

Akademia Medyczna w Gdańsku  
Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych

Mariola Małecka

**Prof. dr med. Jakub Penson  
(1899-1971)  
Życie, działalność i dokonania**

Promotor:  
Prof. dr Zbigniew Machaliński

Gdańsk 2008



Idź dokąd poszli tamci do ciemnego kresu,  
po złote runo nicości twoją ostatnią nagrodę

idź wyprostowany wśród tych co na kolanach  
wśród odwróconych plecami i obalonych w proch

ocalałeś nie po to aby żyć  
masz mało czasu trzeba dać świadectwo

bądź odważny gdy rozum zawodzi bądź odważny  
w ostatecznym rachunku jedynie to się liczy.....

*Zbigniew Herbert – Przesłanie Pana Cogito*

## Wstęp

Medycyna, wykorzystując osiągnięcia wielu ludzi, rozwija się dzięki zaangażowanym i utalentowanym jednostkom. To wybitni lekarze tworzą nowe idee, dokonują wielu odkryć, organizują kliniki i wytyczają nowe kierunki działania.

Praca niniejsza ma za zadanie przedstawienie Profesora Jakuba Pensona – postaci niezwykle ważnej dla rozwoju polskiej i światowej nefrologii.

Ten wybitny klinicysta, naukowiec i dydaktyk przez wiele lat kierował III, a następnie II Kliniką Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Mimo upływu lat ślady jego działalności są wciąż żywe. Pamiętają go pracownicy kliniki oraz lekarze, którzy słuchali jego wykładów, odbywali u niego ćwiczenia oraz staże kliniczne.

Ogromny dorobek kliniczny i naukowy, określony model kierowania kliniką, zaangażowanie dydaktyczne, pracowitość, poświęcenie sprawom pacjentów oraz przyjaźń z asystentami składają się na wizerunek tego prawdziwego mistrza sztuki lekarskiej.

Swoim sercem obejmował Jakub Penson wszystkich: własną rodzinę, pacjentów, współpracowników, a także Polskę, którą uważał za swoją Ojczyznę. Gdy znalazła się w potrzebie, stawał w jej obronie z bronią w ręku. Tak było i w okresie wojny polsko – bolszewickiej i w czasie II wojny światowej.

Celem pracy jest ukazanie sylwetki profesora Jakuba Pensona i jego drogi życiowej, która była nierozdzielnie związana z medycyną. Uwzględniono w niej to wszystko, co kształtowało jego wyjątkową osobowość, a więc środowisko rodzinne, szkołę, uczelnię, kolegów, doświadczenia z lat II wojny światowej i okresu powojennego.

Profesor Jakub Penson żył na przełomie epok. Jego dzieciństwo i lata nauki w szkole średniej przypadły na okres zaborów, natomiast studia odbywał już w II Rzeczypospolitej. W czasie II wojny światowej pracował jako lekarz na Oddziale Chorób Zakaźnych w Szpitalu na Czystem na terenie Warszawskiego Getta, część okupacji przeżył, ukrywając się.

Profesor Jakub Penson to wzór lekarza i naukowca trudny do naśladowania, stanowiący wzór sam w sobie. Profesor był człowiekiem, wobec którego ludzie czuli respekt, choć on tego respektu w żaden sposób nie wymuszał. Ci, którzy z nim pracowali, mieli poczucie zawodowego bezpieczeństwa. Profesor na płaszczyźnie zawodowej na pierwszym miejscu zawsze stawiał rzetelną wiedzę. W kontaktach z pacjentami był niezwykle szczerzy i przyjazny. Posiadał walory dane nielicznym osobom: ogromną wiedzę fachową, dar leczenia i niezwykłą osobowość, co stanowiło o jego wyjątkowej charyzmie.

Celem nadrzędnym tej pracy jest przede wszystkim prezentacja dorobku naukowego, dydaktycznego i klinicznego Profesora, ukazanie i podkreślenie w niej wpływu dorobku Profesora Jakuba Pensona na rozwój polskiej nefrologii oraz jego osobisty udział w powstawaniu oryginalnej gdańskiej szkoły nefrologicznej. Uczniami Profesora było wielu obecnych profesorów, kierowników klinik i znakomitych lekarzy między innymi prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, prof. Joanna Muszkowska-Penson, prof. Andrzej Manitus, prof. Zygmunt Chodorowski, prof. Konstanty Leonowicz, prof. Władysław Wermut, prof. Stefania Horoszek-Maziarz, prof. Marek Hebanowski. W pracy wskazano, co profesor Jakub Penson zapoczątkował w naukach medycznych, co w nich pozostawiło trwałe ślady, a tym samym jaki był jego osobisty wkład w rozwój medycyny.

Przybliżenie sylwetki profesora Jakuba Pensona, jego drogi życiowej i planów wydaje się celowe, ponieważ znane są przede wszystkim owoce jego pracy, natomiast o nim samym wiemy w sumie niewiele.

Aby w pełni zrozumieć tego niezwykłego człowieka, konieczne jest także krótkie przedstawienie współczesnych mu uwarunkowań środowiskowych oraz wydarzeń politycznych z czasów, w jakich żył, ograniczając się do tych elementów, które będą niezbędne w kreśleniu szkicu jego portretu psychologicznego.

W pracy wykorzystano wiele publikacji związanych w różny sposób z osobą Profesora. Zebrane zostały najważniejsze fakty i wnioski będące uzupełnieniem stanu wiedzy o tym wyjątkowym pod każdym względem człowieku.

Podstawę źródłową pracy stanowią artykuły profesora Jakuba Pensona oraz ocena jego dorobku naukowego zamieszczona w piśmiennictwie naukowym. Oprócz nich wykorzystane zostały także materiały archiwalne, rozproszone w wielu miejscach; akta osobowe profesora znajdujące się w Archiwum Akademii Medycznej w Gdańsku (AAMG), Archiwum Uniwersytetu Łódzkiego (AUŁ), Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego (AUW), Archiwum Państwowym w Płocku (APP), Dziale Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej im S. Konopki w Warszawie (DZSGBL), Archiwum m.st. Warszawy, Archiwum Instytutu Pamięci Męczenników i Bohaterów Holocaustu Yad Vashem w Jerozolimie, Archiwum Żydowskiego Instytutu Historycznego w Warszawie (AŻIHwW), w Instytucie Pamięci Narodowej (IPN) w Gdańsku i w Kielcach oraz w Archiwum Wojskowym Akademii Obrony Narodowej w Warszawie. Ponadto wykorzystane zostały liczne materiały dotyczące działalności naukowej i dydaktycznej Jakuba Pensona, a także administracyjnej jako rektora, znalezione w Archiwum Państwowym w Gdańsku (APG). W pracy uwzględniono dokumenty znajdujące się w posiadaniu żony, profesor Joanny Muszkowskiej – Penson oraz relacje osób znających osobiście profesora Jakuba Pensona.

W aktach z Archiwum Państwowego w Płocku odnaleziono wiele cennych informacji dotyczących rodziny Pensonów i ich życia w Płocku.

Wykorzystano też dokumentację z Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego dotyczącą przebiegu studiów Profesora, jego dyplom oraz zaświadczenia o udziale w wojnie polsko-bolszewickiej.

W Archiwum Wojskowym w Warszawie nie zachowała się, niestety, dokumentacja z okresu wojny polsko-bolszewickiej dotycząca Jakuba Penzona, ocalały jedynie akta jego brata, Izraela. Nie udało się także odnaleźć dokumentów związanych z udziałem Profesora w kampanii wrześniowej.

Informacje dotyczące jego pracy w okresie międzywojennym oraz z okresu II wojny światowej znajdują się w Dziale Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie.

Archiwum Uniwersytetu Łódzkiego zawiera akta osobowe Profesora, niestety, bez recenzji jego pracy habilitacyjnej.

Dokumentacja dotycząca pracy Profesora we władzach uczelni AMG i teksty wygłoszonych przez niego przemówień znajdują się w Archiwum Państwowym w Gdańsku.

Dzięki uprzejmości pracowników Archiwum Żydowskiego Instytutu Historycznego uzyskano przetłumaczone na język polski zeznania z Yad Vashem z Jerozolimy dotyczące pracy i życia w Getcie, informacje o planach emigracyjnych Jakuba Penzona po II wojnie światowej, akty zgonu z Getta podpisywane przez Profesora oraz informacje na temat jego rodziny. Nie ma w nich zeznań Profesora dotyczących Getta, ponieważ zeznania takie nie zostały złożone.

Natomiast w rozdziale III uwzględniono dokumentację prasową znajdującą się w Archiwum Miasta Stołecznego Warszawy dotyczącą zeznań Profesora złożonych w procesie gubernatora dystryktu warszawskiego, Ludwiga Fischera.

Niestety, większość dokumentów związanych z pobytem Profesora w Getcie zaginęła. Źródła z okresu Polski Ludowej są suche, podają tylko niektóre fakty.

O profesorze Jakubie Pensonie wielokrotnie pisali jego uczniowie prof. Barbara Krupa – Wojciechowska prof. Zygmunt Chodorowski, w Wydawnictwach Jubileuszowych Akademii Medycznej oraz w „Annales Academiae Medicae Gedanensis”. Biogram Profesora opracowany przez prof. Zygmunta Chodorowskiego został zamieszczony w tomie I, Słownika biograficznego Polskich Nauk Medycznych XX wieku, wydanym pod red. Zofii Podgórskiej Kławe. Prof. Z. Chodorowski opracował także biogram Jakuba Penzona zamieszczony w tomie III Słownika Biograficznego Pomorza Nadwiślańskiego wydanym pod redakcją Zbigniewa Nowaka, Jan W. Chojna opracował biogram Jakuba Penzona zamieszczony w tomie XXV, Polskiego Słownika Biograficznego wydanego pod redakcją Jana Padło i Aleksandra Piątkiewicza. W pracy zbiorowej pod red. prof. Zbigniewa Machaliń-

skiego Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku, w tomie II ukazał się biogram Jakuba Pensona opracowany przez dr Annę Kosmał, dr Beatę Bzomę i dr Zbigniewa Kamińskiego. Profesor Bolesław Rutkowski zamieścił w czasopiśmie „Journal of Nephrology”, w numerze 1 z 2004 roku, artykuł *Jakub Penson and his studies on acute renal failure during typhus epidemics in Warsaw Ghetto*. Rolę Profesora w powstawaniu gdańskiej szkoły nefrologicznej często podkreślają autorzy licznych artykułów poświęconych historii Akademii Medycznej w Gdańsku i jej klinik.

Wiele cennych informacji zawiera książka *Jakub Penson (1899-1971) od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku* wydana pod redakcją Wiesława Makarewicza i Bolesława Rutkowskiego. Książka ta zawiera zbiór publikacji o Jakubie Pensonie zamieszczonych w „*Annales Academiae Medicae Gedanensis*”. W książce zamieszczono także Pamiętnik z Getta Warszawskiego, pisany przez Profesora, a odnaleziony po jego śmierci i opracowany przez prof. Zygmunta Chodorowskiego. Pamiętnik został opublikowany w języku polskim i angielskim. W pamiętniku tym Profesor Penson w sposób wyważony, ale wnikliwy przedstawił sytuację Szpitala na Czystem, pracę lekarzy w ekstremalnych warunkach Getta Warszawskiego i sytuację pacjentów. Pamiętnik nie jest duży objętościowo, stanowi rodzaj kroniki opisującej realia Getta bez egzaltacji i zbędnych komentarzy: (...) *Moje wspomnienia obejmują okres pobytu w getcie warszawskim, gdzie stykałem się z niemiecką administracją sanitarną, z wieloma lekarzami niemieckimi. Nie będzie w mym opisie dymiących krematoriów, masowych mordów, ale będzie codzienna obserwacja Niemców, jako „opiekunów szpitala żydowskiego” i ich pozornej walki z epidemią na terenie getta (...)*.

Pamiętnik w całości został zamieszczony w Aneksie niniejszej pracy.

Przedstawiona praca podzielona jest na sześć rozdziałów

W **I rozdziale** przedstawiono dzieciństwo i lata młodości Profesora. Ukazano dzieje jego rodziny, rodziców i najbliższej rodziny. Następnie omówiono czas jego nauki w szkole w Płocku i studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego.

**Rozdział II** opisuje początki kariery lekarskiej Jakuba Pensona. Ukazuje jego pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie w Szpitalu na Czystem w Warszawie, nie pomijając wpływu wybitnych lekarzy klinicznych okresu przedwojennego takich jak prof. Antoni Gluziński, prof. Witold Orłowski, dr Józef Luxenburg, dr Marcelli Landsberg na kształtowanie się osobowości Profesora. Kończąc opis tego etapu życia Jakuba Pensona dokonano próby oceny jego przedwojennego dorobku naukowego.

**Rozdział III** obejmuje okres okupacji po wrześniu 1939 roku i pracę Jakuba Pensona w Getcie Warszawskim. Przedstawiono w nim organizację służby zdrowia w okupowanej Warszawie i tajne nauczanie, a także okres

ukrywania się Profesora po ucieczce z Getta na stronę aryjską.

W **IV rozdziale** przedstawiono pracę Profesora w okresie powojennym w Łodzi, gdzie uzyskał habilitację. Zamieszczono w nim postępowanie habilitacyjne Jakuba Penson a w Uniwersytecie Łódzkim oraz omówiono pracę habilitacyjną, którą w całości umieszczono w Aneksie.

**V Rozdział** zawiera prezentację gdańskiego okresu życia profesora Jakuba Penson a, jego udział w organizacji III Kliniki Chorób Wewnętrznych, następnie kierowanie i pracę w II Klinice Chorób Wewnętrznych. Dokonano próby oceny jego dorobku naukowego powojennego oraz działalności dydaktycznej i działalność związanej z funkcjami pełnionymi we władzach uczelni Akademii Medycznej w Gdańsku. Przedstawiono rodzinę Jakuba Penson a: żonę, prof. Joannę Muszkowską – Penson i córkę, prof. Annę Dominiczak. Ostatnia część tego rozdziału zawiera opis ostatnich lat życia Profesora i czasu jego choroby.

**VI rozdział** to wspomnienia i opinie uczniów, przyjaciół i znajomych Profesora, którzy obserwowali jego działalność. Ze względu na dużą wartość poznawczą tych wspomnień, niektóre z nich były publikowane w „Annales Academiae Medicae Gedanensis” zdecydowałam się umieścić je w pracy, gdyż doskonale uzupełniają zgromadzone informacje i ocenę działalności Profesora.

Dla łatwiejszej percepcji pracy ilustracje zamieszczono po poszczególnych rozdziałach.

Wykorzystanie wyżej wymienionych źródeł, analiza materiałów źródłowych, analiza dorobku naukowego oraz poznanie dostępnej literatury poświęconej sylwetce i dokonaniom Profesora umożliwiły napisanie tej pracy i możliwie wszechstronne przedstawienie różnych dziedzin życia Profesora Jakuba Penson a.

*S*łowa wdzięczności za krytyczne, wnikliwe i życzliwe uwagi kieruję do mojego promotora pana prof. dr Zbigniewa Machalińskiego, Kierownika Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Akademii Medycznej w Gdańsku.

Dziękuję pani prof. dr Joannie Muszkowskiej-Penson i panu prof. Karolowi Pensonowi za niezwykle cenne informacje i dokumentację zdjęciową dotyczącą rodziny Pensonów, która wzbogaciła moją pracę.

Dziękuję pani prof. dr Barbarze Krupie-Wojciechowskiej i panu prof. dr Julianowi Stolarczykowi za udostępnienie mi swojej wiedzy na temat Profesora Penson.

Wyrażam wdzięczność pracownikom Żydowskiego Instytutu Historycznego, a w szczególności panu Janowi Jagielskiemu i pani Annie Przybyszewskiej-Drozd z Fundacji Ronalda S. Laudera za udostępnienie dokumentacji i poświęcony mi czas.

Dziękuję panu Jakubowi Gutermanowi z Izraela i pani redaktor Romanie Kuffel za informacje dotyczące Płocka i jego mieszkańców.

Słowa podziękowania kieruję do dyrekcji i pracowników Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku za ich bezcenną pomoc w pisaniu tej pracy.

Dziękuję wszystkim moim rozmówcom, jestem wdzięczna również przyjaciołom i rodzinie za wsparcie, zrozumienie i cierpliwość.



## Rozdział I

### DZIECIŃSTWO I MŁODOŚĆ

#### 1. 1. Rodzice Jakuba Pensona

Jakub Penson<sup>1</sup> urodził się w Płocku dnia 23 kwietnia 1899 roku. Jego ojciec, Szmul Penson (niektóre źródła podają imię Samuel oraz Stanisław)<sup>2</sup>, syn Izraela i Estery z domu Segal, przyszedł na świat w 1861 roku w Olkienikach<sup>3</sup>, małej miejscowości w północno-wschodniej części Litwy, w okręgu trockim, leżącej nad rzeką Mereczanką, będącą dopływem Niemna.

W Olkienikach Szmul Penson zdobywał wiedzę w *jesziwie*<sup>4</sup> Ajszynok. Wyróżniał się niezwykłymi zdolnościami; samodzielnie poznawał i studiował nowoczesną literaturę hebrajską, a także uczył się języków obcych<sup>5</sup>.

Dostępne źródła podają, że przybył on do Płocka przed wybuchem I wojny światowej<sup>6</sup> i prawdopodobnie na początku zajmował się handlem, co wynika z Księgi Urodzin Archiwum w Płocku<sup>7</sup>. Inne źródło podaje, że

<sup>1</sup> Istnieją rozbieżności dotyczące pisowni tego imienia i nazwiska. Nazwisko „Penson” według dostępnych źródeł pisano „Penzon”, do roku 1947, następnie zaś: Penson. Imię „Jakób” przez „ó” dyplom lekarski UW do 1939 r, po wojnie imię to pisano przez „u” – „Jakub”, por. *Urządowy Spis Ministerstwa Opieki Społecznej Dział I Lekarze*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1939, s. 172; por. też: *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1948* red. S. Konopka Warszawa 1949, Lekarski Instytut Naukowo Wydawniczy, s. 344; por. też: Z. Woźniewski, *Polski Almanach Medyczny na rok 1956*, Warszawa 1957, PZWL, s. 258.

<sup>2</sup> Archiwum Państwowe w Płocku (dalej APP), Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, Księga urodzin, nr. 5/1 s. 48. Niektóre źródła podają: syn Stanisława, por. red. S. Gierszewski, *Słownik biograficzny Pomorza Nadwiślańskiego*, Gdańsk 1997, Gdańskie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Gdańskiego, T III, s. 405-406, por. też Z. Podgórska-Klawe, *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku*, Warszawa 1995, Instytut Historii Nauki PAN, T I, Z 3, s. 91-92. Inne źródło podaje: syn Samuela, J. Padło, A. Piątkiewicz, *Polski słownik biograficzny*, Warszawa 1980, Wyd. PAN., Inst. Historii, T XXV, s. 583-584.

<sup>3</sup> Miasteczko Olkieniki znane jest przede wszystkim dzięki głośnej walce dwóch potężnych rodów magnackich – Sapiehów i Wiśniowieckich – zwanej przez historyków „wojną olkienicką”, której punktem kulminacyjnym była krwawa bitwa stoczona dnia 17 listopada 1700 roku półtorej mili od Olkienik zakończona zwycięstwem Wiśniowieckich i ich sojuszników, po której rozjuszona szlachta rozsiekała szablami wziętego do niewoli syna hetmana Sapiehy, Michała, por. red. B. Chlebowski, W. Walewski, *Słownik geograficzny Królestwa Polskiego i innych krajów słowiańskich*, Warszawa 1888, Wydawnictwo nakładem W. Walewskiego, T 7, s. 484-485.

<sup>4</sup> *Jesziwa* – w judaizmie szkoła religijna wyższego stopnia dla młodzieży męskiej, w której studiowano teksty religijne, głównie Talmud. Początkowo nazwa uczelni talmudycznych w Palestynie i Babilonii, które po zburzeniu w 70 r.n.e. drugiej świątyni jerozolimskiej stały się ośrodkami życia religijnego gmin żydowskich., por. *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, Warszawa 1995, Wydawnictwo Naukowe PWN, T 3, s. 174.

<sup>5</sup> *Plotzk memorial book*, Tel Aviv 1967, Hamenora Publishing House, s. 433.

<sup>6</sup> W latach 1897-1915 cesarstwo rosyjskie opuściło około miliona dwustu osiemdziesięciu ośmiu tysięcy Żydów, z czego większość (ponad 80 procent) udała się do Stanów Zjednoczonych. Y. Sleskin, *Wiek Żydów*, Warszawa 2006, Media Lazar Nadir, s.137.

<sup>7</sup> APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, nr. 5/1, akt urodzenia s. 48, por. J. Przedpeński, *Żydzi Płocky dzieje i martyrologia 1939-1945*, Płock 1993, Wydawnictwo Fraza, s. 174-175; J. Padło, A. Pietkiewicz, *Polski słownik biograficzny*, Warszawa 1980, Wydawnictwo PAN Instytut Historii, T.XXV, s. 583-584.

przybył do Płocka zaproszony przez Benjamina Golde, jako nauczyciel jego synów<sup>8</sup>. Tu był jednym z założycieli pierwszej w tym mieście instytucji pedagogicznej, *cheder metukan* (zmodernizowany cheder)<sup>9</sup>, w którym zorganizował system nauczania języka hebrajskiego.

Osadnictwo żydowskie w Płocku sięgało bardzo dawnych czasów; w roku 1237 istniała tu już cała dzielnica żydowska ze „Studnią Żydów”. W późniejszych wiekach gmina płocka podupadła. Przyczyną były spowodowane przez Krzyżaków ograniczenia w handlu. Po zawarciu Pokoju Toruńskiego, w 1466 roku, nastąpił ponowny rozkwit tej gminy. Niektórzy Żydzi zajmowali się wyrobem szkła. W roku 1568 zakupiono plac pod budowę cmentarza, a na początku XVII wieku rozpoczęto budowę Wielkiej Synagogi, (tzw. Mała powstała dopiero na początku XX wieku). W roku 1827 mieszkało w Płocku 3412 Żydów. W latach 1840-1850 miejscowy przemysłowiec, Solomon Zalmen Posner, założył w okolicy dwie wsie rolnicze, w których osiedlił sto siedemdziesiąt rodzin żydowskich. Nieco później powstały w Płocku fabryki maszyn rolniczych Sarny i Margulesa.

W XIX wieku w mieście tym żyli wybitni talmudyści: Eliezer Hakohen, Lejb Rakowski, Jezechiel Lipszyc czy Jona Mordechaj Złotnik. Później notowano tam duże wpływy zwolenników Haskali – ruchu propagującego odrodzenie kulturalne i społeczne Żydów poprzez rozwój nauki i filozofii oraz zbliżenie do kultury krajów, w których żyli, choćby przez naukę języków obcych oraz rozwój prasy i literatury żydowskiej a następnie, w początkach XX wieku – rozwinął się w Płocku silny ruch syjonistyczny. Mieszkali tu i tworzyli m.in. Szalom Asz, Jakir Warszawski, Natan Karen, Fisz Zilberman; wychodził też miesięcznik „Dos Plotsker Wort”<sup>10</sup>.

Ojciec Jakuba był bardzo lubiany i popularny wśród płockiej młodzieży. Uchodził ponadto za wybitnego znawcę literatury hebrajskiej i żydowskiej. Był znakomitym znawcą i miłośnikiem twórczości H. Heinego. Używając pseudonimu „Ben Ejt” czyli Syn Pióra, pisał artykuły i publikował je na łamach wydawanego w języku hebrajskim tygodnika „Hacefira”, które było czasopismem poświęconym naukom matematyczno-przyrodniczym, ale zajmowało się także dziejami Żydów w Polsce i w innych krajach, a redagowane było przez H. Z. Słonimskiego.

<sup>8</sup> E. Eisenberg, *Płock a history of ancient Jewish community in Poland*, Tel Aviv 1967, Hamenora Publishing House, s. 230.

<sup>9</sup> *Cheder*, elementarna 3 klasowa szkoła żydowska o charakterze religijnym; zazwyczaj znajdowała się w domu nauczyciela, którego zwano melamed lub rebbe. *Nowa Encyklopedia Powszechna*, Warszawa 1995, Wydawnictwo Naukowe PWN, T 1, s. 687. A. J. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznani*, Płock 2002, Książnica Płocka, s. 462-463.

J. Przedpeński, *Żydzi Płoccy dzieje i martyrologia 1939-1945*, Płock 1993, Wydawnictwo Fraza, s.174-175.

<sup>10</sup> *Słownik geograficzny Królestwa Polskiego i innych krajów słowiańskich*, red. B. Chlebowski, W. Walewski, Warszawa 1888, wyd. nakładem W. Walewskiego, T VII, s. 484-485.

W zamożnych rodzinach żydowskich w tamtym okresie z reguły wielką wagę przywiązywano do odpowiedniego kształcenia dzieci. W domach inteligentnych mówiono najczęściej w języku jidisz, ale też po polsku. W szkołach żydowskich – zarówno religijnych, jak i świeckich – uczono języka hebrajskiego.

Szmul Penson, oprócz nauczania w plockich chederach, w których wykładał język hebrajski, pracował także w polskich gimnazjach w Płocku, w których uczył religii mojżeszowej, a także organizował kursy języka hebrajskiego oraz literatury hebrajskiej.

W tym czasie jednym z jego uczniów był Icchak Grunbaum<sup>11</sup>–, wybitny działacz kulturalny i jeden z organizatorów ruchu syjonistycznego w Płocku, *nota bene* przyszły minister spraw wewnętrznych w Rządzie Tymczasowym Izraela w latach 1948-1949.

Należy w tym miejscu wspomnieć o innym uczniu Szmula Pensona, a mianowicie o Zyskudzie Landau<sup>12</sup>, żyjącym w latach 1889-1937, który był działaczem bundowskim, a także poetą piszącym w języku jidisz. Z jego rodziny pochodziło wielu wybitnych rabinów chasydzkich. Landau był prawnikiem znanego rabina Abrahama Ciechanowera. Uczył się w Gimnazjum Gubernialnym w Płocku, a równocześnie uczęszczał do chederu żydowskiego, gdzie zapoznawał się z Torą i językiem hebrajskim u Szmula Pensona.

Od 1918 r. Szmul Penson uczył języka hebrajskiego w Żydowskim Koedukacyjnym Gimnazjum Humanistycznym przy ul. Kolegialnej 28<sup>13</sup>.

Gimnazjum to powstało dwa lata wcześniej, a jego założycielami byli Złotnik Jona Mordechaj – rabin plocki w latach 1919-1922, i kupiec Lejb Kon. Najbardziej zasłużeni pedagodzy tej szkoły to – jak podaje Szlomo Greenspan, autor *Jidin in Plock*<sup>14</sup> – pisarka Pua Rakowska, publicysta Jakir Warszawski, kompozytor i nauczyciel śpiewu Meir Pozner, nauczyciel religii Dawid Eisenberg, hebraista Szmul Penson. W Żydowskim Koedukacyjnym Gimnazjum Humanistycznym uczyło się wielu aktywistów młodzieżowych organizacji syjonistycznych: *Haszomer Hacair*<sup>15</sup>, *Herzlia*<sup>16</sup>, *Hechaluc Hacair*<sup>17</sup>, *Gordonia*<sup>18</sup> i *Cukunft*<sup>19</sup>. Jego uczniami byli

<sup>11</sup> Icchak Grunbaum (1879-1970) studiował prawo i medycynę. Do Płocka przyjechał pod koniec XIX w. W 1896 r. założył w Płocku pierwszą bibliotekę żydowską, znaną później pod nazwą *Hazomir* (Słowik). Był jednym z organizatorów ruchu syjonistycznego w Płocku. Podczas I wojny światowej mieszkał w Petersburgu. Po powrocie do Polski w 1918 r. był założycielem Żydowskiej Rady Narodowej w Warszawie. W latach 1922-1951 był członkiem Egzekutywy Agencji Żydowskiej. W 1945 r. odwiedził Płock. por. J. Przedpełski, op. cit., s. 161.

<sup>12</sup> J. Przedpełski, *Żydzi plockcy. Dzieje i martyrologia 1939-1945*, Płock 1993, Wydawnictwo Fraza, s. 174-175.

<sup>13</sup> I. Szychowski, *Płockie kamienice i ich mieszkańcy*, Płock 1994, s. 26.

<sup>14</sup> Szlomo Greenspan, *Jidn in Plock*, New York 1960 r., s. 254.

<sup>15</sup> *Haszomer Hacair* (Młody Strażnik), organizacja młodzieżowa, utworzona w Płocku w 1918 r. z inicjatywy Borucha Silberga i Dawida Eisenberga, skupiała w swoich szeregach gimnazjalistów o poglądach syjonistycznych.

m.in. poeta Zysze Landau, działacz syjonistyczny Icchak Grunbaum, publicysta Szlomo Greenspan i działacz organizacji *Poalej Syjon – lewica Becelel Okolica*<sup>20</sup>.

Niestety, nie zachowały się dokumenty zawierające więcej informacji na temat ojca Jakuba Penson, który zmarł na tydzień lub dwa przed wkroczeniem hitlerowców do Płocka<sup>21</sup>.

Szumul Penson ożenił się 30.04.1896 z Ittą Kejlą Landau (inne źródła podają: Karolina Landau)<sup>22</sup>, która urodziła się w 1868 r. i pochodziła ze znanej i zamożnej płockiej rodziny żydowskiej<sup>23</sup>.

Rodzice Jakuba Penson zamieszkali w Płocku przy ul. Tumskiej 12.



Fot 1. Samuel i Karolina Pensonowie, rodzice Profesora  
(zbiory prywatne K. Penson).

<sup>16</sup> *Herzlia*, organizacja utworzona przez syjonistów o bardziej skrajnych poglądach, którzy odłączyli się od Haszomer Hacair, powstała w 1918 r. Założyciel Mosze Rubin. Członkowie organizacji *Herzlia* prowadzili kursy j. hebrajskiego dla młodzieży pragnącej wyjechać na stałe do Palestyny.

<sup>17</sup> *Hechaluc Hacair* (Młody Pionier), organizacja młodzieżowa powstała w 1925 r. z inicjatywy Jehoszua Rozenbluma i Abrahama Zeliga Chanachowicza. Cel organizacji przygotowanie młodych ludzi do zadań przyszłych osadników w Palestynie.

<sup>18</sup> *Gordonia*, organizacja pionierska podobnie jak organizacja *Hechaluc Hacair* skupiała młodzież żydowską w wieku od 18 do 20 lat.

<sup>19</sup> *Cukunft*, młodzieżowa formacja partii Bund (Ogólny Żydowski Związek Robotników). Głównymi jego liderami byli Mordechaj Koszkerkiewicz, Berek Ziligman, Dawid Lichtensztajn. Organizacja prowadziła kursy wieczorowe na których uczono języka jidisz młodzież żydowską w wieku od 18 do 20 lat.

<sup>20</sup> *Poalej Syjon* (Robotnicy Syjonu), organizacja utworzona w 1904 r. Typ partii socjaldemokratycznej. W 1920 r. nastąpił rozłam partii na prawicę i lewicę, istniały dwie organizacje *Poalej Syjon – lewica* i *Poalej Syjon – prawica*. por. J. Przedpełski, *Żydzi Płocky. Dzieje i martyrologia 1939-1945*, Płock 1993, Wydawnictwo Fraza, s. 174-175.

<sup>21</sup> Urząd Stanu Cywilnego Miasta Płocka, nie zachowały się Księgi Zgonów z 1939 r.

<sup>22</sup> *Jakub Penson (1899-1971), Słownik Biograficzny Polskich Nauk Medycznych XX wieku*, red. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa 1995, Instytut Historii Nauki PAN, T I, Z.3, s. 91-92.

<sup>23</sup> APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, nr. 38, akt ślubu, s. 20.

Ulica ta była w XIX i XX w. główną arterią handlową miasta. Mieściły się przy niej liczne sklepy, reprezentacyjne budowle miejskie (np. Hotel Angielski) oraz kamienice zamożniejszych płocczan (np. Górnickich czy Levensteinów)<sup>24</sup>.



*Fot 2. Płock, ulica Tumska 1930 r.  
(ze zbiorów Archiwum Państwowego w Płocku)*

W małżeństwie Szmula – Stanisława i Itty – Karoliny Pensonów przyszło na świat trzech synów<sup>25</sup>. Jako pierwszy, w 1897 roku Izrael, w 1899 roku – Jakub, a w 1900 roku najmłodszy – Abram, zwany Adamem.

## **1. 2. Rodzeństwo Jakuba Penson**

Pragnę podzielić się z czytelnikami mojej pracy tymi informacjami, które udało mi się z niemałym trudem zdobyć i które dotyczą osób najbliższych Profesorowi, tzn. jego braci Izraela i Adama, żony Adama Penson – Eugenii Penson oraz syna Adama i Eugenii – profesora Karola Penson. Czynię to, ponieważ są to osoby niezwykle, obdarzone talentem, ludzie o bogatych i niebanalnych życiorysach.

Najstarszy brat Jakuba Penson, Izrael<sup>26</sup>, urodził się 10 marca 1897 ro-

<sup>24</sup> J. Stefański, *Płock od A do Z*, Płock 1995, Wydawnictwo Zarząd Miasta Płocka i Towarzystwo Naukowe Płockie, s. 429-431. I Szychowski, *Płockie kamienice i ich mieszkańcy*, Płock 1994, s. 4-6, s. 16, s. 21.

<sup>25</sup> APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, nr. 5/1 Izrael Penson akt urodzenia, s. 80, Jakub Penson akt urodzenia, s. 48, Abraham Penson akt urodzenia, s. 97.

ku. Pierwsze nauki pobierał w domu. W 1906 r. rozpoczął naukę w klasie wstępnej Gimnazjum Rządowego w Płocku. We własnoręcznie napisanym przez siebie *curriculum vitae* wspomina: (...) w tym zakładzie naukowym przebyłem aż do roku 1914 i otrzymałem świadectwo z siedmiu klas. Na podstawie tego świadectwa zostałem przyjęty do klasy ósmej ośmioklasowego Gimnazjum Filologicznego im. Rocha Kowalskiego w Warszawie. Do szkoły tej uczęszczałem jeden rok i w 1917 roku złożyłem egzamin przed komisją egzaminacyjną, otrzymałem świadectwo dojrzałości<sup>27</sup>.

W tym samym roku, 7 listopada, złożył prośbę do rektora Uniwersytetu Warszawskiego o zaliczenie w poczet rzeczywistych słuchaczy pierwszego semestru Wydziału Lekarskiego. Z dokumentacji w aktach personalnych UW wynika, że wpisowe opłacił 9 listopada 1917 r. Immatrykulacja odbyła się 11 listopada 1917 roku, a dowód osobisty i przepisy dla studentów Izrael otrzymał 3 grudnia 1917 roku.

W związku z wojną polsko – bolszewicką, 11 listopada 1918 roku, starszy brat Jakuba wstąpił do wojska polskiego jako ochotnik i został wcielony jako szeregowiec do I Pułku Legionów. Od 13 kwietnia 1919 r. do 27 października 1919 r. walczył na froncie białorusko – litewskim. Brał między innymi udział w pod Wilnem i Dzwiniem.

Od 1 stycznia 1920 r. do 31 marca 1920 r. był uczestnikiem kursu dla medyków wojskowych na Uniwersytecie Warszawskim (przydzielono go na II kurs). W trakcie trwania kursu posiadał Legitymację wystawioną przez Dowództwo Kursu dla medyków wojskowych (nr. L 477, z datą 20.01.1920 r., podpisaną przez dowódcę kursu, kapitana lek. Szczepańskiego<sup>28</sup>).

Od 1 kwietnia 1920 r. do 20 stycznia 1921 r. Izrael Penson był skierowany do rezerwy do rezerwy personalnej Departamentu Zdrowia przy Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. 13 sierpnia 1920 roku został mianowany podchorążym sanitarnym rozkazem dowódcy Oddziału Głównego w Warszawie. W Szpitalu Ujazdowskim pełnił służbę do 20 stycznia 1921 r.

Od 21 stycznia 1921 r. do 31 marca 1921 r. oddelegowany był do Kompani Sanitarnej nr 2 w Garbatce. W dniu 17 marca 1921 roku otrzymał tymczasowe zaświadczenie o bezterminowym urlopowaniu.

11 kwietnia 1921 roku (rozkazem nr 2700/1032 z dnia 16.10.1920 roku Miejskiej Jednostki Wojskowej) zwolniony do rezerwy. Jego charakterystyka na wniosku awansowym na kapitana lekarza rezerwy była następująca: *ideowość – bardzo duża, pilność i ambicja w pracy bardzo duża, wykształcenie fachowo – lekarskie bardzo duże, fizycznie zdrow i wytrzymały na trudy wojenne, nadaje się na stanowisko lekarza pułku*<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego (dalej AUW), Akta osobowe Izraela Pensa (dalej AoIP), nr. 1984, Curriculum vitae, akta nieuporządkowane. APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, nr. 5/1, s. 80.

<sup>27</sup> AUW, AoIP, nr. 1984, Curriculum vitae, akta nieuporządkowane.

<sup>28</sup> AUW, AoIP, nr. 1984, Legitymacja wojskowa, akta nieuporządkowane.

Po dwu i pół letniej służbie w Wojsku Polskim Izrael kontynuuje prze-rwane studia lekarskie w Uniwersytecie Warszawskim.

W dniu 1 lipca 1924 roku wystąpił do Rady Wydziału Lekarskiego UW o udzielenie mu absolutorium, co nastąpiło 9 września 1924 r.<sup>30</sup>

22 grudnia 1924 r. otrzymał *sponsio sollemnis* Uniwersytetu Warszawskiego i dyplom Doktora Nauk Medycznych, (nr dyplomu L. 764 z 20.03.1925 r.), oraz uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza. W czasie studiów nie był członkiem Koła Medyków<sup>31</sup>. Należał natomiast do Towarzystwa „Bratnia Pomoc” Studentów Uniwersytetu Warszawskiego<sup>32</sup>.

Specjalnością Izraela Pensona były choroby wewnętrzne.

Związek małżeński zawarł w dniu 15 kwietnia 1923 r. z Marią Temkin (urodzoną 13.07.1908 roku w Warszawie, córką Dawida i Estery). W czasie wojny jego żona przebywała w obozie w Ravensbruck. Po wojnie pracowała jako urzędniczka w Warszawie w Centralnym Komitecie Żydów w Polsce. Powtórnie wyszła za mąż za Szymona Nidera i wyemigrowała z drugim mężem do Izraela<sup>33</sup>.

Izrael Penson do wybuchu wojny mieszkał z żoną w Warszawie przy ul. Jagiellońskiej 27 m.6. Od roku 1924 do 1 września 1939 roku pracował w Warszawie jako stały członek *Aerzte – Kammer*. Zmobilizowany, brał udział w kampanii wrześniowej jako lekarz-porucznik rezerwy. Dnia 9 września 1939 roku w Lublinie został ciężko ranny w obie nogi i hospitalizowany w szpitalu w Lublinie. Po tym urazie został uznany za inwalidę wojennego.

Z Lublina wrócił do Warszawy 11 lipca 1940 roku<sup>34</sup>. Jego mieszkanie przy ul. Jagiellońskiej zostało zbombardowane, zamieszkał więc przy ul. Targowej 76 m. 1 i w swoim mieszkaniu prowadził prywatną praktykę lekarską<sup>35</sup>. W czasie wojny ryzykował życiem, chroniąc swoich pacjentów przed gestapo. Brał także udział w tajnym nauczaniu w getcie. W 1942 r. został ponoć wywieziony do Treblinki<sup>36</sup>. Jednak – według informacji uzyskanych od jego rodziny – zginął na Umszlagplazu dnia 6 września 1942 roku<sup>37</sup>.

<sup>29</sup> Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie, AoIP, nr. 5145, główna karta ewidencyjna nr. 1617, akta nieuporządkowane.

<sup>30</sup> AUW, AoIP, nr. 1984, Podanie o udzielenie absolutorium, akta nieuporządkowane.

<sup>31</sup> AUW, AoIP, nr.1984, Zaświadczenie Koła Medyków Studentów UW z dnia 5.12.1924 r. L 635/24, akta nieuporządkowane.

<sup>32</sup> AUW, nr.1984, Zaświadczenie Towarzystwa Bratnia Pomoc Studentów UW nr L 1776, akta nieuporządkowane.

<sup>33</sup> Żydowski Instytut Historyczny, Instytut Naukowo-Badawczy, Archiwum w Warszawie, Akta Marii Penson, nr. 2526, akta nieuporządkowane.

<sup>34</sup> Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej (dalej ZSGBL), AoIP, nr. 2893, podanie 18.07.1940 r. *An den Herrn Leiter der Abteilung Gesundheitswesen Distriktarzt dr.med.Kamiński*, akta nieuporządkowane.

<sup>35</sup> ZSGBL, AoIP, nr. 2893, Podanie w sprawie otwarcia prywatnej praktyki lekarskiej w miejscu zamieszkania, akta nieuporządkowane.

<sup>36</sup> L. Widwan, J.Tenenbaum, *The Martyrdom of Jewish Physicians in Poland*, Medical Alliance Association of Jewish Physicians from Poland, New York 1963, s. 430.

Władał biegle językiem niemieckim, rosyjskim, francuskim.

W Urzędzie Stanu Cywilnego m. st. Warszawa wystawiono mu po wojnie 27 lutego 1947 roku akt zgonu nr 126/V – 47.

Najmłodszy syn Szmula i Itty Bensonów – Abram, którego od najmłodszych lat nazywano Adamem, urodził się 13 czerwca 1900 r.<sup>38</sup>. Oficjalnej zmiany imienia dokonał na mocy ustawy z 1952 roku<sup>39</sup>. Do roku 1914 uczęszczał do Gimnazjum Rządowego w Płocku., rok później wstąpił do 4 klasy Gimnazjum Filologicznego Męskiego Koła Polskiej Macierzy Szkolnej<sup>40</sup>, a w 1920 roku otrzymał świadectwo dojrzałości.

Po wybuchu wojny polsko-bolszewickiej także Adam – podobnie jak obaj jego bracia – 9.07.1920 roku zgłosił się jako ochotnik do Wojska Polskiego i przez pięć miesięcy pełnił służbę w 6 pułku piechoty legionów.

Po zwolnieniu z wojska, w dniu 23.11.1920 r., złożył do rektora Uniwersytetu Warszawskiego stosowne dokumenty i podanie z prośbą o zaliczenie w poczet studentów Uniwersytetu Warszawskiego na Wydziale Prawnym, które zostało rozpatrzone pozytywnie. Immartykulacja odbyła się 15 listopada 1920 roku.

W trakcie odbywania studiów w semestrze zimowym 1921/1922 złożył także podanie do dziekana Wydziału Filozoficznego UW z prośbą o przyjęcie do sekcji humanistycznej Wydziału Filozoficznego<sup>41</sup>. Orzeczeniem Komisji Immatrykulacyjnej przyjęty na humanistykę Wydziału Filozoficznego (data orzeczenia 20.10.1921 r.; dowód osobisty i przepisy dla studentów Uniwersytetu otrzymał 7.11.1921 r.). W roku akademickim 1925/26 uzyskał absolutorium

Dwukrotnie, w roku akademickim 1925/26 i w 1927/28, składał podanie do Rektora UW o udzielenie mu urlopu akademickiego, z uzasadnieniem prośby „z powodu ciężkich warunków materialnych”. Urlopy te uzyskał.

Po ukończeniu studiów wyjechał do Tomaszowa Mazowieckiego, gdzie rozpoczął pracę jako nauczyciel. Tam też ożenił się z Eugenią Oberländer, która również była nauczycielką. W Tomaszowie Mazowieckim Pensonowie przebywali do września 1939 roku. Po zbombardowaniu miasta przez Niemców udali się (głównie pieszo) do Warszawy, a potem do Białegostoku, który był już zajęty przez Rosjan. W Białymstoku mieszkali do połowy 1940 roku, czyli aż do momentu aresztowania ich wraz z całą miejscową inteligencją i wywiezienia do gułagu, który znajdował się w pobliżu miasta

<sup>37</sup> Rozmowa z p. Karolem Pensonem, synem Adama Pensona w dniu 28.08.2006 w Warszawie.

<sup>38</sup> APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, Księga urodzin, nr. 5/1, s. 97.

<sup>39</sup> APP, Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock, Księga urodzin, nr. 5/1, s.97.

<sup>40</sup> AUW, Akta osobowe Adama Pensona (dalej AoAP), nr.7102, Życiorys, akta nieuporządkowane.

<sup>41</sup> AUW, AoAP, nr.7102, Podanie do Dziekana Wydziału Filozofii UW – bez daty, akta nieuporządkowane.



Syktvykar (autonomiczna republika Komi). Gdy po podpisaniu układu Sikorski–Majski otworzyły się obozy dla internowanych Polaków, Adam, wyniszczony ciężką, fizyczną pracą i przebytymi w obozie chorobami, udał się w wielotygodniową podróż do miejscowości Sielce nad Oką, gdzie formowała się I Armia LWP. Wcielony do I Dywizji im. Tadeusza Kościuszki przeszedł cały szlak bojowy tej dywizji – od Lenino do Berlina. Został odznaczony wieloma medalami wojennymi. Po zakończeniu wojny i wieloletniej rozłące Adam odnalazł swoją żonę. Pensonowie zamieszkali w Warszawie, gdzie Adam podjął prace w redakcji gazety Polskich Wojsk Lotniczych – „Skrzydła wolności”. Po wielu prośbach o demobilizację, zwolnienia z wojska doczekał się dopiero w 1953 roku, opuszczając LWP w randze podpułkownika. Od 1954 roku pracował jako redaktor w Wydawnictwie RUCH.

Zmarł dnia 29 grudnia 1961 roku. W pamięci swoich najbliższych oraz przyjaciół pozostał jako człowiek prawy, o niezwykle szerokiej wiedzy humanistycznej i ogromnym uroku osobistym.

Niezwykłą osobą była również żona Adama Penson, Eugenia<sup>42</sup>, urodzona 16.09.1902 r. w Brzeżanach koło Lwowa. Córka dra Natana Oberländera, adwokata w sądzie rejonowym i Anny Fränkel. Rodzina jej w czasie I wojny światowej przebywała w Wiedniu, gdzie Eugenia ukończyła gimnazjum. Po zakończeniu I wojny światowej Oberländerowie wrócili do Polski. Eugenia kończy tu seminarium nauczycielskie i podejmuje pracę w Tomaszowie Mazowieckim, gdzie poznaje swojego przyszłego męża, Adama Penson. Wywieziona wraz z nim przez Rosjan do obozu pracy, dzielnie znosi nieludzkie warunki życia w gułagu i troskliwie opiekuje się mężem, który kilkakrotnie choruje na tyfus.

Po otwarciu obozów dla więzionych Polaków Eugenia organizuje pierwsze przedszkole dla polskich sierot. Wraz z grupą osiemdziesięciorga dzieci zostaje przetransportowana do Zagorska pod Moskwą, gdzie obejmuje stanowisko dyrektora tamtejszego polskiego sierocińca. Placówka ta zostaje w 1945 roku przeniesiona do Warszawy i do dziś funkcjonuje na warszawskich Bielanach (Dom Dziecka nr.1, Al. Zjednoczenia 34). Po odnalezieniu męża i urodzeniu syna – Karola, Eugenia poświęca się obowiązkom żony i matki, ale w 1957 roku ponownie podejmuje pracę pedagogiczną.

Na skutek represji w 1968 roku opuszcza wraz ze swoim synem Polskę i emigruje do Izraela. Z powodu braku środków do życia i nieznajomości języka hebrajskiego decyduje się na powrót do Europy. Osiedla się wraz z synem w Berlinie Zachodnim, gdzie mieszka (z przerwami) aż do swojej śmierci. Umiera w setnym roku swego życia w Paryżu dnia 27.12.2001 r.

Najmłodsze pokolenie Pensonów reprezentuje syn Adama i Eugenii, prof. Karol A. Penson, urodzony w Warszawie 21.12.1946 r. Po ukończeniu

<sup>42</sup> Informacji o Eugenii Penson udzielił jej syn, Karol Penson 26.08.2006 r.

w roku 1964 Liceum im. Dembowskiego oraz Państwowej Szkoły Muzycznej w Warszawie (klasa fortepianu), w latach 1965-1968 studiował matematykę i fizykę na Uniwersytecie Warszawskim. Po opuszczeniu w roku 1968 Polski, w latach 1969-1971, kontynuował studia w Weizman Institute of Science (Rehovot, Izrael). Tytuł doktora fizyki uzyskał w roku 1976 na Freie Universität Berlin, podobnie jak tytuł doktora habilitowanego (1987). Od roku 1988 mieszka w Paryżu i związany jest z Université Pierre Marie Curie. Ten wybitny fizyk, autor ponad 100 artykułów (z dziedziny fizyki teoretycznej ciała stałego, mechaniki statystycznej, mechaniki kwantowej i kombinatoryki), promotor 11 prac doktorskich, laureat licznych nagród (w tym niemiecko – francuskiej Nagrody im. A. Humboldta, którą otrzymał w 1988 r.), koordynator wielu programów naukowej współpracy międzynarodowej (Niemcy, Polska, Włochy) jest ponadto... znakomitym muzykiem i koncertującym pianistą, (występował m.in. w Filharmonii Narodowej w Warszawie), oraz autorem licznych kompozycji na fortepian (w tym cyklu dwunastu transkrypcji na fortepian utworów Schuberta, Wagnera, Straussa, Bizeta, Mompou, Faure, Tarrega czy Mahlera wykonywanych przez światowej sławy pianistów, takich jak Cyprian Katsaris).

### 1. 3. Lata szkolne

W roku 1908 Jakub Penson rozpoczął naukę w klasie wstępnej Gimnazjum Rządowego<sup>43</sup> w Płocku, do którego uczęszczał przez sześć lat. Zachowały się protokoły z posiedzeń rad pedagogicznych owego gimnazjum, będące dowodem na uczęszczanie do tejże szkoły zarówno Jakuba jak i jego obu braci – Izraela i Adama<sup>44</sup>.

We wrześniu 1916 r., po zdaniu egzaminu wstępnego, Jakub został przyjęty do klasy siódmej Gimnazjum Męskiego Filologicznego w Płocku i po dwóch latach nauki zdał egzamin dojrzałości<sup>45</sup>.

Gimnazjum Polskiej Macierzy Szkolnej w Płocku, znane także jako Gimnazjum Męskie Filologiczne, od września 1915 r. przyjęło nazwę I Gimnazjum Polskiego w Płocku. Powstało ono po strajku szkolnym w 1905 roku do którego włączyła się także młodzież płocka, walcząc o wprowadzenie języka polskiego do szkół. Skutkiem strajków i protestów była uchwała władz rosyjskich wydana 10 czerwca 1905 r., zezwalająca na zakładanie prywatnych szkół z językiem polskim jako językiem wykładowym<sup>46</sup>.

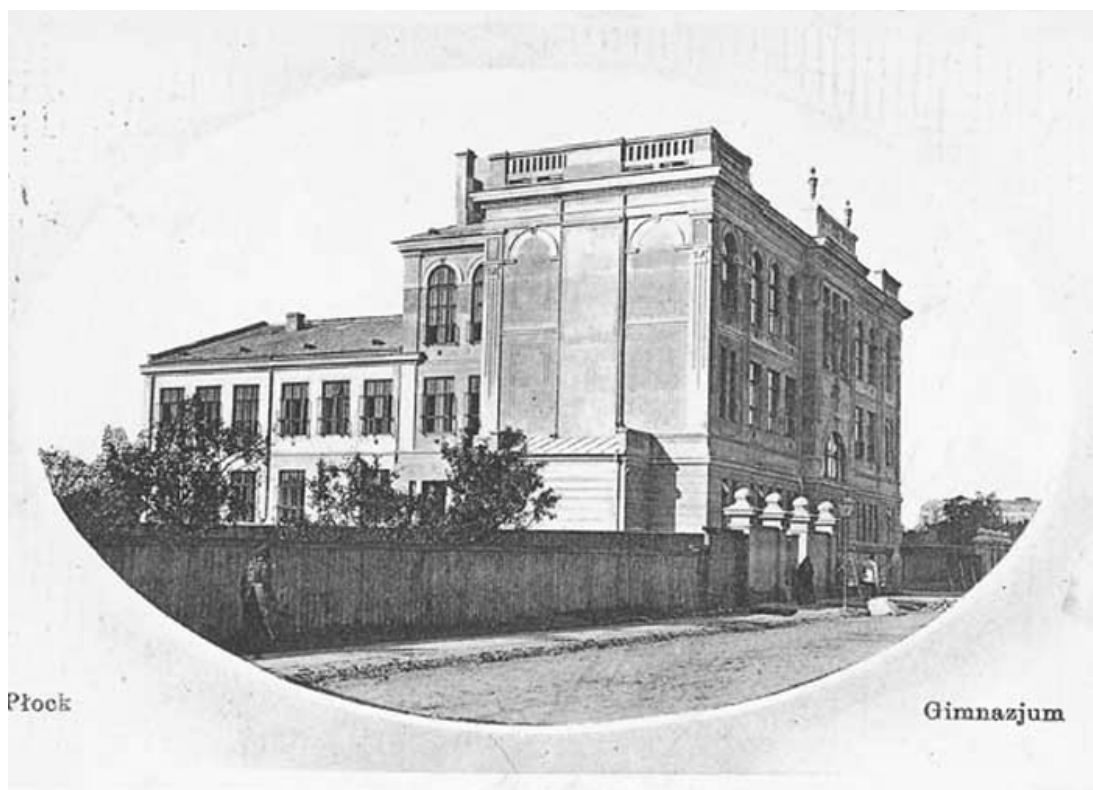
Dnia 4 września 1906 r. szkoła zainaugurowała swój pierwszy rok pracy. Jej dyrektorem został Józef Dionizy Szczepański, ojciec sławnej pisarki

<sup>43</sup> Obecnie Liceum Ogólnokształcące im. marszałka Stanisława Małachowskiego.

<sup>44</sup> APP, akta nr. 3, 4, 5, Akta Rady Pedagogicznej, Protokoły Posiedzeń Rady Pedagogicznej, akta nieuporządkowane.

<sup>45</sup> AUW, Akta osobowe Jakuba Pensa (dalej AoJP), nr 4065, Życiorys, akta nieuporządkowane.

<sup>46</sup> Historia szkoły, nośnik multimedialny [www.lwj.shnet.pl/expo2000/pl/historia.html](http://www.lwj.shnet.pl/expo2000/pl/historia.html).



Fot 3. Płock I Gimnazjum Polskie (Jagiellonka) około 1915 r.  
(z Archiwum Państwowego w Płocku)

Marii Kuncewiczowej, z wykształcenia matematyk, absolwent Uniwersytetu Petersburskiego<sup>47</sup>.

Pierwszy obowiązujący program nauczania uchwalony został 23 sierpnia 1906 r. W Gimnazjum nauczano dwudziestu siedmiu przedmiotów. Wielką wagę przywiązywano do nauki języków obcych, które stanowiły średnio 51 procent zajęć szkolnych. Na drugim miejscu były przedmioty matematyczne, stosunkowo mniej godzin przeznaczono na przedmioty przyrodnicze. Dużą uwagę przywiązywano do ćwiczeń fizycznych, które miały, wraz z higieną, wpływać na dobry stan fizyczny i zdrowotny wychowanków. Uczniowie uczęszczający do szkoły musieli płacić za naukę. Osobom niezamożnym, które nie były w stanie uiścić opłaty, pomagało Towarzystwo Pomocy dla Uczącej się Młodzieży, przekazując pewne sumy na rzecz wpisów.

Szkoła, do której uczęszczał Jakub Penson już w 1906 r. szczyliła się opinią placówki o bardzo wysokim poziomie nauczania, czego potwierdzeniem była podjęta w 1909 roku decyzja rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, na mocy której dziekani wydziałów: prawnego, teologicznego oraz filozoficznego, uznali świadectwo owego gimnazjum za równoznaczne z patentem rządowym szkół austriackich. Fakt ten wynikał zapewne z solidnej pracy nauczycieli i uczniów, a także z bardzo dobrego realizowania programu nauczania.

<sup>47</sup> R. Ołdakowski, *Nauczyciele Jagiellonki 1906-1981*, Płock 1981, s. 5, s. 9-10.

Następnym dyrektorem plockiego gimnazjum był Adam Grabowski, absolwent Uniwersytetu Warszawskiego<sup>48</sup>. W czasie sprawowania przez A. Grabowskiego funkcji dyrektora szkoła otrzymała nowy gmach, stanowiący znaczną część obecnego budynku, który powstał dzięki staraniom Komitetu Budowy powołanego przez Towarzystwo „Szkoła Średnia” w Płocku. Nowy budynek był, jak na ówczesne czasy, bardzo nowoczesny. Posiadał dziewięć dużych sal szkolnych, małą salę gimnastyczną, gabinety fizyczny, chemiczny, biologiczny i prac ręcznych. Warto dodać, że w szkole funkcjonowało centralne ogrzewanie i wentylacja, rzadko wówczas spotykane w gimnazjach.

Wybuch I wojny światowej i działania wojenne na Mazowszu i w Płocku nie przerwały działalności szkoły. Po wkroczeniu Niemców do Płocka sytuacja szkoły stała się skomplikowana. Represje okupanta nie oszczędziły uczniów i nauczycieli. Na skutek doniesienia niemieckiego inspektora szkolnego do władz okupacyjnych, że wśród uczniów Gimnazjum Polskiego kolportowane są nielegalne pisma o treści patriotycznej, dyrektor Grabowski został 22 stycznia 1916 r. o godz. 7 rano aresztowany i wywieziony do obozu jenieckiego w Zelle pod Hanowerem. Zwolniony z obozu w styczniu 1917 r. powrócił do Płocka w czerwcu tegoż roku.

Uczniowie gimnazjum wydali specjalną księgę pamiątkową, której oryginał wręczono dyrektorowi w dniu 11 czerwca 1917 roku<sup>49</sup>.

Jak podaje „Kurjer Płocki” (1917, Nr 139)... *na zaznaczenie zasługuje sympatyczny objaw uznania zasług dyrektorowi A. Grabowskiemu ze strony kl. VIII łącznie z VII i VI. Uczniowie stawili się tłumnie w mieszkaniu A. Grabowskiego. Po serdecznych przemówieniach byłych wychowanków, ucznia, studenta i legionisty wręczono mu ozdobną księgę pamiątkową z licznymi fotografiami, dedykacjami, podpisami i utworami uczniów.*

Z zachowanej kopii tej księgi przytaczam jedną z dedykacji:

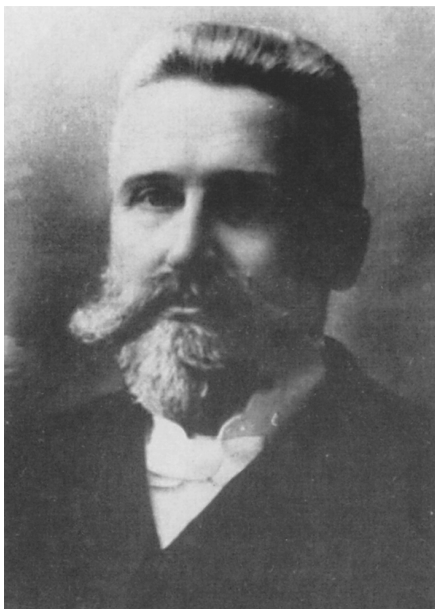
*Dzięki Ci składamy drogi nasz Dyrektorze i Wychowawco za długoletnią pracę, którąś był obarczony, nauczając nas, za miłociwe kierownictwo, za serce, za częstą pomoc materialną, za zainteresowanie się naszym życiem, za uszanowanie w uczniu człowieka, za przykład moralny....*

Dyrektor Grabowski, niezmiernie wzruszony, podziękował swoim wychowankom, wyrażając swą głęboką wiarę i nadzieję, jaką zawsze pokładał w młodzieży. W księdze pamiątkowej znajduje się także podpis Jakuba Penson.

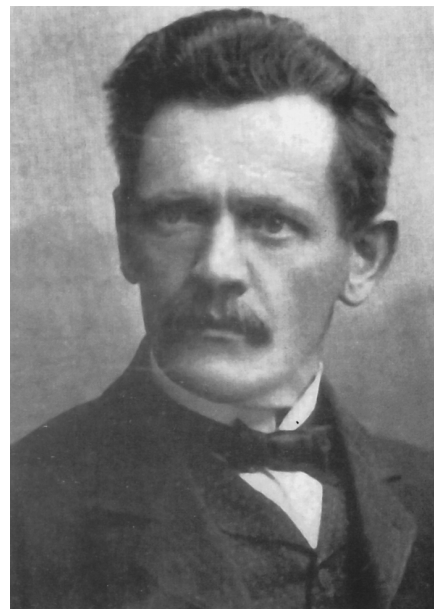
Jak się później okazało, szkoła wywarła duży wpływ na rozwój kulturalny Płocka i Mazowsza Plockiego przez zjednoczenie społeczeństwa przy tej placówce jako ostoji polskości i przez udział nauczycieli w życiu kulturalno-oświatowym. W sierpniu roku 1918 uznano ją za szkołę pań-

<sup>48</sup> A. Maciesza, *Gimnazjum im. W. Jagielly w Płocku 1906-1931*, Płock 1931, Nakład i druk Firma Bracia Detrychowcie, s. 133-145.

<sup>49</sup> Muzeum w Płocku im. Zielińskich, *Uczniowie I Gimnazjum w Płocku dyrektorowi A. Grabowskiemu*, sygn. C 3809.



Fot 4. Józef Dionizy Szczepański,  
dyrektor Gimnazjum im. W. Jagiełły  
w latach 1906-1909.



Fot 5. Adam Grabowski, dyrektor  
Gimnazjum im. W. Jagiełły  
w latach 1909-1916.

stwową i nadano jej nazwę Królewsko-Polskie Gimnazjum im. Króla Władysława Jagiełły<sup>50</sup>.

Rok szkolny 1917-1918 to okres, w którym Jakub Penson przygotowywał się do egzaminów maturalnych. Wyznaczono je na: 21 maja egzaminy pisemne – i na 13 czerwca – egzaminy ustne. Uczniowie gimnazjum zdawali owe egzaminy razem z uczennicami szkoły żeńskiej w obok położonych salach. Przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej był dyrektor K. Dąbrowski, delegatem ministerstwa wizytator W. Jezierski.

Egzaminy maturalne odbywały się według regulaminu podanego w Dzienniku Urzędowym Departamentu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Nr 1. Tematem z języka polskiego – wybranym z trzech nadesłanych – był: *Ideaty i męczeństwo młodzieży według III-ej części Dziadów*.

Po skończonych egzaminach maturalnych ustnych odbyło się rozdanie matur. 22 czerwca 1918 r. Komisja Egzaminacyjna wydała świadectwo dojrzałości J. Pensonowi<sup>51</sup>.

W Księdze pamiątkowej<sup>52</sup> wydanej w 1986 roku z okazji jubileuszu 80-lecia gimnazjum (obecna nazwa Liceum Ogólnokształcące im. Władysława Jagiełły), nazwisko profesora Jakuba Pensoną wraz z życiorysem znajduje się w grupie wybitnych wychowanków tej szkoły, wymienieni są tam, między innymi: prawnik i badacz dziejów sztuki, dr Kazimierz Askanas, poeta

<sup>50</sup> 100 lat Jagiellonki. Z dziejów polskiej szkoły średniej w Płocku 1906-2006, red. A. M. Stogowska, Płock 2006, Wydawca Stowarzyszenie Jagiellończyków, s. 114-115.

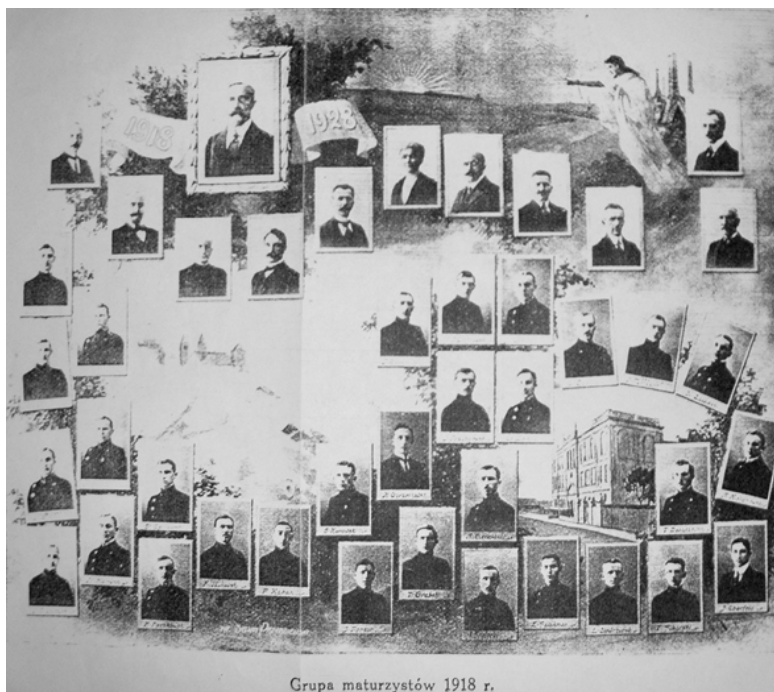
<sup>51</sup> Świadectwo dojrzałości nie zachowało się w żadnych dostępnych badaniu aktach.

<sup>52</sup> 80 lat Szkoły. Gimnazjum Polskie Liceum im. Władysława Jagiełły 1906-1986, red. R. Kuffel, Płock 1986, Wydawnictwo Liceum im. Wł. Jagiełły, s.24.

Składamy swe podpisy, wyrażając uczucia całej młodzieży Gimn. I-go, pragnąc trwalej zapisać się w pamięci kochanego naszego Wychowawcy i Dyrektora i mocniej wyrazić mu swoją miłość.

Karol Cywiński. Czyżewski Jan.<sup>s.t.p.</sup> Feinberg Stefan.  
 Goćkowski Wojciech. Gorzechowski Witold Gorzechowski Wład.  
 Grabski Jerzy. Ike-Duninowski K. Klinkowstein.  
 Kruszewski. Merenlender. Olewczynski.  
 Pałaszewski Wład. Płoski Stanisław.<sup>s.t.p.</sup> Rudowski.  
 Rybiński Stan. Starczewski Zbigniew.<sup>s.t.p.</sup> Supniewski Janusz.  
 Szczechowicz. Szygiendowski Tarnowski H.<sup>s.t.p.</sup>  
 Waśniewski.<sup>s.t.p.</sup> Wojnowski Ludwik.<sup>s.t.p.</sup> Wysocki Mirosław. Zambrzycki.  
 Zdziarski Zdzisław.<sup>s.t.p.</sup> Cichocki Eug. Art Stanisław.  
 Modliński. Merson Roman. Makulec Fr.  
  
 Landy Cz. Paczkowski. Oppen Jan. Iżykowski.  
 Majewski. Pelka Piotr. Cichowski.<sup>s.t.p.</sup> Górzyński.<sup>s.t.p.</sup>  
 Lisicki Jan. Wojciechowski.<sup>s.t.p.</sup> Goćkowski. Grabski Tadeusz.<sup>s.t.p.</sup>  
 Jeznach.<sup>s.t.p.</sup> Gorzechowski. Kurowski. Podczaski.  
 Sikorski. Penzon. Zawidzki Stef. Zgliczyński.  
 Przasnyski Bolestaw. Dobaczewski. Grelecki.  
 Mierzejewski A. Czermiński.<sup>s.t.p.</sup> Przybojewski. Kwiatkowski.  
 Nadrowski.<sup>s.p.</sup> Kahan. Bagiński.<sup>s.t.p.</sup> Bejm.<sup>s.t.p.</sup>  
 Brzozowski M. Brzozowski St.<sup>s.t.p.</sup> Chodalski.<sup>s.t.p.</sup> Cichowski.  
 Czachowski. Dąbski. Długotęcki. Dobrzyński.  
 Gałkowski J. Głodowski. Grabski. Gronwald.  
 Waśniewski Al. Gałkowski Henryk.

Fot 6. Księga pamiątkowa uczniów I-go Gimnazjum w Płocku z podpisami uczniów dla dyrektora A. Grabowskiego (zbiory Muzeum im. Zielińskich w Płocku).



Fot 7. Absolwenci wraz z gronem pedagogicznym, I Gimnazjum im. W. Jagielly z 1918 r. (zbiory Archiwum Państwowego w Płocku).

Władysław Broniewski, awangardowy pisarz Stefan Themerson, farmakolog – autor syntezy leków przeciwgruźliczych, przeciwwirusowych i przeciwnowotworowych – Janusz Supniewski, profesor Marcin Kacprzak – rektor Akademii Medycznej w Warszawie, aktor Henryk Borowski, piłkarz, lekarz sportowy i wiceprezes Polskiego Związku Piłki Nożnej – Wacław Kafiński, światowej sławy rzeźbiarz Alfred Jesion oraz dowódca Korpusu Ochrony Pogranicza, generał Jan Kraszewski<sup>53</sup>.

#### 1. 4. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego

2 października 1918 roku Jakub Penson złożył dokumenty na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Orzeczeniem Komisji Immatrykulacyjnej został na ów wydział przyjęty<sup>54</sup>. Dowód osobisty i przepisy dla studentów otrzymał dnia 7 listopada 1918 roku.

Wojna polsko-bolszewicka spowodowała przerwę w jego studiach. Na początku 1919 roku Jakub Penson jako ochotnik wstępuje do Wojska Polskiego.

20 czerwca 1919 roku został przydzielony do II Baonu Telegraficznego. Po półrocznej służbie, 1 grudnia 1919 roku wyrusza na front z Kompanią Telegraficzną Jazdy nr 4, gdzie przebywa jedenaście miesięcy<sup>55</sup>.

Podczas napadu bolszewików na Raduszkowice dostaje się do niewoli

<sup>53</sup> Historia szkoły – nośnik multimedialny [www.lwj.shnet.pl/expo2000/pl/historia.html](http://www.lwj.shnet.pl/expo2000/pl/historia.html).

<sup>54</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Orzeczenie Komisji Immatrykulacyjnej, akta nieuporządkowane.

<sup>55</sup> Centralne Archiwum Wojskowe, Warszawa. Nie zachowała się dokumentacja Kompanii Telegraficznej Jazdy Nr 4.

bolszewickiej, gdzie przebywa od 13 października 1920 r. do 20 marca 1921 r. Z Obozu Izolacyjnego Jeńców w Dęblinie trafia dnia 15 kwietnia 1921 roku do Kadry Kompanii Telegraficznej Zapas nr 5 w Krakowie<sup>56</sup>.

Liga Akademicka Komisji Kontrolującej Obronę Państwa wydała w dniu 5 maja 1921 roku Zaświadczenie nr 4065 potwierdzające wypełnienie przez Jakuba obowiązku służby wojskowej<sup>57</sup>.

W dniu 10 czerwca 1921 roku kapral Jakub Penson otrzymał tymczasowe zaświadczenie demobilizacyjne<sup>58</sup>, z którego treści wynika, iż w jednostce, w której służył, pełnił funkcję rysownika kompanii, mając też specjalność radiotelegrafisty.

Zwolniony z wojska, kontynuuje przerwane studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego i na podstawie ponownego orzeczenia Komisji Immatrykulacyjnej zostaje przyjęty na I rok studiów.

Dowód osobisty i przepisy dla studentów otrzymał 21.10.1921 r.<sup>59</sup>.

Dla każdego młodego człowieka studia uniwersyteckie to zazwyczaj lata niezwykłych przeżyć i wrażeń. Okres ten, niezapomniany i owiany czarem bujnej młodości, tyle razy opisywany był w literaturze. Dla rocznika Jakuba Pensa były to ponadto pierwsze lata w wolnym kraju.

Wojna w dużym stopniu przerzedziła grono wykładowców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, pozostała ich zaledwie garstka. Profesorowie wrócili na uczelnię, aby od nowa zacząć twórczą pracę nad kształceniem nowych adeptów sztuki lekarskiej. Do grona profesorów należeli wówczas: Mieczysław Michałowicz, Adam Czyżewicz, Franciszek Czubalski oraz Ludwik Paszkiewicz. Wyżej wymienieni i pozostali, o których jeszcze wspomnę w tej pracy, to znakomici wychowawcy wielu pokoleń polskich lekarzy.

Czas studiów był dla Jakuba Pensa okresem entuzjazmu, wyteżonej pracy i wielu wspomnień związanych z uczelnią. System studiów był semestralny, studenci zdawali tzw. colloquia i tzw. *rigorosa*.

Wspomnę kilku profesorów z licznego grona wykładowców UW, którzy wywarli wpływ na młodego Jakuba, kształtując jego osobowość.

Anatomię wykładał wówczas profesor Edward Loth, który ponadto był niezwykle zdolnym rysownikiem. Kolorowymi kredkami malował na tablicy przepiękne rysunki anatomiczne. Na jego wykłady przychodzili nie tylko medycy, ale i studenci z innych wydziałów<sup>60</sup>.

Histologię wykładał profesor Mieczysław Konopacki, anatomię patolo-

<sup>56</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Poświadczenie Kadry Komp. Telegr. Zapas Nr. 5 L. dz. 748, akta nieuporządkowane.

<sup>57</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Poświadczenie Kadry Komp. Telegr. Zapas Nr 5. L. dz. 748, akta nieuporządkowane.

<sup>58</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Odpis Tymczasowego Zaświadczenia Demobilizacyjnego Kraków 10. 06.1921r.L. dz. 748, akta nieuporządkowane.

