работает ассистентом в Клинике окулистики у проф. А. Беднарского. Проф. Яловой — замечательный ученый и человек погиб в конце войны.

3. Автор, который работал в Клинике окулистики под руководством доц. Й. Гжэндзельского — отличного врача, хирурга, эрудита и экспериментатора, который всегда искал чего-то нового, лучшего, убежден в том, что если бы доц. Гжэндзельского не расстреляли гитлеровцы вместе со многими львовскими профессорами в мрачный день польской науки, он был бы известен во всем мире.

4. Автор благодарен свесему профессору А. Беднарскому — замечательному врачу, большому эрудиту и гуманисту за то, что Он возбудил в нем интерес к искусствоведению, а в последующем и к коллекционерству.

5. Автор в 1948 году начинает работать заведующим Клиники окулистики Медакадемии в Люблине в приспособленном к этому жилом доме. Однако, такой выход из положения был временным. Только в 1954 году, после большого капитального ремонта небольшого исторического здания XIX века на ул. Хмельной в Варшаве и пристройке операционного блока, возникла романтическая с виду, но настоящая Клиника окулистики. Главные направления исследований, проводимые уже в собственных лабораториях, касались вопросов иммунологии, гистологии и биохимии глазной ткани и экспериментальной хирургии.

6. Автор подчеркивает, что когда, 25 лет тому назад было найдено отличное место на клинику окулистики, то весьма возможно, что этот ободрительный жест для науки, возбудил в нем прилив сил и возможностей, результатом чего были новые открытия. Оказали они свое влияние на мировую окулистику в области предотвращения слепоты путем криохирургии катаракты и криотерапии глаза.

7. Автор пишет, что по мере развития науки и введении новых операций на здоровом глазе для изменения его рефракции, когда пионерские работы в этой области были проведены именно в этой клинике, возникла необходимость строительства нового здания клиники с обеспечением полной асептики и антисептики. Факт, что польская наука была известна в мире способствовал решению властей в отношении придания клинике новой формы в соответствии со всеми современными требованиями.

8. Автор переходит к воспоминаниям о генезисе. начале и роли криохирургии с перспективой собственного пережитого, ограничиваясь до случаев, связанных с началом применения низкой температуры в хирургии катаракты и развития глазной криохирургии. Наука сопутствовала автору почти всю жизнь и была необходима всем людям в мире. Он базируется прежде всего на мнениях многих зарубежных авторов, выражаемых в научных публикациях и во время съездов, конференций и других международных научных мероприятий.

9. Автор замечает, что история развития криохирургии кроме своих светлых сторон имела и более темные стороны, которые связаны с его автобиографией, но вспоминает он об этом без лишней стыдливости тем более, что все это заставляет человека задуматься.

T. Krwawicz

FRAGMENTS OF AN AUTOBIOGRAPHY

1. The author was born in Lvov in 1910, but he spent his childhood in Podolia at Nizniow on the Dniester, and then at Katusz. He returned to Lvov for medical studies which he completed in 1938 with a physician diploma.

2. In the same year he began, at the John Casimir University in Lvov, a research connected with his doctor's thesis in histology, which he did under Prof. B. Jałowcy, and also became assistant to Prof. A. Bednarski at the Eye Clinic. Prof. Jałowcy — a distinguished scientist — was killed towards the end of the war.

3. The author worked at the Eye Clinic directly under Docent J. Grzędzielski — a great physician and surgeon, erudite and experimenter who was always looking for improvements. The author is convinced that Doc. Grzędzielski would have won world fame in ophthalmology if he had not been shot by the Germans, together with several scores of other Polish professors, immediately after the Germans entered Lvov in 1941.

4. The author is grateful to Prof. A. Bednarski, his chief, the distinguished physician, great erudite and humanist, that under his influence he became interested in art history and started himself collecting art objects.

5. In 1948, the author became head of the Eye Clinic at the Medical Academy in Lublin. It was housed in an adapted dwelling-house. But this was a provisional solution. In 1954 the situation changed for the better when the Clinic was moved to a carefully restored mansion in Chmielna St. A modern wing was built for operations thus creating a rather romantic looking but very comfortable building for the Eye Clinic. The main lines of research, done now in the Clinic's own laboratories, were concerned with the problems of immunology, histology and biochemistry of eye tissues and with experimental surgery.

6. The author indicates that the fact that the Eye Clinic had got a suitable place to work in may have stimulated the researchers and eventually contributed to their achievements. These have influenced the world ophthalmology in the field of preventing blindness by initiating the cryosurgery of cataract and the eye cryotherapy.

7. Then the author goes on to indicate that as constant progress was being made in the introduction of new operations on the healthy eye for the alteration of its refraction, and since those pioneering researches had been done in this particular Clinic, it became necessary to add a new building to it which could ensure completely aseptic and antiseptic conditions. The fact that the Polish scientific thought was being implemented in this case the world over persuaded the authorities to take a decision which helped the Lublin Eye Clinic to obtain modern facilities.