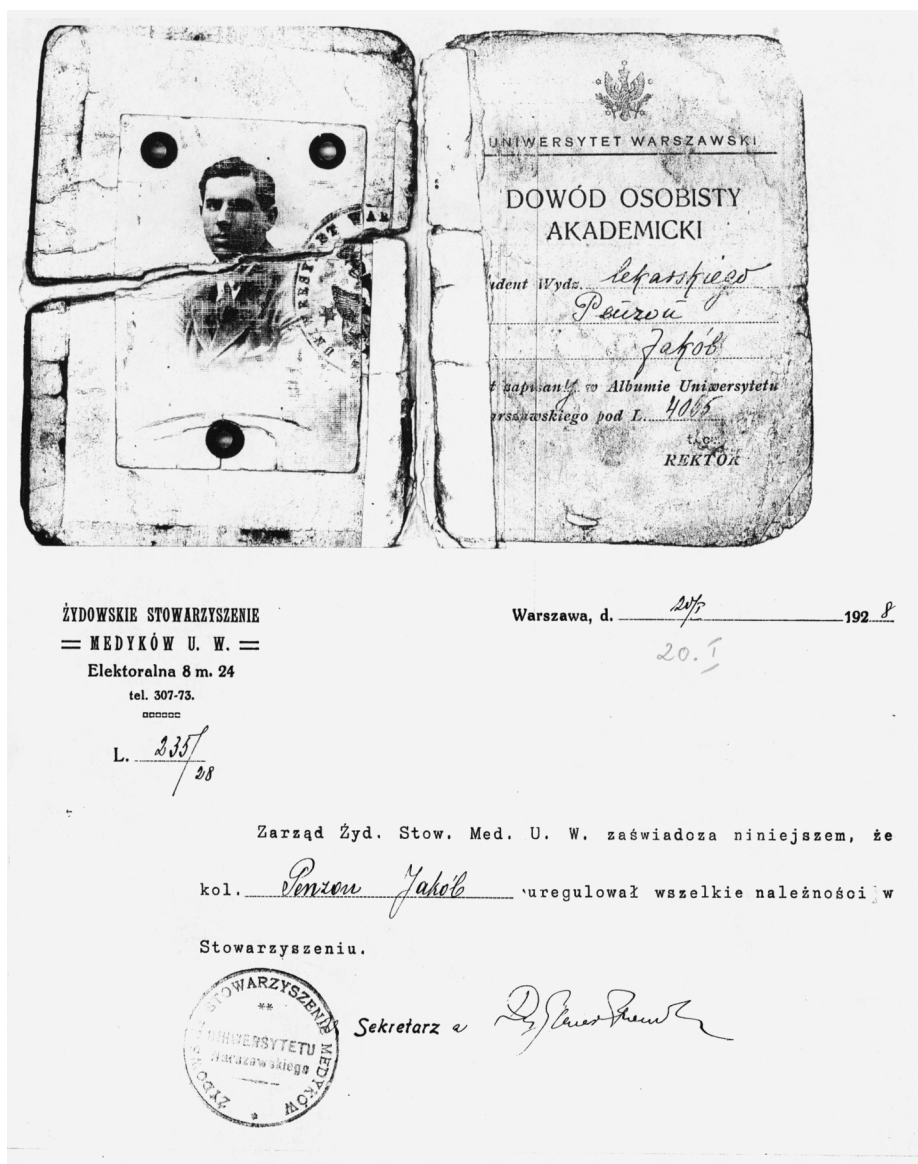
<sup>59</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Podanie J. Pensa do Rektora UW, Warszawa 20 09. 1921r., akta nieuporządkowane.



giczną – profesor Józef Hornowski, autor szeregu prac i twórca nowej systematyki nowotworów, internę – profesor Antoni Gluziński, świetny lekarz i pedagog, dermatologię zaś profesor Franciszek Krzysztalowicz.

W czasie studiów Jakub Penson był członkiem Żydowskiego Stowarzyszenia Medyków UW<sup>61</sup>. Nie należał natomiast do Koła Medyków Studentów UW<sup>62</sup> oraz do Towarzystwa „Bratnia Pomoc”<sup>63</sup>.

W dniu 20 stycznia 1927 roku udzielono mu absolutorium<sup>64</sup>.



Fot 8. Dowód akademicki Jakuba Pensona i zaświadczenie z Żydowskiego Stowarzyszenia Medyków UW (zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego).

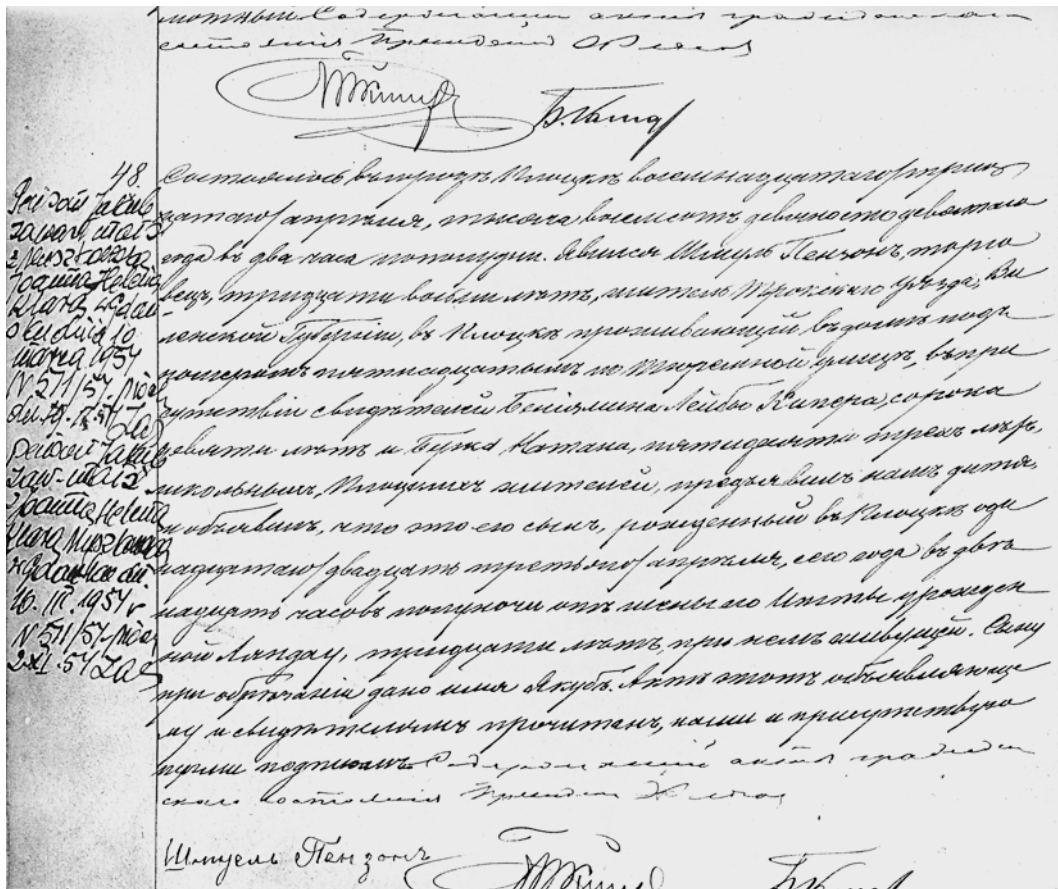
<sup>60</sup> Łowicki judym – pamiętniki dr S. Rotstada oraz wspomnienia przyjaciół, red. H. Dusińska, J. Kałuśnik, Warszawa 1998, Wydawnictwo Główna Biblioteka Lekarska, s 23-35.

<sup>61</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Zaśw. Nr L 235/ 28, akta nieuporządkowane.

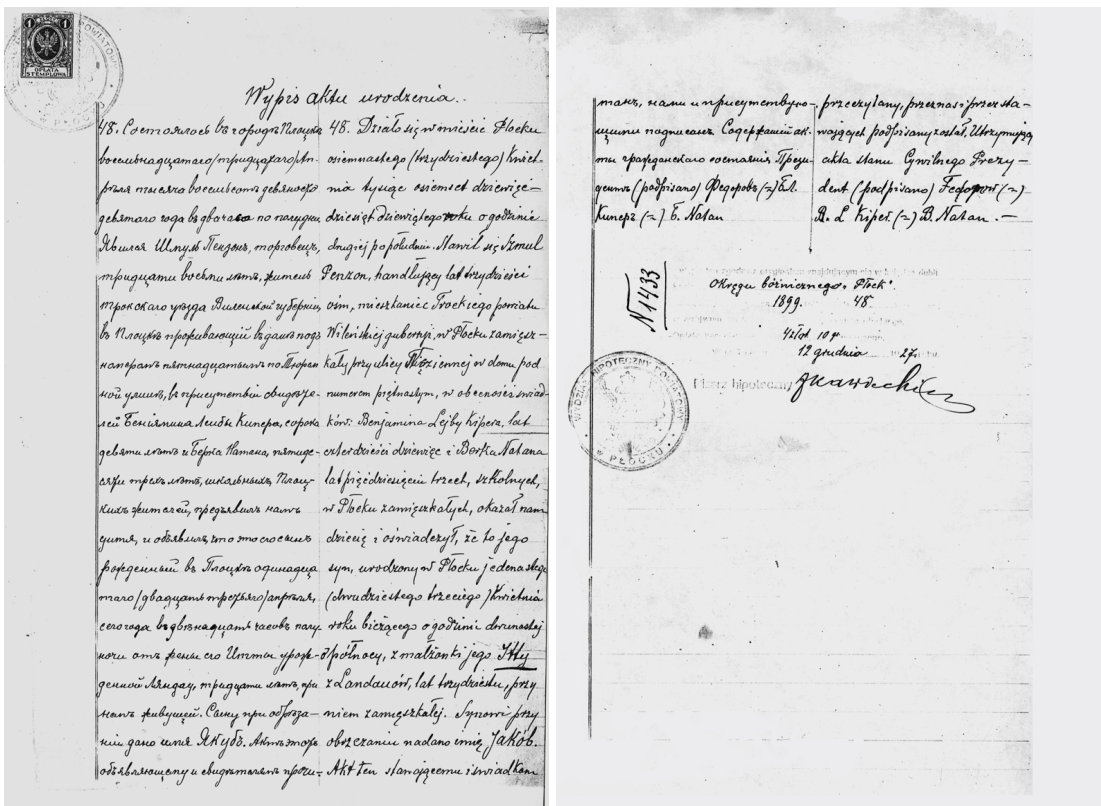
<sup>62</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Zaśw. 31/28, wydane 18.01.1928 r., akta nieuporządkowane.

<sup>63</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Zaśw L 710, wydano 18. 01.1928 r., akta nieuporządkowane.

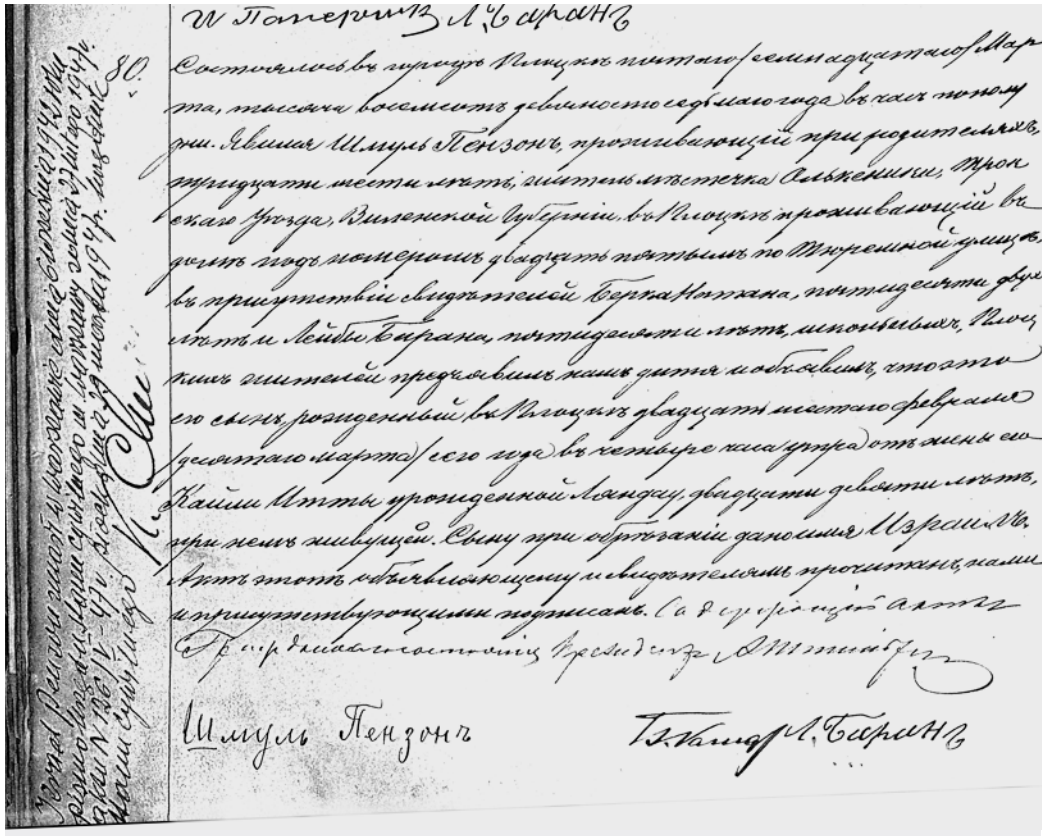
<sup>64</sup> AUW, AoJP, nr.4065, Podanie do Dziekana Wydziału Lekarskiego UW 22 XII.1926 r., akta nieuporządkowane.



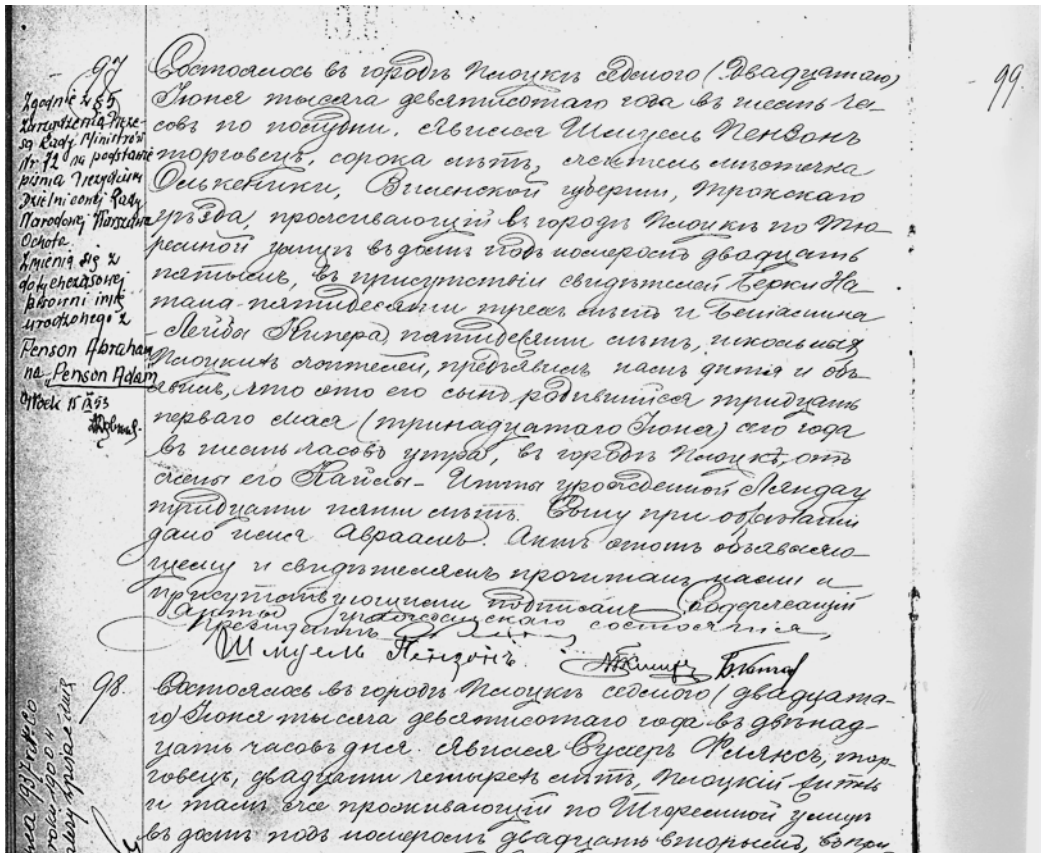
Fot 9. Akt urodzenia Jakuba Pensona (zbiory APP).



Fot 10. Wypis aktu urodzenia Jakuba Pensona (zbiory APP).



Fot 11. Akt urodzenia Izraela Pensona (zbiory APP).




Fot 12. Akt urodzenia Adama Pensona (zbiory APP).



1896

Świątko się w mieście Płock 20 maja / czerwca tysiące  
osiemset dziewięćdziesiątego szóstego roku po południu  
zjawili się ~~Podprós~~ Podrabin Płockiego Okręgu Buwini-  
czego Meek Jakow Morsztejn razem ze Symulem  
Penson, 35-letnim synem mierzającego jur <sup>szlach</sup> ~~szlach~~  
i żyjącej Estery z domu Segal małżeństwa Penson  
zamieszkujących w miasteczku Olkieniaki Okręgu  
Srochskiego Wileńskiego Gubernii mieszkających zgodnie  
z paszportem w Płocku i Uta, Kafla Landau, 28-letni  
córka Samuela Mojżesza i Bajli Rykle z domu  
Liberman małżeństwa Landau, zamieszkującego  
w Płocku przy rodnicach, w obecności świadków  
51-letniego Borca Notana i 76-letniego Moska Buki  
mieszkających w Płocku oświadczyli, że 30 kwietnia / 12 maja  
tego roku o godz. 11 w nocy odbył się, zgodnie z obrzędami  
religijnymi, ślub między wymienionymi Samulem  
Penson - kawalerem i Uta, Kafla Landau - dziewczyną  
przy licznej obecności wymienionych świadków i że  
ślub został poprzedzony trójkrotnym ogłoszeniem  
w Płockiej Buwiniey t.j. 13, 20 i 27 kwietnia tego roku  
i że nie ma przeszkód do zawarcia małżeństwa.  
Młodożoncy oświadczyli że 26 kwietnia / ósmego maja  
w Płockiej Kancelarii Hipoteecznej w obecności sędziego  
Polubownego Matwieja Adamowicza Włocławskiego  
zawarli Umowę Przedślubną za Nr 233. Akt ten został  
małżonkom i świadkom przez spisującego odczytany  
i przez uczestników podpisany. Istniejące akta stanu  
cywilnego na przechowaniu miasta. Podpisano  
M. J. Morsztejn  
Samuel Penson i Kafla Uta Landau  
B. Nata M. Buki

Fot 14. Tłumaczenie aktu ślubu rodziców Jakuba Penson (zbiory APP).

		1912 г.	54
№ протокола.	Мѣсяць и число	Содержание протокола засѣданія Педагогическаго Совѣта Пlockой мужской гимназiи	ПРИМѢЧАНІЕ
9	15/11	<p>объ освобожденiи ихъ съимовей отъ пла- ты за право урениа въ текущемъ полу- годiи.</p> <p>Постановили:</p> <p>Освободить отъ платы въ сѣтъ 10% (усе- никовъ шашки въ 8 основнаго и 4 парал- лельнаго 404, въ припомовительнаго 48) сидующихъ урениовъ</p> <p>восьмого класса: 1) Перевуда Николая; седьмого " : 2) Баханскаго Яна, 3) Гавроенскаго Владимира; шестого " : 4) Вайкишскаго Саламона, 5) Каминскаго Клеосраса, 6) Шадрискаго Вячеслава; пятого " : 7) Грабмана Леона, 8) Дмитриева Ивана, 9) Олвинскаго Леона, 10) Соловскаго Василия, каменскаго зубнаго врача при гимназiи, 11) Цовинскаго Карла, 12) Шмидовскаго Модовика;</p> <p>сентябрьскаго основнаго класса: 13) Боженскаго Станислава, 14) Вишера Эдмунда, 15) Селишевскаго Александра, 16) Пенсона Якуба,</p> <hr/> <p>17) Шестова Георгiя; " параллельнаго " : 18) Вишневскаго Модовика, 19) Ендришевскаго Франциска, 20) Либермана Максимильяна</p>	

Fot 15. Protokoły z I Gimnazjum im. W. Jagiełły w Plocku (zbiory APP).

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

L. dzień. \_\_\_\_\_ *Warszawa*

**AKTA**

Stud. *Penson*

*Jakub*

Wydział *Leżawski*

Semestr \_\_\_\_\_ rok 192 \_\_\_\_\_

L. Albumu Uniwersytetu **4065**

L. Albumu Wydziału *104*

Fot 16. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensa (zbiory AUW).

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

SEMESTR *zimowy* 191*8* r.

Imię i nazwisko *Jakob Penson*

Adres *Chłodna 30 mieszka 11*

Kandydat na wydział *lekarSKI*

Dokumenty złożono dnia *2 stycznia* 191*8* r. L. dz. *748*

Orzeczenie Komisji imatrykulacyjnej \_\_\_\_\_

*P. P. P.* *clerk*

(podpis) *Jakob Penson*

Egzamin z polskiego \_\_\_\_\_

Egzamin z łaciny \_\_\_\_\_

Wpisowe opłacono dnia \_\_\_\_\_ 191 r.

Imatrykulacja dnia \_\_\_\_\_ 191 r.

Wykaz otrzymałem dnia \_\_\_\_\_ 191 r.

(podpis) \_\_\_\_\_

Dowód osobisty i Przepisy dla Studentów Uniwersytetu otrzymałem dnia *7/XI* 191*8* r.

(podpis) *Jakob Penson*

Fot 17. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensa (zbiory AUW).

Dz. Nr. 748

**UNIwersYTET WARSZAWSKI**


Do podania o zaliczenie w poczet słuchaczy Uniw. Warsz., niżej podpisanego kandydata na wydział lekarski zamieszkały w \_\_\_\_\_ w Warszawie przy ul. Chłodnej Nr. 30 m. 11 dołączył następujące dokumenty:

1. curriculum vitae
2. 2 fotografie
3. metrykę
4. maturę <sup>(w odpisie)</sup> w oryginale szkoły Pierwszej Gimnazjum Męskie Filologiczne w Płocku Nr. \_\_\_\_\_ z dn. \_\_\_\_\_ 191\_\_ r.
5. świadectwo nienagannego prowadzenia się
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Warszawa, dn. 2 października 1918 r.

Dokumenty złożyłem: Jakob Penzona

Dokumenty otrzymałem:  
SEKRETARZ UNIWERSYTETU



Fot 18. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensona (zbiory AUW).

I. alb. Uniw. habs  
I. alb. Wyd. \_\_\_\_\_

**UNIwersYTET WARSZAWSKI**

SEMESTR zimowy 1921/22

Imię i nazwisko Penzona Jakob

Adres Chłodna 30

Kandydat na wydział lekarski

Dokumenty złożono dnia w styczniu 1921 r. It. dz. \_\_\_\_\_

Orzeczenie Komisji imatrykulacyjnej \_\_\_\_\_

(podpis) habs  
Dziekan

Egzamin z polskiego \_\_\_\_\_

Egzamin z łaciny \_\_\_\_\_

(podpis) \_\_\_\_\_

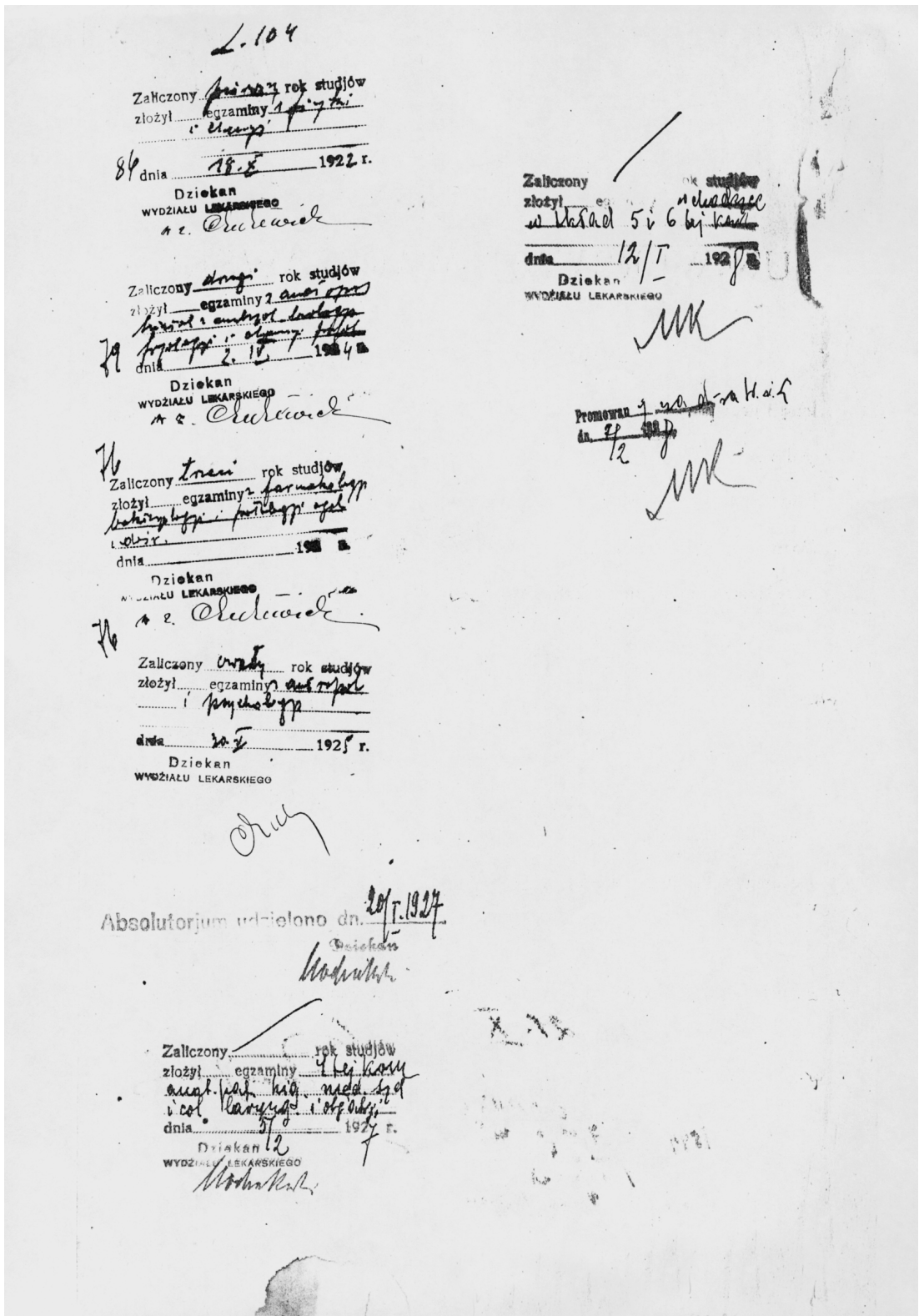
Wykaz, Dowód Osobisty i Przepisy dla Studentów Uniwersytetu otrzymałem dnia 21. II 192\_\_ r.

(podpis) Penzona Jakob

Wydział lekarski  
1894  
17 lutego 1921 r.  
Imię i nazwisko Jakob Penzona  
Świadectwo dojrzałości, odebranam z Uniw. Warsz. dn. 24/5 1918 r.

Fot 19. Karta informacyjna semestralna Jakuba Pensona (zbiory AUW).





Fot 20. Wykaz zaliczeń semestralnych Jakuba Pensona (zbiory AUW).

Fot 21. Życiorys Jakuba Pensona z dokumentacji z Uniwersytetu Warszawskiego (zbiory AUW).

Urodzonym się w Pławku  
 dnia 23 kwietnia 1899 r.,  
 wyznania mojżeszowego. W roku  
 1908 nastąpił do klasy męskiej  
 gimnazjum rządowego w Pławku,  
 do tego gimnazjum uczęsz-  
 czał w ciągu 6 lat.  
 We wrześniu 1916 roku  
 został przyjęty na pod-  
 stawie egzaminu maturalnego  
 do klasy średniej Gimnazjum  
 Męskiego Filologicznego  
 w Pławku, do którego uczę-  
 szczał w ciągu 2-ech lat,  
 po czym złożył egzamin  
 maturalny w czerwcu 1918 r.  
 W dniu 22 czerwca 1918 r.  
 komisja egzaminacyjna  
 wydała mu świadectwo  
 dojrzałości.  
 Przynależność państwowa  
 Polak. Język ojczysty  
 polski.  
 Jakób Penion

**FORMULARZ OPŁAT.**

Każydy student, zapisujący się na wykłady powinien formularz ten dokładnie wypełnić i razem z wykazem złożyć w Kwesturze. Dla uniknięcia dodatkowego wpłacania opłat należy zapisać się o ile możności, odrazu na wszystkie wykłady, na które student w semestrze uczęszczać zamierza.

Uprasza się o pisanie wyraźnie.

16 L 10 20

**DO KWESTURY.**

Nazwisko	Imię	L. Alb.	Wydział	Mieszkanie
Penion	Jakób	4065	Chk.	Ho Krynka 35/42

Kurs V Trymestr XVI 1926/7

L. bież.	Tytuł wykładu	Ilość godz.	Opłata		Suma	Nazwisko wykładającego	Poświadczenia	
			Opłata	Suma			Pocz.	Kość.
1	Klasyka chrześ. wczasych	6				Dr. Karłowicz		
2	Praktyka porównawcza i etnograf. i polski. chrześ.	11				Dr. Karłowicz		
3	Politolonia chrześ. awersyjnych	5				Dr. Karłowicz		
4	Politolonia chrześ. awersyjnych	4				Dr. Karłowicz		
5	Ortopedia	3				Dr. Karłowicz		
6	Historia medycyny	2				Dr. Karłowicz		
7	Leucocytosis i hist. medycyny	2				Dr. Karłowicz		
8	Styka lekarska	1				Dr. Karłowicz		
9	Chirurgia i medycyna	3				Dr. Karłowicz		
10								

Wzór Nr 8. Drukarnia Państwowa. Nr. 29839. 5.VIII.25 100 bl. à 100 kart.

Fot 22. Formularz opłat za studia Jakuba Pensona (zbiory AUW).

KADRA KOMPANII TELEGRAF. ZAPAS. NR. 51

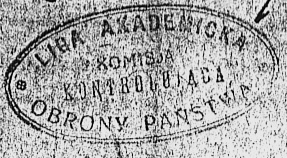
Poswiadczenie!

Poswiadczenie się, iż kapral. Penson Jakub z Komup. telegr. jazdy nr 4 służył w Wojsku Polskim od dnia 20 czerwca 1919 roku przy 1. Batalionie telegr. od 1 grudnia 1919, odjechał na front z komup. telegr. jazdy nr 4 w powojennym oddziale znajdując się do dnia 13 października roku 1920 r. od 13 października roku 1920 do 20 marca 1921 w niewol. bolszewickiej. W tym wyjątkowym czasie nie do niewoli w czasie napaści żołnierzy bolszewickich na Radużskowie. Dnia 15 kwietnia przybył z Chorą Żoł. Jansen w Republice do Szpitali H. F. L. nr 5 w Krakowie. Szpital, dnia 18 kwietnia 1921 r.



4065

Niniejszym zaświadcza się, iż Penson Jakub kapral w obowiązkach służby wojennej i tożsamość jego jako Penson Jakub w dowodzie 1. batalionu telegraf. jazdy nr 4. Penson Jakub w dowodzie 1. batalionu telegraf. jazdy nr 4. Warszawa 5 maja 1921 r.



Fot 23. Dokumenty dotyczące uczestnictwa Jakuba Pensona w wojnie polsko-bolszewickiej (zbiory AUW).

Opis

Kadra kompaniji telegraf. zapas. Nr 5  
L. Nr. 748

Wygotowił się do kontroli dr. 23 mis. VI  
1921 r. zarejestrowany pod lic. II/IV/1899  
W razie ogłoszenia mobilizacji winien  
wyjechać stawić się w P.K.U.  
Plock

W razie mobilizacji wyjechać zgłosić  
się w Powiatowej Kancelarii Urzędniczej  
w Plocku nr. (-) Szepietki  
Oficer ewidencyjny  
Plock

Tymczasowe zaświadczenie demobilizacyjne  
Kopieci... Kapral Jmiz i nazwisko Jakuba Penzona  
odd. Kadra kompaniji telegraf. zapas. Nr 5 pododd. J.F. zapas. L.  
pobrały do wojaka 13 czerwca 1919 ur. w roku 1899 w Plock  
powiat Plock kraj (Prusja) Księstwo  
syn Samuel i Karolina Zawid Student  
specjalność wojsk. rytmik korp. zostaje w dniu  
dzisiejszym w myśl zarządzenia demobilizacyjnego Nr 2700/1920/17  
z dnia 14 października 1920 (rok. dzień. odd. zapas) z dnia  
10/II 1921

Wymierzony udaje się do Plock powiat Plock  
Otrzymał żołd i skrawne do 10 czerwca 1921

Otrzymał srebro i rzeczy wojsk. bluz. suk. 1/2. krewność  
1/2. skarpetek 1/2. gębicy.

Ev. specjalność (np. radiotelegrafista i d.p.)

Plock dnia 10 czerwca 1921 r.

Podpis ref. demob.  
(now. odd. demob.)  
(-) St. Berwański kpt.

Okręga  
pocztowa korp. telegr. zapas. Nr 5  
48

Wzrost 170 cm  
Waga 60 kg  
Ciepłota ciała 37,2 C  
Ciężar serca 200 g  
Ciężar płuc 200 g  
Ciężar wątroby 150 g  
Ciężar nerek 100 g  
Ciężar pęcherzyka 10 g  
Ciężar żółci 10 g  
Ciężar trzustki 10 g  
Ciężar śledziony 10 g  
Ciężar wątroby 150 g  
Ciężar nerek 100 g  
Ciężar pęcherzyka 10 g  
Ciężar żółci 10 g  
Ciężar trzustki 10 g  
Ciężar śledziony 10 g

Fot 24. Zaświadczenie demobilizacyjne Jakuba Penzona (zbiory AUW).

Do Rady Wydziału Lekarskiego U.W.  
na zlecenie Pana Dziekana

Odpisano.  
Studia według nowego  
ustawy.  
22/X. U. Modrakowski

His. wjpr. lek. Pensona  
Jakoba 1 alb. 4065  
Jagiellońska 27/6

Podanie

Zostałem przyjęty na Wydział Lekarski U.W.  
w 1918r. wskutek wypadków wojennych przerwa-  
łem studia i wstąpiłem do wojska, po potwornej  
funkcie dnia 1.XI.1919r. wyruszyłem na front, gdzie  
porucznikowi Hmichowej, nie skorzystałem z urlopu  
akademickiego, z powodu brzojacy w tym okresie  
akcji wojennej - przez co straciłem semestr  
13.II.20r., tj. w dniu zawieszenia broni, zostałem  
wysłany do niewoli bolszewickiej, którą uwróciłem po  
8 miesiącach - przez co nie w straciłem semestr  
miesiąc 1920r. Zwolniony z wojska, zostałem dyscypli-  
naryjnie do walnych studiów w październiku 1921r.  
Po przedstawieniu dwóch semestrów zdałem egz-  
amin z fizyki i chemii ogólnej, pozostało zaliczenie  
mnie do studjuszczek podług nowej ustawy;  
niezwolniony uwróciłem się wówczas do Pana  
Dziekana, prof. Michalawiera, z prośbą o przytra-  
mie mi praw studenta starej ustawy. Pan die-  
kan oswiadczył mi, że może zdawać się god-

nowej ustawy, nie stać się przywilejów, przytra-  
gających mi z powodu wstąpienia na wydział  
lek. w 1918r. oraz z przywilejów wojskowych.  
Obejście, po przedstawieniu dwóch semestrów i zdaniu  
przygotowanych egzaminów, uprzejmie proszę, wobec pre-  
stawięcia starej ustawy, o udzielenie mi absolutor-  
jum i przyznanie mi przywilejów starej ustawy  
Mam nadzieję, że Rada Wydziałowa przychylnie za-  
łatwi mi prośbę, gdyż zdanie po pierwszym roku  
studiów chemii i fizyki z powodu nieporozumienia,  
nie powinienem pociągnąć za sobą utraty praw  
i przywilejów, które, z powodu wstąpienia na wydział  
w r. 1918r. i funkcji wojskowej straciłem mi się na-  
leża. Dając o potrzebie studiów wojskowej nieporoz-  
umienia. Dając o potrzebie studiów wojskowej nieporoz-  
umienia.

Pensona Jakób.

Warszawa 19.X.1926r.

ostałem do walnych studiów w październiku 1921r.  
Po przedstawieniu dwóch semestrów zdałem egz-  
amin z fizyki i chemii ogólnej, pozostało zaliczenie  
mnie do studjuszczek podług nowej ustawy;  
niezwolniony uwróciłem się wówczas do Pana  
Dziekana, prof. Michalawiera, z prośbą o przytra-  
mie mi praw studenta starej ustawy. Pan die-  
kan oswiadczył mi, że może zdawać się god-

Fot 25. Podanie Jakuba Pensona do Dziekana Wydziału Lekarskiego UW o ponowne przyjęcie na studia po wojnie polsko-bolszewickiej (zbiory AUW).

Do  
 Jego Magnificencji Pana Rektora  
 Uniwersytetu Warszawskiego

Studenta wydziału lekarskiego  
 Uniw. Warsz. L. Alb. 4065  
 Jakuba Pensona

Podanie



Uprzejmie proszę J. Alb.  
 Pana Rektora U. W. o po-  
 nowne zaliczenie mnie  
 w poczet Studentów U. W.  
 wydziału lekarskiego.

W załączeniu:

- 1) zaświadczenie władz wojewódzkich
- 2) zaświadczenie Komisji Kwalifikacyjnej dla Obrońcy Państwa

Z poważaniem

Warszawa dnia 20 września 1921 r.

Jakub Penson

Fot 26. Podanie Jakuba Pensona do Rektora UW o przyjęcie na studia (zbiory AUW).

Do Pana Dziekana Wydziału Lekarskiego  
Uniwersytetu Warszawskiego

Petrzaka Jakoba stud. w  
XVI krm. l. al. 4065 zam.  
przy ul. Św. Krzyżkiej 35/42

Podanie?

Upniejnie proszę o udzielenie mi ab-  
solutorium.

Jakob Petrzak

Warszawa

22/XV. 1926r.

Absolutorium udzielono dn. 20/V. 1927

Dziekan

Fot 27. Podanie Jakuba Pensona do Dziekana Wydziału Lekarskiego UW o udzielenie absolutorium (zbiory AUW).

PENZON JAKOB

## SPONSIO SOLLEMNIS.

## P R O M O T O R :

Examinibus, Doctorande clarissime, quae ad eorum, qui in — iure — arte medica — ~~philosophia~~ — Doctoris nomen ac honores consequi student, doctrinam explorandam lege constituta sunt, cum laude superatis, nos adiisti, ut te eo honore, quem appetiisti, in hoc sollemni consessu ornemus. Sed prius fides est danda, te talem semper futurum, qualem te esse iubebit dignitas, quam obtinebis, et nos te fore speramus.

Spondebis igitur:

primum te huius Universitatis, in qua summum in — iure — arte medica — ~~philosophia~~ — gradum ascenderis, piam perpetuo memoriam habiturum, eiusque res ac rationes, quoad poteris, adiuturum;

dein honorem eum, quem in te conlaturus sum, integrum incolu- memque servaturum, neque umquam pravis moribus aut vitae infamia com- maculaturum;

postremo studia humanitatis impigro labore culturum et provecurum non sordidi lucri causa, nec ad vanam captandam gloriam, sed quo magis veritas propagetur et lux eius, qua salus humani generis continetur, clarius effulgeat.

Haec tu ex animi tui sententia spondebis ac pollicebere?

## P R O M O T O R :

Itaque iam nihil impedit, quominus honores, quos obtinere cupis, tibi impertiamus.

Ergo ego Promotor legitime constitutus te.....

IACOBUM PENZON

ex decreto ordinis — iuris — medicinae — ~~philosophiae~~ — doctorem creo creatum renuntio omniaque — iuris — artis medicae — ~~philosophiae~~ — doctoris iura ac privilegia in te confero in eiusque rei fidem hoc diploma Universitatis sigillo insignitum tibi in manus trado.

Varsaviae, die..... VII FEBRUARII 1928

*W. Kienig*  
driekau

Fot 28. Sponsio sollemnis Jakuba Pensona (zbiory AUW).



VIII KL. SZKOŁA FILOLOGICZNA

20 czerwca 1917 r.

R. Kowalskiego

w WARSZAWIE.

№ 30

## Świadectwo dojrzałości.

Israel Penzon  
 wyznania mojżeszowego, urodzony w Płocku  
 dnia 20 marca 1897, przyjęty dnia 18 września 1916 na  
 podstawie świadectwa gimnazjum Płockiego  
 do osmej klasy 8-mio klasowej Szkoły filologicznej R. Kowalskiego w War-  
 szawie, uczęszczał do niej srok, ukończył całkowity kurs nauk i w 1917 roku  
 złożył egzamin dojrzałości przed Komisją Egzaminacyjną.

Israel Penzon  
 sprawował się wzorowo i wykazał postępy:

w Nauce religii 4 (dobrze)  
 w Języku i literaturze polskiej 3 (dostatecznie)  
 w Języku łacińskim 3 (dostatecznie)  
 w Języku niemieckim 4 (dobrze)  
 w Języku francuskim 3 (dostatecznie)  
 w Historji 3 (dostatecznie)  
 w Prawoznawstwie 3 (dostatecznie)  
 w Logice 3 (dostatecznie)  
 w Matematyce 3 (dostatecznie)  
 w Fizyce 4 (dobrze)  
 w Kosmografji 3 (dostatecznie)  
 w Hygjenie 3 (dostatecznie)

Wobec tego Komisja Egzaminacyjna na posiedzeniu w dniu Czerwca 1917  
 uznała Israela Penzona  
 za przygotowanego do studiów wyższych i postanowiła wydać mu niniejsze świadec-  
 two dojrzałości.



Przełożony szkoły R. Kowalski

Przewodniczący  
 Komisji Egzaminacyjnej  
Aleksy Staszewski

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej

Jolija Lusia Florka W. Lewonowski  
J. Danicki  
Czesław Anat. Hirska  
J. Jędrzej

Fot 29. Świadectwo dojrzałości Izraela Penzona (zbiory A UW).

Medycyna, farmacja... - m. k. i. b. 1871/984  
 L. alb. Uniw. 1871/984  
 Sekretarz Uniwersytetu L. alb. Wydz. 987  
 S. H. K.

**UNIWERSYTET WARSZAWSKI**  
 — Dof. Medycyna do Rozpoczęcia 9/12 24

SEMESTR ..... 1917 r.

Imię i nazwisko Penzon Izrael

Adres Chłodna 30

Kandydat — na wydział lekarski

Dokumenty złożono dnia 7/XI 1917 r. L. dz. 408

Orzeczenie Komisji imatrykulacyjnej

Medycyna Rozpoczęcie 10/11 24. (podpis) Medycyna  
Cybulski

Egzamin z polskiego

Wpisowe opłacono dnia 9/XI 1917 r.

Imatrykulacja dnia 11/XI 1917 r.

Wykaz otrzymałem dnia 9/XI 1917 r.  
 (podpis) Izrael Penzon

Dowód osobisty i Przepisy dla Studentów Uniwersytetu otrzymałem  
 dnia 3/XII 1917 r.  
 (podpis) Izrael Penzon

Fot 30. Zaświadczenie o rozpoczęciu studiów przez Izraela Pensona na UW (zbiory AUW).



Fot 31. Indeks Izraela Penzona UW (zbiory AUW).

# Curriculum vitae.

Urodziłem się w Płocku dnia 9 marca  
 roku. Pierwsze nauki pobierałem w domu.  
 W 1906 roku wstąpiłem do klasy wstępnej  
 w gimnazjum <sup>nauczonym</sup> Płockiego rządowego. W tym  
 gimnazjum przebywałem aż do roku 1914 i otrzymałem  
 świadectwo z siedmiu klas. Na pod-  
 tego świadectwa zostałem przyjęty  
 do trzeciej osmioklasowego gimnazjum  
 czeskiego R. Kowalskiego w Warszawie.  
 W tym gimnazjum uczęszczałem jeden rok i w 1917  
 roku wzięłem udział w egzaminie przed komisją  
 rezygnującą otrzymałem świadectwo  
 ośmiu klas.

Fot 32. Curriculum vitae Izraela Pensona z akt UW (zbiory AUW).

Mr. bieżący inwentarz.

KARTA REJESTRACYJNA IZBY LEKARSKIEJ  
Warszawsko-Białostockiej.

1. Imię i Nazwisko /wg. ksiąg ludności/... *Isidor Izrael*

2. Miejsce i data urodzenia... *Stoch 3. III. 1897*

3. Narodowość, wyznanie... *niemiecka, żydowska*

4. Dyplom Lekarski: jaki, skąd i z jakiej daty... *Dyplom Wł. wiedz. nauk lekarskich, Warszawa, 23 VII 1924 roku*

5. Posady zajmowane i stanowiska społeczne... *wolontaryjnie w szpitalu Cyflem*

6. Specjalność... *Chirurgia*

7. Główne źródła dochodu... *Prac. oddziałach*

8. Miejsce zamieszkania: Powiat, miejscowość, ulica Nr. domu... *Warszawa-Pasaż Jagiellońska 27 m 6*

9. Data osiedlenia się teraźniejszego... *Od 1. VII 1921*

10. Poprzednie miejsce zamieszkania i czas pobytu tamże... *Stoch*

11. Stosunek do służby wojskowej... *ochotnik 1918 roku 29 mies. służby*

12. Przebyte choroby uodporniające... *Tyfus brzusny*

13. Stan rodziny: /imię i nazwisko pan. żony, imiona i wiek dzieci/... *żona - Marya Finkin*

14. /pożądane/ Krótki życiorys oraz ewnt. spis prac naukowych.

DATA: *18/V 1925*

PODPIS: *I. Izrael*

Fot 33. Zaświadczenie z akt Izraela Pensona, z Izby Lekarskiej  
Warszawsko-Białostockiej (zbiory AUW).



Fot 34. Dyplom doktora nauk wszech lekarskich Izraela Pensona (zbiory AUW).



*Fot 35. Zdjęcie Jakuba Pensa z lat studenckich (zbiory specjalne GBL).*



*Fot 36. Izrael Penson, brat Jakuba (zbiory specjalne GBL).*

GIMNAZJUM FILOLOGICZNE MĘSKIE

KOŁA POLSKIEJ MACIERZY SZKOLNEJ

UNIWERSYTET WARSZAWSKI  
Instytut Filologii  
15.2.1920  
oko student Wyzd. prawa  
7102

UNIWERSYTET WARSZAWSKI  
Instytut Filologii  
15.2.1920  
oko student Wyzd. prawa  
7102

ŚWIADECTWO DOJRZAŁOŚCI

*Penron Abram*

urodzony w *Płocku* dnia *13 czerwca* roku *1900*,  
wyznania *możeszowego*, przyjęty na podstawie *świadcstwa*  
*z byłego gimnazjum rządowego w Płocku* do klasy *czwartej*  
gimnazjum filologicznego męskiego Koła Polskiej Macierzy Szkolnej w Płocku, uczęszczał do niego *pięć* lat, ukończył całkowity kurs nauk i w *czerwcu* roku 1920 złożył egzamin dojrzałości przed Komisją Egzaminacyjną, powołaną przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

*Penron Abram*

sprawował się *wzorowo* i wykazał postępy:

w nauce religii <i>celujace</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w geografii <i>dobrze</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w języku polskim <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w matematyce <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w języku łacińskim <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w fizyce <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w języku francuskim <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w chemii <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w języku niemieckim <i>dobrze</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w <i>przyrodzie</i> <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w psychologii i logice <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w <i>historiografii</i> <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w prawoznawstwie <i>dobrze</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w <i>hygienie</i> <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>
w historii powszechnej i Polski <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>	w <i>rytmikach</i> <i>dostateczne</i> <input checked="" type="checkbox"/>

Na tej podstawie Komisja Egzaminacyjna uznała *Penrona Abrama* za przygotowanego do studiów wyższych i postanowiła wydać mu niniejsze świadectwo dojrzałości.

Płock, d. *14 czerwca* r. 1920.

№ *24/380*



Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej — Dyrektor gimnazjum: *Ch. Olszowski*

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej — Nauczyciele gimnazjum: *Wł. Górecki*, *R. Gundlach*, *J. Jędrzejko*, *F. Jędrzejko*, *Włodarski*

Fot 37. Świadectwo dojrzałości Adama Penson (zbiory A UW).



Do Jego Magnificencji  
 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego

*Penszon Abram*

*niezkały przy ul. Prostej 19 m. 2*



Upierzejmie proszę o zaliczenie mnie w poczet  
 studentów Uniwersytetu Warszawskiego na Wydzia-

le *prawnym*

Przy niniejszym załączam:

- 1) życiorys (curriculum vitae) z wyszczególnieniem da-  
 ty i miejsca urodzenia, wyznania i ważniejszych  
 szczegółów życia.
- 2) metrykę urodzenia.
- 3) świadectwo maturalne.
- 4) świadectwo nienagannego prowadzenia się.  
 (dla tych, którzy ukończyli w r. b. szkołę średnią,  
 świadectwo takie nie jest wymagane).
- 5) świadectwo prolongacyjne, zwalniające  
 z odbywania natychmiast służby wojskowej.  
 (liczy się kandydatów w wieku poborowym).
- 6) trzy fotografie.

Warszawa, dn. *3 listopada* 19*20* r.



Fot 38. Podanie Adama Penszona do Rektora UW o przyjęcie na studia (zbiory AUW).

158

K. alb. Uniw. 7102

K. alb. Wydż. 2912

## UNIwersYTET WARSZAWSKI

SEMESTR 2 1920/21

Imię i nazwisko

Adam Penzon

Adres

Prosta 18 m. 2.

Kandydat

na wydział

prawniczy

Dokumenty złożono dnia

23 X1920 r.K. dz. 6160

Orzeczenie Komisji imatrykulacyjnej

przyjęty

Egzamin z polskiego

L. Nych

(podpis)

Cylichowski 24/XI 1920

Egzamin z łaciny

Wpisowe opłacono dnia

192.....r.

Imatrykulacja dnia

192.....r.

Wykaz otrzymałem dnia

192.....r.

(podpis)

Dowód Osobisty i Przepisy dla Studentów Uniwersytetu otrzymałem

dnia 19/I1921 r.

(podpis)

A. Penzon.

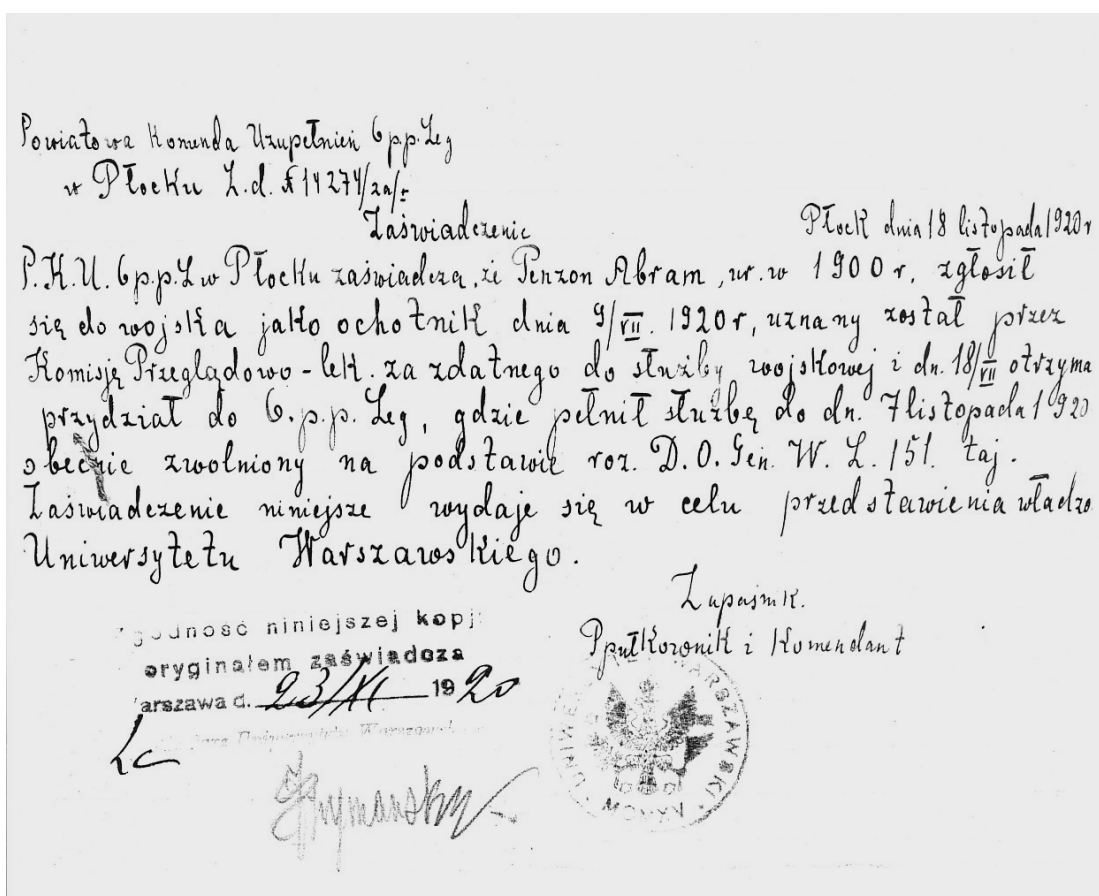
Fot 39. Akta Adama Pensona z UW (zbiory AUW).



*Fot 40. Adam Penson  
w mundurze (zbiory K. Penson).*



*Fot 41. Adam Penson zdjęcie  
z lat uniwersyteckich  
(zbiory K. Penson).*



Fot 42. Zaświadczenie o udziale w wojnie polsko-bolszewickiej Adama Pensona  
(zbiory AUW).

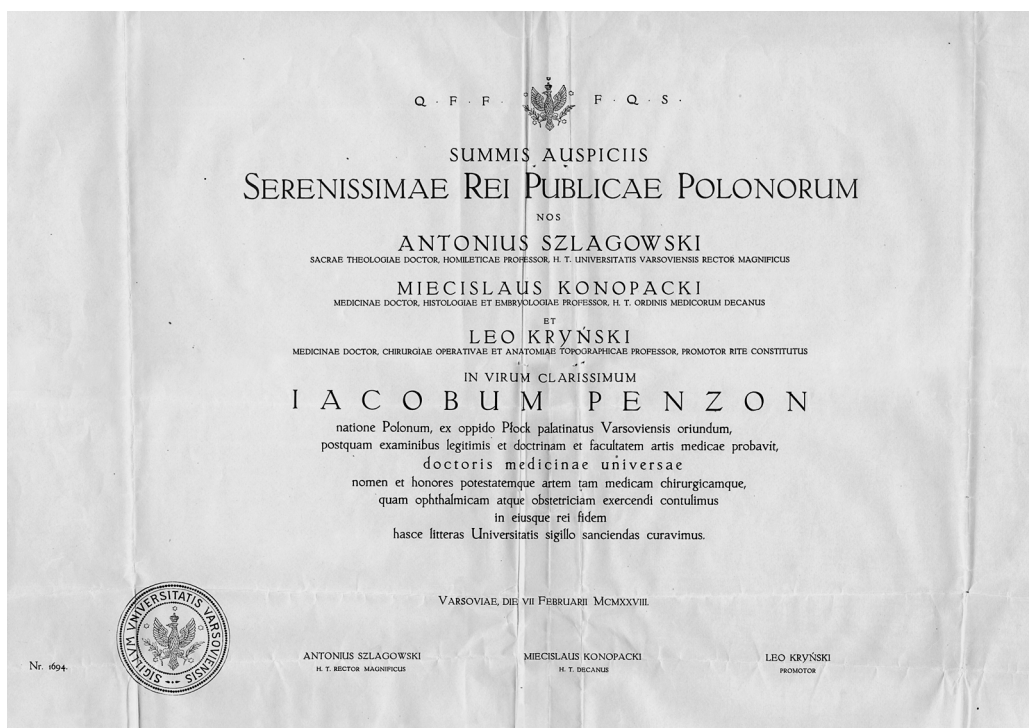
## Rozdział II

### POCZĄTKI KARIERY LEKARSKIEJ JAKUBA PENSONA

#### 2.1. Dyplomatorium i praca w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego

Dyplomatorium Jakuba Pensona odbyło się w auli Uniwersytetu Warszawskiego na Krakowskim Przedmieściu. W uroczystości tej uczestniczyli absolwenci, ich rodziny, pozostali studenci, władze akademickie oraz profesorowie. Rektorem uczelni był wówczas prof. Antoni Szlagowski, dziekanem prof. Mieczysław Konopacki, a promotorem doktorantów prof. Leo Kryński. Jakub Penson otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z datą 7.04.1928 r., z numerem 1694<sup>1</sup>.

Bezpośrednio po wręczeniu dyplomu wraz z pozostałymi absolwentami złożył przysięgę Hipokratesa, wypowiadając, co ciekawe, między innymi następujące słowa:... *nie będę operował chorych na kamice, nawet jeśli ich cierpienie jest widoczne, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg...* Miejmy nadzieję, że Apollin, Esculap, Hygea i Panakea, którzy byli adresatami tego przyrzeczenia, wybaczyli mu to, iż wiele lat później – gdy był już wybitnym nefrologiem – wielokrotnie złamał złożoną tego dnia przysięgę, gdyż zgodnie z obietnicą bogów dotyczącą tych, którzy ślubu swego dotrzymali – *dane mu było w szczęśliwości i poważaniu wieść życie po wsze*



Fot 43. Dyplom doktora nauk wszech lekarskich Jakuba Pensona (zbiory AUW).

<sup>1</sup> AUW, AoJP, nr. 4065, Dyplom lekarski Nr 1694, SPONSIO SOLLEMNIS 7. 04 1928 r., akta nieuporządkowane.

czasy i błogich owoców „jego” sztuki używać w obfitości. Taką nagrodę bowiem wyznaczili bogowie sztuki medycznej tym lekarzom, którzy u schyłku życia mogli powiedzieć o sobie: *w czystości i świętości zachowałem życie i sztukę moją (...). Do czyjegokolwiek domu wszedłem, celem wejścia mego było jedynie dobro chorego, jako nigdy nie kierowało mną rozmyślnie bezprawie, ani występki, ani chęć lubieżna (...)*<sup>2</sup>. Kiedy Jakub Penson wypowiadał te słowa, był u progu swojej lekarskiej drogi. Wtedy nie wiedział, że przyjdzie mu zdawać „egzamin z Hipokratesa” w obliczu wyjątkowo trudnych prób w nieludzkiej, okupacyjnej rzeczywistości, kiedy jako lekarz szpitala w Getcie ratował ludzi, dokonując trudnych moralnie wyborów, jak również na odpowiedzialnej drodze kierowania kliniką, gdzie codziennie rozwiązywał ludzkie problemy i musiał podejmować nie zawsze łatwe decyzje.

Wiedza wyniesiona ze szkoły i uniwersytetu, system wartości ukształtowany w domu rodzinnym, zdolności oraz pasja uczenia się, dociekliwość i konsekwencja w szukaniu rozwiązań sprawiły, że doktor Penson poświęcił się z pasją naukom medycznym. Podobnie jak inni przedstawiciele inteligencji tego okresu, orientował się w podstawach i postępach wszystkich dziedzin wiedzy, znał dobrze łacinę, grekę, język niemiecki, francuski, rosyjski, w słabszym stopniu angielski, w którym doskonalił się do późnych lat swego życia.

Pierwszym miejscem pracy po otrzymaniu dyplomu, w latach 1928-1929 była I Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego<sup>3</sup>, gdzie pracował jako wolontariusz<sup>4</sup> pod kierunkiem takich wybitnych internistów polskich jak E. Żebrowski, W. Orłowski, i A. Gluziński<sup>5</sup>.

Obie istniejące w okresie dwudziestolecia międzywojennego Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego powstały jesienią 1918 r.

W II pawilonie Szpitala św. Ducha przy ul. Elektoralnej 12 powołano I Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych, a II Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych otrzymała lewe skrzydło i środkowy korpus budynku przy zbiegu ulic Nowogrodzkiej i Chałubińskiego na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Tekst przysięgi Hipokratesa – parafraza.

<sup>3</sup> W 1918 r. powstały dwie Katedry Chorób Wewnętrznych UW. I Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych znajdowała się przy ul. Elektoralnej 12 w II pawilonie Szpitala św. Ducha. II Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych znajdowała się w budynku przy zbiegu ulic Nowogrodzkiej i Chałubińskiego na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus. I Katedrę w 1918 r. objął wybitny internista prof. Kazimierz Rzętkowski, który kierował nią do 1924 r. Jego następcami byli J. Modrakowski (1924-1926), W. E. Orłowski (1926-1927), E. Żebrowski (1927-1930) i W. Z. Górecki (1932). por. red. M. Łyskanowski, A. Stapiński, A. Śródka, *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789-1959)*, Warszawa 1990, PZWL, s. 303-309.

<sup>4</sup> Archiwum Uniwersytetu Łódzkiego (dalej AUŁ), AoJP, nr. 2143, Życiorys, akta nieuporządkowane.

<sup>5</sup> J. Muszkowska-Penson, *Prof.dr.med. J. Penson (1899-1971) okres przedwojenny i okupacji*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis 2002, 32, s. 321-330.

<sup>6</sup> *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789-1950)*, red. M. Łyskanowski, A. Stapiński, A. Śródka, Warszawa 1990, PZWL, s. 303-309.

Prof. Kazimierz Rzętkowski był, do 1924 roku, pierwszym kierownikiem Kliniki. Jego następcami byli: prof Witold E. Orłowski (1926-1927), prof. E. Żebrowski (1927-1930) i prof. Z. Górecki (od 1932 r.).

Największy wpływ na Jakuba Pensona w początkowym okresie jego pracy wywarli trzej wspomniani już wybitni interniści i nauczyciele wielu pokoleń polskich lekarzy, a mianowicie: prof. Edward Żebrowski<sup>7</sup>, prof. Witold E. Orłowski<sup>8</sup> oraz, a raczej przede wszystkim prof. Antoni Gluziński<sup>9</sup>.



Fot 44. Budynki Szpitala Dzieciątka Jezus z I Kliniką Chorób Wewnętrznych UW, zdjęcie z okresu międzywojennego (zbiory AUW).

<sup>7</sup> Prof. dr med. Edward Żebrowski jesienią 1927 roku został mianowany profesorem diagnostyki i terapii ogólnej chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego oraz dyrektorem I Kliniki Chorób Wewnętrznych w Szpitalu św. Ducha. Rozwinął działalność organizacyjną, skierowaną na rozbudowę kliniki. Zajmował się patologią dróg oddechowych, układu krwionośnego, przewodu pokarmowego, nerek, serca, chorób zakaźnych oraz przemiany materii. Był postrzegany jako niezwykle skromny uczony i doświadczony klinicysta z bardzo gruntownym przygotowaniem, obdarzony ogromną erudycją i rzadkim poletem myśli. Przez studentów ceniony był jako znakomity pedagog. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1930, T. 8, s. 355-365.

<sup>8</sup> Prof. Witold Eugeniusz Orłowski był kierownikiem I i II Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych. Określił zasady postępowania lekarskiego istotne dla stworzonej przez siebie szkoły internistycznej, a mianowicie dokładne rozpoznanie jako podstawa terapii, rozszerzone indywidualnie badaniami dodatkowymi i uwzględniające patogenezę choroby. Był człowiekiem niezależnych sądów, które wypowiadał wprost i bez ogródek, niekiedy zbyt ostro lub subiektywnie. Od studentów i asystentów wymagał dobrej znajomości języków obcych i zachowania czystości języka polskiego; domagał się też wyjątkowo skrupulatnego badania chorego i śledzenia najnowszej literatury naukowej. Dbał w sposób szczególny o rozwój intelektualny, naukowy i zawodowy asystentów. A. Śródka *Uczni polscy XIX-XX stulecia*, Warszawa 1997, Oficyna Wydawnicza Aries, T. 3, s. 315-318. ZSGBL, akta osobowe W. E. Orłowski, akta nr. 476-12, akta nieuporządkowane.

<sup>9</sup> Prof. Antoni Gluziński od roku 1919 do roku 1927 kierował II Kliniką Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego i prowadził wykłady dla studentów Wydziału Lekarskiego UW. Jego główne zainteresowania naukowe i badawcze to fizjologia i patologia przewodu pokarmowego oraz klinika schorzeń żołądka i jelit. Prace z tej dziedziny, a szczególnie własny sposób wczesnego rozpoznawania raka żołądka i charakteru cieśni oddzwiernikowej, zyskały mu uznanie i światowy rozgłos. Osiem lat spędzonych na stanowisku kierownika kliniki to okres twórczej pracy Gluzińskiego, które zapoczątkowały rozwój medycyny polskiej w niepodległej ojczyźnie. Profesor Gluziński założył Towarzystwo Internistów Polskich oraz powołał do życia organ tego towarzystwa „Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, będąc przez dwa lata jego redaktorem. J. Węgierko, *Wspomnienie o śp. prof. A. Gluzińskim*, *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1935, T XII, nr 23-24, s. 273. W. Filiński, *Wspomnienie pośmiertne – prof. A. Gluziński*, *Medycyna* 1935, Nr. 23, s. 754-757.

Profesor Gluziński był klinicystą obdarzonym ogromną intuicją. Umiał rozwikłać najtrudniejsze problemy patologii. Cieszył się opinią niezrównanego diagnosty: gdy zjawiał się przy łóżku chorego, budził podziw swoich współpracowników, gdyż w łatwy sposób rozwiązywał trudne i skomplikowane problemy diagnostyczne. Posiadał niepospolity talent spostrzegania i widział zawsze to „najważniejsze”, stanowiące o rozpoznaniu choroby, czego inni nie mogli dojrzeć. W codziennej pracy klinicznej był poważny i skupiony, drobiazgowo staranny we wszystkim, co odnosiło się do chorego. Dla asystentów był niewątpliwie wymagającym szefem. Cenił przede wszystkim samodzielność w pracy, ale chętnie udzielał rad i wskazówek<sup>10</sup>. Obcowanie z nim uczyło prawidłowego i logicznego myślenia. Ten okres nie był łatwy dla Jakuba; nie mając stałego źródła utrzymania, musiał utrzymywać się z udzielania korepetycji. Do 1931 roku mieszkał w domu studenckim<sup>11</sup>.

Związek małżeński zawarł 27.07.1931 r. z Marią Janiną Ney<sup>12</sup>. Młodzi małżonkowie zamieszkali przy ulicy Namiestnikowskiej 7, od 1934 roku przy ul. Żelaznej 47, a w 1938 r. przeprowadzili się na ulicę Sienną 29<sup>13</sup>.

Maria Janina Ney, córka Aleksandra Ney'a i Rozalii Margules, urodziła się 28.02.1902 roku w Warszawie. Ukończyła osiem klas Gimnazjum Realnego w Warszawie. Z zachowanej ewidencji studentów Uniwersytetu Warszawskiego wynika, że ukończyła Wydział Filozofii UW (immatrykulacja odbyła się 3.01.1920 roku)<sup>14</sup>. Studiowała na Uniwersytecie Warszawskim, na Wydziale Filozofii. Z niepotwierdzonych informacji, nie zachowały się akta uniwersyteckie Marii Penson, wynika, że po zakończeniu studiów była związana z Instytutem Fizyki Doświadczalnej i pracowała pod kierunkiem prof. S. Pieńkowskiego. W 1931 roku opublikowała w czasopiśmie *Zeitschrift fur Physik A. Hadrons und Nuclei* artykuł, *Über den Einfluss der Temperatur auf das Ramanspektrum des Quarzes*<sup>15</sup>.

Akta Marii Penson znajdujące się w Instytucie Żydowskim nie zawierają informacji dotyczących jej dalszej pracy zawodowej. Natomiast z zachowanej w Instytucie Żydowskim dokumentacji wynika, że towarzyszyła mężowi podczas jego pobytu w Getcie. Pewne jest, że ukrywała się wraz z nim po jego wyjściu z Getta u pani Józefy Stalkowskiej, a następnie przebywali razem na wsi kieleckiej. Adres Jakuba i Marii Pensonów w 1939 r. to Warszawa ul. Sienna 29<sup>16</sup>.

<sup>10</sup> Z. Górecki, *Działalność naukowo-pedagogiczna śp. prof. A. Gluzińskiego na terenie Warszawy*, *Medycyna* 1935, Nr 23, s. 754-757.

<sup>11</sup> ZSGBL, AoJP, nr. 279, podanie do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, nr 2871/ 33, akta nieuporządkowane.

<sup>12</sup> Archiwum Urzędu Stanu Cywilnego Miasta Stołecznego Warszawy, odpis aktu ślubu nr. WA. EB-5141-11188/06.

<sup>13</sup> ZSGBL, AoJP, nr. 279, akta nieuporządkowane.

<sup>14</sup> AUW, Akta osobowe Marii Penson, nr. RP. 7339, akta nie zachowały się. ŻIH, Instytut Naukowo-Badawczy Archiwum, Akta osobowe Marii Penson, nr. 2526 B, akta nieuporządkowane.

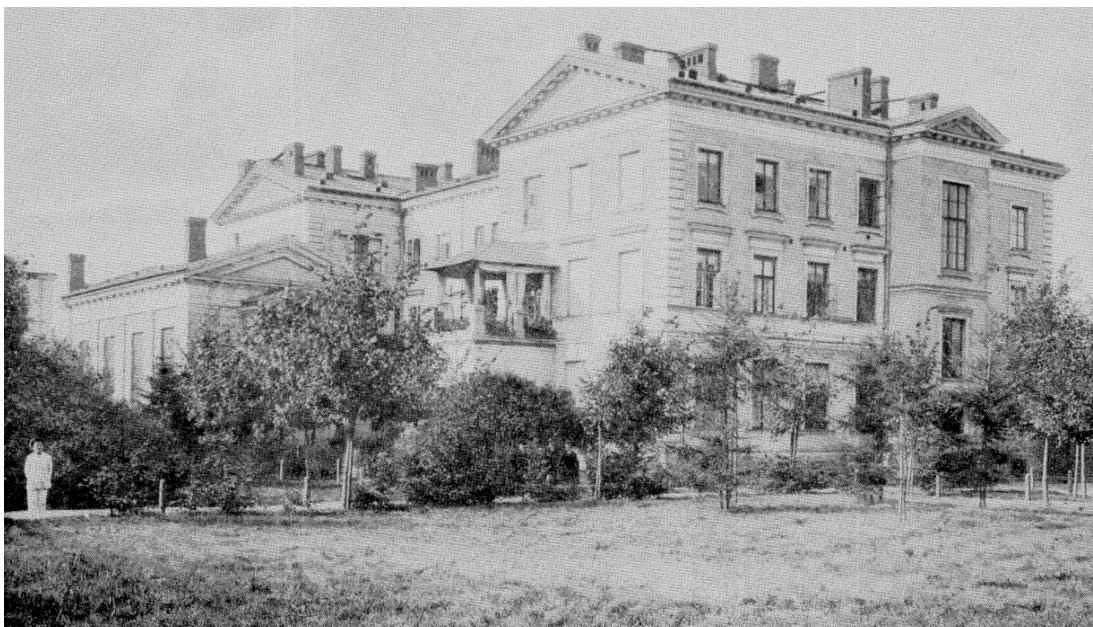
<sup>15</sup> *Zeitschrift fur Physik A. Hadrons and Nuclei*, Vol. 68, Nr. 7-8, 07.1931, ss.554-558. nośnik multimedialny <http://www.springer.com/content/w3v7547831018r77/>.

<sup>16</sup> ŻIH, Instytut Naukowo-Badawczy Archiwum, nr. 2526 B, akta osobowe Marii Penson, akta nieuporządkowane.



## 2. 2. Szpital Starozakonných na Czystem

Jakub Penson w latach 1929-1942 pracował w Szpitalu Starozakonných w Warszawie, wówczas jednym z największych i najnowocześniejszych szpitali w Polsce<sup>17</sup>. Był to szpital wielospecjalistyczny, liczący 1200 łózek. Wyróżniał się bardzo dobrą organizacją i wyposażeniem. Zgodnie z niepiisaną trady-



*Fot 45. Szpital Starozakonných na Czystem 1909 r. Dom Administracyjny z Synagogą (zbiory specjalne GBL).*

<sup>17</sup> Inicjatywa budowy nowego Szpitala Starozakonných w Warszawie zrodziła się w kręgu lekarzy starego szpitala żydowskiego przy ul. Pokornej kierowanego przez dr J. Kinderfreuda. 25.06.1883 r. „Kurier Warszawski” opublikował artykuł dr Z. Kramsztyka pt. „Nowy Szpital”, w którym to tekście przedstawił on założenia budowy i postulaty w tej sprawie. Inicjatywa zyskała poparcie Zarządu Gminy Wyznaniowej i jej prezesa Ludwika Natansona. W kwietniu 1887 r. powołano Komitet Budowy Szpitala, którego prezesem został dr L. Natanson, a po jego śmierci Jan Bersohn. Na posiedzeniu Komitetu 26.06.1890 r. uchwalono, że szpital zostanie wzniesiony na gruntach majątków Wielka Wola i Czyste (ok. 67000 m kwadratowych). Plan budowy został zatwierdzony przez Warszawską Radę Miejską Dobroczynności Publicznej w kwietniu 1893 r. W maju 1893 r. rozpoczęto budowę. Autorem projektu był Artur Goebel, który wzorował się na najnowocześniejszych ośrodkach szpitalnych Europy Zachodniej. 23.05.1894 r. odbył się akt położenia kamienia węgielnego, który wmurowano w fundamenty przyszłej synagogi szpitalnej – umieszczono tam puszkę zawierającą kilkanaście numerów czasopism warszawskich oraz dwujęzyczny tekst spisany na pergaminie prezentujący historię budowy szpitala. Na cały kompleks składało się 8 osobnych pawilonów szpitalnych, budynek administracyjny, synagoga, dom przedpogrzebowy, kuchnie, pralnie, kotłownia, wozownie, stajnie, komora dezynfekcyjna, magazyn żywnościowy, dom dla służby, przytułek dla rekonwalescentów i inne budynki, w sumie było ich 17 (wg. danych k. Móraskiego). Na uwagę zasługuje nowoczesne wyposażenie szpitala począwszy od pierwszego na ziemiach polskich centralnego ogrzewania parowego, instalacji wentylacyjnej grawitacyjnej, po oświetlenie gazowe i elektryczne (z własnym agregatem prądowórczym), urządzenia kanalizacyjne i wodociągowe oraz własną studnię na wypadek awarii. Szpital był gotowy na przyjęcie chorych w kwietniu 1902 r. Uroczyste otwarcie, które rozpoczęło się nabożeństwem w szpitalnej synagodze, odbyło się 22.06.1902 r. W związku ze zmianami organizacyjnymi w systemie szpitalnictwa z dniem 1.11.1907 r. szpital przeszedł pod zarząd Magistratu miasta Warszawy. Po wojnie do odbudowanych budynków na Czystem powrócił Szpital św. Ducha, przemianowany ze względów politycznych na Szpital Miejski nr. 1.

cją cały personel lekarsko-pielęgniarski stanowili Żydzi, natomiast chorzy rekrutowali się spośród całej ludności Warszawy. Szpital ten cieszył się bardzo dobrą opinią nie tylko w Warszawie, lecz w całej Polsce, zarówno wśród ludności żydowskiej, jak i polskiej. Powszechnie było wiadomo, że pracują w nim wybitni lekarze i naukowcy, niektórzy o światowej sławie, jak np. neuropatolodzy: Samuel Goldflam, Edward Flatau czy Henryk Higier. Szpital był również szkołą doskonalenia medycznego i naukowego, z której korzystali liczni młodzi lekarze i studenci, a jego pracownicy opublikowali do chwili wybuchu wojny szereg znaczących prac w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym.

Doktor Penson przeszedł w szpitalu wszystkie szczeble awansu lekarskiego, rozpoczynając pracę jako wolontariusz, potem asystent i starszy asystent w Oddziałach VI Wewnętrznym, którego ordynatorem był dr Józef Luxenburg<sup>18</sup>, następnie w Oddziale IV u dr Marcelego Landsberga<sup>19</sup>. W 1939 r. został ordynatorem Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem, który niebawem miał być przekształcony w oddział chorób zakaźnych<sup>20</sup>.

O ordynatorze Oddziału VII, doktorze J. Luxenburgu, jego współpracownicy mówili, że można było uczyć się od niego uczciwej pracy i cierpliwości. Te cechy charakteru doktora budziły respekt, a jego zapał udzielał się całemu otoczeniu. Był lekarzem sumiennym, dbającym o dobro swoich chorych. We współpracy oddziałowej z młodszymi lekarzami był oddanym powiernikiem ich potrzeb i zamierzeń naukowych, pomagał im swoim doświadczeniem klinicznym, aby pomoc lekarska w oddziale była oparta na współczesnych osiągnięciach medycyny i korzystna dla chorych. Był jednym z najczęstszych referentów na posiedzeniach klinicznych szpitala – jego pokazy i referaty były dobrze opracowane i przemyślane<sup>21</sup>.

Oddział doktora J. Luxenburga był w ciągu wielu lat uczelnią dla młodych lekarzy, którzy uczyli się umiłowania zawodu lekarskiego, stosunku humanitarnego do cierpień ludzkich i zdobywali wiedzę<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> Józef Luxenburg (1866-1934) ukończył Wydział Lekarski UW w Warszawie. Pracował od 1902 r. w Szpitalu Starozakonnym, był ordynatorem VI Oddziału Wewnętrznego. W 1906 r. został mianowany ordynatorem Oddziału Chorób Zakaźnych tegoż szpitala. W latach 1905-1921 był ekspertem Towarzystwa Ubezpieczeń w Warszawie. W latach 1918-1920 był referentem Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Swoje prace naukowe poświęcił zagadnieniom hematologii, endokrynologii, badaniom serologicznym w kile oraz chorobom zawodowym. Zmarł 3.06.1934 r. R. Zabłotniak, *Wybitni lekarze Szpitala Starozakonnym w Warszawie*, Biuletyn ŻIH 1970, 73, s. 54.

<sup>19</sup> Marcelego Landsberga (1890-1951) medycynę studiował w Berlinie i Fryburgu Badeńskim, gdzie w 1913 r. uzyskał stopień doktora medycyny. Od 1926 r. do 1934 r. był wolontariuszem w Szpitalu Starozakonnym. W 1934 r. w wyniku konkursu uzyskał stanowisko ordynatora IV Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Starozakonnym. W czasie okupacji był we Lwowie, następnie w Warszawie pracował jako konsultant szpitalny w getcie. Po wojnie pracował w Radogoszczy i Łodzi. W 1951 r. został mianowany prof. nadzw. chorób zakaźnych Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi. Swoje prace poświęcił endokrynologii, chorobom wątroby, dietetyce. Ibidem s. 52.

<sup>20</sup> AUŁ, AoJP, nr. 2143, Życiorys, akta nieuporządkowane.

<sup>21</sup> J. Rotstadt, *Józef Luxenburg – wspomnienie*, Referat na posiedzeniu klinicznym 29.06.1934. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnym w Warszawie 1934, T 12, Zeszyt 2, s. 1.

<sup>22</sup> A. Kobryner, *Dr J. Luxenburg – wspomnienie*, Warszawskie Czasopismo Lekarskie Warszawa 1934, T 11, N 23-24, s. 417-418.

W dokumentacji Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej znajduje się zaświadczenie podpisane przez dyrektora szpitala, dr J. Steina<sup>23</sup>, z którego wynika że, *Dr J. Penson pracował na oddziałach wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie od 1928 r. do 1934 r. w charakterze wolontariusza. Od 1.12.1934 do 30.11.1936 pracował w Ambulatorium jako internista, od 15.04.1937 r. do 1. 12. 1939 r. pracował jako asystent etatowy oddziału wewnętrznego. W grudniu 1939 r. został ordynatorem oddziału wewnętrznego. W latach 1940-1942 był Ordynatorem Oddziału Duru Plamistego w Getcie w Warszawie*<sup>24</sup>.

W dniu pogrzebu doktora J. Luxenburga, w czerwcu 1934 r. Jakub Penson w imieniu współpracowników stałych oddziału wygłosił słowa pożegnalne<sup>25</sup>. Świadczą one o dobrej atmosferze na oddziale. Brzmiały one następująco: *wśród głosów żegnających na zawsze drogiego nam wszystkim dr med. Józefa Luxenburga, nie może zabraknąć słów głębokiego bólu i żalu wyrażonych w imieniu Jego asystentów, najbliższych współpracowników, którzy w ciągu wielu lat znajdowali się z nim w ścisłym kontakcie i najlepiej mogli go ocenić jako lekarza i człowieka. Dr Luxenburg służył nam zawsze swą wiedzą i długoletnim doświadczeniem, wszelkim poczynaniom naukowym sprzyjał, cieszył się z każdego powodzenia swych współpracowników, uczył nas przedkładać dobro chorego nade wszystko. Najlepiej go mogli ocenić ci spośród nas, którzy kiedykolwiek znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej, nie szczędził wtedy starań i pracy, choćby najcięższej, aby nam pomóc. Dziś właśnie mija rok od chwili, kiedy uroczymy żegnaliśmy Go z okazji opuszczenia przez niego po długoletniej pracy stanowiska ordynatora szpitala. Jak zwykle dr Luxenburg był pełen młodzieńczego zapału, obiecywaliśmy sobie wtedy nadal wspólną pracę i przyjacielski kontakt. Żegnamy dziś kochanego nauczyciela, szlachetnego człowieka i przyjaciela*<sup>26</sup>.

Mając tak wybitnych nauczycieli zawodu, doktor Penson wcześniej dał się poznać jako bardzo zdolny diagnosta i terapeuta, który z właściwą sobie logiką i z wnikliwością dążył do zrozumienia natury procesów patologicznych, a także do zrozumienia samego chorego, jego cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Posiadał szczególny dar szybkiego i serdecznego kontaktu z pacjentem i zdobywania jego zaufania. Wkrótce stał się w Warszawie znanym, cenionym i poszukiwanym internistą. Zapraszano go na konsylia lekarskie wspólnie z autorytetami medycznymi tamtego okresu.

<sup>23</sup> ZSGBL, AoJP, nr 279, zaświadczenie nr.2615 (26.06.1928), akta nieuporządkowane. Hospitant osoby rekrutujące się z z młodych lekarzy, uczniów UW lub studentów wyższych semestrów klinicznych, pragnących tą drogą uzupełnić luki w wykształceniu klinicznym. Z. Michalski, *Sprawozdanie z działalności kliniki wewnętrznej UW*, Pol. Arch. Med. Wewn.1925, T III, Nr 1, s. 215-216.

<sup>24</sup> ZSGBL, AoJP, akta nr. 279, Zaświadczenie nr.1995, akta nieuporządkowane. J. Penson, *Pamiętnik z Getta Warszawskiego*, opracował Z. Chodorowski, s. 4.

<sup>25</sup> J. Wohl, *Słowa pożegnalne na pogrzebie*, Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie 1934, T 12, Zeszyt 2, s. 2.

<sup>26</sup> Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie 1934, T 13, s. 3.

Rozpoczął też działalność dydaktyczną przy łóżku chorego oraz działalność badawczą. Już wówczas, podobnie jak i później, zainteresowania naukowe doktora Jakuba Penson dotyczyły głównie patologii nerek i cukrzycy.

Brał udział w posiedzeniach naukowych szpitala i drukował swoje prace wspólne z kolegami z oddziału, a także uczestniczył w wykładach szpitalnych dla lekarzy<sup>27</sup>. W „Kwartalniku Klinicznym Szpitala Starozakonnych” znajdują się informacje dotyczące tych wykładów, te dostępne zamieszczam poniżej.

### **Sprawozdania z posiedzeń naukowych szpitala:**

#### **Posiedzenie 11.05.1928 r.**

J. Luxenburg, J. Penson: *Tumor pulmonis dextri*<sup>28</sup>.

#### **Posiedzenie 9.11.1928 r.**

J. Luxenburg, J. Penson, Winerówna, *Trzy przypadki posocznicy poanginowej*<sup>29</sup>.

#### **Posiedzenie 15.03.1929**

J. Luxenburg, J. Penson, *Trzy przypadki włośnicy*<sup>30</sup>.

#### **Od maja do listopada 1934 r.**

A. Kobryner, N. Mész, J. Penson, *Przypadek szpiczaka (z oddz. A Kobrynera)*<sup>31</sup>.

#### **Posiedzenia 11-12. 1937 r.**

J. Penson, J. Hoffenberg, *Przypadek strumitis*<sup>32</sup>.

Warto przytoczyć tu wspomnienie docenta Dyka: *Profesor Penson był niestrudzonym w pasji wydzierania naturze tajemnic o istocie zjawisk chorobowych. Czynił to po mistrzowsku – nie tyle przy pomocy nowych, wyszukanych metod laboratoryjnych – ile drogą zaskakujących często skojarzeń, prostych obserwacji i spostrzeżeń czynionych każdego dnia przy łóżku chorego... Jego sceptyczny, ciągle poszukujący umysł atakował różne uznane i od dawna przyjęte prawdy naukowe. Pracował bez wytchnienia, dążąc nieustannie do doskonalenia siebie*<sup>33</sup>.

<sup>27</sup> Wykłady szpitalne dla lekarzy w Szpitalu na Czystem obejmowały następującą tematykę: wykłady teoretyczne z zakresu patologii ogólnej, choroby zakaźne ze specjalnym uwzględnieniem panujących w kraju epidemii, metodyka badań. Wzorcem tych wykładów były wykłady szpitalne na Zachodzie, szczególnie we Francji, gdzie ogłaszano systematycznie w tygodnikach lekarskich spis wykładów w poszczególnych szpitalach z różnych dziedzin medycyny. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie. Warszawa 1922, Nr. 1, s. 5.

<sup>28</sup> Ibidem 1928, T 8, s. 55-56.

<sup>29</sup> Ibidem 1928, T 8, ss. 162- 164.

<sup>30</sup> Ibidem 1929, T 9, ss. 262-263.

<sup>31</sup> Ibidem 1934, T 13, s. 3.

<sup>32</sup> Ibidem 1938, T 17, zeszyt I-II, ss. 14-19.

<sup>33</sup> J. Muszkowska-Penson, *Prof. dr med. Jakub Penson (1899-1971). Część I. Okres Przedwojenny i Okupacji*, Ann. Acad. Med. Gedan., 2002, 32, s. 321-330.

### 2. 3. Praca naukowa w latach 1928-1939

Na dorobek naukowy przedwojenny w latach 1930-1938 doktora Jakuba Pensonu złożyło się trzynaście prac naukowych, w tym samodzielnych dziesięć, a trzy wydane wspólnie z innymi autorami z Oddziału oraz napisanie rozdziałów do trzech podręczników.

Prace naukowe ukazały się drukiem w „Kwartalniku Klinicznym Szpitala Starozakonnych” w Warszawie<sup>34</sup>, w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” i w „La Presse Medicale”<sup>35</sup>.

Dociekania kliniczne starał się Jakub Penson opierać na podstawach doświadczalnych. Było to nicią przewodnią, która przewija się w Jego badaniach, pracach naukowych i publikacjach.

Tematykę jego prac można podzielić na trzy zasadnicze grupy tematyczne. Do grupy pierwszej należą prace dotyczące badań nad cukrzycą, a szczególnie nad wpływem insuliny na kształtowanie się krzywej glikemicznej. Druga grupa dotyczy chorób nerek, a trzecia – spostrzeżeń poczynionych w przebiegu chorób zakaźnych. Wszystkie prace omówione są w aneksie.

Jakub Penson napisał także rozdziały w książkach o charakterze podręcznikowym i popularnonaukowym, samodzielnie i jako współautor. Rozdziały te są dokładnie opracowane i mają charakter edukacyjny.

W 1934 r. w książce *Dietetyka* wspólnie z M. Landsbergiem opracował rozdział *Dieta w schorzeniach gruczołów dokrewnych*<sup>36</sup>. W rozdziale tym omówiono wpływ diety na funkcjonowanie przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego oraz nadnerczy.

W 1936 r. w podręczniku dla lekarzy i studentów *Patologia, diagnostyka i terapia* pod red. F. Malinowskiego i Z. Orłowskiego<sup>37</sup> dr J. Penson opracował rozdział *Choroby nerek*. Rozdział ten liczy 53 strony i podzielony jest na część ogólną i szczegółową. W części ogólnej autor omawia najważniejsze metody badania moczu: badanie ogólne, próby czynnościowe: koncentracyjną i wodną Volharda<sup>38</sup> i badanie krwi w kierunku zawartości substancji azotowych. Autor opisuje objawy towarzyszące chorobom nerek, określane jako objawy pośrednie nerkowe lub pozanerkowe. W części szczegółowej korzysta z podziału schorzeń nerkowych Volharda i Fahra<sup>39</sup>,

<sup>34</sup> Pierwszy numer „Kwartalnika Szpitala Starozakonnych” ukazał się w styczniu 1922 r. W „Kwartalniku” publikowano wybrane materiały z posiedzeń naukowych szpitala.

<sup>35</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Prof. J. Penson (1899-1971)*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1971, T I, s. 273-282.

<sup>36</sup> *Dietetyka*, red. J. K. Parnas, F. Malinowski, Warszawa 1934, Warszawska Agencja Wydawnicza Delta, s. 427-432.

<sup>37</sup> F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka i terapia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Warszawa 1936, Warszawska Agencja Wydawnicza Delta, T 1, s. 683-735.

<sup>38</sup> Próba wodna Volharda – próba czynnościowa oceniająca zdolność rozcieńczania nerek.

<sup>39</sup> Podział Volharda i Fahra został opracowany w 1914 roku; oparty o kryteria Mullera, ale rozszerzony i zmodyfikowany, a autorzy przyłączyli trzecią grupę chorób nerek zależną od pierwotnych zmian naczyniowych. Podział Mullera z 1905 roku uwzględniał dwie grupy chorób nerek: pierwotne zapalne i pierwotne degeneracyjne.

przedstawia aktualne dane dotyczące nerczycy – i jej podziału, schorzeń zapalnych – kłębkowych zapaleń nerek i schorzeń miazdżycowych.

W *Podręcznej encyklopedii lekarza praktyka w dziesięciu tomach* pod red. Jakuba Węgieerki, która ukazała się w 1938 r., był współautorem przy opracowaniu haseł: „kamienie pęcherza moczowego” i „zapalenie pęcherza moczowego”<sup>40</sup>.

Wyżej omówione prace były prezentowane na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Internistycznego oraz na posiedzeniach naukowych w Szpitalu na Czystem i zebraniach Zrzeszenia Lekarzy Rzeczpospolitej Polskiej<sup>41</sup>. Wyniki badań i wnioski z nich płynące omawiano i selekcjonowano, wysuwając nowe hipotezy i rozpoznania, które weryfikował czas i rozwój medycyny. W 1933 r. doktor Penson wygłosił odczyt pt. *Hiperglikemia i cukromocz nie cukrzycowego pochodzenia*<sup>42</sup>.

Oto omówienie prac naukowych doktora Jakuba Pensa.

W artykule *Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna* opublikowanym w 1931 roku, dr Jakub Penson, opierając się na doświadczeniach klinicznych i pracach z ostatnich lat opisanych przez różnych autorów<sup>43</sup>, wskazał, że obok cukrzycy pochodzenia trzustkowego istnieją inne postacie cukrzycy cechujące się insulinoopornością, niezależnością cukromoczu od spożytej ilości węglowodanów, o względnie łagodnym przebiegu oraz odporne na działanie insuliny. Autor podaje, że powstawanie tego typu cukrzycy należy wiązać z zaburzeniami czynnościowymi, zależnymi od funkcjonowania innych gruczołów wewnątrzwydzielniczych, jak również od zaburzeń regulacyjnych przemiany węglowodanowej pochodzenia mózgowego. Jak wynika z literatury, antagonizm względem trzustki wykazują: przysadka mózgowa, nadnercza, tarczyca. Ponadto należy także mieć na względzie zmniejszenie aktywności insuliny przez enzymy proteolityczne produkowane przez komórki wątrobowe. Autor zwracał uwagę na to, że posługując się krzywą glikemii, po obciążeniu glukozą nie można zróżnicować tych dwóch rodzajów cukrzycy, a większe znaczenie diagnostyczne mają w tych przypadkach analizy krzywych hipoglikemicznych po zastosowaniu insuliny<sup>44</sup>. Na konkretnych przypadkach z oddziału wykazał, że spadek krzywej hipo-

<sup>40</sup> J. Węgieerko, *Podręczna encyklopedia lekarza praktyka w dziesięciu tomach*, T I, Warszawa 1938, Wydawnictwo Lekarskie Eskulap, s. 137-138, s. 208-209.

<sup>41</sup> Zrzeszenie Lekarzy Rzeczpospolitej Polskiej powstało w 1923 r. Biuro zarządu i lokal posiedzeń znajdował się w Warszawie przy ul. Królewskiej 23. W roku założenia liczyło 288 członków. Było to towarzystwo o charakterze wyłącznie naukowym, składające się prawie wyłącznie z lekarzy żydów. Celem towarzystwa miała być zachęta do pracy naukowej, zapewnienie dostępu do biblioteki i zbiorów czasopism, regulowanie spraw zawodowych i społeczno-lekarskich, stworzenie życia klubowego. Tematy poruszane na posiedzeniach były to zagadnienia ogólnolekarskie, dotyczące wszystkich dziedzin medycyny. Biuletyn ŻIH, 1970, T 73, s. 87-91.

<sup>42</sup> Wykład w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczpospolitej, Biuletyn ŻIH, 1970, T 73, s. 90.

<sup>43</sup> Prace Radosława, Falty, Mahlera, Rosenberga, Jakscha, Mayera, Kugelmana.

<sup>44</sup> Próba Radosława – próba stosowana dla stwierdzenia insulinooporności, oznaczanie krzywej cukrowej po podaniu określonej dawki insuliny na czczo.

glikemicznej jest o wiele wyraźniejszy w stanach cukrzycy wysepkowej, w cukrzycy insulinoopornej spadek glikemii jest mniejszy<sup>45</sup>.

W artykule o charakterze kazuistycznym *Przecukrzenie krwi i cukromocz nie trzustkowego pochodzenia*<sup>46</sup> opisał przypadek dwudziestoosmioletniej pacjentki, u której na osiem lat przed przybyciem do szpitala, w czwartym miesiącu po drugim porodzie wystąpiło porażenie połowicze prawostronne. W wywiadzie rodzinnym ustalono, że porażenie połowicze wystąpiło również u matki tejże pacjentki, a także siostry jej matki i babki ze strony matki. W badaniu fizykalnym z odchyłen od normy stwierdzono powiększenie wątroby i śledziony. U pacjentki w badaniach laboratoryjnych stwierdzono obecność glukozy w moczu. Okazało się, że przy zastosowaniu stałej diety dobową ilość glukozy w moczu ulegała wahaniom. Insulina stosowana dwa razy dziennie (2x10j, 2x15j) przy tej samej diecie oraz nagła przerwa w jej podawaniu nie wpływały na dobową ilość wydalanej glukozy w moczu. Również zwiększenie ilości węglowodanów w diecie było bez wpływu na poziom cukromoczu. Hiperglikemia i cukromocz wykazywały odmienne cechy niż w cukrzycy trzustkowej. U pacjentki nie stwierdzono zaburzeń w funkcjonowaniu innych gruczołów dokrewnych wpływających na przemianę węglowodanów i wyciągnięto wnioski, że hiperglikemia i glikozuria zależą od zmian spowodowanych wylewem krwi do mózgu w ośrodkach mózgowych regulujących przemianę węglowodanów. Autor zaklasyfikował pacjentkę jako „ogniwo” w łańcuchu cukrzyc, których wyodrębnienie jest możliwe na podstawie nowoczesnych badań. Podobne przypadki były opisywane przez innych autorów i określane nazwami *praedibetes*, *status diabetoides*, *paradiabetes*<sup>47</sup>.

Artykuł *Badania nad hipoglikemią poinsulinową u diabetyków*<sup>48</sup> napisany wspólnie z J. Wohl, poświęcony jest występowaniu poinsulinowych stanów hipoglikemicznych u chorych na cukrzycę. Praca ta polemizuje

<sup>45</sup> Te spostrzeżenia są obecnie ogólnie znane. Doświadczenia kliniczne w okresie powojennym wykazały, że obok cukrzycy trzustkowej, istnieją postaci cukrzycy cechujące się insulinoopornością, niezależnością cukromoczu od spożywanej ilości węglowodanów i względną łagodnością przebiegu choroby. Posługując się jedynie krzywą glikemii po obciążeniu glukozą nie można tych postaci wyodrębnić. W typie trzustkowym zaburzenie przemiany węglowodanów zostaje łatwo przywrócone do stanu równowagi za pomocą leczenia insuliną, nadmiar insuliny prowadzi do stanów hipoglikemicznych, nagłe przerwanie podawania insuliny powoduje przywrócenie zaburzeń przemiany węglowodanowej. Cukrzyca insulinooporna przebiega łagodnie, pomimo hiperglikemii, poliuria i glikozuria są niewielkie, dla odcukrzenia potrzebne są większe dawki insuliny od stosowanych w cukrzycy I typu. W niektórych schorzeniach mózgu może występować cukrzyca insulinooporna.

<sup>46</sup> J. Penson, *Przecukrzenie krwi i cukromocz nietrzustkowego pochodzenia*, Odczyt na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej 27. 10. 1932 r., Warsz. Czas. Lek., 1932, 9, s. 439-442.

<sup>47</sup> Następujący autorzy klasyfikowali tego typu przypadki, jak opisany jako „praedibetes” – Maranon, „diabetes oculatus” – Escudero, „status diabetoides” – Novo Santos, „paradiabetes” – Laboe.

<sup>48</sup> J. Penson J. Wohl, *Badania nad hipoglikemią poinsulinową u diabetyków*, Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 7. 11. 1933 r., Warsz. Czas. Lek., 1933, R 49, s. 1036-1039; La Presse Medicale, 1935, 43, s. 63-65;

z przyjętymi powszechnie zapatrywaniami B. Kugelmana<sup>49</sup>, który w swoich badaniach dowodzi, że ciężkość objawów poinulinowych zależy od ilości adrenaliny, którą organizm wytwarza w nadmiarze w celu zobojętnienia nadmiaru insuliny we krwi. B. Kugelman podkreśla, że stosując duże dawki insuliny dożylnie, nie obserwował ciężkich objawów hipoglikemii. Autorzy stwierdzili, że istnieje różnica w krzywych hipoglikemicznych po podaniu dożylnym insuliny, w przeciwieństwie do jej podania podskórnego. Badanie polegało na podawaniu 20 j. insuliny na czczo chorym z cukrzycą. Po podaniu dożylnym spadek krzywej jest bardzo szybki, a powrót do normy również występuje bardzo szybko, podczas gdy spadek krzywej po iniekcjach podskórnych osiąga swój szczyt po 2-2,5 godzinach, a powrót do normy odbywa się o wiele wolniej. Kliniczne objawy hipoglikemiczne występowały o wiele wyraźniej po iniekcjach podskórnych. Autorzy tłumaczyli te spostrzeżenia w ten sposób, że insulina podana dożylnie powoduje gwałtowny spadek poziomu cukru we krwi, lecz jednocześnie uruchamia mechanizmy regulacyjne organizmu, co prowadzi do szybkiego wyrównania poziomu glukozy. Insulina podana podskórnie wchłania się powoli, wywołując spadek krzywej stopniowy przy równoczesnym zahamowaniu mechanizmów regulacyjnych spowodowanych uwalnianiem się nowych porcji insuliny. Powrót do normy odbywał się wolniej niż po podaniu dożylnym. Stąd większa skuteczność podskórnego podawania insuliny od jej wlewu dożylnego w postępowaniu leczniczym u chorych przewlekłych. W śpiączce cukrzycowej dożylne podawanie insuliny powinno być ograniczone jedynie do pierwszej iniekcji, aby szybko osiągnąć spadek glikemii. Autorzy stwierdzili, że każdy stan hipoglikemii zależy od niezdolności ustroju do uruchomienia mechanizmu obronnego mobilizującego glukozę do krwi i tkanek. Ich postrzeżenia wskazały na mechanizmy powstawania hipoglikemii, lecz nie rozwiązały zagadnienia objawów neurologicznych takich jak śpiączka, drgawki, psychozy występujące w hipoglikemii.

Artykuł *Badania nad stosowaniem insuliny cynkowo-protaminowej*<sup>50</sup> zawiera wyniki badań i wnioski wynikające ze stosowania insuliny cynkowo-protaminowej u jedenastu pacjentów, u których wykonano kilkakrotne badania dobowej krzywej glikemii, stosowano odpowiednie dawki tej insuliny przy jednoczesnym podawaniu 3-4 posiłków dziennie, w niektórych przypadkach podawano insulinę zwykłą z cynkowo-protaminową. Autorzy podkreślili konieczność ścisłej indywidualizacji stosowania insuliny cynkowo – protaminowej. Jest ona odpowiednia bowiem w leczeniu średnio-ciężkiej cukrzycy, gdy wystarcza jednorazowe podanie insuliny w ciągu doby. Przestrzegają przed stosowaniem jej w cukrzycy młodocia-

<sup>49</sup> B. Kugelman, Klin. Woch, 1931, 2, s. 121-134.

<sup>50</sup> J. Penzon, M. Landsberg, *Badania nad stosowaniem insuliny cynkowo-protaminowej*, Warsz. Czas. Lek., 1938, T 15, s. 425-429.



nych, gdzie regulacja poziomu glukozy we krwi podlega znacznym wahaniom i wobec tego należy stosować małe lecz częste dawki. Opisane w pracy krzywe dobowe wskazują, że małe dawki insuliny dają lepsze wyniki. Przejście z insuliny zwykłej na cynkowo-protaminową powinno odbywać się w warunkach szpitalnych. Autorzy zwrócili uwagę, że niebezpieczne jest jednoczesne stosowanie insuliny zwykłej i cynkowo-protaminowej, gdyż ta ostatnia zwalnia działanie insuliny zwykłej, co usposabia do cięższych stanów hipoglikemicznych. Wstrząs po insulinie cynkowo-protaminowej ma odmienny obraz, niż po insulinie zwykłej: może wystąpić późno po wstrzyknięciu i nagle, bez objawów zwiastunowych, a reakcja hipoglikemiczna trwa długo i wymaga natychmiastowego leczenia. Ze względu na niebezpieczeństwo wstrząsów hipoglikemicznych autorzy ostrzegają przed próbami zakładania podskórnego *depot* z insuliną cynkowo-protaminową w dużej dawce 80-150 j. Z przeprowadzonych badań wynika, że umiejętne stosowanie insuliny cynkowo-protaminowej utrzymuje glikemię na czczo i w ciągu doby na niższym poziomie niż przy podawaniu insuliny zwykłej.

Wnioski z tej pracy, zgodne z późniejszymi badaniami, przetrwały przez wiele lat jako wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej formy insuliny.

W artykule *Insulina a miażdżycy układu krążenia*<sup>51</sup> Jakub Penson przedstawił związek, jaki zachodzi między miażdżycą i cukrzycą. Przytoczył szereg argumentów przemawiających przeciwko temu, że miażdżycy jest przyczyną cukrzycy, natomiast liczne spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że cukrzyca, nawet dobrze leczona dietą i insuliną, usposabia ustrój do rozwoju zmian miażdżycowych w układzie krążenia, głównie naczyń wieńcowych serca. Autor omówił zagadnienie leczenia cukrzycy wieku podeszłego. Wszelkie stany hipoglikemiczne wywołujące zmiany w EKG, powodują napady dusznicy bolesnej, prowadzą do zawału serca, do niemiaryowości zatokowej i migotania przedsionków. Po dożylnym podaniu glukozy powyższe objawy szybko cofają się. Autor opisał przypadek trzynastoletniego diabetyka, u którego w czasie wykonywania krzywej glikemii po 20 j. insuliny na czczo wystąpiło silne bicie serca, niemiarywe tętno (około 200/min.), co wskazuje na to, że w zdrowym układzie krążenia wstrząs hipoglikemiczny wywołuje zaburzenia przewodnictwa. Autor przedstawił zagadnienie hipoglikemii względnej występującej u starszych diabetyków przy niezbyt wielkim obniżeniu glikemii, co tłumaczył tym, że sam poziom glukozy we krwi nie odgrywa decydującej roli w zespole wstrząsu hipoglikemicznego. Między innymi wchodzi tu w grę procesy przeciuregulacji ze strony układu współczulnego. W leczeniu insuliną starszych diabetyków powinny być stosowane małe jej dawki. Insulina ma właściwość zatrzymywania wody w ustroju i dlatego zaleca się ostrożność w przypadku miażdżycy

<sup>51</sup> J. Penson, *Insulina a miażdżycy układu krążenia*, Warsz. Czas. Lek., 1938, 15, s. 121-124.

naczyń wieńcowych czy nadciśnienia tętniczego. Nagłe zatrzymanie wody może stać się powodem ostrej niewydolności krążenia. Autor, opierając się na doświadczeniu własnym, uważa, że u diabetyków ze zmianami miażdżycowymi najlepiej sprawdza się dieta obfita w węglowodany, tak zbilansowana, aby nie być zmuszonym do zwiększania dawek insuliny. Zwalczenie nieznacznego cukromoczu przy dobrym stanie ogólnym pacjenta, bez objawów kwasicy i wyniszczenia, jest zbędne, ponieważ dążenie do normoglikemii przy pomocy dużych dawek insuliny nie jest wskazane. Jeżeli w przebiegu cukrzycy występują powikłania, np. infekcje z gorączką (kiedy diabetyk nie jest wrażliwy na insulinę), stany depresji psychicznej z wychudnięciem i brakiem apetytu, należy zastosować duże dawki insuliny, które są dobrze tolerowane przez organizm chorego. W drugiej części pracy autor opisał przypadki pięciu pacjentów, u których wystąpiła hiperglikemia i cukromocz w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Zwrócił uwagę na jeden przypadek, który miał możliwość zaobserwować w ciągu ostatnich trzech lat pracy w szpitalu. Niektórzy lekarze uważają, że przyczyną hiperglikemii w zawałach jest wyzwolenie utajonej cukrzycy, inni natomiast uzależniają ten stan od wstrząsu towarzyszącemu zawałowi, który powoduje złe ukrwienie miażdżycowo zmienionej trzustki. Wreszcie istnieje pogląd, że chodzi tu o nagłe zaburzenie czynności ośrodków wegetatywnych, za czym przemawiać ma obrzęk mózgu i rdzenia przedłużonego stwierdzany w badaniu autopsyjnym osób, które zmarły na zawał serca. Przypadki obserwowane przez autora przemawiają za słuszością ostatniego poglądu. Przejściowe pojawienie się hiperglikemii podczas zawału i brak jej w okresie między zawałowym, świadczą, że hiperglikemia i cukromocz stanowią swoiste powikłanie zawału serca, a nie zależą od cukrzycy utajonej. Ważne jest, aby w takich stanach nie stosować zbyt pochopnie insuliny, lecz zająć stanowisko wyczekujące, gdyż zwykle hiperglikemia i cukromocz samoistnie cofają się.

Artykuł *O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy*<sup>52</sup> jest streszczeniem poglądowym. Zawiera aktualne doniesienia i badania różnych autorów uznające za słuszną teorię, o roli przysadki mózgowej w przemianie węglowodanów i powstawaniu cukrzycy..

Drugą grupę prac doktora Penson dotyczącą **chorób nerek**, rozpoczął artykuł *Zespół chloropenii z hiperazotemią w przebiegu chorób nerkowych i niektórych innych schorzeń ustroju. Wskazania do diety bezsolnej oraz chlorowania*<sup>53</sup>. Praca ta zajmuje się klasyfikacją i analizą tych stanów w oparciu przede wszystkim o piśmiennictwo francuskie i ma charakter streszczenia poglądowego.

<sup>52</sup> J. Penson, *O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy*, Warsz. Czas. Lek., 1937, 14, s. 10-13.

<sup>53</sup> J. Penson, *Zespół chloropenii z hiperazotemią w przebiegu chorób nerkowych i niektórych innych schorzeń ustroju. Wskazania do diety bezsolnej oraz do chlorowania*, Kwart. Klin. Szpitala Staroza-konnych w Warszawie, 1931, 10, s. 11-22.

Zagadnieniem diety w leczeniu chorób nerek zajął się Jakub Penson w artykule *Wpływ diety na przebieg kliniczny schorzeń nerkowych*<sup>54</sup>. Wychoząc z własnych spostrzeżeń klinicznych, zwrócił uwagę na fakt, że schematyczne stosowanie diety ubogiej w białko i chlorki często nie prowadzi do poprawy klinicznej w przebiegu schorzeń nerek. Poddał tę sprawę badaniom i wyciągnął wniosek, że w ostrym kłębuszkowym zapaleniu nerek należy w pierwszych dniach stosować głodówkę dla możliwie zupełnego oszczędzenia nerek, a przez kilka dalszych dni stosować dietę węglowodanową z ograniczeniem płynów, po czym należy przystąpić do wprowadzenia diety pełnobiałkowej, co nie tylko nie powoduje wzrostu azotu pozabiałkowego, lecz wpływa pozytywnie na samopoczucie chorych, przyspieszając ich zdrowienie. Podobne wyniki mogą być osiągnięte w przewlekłym kłębuszkowym zapaleniu nerek, jak również w marskości nerek. Czynnikiem kontrolnym musi być wyjściowy poziom azotu pozabiałkowego we krwi.

Artykuł *Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów*<sup>55</sup> stanowi streszczenie poglądowe zapatrywań na patogenezę obrzęków.

Trzecia grupa prac Jakuba Pensa dotyczy spostrzeżeń związanych z **chorobami zakaźnymi**. Rozpoczęta została artykułem napisanym wspólnie z dr Winer-Bezbergową *O stosowaniu kardiazolu w durze brzuszny*<sup>56</sup> w 1930 r. W tym artykule autorzy, porównując działanie kamfory dotychczas stosowanej w powikłaniach sercowo-naczyniowych w przebiegu duru brzusznego i Kardiazolu, przedstawiają swoje badania przeprowadzone jesienią 1928 r podczas epidemii duru brzusznego. Zbadano pięćdziesięciu czterech chorych, opisano te przypadki w pierwszym okresie choroby, w których zastosowanie Kardiazolu przyniosło korzystne skutki dla układu sercowo-naczyniowego. Na podstawie obserwacji podano następujące wnioski: *Kardiazol zastępuje Kamforę, ma mniej działań ubocznych, może być stosowany doustnie oraz w iniekcjach dożylnych i domięśniowych. Jako środek pobudzający układ sercowo-naczyniowy i oddechowy nadaje się do stosowania w chorobach zakaźnych*<sup>57</sup>.

Artykuł *Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu jako powikłanie nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych*<sup>58</sup> jest streszczeniem poglądowym potwierdzającym neotropizm wirusa powodującego zapalenie przyusznic. Autor zanalizował w nim doniesienia z literatury francuskiej, niemieckiej i skandynawskiej.

<sup>54</sup> J. Penson, *Wpływ diety na przebieg kliniczny schorzeń nerkowych*, Warsz. Czas. Lek. 1936, 13, s. 354-358.

<sup>55</sup> J. Penson, *Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów*, Warsz. Czas. Lek., 1932, 9, s. 439-442.

<sup>56</sup> Winer-Bezbergowa, J. Penson, *O stosowaniu Kardiazolu w durze brzuszny*, Warsz. Czas. Lek., 1930, R 7, s. 328-331.

<sup>57</sup> Ibidem s. 331.

<sup>58</sup> J. Penson, *Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu jako powikłanie nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych*, Warsz. Czas. Lek., 1931, 8, s. 344-346.

W artykule *Przyczynek do patogenezy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z odczynem limfocytarnym*<sup>59</sup> autor, na podstawie własnego przypadku i na podstawie piśmiennictwa, głównie francuskiego, stawia te postacie w związku z jawnymi lub poronnymi postaciami choroby Heinego-Medina. Pogląd ten nie sprawdził się później.

Ciekawe wnioski znajdują się w artykule *O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszego*<sup>60</sup> opartym na materiale własnym. Są to wnioski z obserwacji ze Szpitala na Czystem przeprowadzonych w latach 1926-1930 u 836 pacjentów, którzy zachorowali na dur brzuszny. Na podstawie materiału klinicznego i badań kliniczno – serologicznych autor doszedł do wniosku, że powikłania oponowe w durze występują głównie u dzieci do lat piętnastu, przy czym stanowią one obraz dominujący od początku choroby, nawet w przypadkach zakończonych zejściem śmiertelnym, bez objawów ze strony przewodu pokarmowego pod postacią bólów brzucha, stolców grochówkowatych, krwotoków z przewodu pokarmowego lub zapalenia otrzewnej. Odczyn Widala<sup>61</sup> w płynie mózgowo-rdzeniowym może być ujemny, nawet mimo wysokiego miana we krwi, co może sugerować, że bariera oponowa nie przepuszcza bakterii i toksyn do płynu mózgowo-rdzeniowego. W tych przypadkach w których stwierdzono przy niewysokim mianie Widala we krwi (1:500), dodatni odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym, ponadto w płynie stwierdzano obecność pałeczek durowych. Wyciągnięto wniosek, że aglutyniny powstały w płynie mózgowo-rdzeniowym. Autor przekonuje, w przeciwieństwie do upowszechnionych poglądów, że obecność pałeczek durowych w płynie może być stwierdzana nawet w płynie, który nie posiada żadnych cech ropnych. Opisano, że pomimo ciężkich objawów klinicznych ze strony opon i mózgu, badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywały niewielkie odchylenia od normy. Te przypadki autor określa terminem *meningismus*. W przypadkach, które dają ciężkie objawy mózgowo, należy dopatrywać się zmian w mózgu, co potwierdzają badania anatomopatologiczne. Odczyn oponowy stanowi w tych przypadkach objaw wtórny.

<sup>59</sup> J. Penson, *Przyczynek do patogenezy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z odczynem limfocytarnym*, Kwart. Klin. Szpit. Starozak., 1930, 9, s. 194-201.

<sup>60</sup> J. Penson, *O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszego*, Warsz. Czas. Lek., 1931, 8, s. 1012-1014, s. 1038-1040.

<sup>61</sup> Odczyn Widala – próba serologiczna stosowana w rozpoznawaniu duru brzuszego, która opiera się na zjawisku aglutynacji pałeczek duru brzuszego lub durów rzekomych po dodaniu ich do surowicy chorego zawierającej swoiste przeciwciała odpornościowe. Opracowana w 1896 r.

Nowa Encyklopedia Powszechna, Warszawa 1997, Wydawnictwo Naukowe PWN, T 6, s. 726.



*Fot 46. Maria Penson (1902-1952) z Akt Uniwersytetu Łódzkiego.*

N° 53

Mercredi, 3 Juillet 1935

copy 311.127

# LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

LE NUMÉRO : Prix en France . . . 0 fr. 75

— ADMINISTRATION —  
**MASSON ET C<sup>o</sup>**, ÉDITEURS  
 120, boulevard St-Germain, PARIS (6<sup>e</sup>)  
 Comptes Chèques postaux n° 599

— PRIX DE L'ABONNEMENT :  
 France et Colonies . . . . . 65 fr.  
 Pays étrangers, suivant tarif postal,  
 voir note dans numéro suivant.  
 Les abonnements partent  
 du commencement de chaque mois.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

<b>J. L. FAURE</b> Professeur honoraire de la Faculté, Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.	<b>F. DE LAPPERSONNE</b> Professeur honoraire de Clinique ophtalmologique, Membre de l'Académie de médecine.	<b>H. ROGER</b> Doyen honoraire de la Faculté, Médecin honoraire des Hôpitaux, Membre de l'Académie de médecine.
<b>F. BEZANÇON</b> Professeur de Clinique à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.	<b>G. ROUSSY</b> Doyen de la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine.	<b>EM. SERGENT</b> Professeur de Clinique à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.
<b>PH. PAGNIEZ</b> Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.	<b>CH. LENORMANT</b> Professeur de Clinique à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.	<b>F. JAYLE</b> Ancien chef des trav. clin. de gyn. à l'hôpital Broca.

— REDACTION —  
 SECRÉTAIRES  
**P. DESPOSES, A. RAVINA**

TÉLÉPHONE } Danton 56-11  
 Danton 56-12  
 Inter Danton 31.

Adresser ce qui concerne la Rédaction  
 à "La Presse Médicale"  
 120, boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

## SOMMAIRE

### TRAVAUX ORIGINAUX

PASTEUR VALÉRY-RADOT, LÉON-LÉVARD, JEAN HUBERGER, M <sup>me</sup> A. HÉGO et G. CALBERON : Artériographie au cours du choc anaphylactique du lapin (10 fig.) . . . . .	1057
M. BORPE : Traitement des fractures récentes du col du fémur (14 fig.) . . . . .	1061
JOSEPH GÉZÉVIER et HECTOR DISCOMES : Syndrome artériel pulmonaire dans la sinistocardie (7 fig.) . . . . .	1065
G. DEUSCHER et P. TOUSSAINT : Les inflammations pleurales. (Contribution photo et micro-photographique.) [43 fig.] . . . . .	1069

### CHRONIQUE

FERNAND LEMAITRE : Mission médicale en Indo-Chine (20 fig.) . . . . .	1075
---	------

Granules, Solution, Ampoules.

## DIGITALINE NATIVELLE

Laboratoire NATIVELLE  
 27, rue de la Procession, PARIS 15<sup>e</sup>

Huile de Haarem de qualité incomparable.

## CAPARLEM

1 à 2 capsules à chaque repas.  
 Laboratoires LOBBAINS  
 ETAIN (Meuse).

Vale, Reins.

La feuille de Digitale se pressoit :

## DIGI-LANATINE

Extrait total des glucosides de la feuille de Digitale.

Etats infectieux aigus, Pyrexies, Infections puerpérales.

## SEPTICÉMINE

1 à 4 ampoules par jour  
 intraveineuses ou intramusculaires.  
 7, rue de l'Armorique.

"Hélios". Hélio-thérapie.

## MAISON DE SANTÉ D' BRODY

GRASSE (Alpes-Maritimes).

Toutes manifestations du lymphatisme.

## GOUTTES "I. A. M."

à l'Iodo-méthyl-arsinate de Manganèse.  
 XV à XX gouttes Labor. Docteur LAYOÛÉ.

Opothérapie.

## EXTRAITS CARRION

Uni et pluriglandulaires.

Comprimés - Cachets  
 Solutions injectables  
 54, Faub. St Honoré, PARIS.

Médication Alcaline pratique.

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Toutes Pharmacies.

Imprégnation défensive de l'organisme.

## MICROLYSE

Collibacilles, Gonocoques.

Fot 47. Artykuł w gazecie La Presse Medicale: „Recherches sur l'hypoglycémie post insulinique chez les diabetiques”, 1935, 43,63-65 (zbiory specjalne GBL).

Enfin, après cette dernière thèse, signalons un important article du prof. Leclercq :

J. LECLERCQ (Lille) : Le diagnostic des intoxications professionnelles par le manganèse. *Archiv für Gewerbe-Pathologie*, Juin 1934.

Et un dernier article inédit :

MM. LABEYRIE et E. PLANQUE (Boulogne-sur-Mer) : Contribution à l'étude du manganisme chronique (7 cas). *Société de Médecine Urologie de Lille*, 1934.

## RECHERCHES SUR L'HYPOGLYCÉMIE POST-INSULINIQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES

PAR MM.

J. PENSON et J. WOHL.

Le syndrome hypoglycémique, connu depuis peu, est maintenant l'objet de discussions fréquentes dans la littérature médicale. La large extension de l'insuline et surtout ses doses exagérées, accompagnées des mesures simultanées de la glycémie, ont attiré l'attention des cliniciens sur ce syndrome si intéressant.

Les travaux des auteurs américains, Harris, Carr, Wilder, Womack, Howland, Allan, Robertson, Heyn, John et autres marquent une nouvelle étape dans l'histoire de l'hypoglycémie. Ces auteurs ont remarqué des symptômes tout à fait semblables au syndrome hypoglycémique post-insulinique chez des malades qui n'étaient jamais traités par l'insuline; en outre, les sensations morbides apparaissaient par accès avec une baisse notable du sucre sanguin. En donnant au malade de la glucose ou des aliments contenant des hydrates de carbone, on faisait rapidement disparaître ces symptômes. Seale Harris a défini les cas de ce genre sous la dénomination : « hyperinsulinisme »; d'autres ont introduit le terme plus juste « d'hypoglycémie spontanée ». Dans de nombreux cas, on a trouvé comme cause de cette hypoglycémie spontanée des tumeurs du pancréas; par l'ablation chirurgicale de ces tumeurs, on a obtenu la disparition des crises hypoglycémiques et la guérison (Howland, Carr, Womack). L'examen histologique de ces néoplasmes a montré qu'ils se composent de cellules semblables aux îlots de Langerhans. Cependant, dans certains cas d'hypoglycémie spontanée incontestable, on n'a pas trouvé de tumeurs du pancréas ni à l'opération, ni à l'autopsie (Heyn, Allan, Holman, Finneys); en s'appuyant sur ces faits, on a émis l'hypothèse de l'existence d'un hyperfonctionnement spontané des îlots pancréatiques, le contraire de ce qui se passe au cours du diabète, où il y a un hypofonctionnement.

En outre, on rencontre l'hypoglycémie spontanée dans les lésions de l'hypophyse (hypoglycémie hypophysaire de Wilder) ainsi que dans les affections polyglandulaires dans lesquelles, outre le pancréas, d'autres glandes endocrines régulatrices du métabolisme des hydrocarbures, les surrénales avant tout, sont touchées par le processus morbide (Gougerot, Stenstrom, Peterson). Il faut ranger dans ce groupe les cas décrits en Pologne par Wegierko, qui a constaté chez des femmes obèses, à la ménopause, des symptômes semblables au syndrome hypoglycémique.

dans la littérature européenne une série de cas d'hypoglycémie spontanée certaine dépendant surtout des tumeurs du pancréas (Labbé, Guy Laroche, Krause, A. Landau, Roth, Oppenheimer, Escudero, Rathery, Nielsen).

La marche clinique du syndrome hypoglycémique est très bruyante. Au début apparaissent habituellement les prodromes qui consistent en sensations de fatigue et de faim; les symptômes vont en s'aggravant; on observe l'excitation nerveuse, l'accélération du pouls, l'hypothermie, la congestion de la peau, les sueurs, la diplopie, les contractures de certains muscles, les convulsions et à la fin le coma. Parfois, les prodromes manquent et les symptômes graves apparaissent d'emblée.

Sans que nous en connaissions la cause, dans un certain nombre de cas, des symptômes du côté du système nerveux central dominant, ce qui doit attirer l'attention des psychiatres et des neurologues, car des cas de ce genre sont souvent une source d'erreurs de diagnostic; la genèse des symptômes ne s'explique que par le dosage du sucre sanguin; en donnant au malade des hydrates de carbone, on obtient une amélioration immédiate. Oppenheimer distingue deux groupes de symptômes nerveux accompagnant l'hypoglycémie : les symptômes cérébraux et les psychoses passagères sous forme d'accès ressemblant à l'hystérie, à la psychose maniaque ou aux états schizoïdes; cet auteur décrit, sous le nom de « psychoses insuliniques », une série de cas se présentant avec des symptômes de manie, de catatonie, de stupeur, d'amomie, de sueurs profuses. Oppenheimer pense que ces symptômes ont une origine mésentérique. D'autres auteurs décrivent également une série de cas donnant l'impression d'une grave affection nerveuse ou psychique et dépendant de l'hypoglycémie spontanée ou post-insulinique; le tableau clinique rappelle parfois l'épilepsie (cas de Carr; guérison après l'ablation d'un adénome du pancréas), l'hémiplégie (Howland), les états d'obnubilation (Wilder, Rathery) ou les crises hystériques (Oppenheimer, Wilder, Rathery).

Dans tous les cas cités chez les sujets chez lesquels l'hypoglycémie provoque en premier lieu les symptômes nerveux, on n'a constaté aucune tare pathologique particulière, ni aucune dépendance de la race, du sexe ou de l'âge.

Un fait mérite l'attention : c'est que, malgré le tableau clinique très grave de l'hypoglycémie, l'issue fatale est rare; les cas d'hypoglycémie spontanée non diagnostiqués, dans lesquels le malade, non traité, reprend connaissance, même après un long coma, peuvent servir de preuve pour ce fait; il en est de même pour les chocs hypoglycémiques post-insuliniques. Cela indique l'existence d'un mécanisme tendant à relever le taux du sucre sanguin, lorsqu'il est trop bas. A la même conclusion sont arrivés Cannon, Mc Iver et Bliss, après des recherches expérimentales sur les animaux. Ces auteurs pensent que, lorsque la glycémie tombe au-dessous d'un certain niveau critique, le sympathique viscéral excite les surrénales dont le fonctionnement s'accroît, ce qui provoque une mobilisation du glycogène hépatique dans le sang et un relèvement du niveau de la glycémie; ce mécanisme est automatiquement mis en marche dans la phase d'hypoglycémie.

L'ensemble de manifestations cliniques, esquissé plus haut, est certainement lié avec la baisse du sucre sanguin; mais le niveau de la

se portent très bien. Mais, en général, les premiers symptômes subjectifs apparaissent à une glycémie de 70 milligr. pour 100 et, au-dessous de 35 milligr., c'est la perte de connaissance.

Le mécanisme précis de l'hypoglycémie est encore inconnu; il n'y a que des hypothèses. Tannhäuser pense que la diminution du sucre dans l'organisme produit des troubles dans les fonctions cellulaires, un métabolisme vicieux; l'accumulation des produits toxiques provoque des variations dans le système nerveux central et végétatif en donnant des tableaux différents suivant les particularités individuelles et constitutionnelles. Umber reconnaît comme cause des symptômes hypoglycémiques la rapidité de la chute du sucre sanguin et tissulaire (Geweb-zuckersturzeaktion). Sigwald explique le syndrome hypoglycémique par des variations humorales; il a constaté chez les animaux en hypoglycémie une augmentation des chlorures et des combinaisons azotées dans le sang; ces substances émigraient des tissus vers le sang pour soutenir la tension osmotique et produiraient ainsi une chloropénie tissulaire. Une série de recherches sur l'hypoglycémie post-insulinique a été faite par Kugelmann; en injectant aux sujets sains à jeun 5 à 30 unités d'insuline dans les veines, il a constaté qu'avec des doses un peu plus fortes (25-30 unités d'insuline) les symptômes hypoglycémiques apparaissent, mais le niveau du sucre dans le sang tombe indépendamment de la quantité d'insuline injectée à 40 milligr. pour 100 en moyenne, puis il commence à se relever. Lors des manifestations hypoglycémiques, il a observé une élévation de la tension systolique et une leucocytose avec lymphocytose (à 60 milligr. pour 100). Kugelmann attribue ce phénomène à l'action de l'adrénaline (tension, formule sanguine), qui est formée en excès par l'organisme pour neutraliser l'insuline introduite. Lorsqu'on donne des doses faibles, l'organisme mobilise peu d'adrénaline, ce qui ne provoque aucun symptôme subjectif; mais si les doses augmentent (à 30 unités d'insuline), le besoin en adrénaline augmente lui aussi, ce qui explique la plus grande netteté des symptômes post-insuliniques.

Nous avons été étonnés par le fait que Kugelmann, malgré les fortes doses d'insuline qu'il a données en injections intraveineuses, n'ait pas observé, comme il le souligne, de graves symptômes hypoglycémiques; car en faisant dans le service des injections d'insuline pour obtenir des courbes de la variation de la glycémie post-insulinique chez des sujets sains (médecins et étudiants), nous avons observé que déjà avec la dose de 10-15 unités d'insuline par voie sous-cutanée, à jeun, il y avait toujours des accidents hypoglycémiques plus ou moins graves qui nous ont forcés d'interrompre les recherches et de donner rapidement de la glucose à ces sujets. En face de cette divergence des résultats obtenus par les injections intraveineuses et sous-cutanées d'insuline, nous avons décidé de faire des recherches sur l'hypoglycémie post-insulinique chez les diabétiques.

Pour comparer les effets des injections intraveineuses et sous-cutanées d'insuline, nous avons fait chez les mêmes malades, dans les mêmes conditions, à un ou deux jours d'intervalle, deux courbes de variation de la glycémie : l'une après 20 unités d'insuline injectées dans les veines, le sujet étant à jeun, l'autre après la même dose d'insuline injectée sous la peau. Quelques jours auparavant, les malades

mesurer la glycémie, nous avons utilisé la méthode de Hagedorn-Jensen.

Ces recherches furent faites sur 8 femmes diabétiques, parmi lesquelles 5 appartenant au type de diabète insulaire (Falla), c'est-à-dire au diabète dans lequel le traitement par insuline rétablit facilement l'équilibre dans le métabolisme des hydrates de carbone; ici, tout excès d'insuline amène l'hypoglycémie; au contraire, une brusque diminution de la dose ou un arrêt dans le traitement insulinaire, à la période de disparition de la glycosurie, ramène aussitôt tous les troubles du métabolisme des hydrocarbures; déjà, le lendemain de la suppression de l'insuline, apparaissent l'abondante glycosurie, la polyurie, l'acétonurie, l'aggravation de l'état général jusqu'aux symptômes pré-comateux. Nous avons choisi pour nos recherches ce type de diabète, car ce sont des cas sensibles à l'insuline et nous pensions que la différence éventuelle dans l'effet des injections intraveineuses et sous-cutanées d'insuline serait ainsi mise en relief. Les 3 autres malades appartenant au type de diabète léger où le régime seul suffisait pour obtenir l'amélioration générale et voir le sucre disparaître des urines. Voyons maintenant quelques cas.

**OBSERVATION I.** — La malade, L. K., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital, le 22 Novembre 1932, dans un état grave; elle est comateuse et se sent lourde. Elle a commencé à perdre du poids, il y a un an, lors d'une grossesse. Son père est mort, il y a huit ans, dans le coma diabétique. La malade est très amaigrie; lorsqu'on la soumet au régime standardisé, l'acétone apparaît dans les urines; la diabète est de 3 litres avec 180 gr. de sucre. La glycémie, à jeun, est de 320 milligr. pour 100. Sous l'influence de l'insuline (60 unités par jour), la glycosurie et l'acétonurie disparaissent rapidement. Elle quitte l'hôpital très améliorée. Ci-dessous, nous voyons les courbes de la variation de la glycémie après vingt unités d'insuline injectées à jeun dans les veines (courbe I) et sous la peau (courbe II).

Comme on le voit, la différence entre ces deux courbes est très marquée. Après l'injection intraveineuse, il y a une diminution brusque du sucre sanguin; après une heure et demie, la valeur de la glycémie tombe au plus petit chiffre, 55 milligr. pour 100 (de 320 milligr. pour 100), puis elle se relève progressivement. Malgré cette chute brusque de la glycémie, nous n'avons constaté aucun symptôme hypoglycémique ni troubles subjectifs.

Au contraire, après 20 unités d'insuline injectées sous la peau, la glycémie tombe plus doucement; après deux heures, elle est à 66 milligr. pour 100. Après deux heures quinze minutes, une sensation de fatigue est apparue, en même temps que l'acétylation du pouls, des palpitations, une sensation de mouches volantes, la diplopie et des sueurs profuses; ces symptômes se maintenaient pendant trente minutes environ, puis la malade s'est endormie; la glycémie, mesurée lors des manifestations hypoglycémiques les plus graves et pendant une heure et demie après, montrait constamment le plus bas chiffre, environ 65 milligr. pour 100; cinq heures après l'injection de l'insuline, la glycémie n'était que de 72 milligr. p. 100, tandis que la courbe de la glycémie après l'injection intraveineuse montre à la même heure le chiffre de 180 milligr. pour 100.

**OBSERVATION II.** — La malade Ch. L., âgée de 48 ans, souffre de diabète depuis trois ans; elle entre à l'hôpital le 18 Juin 1931 dans un état pré-comateux, elle a de l'acétonurie, une polyurie

Ces courbes ressemblent beaucoup aux courbes de la figure 1. Comme dans le premier cas, après l'injection intraveineuse d'insuline, le niveau du sucre tombait rapidement mais il

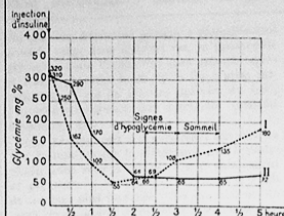


Fig. 1. I. Après l'injection intraveineuse de 20 unités d'insuline à jeun II. " " sous-cutanée " " " " " "

n'y avait aucun symptôme. Au contraire, après l'injection sous-cutanée, les symptômes nets d'hypoglycémie sont apparus après deux heures et demie et le niveau de la glycémie à ce moment était encore de 30 milligr. pour 100 plus élevé que le niveau le plus bas obtenu après l'injection intraveineuse. Ce cas mérite une attention particulière. Le type de diabète et le niveau de la glycémie à jeun se rapprochent beaucoup du premier cas, mais les symptômes hypoglycémiques dans le cas II sont apparus à un niveau du sucre sanguin beaucoup plus haut, déjà à 106 milligr., c'est-à-dire à un chiffre qui est dans les limites normales. En

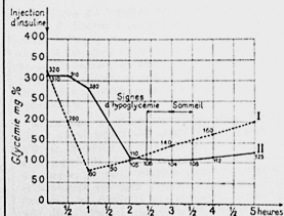


Fig. 2. I. Après l'injection intraveineuse de 20 unités d'insuline à jeun II. " " sous-cutanée " " " " " "

outre, dans ce cas également, à partir du moment de l'apparition des symptômes hypoglycémiques (deux heures et demie après l'injection d'insuline), pendant près de deux heures, la glycémie se maintenait à un niveau constant mais relativement haut (104 à 106 milligr. pour 100); après un certain temps, les symptômes disparaissent spontanément et la malade s'endormit.

Dans les 6 autres cas les résultats obtenus étaient analogues. Chez quelques malades, nous avons fait ces recherches avant et après le traitement par le régime et l'insuline; le caractère des courbes obtenues n'était pas modifié.

subjectif; au contraire, la même dose d'insuline, chez les mêmes malades, dans les mêmes conditions, mais injectée sous la peau, a provoqué des symptômes plus ou moins graves; l'anxiété, le tremblement des membres, l'acétylation du pouls, les palpitations, la diplopie et les sueurs profuses; ces symptômes sont apparus deux heures et demie environ après l'injection d'insuline; ils ont duré trente à quarante minutes, puis ont spontanément disparu. Il faut encore mentionner que chez les animaux on a également observé (Schmidt et Stassian) qu'après l'injection sous-cutanée d'insuline des convulsions sont apparues plus fréquemment qu'après l'injection intraveineuse.

Les courbes de variation de la glycémie obtenues après l'injection intraveineuse et sous-cutanée d'insuline diffèrent beaucoup l'une de l'autre. Après l'injection intraveineuse, la glycémie tombe rapidement et le plus bas niveau s'observe habituellement après une heure; la courbe forme un angle dont un bras décline par rapport à l'axe du temps, c'est le bras de la chute de la glycémie, l'autre bras remonte doucement. Après la même dose d'insuline introduite sous la peau, le niveau du sucre sanguin tombe plus lentement (après deux heures, on observe les plus petites valeurs). Lors des manifestations hypoglycémiques et pendant une heure après leur disparition, la glycémie se maintient à un niveau constant, puis elle commence à se relever, mais plus lentement qu'après l'injection intraveineuse.

Les symptômes définis comme hypoglycémiques sont certainement liés à la baisse du sucre sanguin; mais ils ne dépendent ni du niveau absolu de la glycémie, ni (contrairement aux opinions d'Unger) de la rapidité de sa chute. Comme nous l'avons vu, il y a, après l'injection intraveineuse d'insuline, une chute brusque de la glycémie à un niveau parfois plus bas (cas II) qu'après l'injection sous-cutanée d'insuline, mais jamais nous n'avons observé de symptômes hypoglycémiques.

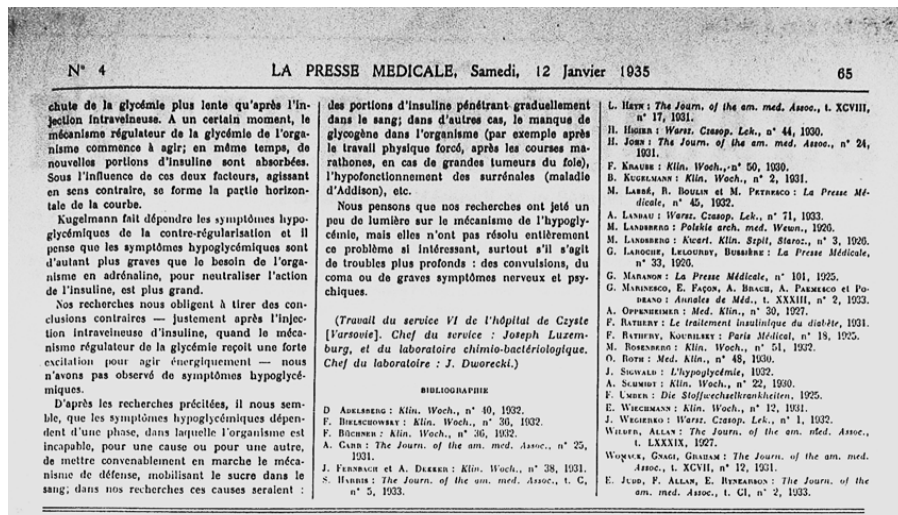
Le niveau de la glycémie, qui correspond à l'apparition des symptômes hypoglycémiques, est individuel pour chaque cas et ses variations sont assez grandes (par exemple 66 milligr. pour 100 dans le cas I et 106 milligr. pour 100 dans le cas II). Ceci concorde avec les résultats des recherches de nombreux auteurs.

Les courbes de variation de la glycémie, que nous avons obtenues, démontrent que sur deux voies d'introduction, l'intraveineuse et la sous-cutanée, la dernière est plus efficace, car l'abaissement de la glycémie qu'elle donne se maintient plus longtemps. Il nous semble que la voie intraveineuse doit être réservée uniquement à la première injection d'insuline dans le traitement du coma diabétique pour obtenir le plus rapidement la baisse du niveau du sucre sanguin.

Reste à expliquer le mécanisme du phénomène que nous avons observé. En se basant sur les courbes obtenues, on peut supposer ceci:

L'insuline, en injection intraveineuse, entre directement dans le sang, produisant ainsi une chute brusque du niveau du sucre et une mise en marche immédiate du mécanisme régulateur de la glycémie, ce qui est rendu visible sur la courbe par sa chute rapide et directement après son relèvement graduel. Au contraire, après l'injection sous-cutanée, l'insuline est absorbée peu à peu et c'est pourquoi nous observons une

Fot 49. Artykuł w gazecie La Presse Medicale.



Fot 50. Artykuł w gazecie La Presse Medicale.



## Rozdział III

### OKUPACJA

#### 3. 1. Wrzesień 1939

W sierpniu 1939 roku większość lekarzy powołano do wojska. Jakub Penson otrzymał kartę mobilizacyjną do I Baonu Sanitarnego Armii Kraków<sup>1</sup>, którego zadaniem była obrona Górnego Śląska oraz południowego skrzydła polskiego frontu. Jej dowódcą był generał Antoni Szyling. Doktor Penson uczestniczył w kampanii wrześniowej przez dwadzieścia siedem trudnych i tragicznych dni.

Podczas nalotów w dniach oblężenia Warszawy Szpital Starozakonnych na Czystem został poważnie uszkodzony. Zniszczony został pawilon chirurgii i wszystkie sale operacyjne. Poważnych zniszczeń doznały także inne oddziały szpitalne i kuchnia. Nie było prądu, gazu i wody. Mimo to personel pracował nadal, niosąc pomoc rannym w obronie Warszawy i chorym. Szpital stał się placówką frontową. W momencie kapitulacji Warszawy przebywało tu pięć tysięcy rannych żołnierzy i cywilów. W pierwszym miesiącu okupacji szpital przeniesiono spod zarządu Magistratu pod zarząd Gminy Żydowskiej i przeznaczono wyłącznie dla Żydów. Pełna nazwa szpitala brzmiała odtąd: Judisches Seuchenkrankenhaus „Czyste”. Pacjenci i pracownicy innych narodowości musieli go opuścić. Na ich miejsca zwożono setki chorych i rannych Żydów z innych lecznic, których rozlokowywano na korytarzach i strychach, kładziono na podłogach. W efekcie tych działań z dnia na dzień pogarszały się warunki sanitarne. Późną jesienią 1939 roku wybuchła epidemia tyfusu. Szpital na sześć tygodni odizolowano od reszty miasta. Na oddziałach było zimno, brakowało żywności, leków i personelu, a chorych wciąż przybywało. Po zamknięciu Getta szpital znalazł się poza murami. Stanowiło to ogromne utrudnienie dla personelu. Nieliczni pracownicy otrzymali przepustki, mogli więc mieszkać w Getcie, stamtąd chodzić do pracy i wracać do getta. Większość pracowników jednak pozostawała na terenie szpitala<sup>2</sup>.

We fragmencie z pamiętnika Profesora czytamy: *Oto nadszedł wrzesień 1939 roku. Szpital po brzegi wypełniony rannymi wojskowymi i cywilami. Cały personel lekarski i pielęgniarski ciężko pracował przy rannych przy huku i gradu bomb lotniczych, które szczęśliwie nie spowodowały większych szkód na terenie szpitala*<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. Z. Machaliński, Gdańsk 2004, Dział Wydawnictw Akademii Medycznej w Gdańsku, T.II, s. 93-103.

<sup>2</sup> B. Enkelking, J. Leociak, *Getto warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, Warszawa 2001, Wydawnictwo IFiS PAN Warszawa, s. 259-261.

<sup>3</sup> *Jakub Penson (1899-1971) Od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski, Gdańsk 2005, Via Medica, s. 68.

Pisanie pamiętnika doktor Penson rozpoczął po to, aby przedstawić fakty, które widział na własne oczy. Tworzył go dla przestrogi i czujności pokoleń, aby potworne zbrodnie, których był świadkiem, nie mogły się już nigdy powtórzyć. Pisząc swój pamiętnik, chciał, jak sam pisze, *oddać hołd współpracownikom, bohaterom i męczennikom, którzy zginęli podczas powstania w getcie lub zostali pochłonięci przez komory gazowe Treblinka i Majdanka ku wiecznej hańbie faszyzmu.*

Co odczuwa lekarz ratujący życie cierpiącym w sytuacji planowanej zagłady całej społeczności? Tego nie dowiemy się z kart owego pamiętnika.

Doktor Jakub Penson odrzucał bowiem w swoich zapiskach subiektywne doznania i przeżycia. Pragnął być obiektywnym świadkiem wydarzeń, przedstawić z jak największą dokładnością fakty, z którymi stykał się w swojej pracy lekarza. Napisał: (...) *wszystko to, co opisałem, osobiście przeżyłem, na własne oczy widziałem. Wątpię bardzo, czy potrafiłem choć w małej części oddać grozę tych dni i miesięcy*<sup>4</sup>.

W wyniku utworzenia Getta Warszawskiego wybuchła epidemia duru plamistego. Przez szpital przetoczyły się dwie epidemie tyfusu, pierwsza trwała od grudnia 1939 roku do czerwca 1940 roku, druga od początku 1942 roku do lipca 1942 roku. Posłużyło to propagandzie hitlerowskiej do uzasadnienia absolutnej konieczności izolowania społeczności żydowskiej. W lutym 1941 roku władze okupacyjne nakazały przeniesienie szpitala do wydzielonej dzielnicy żydowskiej. Ostatecznie szpital na Czystem został rozproszony w różnych miejscach getta. Przy ul. Leszno 1, gdzie przed wojną mieścił się Urząd Skarbowy i Państwowy Monopol Spirytusowy, rozlokowany został oddział chirurgiczny i laryngologiczny. Na ul. Tłomackie 4, do dawnej lecznicy dr. Fryszmana przeniesiono oddział położniczo-ginekologiczny i okulistyczny. W wybudowanym przed wojną budynku szkoły oraz Archiwum Dawnych Ksiąg Ludności przy ul. Stawki 6/8 umieszczono oddział wewnętrzny oraz oddział zakaźny, którego ordynatorem był dr. Penson Budynek szkoły powszechnej przy ul. Stawki 21 pomieścił część oddziału zakaźnego. 12 września 1942 roku nastąpiła ostateczna likwidacja szpitala na Stawkach. Chorych i część personelu wywieziono do Treblinka. Ostatecznie przeniesiono szpital do zabudowań przy Umschlagplatzu.

Z licznych opracowań i pamiętników wiadomo, jakim koszmarem była sytuacja w Getcie, w którym przyszło żyć i pracować doktorowi Jakubowi Pensonowi. Mimo stałego zagrożenia życia nie zaniechał on jednak pracy lekarskiej. Przeciwnie, przez cały czas, z pełnym zaangażowaniem pełnił funkcję ordynatora oddziału zakaźnego, otaczając chorych możliwie jak najlepszą opieką w krytycznych i stale pogarszających się warunkach. Mimo surowego zakazu okupanta nie zaniechał też badań naukowych, które prowadził wspólnie ze swymi kolegami innych specjalności.

<sup>4</sup> Ibidem s. 92.

### 3. 2. Organizacja służby zdrowia w okupowanej Warszawie

Nadzór nad służbą zdrowia w okupowanej Warszawie sprawował Urząd Szefa Dystryktu Warszawskiego. Jednostką organizacyjną Urzędu był Wydział Zdrowia i Opieki Zdrowotnej, który w kwietniu 1941 roku został włączony do Wydziału Spraw Wewnętrznych jako Podwydział Zdrowia.

W Pałacu Blanka znajdował się Urząd *Stadthauptmanna* Warszawy – niemieckiego starosty miejskiego i tu znajdowało się biuro naczelnego lekarza miejskiego (*Amtsarzt*). W latach 1939-1943 funkcję lekarza miejskiego pełnili kolejno: doktor Kurt Schrempf<sup>5</sup> i doktor Wilhelm Hagen<sup>6</sup>.

Kurt Schrempf, oficer SS, oceniany był jako człowiek grubiański, brutalny, poniżający podległych mu urzędników i lekarzy. Żydów uważał za nosicieli zarazy i domagał się pełnej ich izolacji w Getcie.

Wilhelm Hagen w porównaniu ze swoim poprzednikiem miał bardziej ludzkie podejście do podwładnych. Wyraził między innymi zgodę na leczenie chorych na tyfus w domu i, zgodnie z sugestią prof. Ludwika Hirszfelda, pozwolił na otwarcie kursów medycznych w Getcie.

W żydowskiej administracji Getta istniał specjalny pion zarządzający sprawami służby zdrowia. Był to Wydział Zdrowia oznaczony nr XV. Mieścił się on przy ul. Leszno 58. Przewodniczącym tego wydziału był doktor Izrael Milejkowski. Pomagali mu: doktor Mieczysław Kon oraz doktor Sara Syrkin-Binsztejnowa. W latach 1940-1941 Wydziałowi Zdrowia podlegały departamenty: Opieki Zdrowotnej, Inspekcji Chorób Zakaźnych oraz Sanitarny, sześć aptek i sześć rejonów sanitarnych, a także trzy ośrodki zdrowia<sup>7</sup>. Przy Wydziale Zdrowia działała Komisja do Spraw Szpitalnictwa<sup>8</sup>. Wydziałowi temu podlegał też Komisarz do Spraw Walki z Epidemią, Sekcja Opieki nad Uchodźcami, Składnica Sanitarna oraz Kolumny Dezynfekcyjne.

W maju 1941 roku nastąpiła reorganizacja Judenratu<sup>9</sup>. Wyodrębniono wówczas osobny Wydział Szpitalnictwa (była to przekształcona dawna Komisja ds. Szpitalnictwa) i Wydział Opłat na Rzecz Szpitalnictwa, który zajmował się zbieraniem obowiązkowych składek na potrzeby służby zdrowia w Getcie Warszawskim.

<sup>5</sup> Kurt Schrempf, naczelnny lekarz miejski od 1.10.1939 r. do 10.02.1941 r., vide: B.Engelking, J.Leociak, *Getto Warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, Warszawa 2001, Wydawnictwo IF i S PAN, s. 234.

<sup>6</sup> Ibidem s.234, Wilhelm Hagen, naczelnny lekarz miejski od 10.02.1941 r. do 28.02.1943 r.

<sup>7</sup> Wspomniane ośrodki zdrowia mieściły się przy ul Leszno 73, Świętojerska 28, Muranowska 1.

<sup>8</sup> Na czele Komisji do spraw Szpitalnictwa stał dr I. Milejkowski, członkami zaś byli: A. Gepner, inż. M. Lichtenbaum, E. Kobryner, B. Rozenhal oraz inż. A. Sztolcman

<sup>9</sup> Judenrat (niem., rada żydowska) – forma administrowania skupiskami żydowskimi w gettach, wprowadzona przez hitlerowców. W praktyce władza Judenratu była ograniczona do wykonywania zarządzeń okupantów. Na prezesów Judenratów Niemcy powoływali zazwyczaj przedwojennych działaczy społecznych, którzy dobierali pozostałych członków rad, zatwierdzanych przez okupanta.

Pod opieką Wydziału Zdrowia znajdował się również Instytut Chemiczno-Bakteriologiczny zajmujący się badaniem żywności. Kierował nim profesor chemii fizycznej UW, Mieczysław Centnerszwer.

### 3.3. Getto Warszawskie

W roku 1940 okupanci utworzyli w Warszawie wyodrębnioną dzielnicę żydowską, zwaną Gettem, do której musieli się przenieść wszyscy Żydzi, a równocześnie poza jej obręb miała przenieść się cała pozostała ludność. Zgromadzono ok. 400 000 Żydów z całej Polski i z krajów okupowanych. Trzeba zaznaczyć, iż dla około pół miliona ludności przeznaczono dwa i pół procent obszaru milionowego miasta. W latach 1939-1942 doktor Penson wciąż pracował w Szpitalu Starozakonnych na Czystem. W Getcie przebywał aż do momentu, kiedy doszedł do przekonania, że musi koniecznie się z niego wydostać. Oto co pisał w swoim pamiętniku na ten temat: *W połowie sierpnia 1942 roku już nie było jednolitego getta, lecz poszczególne ulice i uliczki, ogrodzone płotami i murami, w obrębie których mieściły się szopy. Mniej więcej w tym okresie postanowiłem uciec z getta na tak zwaną aryjską stronę. Widziałem w tym jedyną, choć małą szansę uratowania życia. W getcie nic mnie już nie trzymało. Najbliższa rodzina, najlepsi koledzy i przyjaciele już zginęli, szpital właściwie nie istniał. Dopóki w szpitalu odbywała się jakaś praca choćby zbliżona do normalnej, uważałem za swój obowiązek trwać na posterunku. Teraz jednak była to parodia szpitala, gdyż chorych we właściwym tego słowa znaczeniu nie było. Pozostały jedynie ofiary katów hitlerowskich, którzy nie mogli o własnych siłach iść do wagonów, więc umierali w szpitalu<sup>10</sup>. Wiadomo jest, że z chwilą rozpoczęcia pierwszej likwidacji getta 22 lipca 1942 roku szpital otrzymał rozkaz opuszczenia budynków przy ul. Stawki. Chorych przewieziono do filii szpitala przy ul. Żelaznej 80. Przy ul. Gęsiej 6/8 otwarto szpital, w którym zgromadzono resztki chorych ocalałych po wielkiej akcji likwidacyjnej żydowskich szpitali. Dzień 20 kwietnia 1943 roku, czyli dzień po wybuchu powstania w getcie, był ostatnim dniem działalności szpitala. Niemcy zbombardowali i podpalili budynki na ul. Gęsiej 6/8. Tylko nielicznym udało się ująć z życiem<sup>11</sup>.*

### 3.4. Tajne nauczanie medycyny w Getcie

Tajne nauczanie medycyny w Getcie Warszawskim rozpoczęto już pod koniec 1940 r. Powstający tam Wydział Lekarski, tzw. „kursy Zweibau-ma”, był obok Wydziału Lekarskiego UW, Szkoły Zaorskiego i Wydziału

<sup>10</sup> Jakub Penson (1899-1971) *Od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski, Gdańsk 2005, Via Medica, s. 92.