8. The author reminisces on the origin and beginnings of cryosurgery connected so closely with his own experiences and describes the first applications of low temperature to the cataract surgery and then the evolution of that method. He was during a considerable part of his life entirely committed to this kind of researches which became so helpful to many people the world over. He bases

those feelings on the opinion of numerous foreign writers, expressed in scientific papers, at congresses and meetings with the men of science from many countries.

9. The author remarks that the history of cryosurgery has, apart from its bright aspects, also the less bright ones, which have to do with his autobiography. He speaks of them openly, the more so that they give food for reflection.

T. Krawawicz

DES FRAGMENTS DE L'AUTOBIOGRAPHIE

1. L'auteur fut né à Lwów en 1910, mais il passa son enfance en Podolie à Nizniów sur Dniester, puis à Kałusz. Il ne revint à Lwów que pour faire ses études en médecine; il obtint son diplôme de médecin en 1938.

2. Ce fut au cours de la même année que l'auteur entreprit les recherches du domaine de l'histologie en vue d'obtention du grade de docteur; il travailla à l'Université Jean-Casimir à Lwów ayant pour directeur d'études le professeur B. Jałowy, grand savant et homme admirable qui fut tué vers la fin de la II^e Guerre Mondiale. L'auteur — tout en préparant sa thèse — travailla comme assistant à la chaire d'ophtalmologie dirigée alors par le professeur A. Bednarski.

3. Assistant à la chaire d'ophtalmologie, l'auteur mena ses travaux sous la direction du professeur agrégé J. Grzędzielski; médecin et opérateur excellent, homme d'une grande érudition et d'une vive passion pour l'expérience, J. Grzędzielski eut tout pour faire une carrière mondiale dans le domaine de l'ophtalmologie, mais il fut fusillé — parmi tant d'autres professeurs de Lwów — le jour de la défaite sinistre de la science polonaise à Lwów.

4. L'auteur exprime sa grande reconnaissance au professeur A. Bednarski — cet excellent médecin, grand érudit et humaniste exerça une forte influence sur son assistant, en lui transmettant, entre autres, son goût et sa passion pour l'histoire de l'art, ce qui l'incita ultérieurement à collectionner les objets d'art.

5. En 1948, l'auteur devient directeur de la Clinique Ophtalmologique auprès de l'Académie de Médecine à Lublin. Au départ, la clinique fut installée dans une maison adaptée pour cela, mais ce ne fut qu'une solution temporaire. En 1954, la situation changea: un petit château du XIX^e siècle fut restauré, puis l'on y ajouta un bâtiment où l'on installa le bloc opératoire. Ainsi, une véritable Clinique Ophtalmologique fut-elle située rue Chmielna, dans un bâtiment d'allure tout à fait romanesque, mais parfaitement modernisé et commode. Dans des laboratoires l'on mena des recherches consacrées notamment aux problèmes d'immunologie, d'histologie et de biochimie des tissus de l'oeil, de même qu'à la chirurgie expérimentale.

6. L'auteur met en valeur le fait que, il y a vingt-cinq ans, les autorités firent un geste de générosité envers la science, en trouvant un endroit digne de loger la Clinique Ophtalmologique: ce geste, d'après l'auteur, stimula les médecins à faire plus d'efforts. Les résultats de ces efforts exercèrent une influence sur la médecine du monde entier, notamment dans le domaine de la protection contre la cécité par le traitement kriochirurgical de l'opacité cristalline (cataracte) et par la kriothérapie de l'oeil.

7. Au fur et à mesure de l'introduction de nouvelles opérations de l'œil sain — en vue de modification de sa réfraction — les premières recherches étant menées dans l'ancienne clinique, l'auteur et ses collaborateurs se rendirent compte de la nécessité de construction de bâtiments nouveaux pour que la clinique pût travailler dans des conditions aseptiques et antiseptiques. Comme les acquisitions de la science polonaise dans le domaine d'ophtalmologie eurent une renommée mondiale, les autorités décidèrent d'offrir à la Clinique un ensemble de bâtiments modernes.

8. L'auteur passe aux souvenirs relatifs à la genèse, aux débuts et au rôle de la kriochirurgie vus de la perspective de ses propres expériences; il se limite aux événements liés aux débuts de l'application des températures basses au cours des opérations chirurgicales de l'opacité cristalline, de même qu'aux débuts de la kriochirurgie de l'œil. Cette discipline joua un grand rôle dans sa vie; en outre, elle devint nécessaire pour soigner les malades. Cette dernière constatation de l'auteur est fondée surtout sur des opinions de nombreux spécialistes de l'étranger, exprimées dans leurs publications scientifiques, ainsi que pendant des réunions et des congrès tenus dans le monde entier.

9. L'auteur évoque dans son autobiographie les bons et les mauvais côtés de l'histoire du développement de la kriochirurgie: il note les uns et les autres car ils donnent l'occasion à la réflexion.



Ryc. 17. Secundum Forum Ophthalmologicum, Bogota 1975. Złoty Medal Barraquer y Barraquer, którym nagrodzono prof. L. Paufigue z Paryża za osiągnięcia w chirurgii oka. Na awersie wizerunek prof. T. Krwawicza