<sup>11</sup> H. Kroszczor, *Szpitala żydowskie w czasie okupacji hitlerowskiej*, *Fołks Sztyme*, 20 (395), s. 3-4.

Lekarskiego Tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich<sup>12</sup>, jedną z konspiracyjnych placówek nauki w Warszawie. Biorąc pod uwagę tylko ośrodki lekarskie i farmaceutyczne, „kursy Zweibauma”<sup>13</sup> wykazują daleko idące powiązania z tajnym Wydziałem Lekarskim UW i Szkołą Zaorskiego. Rada Wydziału w Getcie uważała się za część składową Uniwersytetu i uznawała swoją zależność wobec tajnych władz Uniwersytetu. Szkoła Zaorskiego była natomiast wzorem struktury organizacyjnej dla Wydziału w Getcie.

Konspiracyjne studia medyczne po tzw. stronie aryjskiej odbywały się w bardzo trudnych warunkach, natomiast kursy żydowskie można powiedzieć, że funkcjonowały w sytuacji katastrofalnie ciężkiej. Nie ma zresztą w języku polskim takich określeń, które mogłyby właściwie opisać ówczesną sytuację. Lekarze, którzy wzięli się na tego rodzaju przedsięwzięcie i podejmowali taką służbę, powinni zająć czołowe miejsce w międzynarodowej historii medycyny. Opisywane tu wydarzenia nie mają bowiem w dziejach ludzkości właściwego odpowiednika.

Z inicjatywy docenta Juliusza Zweibauma i profesora Ludwika Hirszfelda zorganizowano kurs przysposobienia sanitarnego do walki z epidemiami<sup>14</sup>. Już w samym pomysłcie łatwo można zauważyć analogię do podobnych inicjatyw, nie tylko medycznych, pojawiających się poza murami Getta. Początkowo kurs był pomyślany jako wstęp do nauk medycznych. Wielu lekarzy, wśród nich także prof. Hirszfeld, nie wierzyło w realność tych szerzej zakrojonych planów. Jedynie energii i uporowi docenta Zweibauma należy zawdzięczać wyrażenie zgody późniejszej Tajnej Rady Wydziałowej na realizowanie przedwojennych programów. Kurs został zatwierdzony przez sanitariat władz okupacyjnych i dał organizatorom wygodny szyld. Drugie podobieństwo do Szkoły Zaorskiego polegało na stworzeniu przez docenta Zweibauma stacji krwiodawstwa powiązanej z kursem. W ten sam sposób miesiąc wcześniej rozwiązał te sprawy Zaorski<sup>15</sup>. Śmiało można się zgodzić z tezą, że nie były to przypadki.

Krwiodawcy, a trzeba tu podkreślić ogromne poświęcenie młodzieży akademickiej, umożliwiali efektywną pomoc dla częstych w Getcie przypadków zranień. Gdy profesor Hirszfeld zwrócił się w tej sprawie do Żydowskiej Policji Porządkowej, spotkał się z odmową pomocy w tym przedsięwzięciu.

<sup>12</sup> Wydział Lekarski UW i Wydział Uniwersytetu Ziemi Zachodnich (odtworzony w Warszawie po wysiedleniu z Poznania) pracowały wyłącznie w warunkach konspiracyjnych, tworząc niewielkie komplety. Szkoła doc. A. Zaorskiego powstała za zezwoleniem hitlerowskiej administracji, oficjalnie jako kursy dla pomocniczego personelu sanitarnego. Uniwersytecka „nadbudowa” dokonana przez organizatorów była już elementem tajnym.

<sup>13</sup> Doc.dr med Juliusz Zweibaum po wojnie został kierownikiem Zakładu Histologii i Embriologii AM w Warszawie. Mianowany profesorem zwyczajnym, zmarł w Warszawie 1959 r.

<sup>14</sup> J.Zweibaum, *Kurs przysposobienia sanitarnego do walki z epidemiami w getcie warszawskim w latach 1940-1942*, Archiwum Historii Medycyny 1958, XXI, Nr. 3-4, s. 355-356.

<sup>15</sup> Relacja dr A. Zaorskiego z 1967 r. (teka relacji Zakładu Historii Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie nr. 8).

Na honorowych dawców krwi najbardziej nadawali się studenci.

Docent Juliusz Zweibaum starał się konsekwentnie wypełniać zalecenia wypływające z przedwrześniowych programów, aby po wojnie zyskać od władz uniwersyteckich uznanie dla swoich podopiecznych. Relacje o toku szkolenia i wynikach egzaminów regularnie przedstawiano tajnej Radzie Wydziału Lekarskiego UW. Prawdopodobnie chciano w ten sposób podkreślić wysoki poziom kursów i być może uważano, że złożone tam dokumenty łatwiej przetrwają. Wszystkie one jednak zostały zniszczone w czasie Powstania Warszawskiego. W okresie organizacyjnym Kursy w Getcie otrzymywały z funduszu gen. Sikorskiego poprzez Radę UW pewne sumy, przeznaczone na popieranie tajnej nauki i udzielanie zapomóg naukowcom<sup>16</sup>.

Początkowo Rada Wydziału, zwana inaczej Radą Pedagogiczną Kursów, zakładała przyjmowanie studentów tylko na niższe lata medycyny. Jednak dość liczne grupy studentów po zaliczonych przed wojną kursach: II III i IV, domagały się możliwości kontynuowania studiów, a przynajmniej szansy pogłębiania wiadomości. Młodzież ogromnie interesowała się nauką. Łącznie z kilkoma kompletami farmaceutycznymi istniejącymi przy Wydziale, na studia przeszło zapisało się przeszło 500 słuchaczy. Niestety, wielu z zapisanych nie mogło utrzymywać dłuższych związków z uczelnią. Znalaziono również dostateczną liczbę świetnych wykładowców<sup>17</sup>. Wszyscy oni wchodziłi w skład Rady Pedagogicznej Kursów. Wykłady odbywały się w gmachu byłego gimnazjum „Colegium” przy ul. Żelaznej, a ćwiczenia w laboratoriach prywatnych pracowni szpitalnych na Lesznie i Stawkach. Szpitale te stanowiły także część kliniczną wydziału. Cenne usługi dydaktyczne oraz naukowe świadczyły dwie pracownie zorganizowane przy ogromnym wysiłku pracowników i niewielkich dotacjach działającego jeszcze Jointu<sup>18</sup>. Były to: pracownia bakteriologiczna i fizjologiczno-chemiczna, utworzone głównie w celu prowadzenia badań z zakresu medycyny teoretycznej.

Przez cały czas swego istnienia Kursy nieprzerwanie borykały się z różnego rodzaju ogromnymi, trudnościami. Wykłady prowadzone były głównie wieczorami – między godz. 17.00 a 20.00 – bo prawie wszyscy musieli wówczas pracować, uczono w nieopalonych pomieszczeniach, przy świecach i lampach karbidowych, które studenci przynosili ze sobą. Podręczni-

<sup>16</sup> Relacja prof. dr med. J. Penson z 1969 r. (teka ZHM AM w Warszawie nr 11).

<sup>17</sup> E. Goldhard-Markowa, *Żydowskie szkolnictwo zawodowe i wyższe w Warszawie w okresie okupacji hitlerowskiej*, Bletter far Gesichte 1957, II, Z 1-4, s. 198-200 (tłum. W. Orbach).

<sup>18</sup> Joint (American Jewish Joint Distribution Committee, ang. Amerykańsko-Żydowski Połączony Komitet Pomocy)-żydowska organizacja charytatywna, założona w 1914 r. w Stanach Zjednoczonych w celu niesienia pomocy ofiarom I wojny światowej. W czasie II wojny światowej finansowała programy pomocy społecznej, a także zakup broni dla żydowskiego podziemia. Działała legalnie do grudnia 1941 r. (przystąpienie Stanów Zjednoczonych do wojny). Po wojnie przekazywała pieniądze na służbę zdrowia i pomoc bytową dla uratowanych Żydów. B. Enkelking, J. Leociak, *Getto warszawskie przewodnik po nieistniejącym mieście*, Warszawa 2001, Wydawnictwo IF i S PAN, s. 788.

ków, podobnie jak i innych pomocy naukowych, było bardzo niewiele. Zajęcia praktyczne w takiej sytuacji ograniczały się często do demonstrowania. Tak zresztą wyglądały zajęcia i w pozostałych warszawskich ośrodkach akademickich.

Z ogromnym nakładem pracy pokonywano te trudności. Odbijano własne skrypty, graficy wykonywali tablice służące do ilustrowania wykładów. Sale zupełnie zmieniały swój wygląd i w pewnym stopniu niektóre pod koniec 1941 r. zaczęły przypominać pomieszczenia szkoły wyższej.

Wobec dużej liczby chętnych, najpierw rok pierwszy podzielono na dwa kursy, później jednak wstrzymano dalsze zapisy. Planowano nieznaczne zwiększenie przyjęć na następny rok akademicki 1942/1943. Dzięki seminaryjnemu systemowi nauczania spodziewano się przerobić cały materiał w ciągu trzech lat, podobnie jak na innych stołecznych wydziałach lekarskich. Tworzenie koleżeńskich zespołów kształceniowych oraz nauka w małych grupach zdawały się sprzyjać tym zamierzeniom. Uczestnictwo w kursach było płatne i przy niskim uposażeniu wykładowców kursy stawały się stopniowo samowystarczalne.

W zaimprovizowanej w ten sposób uczelni udało się też kilka razy przeprowadzić 2-3 miesięczne szkolenie z zakresu chorób zakaźnych dla lekarzy i lekarzy stomatologów. Przewodniczący Wydziału Zdrowia Rady Gminy Żydowskiej, doktor Izrael Milejkowski, łatwo uzyskiwał zgodę na tego rodzaju kursy, gdyż policja niemiecka pozornie troszczyła się o zabezpieczenie przeciwepidemiczne w dzielnicy żydowskiej. Trzeba bowiem stwierdzić, że okupanci nic istotnego nie przedsięwzięli, aby naprawdę zlikwidować ogniska chorób zakaźnych. Można sądzić, że na rękę im było, aby epidemie nigdy nie wygasły. Władze zainteresowane były jedynie ich lokalizacją, a to w obawie o zdrowie Niemców. Na krótko przed likwidacją getta, niemiecki „opiekun” dziękował na specjalnym zebraniu żydowskim „zakaźnikom” i epidemiologom za szczególne efekty ich pracy mające wpływ na zmniejszenie się epidemii<sup>19</sup>. Wziąwszy pod uwagę warunki panujące w getcie, było to niewątpliwie duże osiągnięcie, ale czy w tym wypadku owa troskliwość nie miała na celu uśpienia czujności lekarzy?

Dużą rolę w zwalczaniu epidemii odegrały szczepionki dostarczane przez PZH w Warszawie i przez prof. Weigla. Nawiasem mówiąc, ich produkcja i dostarczanie były nielegalne. Otrzymywano również szczepionki przeciwko durowi płamistemu z Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, z serii eksperymentalnej, ale okazały się one jednak nieskuteczne. Inne szczepionki pochodziły z płuc zakażonych zwierząt i żądano w zamian za nie przesłania wyników przeprowadzonych szczepień.

Kursy lekarskie o charakterze epidemiologicznym były wykorzystywane do organizowania zebrań o profilu ogólnomedycznym. Powstały dwa,

<sup>19</sup> Relacja prof. dr med. H. Brokmana z 1969 r. (teka nr 1 ZHM AM w Warszawie nr 1).

oczywiście nieformalnie, towarzystwa lekarskie: Towarzystwo Lekarzy Szpitalnych i Towarzystwo Lekarzy Blokowych. Posiedzenia obu towarzystw były ściśle związane z pracami Wydziału Lekarskiego gdyż, poza kazuistyką medyczną, zebrani wysłuchiwali referatów programowych. Referaty owe traktowane były jako wykłady dla lekarzy organizowane w ramach działań doksztalających. Obrady obu kursów i Wydział Lekarski często wizytował pracownik miejskiego Wydziału Zdrowia, doktor Mikołaj Łącki i w miarę swych skromnych możliwości udzielał im pewnej pomocy organizacyjnej<sup>20</sup>.

W czasach, gdy mordowano tysiące ludzi, w tym także lekarzy i studentów medycyny, prymitywnie wyposażone pracownie naukowe i laboratoria przyszpitalne podjęły rozległą pracę badawczą<sup>21</sup>. Siłą rzeczy przepełnione i bardzo ubogo wyposażone szpitale podniesione zostały do rangi klinik.

Szczególnie cennym opracowaniem wykonanym w tych warunkach była praca poświęcona chorobie głodowej, przechowywana w tajnym archiwum i wydana drukiem w 1946 r., przetłumaczona też na język francuski. Praca ta wykonana została przez doktorów: Emila Apfelbauma, doktora Juliana Fliederbauma i innych. Na uwagę zasługuje fakt kilkakrotnego konsultowania wyników badań w różnych wypadkach z prof. Witoldem Orłowskim oraz składanie u niego drugich egzemplarzy, zawierających wyniki doświadczeń.

Niestety, podczas tragicznych dni sierpniowych, profesorowi nie udało się ocalić przed zniszczeniem ani prac własnych, ani prac jego dawnych uczniów, którymi chciał się w przyszłości opiekować<sup>22</sup>. To on i doktor Bronisława Konopacka przekazywali do Getta część swoich preparatów i opracowane przez siebie tablice<sup>23</sup>. Na szczęście tajne archiwum w Getcie zachowało się. Oby jednak nigdy nie powtórzyły się równie „korzystne” warunki do opracowania choroby głodowej.

W tej katastrofalnej sytuacji Gmina Żydowska, przy minimalnych możliwościach, nie szczędziła sił i środków na sprawy pozornie drugoplanowe w istniejącej sytuacji, czyli na naukę. Inżynier Kurowski, całkiem bezinteresownie, ryzykując życiem, dostarczył prof. Hirszfelowi cieplarkę niezbędną do jego prac naukowych. Ludwik Hirszfeld w oparciu o swoje stare i aktualne przeprowadzone badania, dowiódł, że struktura serologiczna krwi Żydów wyraźnie nabiera cech krwi narodów, wśród których żyją. A więc nazistowskie pseudonaukowe teorie były zbrodniczą bzdurą „uzasadniają-

<sup>20</sup> Po wojnie doktor Łącki został niesłusznie oskarżony o antysemityzm, ale do procesu nie doszło dzięki zeznaniom wielu lekarzy żydowskich, dokumenty rodziny Łąckich i relacja prof. dr med. J. Penson.

<sup>21</sup> J. Rutkiewicz, *Pamięci poległych*, Polski Tygodnik Lekarski, 1949, IV, nr 29-30.

<sup>22</sup> Relacja prof. dr med. H. Brokmana z 1969 r. (teka ZHM w AM w Warszawie nr 1).

<sup>23</sup> S. Konarski, *Z dziejów tajnego szkolnictwa wyższego w Warszawie w latach okupacji*, Rocznik Warszawski, 1966, VII, s. 448.



ca” likwidację całego społeczeństwa<sup>24</sup>. Poważnymi badaniami objęto również obszernie ujęte zagadnienia dotyczące awitaminozy.

Działalność dydaktyczna i badawcza, poza podstawowym swoim zadaniem, spełniała jeszcze drugą równie ważną rolę – dawała zapomnienie o koszmarnej terażniejszości i wiarę w przyszłość. Wydział Lekarski istniał do dnia 22 lipca 1942 roku, czyli do czasu masowych transportów ludności żydowskiej do obozów śmierci<sup>25</sup>. Duża grupa studentów zdążyła przerobić program dwóch lat. Po wyzwoleniu celem zweryfikowania zgłosiło się tylko około pięćdziesięciu studentów, którzy następnie kończyli studia w latach 1948-1950, głównie na Uniwersytecie Warszawskim.

Zajęcia ze studentami prowadzili: Róża Amzel, Emil Apfelbaum, Isaj Jeszaja Bejlis, Alter Paltych Ber, Henryk Brokman, Mieczysław Centnerszwer, Bronisława Fejgin, Henryk Fliederbaum, B. Gold, Mojżesz Grojsblatt, Maria Grynberg, A. Walter, Eufemiusz Herman, Ludwik Hirszfild, Józef Jelenkiewicz, J. Kenigsberg, Hilary Lachs, Marceli Landsberg, Herman Makower, Józef Milejowski, Jakub Munwes, Jonas Samuel Przedborski, Z. Rozenblut, Józef Stein, Władysław Sterling, Stanisław Szenicer, Ludwik Sztabholz, Salomon Świeca i Juliusz Zweibaum.

Z praktykami studenckimi „na Stawkach” i w szpitalu na Śliskiej związani byli w różnym stopniu wszyscy pracujący tam lekarze. Jako szczególnie zaangażowanych należy wymienić: internistę Henryka Berenszteina, ordynatora chirurgii – Ignacego Borkowskiego, asystentów oddziału chorób wewnętrznych – Hermana Mankowicza i Danutę Frejman, neurologa – Anielę Gelbart (po wojnie prof. Zofia Majewska)<sup>26</sup>, pediatrę – Annę Braude-Hellen, analityka i bakteriologa – Mieczysława Kocena, internistę – Erę Kosmana, psychiatrę – Władysława Mateckiego i wreszcie ordynatora pediatrii – Annę Margolis, lekarza – Jakuba Trybla i ordynatora chirurgii – Aleksandra Jerzego Wertheima. Z zaświadczenia wydanego po wojnie doktorowi Pensonowi wynika, że był on wykładowcą na kursie klinicznym Szpitala Czyste w roku 1941/1942. Wykładał choroby nerek i przemiany materii. Prowadził także zajęcia przy łóżku chorego ze słuchaczami starszych semestrów<sup>27</sup>.

Józef Stein, Bronisława Fejgin i Emil Apfelbaum prowadzili także legalne zajęcia w szkole pielęgniarskiej przy Szpitalu na Stawkach<sup>28</sup>.

W okresach epidemii zajmowano się naukowym opracowaniem nagromadzonego materiału celem lepszego zrozumienia patogenezы i powikłań

<sup>24</sup> L. Hirszfild, *Historia jednego życia*, Warszawa 1967, Wydawnictwo PAX, (wyd. II), s. 280.

<sup>25</sup> E. Mark, *Konspiracyjne studia medyczne 20 lat temu w warszawskim getcie*, Służba Zdrowia 1962, nr 16, s. 3.

<sup>26</sup> S. Konieczna, *Prof. dr Zofia Majewska (1907-1997) życie, działalność, dokonania*, Gdańsk 2004, Wydawnictwo AMG, s. 100.

<sup>27</sup> AUŁ, AoJP, nr. 2143, Zaświadczenie wydane przez prof. J. Zweibauma, akta nieuporządkowane.

<sup>28</sup> L. Blum-Bielicka, *Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie (1923-1943)*, Biuletyn ŻIH, 1961, nr 40, s. 71.

duru plamistego oraz skutków wprowadzenia właściwego postępowania terapeutycznego. Były to prace zespołowe internistów, neurologów i anatomopatologów. Badania te wykazały, że dominującą cechą obu epidemii była wybitna neurotropowość zarazka, manifestująca się ciężkimi zapaleniami mózgu, upoważniającymi do nazywania ich *encephalitis exanthematica*, jak również częstym zajęciem opon mózgowo-rdzeniowych (*meningoencephalitis exanthematica*).

Wierny swoim dotychczasowym zainteresowaniom, doktor Penson zajął się głównie patologią nerek i przemianą azotową w durze plamistym. Temu zagadnieniu poświęcił szczegółowe badania kliniczne, laboratoryjne i histopatologiczne. Wyniki tych badań stały się po wojnie podstawą jego pracy habilitacyjnej pt. *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie. Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*<sup>29</sup>. Wyniki tych badań omówiono w rozdziale III.

W tych tragicznych czasach nasilania się okrucieństw, terroru, głodu i nędzy, kiedy łóżka na oddziale chirurgicznym zajmowały głównie skatowane ofiary bicia i postrzałów, doktorowi Pensonowi po wygaśnięciu epidemii duru przyszło zmierzyć się z nową, może nawet gorszą klęską, jaką była gruźlica i choroba głodowa, idące często w parze i dziesiątkujące ludność.

Na wiosnę w roku 1942 większość łóżek oddziału zakaźnego była zajęta przez chorych z ciężką gruźlicą. Najczęściej chorowały dzieci, które bardzo szybko umierały, ale nie brak było również dorosłych, w tym osób starszych.

A oto jak ów tragiczny i heroiczny zarazem okres wspomina profesor Jerzy Szapiro, neurochirurg i uczeń Jakuba Pensona:

*V Oddział Chorób Zakaźnych był w istocie Oddziałem Duru Plamistego; tylko niewielki odsetek dotyczył tych, u których wstępne rozpoznanie tej choroby nie potwierdziło się. W okresie mojej pracy, chorych był z reguły nadmiar, toteż często w jednym łóżku leżało dwóch chorych lub rzadziej dwie chore. Stan ich był na ogół ciężki lub bardzo ciężki, dlatego praca pielęgniarek i salowych była trudna i wyczerpująca, co więcej: obsada ich była niedostateczna. Studenci i pielęgniarki pomagali sobie w pracy, a ponadto studenci nieraz wyręczali lekarzy, a pielęgniarki – salowe. Lekarze mieli sporo pracy na oddziale, a poza tym jako interniści konsultowali inne oddziały. Nie stronili też od kształcenia studentów, zwłaszcza od kąd uruchomiono tajne studia dla lat klinicznych.*

*Placówka była wysoko ceniona: mówiono, że doktor Penson umiał stworzyć zespół, co – jak wiadomo – rzutuje dodatnio na działalność leczniczą.*

<sup>29</sup> J. Penson, *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie. Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*, Warszawa 1946, Lekarki Instytut Naukowo-Wydawniczy, s. 1-115.

*Wobec studentów był rzeczowy, konkretny, rozmowny, jeśli szło o sprawy fachowe, a wręcz małomówny, jeśli szło o inną tematykę.*

*Jego życzliwość dla nas i tak wykraczała poza ówczesne standardy. Z pewnością powiększała ją świadomość, że trzech z nas „trudniło się” kolportażem podziemnej prasy. Jednak istotą jego pozytywnego podejścia do nas było – jak sądzę dzisiaj – przekonanie o stanie inercji, demobilizacji, osłabieniu woli życia i zanikaniu potrzeby aktywności, w który to stan młodzi ludzie nierzadko popadali. Myślę, że z właściwą sobie rzeczowością i konkretnością doktor Penson uznał, że najlepszym antidotum na takie stany jest stworzenie nam możliwości niesienia pomocy chorym, brania udziału w życiu klinicznym, no i udostępnianie jakichś form studiowania. Nigdy w jego stosunku do nas nie było cienia lekceważenia i wyniosłości, co dawali nam nieraz odczuć znacznie młodsi od naszego Szefa lekarze. Zrobił on również wiele dla obudzenia w nas ciekawości poznawczej. Byliśmy równie szczęśliwi, co i zaszczytzeni, że wciągnął nas do swojej pracy o <azotemii pozanerkowej w durze plamistym>. Nasz skromny udział polegał na tym, że piliśmy roztwór mocznika, po czym poddawano nas takim samym badaniom krwi, jak i chorych, aby oznaczyć poziom wydalania mocznika u zdrowych i chorych na dur plamisty. Chodziliśmy też za sugestią dr Penson – a to było jak rozkaz – na posiedzenia naukowe w szpitalu, które rzadko, bo rzadko, ale jednak odbywały się. Mieliliśmy przeto sposobność podziwiania sędziwych gwiazd medycyny przedwojennej, a zarazem szansę zdumiewania się paradoksalnym zjawiskiem, że oto kilkaset metrów od nas, a nawet bliżej odbywają się <zwykłe> łapanki, pobicia i znacznie okrutniejsze wydarzenia, a tu grupa potencjalnych straceńców uważa za swój obowiązek bądź nawet przywilej demonstrowanie i analizę przypadków chorych z bieżącej rzeczywistości klinicznej, a także próbuje wnieść jakąś choćby najmniejszą cegiełkę do budowania coraz lepszego poznania świata problemów medycyny. Wiedział dr Penson, co robił<sup>30</sup>. Ze względu na dużą ilość informacji i faktów nigdzie nie publikowanych pozwoliłam sobie na tak długi cytat.*

### 3. 5. Czas ukrywania się

Z informacji zawartych w aktach osobowych Akademii Medycznej w Gdańsku wynika, że dr Penson po wyjściu z Getta ukrywał się wraz z żoną w Warszawie po stronie aryjskiej od 1942-1944<sup>31</sup>. W swoim pamiętniku napisał: „w połowie sierpnia 1942 roku już nie było jednolitego getta,.....w okresie tym istniały jeszcze tzw. placówki. Były to oddziały Żydów, przeważnie młodych, które codziennie rano wychodziły za mury getta i przez cały dzień pracowały w różnego rodzaju zakładach i przedsiębior-

<sup>30</sup> J. Szapiro Wspomnienie o prof. J. Pensonie, relacja z dnia 19.06.2006.

<sup>31</sup> AAMG, AoJP, nr. 263/12, s.20.

*stwach niemieckich, a wieczorem wracały do getta. Kierownikiem jednej z tych placówek był mój pacjent, który zgodził się zabrać mnie ze sobą. Rankiem 26 sierpnia 1942 roku w przebraniu robotnika przeszedłem po raz pierwszy od długiego czasu na stronę aryjską. Nie mogłem nawet zabrać ze sobą najbardziej niezbędnych narzędzi lekarskich, gdyż żandarmi czasem rewidowali wszystkich u wylotów bram i byłoby podejrzane, że lekarz chodzi do pracy za mury getta. Po przepracowaniu całego dnia przed wieczorem zdjąłem z ramienia opaskę z gwiazdą Syjonu i niepostrzeżenie wymknąłem się na ulicę szukać schronienia u znajomych<sup>32</sup>.*

Prawdopodobnie pierwszym miejscem wspólnego zamieszkania podczas okupacji Jakuba Penson i jego żony Marii był dom pani Józefy Stalkowskiej<sup>33</sup> przy ul. Złotej 56. Kobieta owa – wdowa po kolejarzu – wychowywała dwie córki: dziewięcio- i jedenastoletnią. Budynek ten przylegał do kamienicy przy ul. Siennej 59, usytuowanej obok muru Getta. Mieszkanie pani Stalkowskiej stało się punktem kontaktowym dla wielu Żydów, którym udawało się wydostać poza obręb murów.

Relacja Józefy Stalkowskiej z informacją o doktorze Pensonie i jego żonie<sup>34</sup> znajduje się w Yad Vashem.

W książce W. Makarewicza i B. Rutkowskiego poświęconej profesоровi Pensonowi można znaleźć następującą wzmiankę: *Po wyjściu z getta dr Penson był ukrywany w Warszawie, nieopodal swego przedwojennego mieszkania, przez pana Tadeusza Karlińskiego do czasu, gdy pobyt w Warszawie, gdzie był znany jako lekarz, stał się niebezpieczny. Wówczas przyszły ksiądz, który mieszkał u pana T. Karlińskiego i któremu doktor Penson pomagał w nauce do tajnej matury, zabrał go do swoich rodziców<sup>34</sup>.* Taką informację przekazała również żona Profesora, jednak autorce tej pracy nie udało się dotrzeć do dokumentów potwierdzających ów fakt.

Po Powstaniu Warszawskim, w latach 1944-1945, doktor Penson wraz z małżonką, ukrywając się pod zmienionym nazwiskiem Lewandowski, przebywał na wsi kieleckiej, trudnił się udzielaniem lekcji<sup>35</sup>.

Józef Lewandowski, którego dokumentów używał doktor Penson, był zmarłym w Oświęcimiu urzędnikiem, mieszkańcem Bykowej Góry, miejscowości leżącej w gminie końskie<sup>36</sup>.

<sup>30</sup> *Jakub Penson (1899-1971) Od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski, Gdańsk 2005, Via Medica, s. 92-93.

<sup>31</sup> M. Grynberg, *Księga sprawiedliwych*, Warszawa 1993, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 509.

<sup>32</sup> Relacja J. Stalkowskiej, źródło Archiwum Yad Vashem akta nr. M 31/163 także Archiwum ŻIH Instytut Naukowo Badawczy Archiwum Warszawa, akta nr. 349/2392, s. 4-8. *Przez mieszkanie p. Stalkowskiej przewinęli się: Zofia i Maks Cwiling, dr. Jakub Penson z żoną, rodzina Tykocińskich (4 osoby), adw. Felson, adw. Nowogródzka, inż. Warth z żoną, Irena Maksman, Rafał Rogoziński, Zofia i Michał Breskin.*

<sup>34</sup> *Jakub Penson (1899-1971) Od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski, Gdańsk 2005, Via Medica, s. 25.

<sup>35</sup> AAMG, AoJP, nr. 263/12, s. 17.

<sup>36</sup> Instytut Pamięci Narodowej, Delegatura w Kielcach, akta nr. 5511-16/06.

W ankiecie personalnej AMG znajduje się informacja, że po wyzwoleniu stolicy, jeszcze przed zakończeniem wojny, Jakub Penson powrócił z żoną do Warszawy i zamieszkał przy ul. Wileńskiej 25/29<sup>37</sup>. Do 1947 roku posługiwał się podwójnym imieniem i nazwiskiem (dokumenty podpisywał jako doktor Józef Lewandowki/ Jakub Penson)<sup>38</sup>. W marcu 1945 roku naczelnik Departamentu Zdrowia Zygmunt Grynberg wydał zaświadczenie potwierdzające dane osobowe doktora Pensa<sup>39</sup>. 10 września 1947 r. Maria Penson, złożyła w Warszawie oświadczenie o zmianie imienia i nazwiska przez męża i powrocie do rzeczywistego – Jakub Penson<sup>40</sup>.

W latach 1945-1946 doktor Penson pracował jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. W tym też czasie rozpoczął starania o wyjazd do Stanów Zjednoczonych, w czym pomagała mu mieszkająca w Waszyngtonie kuzynka, Rebecca Landau<sup>41</sup>. Starając się o wyjazd z Polski skorzystał jednocześnie z możliwości kontynuowania pracy naukowo – badawczej w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Łódzkiego, którą kierował dobrze znany mu z pracy w I Klinice Wewnętrznej UW, prof. Józef Wacław Grott. Podjął tam pracę od 15.03.1946 r.

Z planowanego wyjazdu do Stanów Zjednoczonych ostatecznie zrezygnował, gdyż czuł się emocjonalnie związany ze swoją ojczyzną, która po tragedii II wojny światowej, tak bardzo potrzebowała lekarzy specjalistów.

W 1946 roku doktor Penson występował jako świadek w procesie byłego gubernatora Warszawy Ludwika Fischera.

„Życie Warszawy” z dnia 17.12.1946 r. podało informację o rozpoczęciu w Warszawie przed Najwyższym Trybunałem Narodowym procesu Ludwika Fischera, Ludwika Leista, Józefa Meissingera i Maksa Dau-me, którzy sprawowali władzę w Generalnej Guberni. Oskarżycielem publicznym w procesie, który trwał od 17.12.1946 do 24.02.1947 r.<sup>42</sup>, był prokurator Sawicki.

<sup>37</sup> ZSGBL, AoJP, nr. 279, karta rejestracyjna Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, nr. 2615, akta nieuporządkowane.

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> Ibidem, zaświadczenie nr. 1238/47.

<sup>41</sup> Żydowski Instytut Historyczny, Instytut Naukowo-Badawczy Archiwum Warszawa, nr. 350/E1152 R – 1651. List pani Rebeki Landau do pani Cecyli Davidson data 4.07.1946 r. Z treści listu wynika, że dr J. Penson z żoną rozpoczął starania o wyjazd do USA. Trudności napotyka w uzyskaniu wizy potrzebnej do wyjazdu. Pani C. Davidson odpisuje na ten list w dniu 15.07.1946 r. informując, że Konsulat Amerykański w Warszawie nie jest przygotowany do wydania wiz osobom pragnącym wyemigrować do USA. W liście tym zawarta jest sugestia, że należy skierować się do innego kraju europejskiego, gdzie jest otwarty Konsulat Amerykański. Sprawa dra Pensa została przekazana przedstawicielowi American Joint Distribution Committee (AJDC) w Warszawie. Przedstawiciel AJDC w liście z 21.12.1946 r. do dr J. Pensa zapytuje w jakim stadium znajduje się sprawa emigracji oraz o jakie wize rozpoczął starania wraz z żoną, oraz czy posiadają już paszporty. Prosi też o podanie danych personalnych Jakuba Pensa i jego żony. Na tym liście kończą się informacje dostępne badaniu w aktach ŻIH, akta nieuporządkowane.

W dziewiątym dniu procesu – 4.01.1947 – przed sądem zeznawał ordynator Szpitala na Czystem, dr J. Penson. W swojej wypowiedzi przypomniał dzieje Getta Warszawskiego, opowiedział też o dramatycznej sytuacji w tej wydzielonej części miasta. Powiedział między innymi: *w siódmym miesiącu od utworzenia dzielnicy żydowskiej tyfus dotknął 100 000 osób, to jest czwartą część całej ludności. Jednakże mimo kolosalnej epidemii nie tyfus był główną przyczyną śmiertelności. Głód i gruźlica kosiły ludzi, śmierć na gruźlicę następowała w ciągu kilku dni, najpóźniej po dwóch lub trzech tygodniach. Za rządów Fischera zmarło w getcie 120 tys. ludzi*<sup>43</sup>.

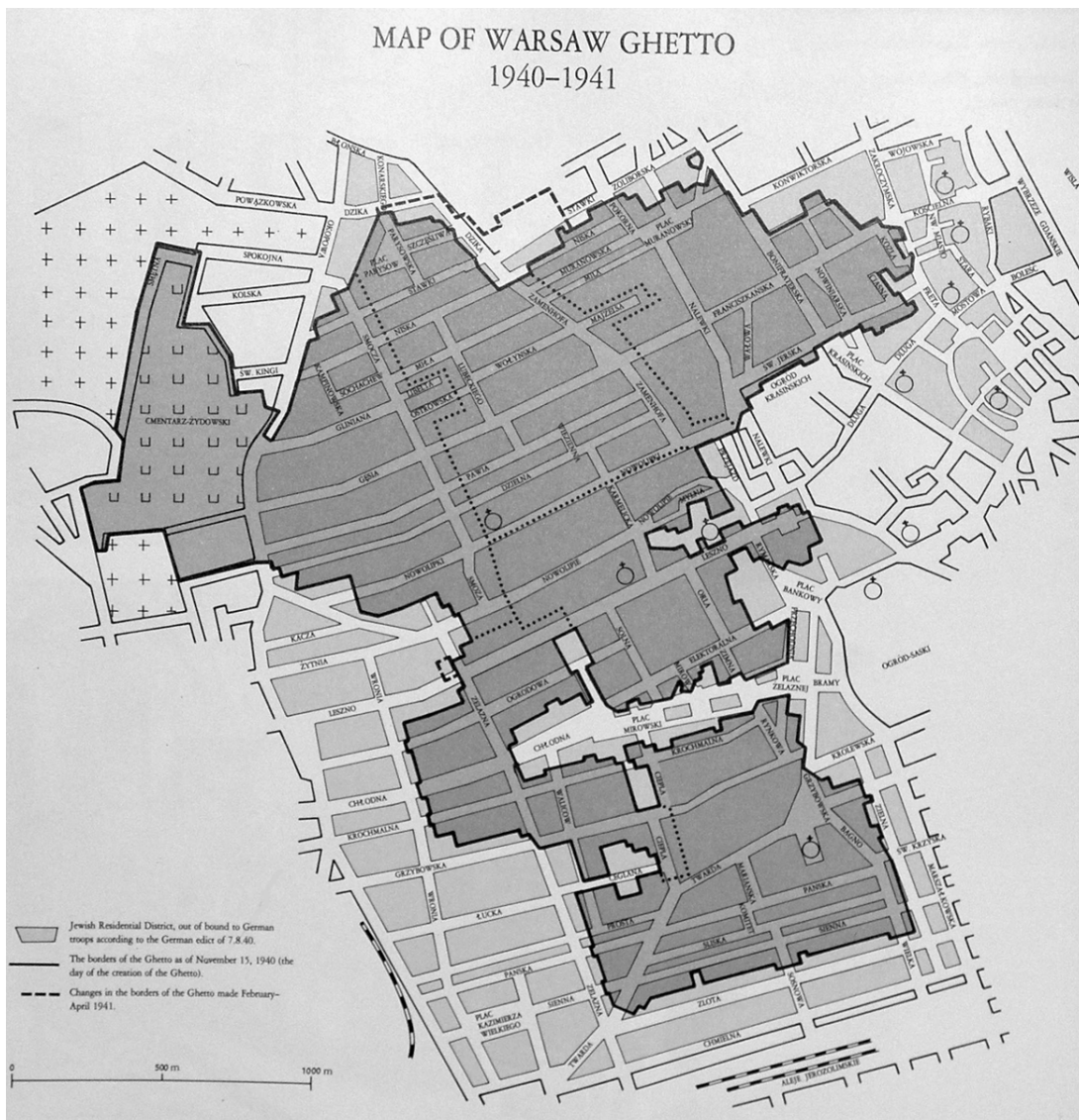
W dniu 3.03.1947 r. Najwyższy Trybunał Narodowy ogłosił wyrok w procesie czterech zbrodniarzy wojennych – katów Warszawy.

Mocą wyroku były gubernator dystryktu warszawskiego L. Fischer został skazany na śmierć.

---

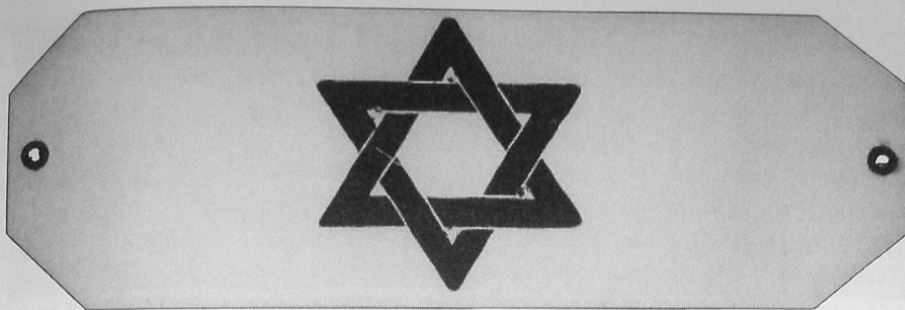
<sup>42</sup> Archiwum Miasta Stołecznego Warszawy, *Życie Warszawy*, 17.12. 1946 r., Rok III, nr 346 (775), s.1. Ludwig Fischer (1905-1947) funkcjonariusz hitlerowski, prawnik. W latach 1939-1941 szef dystryktu warszawskiego, w latach 1941-1945 jego gubernator. *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, Wydawnictwa Naukowe PWN Warszawa 1995, T 2, s 371.

<sup>43</sup> Archiwum m.st. Warszawy, *Życie Warszawy*, 4. 01.1947, Rok IV, s. 1-2.



Fot 51. Plan Getta Warszawskiego (zbiory ŻIH).

Rada Żydowska



Biała opaska z niebieską gwiazdą Dawida

## Zarządzenia p. Gubernatora okręgu warszawskiego w kwestii żydowskiej

### Od jutra oznaczanie żydów w okręgu warszawskim Biała opaska z gwiazdą Syjonu

Zarządzam, aby od 1 grudnia 1939 r. wszyscy żydzi w wieku ponad 12 lat w okręgu warszawskim poza obrębem swego mieszkaniia nosili widoczną oznakę. Zarządzenie to dotyczy również żydów, w okresie ich pobytu w Warszawie, a zamieszkałych w okręgu tylko czasowo.

#### ŻYDEM W SENSIE TEGO ZARZĄDZENIA JEST:

1. Każdy, kto należy albo należał do żydowskiej gminy wyznaniowej.  
2. Każdy, którego otec lub matka należał lub należeli do żydowskiej gminy wyznaniowej.  
Jako oznakę należy nosić na

prawym ramieniu obronę i zwierzchniego okrycia, na której zewnętrznej stronie umieszczona jest niebieska gwiazda Syjonu na białym tle. Rozmiary białego tła muszą być takie, by przeciwieście kąt oddalone były od siebie przynajmniej o 8 cm. Linia smudzi mieć 1 cm szerokości.

Niewywiązanie tego obowiązku ze strony żydów będzie surowo karane.

Za wykonanie tego zarządzenia, w szczególności za oznakowanie żydów w oznaki odpowiedzialni są członkowie rady starzych gmin żydowskich.

Wykonanie zarządzenia w okręgu Warszawy spoczywa w ręku prezydenta miasta, w powiatach — w ręku starostów.

Sześć okręgów warszawskich  
(—) Dr. Fischer  
Gubernator.

#### Znakowanie sklepów żydowskich

Na podstawie § 3. ust. 1. pierwszego zarządzenia Gubernatora Generalnego z dn. 26.10. 1939 w sprawie odbudowy administracji żaleńskich obszarów polskich zarządzam:

#### § 1.

Wszystkie żydowskie przedsiębiorstwa muszą być oznaczone na widocznym miejscu specjalną nalepką opatrzoną w niebieską gwiazdę żydowską na białym tle.

#### § 2.

Przeprowadzenie tego zarządzenia w okresie Warszawy spoczywa w ręku prezydenta miasta, w powiatach — w ręku starostów.

Za żydowski właściciel sklepów albo przedsiębiorstwa, którego właścicielem jest żyd.

Za żyda uchodzi ten, kto pochodzi od rodziców żydowskich. Mieszkańcy nie są uważani za żydów w sensie tego rozporządzenia, jeżeli w dniu 1 października 1939 r. nie należeli do żydowskiej gminy wyznaniowej.

#### § 3.

Towarzystwa i osoby prawne, zwłaszcza towarzystwa handlowe, uważane są za żydowskie, jeżeli w ich zarządzie albo w radzie nadzorczej zasiada żyd, jeżeli więcej niż 25 % kapitału pozostałe w rękach żydowskich albo wreszcie jeżeli przedsiębiorstwa te niegala mierzalnym wplywom żydowskim.

#### § 4.

Kto umiśnie albo wskutek za-

radzenia nie wykona zarządzenia o oznaczeniu przedsiębiorstw żydowskich, tem oznaczeniu przysłodzi albo usawa już istniejąca oznaki, podlega strzywalu albo karze więzienia.

§ 5.  
Rozporządzenie to wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.  
Sześć okręgu warszawskiego  
(—) Dr. Fischer  
Gubernator.

#### Bawełna jugosłowiańska dla Niemiec

BIALGORÓD, 24.11. — W Białogrodzie powstało towarzystwo akcji, którego celem jest popieranie i rozpowszechnianie sprawy bawełny w Jugosławii oraz kierowanie jej w rękę do Niemiec. Oprócz tego towarzystwo ma się trudzić eksportem rudy i produktów rudy oraz importem rudy i produktów przemysłowych. Towarzystwo rozporządza kapitałem zakładowym w kwocie 1.1 milionów dolarów.

„Nowy Kurier Warszawski”, 30 XI 1939.

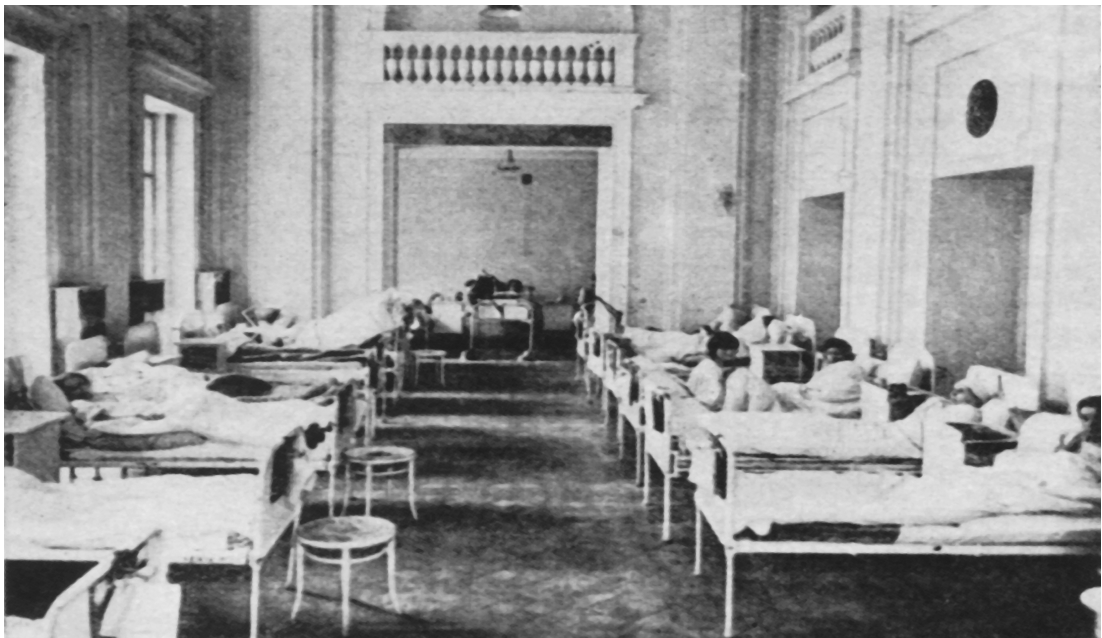
ubranego po europejsku Żyda od nie-Żyda, toteż początkowo na szykany uliczne narażeni byli przede wszystkim Żydzi ortodoksyjni. 1 grudnia 1939 r. wprowadzono dla wszystkich Żydów powyżej 12. roku życia obowiązek noszenia na prawym rękawie ubioru zewnętrznego białych opasek z niebieską gwiazdą Dawida oraz nakaz oznakowania sklepów żydowskich. To zarządzenie miało cel inny dla każdego: żeby każdy przechodzący Nie-

Fot 52. Artykuł w gazecie Nowy Kurier Warszawski z 1939 r. dotyczący Getta Warszawskiego (zbiory Archiwum m.st. Warszawy).

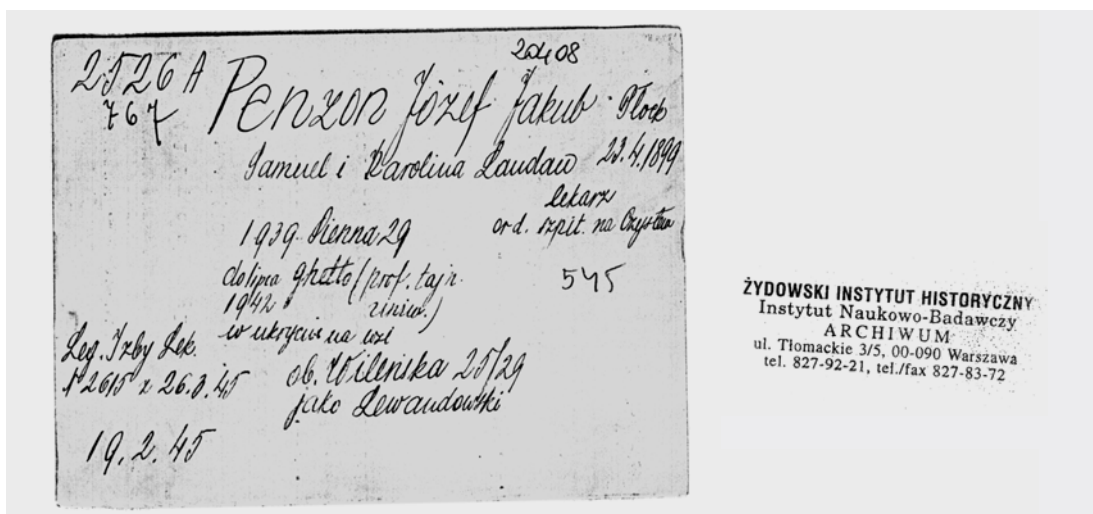




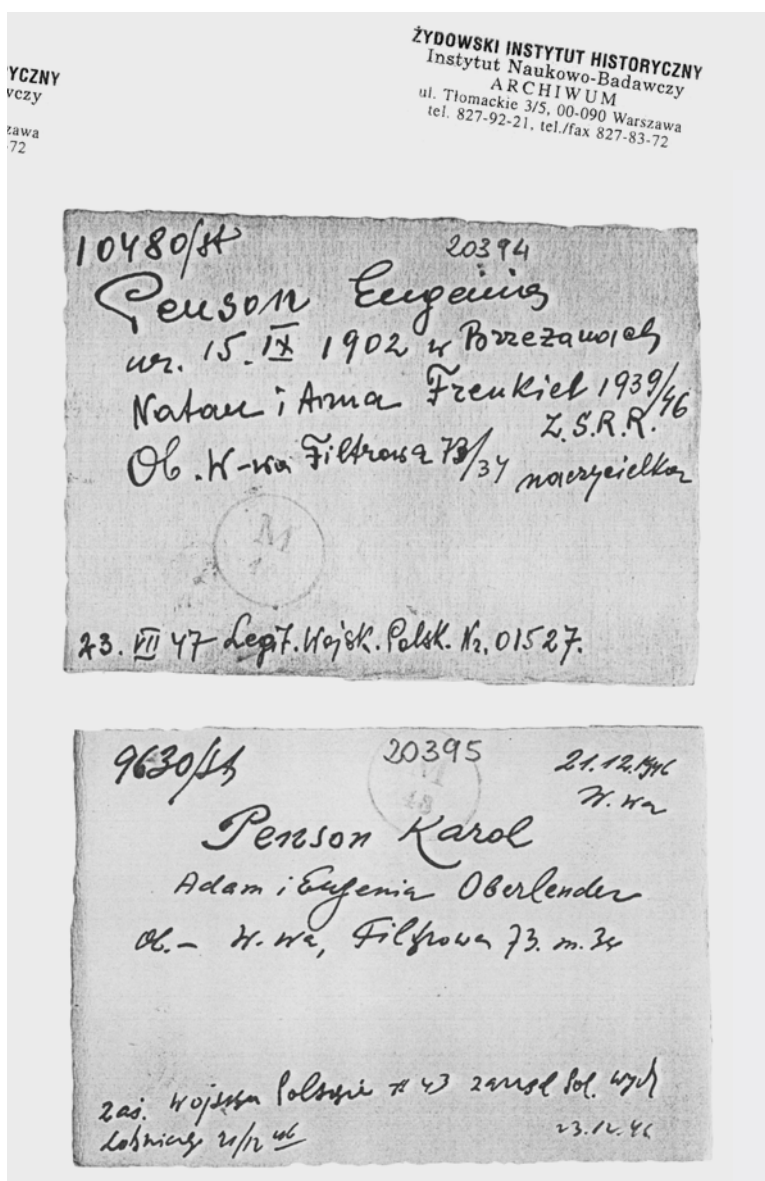
Fot 53. Getto Warszawskie (zbiory ŻIH).



Fot 54. Szpital Zakaźny w Getcie Warszawskim (zbiory ŻIH).

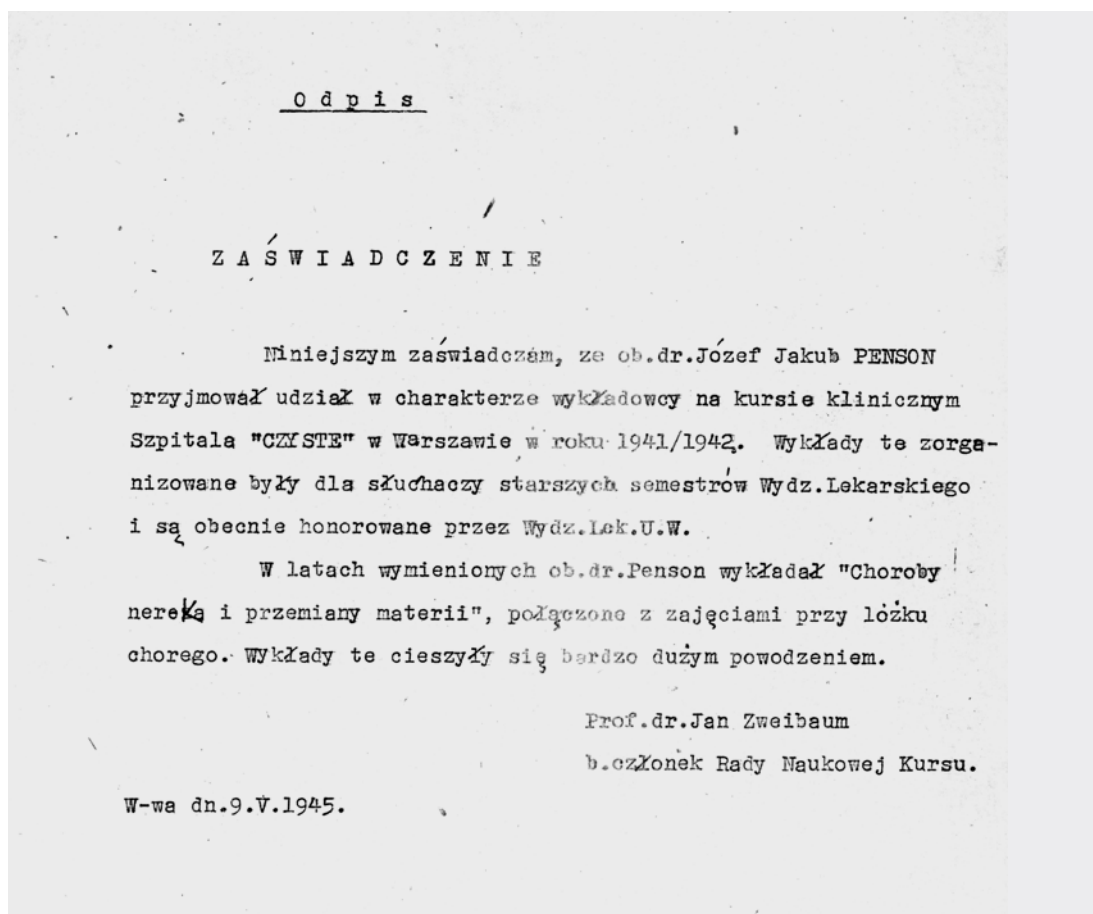
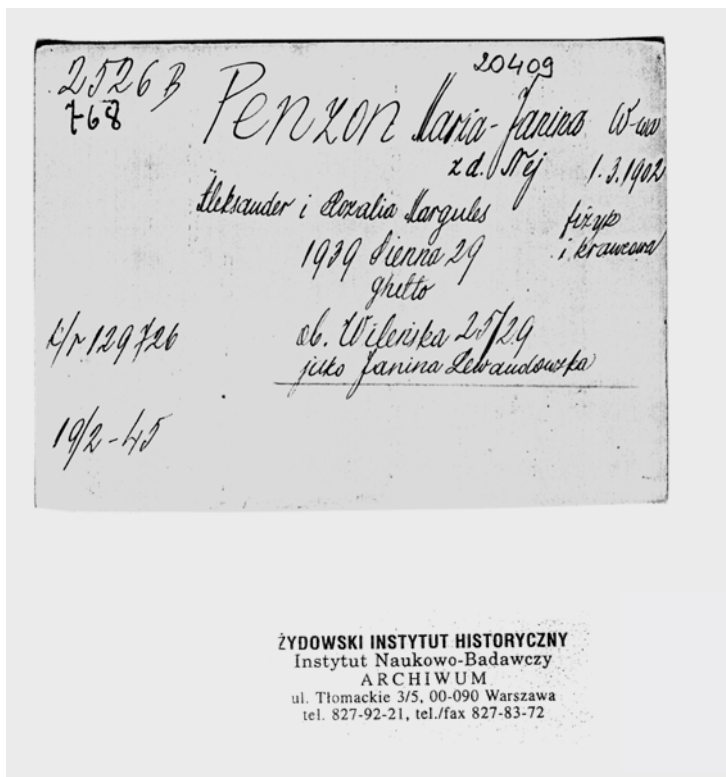


Fot 55. Karta identyfikacyjna Jakuba Pensona z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.



Fot 56. Karta identyfikacyjna Eugenii i Karola Pensonów z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.

Fot 57. Karta identyfikacyjna Marii Penson z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.



Fot 58. Zaświadczenie o udziale Jakuba Penson w tajnym nauczaniu w Getcie (zbiory specjalne GBL).




 Personalausweis Nr. 6561  
 ausgestellt

## Fragebogen zur erstmaligen Meldung der Heilberufe.

Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych.

Heilberufe im Sinne dieser Meldung sind: Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Dentisten mit Berechtigung die selbständige Kwestionariusz obejmuje następujące zawody lecznicze: Lekarzy, aptekarzy, dentyistów, uprawnionych techników dentyistycznych, nieuprawnionych techników dentyistycznych, Praxis auszuüben, Zahntechniker ohne Berechtigung die selbständige Praxis auszuüben, Feldschere, Hebammen, felezerów, położnych, pielęgniarzy, pielęgniarki, masażystów, masażystki, pomocników ambulatoryjnych, laborantki, dezynfektorów.

Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen, Krankenschwestern, Masseure und Masseusen, Sprechstundenhilfen, Laborantinnen, Desinfektoren.

Die Fragebogen müssen gewissenhaft und sorgfältig ausgefüllt und deutlich geschrieben werden. Vor der Ausfüllung sind zunächst sämtliche Fragen zu lesen.

 Gesundheitskammer des Distrikts: Warszawa

Izba Zdrowia Dystryktu:

Kreishauptmannschaft:

Starostwo Okręgowe:

 Kreis: Warszawa

Powiat:

 Art des Heilberufes: Lehrarz

Rodzaj zawodu leczniczego:

 1. Familienname (bei Frauen auch Geburtsname): Penson

Nazwisko (u kobiet zamężnych: nazwisko panienskie):

 2. Vorname (Rufnamen unterstreichen): Jakub

Imię (głowne imię podkreślić):

 3. Ständiger Wohnort und Wohnung: Warszawa Sienna 29

Stale miejsce zamieszkania (ul. nr domu i mieszk.):

 4. Praxisstelle bezw. Arbeitsstätte: Warszawa

Miejsce wykonywania zawodu:

 a) bei selbständigen Heilberufen Praxisstelle: Sienna 29

przy zawodach samodzielnych miejsce wykonyw. praktyki:

b) bei angestellten Heilberufen Arbeitsstätte (Arbeitgeber, Krankenhaus, Klinik usw.):

przy zawodach niesamodzielnych miejsce pracy (pracodawca, szpital i t. p.):

 5. Heimatanschrift: Warszawa

Miejsce przynależności:

 6. Tag, Monat und Jahr der Geburt: 23 kwiecień 1899r

Dzień, miesiąc i rok urodzenia:

 Geburtsort: Płock

Miejsce urodzenia:

 Kreis: Płock

Powiat:

 7. Sind Sie ledig, verh., verwitwet, geschieden? zonaty

Stan (wolny, żonaty, owdowiał, ewentualnie rozwiedziony):

 Der Ehefrau a) Mädchenname: Ney

Zona a) Nazwisko panienskie:

 b) Geburtsdatum: 28 luty 1902r

bi data urodzenia:

 8. Zahl und Geburtsjahr der Kinder (die Verstorbenen in Klammern): bezdzietny

Rodz i wiek dzieci (zmarłe w nawiasie):

1.

2.

3.

 9. Religiöses Bekenntnis: mojżeszowe

Wyznanie religijne:

 10. Staatsangehörigkeit am 1. 9. 1939: poliska

Przynależność państwowa w dniu 1. 9. 1939:

Fot 60. Karta Indentyfikacyjna Jakuba Pensona (zbiory specjalne GBL).

11. a) des Angefragten: 

Zgłaszającego się:	Name Nazwisko	Vorname Imię	Konf. Wyznanie	Volkstum Narodowość
Vatersvater: Ojciec ojca	Penson	Israel	możi.	żydowska
Vatersmutter: Matka ojca	?	?	"	"
Muttersvater: Ojciec matki	Landau	Samuel	"	"
Muttersmutter: Matka matki	Liberman	Dajla	"	"

b) seiner Ehefrau: 

Jego żony:	Name Nazwisko	Vorname Imię	Konf. Wyznanie	Volkstum Narodowość
Vatersvater: Ojciec ojca	Kay	Muehim	możi	żydowska
Vatersmutter: Matka ojca	Kerner	Judyta	"	"
Muttersvater: Ojciec matki	Marquies	Lijb	"	"
Muttersmutter: Matka matki	Yolles	Syfra	"	"

12. Wann (Tag, Monat, Jahr) und wo haben Sie Ihre Prüfung abgelegt? *Uniw. Warsz. Nr. 1694, 7 lutego 1928.*  
Kiedy (dzień, miesiąc, rok) i gdzie złożył Pan swoje egzaminy?

13. Genaues Datum der Berechtigungserteilung: *25 maj 1928r. Komis. kr. na m. st. Warsz. Nr. 3794/28*  
Dokładna data otrzymania uprawnienia dla wykonywania zawodu

14. Ort der Berechtigungserteilung:  
Miejscowość, gdzie otrzymał Pan to uprawnienie:

15. Falls Berechtigung im Ausland erworben: Haben Sie die Genehmigung zur Ausübung Ihres Heilberufes innerhalb Polens?  
Jeżeli uprawnienie do wykonywania zawodu otrzymano zagranicą: Czy ma Pan zezwolenie na wykonywanie zawodu w Polsce?

Datum ..... und Aktenzeichen des Ministeriums:  
Data: ..... i znak aktu Ministerstwa:

16. Wann und an welcher Ausbildungsanstalt haben Sie Ihren Heilberuf erlernt? *Wydz. lek. Uniw. Warsz. 1921-1928r.*  
Kiedy i w jakim zakładzie kształcił się Pan w swym zawodzie:

17. Sind Sie früher im Dienst des Staates, der Länder und Gemeinden, der Wehrmacht oder in ihren Berufsorganisationen hauptamtlich tätig gewesen? *Asystent Septit. na Cegielni.*  
Czy był Pan przedtem w służbie państwowej, samorządowej, wojskowej, w jakich organizacjach zawodowych był Pan czynnym, lub czy pracował Pan urzędowo w swoich zawodowych organizacjach?

In welcher Eigenschaft?  
W jakim charakterze:

18. Haben Sie eine besondere Prüfung abgelegt? *nie*  
Czy ma Pan specjalny egzamin?

19. Üben Sie Ihren Heilberuf aus? *tak*  
Czy wykonuje Pan swój zawód lekarski?

20. Ist Ihnen die Ausübung Ihres Heilberufes verboten? *nie*  
Czy zostało Panu odebrane prawo wykonywania zawodu?

21. Haben Sie auf die Ausübung Ihres Heilberufes verzichtet? *nie*  
Czy zrezygnował Pan z prawa wykonywania swego zawodu?  
(Ein Verzicht ist der Gesundheitskammer Krakau schriftlich anzuzeigen).  
(Rezygnację należy wnieść pisemnie do Gesundheitskammer w Krakowie).

22. Haben Sie am Weltkriege 1914—1918 teilgenommen? *nie*  
Czy brał Pan udział w wojnie świat. woj 1914-1918?

In der Wehrmacht welchen Staates? ..... Damaliger Dienstrang? .....  
W jakiej armii? ..... Ówczesny stopień wojskowy? .....

23. a) Haben Sie der polnischen Wehrmacht angehört? *tak*  
Czy należał Pan do armii polskiej?

Fot 61. Karta Indentyfikacyjna Jakuba Penson (zbiory specjalne GBL).

b) Letzter Dienstgrad in derselben? plutonowy  
Ostatni stopień wojskowy w tejże?

24. Sind Sie Kriegsbeschädigter? nie  
Czy jest Pan inwalidą wojennym?

Höhe der Erwerbsminderung in %:  
Wysokość strat zarobkowych w %

Beziehen Sie eine Rente oder Pension?  
Czy pobiera Pan rentę albo emeryturę?

25. Besitzen Sie Anerkennung für ein Sonderfach? tak (zasw. Leżytek Warsz.-Białost. Nr. 2332/40 z dn. 9/12/41)  
Czy przysznano Panu tytuł specjalisty?

Welches Fach? internista Seit wann?  
Jaka specjalność? Od kiedy?

26. Wann haben Sie sich zur Ausübung Ihres Heilberufes niedergelassen? w 1928r.  
Kiedy się Pan osiedlił celem wykonywania swego zawodu?

Besitzen Sie eine Heilanstalt? nie wo?  
Czy posiada Pan zakład leczniczy? gdzie

Wer ist Eigentümer der Anstalt?  
Kto jest właścicielem zakładu?

27. Sind Sie nebenamtlich tätig? nie In welcher Eigenschaft?  
Czy zajmuje Pan jeszcze inne stanowisko? W jakim charakterze?

28. Sind Sie bei einer Sozialversicherungsanstalt angestellt? nie  
Czy jest Pan zatrudniony w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych?

Bei welcher?  
W jakim?

29. Sind Sie bei einer Knappschaft angestellt? nie  
Czy Pan jest zatrudniony w Spółce Brackiej?

30. Sind Sie als Beamter angestellt? tak  
Czy jest Pan zatrudniony jako urzędnik?

Bei welcher Behörde? Szpital na Crystem Dienstbezeichnung: Kierownik oddziału  
W jakim urzędzie? Stopień służbowy?

Üben Sie neben der Beamtentätigkeit noch privat Ihren Heilberuf aus? tak  
Czy obok czynności urzędowych wykonuje Pan swój zawód prywatnie?

Üben Sie Lehrtätigkeit aus? nie Welcher Art?  
Czy uprawia Pan działalność naukową? Jakiego rodzaju?

31. Sind Sie hauptamtlich angestellt? nie  
Czy posiada Pan stanowisko urzędowe?

In der Industrie? oder in welcher Eigenschaft?  
W przemyśle? Albo w jakim charakterze?

32. Wenn Sie Ihren Heilberuf nicht ausüben, welche andere Tätigkeit üben Sie aus?  
Jesteli nie wykonuje Pan swego zawodu, czym się zajmuje?

**Dr. med. JAKÓB PENSON**  
**Warszawa, Sienna 29**  
**tel. 233-37,**  
**Stempel**  
pieczęć

*Jakub Penson*  
**Unterschrift**  
podpis

des Heilberufers.  
naletanego do zawodu leczniczego.

Ort: Warszawa den 12/12 1940r.

Fot 62. Karta Indentyfikacyjna Jakuba Pensona (zbiory specjalne GBL).

Fot 63. Relacja doktora Stanisława Wallera (z Archiwum Yad Vashem).

**יד ושם** - השות הזיכרון לשואה ולגבורה - המחלקה לגביית עדויות

שם הארכיון: \_\_\_\_\_

**ש ע ר ה ע דו ת**

(תגלם איש)

האריך: \_\_\_\_\_ פרליון \_\_\_\_\_ השנה: \_\_\_\_\_ פולגית \_\_\_\_\_

הער: ד"ר סטניסלב ולר \_\_\_\_\_ השכלה ומקצוע: רופא  
 כתובת: חולון, רח' שומרון 3 \_\_\_\_\_ תאריך: סקום וארץ ליהודים, 26.5.1904

מקום מגורי העד בעיר: \_\_\_\_\_ המחלקה/המאורעות/המסמכים  
 רומא מאורעות על גילגולי בית החולים היהודי ועל היחסים הפנימיים המורדים ב-  
 הנושא הראשי: \_\_\_\_\_ שנים 1939-1943 - בניהולו מספר על סמל הגרמני של שרתי הנריאור - dr. Hagen  
 חוץ העדות: פרסיה על יו"ר Józef Stein רופא סומרים בבית החולים; הערות הכד על  
 dr. Hagen; מריבה בין ד"ר Jakub Munweż לבין ד"ר שטיין בקשר ליחבסת הרופאים  
 המסורים חוץ חסות; בחוגים מדויקים על טבנה הארגוני של בית החולים; הערות בית החולים  
 #סקום לקטום בעת האקציה הגדולה ולפניה; חיסול החולים והצרות הרפואי בעת האקציה -  
 תיאור טלסקופי הפנימיות ומאבק על מספרי החיים בקרב העובדים; הצלת העד ומשפחתו מ"ידו";  
 גבורת נפשית של dr. Rotsteinowa; תיאור האקציה וגורל ילדיה; בית החולים בוח'  
 Gęsia - שיחות עם ד"ר בראורה הלר; הבריחה מהגיסר בינואר 1943; נידודים בצד הארי -  
 כתובת ב- Zielonka; השחרור בספטמבר 1944.

שמות האנשים הנזכרים בעדות	שמות הנזכרים בעדות
Warszawa, Płock, Zielonka, Siedlce, Łódź, Oświęcim, Treblinka, Trzawniki, Maj- danek, Mierki, Jelonki.	Dr. dr. Stein, Zemenhof, Rothaupt, Munweż, Markusfeld, Milejkowski, Wert- heim, Amsterdamski, Borkowski, Wohl- baum, Bielenki, Penson / c.d.str. 34-35/ Nienicy: Dr. Hagen, Brandt, / c.d.str. 34-35/ העדות

העדות כוללת: \_\_\_\_\_ ערות, סקירה \_\_\_\_\_  
 מספר כולל של עמודים: 37  
 מספר כולל של תמונות: \_\_\_\_\_  
 סקום: \_\_\_\_\_ חולון \_\_\_\_\_ תאריך: 24.5.63  
 שם החתימת המראין: \_\_\_\_\_ ד"ר ע. רבא

אישר והגלת המחלקה \_\_\_\_\_  
 הערות: \_\_\_\_\_  
 תחבטה: \_\_\_\_\_ תאריך: 31/5/1963

מסמך 2-1000003 (7.60)

Fot 64. Relacja doktora Stanisława Wallera (z Archiwum Yad Vashem).

- 9 -

mi, do kilku gmachów w obrębie getta.  
 Oddziały chirurgiczne umieszczono w gmachu P. "monopola Spi-  
 rytusowego przy ul. Leszno 1.  
 Ordynatorzy Oddziału:  
 Dr. WERTHELM  
 " AMSTERDAMSKI  
 " BORKOWSKI

W Oddziale znajdowało się 300 łóżek.  
 Oddziały Wewnętrzne i Zakaźne umieszczono w gmachu dawnego  
 Archiwum Miejskiego i sąsiedniującej z nim Szkoły Powszechnej  
 przy ul. Stawki.  
 Ordynatorzy Oddziałów Wewnętrznych:  
 Dr. WOHL  
 " MUNWEZ  
 " APPELBAUM

Ordynatorzy Oddz. Gruźliczego:  
 Dr. BIULENKI  
 Ord. Oddz. ~~specjalnego~~ Zakaźnego:  
 Dr. PENSON  
 " GROSBLAT  
 " BIULENKI

Ord. Oddz. Skórnego:  
 Dr. KENIGSBERG  
 " MARKUSFELD

Kierowniczka Laboratorium Analit. <sup>4</sup> TRANKINA  
 Oddział położniczy umieszczono w dawnym Zarządzie dr. PRUSZKA-  
 NA przy ul. Tłomackiej / Ord. Dr. ZENIC /.

Gdy w nimie 1941 r. epidemia tyfusu płamistego przybrała  
 ogromne rozmiary, zajęto na Szpital gmach b. Szkoły Pow-  
 szechnej na ul. Leszno, róg Żelaznej / Ord. Dr. LIPSETAAT  
 i Dr. WARTHAUM /.

Anatomię patologiczną prowadził dyr. STEIN, a faktycznie  
 dr. GILDB ~~na~~ i dr. FENIGSBERG.

W okresie największego nasilenia epidemii wszystkie  
 te filie mieściły razem do 3000 chorych. Przed wojną było  
 na Czystem 1000 łóżek.

W getcie, aż do wielkiej akcji / terminem tym określam  
 okres pierwszego wysiedlenia od 22 lipca 1942 do 13 wrześ-  
 nia 1942 r. / funkcjonował jeszcze Szpital dla dzieci im.

- 10 -



- 34 -

3-ci rząd od prawej:

Siostra Frydówna ( zginęła ),  
 " Lubińska ( mieszka w Izraelu )  
 " Frydke ( nazwiska nie pamiętam, zginęła )  
 Dr. Wasserstein ( obecnie w Ohajio )  
 " Koenig ( zginęła )

4-ty rząd od prawej:

Dr. Lando ( zginęła w Majdanku )

Spis miejscowości, wymienionych w zeznaniu:

WARSZAWA	TRZEBLINKA
PŁOCK	TRAWNIKI
ZIELONKA / woj. warsz.	MAJDANEK
SIEDLCE	MARKI ( woj.warszawskie )
ŁÓDŹ	JELONKI ( " )
OSWIĘCIM	

SPIS OSÓB, WYMENIONYCH W ZEZNANIU:

ŻYDZI:

DR. JOZEF STEIN	DR. FERTHELM
" ZAMENHOF	" AMSTERDAMSKI
" ROTHAUPT	" BORKOWSKI
" MUNWIEZ	" WOHL
" MARKUSFELD	" APPELBAUM
" ROTSTATT	" BIELENKI
" MILEJKOWSKI	" PENSON

\*\*\*

-35-

Fot 65. Relacja doktora Stanisława Wallera (z Archiwum Yad Vashem).

Dla Wydziału Statystycznego Zarządu Miejskiego w m. V 2 198

### KARTA ZGONU – II

Wypełnia lekarz	1. Imię i nazwisko <i>Janina Libkowska</i>	Niepotrzebne skreślić M.	2. Płeć <input checked="" type="checkbox"/>
	Dn. <i>27. X. 1941</i> r. o godz. <i>20.30</i>		<i>Amulskie 14/2</i>
Wypełnia rodzina zmarłego wsi. osoba zamieszkała w przytoczonym	3. Data i godzina zgonu		4. Adres (miejsce zgonu z zaznaczeniem: mieszkanie prywatne, szpital, lecznica, przytułek, inna)
	5. Warunki mieszkaniowe zmarłego (e)		
Wypełnia Wydział Ewidencji Ludności Zarządu Miejskiego	11. Wyznanie (dla zamiejscowych)		12. Miejsce zamieszkania (adres w Warszawie podać ulicę, Nr domu, Komisariat Pol., poza Warszawą – gm. powiat) Podać słownie
	13. Jak długo przebywał w miejscu zgonu	14. Stan cywilny (wolny, małżeński, wdowi, rozwiedziony, inny)	15. Dla dzieci do lat 5 ślubne, nieślubne
16. Zawód (dla osób, do lat 15 i osób, będących na utrzymaniu, podać dane, dotyczące osoby utrzymywanej: ojca, matki, opiekuna).		UWAGA: Dla zmarłych cudzoziemców podać ich obywatelstwo:	
Data <i>27.10.41</i>		Podpis Dyrektora Wydz. Ewidencji Ludności	
Pieczeńć			

Stat. [4] 2 A-5

Fot 66. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego, podpisany przez dr Jakuba Pensoną (zbiory ŻIH).

Fot 67. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego, podpisany przez dr Jakuba Pensoną (zbiory ŻIH).

Wypełnia i zakleja lekarz

---

17. Zasadnicza przyczyna zgonu, wg której przypadek ma być zanotowany w statystyce lekarskiej (jeżeli śmierć gwałtowna to jej charakter: zabójstwo, samobójstwo, wypadek i jakiego rodzaju)

*Zakażenie krwi po wstrzyknięciu ropnym czaszki*

18. Choroby współistniejące

*Cukrzyca. Liczne choroby z wyrodniczą wysłanką forensego*

19. Powikłania

20. Rozpoznanie sekcyjne

Data *27/10/41*

Podpis Lekarza *J. Penson*

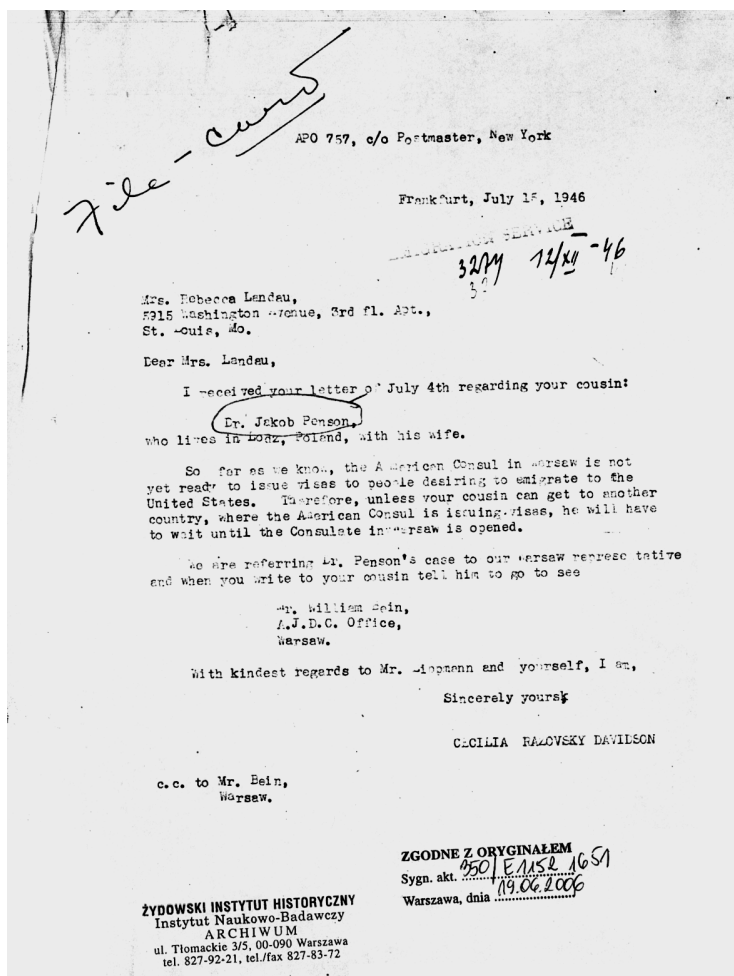
Pieczałka *Sierpień 29/16*

1. Imię i nazwisko <i>Grzybowski</i>		2. Płeć <i>m.</i>	
Dn. <i>27/11/41</i> o godz. <i>17</i>		<i>Szczepan 23</i>	
3. Data i godzina zgonu		4. Adres (miejsce zgonu z zaznaczeniem: mieszkanie prywatne, szpital, lecznica, przytułek, inne)	
Niepotrzebne skreślić a) Położenie lokalu: <i>miasteczko</i> , <i>parten</i> , <i>piętro</i> , <i>poddasze</i> , <i>front</i> , <i>oficyna</i>		b) Liczba izb, z których się składał lokal zmarłego (kuchnię wliczać do ogólnej liczby izb)	c) Liczba osób zamieszkujących lokal łącznie ze zmarłym
5. Warunki mieszkaniowe zmarłego (ej)		6. Jeżeli zmarły (a) był (a) żonaty (zamężna) podać:	
a) Datę zawarcia małżeństwa <i>15.7.1910</i>	b) Wiek pozostałego przy życiu małżonka <i>58</i>	c) Liczba dzieci żyjących z tego małżeństwa <i>15</i>	
Data <i>27/11/41</i>		Podpis osoby wypełniającej <i>[Signature]</i>	
ZAKŁAD POCZEBOWY "STATYSTYCZNA POSŁUGA" god. kierownictwem Izabela Izaksona i Neecha Pinkierla Warszawa, Grzybowska 11			
7. Karty zgonu <i>№ 30479</i>	8. Imiona rodziców <i>[Handwritten]</i>	9. Data urodzenia <i>1885</i>	10. Miejsce urodzenia <i>[Handwritten]</i>
11. Wyznanie <i>[Handwritten]</i>	12. Miejsce zamieszkania (adres w Warszawie podać ulicę, Nr domu, Komisariat Pol., poza Warszawą - gm rą, powiat) <i>[Handwritten]</i>		
13. Jak długo przebywał w miejscu zgonu	14. Stan cywilny (wolny, małżeński, wdowi, rozwiedziony, inny)	15. Dla dzieci do lat 5 ślubne, nieślubne	
a) Rodzaj zawodu	UWAGA: Dla zmarłych cudzoziemców podać ich obywatelstwo:		
b) Stanowisko w zawodzie	16. Zawód (dla osób, do lat 15 i osób, będących na utrzymaniu, podać dane, dotycząca osoby utrzymującej: ojca, matki, opiekuna).		
Data <i>1941</i>	Podpis Dyrektora Wydz. Ewidencji Ludności <i>[Signature]</i>		
Pieczeń <i>[Seal]</i>			

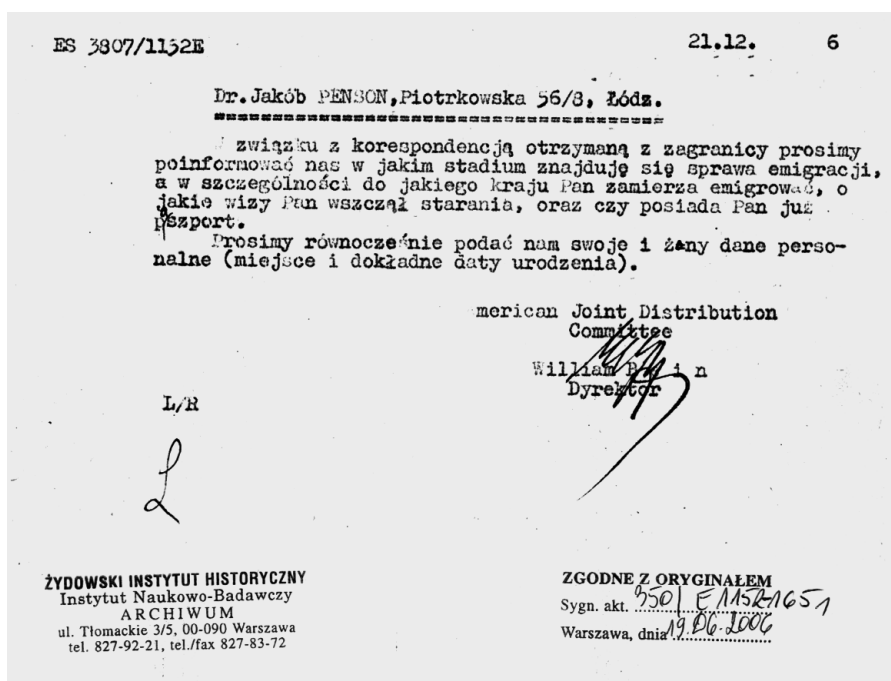
Fot 68. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego, podpisany przez dr Jakuba Pensona (zbiory ŻIH).

Wypełnia i zakleja lekarz	
17. Zasadnicza przyczyna zgonu, wg której przypadek ma być zanotowany w statystyce lekarskiej (jeżeli śmierć ewaluowana jest jako: samobójstwo, wypadek i jakiego rodzaju)	
18. Choroby współistniejące	
19. Powikłania <i>Cerebralitis</i>	
20. Rozpoznanie sekcyjne	
Data <i>25.11.41</i>	Podpis Lekarza <i>[Signature]</i>
Pieczątka <i>[Seal]</i>	Dr. med. J. Penson

Fot 69. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego, podpisany przez dr Jakuba Pensona (zbiory ŻIH).



Fot 70. List do Rebeki Landau dotyczący wyjazdu Jakuba Pensona do USA od C. Davidson (zbiory ŻIH).



Fot 71. Pismo do Jakuba Pensona z American Joint Distribution Committee (zbiory ŻIH).

Fot 72. List Rebeki Landau dotyczący wyjazdu Jakuba Penson do USA (zbiory ŻIH).

July 4, 1946.

Dear Mrs. Davidson,

I am taking the privilege of writing you in regard to my cousins Dr. Jakob Penson, whose address is, Poland, Lodz, Alicja Piotrkawska 56/8 and his wife Marija Janina Penson, of the same address. They have affidavits but are unable to obtain a visa, to come over here.

Dr. Jakob Penson's article which appeared in the French Medical

ŻYDOWSKI INSTYTUT HISTORYCZNY  
Instytut Naukowo-Badawczy  
ARCHIWUM  
ul. Tłomackie 3/5, 00-090 Warszawa  
tel. 827-92-21, tel./fax 827-83-72

ZGODNE Z ORYGINAŁEM  
Sygn. akt. 3501.E.152.1651  
19.06.2006  
Warszawa, dnia

- 3 -

Mother on the phone and from her I obtained your address.

Thanking you in advance, I remain,

Sincerely  
Rebecca Landau  
5915 Washington Ave.  
3rd floor apartment  
St. Louis, Mo.

ŻYDOWSKI INSTYTUT HISTORYCZNY  
Instytut Naukowo-Badawczy  
ARCHIWUM  
ul. Tłomackie 3/5, 00-090 Warszawa  
tel. 827-92-21, tel./fax 827-83-72

- 4 -

Journal (La Presse Medical in 1933) has been accepted by Dr. Elliot Joslin and appears in his manual "Treatment of Diabete Mellitus".

I am sure they will both make good citizens and be an asset here. Anything you can do for them to help them in getting their visas will be appreciated.

I am a niece of Mr. Joe M. Lippman (he lives with us). He sees your mother in Shul every Saturday. I spoke to your

ZGODNE Z ORYGINAŁEM

Sygn. akt. 3501.E.152.1651  
Warszawa, dnia 19.06.2006

AJDC  
American Joint Distribution  
Committee w Polsce  
1945-1949

Fot 73. List Rebeki Landau dotyczący wyjazdu Jakuba Penson do USA (zbiory ŻIH).

**Centralny Komitet Żydów Polskich — Wydział Ewidencji i Statystyki**

**Karta rejestracyjna Nr 59029/142945**

1. Nazwisko (dla mężatek panieńskie) Penson Dr. med. 1962

2. Imiona Jakub

3. Urodzony (a) dn. 23 mies. kwietnia roku 1899

4. Rodzice Szymon i Kamila z Karolem  
(imie ojca, imię i nazwisko panieńskie matki)

5. Adres z I.X.39 Warszawa

6. Zmiany adresu w czasie wojny

DATA	ADRES	PRZYCZYNA ZMIANY
5-9-42	Warszawa	Jakub Penson
12-45	Lódź	anglojęzyk
4-5-46	Lódź	

7. Adres obecny Lódź Piotrkowska 56/7

8. Wykształcenie Wysze

9. Zawód Lekarz

10. Sposób przetrwania Pool. okupacji  
na angielskim papierze

11. Czy był aresztowany(a), szantażowany(a), siedział(a) w więzieniu, obozie

12. Utrzymywał(a) się z funduszy: własnych, krewnych, przyjaciół -- żydów, nie-żydów ( ), społecznych, innych

13. Czy posiada jakieś dokumenty (fotografie, pamiętniki, zapiski, dane statystyczne itp.) dotyczące martyrologii żydów, czy pragnie opowiedzieć lub opisać swoje przeżycia

14. Krewni, którzy przebywali w Polsce I.X.39 i ocalali

NAZWISKO I IMIĘ	WIEK	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	OBECNY ADRES
/			

15. Krewni zagranicą

NAZWISKO I IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	KRAJ POBYTU
/		

16. Uwagi Lecznicy

17. Adres dla korespondencji (ew. nazwisko przybrane i zmiany adresu) Lódź ul. Piotrkowska 56/7

KOMITET w Lodzi Data 26 VII - 46  
Podpis urzędniczy [Podpis] Podpis rejestracyjny [Podpis]  
H. M./M. S. Druk. st. Winiarski, Targowa 25.

Fot 74. Karta rejestracyjna Jakuba Pensona z Instytutu Żydowskiego w Warszawie (zbiory ŻIH).

Zaświadczam niniejszym, że ob. Dr. Lewandowski Józef i dr. Penson Jakub są tą samą osobą, o której mowa wyżej

Waga dn. 24 VII 45

Dr. Władysław Hrynberg  
Wiceprez. Wydziału Ogól.  
Departamentu Zdrowia

Dr. Władysław Hrynberg

Warszawa dnia 10 września 1947 r.

W. P. Dr. Jakub Penson  
Lódź  
Piotrkowska 56

Do wiadomości Izby Lekarskiej w Warszawie doszło, że Pan Doktor zamieszkuje stale w Łodzi i tamże praktykuje. Wobec tego skreślić z listy członków może Izba tylko na własne żądanie lekarza, przeto proszę o spieszne powiadomienie, czy Pan Doktor nadal pracuje w Ubezpieczalni Społ. w Warszawie i czy swój powiadomienie w Łodzi uważa za przejeściowe, czy też stałe.

Jednocześnie proszę o stwierdzenie czy P. Doktor już nie używa nazwiska "Lewandowski".

PREZES IZBY

/Dr. Kazimierz BACIA/

Dr. Penzon Jakub przybrał nazwisko Lewandowski Józef obecnie powrócił do swego dawnego nazwiska wiadomości udzielił w dniu 10 września 1947 r. żona Dr. Pensona Maria Janina, ur. Ney.

Fot 75. Zaświadczenie z aktu Jakuba Pensona z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (zbiory specjalne GBL).

Nr rej. 2615  
 data 26/10.1945

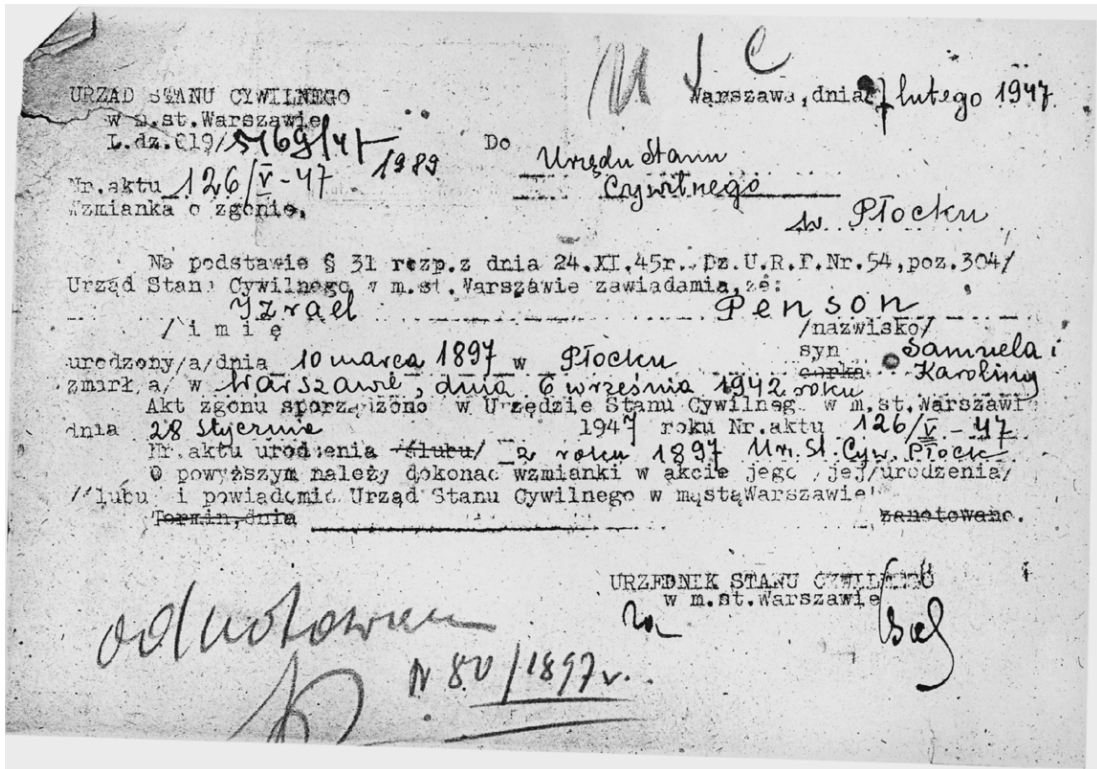
**Karta Rejestracyjna**

**Izby Lekarskiej Warszawsko Białostockiej**

1. Imię i nazwisko Lewandowski Józef (Penszon Jakub)  
 2. Miejsce i data urodzenia, imiona rodziców PŁOCK 23.IV.1899  
 3. a/narodowość Polska b/wyznanie M. Kat. o/obywatelstwo Polskie  
 4. Dyplom lekarski, skąd i z jakiej daty Uniw. Warszawski  
lutego 1928  
 5. Miejsce zamieszkania /dokładny adres, Warszawa Praga Wileńska 25/3  
 i wykonywania praktyki lekarskiej 1928  
 /od kiedy/  
 6. Poprzednie miejsce zamieszkania W-wa Sienka 29/6  
 7. Stosunek do służby wojskowej por. rez.  
 8. Stan rodzinny a/imię i nazwisko męża/żony Maja Józefa Wey.  
 b/imiona dzieci i ich wiek \_\_\_\_\_  
 -----  
 9. Specjalność choroby wewnętrzne  
 10. Prace w szpitalach i klinikach: ordynator szpitala  
/poza obowiązkowym stażem/ mięskiego Szpitala  
 -----  
 obecnie pracuję \_\_\_\_\_ na oddziale \_\_\_\_\_  
 11. Prace naukowe liczne prace naukowe z dziedziny  
intymnej drukowane w prasie krajowej i za-  
granicznej.

Data 24/15  
 Podpis Dr. J. Lewandowski  
J. Penszon

Fot 76. Zaświadczenie z akt Jakuba Pensona z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (zbiory specjalne GBL).



Fot 77. Akt zgonu Izraela Pensóna (zbiory specjalne GBL).



## Rozdział IV

### UNIWERSYTET ŁÓDZKI

#### 4. 1. Praca w I Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Łódzkiego

Doktor Jakub Penson od 15.03.1946 r. do 30.09.1949 r. był zatrudniony w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Łódzkiego na stanowisku asystenta, a następnie starszego asystenta. Będąc pracownikiem tej kliniki, w 1948 roku pod kierunkiem prof. J. W. Grotta, uzyskał habilitację, po czym został powołany do kierowania III Kliniką Chorób Wewnętrznych w Akademii Lekarskiej w Gdańsku<sup>1</sup>.

Klinika Propedeutyczna Wewnętrzna Uniwersytetu Łódzkiego, a od 1947 r. Katedra i I Klinika Chorób Wewnętrznych<sup>2</sup>, powstała 1.10.1945 r. Mieściła się, i tak jest do chwili obecnej, w Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego przy ul. Kopcińskiego 22. Organizatorem i pierwszym kierownikiem tej kliniki był wybitny diabetolog, prof. dr nauk med. Józef Wacław Grott<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> AUŁ, AoJP, nr. 2143, ankieta personalna, akta nieuporządkowane.

<sup>2</sup> Wydział Lekarski przy Uniwersytecie Łódzkim powołano 1.10.1945 r. Od podstaw zorganizowano zakłady teoretyczne i kliniki na bazie szpitali miejskich dla kształcenia lekarzy już w pierwszym roku po wojnie. Z Warszawy przyjechał do Łodzi prof. Józef Wacław Grott, który objął I Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych. utworzoną w Szpitalu im. Norberta Barlickiego wówczas przekształconym w Szpital Kliniczny nr 1. T. Pajszczyk-Kieszkiewicz, *Sześćdziesięciolecie wydziałów medycznych 1945-2005*, Łódź 2005, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, s. 113-115.

<sup>3</sup> Józef Wacław Grott urodził się 5.03.1894 r. w Warszawie. Gimnazjum ukończył w 1912 r., maturę zdał w Moskwie w 1913 r. Studiował na Wydziale Lekarskim UJ w Krakowie. Studia ukończył w 1922 r. Pracował w I Klinice Chorób Wewnętrznych do 1940 r. Podczas II wojny światowej uczestniczył w tajnym nauczaniu studentów medycyny. Aresztowany przez gestapo, przebywał na Pawiaku od 3.03 do 5.04.1943 r. Po powstaniu warszawskim pracował na stanowisku ordynatora Szpitala Miejskiego w Częstochowie. W 1945 r. habilitował się na UW na podstawie pracy *Współczesny stan ważniejszych zagadnień z kliniki trzustki*. Profesorem nadzwyczajnym został w 1946 r. Dnia 1.10.1945. został powołany na stanowisko kierownika Kliniki Propedeutycznej UŁ, którą kierował do czasu odejścia na emeryturę w 1964 r. Profesor Grott był jednym z dwóch najwybitniejszych diabetologów polskich, który stworzył w Łodzi podstawy pod dalsze badania z zakresu diabetologii. Główną dziedziną jego zainteresowań były choroby przewodu pokarmowego i choroby przemiany materii. Znany jest w piśmiennictwie polskim i zagranicznym ze swych prac nad rolą trzustki, a zwłaszcza przewlekłej zaostrej postaci jej zapalenia w patogenezie cukrzycy. W ścisłym związku z tym problemem pozostaje ogłoszona w 1935 r. własna metoda palpacyjnego badania trzustki i opisany w 1938 r. tzw. objaw fałdu skórny opisywany jako „fałd Grotta”, związany z zanikiem tkanki tłuszczowej okolicy lewego nadbrzusza, objaw towarzyszący zapaleniom trzustki. Profesor Grott przyczynił się do odnowy ośrodka wodoleczniczego w Busku Zdroju, gdzie organizował konferencje naukowe. Był autorem 262 publikacji naukowych, promotorem 12 rozpraw doktorskich i opiekunem 7 habilitacji. Przez swoich współpracowników był postrzegany jako człowiek o niepospolitej pracowitości, skromności i bardzo zycziwym stosunku do ludzi. Zmarł 29.09.1973 r.

W niezwykle trudnych warunkach lat powojennych placówka ta prowadziła ożywioną działalność zarówno kliniczną, jak i dydaktyczną<sup>4</sup>.

Doktor Jakub Penson w czasie pracy w I Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych w Łodzi prowadził ćwiczenia ze studentami, wygłaszał referaty i demonstrował przypadki na posiedzeniach Lekarskiego Towarzystwa Naukowego i posiedzeniach szpitalnych. I tak, na posiedzeniu w Lekarskim Towarzystwie Naukowym przedstawił następujące przypadki:

- *Przypadek anemii aplastycznej z ostrym odczynem białaczkowym przedśmiertnym.*
- *Przypadek śpiączki cukrzycowej z objawami oponowymi w przebiegu epidemicznego zapalenia wątroby.*

W latach 1947/48 wygłosił referaty:

- *Trudności leczenia penicyliną i próba ich zwalczania z pokazem przypadku.*
- *Retikulozy (Siatkowice) w świetle nowych poglądów.*
- *O nadciśnieniu doświadczalnym i jego klinicznym znaczeniu<sup>5</sup>.*

W roku akademickim 1947/48 przygotowywał do druku prace o następującej tematyce:

- *O wzajemnym stosunku między białaczką i niedokrwistością aplastyczną*
- *Próba własnej metody rozpoznawczej w żółtaczce infekcyjnej.*
- *Spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczone nad żółtaczką infekcyjną<sup>6</sup>.*

<sup>4</sup> Klinika posiadała początkowo 111 łóżek etatowych, w późniejszym okresie 82. Udzielała pomocy leczniczej w ramach zrejonizowanego lecznictwa zamkniętego, obejmując swą opieką około 60 000 mieszkańców dzielnicy Łódź-Śródmieście. W klinice utworzono oddział diabetologiczny i parazytologiczny, a od 1965 r. oddział gastrologiczny. Zorganizowano pracownię biochemiczną, endoskopową i elektrokardiograficzną, których wyposażenie zmieniało się zgodnie z postępem nauki. Asystenci kliniki konsultowali chorych w zakresie chorób wewnętrznych w Klinikach: Chirurgicznej, Neurochirurgicznej, Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Neurologicznej. W ramach lecznictwa otwartego konsultowano pacjentów w 5 przychodniach: diabetologicznej, od 1946 r. chorób przewodu pokarmowego, od 1951 r. zaburzeń hormonalnych, w latach 1951 – 1965 parazytologicznej, w latach 1951-1964 i kardiologicznej w latach 1954-1963. Działalność dydaktyczna tej placówki obejmowała wykłady i ćwiczenia dla studentów medycyny i stomatologii początkowo (w latach 1945-1947) w zakresie propedeutyki chorób wewnętrznych (dla III roku studiów), a od 1947 r. do 1965 r. – w zakresie diagnostyki chorób wewnętrznych (dla IV roku studiów). Pracownicy kliniki brali udział w kursach doształcających dla lekarzy z dziedziny cukrzycy, dietyki i parazytologii, gruźlicy. Podnoszenie kwalifikacji pracowników naukowych Kliniki odbywało się również na cotygodniowych posiedzeniach naukowych. Studenckie Koło Naukowe przy klinice pomagało pogłębiać podstawowe wiadomości praktyczne z zakresu chorób wewnętrznych i sprzyjało poznawaniu metodyki prowadzenia pracy naukowej. W ramach patronatu nad lecznictwem otwartym pracownicy kliniki konsultowali chorych w przychodniach rejonowych. Od 1967 roku Kierownik Kliniki konsultował chorych z rejonu w czasie wspólnych z lekarzami rejonowymi zebrań naukowych, podczas których odbywały się wykłady szkoleniowe tematyką obejmujące choroby wewnętrzne. Lekarze rejonowi miasta Łodzi pracowali w Klinice jako stypendyści Wydziału Zdrowia, aby po przeszkoleniu uzyskać specjalizację I i II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Klinika prowadziła także systematyczne doszkalanie pielęgniarek. (Red.) J.Fijałek, J. Goldstein, *XXV lat Akademii.Med. w Łodzi – I Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych*, Łódź 1970, Annales Ac.Medicæ Lodziensis, Tom XIII, supl. 6, s. 239-248.

<sup>5</sup> AUŁ, AoJP, nr. 2143, wykaz prac J. Penson w roku akademickim 1947/48, akta nieuporządkowane.

<sup>6</sup> *Ibibem.*

W 1948 roku doktor Penson odbył wszystkie obowiązujące przepisami etapy postępowania habilitacyjnego i dnia 22.05.1948 został habilitowany jako docent szczegółowej i ogólnej patologii i terapii chorób wewnętrznych. Dokładny opis poszczególnych etapów postępowania habilitacyjnego znajduje się w aneksie. Niestety recenzja pracy habilitacyjnej nie zachowała się.

W czasie pobytu w Łodzi, Pensonowie mieszkali wówczas przy ulicy Piotrkowskiej 56 m 8<sup>7</sup>, doktor Jakub Penson posługiwał się podwójnym nazwiskiem: Józef Lewandowski / Jakub Penson<sup>8</sup>. Wspomniane przeze mnie uprzednio zeznania jego żony Marii i ministra Z. Grynberga potwierdzają, że Józef Lewandowski i Jakub Penson to ta sama osoba<sup>9</sup>.

Po uzyskaniu habilitacji doc. dr Jakub Penson został powołany na Katedrę Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku w charakterze profesora nadzwyczajnego.

Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Łódzkiego na posiedzeniu w dniu 9.09.1949 r. przyjęła do wiadomości jego odejście z kliniki na własną prośbę i za zgodą prof. J.W.Grotta, z powodu powołania go na Katedrę Chorób Wewnętrznych AL. w Gdańsku<sup>10</sup>.

#### 4. 2. Przewód habilitacyjny

Tytuł pracy habilitacyjnej doktora Jakuba Pensa brzmiał: *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie. Badanie własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*<sup>11</sup>.

Praca została opublikowana „Polskim Tygodniku Lekarskim” w 1946 r.<sup>12</sup>

Autor pracy podaje również informację, że w okresie zimy 1941/42 i wiosną 1942 r. referaty dotyczące wyników przeprowadzonych badań, które stanowiły temat jego pracy, zostały wygłoszone na posiedzeniach klinicznych szpitala na Czystem.

We wstępie do pracy habilitacyjnej autor zamieścił ważną informację konieczną dla zrozumienia celu tej rozprawy i dramatycznych warunków, w jakich prowadzono badania: *Epidemie przez nas obserwowane dotyczą getta warszawskiego. Obok codziennych zajęć szpitalnych prowadziliśmy,*

<sup>7</sup> S. Konopka, *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1948*, Warszawa 1949, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, s. 344.

<sup>8</sup> ZSGBL, AoJP, nr. 279, akta nieuporządkowane.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> B. Rutkowski, *Jakub Penson and his studies on acute renal failure during typhus epidemics in Warsaw Ghetto*, Journal of Nephrology 2004, Vol. 17, N 1, s. 175-179.

<sup>12</sup> J. Penson, *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1940/1941 w Warszawie. Badania nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*. Polski Tygodnik Lekarski, 1946, 1, s. 1399-1404, s. 1478-1487, s. 1538-1542, s. 1553-1569.

*pomimo surowego zakazu niemieckich władz, badania naukowe, które były możliwe dzięki temu, że udało się uratować i przenieść do getta laboratorium chemiczne i pracownię anatomopatologiczną szpitala „Czyste”.*

*Z 800 lekarzy getta warszawskiego zostało kilkudziesięciu, z mojego oddziału, który liczył 20 lekarzy i studentów, pozostały przy życiu 4 osoby, dr Aniela Gelbard (późniejsza prof. Zofia Majewska), dr Irena Sieradzka, dr Jerzy Szapiro i wyżej wymieniony dr J. Penson. Dzięki wymienionym osobom praca została odtworzona na podstawie ocalałych notatek. Materiały dotyczące duru plamistego zostały dokładnie opracowane klinicznie i anatomopatologicznie. W czasie likwidacji getta zginęło całe archiwum, obejmujące 25000 historii chorób, zawierające protokoły sekcyjne i preparaty histopatologiczne i mikrofotografie. Zginęło dwóch anatomopatologów: dr J. Stein<sup>13</sup> i Gilde<sup>14</sup>, którzy dokonali ogromnej pracy, zwłaszcza w zakresie badań histopatologicznych mózgu.*

*Chciałbym ją poświęcić tym, którzy w tak ponurym okresie ze mną współpracowali, bohaterom i męczennikom, którzy zginęli podczas powstania w getcie warszawskim lub zostali pochłonięci przez komory gazowe w Treblince, Majdanku i innych miejscach grozy i śmierci ku wiecznej hańbie faszyzmu niemieckiego, a ku chwale ideał u poświęcenia dla dobra swych cierpiących bliźnich<sup>15</sup>.*

Praca potwierdza znane historycznie fakty, że w latach 1940-1942 były dwie epidemie duru plamistego. Pierwsza, „mała”, w styczniu 1940 r. trwająca do czerwca 1941 r. dotyczyła tzw. punktów, czyli miejsc, gdzie gromadzili się bezdomni masowo wysiedlani z terenów przyłączanych do Rzeszy. W czasie tej epidemii chorowało ok. 10 tys. osób. Epidemię tę łatwo dało się opanować. Druga, „wielka epidemia”, trwała od maja 1941 r. do kwietnia 1942 r. Objęła swym zasięgiem ok. 100 tys. osób.

W czasie pierwszej epidemii nie zanotowano wśród personelu szpitalnego ani jednego przypadku zachorowania na dur plamisty. Podczas tej dru-

<sup>13</sup> Dr J. Stein w maju 1943 roku znalazł się w pociągu jadącym do Treblinki. Tak relacjonuje to naczynny świadek wydarzeń, dr Izrael Rom–Rotbalsam: *Na jednym z przystanków, gdy pociąg ruszył z bocznicy, kilku młodych wyskoczyło z wagonu w czasie biegu. Straż strzelała za nimi. Żaden nie zdołał uciec. W tym wagonie znajdował się dyrektor szpitala dr J. Stein, także dr J. Muuwes. Paru młodych zdrowych ludzi postanowiło wybić drzwi wagonu i umożliwić masową ucieczkę. Udało im się wybić otwór w drzwiach. Straż to zauważyła. Pociąg zatrzymano. Przez wybity w drzwiach otwór straż zaczęła strzelać na oślep w głąb wagonu. Rozległy się jęki rannych. Po jednej mojej stronie leżał zabity człowiek. Po drugiej dr J. Stein ociekający krwią, ranny w łokieć. Rana sama przez się niegroźna, w tych warunkach była niebezpieczna. Na rampie kolejowej w Treblince selekcja: dr J. Stein ranny i osłabiony został skierowany do komory gazowej, również dr J. Muuwes. Izrael Rom – Rotbalsam, *Przeżycia i spostrzeżenia lekarza w getcie warszawskim oraz w obozach, w Polsce i w Niemczech*, zeznanie złożono: Tel- Aviv 27. 08. 1961, Yad Washem, akta nr. 1735/104 – 0. ŻIH, spuścizna H. Kroszczora, akta nr. 311/10.*

<sup>14</sup> Nie udało się ustalić imienia dr Gilde.

<sup>15</sup> J. Penson, *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie. Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*, Warszawa 1946, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, ss. 115.

giej, a było to po przeniesieniu szpitala do budynku nieprzystosowanego do celów szpitalnych przy ul. Stawki 6, wskutek napływu dużej liczby chorych (100-200 osób dziennie), wszyscy pracownicy izby przyjęć i znaczna część pozostałego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego zachorowała na dur plamisty.

Jakub Penson opisuje dokładnie *epidemiologię* duru plamistego i dwie wyżej wspomniane epidemie w Getcie Warszawskim. Z obserwacji autora wynika, że na chorobę zapadali w równym stopniu ludzie dobrze odżywieni i głodni, osoby wątłe i te o budowie atletycznej. Ludzie o konstytucji asteniczno-schizoidalnej lepiej znosili dur plamisty i mniejsza była wśród nich śmiertelność, rzadziej też występowało u nich ciężkie zapalenie mózgu. Dość często zdarzały się powikłania ośrodkowego układu nerwowego w postaci psychoz zakaźnych, które szybko cofały się. Natomiast osoby o budowie pykniczno-cyklotymicznej częściej zapadały na ciężkie zapalenie mózgu, co zwiększało odsetek śmiertelności.

U członków tej samej rodziny dur plamisty przebiegał podobnie i dawał te same powikłania.

Autor obserwował znaną z opisów w literaturze neurotropowość zarazka, w wyniku której pacjenci zapadali na ciężkie zapalenie mózgu. Z zebranego materiału wynika, że decydującą rolę w zachorowaniu na zapalenie mózgu odgrywa złośliwość zarazka, wiek i konstytucja chorego. Podobne obserwacje poczynili Aschenbrenner, Bayer i Brandenburger, opisując przebieg duru plamistego wśród żołnierzy armii niemieckiej na froncie wschodnim.<sup>16</sup>

Śmiertelność w czasie pierwszej epidemii wynosiła 10% (1940 r), a podczas drugiej epidemii (1941-1942) – 20%. Porównując obserwacje Jakuba Pensa z informacjami Stefana Sterlinga-Okuniewskiego, który podaje w swojej publikacji, że śmiertelność chorych na tyfus wzrasta wraz z wiekiem<sup>17</sup>, stwierdzono, iż śmiertelność wśród dzieci była bardzo mała, natomiast jej szczyt przypadał na chorych między 45-55 rokiem życia. Opis patogenezы potwierdza doniesienia z literatury przed- i powojennej dotyczące sposobu zarażania się dudem plamistym. Najpospolitszą drogą szerzenia się tej choroby jest przenoszenie zarazka przez wesz<sup>18</sup>.

W swojej pracy habilitacyjnej doktor Penson opierał się na obserwacji 8000 przypadków, z tego na epidemię 1940 r. przypadało około 1500 przy-

<sup>16</sup> L. Aschenbrenner, M. Bayer, *Epidemisches fleckfieber*, Stuttgart 1944, Deutsche Med. Woch. 1944, s. 251-268.

<sup>17</sup> Rola wieku w durze plamistym jest bardzo doniosła. Jak wykazały statystyki z najrozmaitszych krajów, śmiertelność niezwykle wzrasta w stosunku do wieku: o ile w młodszych latach (do lat 10-ciu) wynosi zaledwie 1 do 4 %, to już od 11 do 30 roku życia – około 10 %, a od 30 – do 40 lat 15-20 %; 40-50 lat – 25-30 %, zaś powyżej 50 lat przekracza zazwyczaj – i niekiedy dość znacznie – 50 % ogólnej liczby chorych w tym wieku. S. Sterling-Okuniewski, *Podręcznik chorób zakaźnych*, Lwów-Warszawa 1924, Książnica – Atlas, zeszyt III, s. 186-237.

<sup>18</sup> S. Sterling-Okuniewski, *Dur wysypkowy*, Lwów-Warszawa 1922, Wydawnictwo Lekarskie Książnicy Polskiej, s. 33-65.

padków, a 6500 przypadków duru plamistego na rok 1941-1942.<sup>19</sup>

Habilitation w swej pracy dokładnie opisuje zmiany narządowe w przebiegu duru plamistego, wcześniej zgłaszane w piśmiennictwie naukowym z tej dziedziny. Dr Penson wykazuje ich cykliczność oraz powiązanie z konkretnymi typami zachorowań: (...) *na obraz duru plamistego składają się rozległe zmiany anatomiczne, zlokalizowane we wszystkich drobnych naczyniach ustroju, a przede wszystkim w mózgu, rdzeniu przedłużonym i w układzie wegetatywnym, co pociąga za sobą porażenie najważniejszych procesów życiowych, jak np. świadomości, oddychania, krążenia obwodowego. Nic też dziwnego, że obraz kliniczny jest niezmiernie barwny, trudny do ujęcia w ramy schematu, gdyż zależy od tego, które narządy są najbardziej dotknięte zmianami typowymi dla duru plamistego. Nietypowe na przykład krwotoki z dróg oddechowych lub z przewodu pokarmowego. Istnieją jednak cechy wspólne dla wszystkich typów duru plamistego, są nimi objawy mózgowo, które w różnej postaci i w różnym nasileniu występują we wszystkich przypadkach jako najbardziej charakterystyczny zespół objawów*<sup>20</sup>.

Literatura naukowa z tej dziedziny dotychczas podawała przebieg ciepłoty o typie ciągłym.<sup>21</sup> W obserwacjach Doktora Pensona obok krzywej ciągłej obserwowano liczne krzywe o typie przerywanym i o typie heptycznym, zwłaszcza w końcowym okresie schorzenia. Spadki ciepłoty obserwowane w końcu pierwszego i na początku drugiego tygodnia choroby, to wyraz ciężkiego przebiegu choroby i objaw zaczynającego się zapalenia mózgu. Ponowny wzrost temperatury zwiastował poprawę. Czasem jednak chorzy wracali do zdrowia, mając niską temperaturę.

W durze plamistym występuje niskie ciśnienie tętnicze krwi. Niektórzy autorzy twierdzą, że jest to spowodowane niewydolnością nadnerczy<sup>22</sup>.

W związku z tym zagadnieniem habilitation przedstawia swój pogląd związany z obserwowanymi zmianami naczyniowymi i okołonaczyniowymi w postaci guzków Fraenkla, które występują w dnies komory czwartej i w rdzeniu przedłużonym. W tych miejscach znajdują się ośrodki: naczynioruchowy i oddechowy. Do porażenia naczyń obwodowych przyczyniają się również zmiany w zwojach układu sympatycznego oraz w gruczołach dokrewnych powiązanych czynnościowo z układem sympatycznym. W po-

<sup>19</sup> J.Penson, op.cit., s. 19-20.

<sup>20</sup> U wszystkich zmarłych stwierdzono na sekcji ten sam obraz – obfite krwawienia mięszone ze śluzówki jelita cienkiego lub grubego. Powyżej i poniżej miejsca krwawiącego nie znajdowano żadnych zmian (Stein i Gilde).

<sup>21</sup> *Ciepłota jest zazwyczaj wysoka, dochodzi do niekiedy do 40 stopni. Okres podniesionej ciepłoty trwa 10-12 dni w przebiegu zwykłym, w przypadkach ciężkich lub powikłanych dłużej. Ciepłota jest stale podniesiona do wysokich granic, wahania są stosunkowo nieznaczne (do 1 stopnia, rzadko więcej), tak, iż otrzymuje się prawie ciągłą krzywą ciepłoty. S. Sterling – Okuniewski, Podręcznik chorób zakaźnych, Lwów – Warszawa 1924, Książnica – Atlas, zeszyt III, s. 200-201.*

<sup>22</sup> S. Thaddea, *Die nebennierenrinde*, 1936.

równaniu z innymi chorobami zakaźnymi w durze plamistym występuje długotrwały spadek ciśnienia. Takie zmiany były obserwowane i u hipotoniaków, i u hipertoniaków. Spadki ciśnienia tętniczego opisywane w dostępnym piśmiennictwie to max. 70 mm Hg<sup>23</sup>. Badania habilitanta nie potwierdzają tego, gdyż obserwowane przypadki duru plamistego przebiegały z ciśnieniem max. 50 – 60 mm Hg, bez współistnienia zapaści<sup>24</sup>.

Autor informuje, że w dostępnym piśmiennictwie nie ma opisu obserwowanych przez badaczy zmian naczyniowych pod postacią sinicy plamistej. Zmiany te występowały przede wszystkim na grzbiecie stopy chorego, w okolicy kostek i na łądźwiach. Plamy te pojawiały się w końcu pierwszego lub w drugim tygodniu choroby i nie miały nic wspólnego z wysypką. Wystąpienie tych plam z a w s z e zwiastowało zgon. W badaniach histopatologicznych stwierdzono rozległe nacieki wokół naczyń krwionośnych, z ich zupełnym zczopowaniem, martwicę ścian naczyń, liczne wybroczyny oraz martwicę skóry i tkanki podskórnej. Wyciągnięto wniosek, że obraz sinicy plamistej świadczy o szczególnej złośliwości zakażenia.

Autor pracy nie stwierdził zależności między występowaniem martwicy i zgorzeli w łączności z niskim ciśnieniem tętniczym krwi.<sup>25</sup>

Najbardziej interesowały habilitanta zmiany w nerkach i czynnościowa wydolność nerek w związku z badaniami nad przemianą azotową w durze plamistym.

W każdym śmiertelnym przypadku duru w badaniu sekcyjnym stwierdzano różnego stopnia zwyrodnienia mięszkowe komórek kanalików nerkowych, poza tym dość często znajdowano wylewy krwawe w kłębkach nerkowych.<sup>26</sup> Podczas obu epidemii duru plamistego nie stwierdzono u pacjentów zapalenia kłębków nerkowych ani w czasie trwania choroby, ani po wyzdrowieniu.<sup>27</sup>

Częstym objawem w durze plamistym jest oliguria różnego stopnia. Jej szczyt w obserwowanych epidemiach przypadał na 9–12 dzień choroby. Jeżeli dochodziło do anurii i trwała ona dłużej niż 2–3 doby, wówczas rozwijała się śpiączka i następowała śmierć pacjenta. W badaniach laboratoryjnych oznaczano poziom mocznika, który stale narastał. W badaniach histopatologicznych zmarłych z objawami bezmoczności nie znaleziono mikroskopowych i makroskopowych zmian, które by tłumaczyły bezmoczność.

Jeżeli oliguria nie przechodziła w bezmoczność lub jeśli bezmoczność trwała jedną lub półtorej doby w końcu drugiego tygodnia, to wraz z poprawą ogólną występował dość nagły i bardzo obfity wielomocz określany jako „przełom

<sup>23</sup> L. Aschenbrenner, Bayer, op.cit..

<sup>24</sup> J.Penson, op.cit., s. 36.

<sup>25</sup> M. Munk, *Spezialistische pathology und Therapy der inneren Krankheiten*, 1923.

<sup>26</sup> Obraz ten opisał M. Munk i nazwał „infektnephritis”, czyli toksyczne uszkodzenie naczyń włosowatych kłębka bez cech zapalnych.

<sup>27</sup> J.Penson, op. cit., s. 53

moczowy”. Wielomocz występował przez kilka dni, po czym ilość moczu wracała do normy. Inni autorzy (Munk, Pletniow) też zwracali uwagę na wielomocz w durze plamistym.<sup>28</sup> Obserwowane przez doktora Penson ilości moczu nie przekraczały 3-4 litrów na dobę.

Badania azotemii u chorych na dur plamisty potwierdziły tezę, iż hiperazotemia jest objawem bardzo częstym i to różni dur plamisty od innych chorób zakaźnych, w których nie obserwuje się tak wysokich poziomów związków azotowych. Azotemia w durze plamistym dochodziła do 500-600 mg%.

W swojej pracy habilitacyjnej doktor Penson zwrócił uwagę na następujące nowe fakty nieopisane dotychczas, a które zaobserwował w przebiegu duru plamistego:

- Istnienie ostrej niedomogi nerek bez wyraźnych zmian morfologicznych w nerkach. Zmiany te powodują bezmocz i są związane z zaburzeniem gospodarki wodnej i elektrolitowej. Zwykle, jeśli chory nie umierał z powodu ostrej niedomogi nerek, po okresie bezmoczu rozwija się poliuria, co dr Penson nazwał „przełomem nerkowym”.
- W ciężkich przypadkach duru obniża się ciśnienie tętnicze krwi, co jest wynikiem toksemii i zaburzeń gospodarki wodnej.
- Pojawienie się zmian naczyniowych skóry pod postacią sinicy plamistej zwykle poprzedza zgon pacjenta.
- Istnienie rozległych zmian w drobnych naczyniach, zwłaszcza w układzie wegetatywnym chorego.

Na podstawie przeprowadzonych badań Autor w swej pracy odrzucił obowiązujący dotąd pogląd, że zmiany w gospodarce wodnej i azotowej zależą od zaistniałych uszkodzeń patologicznych w śródmózgowiu i przysadce mózgowej, co określano jako *diencephalitis exanthematia*. Doktor Penson za przyczynę tych zmian uznał niewydolność nerek. Wykazał, że w durze plamistym występuje szczególny rodzaj niewydolności nerek ze skąpomoczem lub bezmoczem, co przy pomyślnym przebiegu choroby może doprowadzić do następowej poliurii, czyli tzw. „przełomu moczowego” z wydalaniem znacznej ilości mocznika. W przebiegu zaś niepomyślnym anuria doprowadza do śmierci pacjenta. Ta niewydolność nerek różni się od znanych dotychczas ostrych i podostrych ich zapaleń tym, że pośmiertnie nie znajduje się zmian makro-, ani mikroskopowych w nerkach. Doktor Penson przyjął, że w durze dochodzi do zmian czynnościowych w komórkach nerkowych i jak pisze: *Sprawa ta w dostępnym nam piśmiennictwie nie była dotąd poruszana*. Opisał też równoległe i niezależnie z E. Bywaterem<sup>29</sup> (1941 r.) tzw. *crush syndrome*, czyli zespół dolnego nefronu – jedną z postaci ostrej niewydolności nerek – w tym przypadku wyzwalaną chorobą zakaźną.

<sup>28</sup> M. Munk notował 6-8 litrów moczu na dobę.

<sup>29</sup> E. Bywater, D. Beall, *Crush injuries with impairment of renal function*, Londyn 1941, British Medical Journal, Nr 4185, s. 427-434.



Praca habilitacyjna doktora Jakuba Penson'a to rozprawa o szczególnym charakterze, gdyż zawiera opis dwóch epidemii duru plamistego rozwijających się w warunkach tragicznie ekstremalnych – w okupacyjnych realiach Warszawskiego Getta. Jest jedną z nielicznych publikacji naukowych, które powstały w oparciu o materiał badawczy zgromadzony w getcie przez badacza, który przez okna swojego szpitala widział piekło Umslagplatzu, skąd w ciągu sześciu tygodni wywieziono na miejsce zagłady 300 tysięcy Żydów. Pracę tę napisał człowiek żyjący w niepewności jutra, narażony na całą gamę zagrożeń i prześladowań. Rozprawa ta powstała w oparciu o materiał badawczy uzyskiwany w nieludzko zatłoczonym szpitalu, w którym na oddziałach zakaźnych leżało po dwóch chorych na jednym łóżku, natomiast lekarzy było stosunkowo niewielu.

To oczywiste, że doktor Penson nie miał moralnego obowiązku prowadzenia badań naukowych w warunkach spotęgowanego zagrożenia zdrowia i życia, ale on tej obiektywnej prawdy nie respektował. Gromadził materiał badawczy, heroicznie walcząc o życie swoich pacjentów, a kim dla nich był, o tym świadczy fragment satyrycznego wykładu Jego ucznia, doktora Jerzego Szapiro, zatytułowany *Tyfus od kuchni*<sup>30</sup>: *Jeżeli (...) stan (pacjenta) jest ciężki, to wzywa się albo Pana Boga, albo Penson'a. Z tej dwójki ostatnio Penson jest znacznie modniejszy. Penson jest złapać bardzo trudno, bo on już zwykle w poprzedni czwartek ma zamówione 24 wizyty na przyszły piątek.*



Fot 78. Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego (ze zbiorów Uniwersytetu Łódzkiego).

<sup>30</sup> red. K. Łodziński, *Tajne studia medyczne w Warszawie. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, Warszawa 2004, Wydawnictwo Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, suplement do tomu CXXXIX, Nr. 7/2003, s. 279.



*Fot 79. Profesor J. W. Grott (1894-1973) ze zbiorów rodzinnych.*

Życiorys

Urodziłem się 24.4.1899r. w Płocku. Uczęszczałem do Gimn. im. Wł. Jagiełły w Płocku, gdzie w 1918r otrzymałem maturę. Po powrocie z wojska w 1921r rozpocząłem studia lekarskie na Uniw. Warsz., które ukończyłem w 1927r. W ciągu roku pracowałem na I-ej Klinice Wewn. Uniw. Warsz. Od 1929r - w Szpitalu Miejskim na Czystym w Warszawie, jako wolontariusz, a następnie jako st. asystent etatowy. Do roku 1938 ogłosiłem szereg prac klinicznych, drukowanych w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. W 1939r zostałem ordynatorem oddziału w Szpitalu na Czystym; stanowisko to zajmowałem do września 1942r. Z powodu wybuchu wojny i szerzenia się epidemii duru plamistego w getcie, oddział został przekształcony na zakaźny. Pomimo b. ciężkich warunków, postanowiłem wykorzystać dla celów naukowych olbrzymi materiał duru jakim rozporządzaliśmy i opracowałem wraz ze swymi asystentami szereg zagadnień dotyczących duru plamistego. Niestety wszyscy moi współpracownicy, z wyjątkiem 2-ech, zginęli z rąk oprawców niemieckich. Przepadły również rękopisy oraz protokoły posiedzeń klinicznych Szpitala Czyste, na których wielokrotnie referowane były wyniki naszych prac. W pracy habilitacyjnej, ogłoszonej w 1946r w Polskim Tygodniku Lekarskim, uwzględnione są niektóre wyniki wyżej wymienionych badań. Obszernie omówione zostały zagadnienia krążenia obwodowego oraz wyniki własnych badań nad przemianą azotową i chlorową w durze plamistym i innych schorzeniach zakaźnych, którymi to sprawami zajmowałem się specjalnie w ciągu 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> rocznej pracy na stanowisku ordynatora.

W roku 1941-42 prowadziłem wykłady z dziedziny chorób wewnętrznych dla studentów 4 i 5-go roku medycyny na tajnych kursach w Warszawie.

Od marca 1945-48 jestem st. asystentem I-ej Kliniki Wewnętrznej Uniw. Łódzkiego.

W ciągu 1948r wszystkie przepisane etapy postępowania habilitacyjnego i w maju tegoż roku zostałem przedstawiony przez Wydział Lek. Uniw. Łódz. jako kandydat do "veniam legendi".

\* Jakub Pensson

Fot 80. Życiorys Jakuba Penssona (z akt Uniwersytetu Łódzkiego).

*Wykaz prac J. Penson w r. akt. 1948/49*

- 1./ Cwiczenia ze studentami.
- 2./ Przebył w bieżącym roku poszczególne etapy habilitacyjne i 28.5.b. uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego został przedstawiony do Senatu jako kandydat na uzyskanie stopnia veniam legendi przy Uniw. Łódzki
- 3./ Demonstrował w 1947/48 r. następujące przypadki:
  - a/ Przypadek anemii aplastycznej z ostrym odczynem białaczkowym przedśmiertnym - Lek. Tow. Naukowe w Łodzi.
  - b/ Przypadek śpiączki cukrzycowej z objawami oponowymi w przebiegu epidemicznego zapalenia wątroby - Tow. Intern. w Łodzi
- 4./ Wygłosił w 1947/48r. następujące referaty:
  - a/ Trudności leczenia penicyliną i próba ich zwalczania / zpokazem przypadku / - Lek. Tow. Naukowe w Łodzi.
  - b/ Retikulozy / Siatkowice / w świetle nowych poglądów - Posiedzenie szpitalne.
  - c/ O nadciśnieniu doświadczalnym i jego klinicznym znaczeniu - Posiedzenie Szpitalne.
- 5/ Przygotowuje do druku następujące prace:
  - a/ O wzajemnym stosunku między białaczką i uszkodzeniem czynności szpiku kostnego.
  - b/ Epidemiczne zapalenie wątroby.

I Klinika Chorób Wewnętrznych  
Uniwersytetu Łódzkiego  
Łódź, ul. Kopcińskiego 22

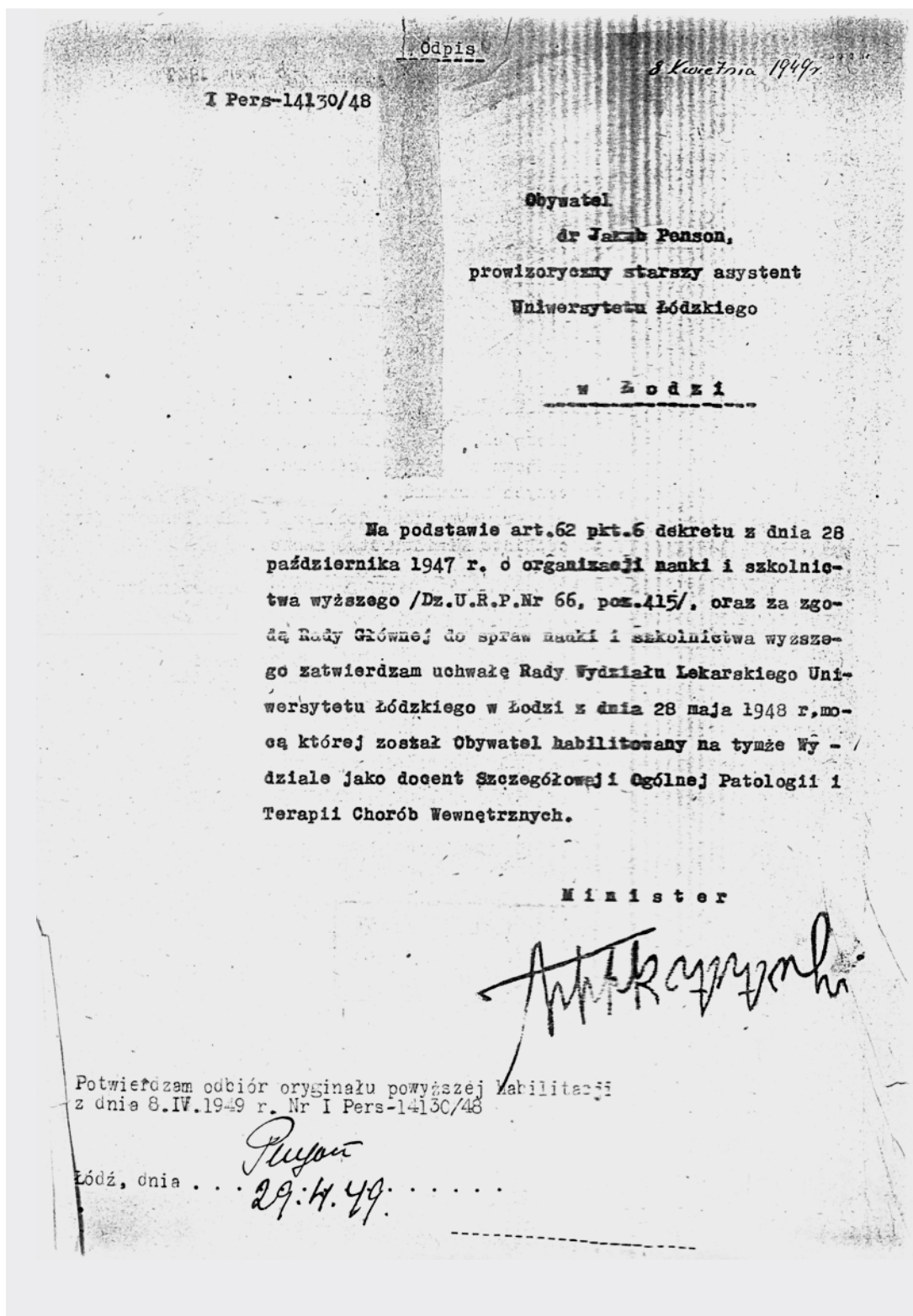
Dr. med. J. Penson

*Powoduję się na wyżej wymieniony  
wykaz prac J. Penson  
znajdujący się w trakcie habilitacji.  
prośbę o przedłożenie samej uchwały  
st. asystent kliniki na rok akt. 1948/49*

*Lm. 11/11/49*

*J. W. Gm*  
Dr. med. J. Penson  
Klinika chorób wewnętrznych  
61-604, Narutowicza 120 m. 5

Fot 81. Wykaz prac Jakuba Penson (z akt Uniwersytetu Łódzkiego).



Fot 82. Zaświadczenie o habilitacji Jakuba Pensona (z akt Uniwersytetu Łódzkiego).

## Rozdział V

### AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

Po zatwierdzeniu uzyskanej w 1949 roku na Uniwersytecie Łódzkim habilitacji, Jakub Penson przeprowadził się do Gdańska i zamieszkał w tym mieście wraz z żoną przy ul. Lipowej 29<sup>1</sup>. Tak zaczął się gdański rozdział jego życia, najdłuższy i najważniejszy zarówno dla jego kariery zawodowej, jak i życia osobistego. W Gdańsku owdowiał w 1952 roku<sup>2</sup> i tu po raz wtóry ożenił się z lekarką Joanną Muszkowską. W tym mieście, w 1954 roku, przysłała na świat jego jedyna córka, Anna<sup>3</sup>, która obecnie – jako profesor medycyny w Glasgow – tak chlubnie kontynuuje naukowe pasje rodziców.

Przyjazd do Gdańska związany był z awansem zawodowym, jakim było mianowanie Jakuba Pensa na profesora nadzwyczajnego Akademii Lekarskiej w Gdańsku oraz powierzenie mu funkcji kierownika nowo powstałej przy tej uczelni III Kliniki Chorób Wewnętrznych<sup>4</sup>. Powołanie tej placówki stało się możliwe na mocy rozporządzenia ówczesnego Ministra Zdrowia z dnia 30. 12. 1948 roku<sup>5</sup>. Zadaniem Kliniki było zaspokojenie rosnących potrzeb usługowych i dydaktycznych gdańskiej uczelni.

#### 5. 1. Kliniki Chorób Wewnętrznych

III Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku oficjalną działalność rozpoczęła 1 października 1949 roku. Początkowo, do marca 1950 roku, swoją siedzibę miała w Szpitalu Miejskim, w Oddziale Chorób Wewnętrznych przy ul. Świerczewskiego<sup>6</sup>. Następnie, na polecenie Ministerstwa Zdrowia, została przeniesiona do odremontowanego budynku dawnego Szpitala ss. Boromeuszek przy ul. Śłuza 9/10<sup>7</sup>. Od początku działalności w nowym miejscu klinika liczyła 200 łóżek. Plany zakładały zwiększenie ich liczby do 250.

Dostępne źródła podają, że profesor Penson organizował klinikę od podstaw wspólnie z bardzo młodą kadrą liczącą ośmiu asystentów, w tym trzech lekarzy i pięciu absolwentów medycyny, którzy równocześnie w tym

<sup>1</sup> Archiwum Akademii Medycznej w Gdańsku (dalej AAMG), Akta osobowe Jakuba Pensa (dalej AoJP), nr. 263/12, zaświadczenie nr. K – III – 2 – 8489/49, s. 5.

<sup>2</sup> USC w Gdańsku Odpis skrócony aktu zgonu, nr. 722/1952, Maria Janina Penson zmarła 15.04.1952 r. w Gdańsku.

<sup>3</sup> AAMG, AoJP, nr. 263/12, Odpis skrócony aktu urodzenia nr 6587/54, s. 15.

<sup>4</sup> AUŁ, AoJP, nr. 2143, Dokument nr. I Pers. 17077/49, akta nieuporządkowane.

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.12.1948 r. (Dz. U. Nr. 3/1949 poz. 17). E. Sieńkowski, *Zarys dziejów Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-19791)*, Annales Academiae Medicae Gedanensis, 1971, 1, s. 64-69. Z. Machaliński, *Wokół genezy i początków Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1959)*, Gdańsk 1998, Wydawnictwo Akademia Medyczna w Gdańsku, T 1, s. 107.

<sup>6</sup> Obecnie ul. Nowe Ogrody.

<sup>7</sup> Szpital założony przez siostry boromeuszki w 1852 r. mieszczący się przy ul. Śłuza, następnie przy ul. Łąkowej, obecnie ul. Kieturakisa. Z. Machaliński, *Geneza i początki Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1950) wybór źródeł*, Gdańsk 1999, Wyd. AMG, T 2, s. 152, s. 172.

samym czasie zdawali egzaminy dyplomowe<sup>8</sup>. Liczba etatów w oddziałach szpitalnych była o połowę mniejsza niż obecnie<sup>9</sup>. Jak wynika z dokumentów zachowanych w Archiwum Państwowym w Gdańsku, personel naukowy III Kliniki Chorób Wewnętrznych w dniu 1 października 1949 r. stanowili: dr med. Władysław Arciszewski – ćwiczenia zleczone, dr med. Michał Goydź – ćwiczenia zleczone, dr med. Alina Trenkner – ćwiczenia zleczone, lekarz Janina Markiewicz – starszy asystent, Irena Chachaj – absolwentka medycyny, na stanowisku młodszego asystenta oraz kierownik kliniki – prof. Jakub Penson<sup>10</sup>. Jak wynika z dokumentów archiwalnych, skład osobowy Kliniki w roku 1949/1950 stanowili: kierownik – prof. Jakub Penson, starszy asystent – Janina Markiewicz, młodszy asystent – Irena Chachaj<sup>11</sup>. Z danych wynika, że Klinika posiadała trzy etaty, a pozostali asystenci byli zatrudnieni na umowy zlecenia.

W latach czterdziestych XX wieku tworzone duże kliniki, studwudziestołózkowe. Na czele każdej z nich stał samodzielny pracownik naukowy – profesor. W latach pięćdziesiątych na kierowników klinik zaczęto powoływać docentów, a nominacje te były wynikiem ich dorobku naukowego, a nie uzyskanej habilitacji. W klinice kierowanej przez prof. Jakuba Pensa tytuł i stanowisko docenta uzyskał w taki sposób Tadeusz Dyk. Ten tryb powoływania samodzielnych pracowników nauki sprzyjał mianowaniu na te stanowiska bardzo dobrych praktyków, co korzystnie wpływało na kształcenie kadry naukowej uczelni i studentów. Po przemianach, jakie dokonały się w roku 1956, wprowadzono nową ustawę o szkołach wyższych, która usankcjonowała drogę awansu pracowników nauki poprzez przeprowadzenie przewodów doktorskich i habilitacyjnych.

W klinice kierowanej przez profesora Pensa od początku jej istnienia prowadzono wykłady i ćwiczenia dla studentów Wydziału Lekarskiego AMG. W tamtym czasie klinika obsługiwała jeden rok studiów, a więc Profesor prowadził wykłady przez cały rok dla jednego rocznika studentów, względnie po kolei dla tego rocznika przez trzy lata. Miało to duże znaczenie wychowawcze, gdyż kontakt studenta z wykładowcą stawał się w takim przypadku bliższy, co bardzo korzystnie wpływało na proces wszechstronnego kształcenia przyszłego lekarza. Obecnie, w dobie dynamicznego rozwoju medycyny, nikt nie jest w stanie wyłożyć całego programu chorób wewnętrznych, gdyż poszczególne wąskie specjalizacje mają swoją specyfikę nie tylko badawczą, ale i leczniczą. Znakomicie prowadzone, rzeczowe

<sup>8</sup> *Jakub Penson (1899-1971) od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski Gdańsk 2005, Via Medica, s.26.

<sup>9</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, 25, supl. 1, s.125-138.

<sup>10</sup> Archiwum Państwowe Gdańsk (dalej APG), Akta Akademii Medycznej w Gdańsku (dalej AAMG), nr. 1318/463, Skład osobowy III Kliniki Chorób Wewnętrznych, s. 46.

<sup>11</sup> APG, AAMG, nr. 1318/463, Skład osobowy III Kliniki Chorób Wewnętrznych, s. 84.

i krytyczne wykłady Profesora ściągały do ciasnej i niewygodnej sali wykładowej licznych słuchaczy. Profesor miał opinię znakomitego wykładowcy, który trudne zagadnienia przedstawiał w sposób niezwykle prosty i zrozumiały dla studentów. Notatki z wykładów Profesora prowadzone przez studentkę Genowefę Rojszyk, poprawione i uzupełnione przez Profesora, zostały wydane w formie skryptu<sup>12</sup>. Profesor Penson prowadził także część wykładów z fizjologii w Katedrze i Zakładzie Fizjologii AMG w roku akademickim 1950/1951<sup>13</sup>.

III Klinika Chorób Wewnętrznych zajmowała się zagadnieniami nefrologicznymi, hematologicznymi i problemami elektrokardiografii. Na tematykę działalności naukowej tej placówki miała również ogromny wpływ epidemiologia. W tym czasie nie zajmowano się jeszcze epidemiologią chorób niezakaźnych, a w medycynie światowej zaczęto dopiero dostrzegać potrzebę takich badań. Pierwsze istotne prace powstałe w klinice dotyczyły zatem chorób zakaźnych. Pamiętajmy, iż był to okres poprzedzający erę antybiotyków, dopiero od niedawna na szerszą skalę zaczęto stosować penicylinę i streptomycynę w leczeniu gruźlicy.

Ówczesna kardiologia, która wtedy nie była jeszcze odrębną specjalnością, poza chorobami serca interesowała się także chorobą reumatyczną i jej powikłaniami, a szczególnie endocarditis lenta. Toteż pierwsze doktoraty prowadzone przez profesora dotyczyły tych zespołów. Przykładem są: dr Konstanty Leonowicz<sup>14</sup> oraz dr Joanna Muszkowska-Penson<sup>15</sup>, którzy zajęli się diagnostyką endocarditis lenta i z tego zakresu doktoryzowali się.

Prof. Jakub Penson był szczególnie zainteresowany chorobami nerek, o czym świadczy fakt, iż jego praca habilitacyjna dotyczyła epidemii duru plamistego w getcie i powikłań nerkowych w tej chorobie. Z powodu niezwykle trudnej sytuacji epidemiologicznej w biednym, zniszczonym wojną kraju, większość prac z zakresu nefrologii dotyczyła ostrego zapalenia kłębków nerkowych i wynikających z tego powikłań, które w erze przed antybiotykowej – podobnie jak choroba reumatyczna – były chorobami często występującymi. Każdy pacjent był poddany badaniu autopsyjnemu. Stąd liczne prace na temat zmian sercowych w ostrym zapaleniu kłębków nerkowych.

Często w tym czasie powikłaniem procesów ropnych i gruźlicy była skrobiawica nerek. Asystenci kliniki pod kierunkiem Profesora zajęli się tym powikłaniem. Publikacje polskie dotyczące skrobiawicy w porównaniu

---

<sup>12</sup> J. Penson, *Skrypt z wykładów o chorobach wewnętrznych*, Gdańsk 1961, Wydawnictwo Akademii Medycznej Gdańsk, s. 180.

<sup>13</sup> E. Kruszewska-Majewska, W. Juzwa, *Katedra i Zakład Fizjologii. 50 lat Akademii Medycznej w Gdańsku*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, supl. 2, s. 317-328.

<sup>14</sup> Konstanty Leonowicz, *Elektroforeza bibułowa białek surowicy w gośćcowym i podoстрыm bakteryjnym zapaleniu wsierdza. Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze*, 1957, promotor – prof. J. Penson.

<sup>15</sup> Joanna Muszkowska-Penson, *Biopsja skóry w bakteryjnym zapaleniu wsierdza*, 1962, promotor prof. J. Penson



z publikacjami zamieszczonymi w czasopismach zagranicznych różniły się przede wszystkim ilością materiału badawczego, na podstawie którego przeprowadzano analizę. Tam choroba była opisywana na podstawie kilkunastu przypadków, a klinika AMG bez trudu zgromadziła i zanalizowała sto przypadków<sup>16</sup>. Choroba ta stała się tematem pracy habilitacyjnej prof. B. Krupa-Wojciechowskiej z 1969 r., zatytułowanej: *Diagnostyka, kliniczna i dynamika skrobiawicy nerek na podstawie 103 przypadków obserwowanych w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG*<sup>17</sup>.

Profesor w pracy klinicznej preferował działalność zespołową. W czasie jego pracy w III Klinice Chorób Wewnętrznych została nawiązana ścisła współpraca naukowa z Kliniką Chirurgii i jej szefem, prof. Zdzisławem Kieturakisem. Stało się to nawet inspiracją do pisania takich oto żartobliwych wierszyków: *Pije Kuba do Jakuba, Jakub do Zdzisława. Kieturakis no i Penson to Śluzę podstawa. Kto z nami nie pije, na pewno wyżyje. Jeden truje, drugi sieka – wychodzi kaleka*<sup>18</sup>. Konsylia z udziałem prof. Z. Kieturakisa miały charakter dydaktyczny dla asystentów kliniki, a podejmowane wspólnie decyzje pozwalały ustalić optymalne postępowanie dla konsultowanego pacjenta. Stało się także zwyczajem, że podczas operacji pacjentów z kliniki na sali operacyjnej był obecny Profesor, a jeżeli pełnione przez Profesora obowiązki na to nie pozwalały, na sali operacyjnej znajdował się adiunkt kliniki, zobowiązany do przedstawienia Profesorowi i zespołowi kliniki przebiegu operacji i uzyskanych w jej wyniku efektów leczniczych. Owocem tej współpracy był dokonany w 1963 r. przez prof. Kieturakisa, po raz pierwszy w Polsce, zabieg wszczepienia elektrycznego rozrusznika serca u chorego z zespołem Morgagniego-Adamsa-Stokesa.

Profesor Penson zajął się diagnostyką guzów chromochłonnych nadnerczy, kierując chorych do leczenia operacyjnego, do Kliniki Chirurgii na długo przed pojawieniem się objawów powikłań. Zespół profesora Kieturakisa od 1959 r. rozpoczął operacje nadnerczy w guzach chromochłonnych nadnerczy<sup>19</sup>.

W styczniu 1956 r. zmarł nagle prof. Stanisław Wszelaki, kierownik II Kliniki Chorób Wewnętrznych, świetny klinicysta i wykładowca<sup>20</sup>. Pod jego redakcją powstał podręcznik dotyczący chorób zakaźnych *Ostre choroby zakaźne*, w którym zostały opisane doświadczenia kliniczne jego i współautorów, którymi byli m.in. prof. Jakub Penson i doc. Tadeusz Dyk.

<sup>16</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii*. Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, 25, supl. 1, s.125-138.

<sup>17</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Diagnostyka kliniczna i dynamika skrobiawicy nerek na podstawie 103 przypadków obserwowanych w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG*, Gdańsk 1969, Wydawnictwo Akademia Medyczna w Gdańsku, ss. 47.

<sup>18</sup> J. Borowska-Lehmann, *Księga pamiątkowa absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku rocznika 1951*, Gdańsk 2001, Wydawnictwo AMG, s. 21-22.

<sup>19</sup> Ośrodek gdański był jednym z pierwszych w Polsce, uznanych i zajmujących się chirurgią nadnerczy.

<sup>20</sup> *Jakub Penson (1899-1971) Od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. W. Makarewicz, B. Rutkowski, Gdańsk 2005, Via Medica, s. 26-27.

Po śmierci prof. Wszelakiego przez sześć miesięcy kliniką kierował mianowany na to stanowisko doc. Władysław Kierst.

28 czerwca 1956 r. J. Penson otrzymał tytuł profesora zwyczajnego<sup>21</sup>.

12 lipca 1956 r. prof. Penson obejmuje II Klinikę Chorób Wewnętrznych i z całym zespołem przeprowadza się ze szpitala przy ul. Śluza do szpitala przy ul. Dębinki. Profesor kierował Kliniką aż do przejścia na emeryturę, to jest do 1969 r. Po przeniesieniu się prof. Penson do II Kliniki Chorób Wewnętrznych z dawnego zespołu Profesora Wszelakiego pozostał w niej dr Leon Terczyński. Do zespołu prof. Jakuba Penson dołączył dr Andrzej Manitiusz, który swą pracę doktorską obronił w Zakładzie Biochemii<sup>22</sup>. W roku akademickim 1957/1958 według informatora Akademii Medycznej skład osobowy Katedry i II Kliniki Chorób Wewnętrznych przedstawiał się następująco: kierownik kliniki – Profesor Jakub Penson, adiunkci: dr Stanisław Nielubszyc, dr Leon Terczyński. Starsi asystenci: dr Ludwik Mirecki, lek. Stefania Horoszek, lek. Mirosław Kalinowski, lek. Konstanty Leonowicz, lek. Andrzej Manitiusz, lek. Joanna Muszkowska-Penson, lek. Karol Skalski, lek. Irena Stalewska – Nielubszyc, lek. Władysław Wermut, lek. Barbara Żelewska; asystenci: lek. Anna Budny – Liberek, lek. Barbara Krupa, lek. Janina Lesińska, lek. Regina Loss-Fisior, lek. Tadeusz Tokarczyk; laboranci: Alicja Kowalczyk, Stefania Szantyr, Maria Weiss i mgr. biol. Sabina Krawczyk<sup>23</sup>.

Klinika zaczęła szybko rozwijać się pod względem naukowo-badawczym, dydaktycznym i leczniczo-usługowym. Dzięki Jakubowi Pensonowi jej profil badawczy znacznie się rozszerzył, ponieważ Profesor był otwarty na wszystko, co nowe w medycynie. Posiadał też umiejętność przewidywania kierunków rozwoju nauki w zakresie chorób wewnętrznych i praktycznego zastosowania badań naukowych w działaniu klinicznym.

Prof. Jakub Penson był znakomitym klinicystą. Jako pierwszy zrozumiał, iż nauki podstawowe zaczną się rozwijać samoistnie, wiedział, że lekarz nie jest w stanie zajmować się chorymi i jednocześnie prowadzić badania laboratoryjne, co było powszechną praktyką w klinikach przedwojennych. Dlatego do pracy w laboratoriach przyjął chemików i podjął decyzję o utworzeniu w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr. 1, Pracowni Biochemii Klinicznej, której prowadzenie powierzył dr med. S. Angielskiemu<sup>24</sup>.

Dzisiaj wydaje się to nieprawdopodobne, ale kamieniem milowym roz-

<sup>21</sup> AAMG, AoJP, nr. 263/12, Pismo CK – II – 2c – 28/56, s. 27.

<sup>22</sup> A. Manitiusz, *Zawartość potasu w surowicy krwi ludzi zdrowych. Normy, wpływ różnych warunków fizjologicznych, właściwy sposób pobierania krwi i przygotowywania surowic*, 1956, promotor prof. W. Mozołowski.

<sup>23</sup> *Informator na rok akademicki 1957/1958*, Gdańsk 1957, Wydawnictwo AMG, s. 46-47.

<sup>24</sup> Pismo z 14.12.1963 r., nr. R 1111/63. Uchwała Senatu AMG z dnia 13. 12. 1963 r., związana z organizacją Pracowni Biochemii Klinicznej, która była początkiem Ośrodka Naukowo-Badawczego AMG. Pracowni przyznano trzy etaty. Dzięki życzliwości Profesora Penson czasowo udostępniono na pracownię, opróżnioną kuchnię Oddziału II Kliniki Chorób Wewnętrznych. S. Angielski, *Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, Tom XXV, supl. 2, s. 271-272.

woju współczesnej diagnostyki biochemicznej było wprowadzenie elektroforezy białek. Stąd liczne prace, które powstały w klinice na ten temat w diagnostyce zespołu nerczycowego i diagnostyce choroby reumatycznej oraz w endocarditis lenta. Na stałe do badań klinicznych włączono oznaczanie elektrolitów. Zajął się tym doktor, a następnie profesor Andrzej Manitius<sup>25</sup>, który pod kierunkiem prof. W. Mozołowskiego uzyskał doktorat na podstawie badań z przemiany potasowej, a w II Klinice habilitował się pod opieką Profesora<sup>26</sup>. Badania związane z gospodarką potasową były szczególnie istotne, gdyż w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych zaczęto powszechnie stosować diuretyki w leczeniu obrzęków, w niedomodze krążenia i zespole nerczycowym, a także w nadciśnieniu tętniczym.

Zagadnieniem, które niezmiernie pasjonowało profesora Penson, była diagnostyka nadciśnienia objawowego. Był on wówczas przekonany, podobnie jak inni, że z wielkiej grupy chorych na nadciśnienie samoistne uda się wyodrębnić coraz więcej przypadków operacyjnych. Stąd jego entuzjazm i publikacje dotyczące nadciśnienia naczyniowo-nerkowego w przebiegu aplastycznej nerki czy zmian gruczliczych.

Profesor interesował się również endokrynologią, a zwłaszcza nadczynnością tarczycy. Jego uczeń, dr Leon Tenczyński, rozwinął endokrynologię w sposób zupełnie nowoczesny. Był on inicjatorem i organizatorem Wojewódzkiej Poradni Endokrynologicznej. Razem z doktorem Andrzejem Snarskim wprowadził oznaczanie hormonów tarczycy metodą radioimmunologiczną, co stanowiło wówczas postęp w tej dziedzinie badań.

Rok 1956 oraz kilkuletni okres po „październiku” cechowało szeroko pojęte otwarcie na świat, które stworzyło możliwość nawiązywania kontaktów zagranicznych i współpracy z wiodącymi ośrodkami klinicznymi. Profesor Penson uważał, że w związku z rozwojem światowej nefrologii dobrze byłoby, aby jego asystenci szkolili się w amerykańskich, a także francuskich i szwajcarskich ośrodkach klinicznych.

Profesor Penson w 1958 roku pięć tygodni przebywał w Paryżu, w klinice prof. J. Hamburgera, przez trzy tygodnie w klinice prof. M. Derot oraz dwa tygodnie w Szwajcarii u prof. F. Reubiego. Dzięki temu poznał wzorowo prowadzone ośrodki nefrologiczne zaopatrzone w sztuczną nerkę. Mógł też zaobserwować i docenić współpracę nefrologów, urologów, fizjopatologów w rozwiązywaniu zagadnień nefrologicznych. W tym czasie Profesor, zainspirowany postępowaniem we współczesnej mu nefrologii, planował powołanie do życia Ośrodka Dializoterapii w Akademii Medycznej w Gdańsku. Pragnąc zrealizować to przedsięwzięcie, wysłał swoich asystentów do czołowych ośrodków nefrologicznych na świecie, aby ich wiedza przyczyniła

<sup>25</sup> A. Manitius, *Niedobór potasu i jego wpływ na zdolność zagęszczania moczu*, 1963, praca habilitacyjna, kierownik J. Penson.

<sup>26</sup> L. Tenczyński, *Udział hormonu tyreotropowego w przemianie hormonów tarczycy w tkankach obwodowych*, 1965, praca habilitacyjna, kierownik J. Penson.

się do przyspieszenia realizacji programu badawczego w klinice w Gdańsku. I tak dr Andrzej Manitius i dr Władysław Wermut uzyskali stypendia Fundacji Rockefellera. Dr Władysław Wermut przebywał na Uniwersytecie w Illinois w Chicago<sup>27</sup>. Po powrocie do Gdańskiej Kliniki wprowadził do praktyki klinicznej biopsję nerek, co miało nie tylko duże znaczenie diagnostyczne, ale i naukowe. Na podstawie tej techniki dr Wermut habilitował się, w następstwie czego powstały liczne doktoraty. W tym czasie wprowadzono bowiem kortykoterapię i niezwykle istotna stała się wiedza na temat tego, co dzieje się w nerce pacjenta, gdyż warunkowało to właściwe postępowanie terapeutyczne. Dr Andrzej Manitius przebywał w Yale University School of Medicine<sup>28</sup>, gdzie pogłębiał swoją wiedzę z zakresu nefrologii i zaburzeń przemiany wodno-elektrolitowej. Obserwował prowadzone tam badania laboratoryjne. Nauczył się obsługiwać sztuczną nerkę i przeprowadzać dializę otrzewnową. Po powrocie zapoznał pracowników Gdańskiej Kliniki z organizacją i metodologią pracy naukowej w ośrodkach amerykańskich oraz z najnowszymi osiągnięciami nefrologii eksperymentalnej. Doktor Joanna Muszkowska-Penson<sup>29</sup> przebywała w 1960 r. w paryskiej klinice nefrologicznej prof. J. Hamburgera, skąd przywiozła francuski model igły do biopsji, co pozwoliło na rozpoczęcie biopsji nerek w gdańskiej klinice. Wprowadziła metodę mierzenia osmolarności osocza przy pomocy krioskopii termometrem specjalnie do tego celu przywiezionym z Paryża. W Instytucie Pasteura ukończyła kurs poświęcony immunoelektroforezie. Wprowadziła w klinice stosowanie badań elektroforetycznych i immunoelektroforetycznych osocza. Po powrocie z zagranicy wygłosiła też referaty na temat transplantacji nerek, nowych metod diagnostycznych w patologii nerek oraz organizacji pracy w paryskiej klinice. Doktor Barbara Krupa<sup>30</sup> przebywała w Pradze, w Instytucie Kardiologii i Chorób Nerek. Tam zapoznała się z zagadnieniami hemodynamiki układu krążenia ze szczególnym uwzględnie-

---

<sup>27</sup> APG, AAMG, nr. 1318/360, Sprawozdanie z pobytu dr W. Wermuta, s. 213-214, s. 219-224. Od 17.06.1961 r. do 14.06.1962 r. przebywał w grupie dr Karka na Uniwersytecie w Illinois i w Szpitalu Presbyterian St. Luke's. Dr Wermut nauczył się wykonywania i oceny histopatologicznej biopsji nerkowej metodą Karka-Muercke. Metoda ta znalazła zastosowanie w klinice Profesora Pensa. Nauczył się stosowania dializy otrzewnowej w ostrej niedomodze nerek. Dzięki swoim staraniom w American Relief for Poland, uzyskał 200 zestawów firmy Abbotta do wykonywania dializy. Ponadto zapoznał się z metodyką oznaczania przeciwciał przeciwjądrowych i clearance'u białkowego w toczniu rumieniowatym, przy użyciu mikroskopu fluorescencyjnego. W ciągu rocznego pobytu zyskał doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu różnych schorzeń nerkowych, w szczególności zespołu nerczycowego, lupus nephritis.

<sup>28</sup> APG, AAMG, nr. 1318/360, Sprawozdanie z pobytu dr A. Manitiusa w Yale University School of Medicine – New Haven Conn. s. 54-55, s. 215-216. Doktor Manitius przebywał od 1.07.1961 r. do 16.07.1962 r. w Yale University. Pracował w departamencie chorób wewnętrznych. Zajmował się nefrologią i zaburzeniami gospodarki wodno – elektrolitowej.

<sup>29</sup> APG, AAMG, nr. 1318/360, Sprawozdanie z pobytu dr J. Muszkowska-Penson, s. 127. Pobyt w Paryżu od 1.10.1960 r. do 31.12.1960 r.

<sup>30</sup> APG, AAMG, nr. 1318/360, Sprawozdanie z pobytu dr B. Krupy, s. 55-56. Pobyt w Pradze 04-09.1960 r.

niem choroby nadciśnieniowej. Poznała metodę prób czynnościowych nerek oraz metodę oznaczania przepływu krwi przez mięśnie metodą pletyzmograficzną oraz przez skórę metodą termodylucji. Doktor Stanisław Nielubszyc przebywał w Pradze, w Instytucie Chorób układu Krążenia i Nerek. W trakcie pobytu zapoznał się z pracami doświadczalnymi dotyczącymi nerek i nadciśnienia tętniczego. Opanował metodę określania rzutu minutowego serca wg. Stewarta – Hamiltona. Metodę tę wprowadzono w Klinice i wykorzystano w pracy *Rzut minutowy lewej komory serca i objętość krwi płucnej w przebiegu zwężenia lewego ujścia żylnego*<sup>31</sup>. Na posiedzeniach naukowych w Klinice przedstawił prace eksperymentalne, z którymi zapoznał się w Pradze<sup>32</sup>.

Metodą diagnostyczną, która rozwinęła się przy współpracy z Zakładem Fizyki Politechniki Gdańskiej, była technika izotopowa. Doktor Barbara Krupa-Wojciechowska uczestniczyła w zorganizowanym w Warszawie pierwszym kursie szkoleniowym dotyczącym tego zagadnienia. Rozpoczęto badania scyntygraficzne i badania hemodynamiczne. Doktor Henryk Rynkiewicz ukończył studium doktoranckie z zakresu techniki izotopowej a, zanim wyemigrował, stworzył nowoczesną jak na owe czasy placówkę, która potem stała się miejscem nie tylko badań diagnostycznych, ale i warsztatem naukowo-badawczym.

Dzięki staraniom prof. Jakuba Penson kupiono pierwszą sztuczną nerkę typu Kolffa-Watchingera<sup>33</sup>, która została uruchomiona w 1964 roku. Tu w zespole kierowanym przez ówczesnego doc. Andrzeja Manitiusa uczestniczyli dr Anna Budny-Liberek oraz dr Tadeusz Suchecki oraz pielęgniarki Stefania Fedorowicz, Gertruda Horczak i Antonina Niedzielska<sup>34</sup>. Na początku sztuczną nerkę stosowano w przypadkach ostrej niewydolności nerek, a potem także w ich przewlekłej niewydolności. Problemy ostrej i przewlekłej niewydolności nerek stały się przedmiotem badań w Klinice.

Pod kierunkiem prof. Jakuba Penson wykształciło się wielu znakomych klinicystów. W czasie jego czynnej dwudziestoletniej działalności jako kierownika dr Tadeusz Dyk został mianowany docentem, a dr Andrzej Manitius, dr Leon Tenczyński, dr Joanna Muszkowska-Penson, dr Barbara Krupa-Wojciechowska uzyskali habilitacje. Po odejściu Profesora na emeryturę habilitowali się, już w nowej strukturze, inni jego uczniowie: dr Konstanty Leonowicz, dr Władysław Wermut, dr Stefania Horoszek, dr Mirosław Kalinowski w II Klinice Chorób Wewnętrznych Instytutu Chorób Wewnętrznych, a z młodszych roczników – dr Marek Hebanowski i dr Zygmunt Cho-

<sup>31</sup> S. Nielubszyc, *Rzut minutowy lewej komory i objętość krwi płucnej w przebiegu zwężenia lewego ujścia żylnego*, 1961, promotor prof. J. Penson.

<sup>32</sup> APG, AAMG, nr. 1318/360, Sprawozdanie z pobytu dr S. Nielubszycyca, s. 55.

<sup>33</sup> *Dializoterapia w codziennej praktyce*, red. B. Rutkowski, Gdańsk 1996, Wydawnictwo Medyczne MAKmed s. c, s. 13.

<sup>34</sup> *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*, red. B. Rutkowski, Gdańsk 2004, MAKmedia, s. 16.

dorowski w Klinice Chorób Nerek. W sumie dwadzieścia jeden osób przeprowadziło przewody doktorskie, a pięć osób uzyskało habilitację<sup>35</sup>. Spośród wyżej wymienionych dziesięć osób objęło samodzielne placówki.

Doc. Tadeusz Dyk, prof. Władysław Wermut, prof. Joanna Muszkowska-Penson zostali ordynatorami w szpitalach w Gdańsku i Gdyni. Prof. Andrzej Manitus, prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, prof. Konstanty Leonowicz, prof. Zygmunt Chodorowski zaczęli z czasem kierować klinikami AMG. Prof. Marek Hebanowski, zanim otrzymał etat w Klinice, pracował w leczeniu otwartym, naukowo zajmował się bezobjawową bakterurią i pyelonephritis. Pierwszy docenił przewidywania współczesnej medycyny, w której postęp leczenia ambulatoryjnego jest równie ważny jak nauki kliniczne. Z czasem stworzył Zakład Medycyny Rodzinnej. Dr Mirosław Kalinowski, który w gdańskiej klinice zajmował się hematologią, był przez kilka lat dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa i pracując w tej placówce, habilitował się.

Inni lekarze, którzy pracowali dłużej w klinice kierowanej przez profesora Penson, doktoryzowali się i pełnili później niezwykle odpowiedzialne funkcje w leczeniu, szkoląc liczne rzesze specjalistów; Doktor Irena Stalewska-Nielubszyc została pierwszym ordynatorem internistą w nowo wybudowanym Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym, dr Stanisław Nielubszyc jako starszy wykładowca był współorganizatorem Kliniki Chorób Serca AMG, dr Ludwik Mirecki przez wiele lat był ordynatorem Wojewódzkiego Szpitala w Olsztynie, dr Anna Budny-Liberek została zastępcą, a następnie ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala w Gdańsku, dr Janina Margules wieloletnim adiunktem Kliniki Chorób Nerek.

Każdy z uczniów profesora Penson starał się wykształcić nowe grupy lekarzy specjalistów i stworzyć własną szkołę kliniczną. Karol Skalski, Tadeusz Tokarczyk i Eugeniusz Gilis zostali ordynatorami w szpitalach powiatowych. Dr Barbara Żelawska-Bodakiewicz była adiunktem w Instytucie Położnictwa, w którym po niej pracowała Barbara Gołyńska. Zaczynała ona pracę w Klinice w okresie, gdy kierował nią prof. Jakub Penson.

Tak imponujące rezultaty pracy Profesora jako nauczyciela kadry specjalistów były możliwe do osiągnięcia tylko dlatego, iż Jakub Penson wybrał najbardziej skuteczny sposób pracy z asystentami, a mianowicie kierowanie nimi w oparciu o relację typu: mistrz-uczeń. W *Słowniku języka polskiego* czytamy, że „mistrz” oznacza człowieka przewyższającego innych biegłością i umiejętnością w jakiejś dziedzinie, nauczyciela, którego obiera się za wzór. W kulturze europejskiej wzorem mistrza jest Sokrates. Średnio-wieczni studenci podróżowali po całej Europie w poszukiwaniu swoich mistrzów, wybierając określoną uczelnię tylko ze względu na pracujących

<sup>35</sup> B.Krupa-Wojciechowska, *Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii*. Ann.Acad Med. Gedan. 1995, 25, supl 1, s. 125-138.

w niej nauczycieli. Mistrz towarzyszy swoim podopiecznym, jest przy nich, ale w niczym ich nie wyręcza, nie kieruje nimi, lecz inspiruje. Cechuje go czystość intencji odnośnie zadania, którego się podjął oraz bezinteresowność w tym, co robi. Wpływa na swoich uczniów wielopoziomowo, dając im poczucie wiary i siły we własne możliwości. Dobry mistrz dba także o własny rozwój, ale ma dystans do siebie i daleki jest od tego, aby myśleć o sobie w kategoriach doskonałości. Realizując w życiu określone wartości, potrafi dzięki temu wzbudzać w swoich uczniach szacunek, stać się dla nich autorytetem. Autentyczna relacja między mistrzem a uczniem gwarantuje pełny rozwój ucznia, nieautentyczna zaś – tłumi jego potencjał, ogranicza go, przytłacza, poddaje manipulacji.

Profesor Penson potrafił w kierowanej przez siebie placówce taką autentyczną relację mistrzowsko-uczniowską wytworzyć ze względu na to, iż posiadał wszystkie modelowe cechy dobrego mistrza. Świadczą o tym dobitnie przytoczone w rozdziale piątym niniejszej pracy wspomnienia jego wychowanków i współpracowników.

30 września 1969 Profesor Penson przeszedł na emeryturę, nie tracąc możliwości prowadzenia zajęć ze studentami<sup>36</sup>.

W 1970 roku powołano Instytut Chorób Wewnętrznych i utworzono nowe kliniki. Uczniowie Profesora zostali kierownikami tych nowo powstałych placówek. Kliniką Chorób Nerek kierował prof. Andrzej Manitius. Po przejściu Profesora Manitiusa na emeryturę funkcję kierownika Kliniki Chorób Nerek powierzono jego uczniowi prof. Bolesławowi Rutkowskiemu.

W 1993 r. II Klinikę Chorób Wewnętrznych w Instytucie Chorób Wewnętrznych przemianowano na Klinikę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Kliniką tą kierowała od 1970 do 2000 roku prof. Barbara Krupa-Wojciechowska.

W 2000 r. po jej odejściu na emeryturę powołano Katedrę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, w skład której weszły: Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii oraz, na prawach samodzielnych, pracownie: Regionalne Centrum Nadciśnienia Tętniczego, Regionalne Centrum Diabetologii, Pracownia Fizjologii Klinicznej, Centrum Prewencji Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego. Kierownikiem katedry od roku 2000 jest prof. Bogdan Wyrzykowski.

---

<sup>36</sup> AAMG, AoJP, nr. 263/12, Pismo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej NK – 5000 –4/69, s.124.

## 5.2. Powojenny dorobek naukowy Profesora

Główne kierunki działalności naukowej Profesora w Gdańsku to kontynuacja tematyki jego przedwojennych prac dotyczących przede wszystkim nefrologii i cukrzycy. Interesujące go problemy nefrologiczne to głównie ostra niewydolność nerek, zapalenie kłębków nerkowych, udział nerek w chorobach układowych, zmiany naczyniowe w nerkach w nadciśnieniu tętniczym, zmiany w nerkach w chorobach metabolicznych – cukrzyca, skrobiawica; zasady leczenia nerkozastępczego, diagnostyka radiologiczna i biopsje nerek. W zakres jego zainteresowań wchodziła również cukrzyca, leczenie śpiączki cukrzycowej, dawkowanie insuliny, a także wybrane zagadnienia kardiologiczne – rozrusznik serca oraz endokrynologia.

Dorobek naukowy Profesora w latach 1946-1971 stanowią 44 prace, z czego 2/3 to artykuły z zakresu nefrologii. Artykuły te ukazały się w następujących czasopismach medycznych: *Polski Tygodnik Lekarski*, *Przegląd Lekarski*, *Polskie Archiwa Medycyny Wewnętrznej*, *Postęp Wiedzy Medycznej*, *Wiadomości Lekarskie*, *Minerva Medicina*, *Kardiologia Polska*, *Polski Przegląd Chirurgiczny*, *Biuletyn Informacyjny Cefarmu*, *Przegląd Epidemiologiczny* oraz w wydawnictwie *Problemy Uczelni*. Profesor był również autorem rozdziału poświęconego durowi plamistemu w książce pod red. S. Wszelakiego *Ostre choroby zakaźne*<sup>37</sup>. W zredagowanej przez B. Złotnickiego książce *Terapia współczesna* zamieszczono napisane przez Profesora rozdziały: *Nerczyca*, *Przewlekła niedomoga nerek*<sup>38</sup>.

W książce pod red. E. Szczeklika *Choroby wewnętrzne* znajduje się opracowany przez Profesora rozdział *Klinika chorób nerek*<sup>39</sup>, a w *Diagnostyce różnicowej chorób wewnętrznych* pod red. E. Szczeklika zamieszczono rozdziały: *Białkomocz*, *Krwiomocz*, *Ropomocz*, *Wielomocz*, *Skąpomocz i bezmocz*<sup>40</sup> autorstwa prof. J. Penson.

W 1951 roku opublikowano opracowany przez Profesora *Skrypt z wykładów o chorobach wewnętrznych*<sup>41</sup>, który składa się z rozdziałów opisujących choroby żołądka, płuc, nerek, wątroby i pęcherzyka żółciowego oraz cukrzycę i zapalenia ostre oraz przewlekłe trzustki. Dokładnie omówiona jest w nim etiologia, symptomatologia i patogeneza objawów występujących w schorzeniach wyżej wymienionych narządów. Z całą pewnością w tamtych czasach taka forma publikacji była dla studentów dużą pomocą

<sup>37</sup> *Ostre choroby zakaźne*, red. S. Wszelaki, Warszawa 1954, PZWL, T 4, s. 445-509.

<sup>38</sup> *Terapia współczesna*, red. B. Złotnicki, Warszawa 1961, PZWL, s. 559-562, s. 577-578, książkę wydano w 1961r., 1963 r., 1967 r.

<sup>39</sup> *Choroby wewnętrzne*, red. E. Szczekliki, Warszawa 1965, PZWL, T 1, s. 741-788.

<sup>40</sup> *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, red. E. Szczekliki, Warszawa 1969, PZWL, T 1, s. 571-599, s. 599-621, s. 621-627, s. 628-635, s. 636-644.

<sup>41</sup> J.Penson, *Skrypt z wykładów o chorobach wewnętrznych*, Gdańsk 1951, ss. 180.



w nauce. W 1960 r. ukazało się I wydanie książki *Choroby nerek*<sup>42</sup>. Następne jej wydania opublikowane zostały w 1965 r. i 1970 r.

Profesor był promotorem dwudziestu jeden prac doktorskich, z których dwanaście dotyczyło chorób nerek, pięć – kardiologii, trzy – zagadnień hematologicznych i jedna – cukrzycy. Z czterech przewodów habilitacyjnych, których Profesor był opiekunem, trzy obejmowały zagadnienia nefrologiczne, jeden dotyczył endokrynologii. Piąta nominacja docenta Tadeusza Dyka była wynikiem awansu dokonanego na podstawie całokształtu jego dorobku naukowego, zgodnie z obowiązującym w tamtych czasach trybem postępowania kwalifikacyjnego.

### **Prace z zakresu nefrologii**

Wiedza nefrologiczna w okresie powojennym była w powijakach. Szybki rozwój nefrologii miał miejsce w drugiej połowie XX wieku. Poznano wówczas molekularne podłoże hemostatycznej roli nerek w zakresie gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. Wprowadzono terapię nerkowozastępczą i transplantację nerek do rutynowego leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Poznano także endokrynną rolę nerek. Wiedza o ostrej niewydolności nerek uległa bardzo dużym zmianom. Niektóre teorie są już nieaktualne, w ich miejsce powstały nowe, które mają zastosowanie we współczesnej terapii pacjentów. Ze względu na potencjalną odwracalność ostrej niewydolności nerek istotne jest odróżnienie jej od przewlekłej niewydolności nerek. Prawidłowo postawiona diagnoza ratuje życie pacjenta i zapobiega uszkodzeniu nefronów. Postęp techniczny spowodował wprowadzenie nowych metod leczenia nerkozastępczego. Niestety, ten postęp w medycynie nie przynosi oczekiwanej poprawy rokowania i nadal śmiertelność w ostrej niewydolności nerek jest wysoka; utrzymuje się na poziomie 45% dla wszystkich chorych, a 70% na oddziałach intensywnej terapii<sup>43</sup>. Zmieniły się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat przyczyny ostrej niewydolności nerek; rzadziej występuje ona w przebiegu zaburzeń ginekologicznych i położniczych, wzrosła natomiast w przebiegu uszkodzeń wielonarządowych i posocznicy. Na ostrą martwicę cewkową spowodowaną hipoksją nerek składają się zmiany czynnościowe i morfologiczne. Powrót czynności nerek następuje dzięki regeneracji i różnicowaniu się komórek cewkowych, a jest to uzależnione od aktywacji genów regulujących wzrost i uwalnianie czynników wzrostu.

<sup>42</sup> J.Penson, *Choroby nerek*, Warszawa 1960, PZWL, Wyd.I, ss. 273. J.Penson, *Choroby nerek*, Warszawa 1965, PZWL, Wyd II, ss. 354. J.Penson, *Choroby nerek*, Warszawa 1970, PZW, Wyd III, ss. 355.

<sup>43</sup> *Ostra niewydolność nerek*, red. J. Matuszkiewicz-Rowińska, Warszawa 2006, PZWL, s. 21-23.

Prace z okresu przedwojennego i praca habilitacyjna ukierunkowały zainteresowania Profesora na choroby nerek. Pobyt w klinikach nefrologicznych we Francji i w Szwajcarii, jak również szkolenia asystentów w renomowanych klinikach nefrologicznych w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych, pozwoliły kontynuować tę tematykę w oparciu o najnowocześniejsze metody diagnostyczne, stosowane z powodzeniem w gdańskiej klinice.

Na temat chorób nerek Profesor wypowiadał się na łamach prasy medycznej siedemnastokrotnie, począwszy od 1946 roku, aż po ostatnie prace naukowe publikowane w 1971 roku. Główne problemy nefrologiczne, którymi się zajmował, to zapalenie kłębków nerkowych oraz ostra niedomoga nerek, jak również udział nerek w chorobach układowych, zmiany naczyniowe w nerkach. W artykule z 1968 roku *Powtarzalność ostrej niedomogi nerek*<sup>44</sup> na podstawie obserwacji w klinice i dostępnej literatury Profesor wyciągnął wniosek, że kilkakrotne wystąpienie ostrej niedomogi nerek u tego samego chorego należy do rzadkości. Autor tej pracy zaznacza, że obserwacja dotyczy pacjentów, u których po fazie bezmoczku lub po fazie poliurii w krótkim czasie wystąpiły czynniki sprzyjające wystąpieniu ponownej ostrej niewydolności nerek. W pracy tej, aby wykazać, że zjawisko to występuje niezależnie od etiologii, opisane są przypadki o różnej etiologii. Wszyscy opisani w artykule pacjenci z ONN byli dializowani w fazie bezmoczku lub oligurii, ich nerki podejmowały ponownie pracę, zaczynały wytwarzać mocz i nadal go produkowały pomimo wystąpienia w trakcie leczenia w oddziale ponownego ciężkiego powikłania, takiego jak: krwotok, zapalenie płuc z płynem w jamie opłucnej, krwotok z ewentracją w bliźnie pooperacyjnej, zapalenie otrzewnej z niedrożnością jelit, krwawienie z dróg rodnych. Obecnie wiadomo, że w ostrej martwicy cewkowej niewydolność nerek trwa zazwyczaj 7-21 dni. Okres zdrowienia zależy od czasu trwania i ciężkości przyczyny pierwotnej oraz powikłań, którym mogą towarzyszyć zaburzenia nerkowej autoregulacji prowadzące do upośledzenia mikrokrążenia nerkowego. U większości pacjentów, którzy przeżyli ostrą martwicę cewek nerkowych, następuje całkowite przywrócenie funkcji nerek. Chorzy z przewlekłą chorobą nerek lub z przedłużającą się ostrą niewydolnością wywołaną powtarzającymi się uszkodzeniami częściej są narażeni na trwałe uszkodzenie czynności nerek<sup>45</sup>.

Artykuł *Ostra niedomoga nerek w przebiegu poronień i porodów*<sup>46</sup> opisuje przyczyny i przebieg ONN w ginekologii i położnictwie. W latach

<sup>44</sup> J. Penson, *Powtarzalność ostrej niedomogi nerek*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1968, T 41, Nr. 1, s. 1-7.

<sup>45</sup> B. D. Myers, S. M. Moran, *Hemodynamically mediated acute renal failure*, N. Engl. J. Med., 1986, 314, s. 97-105.

<sup>46</sup> J. Penson, A. Liberek, W. Wermut, *Osta niedomoga nerek w przebiegu poronień i porodów*, Ginekologia Polska, 1969, XL, 4, s. 393-399.

sześćdziesiątych XX wieku częstość występowania ONN jako powikłania poronień i porodów była stosunkowo duża. W pracy poddano analizie 22 przypadki ONN, która wystąpiła w przebiegu powikłań w czasie ciąży. Autorzy zwracają uwagę na umiejętność wczesnego rozpoznania oraz prawidłowego postępowania internistycznego i położniczego. Podkreślono ważność podjęcia decyzji o wczesnym zastosowaniu metod dializacyjnych. Mocznica jest dodatkowym obciążeniem dla chorych będących w ciężkim stanie ogólnym.

Profesor, współpracując od początku lat pięćdziesiątych z Kliniką Chirurgii, opisał przyczyny i postępowanie w ONN występującej w chirurgii. Swoje stanowisko w tej sprawie zawarł w artykule *Etiologia, patogeneza i klinika ostrej niedomogi nerek w odniesieniu do chirurgii*<sup>47</sup>. Najczęstszą przyczyną ONN w chirurgii jest hipoksja, która prowadzi do uszkodzenia błony podstawnej kanalików nerkowych. Ważne dla praktyki klinicznej jest prawidłowe przygotowanie pacjenta z ONN do operacji; Jeżeli wskazanie jest nagłe, należy przystąpić do zabiegu i po nim rozpocząć dializę. Jeżeli z operacją można poczekać kilka godzin, dobrze jest wykonać dializę i dopiero po niej zoperować pacjenta.

Następny artykuł Profesora dotyczący ONN to *Ostra pozanerkowa niedomoga nerek*<sup>48</sup>, która występuje najczęściej w niedrożności dróg moczowych spowodowanej przez kamice nerkową lub moczowodową. Ważne jest w tym przypadku postawienie szybkiej diagnozy, gdyż to warunkuje usunięcie bloku dróg moczowych i powrót pacjenta do zdrowia. ONN pozanerkowa ma inny przebieg kliniczny, ponieważ częściej występuje całkowity bezmocz, a po usunięciu przeszkody od razu występuje obfita diureza. Okresy bezmoczu mogą być długie, chorzy tolerują je dobrze i nie wymagają częstego stosowania dializ. Średni dobowy przyrost mocznika i potasu jest niski; jest to charakterystyczne dla tego typu niedomogi nerek. W pozanerkowej niewydolności nerek przyrost poziomu mocznika w osoczu wynosił w opisanych przypadkach 8-35 mg% na dobę, a potasu 0,18-0,25 mg% na dobę. Dla porównania w ONN spowodowanej zespołem zmiążdżenia lub posocznica dobowe przyrosty mocznika i potasu są wysokie: mocznik powyżej 100-300 mg% na dobę, potas 1,0-3,5 mg% na dobę. Obecnie jest to fakt powszechnie znany, ale w 1969 roku tego rodzaju obserwacje były rzadko publikowane. Te informacje mają decydujące znaczenie w rozpoznaniu różnicowym. W cytowanym artykule opisano sześć przypadków z ONN pozanerkową, w tym trzy z kamcią dróg moczowych, dwa z niedrożnością dróg moczowych spowodowaną przez proces nowotworowy i jeden z uszkodzeniem dróg moczowych. Autorzy podkre-

<sup>47</sup> J. Penson, *Etiologia, patogeneza i klinika ostrej niedomogi nerek w odniesieniu do chirurgii*, Polski przegląd Chirurgiczny, 1970, s. 511-519.

<sup>48</sup> J. Penson, J. Margules, *Ostra pozanerkowa niedomoga nerek*, Wiadomości Lekarskie, 1969, 22, s. 1655-1662.

ślają znaczenie badań radiologicznych i urologicznych, które przyśpieszają postawienie diagnozy.

W artykule napisanym wspólnie z A. Manitiusem *Stany odwracalnej mocznicy w przewlekłej niedomodze nerek*<sup>49</sup> autorzy zwracają uwagę na fakt, że nie ma dotychczas obiektywnych danych umożliwiających rozpoznanie mocznicy odwracalnej i że trudno jest określić, jak często wśród chorych z przewlekłą niedomogą nerek występuje mocznica odwracalna. Należy aktywnie leczyć każdego chorego z mocznicą. Leczenie to powinno być zindywidualizowane, uwzględniające zarówno przyczyny wywołujące zaburzenie, jak i stan ogólny pacjenta. Rokowanie zależy od zaawansowania przewlekłej choroby nerek.

W pracy z 1970 roku *Przemiana azotowa w ostrej niedomodze nerek*<sup>50</sup> poruszono problem wydalania związków azotowych u chorych z ONN w fazie wielomoczu. Wzrost mocznika w surowicy we wczesnej fazie wielomoczu może sugerować postępujące uszkodzenie nerek. Proces ten tłumaczy się wypłukiwaniem mocznika z tkanek do krwi i moczu. Także w okresie wczesnej diurezy nie ma wskazań do ograniczenia białka w diecie, a zwiększenie się poziomu mocznika nie jest wskazaniem do hemodializy.

W okresie powojennym ONN w ginekologii nie należała do rzadkości. W artykule *Ostra niedomoga nerek w przebiegu poronień i porodów*<sup>51</sup>, opisano dwadzieścia jeden pacjentek z ONN. U dziesięciu z nich ONN wystąpiła po poronieniach zakażonych, u jedenastu – jako powikłanie po porodzie. Ważne jest u tych chorych wczesne stosowanie metod dializacyjnych i właściwe postępowanie ginekologiczne. Autorzy sugerują, że usunięcie macicy jest znacznie mniej niebezpieczne aniżeli wyłyżeczkowanie jamy macicy, które może nasilić objawy zakażenia septycznego i ONN.

Artykuł *Klinika i morfologia tzw. podostrego zapalenia kłębków nerkowych*<sup>52</sup> jest analizą jedenastu przypadków podostrego zapalenia nerek leczonych w II Klinice Chorób Wewnętrznych. W różnicowaniu należy brać pod uwagę następujące cechy charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej: obrzęki występujące równocześnie z nadciśnieniem tętniczym, często złośliwym oraz dużą niedokrwistość. Tym objawom towarzyszył szybki rozwój mocznicy. U części chorych wystąpiło wczesne podwyższenie poziomu kreatyniny wyprzedzające inne objawy mocznicy. W badaniach sekcyjnych nie potwierdzono jednolitego obrazu zmian morfologicznych w nerkach, obserwowano typ zmian zwyrodnieniowych i proliferacyjnych.

<sup>49</sup> A. Manitius, J. Penson, *Stany odwracalnej mocznicy w przewlekłej niedomodze nerek*, Polski Tygodnik Lekarski, 1965, 20, s. 1694-1696.

<sup>50</sup> J. Penson, A. Budny-Liberek, *Przemiana azotowa w ostrej niedomodze nerek*, Polski Tygodnik Lekarski, 1970, 25, s. 1376-1378.

<sup>51</sup> J. Penson, A. Liberek, W. Wermut, *Ostra niedomoga nerek w przebiegu poronień i porodów*, Ginekologia Polska, 1969, 40, s. 393-399.

<sup>52</sup> J. Penson, A. Liberek, J. Stolarczyk, *Klinika i morfologia tzw. podostrego zapalenia kłębkowego nerek*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1965, 35, s. 1721-1726.

W 1957 roku ukazał się artykuł Profesora pod tytułem *Niedomoga krążenia w przebiegu ostrego zapalenia kłębków nerkowych*<sup>53</sup>. Autor dokonuje analizy dotychczasowych poglądów przedstawianych w literaturze na temat związku zachodzącego pomiędzy ostrą niewydolnością nerek i niewydolnością krążenia. W artykule przedstawiono dwa przypadki z wyżej wymienionymi zaburzeniami, które były obserwowane i leczone w klinice. Stwierdza, że ostra niewydolność krążenia, szczególnie lewokomorowa jest częstym i wczesnym powikłaniem zapalenia kłębków nerkowych. W badaniu autopsyjnym u jednego z opisywanych chorych stwierdzono rozległe nacieki komórkowe wokół naczyń wieńcowych, podobne do zmian gościecowych, będące wyrazem ogólnego odczynu naczyniowego organizmu. Jeżeli chory wyzdrowieje, zmiany cofają się, nie prowadząc do wady serca. Rokowanie jest dobre, jeżeli choroba jest wcześniej rozpoznana i odpowiednio leczona. Pogarsza się, jeżeli jednocześnie występują powikłania ze strony CUN pod postacią drgawek.

Z badań przeprowadzonych w ostatnich latach wynika, że łagodna i umiarkowana dysfunkcja nerek zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe. Przyczyną tego jest rozwój miażdżycy związany z zaburzeniami gospodarki lipidowej i niedawno poznane czynniki, takie jak: stres oksydacyjny i zwiększone stężenie markerów zapalnych.

W roku 1963 ukazał się artykuł *Martwica rdzenia nerki*<sup>54</sup>, w którym Profesor porównuje informacje zaczerpnięte z literatury z własnymi obserwacjami klinicznymi z ostatnich lat. W jego klinice obserwowano sześć przypadków martwicy rdzenia nerki. Najczęstszą przyczyną wystąpienia tej jednostki chorobowej jest przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, cukrzyca ze skłonnością do infekcji dróg moczowych i obstrukcja dróg moczowych z zakażeniem. W badaniu autopsyjnym stwierdzono, że dotyczy to obu nerek, w 20% jednej nerki. Martwicy ulegają pojedyncze lub wszystkie brodawki nerkowe. Kryteria rozpoznawcze to szybko narastające objawy mocznicy z wysokimi poziomami mocznika we krwi bez oligurii i anurii. Cechą charakterystyczną wydalanego moczu jest niski ciężar właściwy.

Artykuł *Ostra niedomoga nerek w przebiegu ciężkich schorzeń infekcyjnych (Dur plamisty, Choroba Weila)*<sup>55</sup> odwołuje się do doświadczeń dotyczących obserwacji i leczenia chorych w przebiegu duru plamistego w Warszawie w latach 1940-1941, czemu poświęcił swoją pracę habilitacyjną. Autor podaje, że w okresie powojennym zaobserwował podobny przebieg niewydolności nerek w żółtaczce zakaźnej Weila oraz w zatruciu rtę-

---

<sup>53</sup> J. Penson, *Niedomoga krążenia w przebiegu ostrego zapalenia kłębków nerkowych*, Polski Tygodnik Lekarski, 1957, 12, s. 1925-1930.

<sup>54</sup> J. Penson, *Martwica rdzenia nerki*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1963, 33, s. 819-823.

<sup>55</sup> J. Penson, *Ostra niedomoga nerek w przebiegu ciężkich schorzeń infekcyjnych (Dur plamisty, Choroba Weila)*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1960, 30, s. 687-699.

cią. Faza wczesnego wielomoczu jest taka, jak w durze plamistym. Lata sześćdziesiąte XX wieku to czas, gdy w Polsce wykonywano już zabiegi dializoterapii, stąd autor żywi nadzieję, że zastosowanie sztucznej nerki w okresie bezmoczu z mocnicą przyczyni się do spadku śmiertelności w tych schorzeniach. W tym artykule autor porusza też problem wystąpienia ostrej niedomogi nerek nałożonej na już istniejące przewlekłe zapalenie nerek. Odmiedniczkowe zapalenie nerek predysponuje chorego do nowych rzutów zapalnych. W badaniu histopatologicznym stwierdza się zmiany śródmiąższowe z obrzękiem i naciekami zapalnymi. Autor, śledząc doniesienia w literaturze, potwierdza, że zastosowanie sztucznej nerki i podanie antybiotyków pozwalają powstrzymać proces chorobowy i polepszyć komfort życia pacjentów.

W roku 1969 ukazał się artykuł *Martwica trzustki a niedomoga nerek*<sup>56</sup>, napisany wspólnie z asystentami z kliniki. W artykule poddano analizie problem równoczesnego występowania niedomogi nerek i ostrego zapalenia trzustki. W dostępnej literaturze trudna jest interpretacja współzależności tych zmian. Ch. Frey i J. Murat przedstawili następujący podział:

1. Ostre zapalenie trzustki jest przyczyną powstania wtórnych zmian w nerkach z zespołem ostrej niedomogi nerek
2. Istnieje wspólny czynnik etiologiczny uszkadzający równocześnie nerki i trzustkę (np. wstrząs, posocznica)
3. Zmiany w nerkach są pierwotne i w przebiegu przewlekłej niedomogi nerek dochodzi wtórnie do powstania zmian w trzustce

W artykule przedstawiono jedenaście przypadków, które były obserwowane i leczone w Klinice. U większości chorych stwierdzono przewlekłe zmiany nerkowe. Są to przypadki trudne do interpretacji, ponieważ, u tych chorych wieloletni wywiad dotyczący choroby nerek nie sugerował podejrzenia zmian w trzustce. Nagłe zaostrzenie niedomogi nerek i zgon pacjenta, i następnie badanie sekcyjne wykazywało poza zmianami w nerkach – martwicę tłuszczową trzustki. U żadnego pacjenta nie stwierdzono przyżyciowo klinicznych objawów ostrego zapalenia trzustki. Wystąpienie martwicy trzustki należałoby wiązać z mocnicą, której przyczyną były przewlekłe choroby nerek. Współistnienie ostrej niedomogi nerek i ostrego zapalenia trzustki daje złe rokowanie. Śmiertelność wśród tych chorych jest bardzo duża.

Profesor jest autorem wydanego w 1960 roku podręcznika nefrologii klinicznej *Choroby nerek*, cieszącego się dużą popularnością w kraju. Podręcznik ten był napisany w oparciu o wieloletnie doświadczenie kliniczne autora. Następne jego wydania ukazały się w 1965 i 1970 roku. Kolejne wydania podręcznika Profesor unowocześniał i ilustrował opisami przypadków

<sup>56</sup> J. Penson, S. Horoszek-Maziarz, J. Muszkowska-Penson, J. Stolarczyk, *Martwica trzustki a niedomoga nerek*, Polski Tygodnik Lekarski, 1969, 24, s. 786-789.

chorych osobiście przez siebie obserwowanych. W przedmowie do wydania III z 1970 roku Profesor podkreśla, iż nowe możliwości diagnostyczne, takie jak: arteriografia nerkowa i biopsja nerek umożliwiły dokładniejsze rozpoznanie i kontrolowanie wyników leczenia chorób nerek. W III wydaniu dodano nowe rozdziały: nerka dnawa, zwłóknienie pozaotrzewnowe, schorzenia nerek w przebiegu chorób immunologicznych i genetycznych oraz zagadnienia przewlekłej dializy i przeszczepianie nerek. Pierwsze wydanie recenzował prof. Tadeusz Orłowski<sup>57</sup>, który pozytywnie ocenił wartość kliniczną tej publikacji, podkreślając duże doświadczenie nefrologiczne autora. Uwagi krytyczne dotyczyły opisów procesów biochemicznych i metabolicznych w różnych strukturach nerkowych i budowy nerek w oparciu o mikroskopię elektronową, która w tamtym okresie pomogła zrozumieć podłoże morfologiczne chorób nerek. Jak wiadomo, dopiero lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte XX wieku dzięki badaniom molekularnym, biochemicznym oraz immunologicznym przyczyniły się do dokładniejszego poznania morfologii, fizjologii i patofizjologii chorób nerek.

### **Zespół nercycowy**

Zespół nercycowy to stan kliniczny charakteryzujący się białkomocem, hipoalbuminemią, hiperlipidemią i obrzękami. Występuje on w przebiegu różnych schorzeń. W okresie powojennym pod pojęciem nerczyca rozumiano liczne zespoły chorobowe, różne pod względem etiologii, patogenyzy i zmian morfologicznych. Podział przedstawiał się następująco:

1. Zespół nercycowy pierwotny.
2. Zespół nercycowy wtórny, najczęściej w przebiegu przewlekłego zapalenia kłębków nerkowych.
3. Zespoły nercycowe wtórne zależne od innych nieprawidłowości w organizmie związanych z nerkami, takich jak: zespół Kimmelstiel – Wilsona w cukrzycy, nerczyca w skrobiawicy nerek, nerczyca w toczniu rumieniowatym rozsianym, w guzkowym zapaleniu tętnic. Do tej grupy zaliczono także zakrzep żyły nerkowej i inne anomalie w obrębie tętnic nerkowych.

Profesor podejmuje w pracy badawczej temat nerczycy. Dowodem tego są artykuły pisane razem ze swoimi asystentami. Praca doktorska dr Janiny Margules z 1966 roku, również była poświęcona tej tematyce. Tytuł tej pracy brzmi: *Znaczenie biopsji nerek w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu nercycowego*<sup>58</sup>. Dr Wermut, po powrocie ze stażu naukowego w Chicago, na początku lat sześćdziesiątych do diagnostyki chorób nerek wprowadził w klinice biopsję nerek. Doktor Margules opisuje w swojej pracy wyniki biopsji nerek i postępowanie lecznicze u 33 pacjentów kliniki z zespołem

<sup>57</sup> T. Orłowski, *Ocena podręcznika „Choroby nerek”*, Polski Tygodnik Lekarski, 1961, 16, s. 733-735

<sup>58</sup> J. Margules, *Znaczenie biopsji nerek w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu nercycowego*, 1966, promotor prof. J. Penson.

nerczycowym. Wynik biopsji nerek pozwoliły dostosować postępowanie lecznicze do uzyskanego obrazu mikroskopowego i dzięki temu skuteczniej leczyć pacjentów, ponieważ, tak jak podają inni autorzy, nie zawsze sterydoterapia przynosi oczekiwane skutki. Niekiedy należy podjąć inne kierunki lecznicze, takie jak próba leczenia cytostatykami. Praca podkreśla znaczenie biopsji nerek w rozpoznaniu i leczeniu zespołu nerczycowego.

W artykule *Przewlekła nerczyca lipoidowa*<sup>59</sup> autor podaje, że nerczyca lipoidowa występuje najczęściej w przebiegu zapalenia nerek oraz w skrobiawicy nerek. W badaniu mikroskopowym obserwuje się zgrubienie błony podstawnej ścian kapilar pętli kłębków nerkowych. Zwłóknienie kłębków nerkowych następuje na skutek odczynu łącznotkankowego między błonami podstawnymi. To powoduje wzmożoną przepuszczalność filtra kłębkowego dla białek osocza oraz dla lipidów. Obserwacja dwudziestu pięciu przypadków nerczycy skłania autora do postawienia następujących wniosków: nie ma pewnej metody pozwalającej odróżnić nerczycę pierwotną od innych zespołów nerczycowych. Białkomocz zależy od stopnia uszkodzenia kłębków nerkowych. Próby stosowania diety bogato białkowej oraz stosowanie dożylnie preparatów białkowych u pacjentów, u których nie stwierdzono zaburzeń metabolizmu białka, powodowały poprawę stanu ogólnego pacjenta. Obrzęki nerczycowe nie zależą tylko od hipoproteinemii, ale także od zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Leczenie ACTH i kortyzonem pozwala uzyskać remisję choroby.

Artykuł *Elektroforeza białek surowicy w rozpoznawaniu zespołu nerczycowego u dorosłych*<sup>60</sup>. Na podstawie badania elektroforetycznego białek surowicy u dwudziestu czterech pacjentów kliniki z zespołem nerczycowym stwierdzono, że w zespole nerczycowym występują typowe zmiany w składzie elektroforetycznym białek surowicy, takie jak: niski poziom albumin, zwiększona ilość alfa dwa i beta globulin, prawidłowy lub obniżony poziom gama globulin. Badanie elektroforetyczne białek surowicy można traktować jako badanie pomocnicze w zespole nerczycowym. Nie jest to badanie, które można zastosować do różnicowania między nerczycą wywołaną skrobiawicą nerek a nerczycą wywołaną rozlanym kłębkowym zapaleniem nerek.

W artykule *Leczenie sterydami nerczycy u dorosłych*<sup>61</sup> autor na podstawie dostępnej literatury podaje wskazania do steroidoterapii w nerczycy. Wskazania te, dzięki biopsji nerek i badaniom przy pomocy mikroskopu elektronowego, pomagają podjąć właściwe decyzje odnośnie terapii chorego. Doświadczenie kliniczne wykazało, że nerczyce towarzyszące schorzeniom układowym reagują słabo na leczenie sterydami. Wskazaniami do le-

<sup>59</sup> J. Penson, *Przewlekła nerczyca lipoidowa*, Polski Tygodnik Lekarski, 1956, 11, s.53-60.

<sup>60</sup> J. Penson, K. Leonowicz, *Elektroforeza białek surowicy w rozpoznawaniu zespołu nerczycowego u dorosłych*, Polski Tygodnik Lekarski, 1959, 14, s. 712-715.

<sup>61</sup> J. Penson, *Leczenie sterydami nerczycy u dorosłych*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1960, 30, s. 799-803.



czenia sterydami są: nerczyca lipidowa oraz nerczyca w przebiegu zapalenia kłębków nerkowych. Biopsja nerek wykazała także, że na leczenie hormonalne reagują nerczyce, w których zmiany w kłębkach nerkowych są pod postacią glomerulitis membranosa (zmiany w błonie podstawnej kapilarów kłębkowych), natomiast zmiany o charakterze glomerulitis proliferativa nie reagują na sterydy. Wnioski z pracy można przedstawić następująco: nie każdy zespół nerczycy nadaje się do leczenia sterydami. Wskazania do leczenia należy ustalać na podstawie biopsji nerek. Leczenie bez biopsji powinno być przeprowadzane przy pomocy małych dawek sterydów. Przeciwwskazaniami do leczenia sterydami są: stałe nadciśnienie tętnicze, uszkodzenie czynności nerek, zmiany na dnie oka.

Obecnie obowiązujące postępowanie obejmuje leczenie choroby podstawowej, która doprowadziła do rozwoju zespołu nerczycowego. Najczęściej konieczne jest zastosowanie steroidoterapii, diety bogatobiałkowej i leków moczopędnych. Biopsja nerek jest rekomendowana u pacjentów po ukończeniu 16 roku życia i u niemowląt w pierwszych sześciu miesiącach życia.

### **Skrobiawica nerek**

Skrobiawica, inaczej amyloidoza, jest schorzeniem polegającym na pozakomórkowym odkładaniu się różnego rodzaju biologicznie nieaktywnego białka, które daje charakterystyczny obraz rentgenowski. Zmiany najczęściej występują w nerkach, wątrobie i śledzionie. Skrobiawica nerek powoduje wystąpienie zespołu nerczycowego z białkomoczem i niewydolnością nerek.

Artykuł *Klinika skrobiawicy nerek powikłanej zakrzepicą żył nerkowych*<sup>62</sup> przedstawia czterech pacjentów ze skrobiawicą nerek. Wystąpiło u nich nagłe pogorszenie stanu ogólnego i pomimo zastosowanego w klinice leczenia i dializoterapii pacjenci zmarli. W badaniu autopsyjnym u wszystkich pacjentów stwierdzono skrobiawicę nerek oraz zakrzepicę żył nerkowych. Autorzy we wnioskach pracy stwierdzają, że jeżeli u chorego ze skrobiawicą nerek nagle bez uchwytnej przyczyny występuje gorączka, wzrost leukocytozy i niedomoga nerek, można podejrzewać wtórną zakrzepicę żył nerkowych, jeżeli nie ma innej przyczyny wywołującej mocznicę.

### **Nadciśnienie tętnicze**

Nadciśnienie tętnicze złośliwe stanowi najcięższą postać nadciśnienia tętniczego, które może rozwinąć się w przebiegu nadciśnienia tętniczego o różnej etiologii, zarówno pierwotnego jak i wtórnego, przede wszystkim zwężenia tętnicy lub tętnic nerkowych oraz mięsaszowych chorób nerek. Na-

<sup>62</sup> J. Penson, B. Krupa, J. Margules, J. Stolarczyk, *Klinika skrobiawicy nerek powikłanej zakrzepicą żył nerkowych*, Wiadomości Lekarskie, 1966, 19, s. 539-543.

leży podkreślić, że w ostatnich latach nadciśnienie złośliwe jest rzadziej rozpoznawane, co wynika z rozpowszechnienia leczenia hipotensyjnego. Zgodnie ze współczesnymi zaleceniami pojęcie nadciśnienia złośliwego jest równoznaczne z nadciśnieniem przyspieszonym lub fazą złośliwą nadciśnienia tętniczego.

Artykuł *Nadciśnienie tętnicze złośliwe objawowe*<sup>63</sup> porusza aktualny problem w medycynie dotyczący etiologii nadciśnienia tętniczego. Opierając się na doniesieniach autorów radzieckich i szkoły medycyny zachodniej, doświadczenie kliniczne autorów potwierdza, że nadciśnienie tętnicze objawowe obejmuje około 10 % wszystkich przypadków nadciśnienia i jest to jedyna postać nadciśnienia przewlekłego, która może zostać zupełnie wyleczona przy pomocy zabiegu chirurgicznego. W artykule opisano przypadek 18 letniej pacjentki przyjętej do kliniki z ciśnieniem tętniczym 220/110 mm Hg. Wykonano badania laboratoryjne i urografię. W badaniu urograficznym stwierdzono nieprawidłowości w układzie naczyniowym nerki prawej. Pacjentka nie wyraziła zgody na zabieg operacyjny nerek i na dalsze leczenie. Po dwóch i pół roku pacjentka ta w stanie ciężkim ponownie była hospitalizowana w klinice, a ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 260/180 mm Hg. Pomimo wdrożenia leczenia, stan pacjentki nie poprawił się i po dziesięciu tygodniach hospitalizacji pacjentka zmarła. Badanie autopsyjne potwierdziło nieprawidłową anatomię prawej tętnicy nerkowej pod postacią niedrożności odcinka dośrodkowego oraz krążenie oboczne, które odbywało się przez prawą tętnicą nadnerczową zespoloną z drożną częścią prawej tętnicy nerkowej. We wnioskach autorzy zwracają uwagę na wartość prawidłowo postawionego rozpoznania, co pozwala leczyć chorego i jeżeli to możliwe, zapobiec powikłaniom lub spowodować ich cofnięcie.

Artykuł *Nadciśnienie tętnicze krwi nerkowo-naczyniowe*<sup>64</sup> podejmuje temat nadciśnienia tętniczego krwi zależnego od zwężenia tętnicy lub tętnic nerkowych. Ten typ nadciśnienia tętniczego, zgodnie z wynikami badań statystycznych, do 1957 roku występuje u 25-30 % chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi. Pierwsze doniesienia w literaturze są z 1938 roku. Ważne jest to, aby wcześniej wykryć nieprawidłowości w naczyniach nerkowych i zastosować zabieg chirurgiczny, który pozwala przywrócić chorego do zdrowia. W diagnostyce schorzenia najważniejsza jest arteriografia tętnic nerkowych. W klinice rozpoznano 23 przypadki zwężenia tętnicy nerkowej, co zostało potwierdzone u pięciu chorych podczas zabiegu operacyjnego. Ciekawą obserwacją autora jest opis ośmiu kobiet w ciąży. W pierwszych miesiącach ciąży wystąpiły u nich objawy szybko rozwijającego się nadciśnienia złośliwego. Ciąże kończyły się obumarciem płodów, a po porodzie

<sup>63</sup> J. Penson, L. Cynowski, *Nadciśnienie tętnicze złośliwe objawowe*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1955, 25, s. 107-115.

<sup>64</sup> J. Penson, *Nadciśnienie tętnicze krwi nerkowo-naczyniowe*, Biuletyn Informacyjny „Cefarm”, 1964, 14, s. 305-310.

ciśnienie tętnicze traciło cechy złośliwości lub powracało do wartości normalnych. Arteriografia nerkowa u tych pacjentek wykazywała anomalie rozwojowe jednej z nerek lub zwężenie tętnicy nerkowej. Leczeniem stosowanym w latach sześćdziesiątych XX wieku były zabiegi operacyjne, chirurgiczne usunięcie niedokrwionej nerki lub przywrócenie ukrwienia nerki poprzez zabieg rewaskularyzacji. Doświadczenia z pacjentami skierowały w krótkim czasie terapię do operacji oszczędzających nerki, z tendencją do operacji rekonstrukcyjnych tętnic nerkowych. Rokowanie zależy od czasu trwania nadciśnienia i czasu podjęcia leczenia zabiegowego po postawieniu diagnozy. Im czas jest krótszy, tym rokowanie lepsze.

Profesor przedstawił swoje stanowisko w tej sprawie na posiedzeniu naukowym Pomorskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich w Gdańsku w dniu 11 października, 1969 roku. W wystąpieniu pt. *Chirurgicznie uleczalne nadciśnienie tętnicze krwi*<sup>65</sup>, przedstawił wnioski z obserwacji chorych leczonych w klinice w ciągu sześciu lat. Wynika z nich, że śmiertelność u chorych leczonych zachowawczo jest niemalże taka sama, jak u chorych operowanych. Profesor zasugerował konieczność wykonywania angiografii nerkowej u wszystkich chorych z nadciśnieniem tętniczym, aby dokładnie określić częstości tego typu nadciśnienia. Takich danych brak jest w piśmiennictwie krajowym.

Artykuł napisany wspólnie z asystentką I Kliniki Położnictwa i Chorób Kobiety, dr B. Żelawska-Bodakiewicz, *Nadciśnienie tętnicze krwi objawowe i ciąża*<sup>66</sup> podejmuje temat zatrucia ciążowego u kobiet z nadciśnieniem tętniczym. Zwrócono uwagę, że zatrucie ciążowe może rozwinąć się u kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym niezależnie od etiologii. W ciąży nie jest łatwo postawić rozpoznanie, trzeba odpowiedzieć na pytanie, czy obraz kliniczny odpowiada zatruciu ciążowemu, czy też obserwujemy ujemny wpływ ciąży na już istniejące nadciśnienie tętnicze. Opisano pięć pacjentek, u których w drugim i trzecim trymestrze ciąży wystąpiło nadciśnienie tętnicze. Badanie arteriograficzne nerek wykazało u opisywanych pacjentek anomalie tętnic nerkowych, ciąża doprowadzała do szybkiego rozwoju nadciśnienia, często złośliwego.

### Cukrzyca

Już w publikacjach przedwojennych Profesor wypowiadał się kilkakrotnie na temat cukrzycy. W czasie pracy w gdańskiej klinice w artykule *Niektóre zagadnienia dotyczące patogenezy kliniki i leczenia śpiączki cu-*

<sup>65</sup> J. Penson, *Chirurgicznie uleczalne nadciśnienie tętnicze krwi, Sprawozdania z posiedzeń naukowych, Polski Przegląd Chirurgiczny*, 1971, 21, s. 534-535.

<sup>66</sup> J. Penson, B. Żelawska-Bodakiewicz, *Nadciśnienie tętnicze krwi objawowe i ciąża*, 1965, 35, s. 1289-1293.

*krzycowej*<sup>67</sup>, przedstawia poglądy na temat śpiączki cukrzycowej, omawia jej patogenezę, czynniki przyspieszające i wywołujące śpiączkę, opisuje stan przedśpiączkowy. Opisuje stan rzekomootrzewnowy, przedstawiany przez J. Wegierkę w monografii *Cukrzyca*, jako ten, który imituje swoimi objawami ostre sprawy brzuszne. Przestrzega przed zbyt wczesnym podejmowaniem działań operacyjnych, które mogą osłabić organizm pacjenta. Ważne jest szybkie postawienie prawidłowej diagnozy. W opisanych w artykule trzech przypadkach wystarczyło wyrównanie zaburzeń glikemii i zaburzeń wodno-elektrolitowych, aby pacjenci powrócili do stanu prawidłowego.

W tym artykule Profesor zaleca podawanie u chorych ze śpiączką cukrzycową niższych wstępnych dawek insuliny krystalicznej, proponując powtarzanie ich w krótkich odstępach czasu; i tak: 30-40-50 jednostek co 15-30 min. Dawki zalecane przez Profesora były wyższe od obecnie stosowanych, ale nie tak wysokie, jakie wcześniej proponowano, czyli dawka wstępna insuliny krystalicznej w wysokości 500 jednostek u chorego ze stężeniem glukozy ok. 1000 mg%. Wyrównanie gospodarki wodno – elektrolitowej przez podawanie płynów i potasu uzależniał od stopnia odwodnienia pacjenta i poziomu potasu we krwi. Rokowanie, pomimo zastosowania wszystkich środków wspomnianych powyżej, nie zawsze jest pomyślne, szczególnie u chorych z ostrą niewydolnością nerek, z ciężkimi infekcjami i po zawałach serca. We wnioskach autor podkreśla, że zapobiegać śpiączce cukrzycowej możemy poprzez odpowiednią opiekę i edukację chorego z cukrzycą. Edukacja jest równie ważną metodą leczenia cukrzycy i stanów jej towarzyszących, jak farmakoterapia, w myśl powiedzenia E. Joslina: „*Kto więcej wie o cukrzycy, żyje dłużej*”

### Ocena kliniczna leków

Trzy artykuły były poświęcone ocenie klinicznej leków. Artykuł *Leczenie ostrych i przewlekłych stanów obrzękowych za pomocą Furosemidu w ampułkach*<sup>68</sup>, to praca wykonana wspólnie z asystentami z oddziału. Badania nad preparatem przeprowadzono u 30 chorych w II Klinice Chorób Wewnętrznych. Z badań wynika, że Furosemid – Polfa w ampułkach jest skutecznym i dobrze tolerowanym lekiem moczopędnym. Po dożylnym podaniu preparatu szczyt działania występuje między 30 min. i 1 godz., koniec efektu diuretycznego przypada między 3 i 6 godz. Głównymi wskazaniami do stosowania dożylnego Furosemidu są: zagrażający i rozwinięty obrzęk płuc oraz dychawica sercowa i brak reakcji na doustne leki moczopędne.

<sup>67</sup> J. Penson, *Niektóre zagadnienia dotyczące patogenezы, kliniki i leczenia śpiączki cukrzycowej*, Wiadomości Lekarskie, 1958, 10, s. 1077-1086.

<sup>68</sup> J. Penson, L. Tenczynski, Z. Chodorowski, H. Rynkiewicz, J. Kempa-Leonowicz, *Leczenie ostrych i przewlekłych stanów obrzękowych za pomocą Furosemidu w ampułkach*, Biuletyn informacyjny „Cefarm”, 1971, 21, s. 333-337.

Dawka jednorazowa, a zarazem skuteczna w przeprowadzonym badaniu wynosiła od 20 do 80 mg. Po podaniu preparatu zaobserwowano obniżenie się poziomu sodu i chloru w surowicy. Ogólna ocena preparatu jest dobra.

Artykuł *Nowe środki moczopędne (Chlorotiazyd i hydrochlorotiazyd)*<sup>69</sup>, napisany wspólnie z dr A. Budny i dr K. Leonowiczem, ocenia wyniki leczenia 75 chorych z obrzękami różnego pochodzenia, u których w leczeniu zastosowano chlorotiazyd lub hydrochlorotiazid. Preparaty te należą do grupy tiazydów i zostały wprowadzone do lecznictwa w 1957 roku. Ich mechanizm działania polega na zmniejszeniu przyswajania sodu i chloru ze światła odcinka początkowego kanalika dalszego nefronu do komórek nabłonkowych kanalika, to powoduje wzrost wydalania wody z organizmu. W pracy oceniono poprawę stanu ogólnego pacjenta, spadek wagi oraz ustępowanie obrzęków. Działanie moczopędne preparatów oceniono pozytywnie, szczególnie w stanie kwasicy i alkalozji organizmu. Ważną zaletą jest możliwość zastosowania preparatów u chorych z zaburzeniami funkcji wątroby, w obrzękach pochodzenia nerkowego i sercowego. Wskazano również na ich skuteczność podczas stosowania doustnego. Autorzy zwracają uwagę, że długie stosowanie leków może doprowadzić do hipokaliemii, szczególnie przy stosowaniu dużych dawek oraz u chorych z marskością wątroby i leczonych hormonami sterydowymi.

Ostatni artykuł z tej grupy to *Działanie moczopędne preparatu P 1393 (Fovane)*<sup>70</sup>. Badaniu poddano dziesięciu chorych, w tym trzech z zespołem nerczycowym, trzech z przewlekłą niewydolnością krążenia, jednego z przewlekłym zespołem sercowo-płucnym, jednego z obrzękami pochodzenia hormonalnego oraz dwóch pacjentów bez obrzęków (jeden z ropniakiem opłucnej, drugi z zapaleniem pęcherzyka żółciowego i odmiedniczkowym zapaleniem nerek). Wnioski końcowe z badania: preparat Fovane wzmacnia wydzielenie sodu, chlorków i wody w sposób charakterystyczny dla innych diuretyków z grupy tiazydów. Podany w dawce 100 lub 150 mg przez trzy dni nie powoduje istotnych wahań poziomu sodu, potasu i chlorków w surowicy oraz rezerwy alkalicznej osocza. Preparat wymaga dalszych badań zarówno pod względem właściwości i użyteczności w leczeniu obrzęków.

### Prace z zakresu endokrynologii

Publikacje te dotyczą chorób rdzenia nadnerczy, w tym guza chromochłonno-ego oraz wzajemnej relacji chorób tarczycy z cukrzycą.

Profesor był jednym z pierwszych w kraju, który zajął się diagnostyką guzów chromochłonnych nadnerczy, kierując chorych do leczenia chirurgicznego. W związku z tym, na wiele lat przed zastosowaniem leków bloku-

<sup>69</sup> J. Penson, A. Budny, K. Leonowicz, *Nowe środki moczopędne (Chlorotiazyd i Hydrochlorotiazyd)*, Wiadomości Lekarskie, 1961, 14, s. 271-277.

<sup>70</sup> J. Penson, K. Leonowicz, J. Kempa, A. Liberek, *Działanie moczopędne preparatu P 1393 (Fovane)*, Przegląd Lekarski, 1960, 16, s. 253-256.

jących receptory adrenergiczne, od 1959 roku III Klinika Chirurgii rozpoczęła operacje guzów chromochłonnych nadnerczy<sup>71</sup>.

Artykuł *Phaeochromocytoma wartość rozpoznawcza aorto-arteriografii i zagadnienia lecznicze*<sup>72</sup> wskazuje na ułatwienia diagnostyczne, które wnoszą takie badania jak urografia i aorto-arteriografia w rozpoznaniu i lokalizacji guzów chromochłonnych nadnerczy. W artykule opisano dwa przypadki obserwowane w II Klinice Chorób Wewnętrznych. Pierwszy, to 38 letni pacjent, którego przywieziono do kliniki w stanie ogólnym ciężkim, w śpiączce z wysokim ciśnieniem tętniczym o wartości 180/140 mm Hg. Ponieważ objawy kliniczne nasuwały podejrzenie guza chromochłonnego nadnerczy, wykonano aorto-arteriografię metodą Seldingera. Badanie wykazało guz średnicy 5 cm w miejscu prawego nadnercza. Pacjenta poddano operacji w III Klinice Chirurgicznej. Guz usunięto w całości. Po trzech miesiącach cofnęły się zmiany na dnie oka, ciśnienie tętnicze powróciło do normy. Drugi opisywany przypadek to 21 letni pacjent z nagłą utratą wzroku i wzrostem ciśnienia tętniczego do wartości 190/110 mm Hg. Odma pozaotrzewnowa wykazała cień nad nadnerczem lewym. Wobec podejrzenia guza chromochłonnego nadnerczy, pacjenta zoperowano. Stwierdzono guz we wnęce lewej nerki, który usunięto. Pacjent zmarł sześć godzin po operacji na skutek zaburzeń ciśnienia tętniczego i zaburzeń oddychania. W badaniu histopatologicznym potwierdzono utkanie chromochłonne guza. Na tej podstawie, a także na podstawie innych operowanych pacjentów, w artykule przedstawiono ogólne wnioski dotyczące normalizacji wartości ciśnienia tętniczego, które u tego typu pacjentów powracają do wartości prawidłowych po kilku dniach od zabiegu. W oparciu o własne doświadczenia autorzy przypominają, że należy w tym czasie pamiętać o nieprzerwanym podawaniu noradrenaliny w celu zapobieżenia zbyt gwałtownym spadkom ciśnienia tętniczego.

W artykule *Zmiany elektrokardiogramu u chorych z guzem chromochłonnym nadnerczy*<sup>73</sup> autorzy, w oparciu o analizę badania ekg dziesięciu pacjentów operowanych w latach 1961-1971, podają następujące wnioski; W badaniu ekg zaobserwowano przesunięcie osi elektrycznej serca w lewo, wydłużenie czasu załamka QT, cechy przerostu lewej komory oraz zaburzenia w repolaryzacji komór. Zmiany w badaniu ekg są niecharakterystyczne, ale jeżeli u chorego z nadciśnieniem tętniczym trudnym do opanowania lekami hipotensyjnymi stwierdzi się zaburzenia repolaryzacji komór w wielu odprowadzeniach, to należy przeprowadzić diagnostykę chorego w kierunku guza chromochłonnego nadnerczy.

<sup>71</sup> Pierwszy zabieg usunięcia chirurgicznego guza chromochłonnego nadnerczy odbył się w Klinice Mayo, w 1927 roku.

<sup>72</sup> T. Mierzejewski, L. Mirecki, J. Penson, S. Świca, Z. Wajda, T. Wrzołkova, *Phaeochromocytoma wartość rozpoznawcza aorto-arteriografii i zagadnienia lecznicze*, Kardiologia Polska, 1963, T 6, 3, s. 155-159.

<sup>73</sup> C. Janukowicz, J. Penson, A. Lewiński, *Zmiany elektrokardiogramu u chorych z guzem chromochłonnym nadnerczy*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1972, 2, s.127-134.

Artykuł *Współistnienie nadczynności tarczycy z cukrzycą*<sup>74</sup>, napisany wspólnie z J. Muszkowską, opisuje przypadek 19-letniej pacjentki przyjętej do kliniki w stanie bardzo ciężkim. Po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i badań dodatkowych postawiono rozpoznanie: śpiączka cukrzycowa współistniejąca z nadczynnością tarczycy. Po wyrównaniu u pacjentki zaburzeń gospodarki węglowodanowej poddano ją operacji usunięcia tarczycy. Badanie histopatologiczne tarczycy wykazało utkanie typowe dla choroby Gravesa – Basedowa. W ciągu dwóch miesięcy po operacji nastąpiła u pacjentki poprawa kliniczna, tj. ustąpienie skłonności do kwasicy, zmniejszenie cukromoczu oraz brak objawów obrzęku śluzakowego. Opisany przypadek jest dowodem na to, że prawidłowa przemiana węglowodanów zależy od równowagi czynnościowej gruczołów wydzielania wewnętrznego. Nadczynność tarczycy pogłębia zaburzenia wynikające z cukrzycy przez wzrost zużycia insuliny oraz skłonność do stanów śpiączkowych i kwasicy metabolicznej. Z analizowanego przez autorów piśmiennictwa wynika, że pierwszym gruczołem dokrewnym, którego funkcja jest zaburzona, jest tarczyca i może to prowadzić do wystąpienia nadczynności tarczycy, a w późniejszym czasie do wystąpienia zaburzeń funkcji trzustki pod postacią cukrzycy.

Artykuł *Ból tętnicy głównej brzusznej w ciężkiej nadczynności tarczycy*<sup>75</sup> potwierdza doniesienia licznych autorów o występowaniu bólów brzucha w ciężkich postaciach nadczynności tarczycy. Autor zwraca uwagę na objaw przez niego zaobserwowany w nadczynności tarczycy, a mianowicie silne, samoistne bóle okolicy aorty brzusznej. Objaw ten ustępuje po uzyskaniu eutyreozy. Potwierdzeniem tego jest dziewięć przypadków chorych z nadczynnością tarczycy, u których wystąpiły silne bóle brzucha, a w badaniu przedmiotowym ból aorty brzusznej przy palpacji. Jako hipotezę patogenezy opisanych dolegliwości autor przyjmuje nadmierną wrażliwość splotu trzewnego otaczającego aortę brzuszną.

W artykule *Niedoczynność tarczycy pochodzenia przysadkowego*<sup>76</sup> autor podejmuje dyskusję na temat wystąpienia zaburzeń funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego na skutek zmian zanikowych w przysadce mózgowej. W publikacji opisano przypadek 48-letniej pacjentki z objawami mogącymi sugerować zaburzenia funkcji tarczycy pod postacią niedoczynności. Pacjentkę leczono przez sześć dni preparatami tarczycy bez poprawy klinicznej, następnie podawano preparaty kory nadnerczy, także nie uzyskując poprawy. Chora po czterech tygodniach zmarła. Badanie autopsyjne wy-

<sup>74</sup> J. Penson, J. Muszkowska, *Współistnienie nadczynności tarczycy z cukrzycą*, Polski Tygodnik Lekarski, 1953, 8, s. 1003-1007.

<sup>75</sup> J. Penson, *Ból tętnicy głównej brzusznej w ciężkiej nadczynności tarczycy*, Polski Tygodnik Lekarski, 1958, 13, s. 17-19.

<sup>76</sup> I. Penson, J. Muszkowska, *Niedoczynność tarczycy pochodzenia przysadkowego*, Przegląd Lekarski, 1951, 7, s. 242-246.

kazało zmiany zanikowe w przysadce mózgowej. Ostateczne rozpoznanie to niedoczynność tarczycy pochodzenia przysadkowego.

### **Prace z zakresu chorób zakaźnych, hematologii, kardiologii**

Artykuł *Spostrzeżenia kliniczne i badania nad gospodarką wodną, węglowodanową i azotową w przebiegu żółtaczk zakaźnej*<sup>77</sup> dotyczył analizy obserwacji siedemdziesięciu chorych hospitalizowanych w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Łódzkiego w latach 1947-1949. Wnioski z przeprowadzonych badań, zdaniem autora, mogą przyczynić się do postawienia diagnozy. Objawy u badanych pacjentów to wystąpienie okresu przedżółtaczkowego – określanego przez autora okresem alergicznym, poprawa stanu chorego w okresie wystąpienia żółtaczk. U pacjentów stwierdzano obniżone ciśnienie tętnicze krwi, oligurię. W badaniach obniżony poziom mocznika we krwi, obniżone wartości glikemii w dobowym profilu, leukopenia z monocytosą. Autor podkreśla, że ze względu na zbyt małą liczbę przypadków wnioski te nie są ostateczne.

Artykuł *Zmiany w jakościowym składzie białek osocza krwi i opadanie krwinek w przebiegu włośnicy*<sup>78</sup>; praca ta powstała jako wynik obserwacji pacjentów z włośnicą, hospitalizowanych w III Klinice Chorób Wewnętrznych. Przedmiotem badań był stan jakościowy i ilościowy białek osocza krwi. Zaobserwowano, że w ciężkim przebiegu włośnicy podczas okresu zdrowienia występuje wzrost poziomu białka z hiperglobulinemią, co można tłumaczyć odczynem odpornościowym na włośnie nagromadzone w organizmie. Ponadto odczyn opadania krwinek był niski przy pełnym obrazie klinicznym choroby, natomiast wzrastał w okresie zdrowienia i osiągał najwyższe wartości po całkowitym cofnięciu się wszystkich objawów choroby. Wyniki badań są zgodne z wynikami publikowanymi przez badaczy niemieckich.

Artykuł *Przypadek niedokrwistości hemolitycznej z ciężkim przetłosem w przebiegu ciąży*<sup>79</sup> przedstawia rzadko opisywaną w piśmiennictwie polskim zależność pomiędzy niedokrwistością hemolityczną a ciążą. Opisano przypadek 26-letniej pacjentki w 28 tygodniu ciąży z poziomem erytrocytów we krwi wynoszącym 450 tysięcy. Pomimo kilkukrotnego przetoczenia krwi nie nastąpiła poprawa obrazu krwi. W trzeciej dobie pobytu w klinice wystąpiła czynność skurczowa mięśnia macicy i pacjentka urodziła martwy płód. Badanie szpiku kostnego wykluczyło choroby rozrostowe szpiku. Po konsultacji w Klinice Chirurgii, pomimo ciężkiego stanu pacjentki, pod-

<sup>77</sup> J. Penson, *Spostrzeżenia kliniczne i badania nad gospodarką wodną, węglowodanową i azotową w przebiegu żółtaczk zakaźnej*, Polski Tygodnik Lekarski, 1950, s. 649-653, s. 705-710.

<sup>78</sup> J. Penson, S. Nielubszyc, Z. Moszczyńska, *Zmiany w jakościowym składzie białek osocza krwi i opadanie krwinek w przebiegu włośnicy*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1953, 23, s. 683-688.

<sup>79</sup> J. Penson, I Stalewska, *Przypadek niedokrwistości hemolitycznej z ciężkim przetłosem w przebiegu ciąży*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 1951, 21, s. 276-286.



jęto wspólnie z Profesorem Kieturakisem decyzję o wycięciu śledziony. Po operacji poziom erytrocytów wynosił 2130000. Po wypisaniu ze szpitala obraz krwi ulegał ciągłej poprawie; w piątym miesiącu po operacji poziom erytrocytów wynosił 3170000. Przypadek jest nietypowy, gdyż decyzję o wycięciu śledziony podjęto w ciężkim stanie pacjentki. Autor tłumaczy decyzję brakiem poprawy, a wręcz pogarszaniem się stanu pacjentki po przetoczeniach krwi, co zadecydowało o takim właśnie postępowaniu.

Artykuł *Olbrzymia skrzeplina lewego przedsionka*<sup>80</sup> to praca o charakterze kazuistycznym. Opisuje dwa przypadki pacjentów z wadami serca, którzy zostali przyjęci do kliniki w ciężkim stanie ogólnym: w badaniu autopsyjnym stwierdzono wady serca i obecność skrzepliny w lewym przedsionku serca. U pacjentów z wadami serca ważne jest postawienie właściwej diagnozy, ponieważ w przypadku skrzepliny w lewym przedsionku szybkie podjęcie decyzji o operacji ratuje życie choremu.

### 5.3. Uczestnictwo w organizacjach naukowych i działalność partyjna

Profesor Penson czynnie uczestniczył w działalności wielu towarzystw naukowych w kraju. Zadaniem tych towarzystw było rozwijanie i propagowanie postępu naukowego w nowej dziedzinie, jaką była po wojnie nefrologia oraz inspirowanie lekarzy do twórczej pracy naukowej i stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Od 1950 roku był członkiem zarządu Gdańskiego Towarzystwa Lekarskiego<sup>81</sup>. Brał czynny udział w posiedzeniach Koła Warszawskiego Towarzystwa I Towarzystwa Internistów Polskich. 27 kwietnia 1955 roku wygłosił w tym towarzystwie referat na temat: *Ocena ogólna monografii prof. J. Węgiełki „Cukrzyca”*<sup>82</sup>. Czynnie uczestniczył w posiedzeniach Pomorskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, wielokrotnie wygłaszając referaty i zabierając głos w dyskusjach. Brał udział w sesjach naukowych organizowanych przez AMG<sup>83</sup>.

Należał do Międzynarodowego Towarzystwa Internistów. Był także aktywnym członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, w którym przez wiele lat pełnił funkcję prezesa Oddziału Gdańskiego, a także Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (w 1970 roku nadano mu członkostwo honorowe). Wybierano go również do Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dla Pracowników Nauki. Wygłaszał referaty na zjazdach zagranicznych (Lipsk, Praga) i krajowych m.in. na Zjeździe Hematologów w Krakowie w 1950 r. i na XVIII zjeździe TIP w Warszawie, w 1956 r.

<sup>80</sup> J. Penson, J. Muszkowska, *Olbrzymia skrzeplina lewego przedsionka*, Polski Tygodnik Lekarski, 1955, 10, s. 266-269.

<sup>81</sup> E. Sieńkowski, J. Dybicki, *Gdańskie Towarzystwo Lekarskie (1945-1952)*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1976, 5, s. 475-486.

<sup>82</sup> J. Penson, *Ocena ogólna monografii prof. J. Węgiełki „Cukrzyca”*, Postępy Wiedzy Medycznej, 1956, s. 98-100.

<sup>83</sup> APG, Akta AMG, nr.1318/336, s.151, s. 224, s. 230.

Profesor w 1947 roku wstąpił do Polskiej Partii Robotniczej, a później był członkiem PZPR (legitymacja nr. 536667). Działał w Kole Naukowców przy POP, w Łodzi w latach 1947-1949, a w ALG w latach 1949-1959. W AMG został wybrany 19 czerwca 1950 roku sekretarzem POP nr. 1 i członkiem KU, w latach 1950-1951 był członkiem Egzekutywy KU AMG i Plenum KW w Gdańsku. W latach 1960-1966 wybrano go do Sekcji Nauk Medycznych Komisji Nauki KC PZPR<sup>84</sup>.

#### 5. 4. Jakub Penson rektorem Akademii Medycznej w Gdańsku

*Quod felix faustus fortunatumque sit!*

Profesor Jakub Penson już w drugim roku swojego pobytu w mieście nad Motławą został powołany na stanowisko prorektora i sprawował tę funkcję w okresie od 1.09.1950 do 31.03.1953<sup>85</sup>. Następnie, od 1.04.1953 do 31.08.1956, był rektorem mianowanym<sup>86</sup>. W czasie tzw. odwilży październikowej, w roku 1956, jako członek i aktywista PZPR zrezygnował ze zajmowanego stanowiska. Musiał pełnić obowiązki rektora w sposób zadawalający dla większości pracowników naukowych AMG, skoro w roku 1962, tym razem w drodze wolnych wyborów przez Senat AMG został ponownie obrany rektorem i pełnił tę zaszczytną funkcję od 1.09.1962 r. do 31.08.1968 r. W historii Gdańskiej Akademii Medycznej jest to najdłuższy, jak do tej pory, okres sprawowania władzy rektorskiej przez jedną osobę.

Objęcie funkcji rektora wiąże się z przejściem władzy kierowniczej i obowiązkami dydaktyczno-naukowymi, co oznacza zajmowanie się budżetem i sprawami finansowymi uczelni, sprawami pracowników oraz problemami gospodarczymi, a także powoływaniem pracowników naukowych i oceną ich kwalifikacji. Rektor w sposób uroczysty przyjmuje insygnia władzy: łańcuch, berło i pierścień. Łańcuch jest symbolem godności rektorskiej, berło i pierścień to symbole władzy<sup>87</sup>. Godne uwagi jest to, że togi rektorskie dla Akademii Medycznej w Gdańsku zostały zaprojektowane na wzór tóg rektorskich Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie.

Od 1.06.1953 r. działania rektora AMG wspierało trzech prorektorów powołanych przez ówczesne Ministerstwo Zdrowia; prorektor do spraw naukowych, do spraw dydaktycznych i spraw dotyczących szpitala klinicznego.

Już podczas swej pierwszej kadencji rektorskiej Jakub Penson zajął się ze szczególną energią działaniami związanymi z inwestycjami w uczelni

<sup>84</sup> Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku, red Z. Machaliński, Gdańsk 2004, Wydawnictwo AMG, s. 93-103.

<sup>85</sup> E. Sieńkowski, *Zarys dziejów Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1970)*, Ann.Acad.Med.Gedan.1971, s. 131-134.

<sup>86</sup> W okresie powojennym od 1945 r. do 1956 r. rektorów i władze uczelni powoływała Rada Państwa

<sup>87</sup> J. Celma-Panek, *Akademickie zwyczaje, ceremoniał, insygnia*, Warszawa 1977, Warszawska Akademia Medyczna, s. 39-48.

i przez cały okres sprawowania władzy rektorskiej w AMG tych działań nie zaniedbywał. W związku z planami inwestycyjnymi Profesor wyjeżdżał do uczelni zagranicznych, w ramach stypendium MZ i OS przebywał w Danii i Szwecji, by przenieść na rodzimym gruncie nowoczesną organizację i styl działania tych ośrodków.

Zawsze podkreślał potrzebę stworzenia studiującej na AMG młodzieży odpowiednich warunków bytowych, czego wyrazem była idea budowy nowych domów akademickich. Między innymi dzięki jego usilnym staraniom w dniu inauguracji roku akademickiego 1962/63 nastąpiło uroczyste otwarcie nowoczesnego Domu Studentów i nowych domów akademickich.

Od dnia objęcia po raz pierwszy funkcji rektora akademii Profesorowi Pensonowi udało się zrealizować szereg inicjatyw zgłaszanych przez profesorów różnych specjalności. Postawił sobie także za cel budowę nowej Biblioteki Głównej AMG. Dawna biblioteka, w której zgromadzono ponad 150 000 tomów, mieściła się bowiem w ciasnym, starym baraku, co uniemożliwiało jej dalszy rozwój, a w dodatku jej cenne zbiory ulegały systematycznemu niszczeniu. Dzięki staraniom rektora Pensa, w dniu inauguracji roku akademickiego 1968/69, której, kończąc swoją kadencję rektorską, przewodniczył prof. Penson, oddano do użytku nowy piękny budynek Biblioteki Głównej AMG przy ul. Dębinki 1, o kubaturze 13038 m<sup>3</sup> na ponad 300 000 woluminów. Dzień ów wieńczył także wieloletnią batalię rektora Pensa o budowę nowych zakładów teoretycznych AMG. Dotychczasowe budynki nie nadawały się już do remontu, a zajęcia odbywały się w ciasnocie, często w warunkach sprzecznych z podstawowymi zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy<sup>88</sup>. Była to rażąca dysproporcja między bazą kliniczną a teoretyczną AMG. Idea budowy nowych zakładów była głęboko przemyślaną koncepcją między innymi prof. Mozołowskiego. Bez nich AMG nie mogłaby być wyższą uczelnią medyczną z prawdziwego zdarzenia. Dopiero w końcu ostatniej kadencji rektorskiej profesora Pensa udało się wprowadzić tę inwestycję do planów rozwoju uczelni i uzyskać na nią stosowne środki. W związku z tą inwestycją Profesor wyjeżdżał do uczelni zagranicznych, m.in. do Szwecji wraz z prof. M. Żydowo i z inż. Lasse<sup>89</sup>. Budowę zakładów teoretycznych, rozpoczęto w roku 1969. Koszt budowy oszacowano wówczas na 91 milionów zł. Ukończeniem działań profesora w tym zakresie był wzniesiony w roku 1975 nowoczesny budynek, obecnie nazywany Collegium Biomedicum, którego budowę ukończono już po jego śmierci.

Oprócz budowy nowych obiektów wiele energii poświęcał prof. Penson także rozbudowie obiektów już istniejących. W przemówieniu inauguracyjnym rok akademicki 1956/57 wyrażał swą radość z trwającej rozbudowy Kli-

<sup>88</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, Sprawozdanie Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku, Prof. dr Jakuba Pensa na inauguracji roku akademickiego 1968/99, s. 412.

<sup>89</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *To nie krasnoludki tworzyły Akademię*, Gazeta AMG, 2002, 1, 16, s. 49-54.

niki Pediatrycznej i zainicjowania powstania w Klinice Pediatrycznej Oddziału Terapii i Oddziału Zakaźnego<sup>90</sup>. Podjęto też rozbudowę klinik mieszczących się w Gdańskim Szpitalu Wojewódzkim, a mianowicie II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych oraz Kliniki Ortopedycznej<sup>91</sup>. W roku 1967 oddano do użytku budynek audytoryjny Wydziału Farmaceutycznego z dwoma salami wykładowymi i rozpoczęto przebudowę tego wydziału. Rozpoczęto także przebudowę budynku nr 15 PSK, przeznaczonego dla potrzeb Kliniki Neurologicznej, Neurochirurgicznej i Okulistyki oraz budowę na terenie PSK 1 III Kliniki Chirurgicznej III Kliniki Wewnętrznej. W czasie sprawowania władzy rektorskiej przez prof. Penson również Klinika Chorób Zakaźnych znalazła nowe piękne pomieszczenie w zbudowanym w roku 1968 Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym. Budynki dotąd przez tę klinikę zajmowane przekazano Klinice Ftyzjatrii i Zakładowi Biochemii Klinicznej.

Jako rektor AMG Profesor z wielkim zaangażowaniem podejmował rozliczne działania mające na celu doposażenie uczelni w sprzęt i aparaturę naukową. Dla przykładu podam, że w roku 1968, dzięki jego staraniom, AMG otrzymała japoński mikroskop elektronowy wartości 2,5 miliona zł., a także, w ramach dostaw bezpłatnych z UNICEF, aparaturę naukową wartości 600 000 ówczesnych zł dewizowych (m.in. 2 aparaty rentgenowskie, 2 aparaty Astrupa służące do oznaczania parametrów gospodarki kwasowo-zasadowej organizmu, aparaturę do sterylizacji oraz wirówkę chłodzoną)<sup>92</sup>.

W przemówieniu wygłoszonym podczas uroczystości inauguracji roku akademickiego 1953/54 profesor Penson przedstawił swoją wizję funkcjonowania AMG, i określił rolę, którą powinna ona spełniać;

*W wielkich planach (...) budowy kraju nowoczesnego, postępowego, uprzemysłowionego i silnego nie małą rolę odgrywają wyższe uczelnie, a wśród nich i akademie medyczne. Nasza akademia, najstarsza tego typu w Polsce Ludowej, ma (wykonywać- przyp.aut.) doniosłą pracę (...) na trzech odcinkach: **pracę ściśle naukową, kształcenie nowych kadr naukowych i pracowników służby zdrowia oraz ścisłą współpracę z powszechną służbą zdrowia w Polsce (podkr.aut.)** Nasze zakłady i kliniki opracowały już plan badawczo-naukowy, który łączy zdobycze nauki z potrzebami rozbudowy kraju, z życiem codziennym ludzi pracy. (...) Cała nasza uczelnia nastawia się na pracę naukową dla potrzeb powszechnej służby zdrowia, na medycynę zapobiegawczą, na choroby społeczne i zawodowe, na zagadnienia opieką nad matką i dzieckiem”<sup>93</sup>.*

<sup>90</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, J. Penson, Przemówienie z uroczystości inauguracji roku akademickiego 1956/57, s. 311

<sup>91</sup> Ibidem, s. 312-315.

<sup>92</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, Sprawozdanie Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku, Prof. J. Penson na inauguracji roku akademickiego 1968/69, s. 101.

<sup>93</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, J. Penson, Przemówienie z uroczystości inauguracji roku akademickiego 1953/54, s. 230.

Tej swojej koncepcji pozostał wierny przez cały okres pozostawania we władzach Uczelni. Do deklarowanej w cytowanym przemówieniu współpracy akademii z terenową służbą zdrowia Profesor Penson, jako rektor AMG, rzeczywiście przykładał wielką wagę. Rozwojowi owego współdziałania służył bowiem nie tylko Szpital Kliniczny wraz z przychodnią, stanowiący integralną całość z uczelnią, ale także i zorganizowane przy poszczególnych katedrach AMG pracownie naukowe: histopatologiczna (obsługująca 55 placówek służby zdrowia z terenu ówczesnego województwa gdańskiego, olsztyńskiego i koszalińskiego), pracownia badania krwi na obecność alkoholu oraz pracownia preparatów anatomicznych, z której korzystały średnie szkoły medyczne<sup>94</sup>.

Profesor Penson chętnie kierował też pracowników AMG na wykłady w średnich szkołach medycznych oraz, jako konsultantów wojewódzkich, do licznych szpitali.

Podczas uroczystości inauguracji roku akademickiego 1956-1957 profesor Penson w swym przemówieniu z ogromną satysfakcją poinformował pracowników i studentów AMG o następujących decyzjach prawnych ówczesnego rządu zmierzających do demokratyzacji i decentralizacji kierowania wyższymi uczelniami:

1. *Wprowadzenie zmiany w ustroju szkół wyższych przez zapoczątkowanie w bieżącym (tj. w 1956 r. – przyp. aut.) zasady obieralności rektorów i dziekanów, zwiększenie ich samodzielności oraz rozszerzenie uprawnień Senatu i Rad Wydziałowych.*
2. *Podjęto kroki do odbiurokratyzowania pracy uczelni przez likwidację nadmiernej szczegółowości przepisów oraz przez likwidację uciążliwej sprawozdawczości.*
3. *Postanowiono prowadzić stanowiska pracowników administracyjnych o wysokich kwalifikacjach, aby odciążyć pracowników naukowych od pracy administracyjnej.*
4. *Wprowadzono reformę płac, która poprawi warunki bytu samodzielnych i pomocniczych pracowników naukowych, co stworzy bardziej sprzyjające warunki naukowej, dydaktycznej i wychowawczej.*
5. *Postanowiono zwiększyć ilość dewiz na zakup zagranicznej aparatury naukowej oraz uproszczono tryb zaopatrzenia uczelni w pisma i książki zagraniczne<sup>95</sup>.*

W tym kontekście Profesor Penson wykazał wiele osobistej inicjatywy, aby doprowadzić do szybkiego rozwoju AMG. Wszystkie te poczynania należy rozpatrywać z punktu widzenia ówczesnej sytuacji społeczno-politycznej. Niewątpliwie zmianom zapoczątkowanym przez Profesora sprzyjała

<sup>94</sup> Ibidem, s. 232.

<sup>95</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, J. Penson, Przemówienie z uroczystości inauguracji roku akademickiego 1956/57, s. 309.

„fala tzw. października 1956 roku”, przyczyniając się również do zmiany pozycji wielu uczelni, w tym AMG.

Zapowiedział również, że władze uczelni zrobią wszystko, aby tę samodzielność jak najlepiej wykorzystała dla dalszego rozwoju AMG. Zmiany te powinny także dotyczyć tzw. dyscypliny nauki. Omawiając swoją wizję tego zagadnienia, prof. Penson dał wyraz jednocześnie swojej wizji kształcenia młodzieży, której do końca pozostał wierny jako pedagog. Zdaniem Profesora, należało zlikwidować biurokratyczną kontrolę studentów i drobiazgowo przepisy regulujące dyscyplinę nauki, aczkolwiek na młodszych latach studiów dyscyplina ta powinna nadal obowiązywać, ale kontrola studentów winna być znacznie uproszczona. Natomiast seminaRIA, repetytoria i ćwiczenia powinny być przez studentów dokładnie odrabiane. Trzeba egzekwować nie tylko obecność studenta na zajęciach, ale i sukcesywnie sprawdzać jego postępy w nauce. Profesor Penson szczególny nacisk kładł na to, by dyscyplina nauki na AMG była coraz bardziej świadoma i ugruntowywana przez wychowanie<sup>96</sup>.

Oddziaływanie wychowawcze grona nauczającego powinno, zdaniem Profesora, polegać przede wszystkim na przekonywaniu studentów o konieczności systematycznej i samodzielnej pracy, wyrabianiu w nich przekonania, że wykłady przygotowują do ćwiczeń i że czynny udział w ćwiczeniach i wykładach rozszerza nabyte wiadomości.

Drugim ważnym zagadnieniem, które powinno, zdaniem profesora Pensa, być wyznacznikiem działania grona nauczającego AMG, to walka ze „szkolarstwem”, czyli dążenie do tego, by student opanowywał wiedzę w sposób samodzielny, aby w oparciu o przyswajany zasób wiadomości mógł rozwijać własne sądy, gdyż jedynie ta droga może przygotować go do samodzielnej i odpowiedzialnej pracy<sup>97</sup>.

Profesor Penson był zwolennikiem reformy studiów, pragnął, jak to sam sformułował, „przewietrzyć” programy, które ongiś, w XVIII i XIX wieku, układano na niemieckich i austriackich cesarsko-królewskich uczelniach”. Proponował w ramach tej niezbędnej reformy bardzo konkretne postulaty:

1. *Konieczność zwiększenia wymiaru godzin przeznaczonych na zajęcia seminaryjne w grupach oraz na praktyki szpitalne przy łóżku chorego z ograniczeniem wykładów masowych. W zajęciach seminaryjnych i praktykach szpitalnych powinni brać udział samodzielni pracownicy naukowcy i najbardziej doświadczony personel pomocniczo-naukowy.*
2. *Koordinacja w nauczaniu różnych przedmiotów oraz ich integracja (np. koordynacja i integracja anatomii z fizjologią i histologią, patologii z interną i chirurgią itp.).*
3. *Zmiana „ustawienia” VI roku studiów jako okresu zdawania egzaminów dyplomowych, a nie stażu przeddyplomowego, jak było do-*

<sup>96</sup> Ibidem, s. 310.

<sup>97</sup> Ibidem, s. 311-312.

*taq. Wprowadzenie zasady, że student w czasie przygotowania się do egzaminu z jakiegoś przedmiotu będzie miał przez szereg tygodni zajęcia seminaryjne w klinice, w której egzamin ten będzie zdawał.*

4. *Oddzielne kształcenie stomatologów i lekarzy (rezygnacja ze wspólnych zajęć na latach I-III)<sup>98</sup>.*

W przemówieniach z tamtych lat, wygłaszanych wobec grona profesorów uczelni, władz państwowych, władz uczelni i młodzieży akademickiej, Profesor zawsze wyrażał swą głęboką troskę o studiującą na AMG młodzież, której uczelnia powinna dać nie tylko możliwie najlepsze przygotowanie fachowe, ale także i moralne, społeczne, i intelektualne. Akademia musi więc traktować swoje zadania dydaktyczne, naukowe i usługowo- lecznicze jako jeden spójny system wychowawczy<sup>99</sup>, dzięki czemu przyszli lekarze przenosząc będą do swoich przyszłych środowisk pracy ukształtowane na uczelni sposoby myślenia i nawyki kulturalno-obyczajowe w ich najlepszej formie<sup>100</sup>. Pamiętamy, że profesor Penson był rektorem AMG w czasach, gdy do spraw Uczelni wtrącały się osoby a partii i, jak wspomina prof. Stefan Kryński w *Kartkach ze wspomnień starego profesora* opublikowanych w „Gazecie AMG” (nr 3/1994), (...) *młodzieńcy w czerwonych krawatach potrzęsali pięścią przed siedzącym na podium Senatem, krzycząc: My was nauczymy, co to jest socjalizm!*”. Były to czasy „produkcji wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych”, a nie takiej formacji przyszłych medyków, która sprzyja rozwojowi samodzielności myślenia i tolerancji światopoglądowej. W związku z tym prof. Penson, wytrawny intelektualista i człowiek o niezwykle szerokich pozamedycznych zainteresowaniach, dużą wagę przywiązywał do wszystkiego, co, pomimo intensywnej indoktrynacji studentów w duchu marksizmu-leninizmu, owe pozytywne formy działania i nawyki kształtowało. Stąd też przykładał dużą wagę do działania kół naukowych AMG, Studium Wychowania Fizycznego organizującego obozy szkoleniowo-sportowe, żeglarskie i wędrownie dla studentów wszystkich lat i wydziałów oraz do sprawnego funkcjonowania Studium Języków Obcych, które prowadziło lektoraty z łaciny, języka rosyjskiego, angielskiego, francuskiego i niemieckiego dla studentów oraz kursy językowe dla asystentów.

W przemówieniu podczas inauguracji roku akademickiego 1968/1969, Profesor, zanim przekazał władzę w Uczelni nowo wybranemu rektorowi, prof. Marianowi Górskiemu, zwrócił się do młodzieży akademickiej z następującym przesłaniem:

<sup>98</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, J. Penson, Przemówienie z uroczystości inauguracji roku akademickiego 1962/63, s. 33-36.

<sup>99</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, Sprawozdanie Rektora Akademii Medycznej, Prof. Jakuba Pensona na inauguracji roku akademickiego, 1967/68 w dniu 3. 10. 1967 r., s. 53.

<sup>100</sup> Ibidem, s. 58.

*Serdecznie witam was w murach Naszej Uczelni. Zdobędziecie piękny i zaszczytny zawód. Cóż jest piękniejszego niż dociekanie prawdy, wydzieranie przyrodzie głęboko ukrytych tajników, odkrywanie sił, które, wciągnięte w służbę człowieka, pozwalają żyć lepiej, piękniej i zdrowiej.*

*Zawód lekarza to nie tylko praca wielce pożyteczna, ale porywająca, bo nie statyczna, lecz wybitnie dynamiczna, gdyż ciągle poszukuje się nowych rozwiązań i nowych dróg poznania.*

*Zafascynowani postępem nauk technicznych, musimy jednak uświadomić sobie, że i w naukach medycznych dzieją się wielkie rzeczy i to w ostatnim roku. Cała ludzkość jest do głębi poruszona faktem możliwością przeszczepienia serca, tego narządu ciała ludzkiego, z którym od wieków wiązano całe nasze życie uczuciowe<sup>101</sup>. Medycyna wkroczyła w zdawałoby się dziedzinę uregulowaną odwiecznymi prawami przyrody, w ten sposób nauka stworzyła nową wartość, nową rzeczywistość. Ale w związku z tymi nowymi odkryciami odpowiedzialność świata lekarskiego staje się coraz większa. Dlatego też o sukcesie nauczania decydować będzie jednak zawsze umiejętność ukształtowania przez kadre nauczającą charakteru i kultury przyszłych pokoleń lekarzy oraz umiejętność przekazania im głębokiej humanistycznej treści naszego oraz ukształtowanie ich postawy społeczno-politycznej w duchu postępu i socjalizmu”<sup>102</sup>.*

Profesor Penson, który od roku 1947 był członkiem i aktywistą PZPR, dla dobra AMG doskonale porozumiewał się z innymi profesorami, niezależnie od ich przekonań i poglądów (chodzi m.in. o prof. W. Czarnockiego, który, jak sugerują jego uczniowie, przed wojną był członkiem masonerii, oraz prof. Mozołowskiego, który traktowany był w AMG jako „strona kościelna”). Przed wojną żaden z nich nie żył w sielankowych warunkach.

Uczestnicząc po pierwszej wojnie światowej w organizacji niepodległej ojczyzny, w czasie następnej wojny sprawdzili się znakomicie jako obywatele i patrioci, a po wyzwoleniu, w rozgardiaszu tworzenia, migracji i odbudowy, kiedy było równie wiele błędów, co dokonań wspaniałych, cieszyli się prawdziwym autorytetem i wiedzieli, co jest ważne. Realizowali swoje ideały kształcenia młodych lekarzy w duchu tolerancji i uczciwości zawodowej. Podchodzili do medycyny z pasją: czuło się to i w czasie wykładów, i obserwując diagnozowanie chorych. Po przeżytej gehennie wojny, stratach bliskich i całego mienia, byli ludźmi bezinteresownymi w sensie materialnym<sup>103</sup>.

<sup>101</sup> 3.12.1967 r. w szpitalu Groote-Schuur w Kapsztadzie (RPA) chirurg Christian Nethling Barnard po raz pierwszy przeszczepił ludzkie serce innemu człowiekowi. 4. 01, 1969 r. miała miejsce pierwsza transplantacja serca w Polsce, wykonana w Łodzi przez prof. Jana Molla i prof. Antoniego Działkowiaka.

<sup>102</sup> APG, Akta AMG, nr. 1318/436, Sprawozdanie Rektora Akademii Medycznej, Prof. Jakuba Penson na inauguracji roku akademickiego, 1967/68 w dniu 3.10.1967, s. 53.

<sup>103</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Polityka i medycyna*, Gdańsk 2004, Scientific Publishing Group, s.39, s. 47-48.



Ciekawym przyczynkiem do charakterystyki rektora Pensona jest fakt, o którym wspominał dr Jerzy Umiastowski na jednej z warszawskich sesji naukowych poświęconej Profesorowi. Otóż w październiku 1956, jako student uczestniczył w wiecu, podczas którego prowokator namawiał demonstrantów do marszu na konsulát radziecki. Rektor Penson podszedł wtedy do dra Umiastowskiego i prosił go, aby zatrzymał pochód. Rektora studenci by nie posłuchali, ale kolegę opozycjonistę i „chadeka” – owszem. Teraz dr J. Umiastowski jest znanym politykiem i profesorem w Watykanie<sup>104</sup>.

Inny przykład moralnej postawy profesora Pensona jako rektora w trudnym okresie czystek personalnych w wyższych uczelniach przytacza prof. Stefan Kryński w swoich „Kartkach ze wspomnień starego profesora”<sup>105</sup>.

*Po mojej habilitacji, w roku 1951, zostałem zastępcą profesora (Jerzego Morzyckiego – przyp. aut.), co upoważniało mnie do udziału w komisji doboru kadr (...) Na jednym z nich zjawił się przedstawiciel komitetu wojewódzkiego i delegatka z wydziału kadr naukowych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Formalnie występowali oni jako obserwatorzy, w rzeczywistości zaś jako osoby decydujące o losach kadry naukowej. Punktem szczególnie drażliwym stała się sprawa jednego z asystentów rokujących wówczas wielkie nadzieje Organizacja partyjna wysuwała do niego trzy zastrzeżenia – duchowny w rodzinie; przynależność do Armii Krajowej w czasie okupacji; rok studiów, po wojnie, w Belgii. Nasi goście kategorycznie domagali się jego usunięcia z Uczelni, przy czym towarzyszy z komitetu nie omieszkali przypomnieć Pensonowi o dyscyplinie partyjnej. Profesor zajął jednak twarde stanowisko. Oświadczył, że asystent jest niezwykle uzdolniony, że Uczelnia ma wobec niego daleko idące plany i zwolnienie go stanowiłoby dla niej wielką stratę. W Armii Krajowej był zwykłym żołnierzem, jak wielu jego rówieśników. W Belgii czasu nie marnował, a mimo że miał szansę tam zostać, wrócił do kraju. Za całkiem bezsensowną uznał Penson dyskryminację z powodu stryja duchownego, nawiasem mówiąc, zamordowanego przez gestapo. W końcu oświadcza, że kategorycznie nie zgadza się na zwolnienie omawianego asystenta. Komisja uczelniana poparła rektora i asystentowi przedłużono angaż.*

Za przykład tego, jak można się czasami mylić w przewidywaniu postaw ludzkich w różnych sytuacjach, może posłużyć fakt, że własny szef (owego asystenta – przyp. aut.) powszechnie uważany za człowieka niezłomnego, nie powiedział ani jednego słowa w obronie swego asystenta, mimo że stanowiło to dla niego bez porównania mniejsze zagrożenie niż dla profesora Pensona, który za swój sprzeciw wobec stanowiska partii mógł, jako jej członek, drogo zapłacić.

<sup>104</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *To nie krasnoludki tworzyły Akademię*, Gazeta AMG 2002, 1, 16, s. 49-54.

<sup>105</sup> S. Kryński, *Kartki ze wspomnień starego profesora*, Gdańsk 2006, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, s. 196-197.

Profesor Kryński ponadto dodaje: *Niewątpliwie dzięki niemu (profesorowi Pensonowi- przyp. aut.) Pawłowizm, Miczurianizm, Łysenko, Lepieżyńska i Boszjan nie pustoszyli nauki i dydaktyki w naszej Akademii w takim stopniu, jak to miało miejsce w wielu innych uczelniach*<sup>106</sup>.

Podczas pracy w rektoracie nie celebrował, jak wspomina prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, pozorów, Nie znosił zebrań, a to, co mógł załatwiać szybko i bez fasady<sup>107</sup>. Profesor był rektorem powszechnie cenionym w czasach, w których zarządzanie uczelnią wyższą wymagało ogromnego taktu, wyjątkowego opanowania i dyplomacji. Z jednej strony, przez nierozważną politykę, można było zaszkodzić uczelni, z drugiej zaś – przez oportunistyczny i nadmierną giętkość – narazić na szwank swój honor i dobre imię Akademii. Profesor Penson ten trudny egzamin zdał z wyróżnieniem.

### 5.5. Doktoraty i habilitacje

Po wojnie brakowało specjalistów. Była to najdotkliwsza bolączka nie dająca się w krótkim czasie usunąć. Także w polskiej internecie istniała potrzeba kształcenia nowych kadr, o szerokich zainteresowaniach, którym bliskie byłyby problemy nefrologii. Dlatego też pierwsze lata pracy Profesora upłynęły na kształceniu młodego pokolenia lekarzy. Jak pokazały następne lata, trud ten zaowocował pracami doktorskimi i habilitacjami, które napisano pod kierunkiem Profesora. Przewody doktorskie przeprowadzone w Katedrze i II Klinice Chorób Wewnętrznych, której kierownikiem był prof. Jakub Penson:

1. Ludwik Mirecki, *Zmiany morfologiczne krwi obwodowej i szpiku kostnego w nagminnym zapaleniu wątroby*, 1952,
2. Zofia Moszyńska, *Zachowanie się poziomu fosforu i wapnia we krwi w chorobach nerek i nadciśnieniu samoistnym*, 1952,
3. Paweł Nowicki, *Badania elektrokardiograficzne i ból dusznicowy w niedokrwistościach różnego typu*, 1952,
4. Konstanty Leonowicz, *Elektroforeza bibułowa białek surowicy w gośćcowym i podoстрыm bakteryjnym zapaleniu wsierdza. Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze*, 1957,
5. Irena Stalewska-Nielubszyc, *Lipaza w surowicy krwi w nerczycy oraz w przebiegu innych schorzeń nerkowych*, 1961,
6. Władysław Wermut, *Elektroforeza bibułkowa białek moczu i płynu mózgowo-rdzeniowego w niektórych zespołach nerkowych*, 1961,
7. Stanisław Nielubszyc, *Rzut minutowy lewej komory i objętość krwi płucnej w przebiegu zwężenia lewego ujścia żylnego*, 1961,
8. Joanna Muszkowska-Penson, *Biopsja skóry w bakteryjnym zapaleniu wsierdza*, 1962,

<sup>106</sup> Ibidem, s. 96.

<sup>107</sup> B. Krupa-Wojciechowska, *Jakub Penson (1899-1971). Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1953-1956, 1962-1968*, Ann. Acad. Med. Gedan. 1971, 1, s. 271-282.

9. Barbara Krupa-Wojciechowska, *Ostra martwica rdzenia nerek. Próba własnej przyżyciowej diagnostyki i doświadczalnego powtórzenia spostrzeganego objawu*, 1963,
10. Stefania Horoszek-Maziarz, *Gospodarka potasowa w kwasicy cukrzycowej w świetle własnych badań klinicznych*, 1964,
11. Mirosław Kalinowski, *Cytodiagnostyka węzłów chłonnych w zestawieniu z wynikami badań histopatologicznych*, 1964,
12. Tadeusz Mierzejewski, *Wartość arteriografii nerkowej w diagnostyce objawowego nadciśnienia tętniczego*, 1964,
13. Mieczysław Trenkner, *Migotanie przedsionków po komisurotomii mitralnej*, 1965,
14. Wiesław Czerniewski, *Badania nad białkomoczem i elektroforezą białkową moczu w późniejszych zatruciach ciężowych*, 1965,
15. Edmund Nartowicz, *Nadciśnienie tętnicze krwi w skrobawicy nerek*, 1966,
16. Anna Liberek, *Niektóre zagadnienia kliniczne i biochemiczne związane z leczeniem dializą pozaustrojową*, 1967,
17. Janina Margules, *Znaczenie biopsji nerek w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu nerczycowego*, 1967,
18. Henryk Rynkiewicz, *Pomiary czasu przeżycia erytrocytów znakowanych chromem Cr51 w niektórych zespołach hematologicznych*, 1967,
19. Zygmunt Chodorowski, *Wartość diagnostyczna i prognostyczna próby angiotensynowej Kaplana-Silaha w nadciśnieniu tętniczym krwi o różnej etiologii*, 1968,
20. Marek Hebanowski, *Badania serologiczne (test aglutynacji probówkowej) jako metoda rozpoznawcza i różnicowa w zakażeniach bakteryjnych układu moczowego*, 1969,
21. Tadeusz Suchecki, *Badania tromboelastograficzne u chorych z ostrą i przewlekłą niedomogą nerek leczonych dializami pozaustrojowymi*, 1970.

Przewody habilitacyjne pod kierownictwem prof. Jakuba Pensona

1. Andrzej Manitius, *Niedobór potasu i jego wpływ na zdolność zagęszczania moczu*, 1963,
2. Leon Tenczyński, *Udział hormonu tyreotropowego w przemianie hormonów tarczycy w tkankach obwodowych*, 1965,
3. Joanna Muszkowska-Penson, *Badania nad patogenezą niedokrwistości w przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu izotopów promieniotwórczych chromu 51 i żelaza 59*, 1969,
4. Barbara Krupa-Wojciechowska, *Diagnostyka kliniczna i dynamika skrobawicy nerek na podstawie 103 przypadków obserwowanych w II Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku*, 1969.

## 5. 6. Rodzina Jakuba Pensona w Gdańsku

Wieloletnia towarzyska życia profesora Jakuba Pensona, prof. Joanna Muszkowska-Penson<sup>108</sup> urodziła się w Warszawie 25 października 1921 roku, jako córka prof. Jana Muszkowskiego, wybitnego historyka, bibliografii i bibliotekarza, dyrektora Biblioteki Ordynacji Krasieńskich, twórcy pierwszego w Polsce Studium Księgarstwa, kierownika katedry bibliotekoznawstwa na Uniwersytecie Łódzkim, kontynuatora *Bibliografii polskiej* (lata 1901-1925) K. Estreichera i profesora Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie. Ukończyła Państwowe Gimnazjum i Liceum im. Królowej Jadwigi w Warszawie, uzyskując w roku 1939 świadectwo maturalne. Po wybuchu II wojny światowej, w czasie okupacji hitlerowskiej działała w konspiracji, będąc łączniczką Związku Walki Zbrojnej. Aresztowana przez gestapo w lokalu ZWZ podczas tzw. wsypy, była przez pół roku więziona na Pawiaku (blok dla kobiet – tzw. Serbia), a następnie przewieziona do obozu koncentracyjnego w Ravensbrück, w którym przebywała aż do zakończenia działań wojennych. 20 maja 1945 roku powróciła do Łodzi, gdzie rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim UŁ, które ukończyła w roku 1951, uzyskując dyplom lekarza medycyny. Dnia 1 lutego 1951 roku rozpoczęła pracę, jako młodszy asystent, w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Po zdaniu, 19 grudnia 1952r., egzaminu specjalizacyjnego uzyskała I stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, a drugi stopień tejże specjalizacji uzyskała 27 lutego 1961 roku. Wcześniej, bo w roku 1954 poślubiła owdowiałego profesora Jakuba Pensona i dnia 26 sierpnia 1954 roku urodziła córkę Annę. Stopień doktora medycyny uzyskała 14 grudnia 1961 roku, a doktora habilitowanego – 20 marca 1969 roku. Dnia 1 stycznia 1980 roku została mianowana na stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Gdańsku. W okresie swojej pracy na AMG zajmowała kolejno stanowiska: młodszego asystenta, starszego asystenta, adiunkta, docenta i profesora nadzwyczajnego. W okresie przemian ustrojowych była aktywną działaczką NZZ „Solidarność”, a od roku 1980 aż do chwili obecnej jest lekarzem legendarnego przywódcy tego ruchu, Lecha Wałęsy. W roku 1983 wraz z grupą zapaleńców, działając pod auspicjami kapelana AMG, ks. Eugeniusza Dutkiewicza, założyła Hospicjum Pallotinum, pierwszy w Polsce ośrodek opieki paliatywnej, w którym przez wiele lat pracowała jako wolontariuszka, opiekując się ludźmi nieuleczalnie chorymi, a także działając na rzecz aktywizacji ruchu hospicyjnego w całej Polsce. Wiedzę na temat funkcjonowania hospicjów czerpała z doświadczeń Wielkiej Brytanii<sup>109</sup>, która zapoczątkowała działalność w tej dziedzinie. W roku 1992 prof. Joanna Muszkowska-Pen-

<sup>108</sup> AAMG, Akta osobowe Joanny Muszkowskiej-Penson, nr. 710/167, życiorys, s. 4-5.

<sup>109</sup> Pierwsze w świecie hospicjum powstało z inicjatywy lady Cicely Saunders w 1964 r. w Londynie.

son uzyskała uprawnienia emerytalne i opuściła gdańską akademię, nie rezygnując jednak z pracy społecznej.

W roku 2006 została odznaczona Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.

Córka Profesora, Anna Dominiczak<sup>110</sup> urodziła się 26.08.1954 r. w Gdańsku. Jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku (1978 r.). Po studiach pracowała w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG jako asystent. W 1982 r., wyjechała do Glasgow, gdzie rozpoczęła pracę w szpitalu Royal Infirmary. W Glasgow mieszka do dnia dzisiejszego.

Obecnie jest także profesorem Brytyjskiej Fundacji Kardiologicznej (BHF), gdzie kieruje katedrą Leczenia Chorób Układu Krążenia oraz pełni funkcję Dyrektora Centrum Badań nad Chorobami Układu Krążenia przy Uniwersytecie Glasgow. Dodać należy, iż jest pierwszą kobietą profesorem chorób wewnętrznych w parusetletniej historii tej uczelni.

Jest lekarzem specjalistą i endokrynologiem w Western Infirmary (Szpital Zachodni) i Dziekanem Nadzwyczajnym ds. Badań na Wydziale Medycznym. Zakres jej badań w szczególnej mierze obejmuje genetykę i biologię chorób układu krążenia. Realizuje ona również program stypendium w BHF zatytułowany „Czynniki Genetyczne warunkujące powstawanie nadciśnienia i komplikacje wywołane wysokim ciśnieniem w układzie krążenia”.

Profesor Anna Dominiczak jest ponadto koordynatorem Konsorcjum Genomii Funkcjonalnej Układu Krążenia, finansowanego przez Wellcome Trust, które prowadzi studia nad czynnikami genetycznymi powodującymi nadciśnienie. Jest również jednym z głównych badaczy nad genetyką nadciśnienia Studium BRIGHT, finansowanego przez MRC.

W latach 2002-2006 była Sekretarzem Rady Naukowej przy Międzynarodowym Stowarzyszeniu Badań Nadciśnienia, a obecnie jest członkiem Rady Naukowej przy Europejskim Stowarzyszeniu Leczenia Nadciśnienia. Jest również członkiem / stypendystą/ Królewskiego Kolegium Lekarzy (Royal College of Physicians), Akademii Nauk Medycznych (Academy of Medical Sciences, Królewskiego Stowarzyszenia w Edynburgu (The Royal Society of Edinburgh), Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego (American Heart Association) oraz członkiem Europejskiego Towarzystwa Leczenia Nadciśnienia (European Society of Hypertension), Amerykańskiego Towarzystwa Fizjologii (American Physiological Society), Towarzystwa Endokrynologii (Society of Endocrinology), Brytyjskiego Towarzystwa Leczenia Nadciśnienia (British Hypertension Society) i Brytyjskiego Towarzystwa Leczenia Chorób Układu Krążenia (British Cardiovascular Society).

---

<sup>110</sup> [http://www.nexxusscotland.com/life\\_science/case\\_studies/people/professor\\_anna\\_dominiczak](http://www.nexxusscotland.com/life_science/case_studies/people/professor_anna_dominiczak).

Obecne prace profesor Dominiczak koncentrują się na badaniu wzajemnego oddziaływania genów i środowiska w celu wykrycia przyczyn większej podatności niektórych grup ludzi na choroby układu krążenia.

Należy do zespołów redakcyjnych wielu pism medycznych, takich jak: *Nadciśnienie*, *Nauki Kliniczne*, *Dziennik Nadciśnienia*, *Genomia Fizjologiczna*, *Medycyna Molekularna*, *Metabolizm Komórkowy i Ciśnienie Krwi*. Od stycznia 2004 roku jest redaktorem naczelnym pisma *Nauki Kliniczne*. Prof. Anna Dominiczak otrzymała wiele zaproszeń do prowadzenia wykładów naukowych, np. dla Kanadyjskiego Stowarzyszenia Leczenia Nadciśnienia (Canadian Hypertension Society) w 2003 r., Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego w 2004 r., Australijskiej Rady ds. Badań Wysokiego Ciśnienia w 2005 r. Jest autorką 203 publikacji w renomowanych wydawnictwach medycznych.

### 5. 7. Medale, odznaczenia i nagrody

Wyrazem uznania dla wieloletniej pracy naukowej i dydaktycznej Profesora stały się liczne odznaczenia i nagrody przyznawane przez władze państwowe i branżowe na przestrzeni lat powojennych między innymi: Złoty Krzyż Zasługi w 1953 roku za pracę naukowo-badawczą i dydaktyczną oraz za wybitny udział w pracy społeczno-politycznej, Order Sztandaru Pracy II klasy w 1956 roku – za całokształt pracy naukowej, dydaktycznej i usługowej, Medal X-lecia Polski Ludowej w 1955 roku. Medal za zasługi dla obronności kraju w 1967 roku. Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski w 1955 roku. Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski w 1956 roku. Odznaka PCK II klasy w 1960 roku. Odznaka Honorowa „Zasłużonym Ziemi Gdańskiej” w 1960 roku. Odznaka Honorowa za wzorową pracę w służbie zdrowia w 1959 r., Odznaka Tysiąclecia Państwa Polskiego w 1964 r. Profesor jako pierwszy lekarz w kraju otrzymał Medal Komisji Edukacji Narodowej w 1967 roku. Nagrody Ministerstwa Zdrowia za działalność dydaktyczno – naukową przyznano mu w latach: 1954-1956 i 1965-1968. Indywidualną nagrodę naukową I stopnia w 1968 roku otrzymał za pracę: *Powtarzalność ostrej niedomogi nerek. Znaczenie elektroforezy białek moczu w rozpoznawaniu szpiczaka mnogiego*.

Po przejściu na emeryturę Ministerstwo Zdrowia przyznało mu rentę specjalną.

### 5. 8. Choroba i ostatnie lata życia Jakuba Pensona

Profesor po przejściu na emeryturę w 1969 roku nadal pracował naukowo, prowadził wykłady dla studentów i konsultował pacjentów. W tym czasie dotknęło go także doświadczenie choroby.

Głębokie zainteresowanie się własną chorobą i nietypowy stosunek

do śmierci przejawia się w dwóch zdarzeniach. W pierwszym, gdy Profesor nagle zżółkł bez bólów i bez cech choroby zakaźnej, rozpoznał u siebie raka trzustki i nie chciał leczyć się. Twierdził: *Jestem starym internistą i wiem, co znaczy bezobjawowa żółtaczką*. Na propozycję profesora Kieturakisa: *Kuba, ja tobie to usunę*, zgodził się i został wyleczony. Zmiana okazała się rakiem brodawki Vatera, która dała się całkowicie usunąć. Profesor uznał, że jego choroba minęła i czas pokazał, że tak było. Potem Profesor zachorował po raz drugi na drugi nowotwór złośliwy – odoskrzelowego raka płuca, którego ponownie rozpoznał. Został namówiony na operację usunięcia płuca. Operacja ta została wykonana w Warszawie, w Szpitalu Wolskim (dawny Szpital Starozakonnych na Czystem)<sup>111</sup> przez doc. Wacława Sitkowskiego, późniejszego profesora Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie.

W wyniku powikłań pooperacyjnych rozwinął się zakrzep tętnicy płucnej. Profesor miał świadomość tego, co się z nim dzieje i jakie grozi mu niebezpieczeństwo. Profesor Julian Stolarczyk tak relacjonuje swoją ostatnią rozmowę z Profesorem: *...Byłem obok, kiedy umierał. Posadził mnie przy sobie i mówi „Myślę, że mam zakrzep tętnicy płucnej w pozostałym po operacji płucu. Przynajmniej, że zrobisz moją sekcję. Sprawdzisz, czy miałem rację. (...) Przynajmniej. Miał rację*.

Przytoczony cytat dobitnie świadczy o tym, że Profesor nawet w obliczu własnej śmierci pozostał klinicystą z prawdziwego zdarzenia, gdyż również własną chorobę w perspektywie zbliżającej się śmierci traktował jako przedmiot obserwacji medycznej. Umierając, postawił sobie samemu autodiagnozę, co jest rzeczą godną najwyższego podziwu, szczególnie iż diagnoza ta była, jak się później okazało, prawidłowa.

Profesor zmarł 28 kwietnia 1971 roku w Warszawie, w miejscu, w którym tak heroicznie walczył o życie swoich pacjentów na początku swojej służby lekarskiej. Wspomniane wyżej badanie autopsyjne przeprowadził w Gdańsku prof. J. Stolarczyk.

Grób Profesora znajduje się na cmentarzu Srebrzysko w Gdańsku, w kwaterze AMG.

W dniu 3 marca 1978 roku w sali wykładowej im. Stanisława Wszelkiego, odbyła się uroczystość poświęcona pamięci profesora Penson. W czasie uroczystości wspomnienie o Profesorze wygłosiła dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych – prof. Barbara Krupa-Wojciechowska. Wykład pt. *Aktualne problemy nefrologii klinicznej* wygłosił następca profesora Penson kierownik Kliniki Chorób Nerek, prof. Andrzej Manitus. Uroczystość zakończyło odsłonięcie w westybulu Instytutu Chorób Wewnętrznych tablicy pamiątkowej ku czci prof. J. Penson. Odsłonięcia tablicy dokonał

<sup>111</sup> Szpital na Czystem jesienią 1946 roku przyjął nazwę: Szpital św. Ducha. Nazwę wkrótce zmieniono na Szpital Miejski nr. 1. W 1957 roku nadano Szpitalowi Miejskiemu nazwę Szpital Wolski.

rektor AMG – prof. Zdzisław Brzozowski. Napis na tablicy brzmi: *Pamięci profesora doktora Jakuba Pensona (1899-1971), znakomitego klinicysty i nauczyciela, wieloletniego rektora Akademii Medycznej w Gdańsku*<sup>112</sup>.

W stulecie urodzin Profesora zorganizowano w Warszawie posiedzenie Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na którym referaty wygłosili: prof. J. Muszkowska-Penson, prof. Z. Chodorowski. W dyskusji głos zabrali prof. B. Krupa-Wojciechowska, prof. Z. Wajda, prof. J. Stolarczyk.

### 5.9. Podsumowanie

Za główne osiągnięcie profesora Pensona należy uznać przede wszystkim opisanie po raz pierwszy na świecie ostrej niedomogi nerek w przebiegu duru brzuszego. Należy zdawać sobie sprawę z tego, że w Getcie Warszawskim w Szpitalu na Czystem obserwowano kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu chorych, którzy codziennie umierali. Działo się to w okresie głównej epidemii duru plamistego. Wtedy Profesor zauważył, że chorzy umierają w bezmoczu z powodu niedomogi nerek. Zostało to opisane po wojnie w 1946 roku równocześnie z zespołem zmiążdżenia zwanym wówczas zespołem dolnego nefronu, którego rozwiązanie patogenezy opisano znacznie później.

Drugim wielkim osiągnięciem Profesora było odkrycie znaczenia biopsji nerek i wprowadzenie tej metody w Polsce, po przeszkoleniu swoich asystentów w renomowanych ośrodkach zagranicznych. Od 1961 roku biopsja była powszechnie stosowana w Gdańsku wówczas jedynym miejscu w Polsce. W krótkim czasie, w latach 1961-1970, klinika nabrała doświadczenia w nowoczesnej nefrologii, stosując biopsję nerek.. Profesor gorąco popierał te nowe podstawy klinicznej patologii chorób nerek. Z tego okresu pochodzą podstawowe prace asystentów będące ich doktoratami, dotyczą one takich zagadnień jak: zmiany w toczniu, skrobiawicy, szpiczaku mnogim. Prace te i dziś są podstawą wiedzy na ten temat.

Dalszym osiągnięciem Profesora jest opisanie Rapid Progressive Glomerulonephritis (RPG) oraz jasne przeciwstawienie zespołu ostrej pozakłębkowej niedomogi nerek pierwotnym zmianom kłębkowym. W pracach dotyczących chorób nerek opisanie podostrych zapaleń kłębków nerkowych. W końcu powinno się wymienić także prace dotyczące nadciśnienia złośliwego naczynionerkowego i badania dotyczące nadciśnienia złośliwego, z podkreśleniem, że nie leczone nadciśnienie złośliwe szybko doprowadza do zgonu. Należy również podkreślić, że opracowany przez Profesora podręcznik *Choroby nerek* prezentuje nowoczesną wersję kliniki chorób nerek, opartą na rozległym własnym doświadczeniu autora, badaniach biopsji ne-

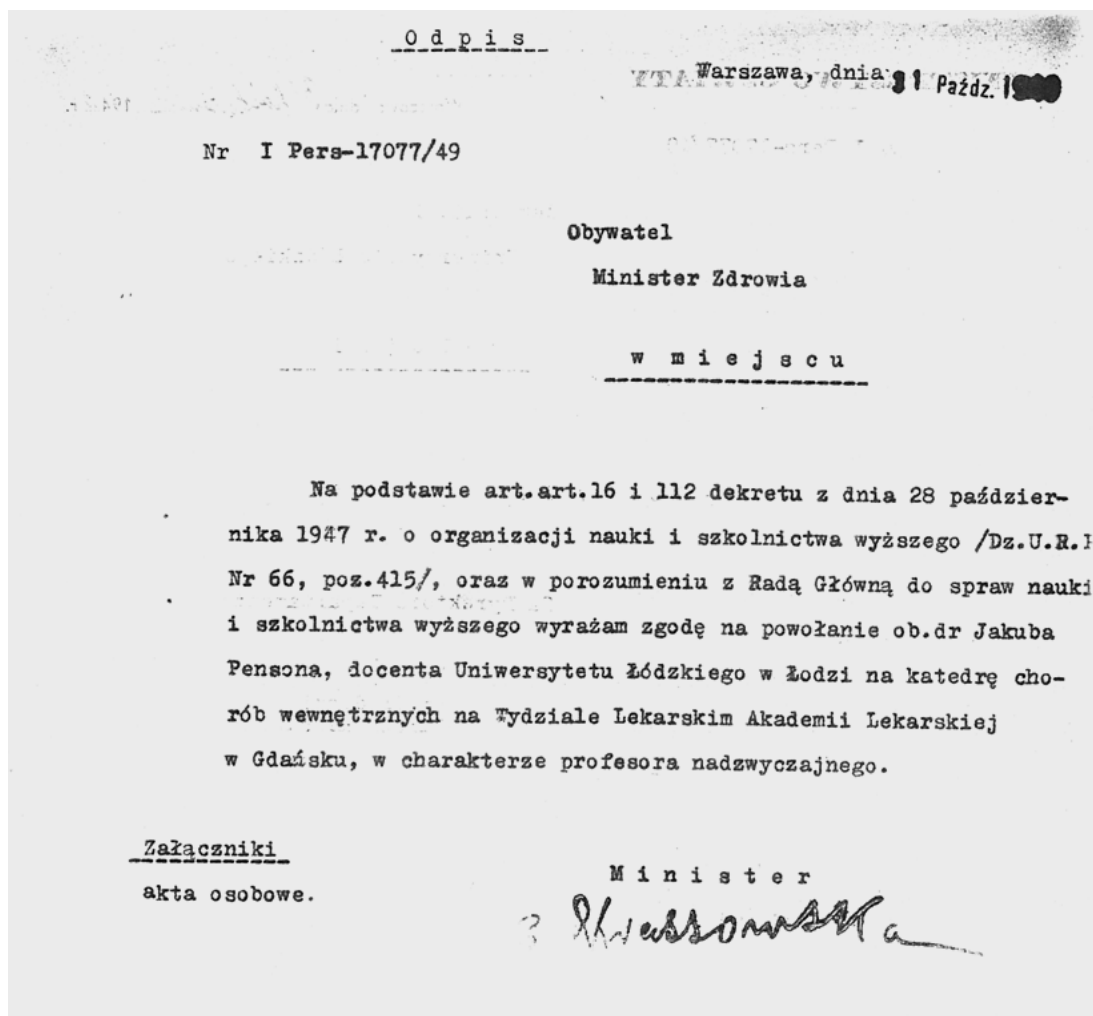
<sup>112</sup> E. Sienkowski, *Kronika 1978*, Annales Academia Medica Gedanensis, 1979, 9, s. 328.



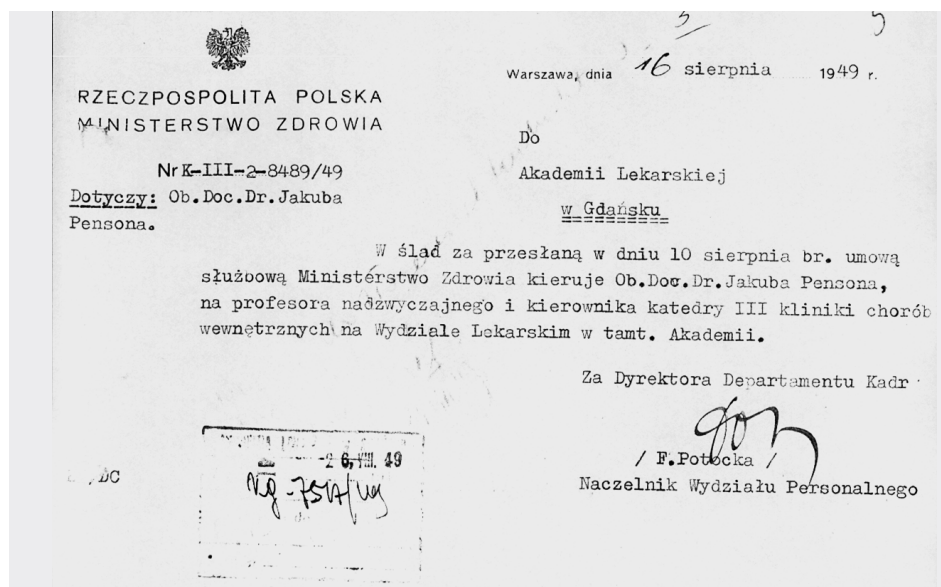
rek i uwzględniającą rodzące się w latach sześćdziesiątych w świecie nowe kierunki badań.

Liczni uczniowie, którzy mieli to szczęście zetknąć się z Profesorem, stworzyli Gdański Ośrodek Nefrologiczny, który jest podstawą aktualnej Kliniki Chorób Nerek zajmującej jedno z czołowych miejsc w Polsce, zwłaszcza w zakresie dializoterapii i w przeszczepianiu nerek. Organizacja dializoterapii w całej Polsce jest niewątpliwie jednym z największych osiągnięć tej szkoły.

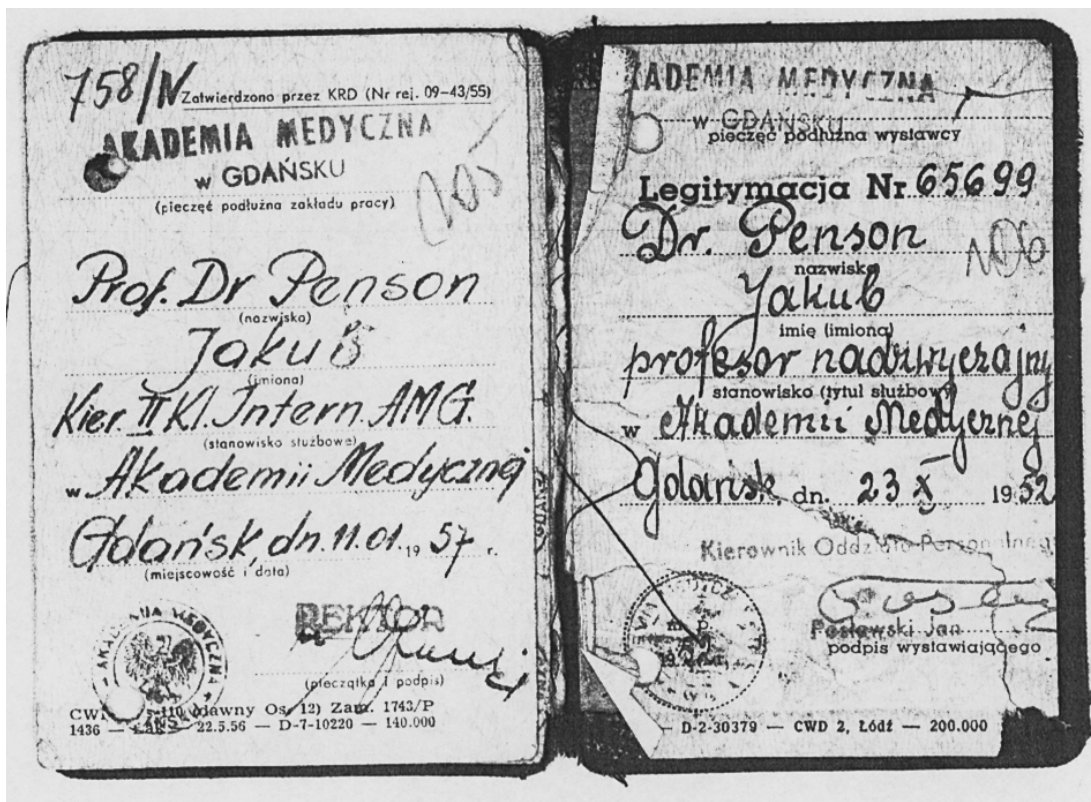
Profesor był wyjątkowym człowiekiem: całkowicie poświęconym medycynie, zafascynowanym ciągle pojawiającymi się nowymi odkryciami prowadzącymi do nowych wskazań, zwłaszcza w początkowym okresie leczenia dializami. Miał umysł niezwykle krytyczny, a równocześnie wnikliwy. Widział w swoim pacjencie cierpiącego, a nie przedmiot obserwacji i badań naukowych. Wykazywał niezwykłą staranność w badaniu pacjenta. Był niezwykłym dydaktykiem.



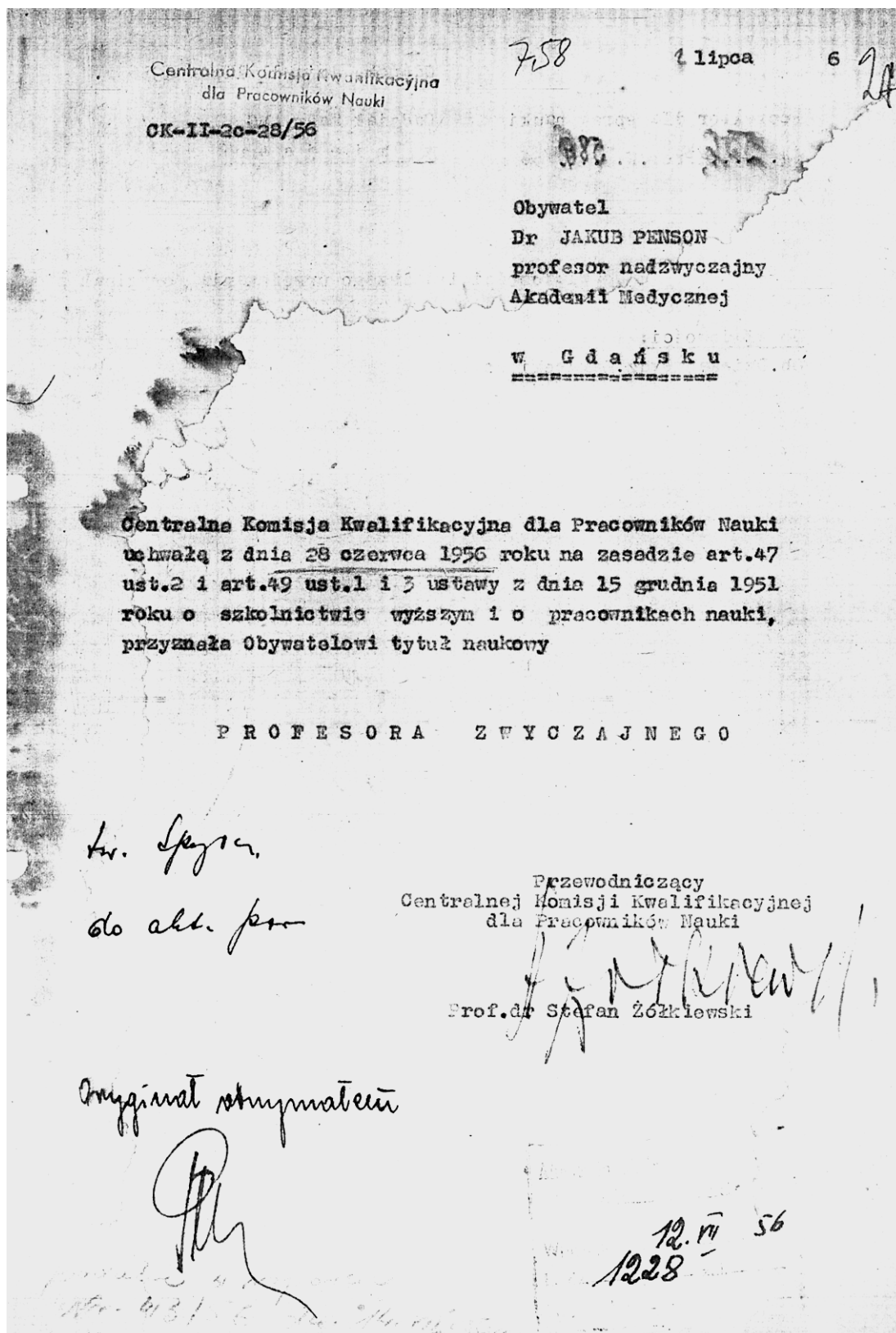
Fot 83. Zaświadczenie o mianowaniu na profesora nadzwyczajnego kierownika katedry Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku (zbiory AMG).



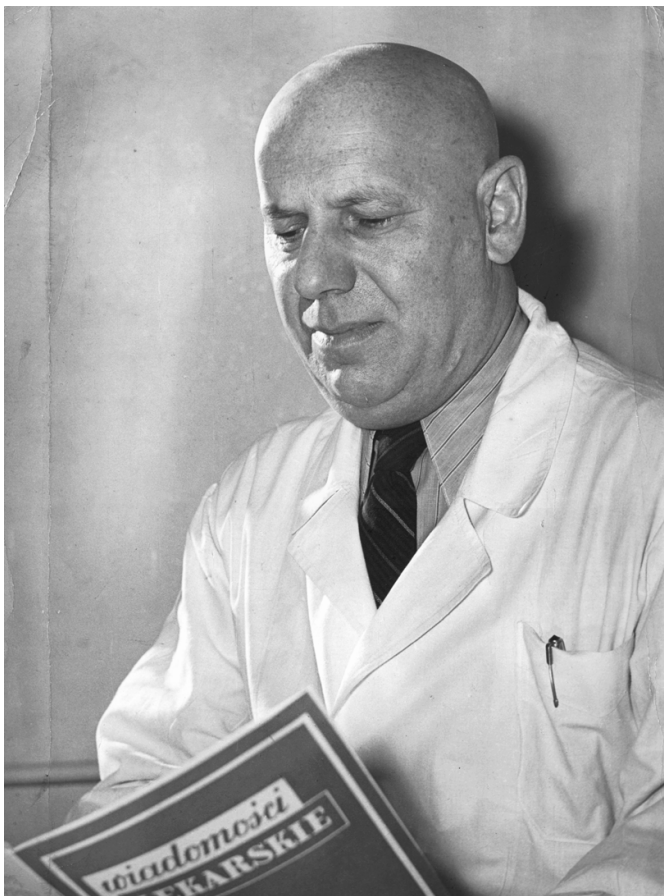
Fot 84. Pismo z Ministerstwa Zdrowia do prof. J. Pensona dotyczący objęcia III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku (Archiwum AMG).



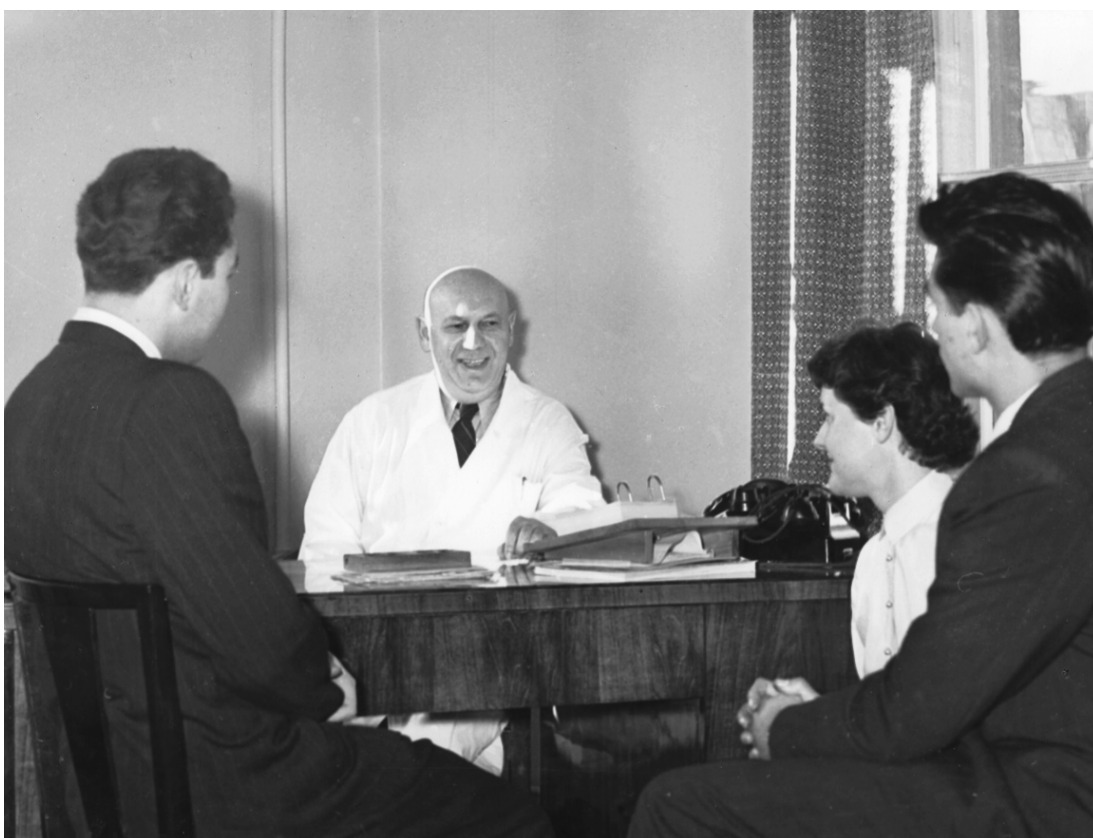
Fot 85. Legitymacja prof. J. Pensona z Akademii Medycznej w Gdańsku (Archiwum AMG).



Fot 86. Pismo do Jakuba Pensona z Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dotyczące mianowania na profesora zwyczajnego (Archiwum AMG).



*Fot 87. Profesor Jakub Penson (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 88. Profesor podczas egzaminu ze studentami (zbiory AMG).*

## Pytamy o zdanie Panie Profesorze:

# JAK LECZYĆ MEDYCYNĘ?

Od lat mówi się o potrzebie zmian w programach nauczania szkół wyższych, o dostosowaniu ich do wymogów współczesnej nauki, do potrzeb kraju. To „mówienie” pociąga za sobą pewne zmiany, wprawdzie powolnie i nie zawsze skuteczne, ale przecież utwierdzonej tradycją system nauczania trudniej zmieniać niż procesy technologiczne.

Wielu doświadczonych pracowników nauki ma własne, przemyślane propozycje mniejszych lub większych reform. Będzie my je przekazywać naszym czytelnikom. Zaczynamy od lekarzy i studiów medycznych, pytając o zdanie prof. dr. JAKUBA FENBONA — rektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

— Studenci ostatnich lat medycyny przynajmniej się nie ruz, że strach ich oblatuje przed podjęciem samodzielnej pracy. To znaczy, że nie czują się dobrze przygotowani do zawodu; albo więc program wienien, albo oni sami...

● Moim zdaniem wina leży gdzieś pośrodku; najłatwiej narzekać na młodzież, ale chyba znacznie więcej zależy od programu studiów i od systemu nauczania. Odnoszę wrażenie, że na uczelniach medycznych w miarę upływu lat robi się duszno i ciasno, chciałoby się otworzyć okna i „przewietrzyć” programy, które omgłi w VIII i XIX wieku układano na niemieckich i austriackich cesarsko-królewskich uczelniach.

Medycyna rozwija się w zawrotnym tempie, rozić to niewątpliwą konieczność zwiększenia wymiaru godzin na nauki praktyczne. Student powinien więcej godzin spędzać przy łóżku chorego i w ten sposób zapoznawać się z najnowszymi zdobyczami praktycznej wiedzy lekarskiej. Natomiast niektóre przedmioty morfologiczne jak anatomia prawidłowa, histologia, które kiedyś były naukami zasadniczymi, w obliczu nowych konieczności winny zostać skrócone.

— Jak Pan Profesor sądzi, czy sam sposób nauczania nie ulecze się również w ogonie potrzeb?

● Naturalnie, i tu są anachronizmy. Wynika to między innymi z różnic ilościowych. Kiedyś na jednym roku studiów było 50-60 słuchaczy, dziś pomimo wybitnie zwiększonego materiału do opracowania, jest 300 i więcej. Nie sposób w ciągu niewielkiej przedkolejowej godzinie przetransmitować do grupy ludzi jednokrotnie pieczołowicie ucydzonego, praktycznego materiału, przypilnować, porównywać. Warto się również zastanowić, czy wykład maso-

wy, jako forma przekazywania wiadomości, nie jest niejako przżytykiem. Z początkiem roku akademickiego frekwencja jest dobra, w miarę upływu miesięcy na wykłady uczęszcza coraz mniej studentów. Rzecz jasna, nie można mieć pretensji do studentów, że nie przychodzą na takie wykłady, na których wykładowca po prostu czyta swój skrypt albo podręcznik kartka po kartce. Ale i dobre wykłady, solidnie przygotowane, nie cieszą się należytą frekwencją; w miarę zblizania się końca roku przychodzi coraz mniej słuchaczy.

Dlatego też sądzę, że na wykłady masowe powinno się w programie wyznaczyć znacznie mniej godzin, a czas ten poświęcić na zajęcia seminaryjne w grupach, w których udział winni brać samodzielnicy pracownicy naukow i najbardziej doświadczony personel pomocniczo-naukowy.

— Jak to jest ułdiciuie z przyszłowiezym przedawaniem programu, czy rzeczywicie materiału teoretycznego, historycznego jest tak wiele, że nie starcza czasu na pogłębienie wiadomości, a nawet na t.zw. korzystanie z życia?

● Jest w tym utyskiwaniu niemalto przesady. Na podstawie własnych obserwacji wydałoby mi się, że nasi studenci uczą się mniej niż w wielu innych krajach Zachodu i Wschodu. A przecież mamy pełne prawo wymagać, aby student, który uczy się na koszt państwa, pracował przez 6-8 godzin dziennie.

W naszym systemie bardzo dużą wadę stanowi natomiast brak koordynacji w nauczaniu różnych przedmiotów, na co słusznie się skarżą studenci. Koordynacja i integracja niektórych przedmiotów nie tylko oszczędziłaby dużo czasu, ale wprowadziłaby pewien ład i spójność do nabytych wiadomości. Np. śmiało można by koordynować i integrować anatomie z fizjologią i histologią, patologię z interną i chirurgią

itp.; w przeciwnym wypadku student uczy się tego samego w trzech lub czterech katedrach, a niestety nieraz się zdarza, że poglądy poszczególnych wykładowców na ten sam temat są biegunowo inne; nie wszyscy bowiem wykładowcy nadążają za szybkim postepem wiedzy lekarskiej.

Wszystko to wymaga bardzo skrupulatnego przeprowadzenia reformy studiów, co wymaga nie byle jakiej pracy.

— Co, zdaniem Pana, Panie Rektorze, należałoby zmienić w dotychczasowym systemie, żeby studia nie przechodziły obok potrzeb życia, żeby przygotowały takiego lekarza, na jakiego kraj czeka?

● Już teraz coś niecoś po-  
tecznego się robi. VI rok jest obecnie rokiem zdawania egzaminów, a dawniej był rokiem stażu, przeddyplomowego. Doświadczanie wielu lat wykazało, że studenci po absolutorium (po 5 latach studiów) rozpoczynając roczny staż przeddyplomowy, tracili często kontakt z uczelnia i często nie mogli z powodzeniem zabrać się do nauki, co bardzo opóźniało kończenie studiów, a nawet niektórych zupełnie wykołajało.

W naszej Akademii student-dyplomant w czasie przygotowania się do egzaminu z jakiegoś przedmiotu ma przez wiele tygodni zajęcia seminaryjne w klinice, w której będzie zdawał. Metoda ta już dała bardzo dobre wyniki. Słuchacze VI roku zdali egzamin z tzw. duzych przedmiotów (interna, chirurgia, pediatria, położnictwo) blisko w 80 proc., kiedy dawniej zdawało zaledwie 15-20 proc. Mamy też nadzieję, że do leśniej uzyska dyplom 90 proc. studentów VI roku, czego nigdy nie było w ubiegłych latach.

Natomiast wydałoby mi się nieuczynnym, aby lekarz po 6 latach studiów i otrzymaniu dyplomu, musiał odbyć jeszcze dwuletni staż poddyplomowy. Sądzę, że po otrzymaniu dyplomu winien być dalej już nauka winna być kierowana przez jego zwierzchników w miejscu pracy oraz przez t.zw. dokształcanie poddyplomowe, które dopiero teraz zaczyna się w naszym kraju na szerzą skalę.

Ogromnie ważne jest, aby student w czasie studiów miał więcej praktyki szpitalnej, aby więcej był przy łóżku chorego. We Francji już od 1 roku wprowadza się słuchaczy do szpitali, u nas dopiero na III roku, a przydałoby się dołozżyć chociaż jeden rok kliniki.

W końcu chciałbym dodać, że w myśl planów państwowych w ciągu najbliższych lat produkcja lekarzy ma się wybitnie zwiększyć. W związku z tym powstają zupełnie nowe problemy — jak kształcić masę studentów, aby to nie była nauka płytka i powierzchowna.

Wypowiem tu poglad, który na pewno wywoła moją ostrą krytykę. Sądzę jednak, że dla dobra kształcenia lekarzy studenci stomatologii nie powinni studiować wprost i wydziałami lekarskimi na pierwszych trzech latach studiów. Powoduloby to wybitnie zageszczenie studentów w klinikach na III roku, kiedy mamy rezerwy studentów propedeutyki klinicznej, stawałoby podstawa medycyny klinicznej. Tymczasem przyszli stomatolodzy (przeważnie pielęgniarki) uczą się kliniki bez większego zainteresowania i zdnieniem wszystkich obniżają ogólny poziom nauki. Mamy już wystarczająco liczną kadra naukową, która mogłaby kształcić stomatologów oddzielnie na specjalnego odpowiednio skróconego programu.

Rozmawiała:

A. WRÓBLEWSKA

## WODZIREJ DAJE ZNAK...

**Dokonczenie ze str. 1**

Niekiedy zabierają się do... wychowywania dorosłych. Oto przy jednej posesji, którą lokatorzy niefrasobliwie zanieczyszczali, taki samorząd wraz ze wszystkimi dziećmi przystąpił do akcji ukulturowania dorosłych... „Może pan będzie łaskaw wrzucić papierka do kosza zamiat na schody” — upominaly dzieci w plewiskowym stopie „wychowywanie dorosłych” nie obeszło się bez „a co cie to obchodzi, szczeniaku!” lecz już drugi dzień przynosił podwórkowemu samorządowi całkowite zwycięstwo. Dorodzi zastydzieli się i — przestali śmieć.

Samorzady podwórkowe organizują pomoc dla osób starych, samotnych, chorych; opiekują się małymi dziećmi, organizują pomoc naucz. Nieustannie pogotowie lekcyjne działa przy każdym prawie placu zabaw.

I właśnie z tych 150 pla-

które po odnowieniu przez dorosłych i dzieci wyglądają wcale ładnie.

Wielkim eksperymentem TPD w Łodzi — uwięzionym zresztą całkowitym sukcesem — są Poradnie Społeczno-Wychowawcze nastawione na profilaktyczne leczenie dzieci trudnych i zaniedbanych. Najstarsza poradnia w dzielnicy Śródmieście, sprawuje opiekę nad prawie dwoma tysiącami dzieci.

Największe kłopoty ma jednak TPD z... rodzicami. Chociaż nie brakuje ludzi zaangażowanych, generalna postawa rodziców jest taka: „mnie obchodzi tylko własne dziecko”. No cóż, najtrudniej podobno wychowywać... dorosłych.

EWA OSTROWSKA

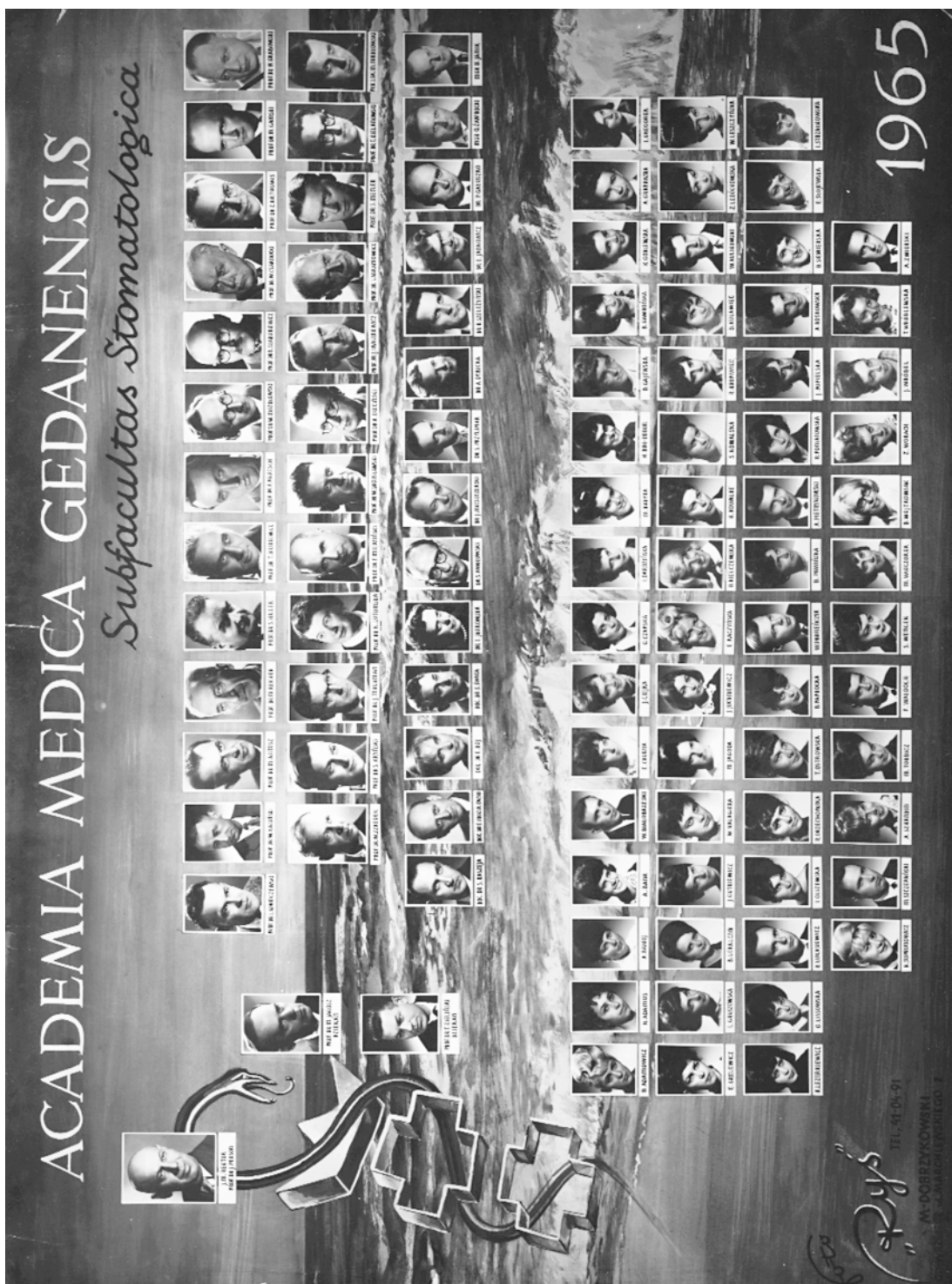
Fot 89. Wywiad z Profesorem zamieszczony w Sztandarze Młodych (1963 r.) (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).



*Fot 90. Profesor podczas obchodu lekarskiego (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 91. Obchody 20-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku (Archiwum AMG).*



Fot 92. Tableau AMG Wydział Stomatologii (Archiwum AMG).





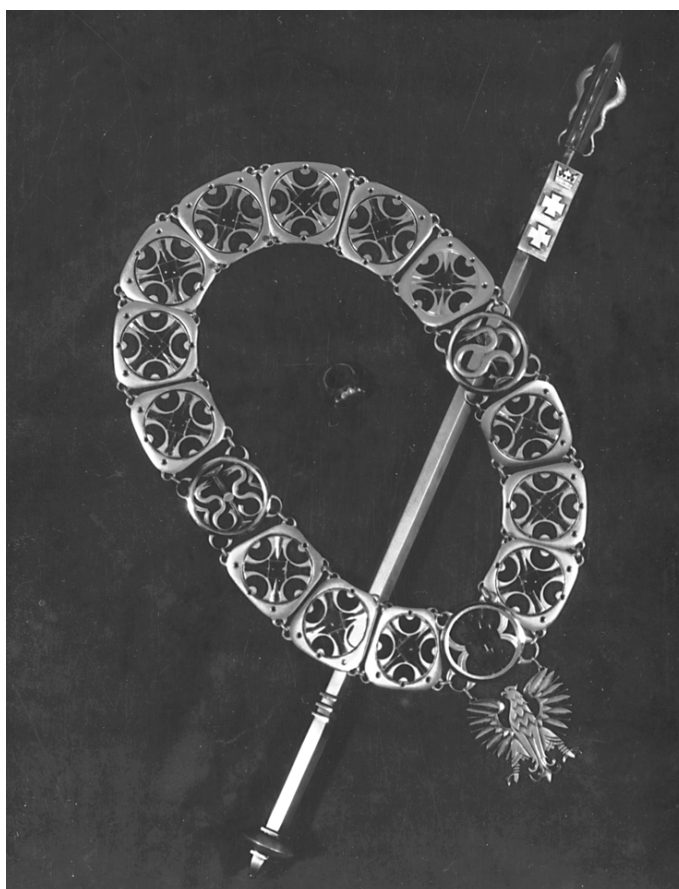
*Fot 93. Rektor J. Penson z gośćmi w gabinecie rektorskim (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 94. Obchody 10-wieków Gdańska (zbiory Archiwum Państwowe w Gdańsku).*



*Fot 95. Rozpoczęcie roku akademickiego w AMG (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 96. Symbole władzy rektorskiej (Archiwum AMG).*



*Fot 97. Profesor podczas zabawy ze studentami (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 98. Uroczystość akademicka, od lewej siedzą: prof. Z. Majewska, prof. J. Penson, prof. T. Bilikiewicz, prof. T. Zieliński (Archiwum AMG).*



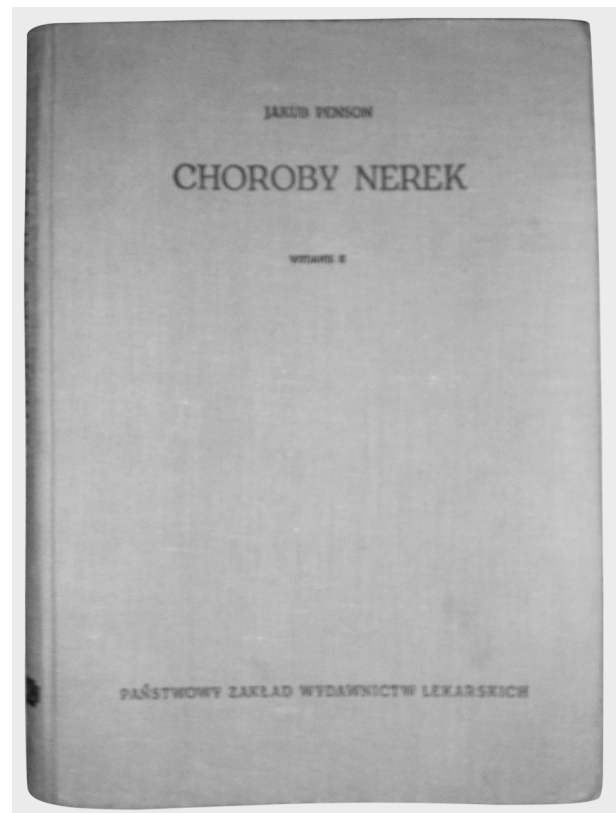
*Fot 99. Spotkanie Profesora ze studentami (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 100. Profesor J. Penson z pielęgniarką oddziałową S. Fedorowicz, z pierwszą sztuczną nerką działającą w Gdańsku (1964 r.) (Archiwum AMG).*



*Fot 101. Profesor z asystentami przy prototypie sztucznej nerki (Archiwum AMG).*



*Fot 102. Wydanie II książki Profesora „Choroby nerek” (Archiwum AMG).*



*Fot 103. Profesor Jakub Penson z córka Anną (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).*



*Fot 104. Żona Profesora Penson, profesor Joanna Muszkowska-Penson (zbiory M. Małeckiej).*



*Fot 105. Żona Profesora Penson, profesor Joanna Muszkowska-Penson z autorką pracy (zbiory M. Małeckiej).*

W dniu 28 kwietnia 1971 r. po ciężkiej chorobie zmarł

## prof. dr med. JAKUB PENSON

kierownik b. II Kliniki Chorób Wewnętrznych  
AMG.

W Zmarłym tracimy nie tylko najwrażliwszego, oddanego chorym lekarza, znakomitego, utalentowanego wykładowcę i naukowca, ale przede wszystkim naszego drogiego nauczyciela i profesora, twórcę gdańskiego ośrodka nefrologicznego, człowieka wielkiej wiedzy i serca, który zawsze pozostanie naszym wzorem.

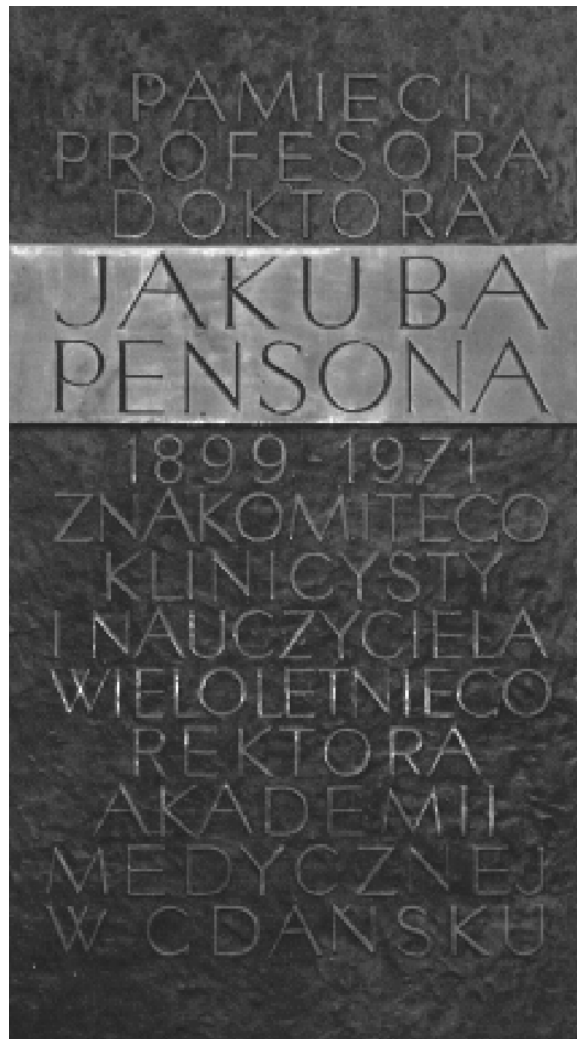
Asystenci, pielęgniarki i współpracownicy  
G-1793

Fot 106. Klepsydra zamieszczona w Głosie Wybrzeża (zbiory specjalne GBL).



Fot 107. Pogrzeb Profesora (zbiory J. Muszkowskiej-Penson).





*Fot 108. Tablica pamiątkowa poświęcona Profesorowi J. Pensonowi, umieszczona w Instytucie Chorób Wewnętrznych AMG (Archiwum AMG).*

## Rozdział VI

### WSPOMNIENIA I OPINIE O JAKUBIE PENSONIE

#### 6.1. Jerzy Szapiro<sup>1</sup>

Od sierpnia 1941 roku do lipca 1942 roku pracowałem w Szpitalu na Stawkach na V-tym Oddziale Chorób Zakaźnych, którego Ordynatorem był dr med. Jakub Penson. Asystentami byli lekarze: Danuta Freimanowa, Irena Sieradzka, i neurolog Aniela Gelbard (po latach Zofia Majewska). Lekarzem miejscowym był Michał Lapidus. Do zespołu należało też czterech studentów medycyny: „Koko” Goldstein, Mieczysław Rajn, Samuel, Szenberg, którzy pracowali tu już od dość dawna oraz Jerzy Szapiro, który przyszedł na ten Oddział z I Oddziału Chirurgii (najpierw Szpitala na Czystem, a po utworzeniu getta Szpitala przy ul. Leszno 1). Studenci byli wolontariuszami, przyjmowanymi do pracy jako „hospitanci”. Nie byli wynagradzani, niekiedy otrzymywali wyżywienie podczas pełnienia dyżurów.

V Oddział Chorób Zakaźnych był w istocie Oddziałem Duru Plamistego, tylko niewielki odsetek dotyczył tych, u których wstępne rozpoznanie tej choroby nie potwierdziło się. W okresie mojej pracy chorych był z reguły nadmiar, toteż często w jednym łóżku leżało dwóch chorych lub rzadziej dwie chore. Stan chorych był na ogół ciężki lub bardzo ciężki, dlatego praca pielęgniarek i salowych była trudna i wyczerpująca, co więcej, obsada ich była niedostateczna. Studenci i pielęgniarki pomagali sobie w pracy, a ponadto studenci nieraz wyręczali lekarzy, a pielęgniarki – salowe. Lekarze mieli sporo pracy na oddziale, a poza tym jako interniści konsultowali inne oddziały. Nie stronili też od kształcenia studentów, zwłaszcza odkąd uruchomiono tajne studia dla lat klinicznych.

Placówka była wysoko ceniona. Mówiono, że dr Penson umiał stworzyć zespół, co, jak wiadomo, rzutuje dodatnio na działalność leczniczą. Każdy z nas, pracowników, po swojemu rzecz jasna, zależnie od wieku, wykształcenia, sytuacji osobistej i doświadczenia zdawał sobie sprawę, że nasz Szef jest osobowością wybitną, nie dającą się określić w schematycznych definicjach przeznaczonych dla osób, jak to się mawia, jednowymiarowych. W oczach jednych był to po prostu lekarz z Bożej łaski, w innych znakomity klinicysta, inni widzieli w Nim świetnego organizatora, niektórzy wreszcie naukowca pierwszej wody. Studenci widzieli w Nim przede wszystkim Mistrza, jeśli idzie nie tylko o wiedzę kliniczną, ale i o jej przekazywanie. Byli też pod wrażeniem Jego zaangażowania we wszystko, co zapewne uważał za wyzwanie do uruchamiania swojej aktywności. W Jego katalogu ludz-

---

<sup>1</sup> Jerzy Szapiro (lat 86) – emerytowany profesor zwyczajny, neurochirurg. Mieszkający w Warszawie ul. Poselska 21 m 2. *Okruchy wspomnień o dr med. Jakubie Pensonie z okresu mojej styczności z nim w getcie warszawskim*. Zapis rozmowy z dnia 19. 06. 2006.

kich powinności, a zwłaszcza postaw lekarskich nie mieściła się ani bezczynność ani gnuśność.

Wobec studentów był rzeczowy, konkretny, rozmowny, jeśli szło o sprawy fachowe, a wręcz małowówny, jeśli szło o inną tematykę. Najprawdopodobniej dwudziestoletnia różnica wieku tłumaczyła ten dystans, którego bynajmniej nie utrzymywał w stosunku do swoich niemal rówieśników, o czym opowiadała nam najczęściej dr I. Sieradzka. Jego życzliwość dla nas i tak wykraczała poza ówczesne standardy. Zapewne powiększała ją świadomość, że trzech z nas „trudniło się” kolportażem podziemnej prasy. Jednak istotą Jego pozytywnego podejścia do nas było – jak sądzę dzisiaj – przekonanie o stanie inercji, demobilizacji, osłabieniu woli życia i zanikaniu potrzeby aktywności, w który to stan młodzi ludzie nierzadko popadali. Myślę, że z właściwą sobie rzeczowością i konkretnością dr Penson uznał, że najlepszym antidotum na takie stany jest stworzenie nam możliwości niesienia pomocy chorym, brania udziału w życiu klinicznym, no i udostępnianie jakichś form studiowania. Nigdy w Jego stosunku do nas nie było cienia lekceważenia i wyniosłości, co dawali nam nieraz odczuć znacznie młodszy od naszego Szefa lekarze. Zrobił On również wiele dla obudzenia w nas ciekawości poznawczej. Byliśmy równie szczęśliwi, co i zaszczytni, że wciągnął nas do swojej pracy o „azotemii pozanerkowej w durze płamistym”. Nasz skromny udział polegał na tym, że piliśmy roztwór mocznika, po czym poddawano nas takim samym badaniom krwi, jak i chorych, aby oznaczyć poziom wydalania mocznika u zdrowych i chorych na dur płamisty. Chodziliśmy też za sugestią dra Penson – a to było jak rozkaz – na posiedzenia naukowe w szpitalu, które rzadko, bo rzadko, ale jednak odbywały się. Mieliśmy przeto sposobność podziwiania sędziwych gwiazd medycyny przedwojennej, a zarazem szansę zdumiewania się paradoksalnym zjawiskiem, że oto kilkaset metrów od nas, a nawet bliżej odbywają się „zwykłe” łapanki, pobicia i znacznie okrutniejsze wydarzenia, a tu grupa potencjalnych strażników uważa za swój obowiązek bądź nawet przywilej demonstrowanie i analizę przypadków chorych z bieżącej rzeczywistości klinicznej, a także próbuje wnieść jakąś choćby najmniejszą cegiełkę do budowania coraz lepszego poznania świata problemów medycyny. Wiedział dr Penson, co robił.

Dr Penson był człowiekiem pogodnym, odznaczał się też dużym poczuciem humoru. Byłbym jednak ostrożny w uważaniu Go za typowego optymistę. Był raczej po prostu realistą, tyle że z całkowitą dezaprobatą dla nastawień i postaw fatalistycznych. Wdzięk osobisty jednał mu ludzi, czemu jednak nie przychodziło w sukurs ewidentne przecież powodzenie osobiste. Był świadom, że u niektórych ludzi budzi uczucie zawiści, ale nie tym się przejmował, był natomiast bardzo nieprzychylnie nastawiony do dwóch rzędów zjawisk. Źle znosił nierzadkie fakty zachodzące wśród ludności ciemniejszej. Chodziło tu o pogoń za pieniędzmi niektórych przedstawicieli stanu lekarskiego, wykorzystujących przymusowe sytuacje badanych na mieście

chorych. Jeszcze gorzej, bo jak na nie gojącą się i ropiejącą ranę, reagował na przejawy antysemityzmu, i tego za murami, i tego-liczbowo niepokąźnego, ale niemniej bolesnego – który przypisywał nie bezpodstawnie niektórym chrzczonym kolegom, zmuszonym do wejścia do getta. Trudno nie przypomnieć naszej rozmowy w rok po zakończeniu okupacji, kiedy to opowiadał, jak prof. L. Hirszfeld miał tuż po wojnie opory z daniem mu świadectwa o Jego pracach i kwalifikacjach na nazwisko Penson, namawiając Go usilnie, aby pozostał przy przybranym podczas okupacji nazwisku Szpaderski. Nie wiem, czy bardziej Go to bolało, czy oburzało.

Profesor Jakub Penson pozostaje w mojej pamięci jako obdarzony hojnie przez los darami, które dzięki użytkowi jaki z nich umiał zrobić, uczyniły z Niego znakomitość lekarską pierwszej wielkości. To nie jest tylko zdanie byłego studenta z okresu okupacji, potwierdzali to bowiem ludzie w różnym wieku, którzy mieli z Doktorem, a później Profesorem Pensonem styczność w dekadach powojennych. Pisałem o tym, jaki On był w stosunku do chorych, do studentów oraz do współpracowników lekarzy. Pragnę dodać, że sposób, w jaki mówił i odnosił się do rzeczy ogólniejszych, wskazywał na szerokość Jego horyzontów myślowych. Tego niestety nie było mi dane zaznać, ponieważ nie tyle różnica wieku była tu utrudnieniem, ile nasze miejsca pobytu w odległych częściach kraju, nie mówiąc już o zaborczej czasochłonności wykonywanych przez nas – przez Niego i przeze mnie – obowiązków zawodowych.

## 6.2. Barbara Krupa-Wojciechowska<sup>2</sup>

Profesor Jakub Penson został kierownikiem i zorganizował Katedrę i III Klinikę Chorób Wewnętrznych w 1949 r. przy ul. Łąkowej<sup>3</sup>. Po śmierci prof. S. Wszelakiego w 1956 r. przeniósł się z większością swoich uczniów do II Kliniki Chorób Wewnętrznych na teren głównego szpitala klinicznego. Klinikę prowadził do czasu przejścia na emeryturę, to jest do 1969 r.

W ciągu dwudziestu lat kierowania Katedrą, którą zorganizował z bardzo młodym zespołem, wypromował 22 doktorów medycyny, a także wykształcił 5 samodzielnych pracowników nauki. W 1950 r. został powołany na funkcję prorektora, a latach 1953-1956 był mianowany rektorem AMG, po zmianie ustawy został wybrany przez senat uczelni ponownie dwukrotnie na to zaszczytne stanowisko w latach 1962-1968.

Był człowiekiem mądrym i tolerancyjnym. Współpracowników dobierał na zasadzie kryteriów moralnych, a nie światopoglądowych.

Profesor Penson był wielkim klinicystą, organizatorem Uczelni, a przy tym niezwykle ludzki, przystępny i witany. Fizycznie przez lata pracy

<sup>2</sup> Barbara Krupa-Wojciechowska, profesor. Kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AMG. Rektor AMG w latach 1983-1990. Gazeta AMG, 2002, 1, s. 22-24.

<sup>3</sup> Obecnie ulica Zdzisława Kieturakisa.

nie zmieniał się, był pogodny, elegancko ubrany. Emanował ciepłem i wszystkich nastrojał dobrze. Miał znakomite poczucie humoru, ale nie lubił kawałarzy. Był człowiekiem niezwykle utalentowanym, bez reszty pasjonował się kliniką, wszystko inne załatwiając jakby na boku swojej przemożnej pasji klinicznej. Był człowiekiem niezwykle dobrym, wrażliwym, ale nie ckliwym i czułościowym. Ci, którzy Go nie znali, trochę obawiali się Jego badawczego spojrzenia, ale z chwilą, gdy Go poznali, byli Mu zawsze wierni.

Tworzył Klinikę i Uczelnię w okresie podwójnej rewolucji: po pierwsze – rewolucji socjalnej, która dokonywała się w kraju, po drugie – przemiany interny, która na naszych oczach z dyscypliny zachowawczej wchodziła w nową, maszynową erę. Profesor Penson, człowiek już przecież ponad pięćdziesięcioletni, potrafił znakomicie w tym skomplikowanym świecie dawać sobie radę. Nie bał się przemian, widział ich urodę i dawało mu to wieczną młodość, która była Jego cechą szczególną.

Potrafił znakomicie wyłączać się. W godzinach pracy w Klinice nigdy nie mówił o administracji i jak wirtuoz zajmował się medycyną.

W rektoracie nie celebrował pozorów, miał może, jak się niektórym wydawało, zbyt łatwą zdolność podejmowania decyzji, a przecież, jak się później okazało, podejmował decyzje bezbłędnie, logicznie i celowe. Nie znosił zebran, co mógł załatwiać szybko, bez fasady, nie dając niekiedy ukontentowania tym, którzy namozolili się nad jakimś opracowaniem. Otaaczał się ludźmi zdolnymi. Sam mając znakomitą pamięć, pamiętając lepiej szczegóły niż referujący, uważał wszystkie osiągnięcia swoich współpracowników za coś zupełnie naturalnego. Dlatego prawie nigdy nikogo nie chwalił. Jego ocena ludzi była także bardzo lapidarna, rzeczowa, ale i bardzo trafna. Także do siebie podchodził bardzo rzeczowo i z dystansem.

W czasie wojny zdał próbę sił jako człowiek, lekarz i naukowiec. W warunkach getta warszawskiego leczył tysiące chorych na dur plamisty, przychodząc im z pomocą. Jednocześnie przeprowadzał obserwacje naukowe, które ogłosił po wojnie. Mają one, obok niewątpliwego dorobku naukowego ten walor, że pokazują, iż prawdziwy naukowiec i klinicysta nawet w obliczu grożącej mu śmierci umie patrzeć na chorych, badać i wyciągać wnioski.

Po wojnie wszystko, co nowe, wprowadzał szybko do praktyki klinicznej. Stworzył nowoczesne laboratoria, przyjął chemików na etaty kliniczne, sprowadzał nowoczesną aparaturę. Jednakże największą wagę przywiązywał do kontaktu osobistego z chorym, do tego, co nazywał „czystą kliniką”. Lubiał także niezwykle dydaktykę.

Profesor był znakomitym wykładowcą, jednakże i w tej działalności głównie cechował się niezwykłą rzeczowością. Sam przez całe życie uczył się jak student; z „gąszczem” informacji dzięki swojej znakomitej umysłowości potrafił wyluskać rzeczy istotne, resztę odrzucając jako niepotrzebny balast. Na wykładach, które za każdym razem pisał w punktach od nowa, sprawy najbardziej istotne i trudne przekazywał w sposób niezwykle prosty, ale nie schematyczny.

Umiał się śmiać i cieszyć, znakomicie podpatrywać życie. Bardzo lubił muzykę, zwłaszcza fortepianową, ale także pasjonował się dobrym filmem.

### 6.3. Julian Stolarczyk<sup>4</sup>

Chciałbym douczonych referatów moich poprzedników dodać kilka słów. Chciałbym przywołać profesora J.PENSONA z zaświatów i oddać niepowtarzalny klimat jego medycznej osobowości i jego człowieczeństwa.

Do zabrania głosu upoważnia mnie fakt, że od 1950 roku do jego ostatnich chwil byłem bardzo blisko tego wyjątkowego lekarza. Posiadany przez Profesora dar leczenia, jeden z Darów Ducha Świętego, był jak kryształowa kula, której okruchy są w nas, powinny być rozżarzone i przekazane naszym uczniom. *Moje pierwsze spotkanie*: Sekcja wykonywana przez mojego mistrza, prof. Czarnockiego. Tłum lekarzy. Podostre zapalenie wsierdza i niedomoga nerek. Obducent twierdzi „Dziwne, te choroby nie mają związku. Spotykane zatory w nerkach nie dają niedomogi nerek” i Penson znany już przed wojną nefrolog – „Coś w tym jest. Istnieje jakaś łączność pomiędzy przewlekłym zakażeniem „sepsis lenta” a rozlanym uszkodzeniem nerek”. Stało się to potem treścią mego doktoratu. Okazało się, że Penson miał rację. Od tego zdarzenia zaczął się wieloletni kontakt mistrza z uczniem. **Profesor Penson żył medycyną. Dar leczenia i prostota w stosunkach z ludźmi czyniła go niepowtarzalnym.** Należał do niewielkiego w świecie klanu ludzi „obdarzonych”. Zawsze byli tacy, „sól ziemi”. Byli i będą. Szczególna współpraca i przyjaźń rozwinęła się pomiędzy prof. J. Pensonem i prof. Z Kieturakisem, kierownikami klinik, które mieściły się obok siebie. Często chory z oddziału wewnętrznego wędrował na salę operacyjną. Był to okres leczenia snem. Opowiem coś z tamtych czasów. Chora, 14-letnia dziewczynka z wyrównaną młodzieńczą cukrzycą i ciężką nadczynnością tarczycy, musiała być operowana. Byliśmy na sali operacyjnej tuż koło operatora. Jak to w operacji nadczynnej tarczycy często się zdarza, nagle pojawiała się fontanna krwi. Za każdym razem prof. Penson cofał się o krok. *Może dodać jej trochę penicyliny* powiedział. *Można, i tak, wyleci*, skomentował operator. Na drugi dzień w czasie wspólnego obchodu prof. Penson, patrząc na typowo zmienione ułożenie dłoni dziewczynki, pyta: *Jak tam, kochanie. Dobrze, Panie profesorze*, odpowiada chora. *Jedno pewne*, komentuje profesor, *recurrentes całe*. Profesor Penson nagle ma bezbólową żółtaczkę. Jestem u niego w domu. Przychodzi na konsultację dwóch czołowych profesorów naszej uczelni. Penson mówi *Wiesz, Wiktor, tam stoi martel, wypij kieliszek, ale nie dawaj Marianowi, bo on i tak nie wie, co pije. I dajcie mi spokój. Jestem starym internistą, wiem, co to znaczy. Mam raka głowy*

<sup>4</sup> Julian Stolarczyk – profesor, emerytowany Kierownik Katedry i Zakładu Fizjopatologii AMG. *Pamięci profesora Jakuba Penson*. Wypowiedź zamieszczona w Gazecie AMG z lutego 2002 r., s. 25 -26.

*trzustki i sam wiem, co można, a czego nie można zrobić.* Wieczorem przychodzi prof. Kieturakis, chirurg, bada i mówi *Kuba, ja ci to usunę.* Profesor zgadza się, jest operowany i uratowany, bo zmiana dotyczyła brodawki Vatera. Penson miał dar akceptacji nowego. Był na nowe otwarty. Dializa była dla doświadczonego nefrologa nowym wyzwaniem. Pamiętam podjęcie leczenia hemodializą chorej z przewlekłą zaostrzoną niedomogą nerek i mocznicą w przebiegu odmiedniczkowego zapalenia nerek. Chora po kilku dializach wyrównała się i żyła jeszcze bez dializ kilka lat. Profesor miał niepowtarzalny dowcip i cichy wdzięk. Stoimy po obchodzie na końcu korytarza, gdy z drugiego końca płynie ku nam owinięte wspinałym szalem kolorowe zjawisko – konsultantka psychiatra. *I co, Julek, czy ty byś jej coś powiedział, bo ja nie.* Byłem obok, kiedy umierał. Posadził mnie przy sobie i mówi: *Myślę, że mam zakrzep tętnicy płucnej w pozostałym po operacji płucu. Przyrzeknij, że zrobisz moją sekcję. Sprawdzisz, czy miałem rację. Ależ, Panie Profesorze! Przyrzeknij i nic nie mów.* Dawno już nie pracowałem w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Przyrzekłem. Miał rację. Myślę, że te kilka faktów oddaje prawdziwą niepowtarzalność jego prostoty medycyny i człowieczeństwa. Dziękuję Bogu, że mogłem rosnąć w cieniu takiego lekarza nauczyciela i człowieka, który do końca moich dni będzie patronem mojej medycyny.

#### 6. 4. Zygmunt Chodorowski<sup>5</sup>

W mojej pamięci prof. Jakub Penson zapisał się jako człowiek wielkiej prawości i szlachetności, pozbawiony jakichkolwiek pokus merkantylnych.

Jego wielki liberalizm wobec asystentów, niezależnie od ich przekonań religijnych i politycznych, wynikał zapewne z wrodzonych cech charakteru, ale być może na codzienne postępowanie wywarły też wpływ tragiczne przeżycia z okresu okupacji.

Wielu profesorów o orientacji narodowej i wolnościowej z dużym szacunkiem traktowało Jego sposób sprawowania rządów rektorskich w Uczelni.

Profesor Penson dyplomatycznie i z dużym taktem reprezentował Uczelnię, chroniąc umiejętnie pracowników przed nakazowym systemem ówczesnych władz. Wyrażał się o władzy szczerze: *kopią w tyłek i każdą klasnąć w dłoń.*

Życzliwość Profesora wobec chorych, ich bliskich i członków podległego personelu była tak codzienna i naturalna, że przez wielu nie zawsze była dostatecznie uświadamiana i doceniana.

Dopiero Jego odejście, skutek powikłań pooperacyjnych, unaocznilo nam wszystkim, jak wielką ponieśliśmy stratę.

<sup>5</sup> Zygmunt Chodorowski profesor. Kierownik I Kliniki Chorób Wewnętrznych i Ostreńch Zatruc AMG, *Wspomniene o profesorze Jakubie Pensonie*. Zapis rozmowy z dnia 14. 02. 2006.

Od tego czasu minęło 35 lat, a pamięć o Nim wśród nas wciąż jest żywa i pełna ciepłych wspomnień i wzruszeń.

### 6. 5. Konstanty Leonowicz<sup>6</sup>

Byliśmy zafascynowani wykładami Profesora. Były one jasne, logiczne, błyskotliwe. Nie mieliśmy wątpliwości, że Profesor posiada głęboką wiedzę lekarską, a medycyna stanowi ważną, jeżeli nie najważniejszą, Jego pasję życiową. Mimo że w czasie studiów zetknęliśmy się z wieloma znakomitymi wykładowcami, to jedynie notatki z wykładów Profesora robione przez jedną z naszych koleżanek – Gienię Rojszyk – poprawione przez Profesora zostały wydane w uczelni w formie skryptu.

Drugie potwierdzenie zauroczenia wykładami Profesora ma charakter bardzo osobisty; właśnie słuchając tych wykładów, postanowiłem zostać internistą i o ile to możliwe pracować w Klinice Profesora. Jak wiadomo i jedno, i drugie udało mi się zrealizować.

Lekarską działalność Profesora poznałem lepiej już w czasie pracy w Klinice. Zdolny do długiej, intensywnej pracy z chorymi, znakomity diagnosta, nigdy nie był zmęczony. Jego obchody lekarskie stanowiły bardzo dobry, improwizowany podręcznik chorób wewnętrznych. Profesor wygłaszał także na posiedzeniach naukowych doskonałe referaty. Był inteligentnym, bardzo precyzyjnym, ale także często złośliwym dyskutantem.

W tym, co napisałem, nie ma przesady. Niektórzy z nas, w większości już emerytowani pracownicy uczelni, pamiętają obchody Profesora zawsze z licznym orszakiem studentów i lekarzy. Pamiętają także przepełnione sale, kiedy Profesor wygłaszał referat.

Dotąd pisałem o Profesorze głównie jako o lekarzu i nauczycielu. Być może już wcześniej należało odpowiedzieć na pytanie, jakim był człowiekiem?

Profesor działał, jak wiadomo, w czasie realizacji w Polsce utopijnego systemu politycznego, w pewnych okresach zagrażającego nawet życiu jednostki. Profesor należał do partii, mimo to, ze względu na wielką uczciwość osobistą oraz zdrowy rozsądek, daleki był od ortodoksji.

Oto kilka przykładów; Już w czasie pracy w III klinice Chorób Wewnętrznych, a więc w latach 50 tych ubiegłego stulecia, głośno wyrażał pogląd, że pracę społeczną, zarówno partyjną, jak i związkową, należy wykonywać po godzinach pracy. Pogląd ten nie był wówczas powszechnie przyjęty i w rezultacie Profesor naraził się na pouczenia w Komitecie partii. Będąc w komisji przyznającej stypendia opowiadał się za przyznawaniem ich studentom najzdolniejszym; na sprzeciw przedstawiciela partii, według któ-

---

<sup>6</sup> Konstanty Leonowicz – profesor, Emerytowany Kierownik II Kliniki Chorób Serca AMG. Wspomnienie w pamiętniku rocznika 1947-1952, s.48-49.



rego stypendia przyznaje się według kryteriów politycznych, zażądał pokazania w regulaminie miejsca na temat aspektu politycznego. Wreszcie trzeci przykład dotyczący bezpośrednio naszego rocznika: Być może nie wszyscy o tym wiedzą, ale w 1952 roku odbyła się w sali „starej anatomii” nasza uroczystość absolutoryjna. Jej przebieg był zapowiedzią nadchodzących innych czasów. Mimo że tkwiliśmy głęboko w czasach stalinowskich, mało mówiło się w czasie tej uroczystości o polityce. Głównie dziękowaliśmy nauczycielom, a ci wspominali przebieg naszych studiów i korzystając ze swego bogatego doświadczenia życiowego, dawali nam rady na przyszłość. Absolutorium miało miłą atmosferę i zasadniczo różniło się od nudnych i drętwych, upolitycznionych na siłę uroczystości tamtych czasów. W tydzień później zostałem wezwany do rektoratu jako starosta roku na posiedzenie jakiejś komisji, w skład której wchodził Profesor. Okazało się, że zostałem wezwany do Komitetu Uczelnianego Partii po to, aby uczynić mnie osobiście odpowiedzialnym za zgniłą burżuazyjną uroczystość, jaką miało być nasze absolutorium i aby udzielić mi nagany. W tym czasie pracowałem już w klinice Profesora jako wolontariusz. Profesor w ogóle nie wspominał o naszym spotkaniu w Komitecie, a miesiąc później załatwił mi stypendium doktoranckie, które związało mnie z kliniką Profesora na zawsze.

Stosunek Profesora do istniejącej rzeczywistości nie oddaje oczywiście całej Jego osobowości. Był człowiekiem na wskroś uczciwym. Jego wybitna inteligencja nakazywała Mu zawsze chodzić po ziemi, odróżniać rzeczy i zjawiska ważne od nieważnych, dobro od zła. Był wobec siebie i nas bardzo wymagający, a jednocześnie, przy niepowodzeniach zdarzających się młodym lekarzom, umiał być wyrozumiały.

Miał bardzo życzliwy stosunek do chorych. To On był autorem sentencji, przeciwko której czasami buntowaliśmy się: chory ma zawsze rację.

Pamiętamy wszyscy Profesora, Jego niecodzienną osobowość, która na wielu ludziach wywarła niezatarte wrażenie i wpłynęła na ich losy, a także styl Jego uprawiania zawodu lekarza.

## 6. 6. Zdzisław Wajda<sup>7</sup>

Profesora Jakuba Pensona poznałem, będąc na trzecim roku studiów medycznych w Gdańsku, które odbywałem w latach 1947-1952.

Uczęszczałem na Jego wykłady, które cieszyły się dużym zainteresowaniem. Wszyscy podziwiali Profesora, jak trudne niekiedy zagadnienia przedstawiał w sposób nadzwyczaj prosty i zrozumiały – tym nas fascynował. Profesor był wspaniałym wykładowcą, prawdziwym erudytą.

<sup>7</sup> Zdzisław Wajda – profesor, chirurg. emerytowany Kierownik Kliniki Chirurgii AMG. Rektor AMG w latach (1993-1999). Wypowiedź prof. Z. Wajdy wygłoszona podczas posiedzenia Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie 28. 10. 2001 r oraz zamieszczona w Gazecie AMG w styczniu 2002 r., s. 25-26.

Profesor Penson w latach mojej asystentury w III Klinice Chirurgicznej prowadzonej przez prof. Zdzisława Kieturakisa, był naszym sąsiadem w tym samym szpitalu, kierował III Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych. Okres ten wspominam jako niedościgły wzór współpracy internisty i chirurga wsparty na wiedzy, głębokim doświadczeniu klinicznym, zbudowany na prawdziwym obopólnym zaufaniu i przyjaźni.

To z Jego inicjatywy prof. Zdzisław Kieturakis po raz pierwszy w Polsce wszczepił rozrusznik serca u chorej z zespołem Morgagniego-Adamsa – Stokesa w 1963 roku<sup>8</sup>. Dzisiaj metoda ta znajduje wskazanie w leczeniu wybranych zaburzeń rytmu serca, jest powszechnie stosowana we współczesnej kardiologii. Inną dziedziną współpracy były zagadnienia związane z leczeniem nadciśnienia objawowego, poza zwężeniem tętnic nerkowych, niedorozwojem jednej z nerek.

Profesor był jednym z pierwszych w kraju, który zajął się diagnostyką guzów chromochłonnych nadnerczy, kierując chorych do leczenia chirurgicznego. Dzięki tej współpracy rozpoczęliśmy od roku 1959 operacje guzów chromochłonnych nadnerczy grubo przed erą środków blokujących przewlekłe receptory alfa i współczesnymi badaniami obrazowymi. To dzięki trwającej do dziś współpracy obu klinik ośrodek gdański jest jednym z pierwszych, uznanych i zajmujących się chirurgią nadnerczy.

Profesor Penson był znakomitym diagnostą, stawiał zdumiewająco trafne rozpoznania, potwierdzane dodatkowymi metodami, co zwłaszcza mogliśmy obserwować w rozpoznawaniu guzów chromochłonnych nadnerczy. Jako internista wyróżniał się tym, że kierował chorych do leczenia operacyjnego jeszcze na długo przed pojawieniem się objawów powikłań. Można przypuszczać, że takie postępowanie było powodowane dużym zaufaniem do znakomitego chirurga prof. Z. Kieturakisa, który także w swoim czasie operował profesora Pensa. Poddał się tej trudnej operacji w kraju rezygnując z proponowanego pobytu i operacji w klinice paryskiej. Miałem sposobność opiekować się Nim przed zabiegiem, jak i w czasie pooperacyjnym. Profesor wykazał wyjątkowy spokój, cierpliwość, hart ducha.

Na gruncie towarzyskim, pomimo codziennej powagi, można rzec nawet niedostępności, miał profesor dużo osobistego uroku, co mieliśmy okazję zobaczyć w czasie corocznych imieninowych przyjęć w domu mojego profesora, Zdzisława Kieturakisa, w których uczestniczyli wszyscy przyjaciele naszego profesora oraz asystenci kliniki. Pozostały nam z tych spotkań niezapomniane wspomnienia.

Chciałbym wspomnieć przy tej okazji o pewnym prywatnym zdarzeniu. W czasie wakacji zimowych w Zakopanem mieszkaliśmy z żoną w małym domu wczasowym. Profesor z żoną też tam przebywał; w tym czasie pisał

---

<sup>8</sup> Z. Wajda, *Zdzisław Aleksander Kieturakis 1904-1971 w stulecie urodzin*, Gdańsk 2004, Wydawnictwo AMG, s. 57.

książkę, chodził na spacer, prowadził z nami ciekawe rozmowy, które do dziś pamiętamy. Innym razem, będąc w Zakopanem na wczasach, zostałem wezwany telefonicznie do domu „Diana”, w którym wówczas mieszkał Profesor, z powodu dolegliwości bólowych Jego córki Anny. Było podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Po zbadaniu (z duszą na ramieniu) i wyrażeniu opinii, że nie ma konieczności operacyjnego leczenia, sugerowałem dodatkową konsultację. Profesor zachnął się i zawierzył mojemu rozpoznaniu. Wszystko, na szczęście, skończyło się dobrze, ja jednak w niemałym stresie żyłem przez kolejne dwa dni do ustąpienia objawów.

Profesor Penson położył duże zasługi w rozwój i organizację Akademii Medycznej w Gdańsku jako rektor pełniący obowiązki z przerwą przez trzy kadencje (łącznie 9 lat). Potrafił zachować dystans do piastowanego urzędu.

Sekretarka rektora, która pracowała z Nim przez wszystkie lata, a i później z Jego następcami, przypominała kolejnym rektorom sentencję rektora Pensa: że nie należy natychmiast przystępować do załatwiania bieżącej korespondencji, należy tę czynność odłożyć przynajmniej na dwa tygodnie, bowiem więcej jak połowa straci na aktualności, a co więcej, nic z tego powodu się nie stanie.

Profesor Penson był naukowcem, nauczycielem, wykładowcą, był wspaniałym lekarzem, klinicystą, kreującym postęp. Jego pasją była medycyna, której poświęcił całe swoje życie. Był wielkim człowiekiem.

### 6. 7. Stefania Horoszek-Maziarz<sup>9</sup>

Profesor Jakub Penson był kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych w latach 1949-1969. W pierwszym okresie Klinika mieściła się przy ul. Śluza w Gdańsku. W 1956 r. została przeniesiona na ul. Dębinki i zmieniła nazwę z III na II Klinikę Chorób Wewnętrznych.

Profesor organizował Klinikę od podstaw z bardzo nieliczną i młodą kadrą. Większość stanowili absolwenci medycyny, (wśród których ja się również znajdowałam), którzy już pracując, zdawali ostatnie egzaminy dyplomowe.

Zastępcą Profesora w tym początkowym okresie był doc. Tadeusz Dyk. Zaczynaliśmy pracę w czasie tzw. klasycznej interny. Do Kliniki trafiali chorzy zarówno kardiologiczni, jak i z chorobami nerek, płuc, przewodu pokarmowego i innymi. Tym bardziej było to możliwe, że Profesor bardzo angażował się w szkolenie asystentów.

Prowadzenie każdego chorego było dokładnie omawiane przy okazji wspólnych obchodów, odprawy porannej, jak i na zebraniach klinicznych,

<sup>9</sup> Stefania Horoszek-Maziarz, profesor. Emerytowana Profesor Kliniki Nadciśnienia i Diabetologii AMG. *Pamiętnik pierwszego powojennego rocznika studentów medycyny w Gdańsku 1945-1950*, Wydawnictwo AMG 2002 r., s. 72-73.

na których trudne przypadki były referowane. Była to tzw. dobra szkoła kliniczna.

Profesor był dla nas wzorem wspaniałego klinicysty. Czuło się, że pasjonował się zagadnieniami Kliniki, co wszystkim się udzielało. Znał wszystkich chorych bardzo dokładnie, w kontaktach z nimi był niezwykle bezpośredni, pogodny i życzliwy, a przy tym bardzo rzeczowy.

Stopniowo, w miarę upływu lat, zainteresowania Kliniki zaczęły się profilować w kierunku nefrologii. Wiązało się to z uprzednią naukową działalnością Profesora z okresu wojny i pierwszych lat powojennych.

Jego praca habilitacyjna dotyczyła powikłań nerkowych duru plamistego.

Epidemię duru plamistego obserwował w czasie wojny w szpitalu w getcie warszawskim. Zwrócił wówczas uwagę na występowanie hiperazotemii, oligurii i bezmoczu. W kilka lat później taki zespół objawów klinicznych został opisany jako „ostra niewydolność nerek”. W wojennym okresie pracy Profesora tego typu zmiany nerkowe były zupełnie nieznanne. Jest rzeczą godną podziwu, że pracując w tak ekstremalnych warunkach, potrafił prowadzić niezwykle wnikliwe obserwacje kliniczne.

Profilując Klinikę w kierunku nefrologii, Profesor starał się ją modernizować. Stworzył nowoczesne laboratoria, sprowadził nową aparaturę. Klinika jako jedna z pierwszych w kraju otrzymała w 1964 r. sztuczną nerkę typu Alwala.

Również w tym okresie, dzięki umiejętnościom dra Władysława Wermuta, zaczęto wykonywać biopsję nerek.

Ukoronowaniem wiedzy i doświadczenia Profesora w dziedzinie nefrologii było wydanie w 1960 r. podręcznika Jego autorstwa *Choroby nerek*. Podręcznik był bardzo przejrzysty i jasno napisany, oparty o własne doświadczenia i obserwacje. Do innych zainteresowań Kliniki poza nefrologią należała endokrynologia (doc. Leon Tenczyński tym się szczególnie zajmował) i diabetologia. Pod patronatem Kliniki znajdowały się trzy Przychodnie Przychodnie: Chorób Nerek, Endokrynologiczna i Cukrzycowa.

Profesor był znakomitym wykładowcą. Poza tym, że jego wykłady zawsze były bardzo dobrze przygotowane, to entuzjizm i pasja, z jaką przedstawiał nieraz zawiłe i trudne zagadnienia w sposób przejrzysty i jasny, udzielały się całemu audytorium. Sala wykładowa zawsze była przepiękna, często nie można było znaleźć miejsca. Wykładom towarzyszyły najczęściej demonstracje chorych, wyczuwało się przy tym, że są wręcz zaprzyjaźnieni z Profesorem. Również Jego wystąpienia na posiedzeniach towarzystw naukowych ściągały liczne rzesze słuchaczy.

Należy podkreślić, że zainteresowania Profesora były bardzo wszechstronne. Przykładem tego może być wszczepienie pierwszego rozrusznika serca. Profesor ustalił wskazanie do zabiegu u chorego z blokiem zupełnym i objawami MAS. Szczęśliwie pacjent mógł sobie sprowadzić rozrusznik z zagranicy. Zabiegu dokonał znakomity chirurg, prof. Zdzisław Kieturakis.

W ten sposób obaj profesorowie przeszli do historii kardiologii w Polsce jako ci, którzy pierwsi wszczepili rozrusznik serca.

Profesor Jakub Penson poza swoją działalnością kierownika Kliniki pełnił również wiele funkcji w życiu Uczelni. Przez wiele lat był prorektorem, a przez okres 9 lat z przerwą rektorem. Był to najdłuższy okres kadencji rektora w dziejach Uczelni.

Był człowiekiem wielkiego uroku osobistego, bardzo bezpośrednim, życzliwym dla wszystkich. Jego pasją była nie tylko medycyna. Bardzo lubił muzykę, chodził prawie na wszystkie koncerty. Uwielbiał kino. Znane były jego „wagary” w kinie (wymykał się z Kliniki w godzinach przedpołudniowych na interesujący film). Interesowała Go literatura, teatr.

Tak więc pozostanie w naszej pamięci jako wzór wspianego lekarza klinicysty, świetnego dydaktyka i niezwykle interesującego człowieka.

### 6. 8. Anna Budny-Liberek<sup>10</sup>

Profesor Penson posiadał niezwykłą umiejętność kształcenia lekarzy. Kształtował ich, ucząc szacunku i wyrozumiałości do pacjenta. Sam był dla pacjentów uprzejmy i cierpliwy. Potrafił każdego wysłuchać, nie robiąc różnic wynikających z zajmowanej przez nich pozycji społecznej.

Uczył swoich młodych kolegów uczciwości. Nie przyjął nigdy od pacjenta korzyści majątkowych za leczenie. Pamiętam dobrze następujący fakt: Profesor otrzymał od pacjentki w podziękę za leczenie czekoladki. Gdy zorientował się, że w pudełku z pralinami są też pieniądze, poprosił siostrę oddziałową i lekarza prowadzącego, aby oddali swoje prezenty, w których także były pieniądze. Prezenty owe odesłał pacjentce.

W Klinice panował szczególny styl pracy; w zasadzie nie było w oddziale ordynatora. Każdy lekarz miał swoje sale i pacjentów, którymi opiekował się.

Pan Profesor był na obchodzie u tych pacjentów raz w tygodniu. To pozwalało asystentom samodzielnie stawiać diagnozy i leczyć pacjentów. Był zawsze osiągalny telefonicznie.

Przychodził na obchód w każdą niedzielę i odwiedzał wszystkich chorych.

W każdą środę odbywały się w Klinice posiedzenia naukowe, na których przedstawiane były przypadki kliniczne oraz referowane artykuły z czasopism. Profesor preferował czasopisma zagraniczne, sam. dużo czytał.

<sup>10</sup> Dr n. med. Anna Budny- Liberek, specjalista chorób wewnętrznych, Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku. Pracowała z prof. J. Pensonem przez 18 lat (po ukończeniu studiów w AMG do śmierci Profesora w 1971 r.). Profesor był promotorem jej pracy doktorskiej *Niektóre zagadnienia kliniczne i biochemiczne związane z leczeniem dializą pozaustrojową* (1967 r.). Zapis rozmowy z dnia 13.02.2006 r.

Pod wpływem doniesień z literatury poszerzał swój punkt widzenia na interesujące go zagadnienia i wprowadzał je do praktyki klinicznej.

Zainteresowania Profesora dotyczyły chorób nerek, kardiologii, hematologii.

Choć był członkiem PZPR, to potrafił przyjaźnić się z ludźmi o innym światopoglądzie, których gościł w swoim domu.

### 6. 9. Jerzy Umiastowski<sup>11</sup>

Profesor Penson, pracując w Szpitalu na Czystem w Warszawie, opisał epidemię duru plamistego. Sam będąc bliski śmierci, nie popadł jednak ani w rozpacz, ani w depresję, ale postanowił dokonać opracowania naukowego tej choroby.

Negatywnie mogła być postrzegana przynależność Profesora do PZPR. Okoliczność łagodzącą stanowić tu może osobowość Profesora – Lekarza. Profesor był bowiem przekonany, że aby móc skutecznie realizować powołanie lekarskie, trzeba być członkiem partii komunistycznej. Był to środek do celu, a nie cel sam w sobie. Realizacja powołania lekarskiego udała się Profesorowi znakomicie. Był lekarzem przez duże L.

Profesor miał niezwykłą osobowość. Na podstawie wywiadu, badania fizykalnego, stawiał diagnozę, którą weryfikował w drodze badań dodatkowych. Jeżeli badania dodatkowe nie potwierdzały diagnozy, a było to rzadko, to korygował tę diagnozę.

Był geniuszem lekarskim o prostym sposobie myślenia i ogromnej intuicji. Wprowadził do AMG dializoterapię. Jego proste, jasne wypowiedzi podczas obchodów lekarskich miały ogromny walor edukacyjny.

Wykłady Profesora z dziedziny Chorób Wewnętrznych dla studentów przez ich logikę i prostotę miały ogromny walor dydaktyczny. Studenci bardzo chętnie na nie uczęszczali.

Nie umiem wiele powiedzieć na temat Jakuba Pensa jako osoby prywatnej. Dla mnie Profesor to przede wszystkim lekarz.

W mojej pamięci wciąż istnieje i żyje jako lekarz i pomaga mi w pracy.

### 6. 10. Czesław Żebryk<sup>12</sup>

Moje wspomnienia wiążą się z pracą asystenta III Kliniki Chorób Wewnętrznych AMG. Byłem wówczas absolwentem i, już pracując, zdawałem

<sup>11</sup> Dr n med. Jerzy Umiastowski – pracował w Zakładzie Biochemii AMG w czasie, gdy prof. J. Penson był rektorem AMG. Następnie pracował w Instytucie Chorób Wewnętrznych, gdy Profesor przechodził na emeryturę. Zapis rozmowy z dnia 13.02.2006 r.

<sup>12</sup> Czesław Żebryk lekarz, specjalizacja I stopnia z chorób wewnętrznych, specjalizacja II stopnia z medycyny morskiej. Studiował na Wydziale Lekarskim AMG w latach 1945-1950. Dyplom nr. 103/51 (8.11.1951 r.). *Wspomnienie zamieszczone w Księdze Pamiątkowej pierwszego powojennego rocznika studentów medycyny w Gdańsku (1945-1950)*, Wydawnictwo AMG 2002 r., s. 73-74.

ostatnie egzaminy dyplomowe. W Klinice miałem możliwość ciągłego zdobywania wiedzy i obycia lekarskiego pod kierunkiem wybitnego klinicysty i nauczyciela, jakim był Profesor Penson.

Dzień pracy w Klinice zaczynał się poranną odprawą z lekarzem dyżurnym, po czym Profesor omawiał istotne doniesienia bieżącego piśmiennictwa naukowego. Był z nami obecny na każdym obchodzie, przy badaniu chorych w gabinecie rtg, uczył np. wykonania nakłucia opłucnowego, pobrania szpiku. Wymagał umiejętności wykonania i odczytania ekg. Umożliwiał asystentom branie udziału w egzaminach z interny. Zachęcał do czynnego uczestnictwa w posiedzeniach Towarzystwa Internistów Polskich. Na jednym z nich, w toku mojej pracy, przedstawiłem chorą z naszej Kliniki z zawałem serca pod postacią ostrej sprawy brzusznej. Jako asystent, po wypisaniu tez wykładu opracowanych przez Profesora, sam w nim uczestniczyłem. Kierując wieloma pracami naukowymi, zaproponował i pomagał mi w badaniach zachowania się krwi krążącej u chorych w stanie zapaści, które mogły stać się w przyszłości zaczątkiem pracy doktorskiej. Nigdy nie dał odczuć, jak wielki dzieli nas dystans w zakresie wiadomości i doświadczenia lekarskiego. Był przykładem, że własną pracą, oddaniem chorem i stałym czytaniem piśmiennictwa medycznego można osiągnąć dobry poziom kliniczny. Do chorych odnosił się zawsze z troską i zrozumieniem ich cierpienia.

Niestety, zaledwie po ponad rocznej pracy, w związku z wojną amerykańsko-koreańską, wcielono mnie w 1951 r. do służby wojskowej. Nie pomogła osobista interwencja Profesora w Ministerstwie Obrony Narodowej o zwolnienie, o czym sam mnie powiadomił listownie, gdy już byłem w wojsku.

Dzięki pracy w Klinice nabyłem podstawy myślenia lekarskiego, zaś nauki Profesora stały się kapitałem na dalszą pracę zawodową.

Profesor Penson pozostał w mojej pamięci jako nie tylko wybitny klinicysta, lecz także jako prawdziwy Nauczyciel i Wychowawca.

### 6. 11. Zdzisław Grabarczyk<sup>13</sup>

Zimą 1939 roku, będąc dzieckiem, ciężko zachorowałem. Ojciec mój przyprowadził do domu lekarza, którym był właśnie doktor Penson. To, co utkwilo mi w pamięci do dzisiaj, to charakterystyczny gest doktora, który, badając pacjenta, brał jego dłonie w swoje ręce. Pamiętam tę Jego „dużą dłoń”. Doktor Penson zostawił ojcu receptę i 5 zł na leki, polecił kupić tak-

---

<sup>13</sup> Mgr inż. Zdzisław Grabarczyk, *Wspomnienie o profesorze Pensonie*, Mieszkał w Płocku przy ul. Nowy Rynek 4 w latach 1933-1951. Zdawał maturę w Liceum Ogólnokształcącym im. Władysława Jagiełły. Obecnie mieszka w Sopocie przy ul. 23 marca 8 a/39. Stenogram z rozmowy z dnia 24.06.2006 r.

że dziecku cukierki do ssania (pudełko po tych cukierkach długo przecho-  
wywałem, ale zginęło ono w czasie przeprowadzki do Gdańska).

W Płocku mówiło się o doktorze Personie, że leczy ludzi biednych i po-  
maga im materialnie. Wiem na pewno, że wielu chorym w Płocku pomagał  
w kłopotach nie tylko zdrowotnych, ale i finansowych.

Ten serdeczny i ciepły gest dłoni lekarza w stosunku do pacjenta, który  
zapamiętałem, to cecha charakterystyczna lekarzy, którzy byli uczniami pro-  
fesorą Pensoną.

Pierwsze moje spotkanie po wojnie z Profesorem odbyło się w Płocku  
na początku lat 60. Było związane z obchodami rocznicowymi Liceum  
Ogólnokształcącego im. Władysława Jagiełły, do którego obaj uczęszczali-  
śmy. Potem kontaktowaliśmy się także na płaszczyźnie służbowej.  
W związku z zajmowanym przeze mnie stanowiskiem kierowniczym w Po-  
lifarbie, pomagałem Profesorowi w rozwiązywaniu problemów technicz-  
nych związanych z organizacją sal do dializoterapii. W tym czasie obserwo-  
wałem talent i podziwiałem zdolności organizacyjne Profesora.

## 6. 12. Urszula Daszkiewicz<sup>14</sup>

Profesor Penson żyje w mojej pamięci i sercu od 1957 roku, gdy rozpo-  
częłam naukę w Szkole Pielęgniarskiej przy AMG w Gdańsku.

W czasie nauki odbywałyśmy praktykę na poszczególnych oddziałach,  
w tym w oddziale Internistycznym II Kliniki Chorób Wewnętrznych, w któ-  
rej kierownikiem był profesor Jakub Penson. Co trzy miesiące odbywała się  
tam tzw. praktyka pielęgniarska, a od stycznia 1960 roku zostałam „zwerbo-  
wana” do pracy, przez śp. siostrę przełożoną, Józefę Mostowską – niezapo-  
mnianą i najlepszą ze znanych mi pielęgniarek.

Profesor Jakub Penson był wielkim autorytetem, nauczycielem lekarzy.  
Dla nas bardzo przyjazny, życzliwy, pogodny, przystępny, uśmiechnięty,  
zawsze opanowany.

Obchody profesorskie były specjalnym rytuałem. Lekarz leczący i pro-  
wadzący chorego referował stan pacjenta. Obecni przy tym ordynator, asy-  
stenci, studenci i my – pielęgniarki – przygotowywałyśmy chorego do do-  
kładnego zbadania przez Profesora. W międzyczasie Profesor zadawał pyta-  
nia studentom, nas też czasem pytał i zdarzało się nawet, że gdy student nie  
znał odpowiedzi, Profesor zwracał się do nas. Byłyśmy wtedy dumne, że nie  
zawstydzą nas niewiedza.

Dodam, że miałyśmy bardzo dobrych nauczycieli z przedmiotów kli-  
nicznych.

Po relacji lekarza prowadzącego sam Profesor badał chorego dokładnie,  
szanując jego intymność. Zdarzyło się, że chory zwrócił się do Profesora per

<sup>14</sup> Urszula Daszkiewicz – pielęgniarka z II Kliniki Chorób Wewnętrznych. Zapis rozmowy  
z 22.10.2006 roku.



„panie doktorze”, za chwilę dodawał: „Przepraszam, panie profesorze”. *Przecież jestem lekarzem* powiedział wtedy profesor Penson speszonemu pacjentowi, który martwił się, że popełnił nietakt.

To właśnie urok Profesora, jego niezwykła kultura osobista i naturalny sposób bycia sprawiał, że szanowali go i pacjenci, i my wszyscy. Od lekarzy Profesor też wymagał wiedzy profesjonalnej, taktu i kultury. Był najlepszym wzorem, jak należy odnosić się do pacjenta.

Profesor był człowiekiem bardzo tolerancyjnym, o czym mogą świadczyć dwa wydarzenia.

Stan jednego z pacjentów pogorszył się – został wezwany do niego ksiądz kapelan. W drzwiach do sali chorego spotyka Profesora. Ksiądz uprzejmie poprosił, by Profesor wszedł jako pierwszy do pokoju, na co profesor Penson odrzekł: *Ksiądz ma pierwszeństwo* i wpuścił go do sali przed sobą.

W czasie, gdy duchowni nie mogli się ubezpieczyć, (choć chcieli), lekarze AMG i personel medyczny udzielali im pomocy potajemnie, nigdy nie zaniedbując przy tym leczących się w klinice pacjentów. Pan Profesor dobrze o tym wiedział.

Kiedyś laborantka zawołała do mnie z drugiego końca korytarza: *Pani Urszulo, dlaczego ksiądz biskup nie przyszedł na EKG*. Usłyszała to nadchodząca świta lekarska z Profesorem na czele. Nieśmiało zerknęłam na Profesora, a on tylko ze zrozumieniem uśmiechnął się. Wiem, że nie odmówiłby pomocy, gdybyśmy Go o to poprosiły.

Sama też korzystałam z Jego konsultacji dla ciężko chorego wówczas bratanka. Profesor bardzo troszczył się o swój personel.

I jeszcze jedno wspomnienie.

Przypominam sobie czas, gdy profesor Penson został naszym pacjentem po operacji. Był bardzo cierpliwy, nie uskarżał się na nic, w ogóle starał się niczego od nas nie wymagać. Był taki zwyczajny, dobry.

Gdy już odszedł na emeryturę, wraz koleżanką Urszulą Rusiecką stwierdziłyśmy, że był dla nas nie tylko szefem, ale dobrym Ojcem. W tamtym czasie panowała w klinice atmosfera przyjazna, pełna życzliwości – po prostu rodzinna. To odczuwali i pacjenci, i cały personel. Jestem dumna, że pracowałam w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG czasie, gdy pan Profesor Penson był jej kierownikiem.

### 6. 13. Urszula Rusiecka<sup>15</sup>

W 1959 roku rozpoczęłam pracę w II Klinice Chorób Wewnętrznych w Gdańsku przy ul. Dębinki 7. Kierownikiem Kliniki był profesor Penson.

<sup>15</sup> Urszula Rusiecka, pielęgniarka z II Kliniki Chorób Wewnętrznych. Rozmowę przeprowadzono dnia 25.10.2006.

Postawa i zachowanie Profesora zawsze budziły we mnie wielki szacunek. Raz w tygodniu był obchód Profesora na Oddziale. Pamiętam nie tylko jego zatroskanie o chorych, badanie pacjentów i sugestie odnośnie leczenia, ale też to, że Profesor był kopalnią wiadomości, co nowego i dobrego grają w kinach, jakie są nowości wydawnicze i co warto przeczytać. To na pewno wzbogacało osobowość i wiedzę pielęgniarek.

Wykazywał wiele troski o dobro chorego, ale też troszczył się o personel. Posłużę się przykładem.

Pewnego dnia po obchodzie lekarskim Profesor zwrócił się do pielęgniarki, która była obecna przy łóżku chorego, z zapytaniem: *Jaka jest przyczyna, że jest pani taka bardzo blada?* Polecił, żeby zrobiła badania.

Kiedyś na ostry dyżur w późnych godzinach popołudniowych został przywieziony ciężko chory pacjent. Lekarz dyżurny zawiadomił o tym Profesora.

Po przyjsciu na oddział Profesora okazało się, że u chorego zjawil się też ksiądz. Profesor powiedział: *Proszę, ksiądz ma pierwszeństwo*, a pielęgniarkę poprosił, żeby go zawiadomiła, kiedy ksiądz odejdzie. Pobyt księdza w separacie przedłużył się. Profesor przyszedł ponownie i dowiedział się, że z posługi kapłańskiej w tej dwuosobowej separacie korzysta następny chory. Czekał do skutku, a to trwało bardzo długo z uwagi, że pacjent po czterdziestu latach przystąpił do sakramentu pokuty.

## ZAKOŃCZENIE

### **Kto ratuje jedno życie ratuje cały świat<sup>1</sup>**

Profesor Jakub Penson należał do grupy wybitnych lekarzy polskich XX wieku. W ciągu 72 lat swojego życia działał wiele na gruncie polskiej medycyny. Był znakomitym klinicystą, który opublikował łącznie 85 prac naukowych, w tym trzykrotnie wydawany podręcznik dla lekarzy pt. *Choroby nerek*, 12 rozdziałów w różnych podręcznikach diagnostyki i terapii chorób wewnętrznych oraz 69 prac oryginalnych, wśród nich 48 z zakresu nefrologii, 14 poświęconych endokrynologii, 7 dotyczących chorób zakaźnych, 3 związane z kliniczną oceną leków oraz pojedyncze prace z dziedziny hematologii, gastroenterologii, pulmonologii, historii medycyny, reformy studiów oraz sprawozdania ze zjazdów krajowych i międzynarodowych.

Profesor Penson był promotorem 21 prac doktorskich, opiekunem 5 prac habilitacyjnych. Ośmiu z jego uczniów zostało profesorami. Z jego kliniki wyszła większość ordynatorów oddziałów nefrologii pracujących na terenie Polski Północnej.

Profesor Penson jako jeden z pierwszych naukowców zwrócił uwagę na zjawisko niepowtarzalności ostrej niewydolności nerek pomimo powtórnego działania tych samych czynników predysponujących. Wiele lat po śmierci Profesora (na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach) potwierdzono istnienie tego zjawiska i wyjaśniono jego patogenezę. Pozostaje faktem, że dzięki własnej spostrzegawczości i wnikliwości klinicznej Profesor opisał nowy i nieznany dotąd fenomen, doprowadzając do wyjaśnienia jego podłoża etio – patogenetycznego.

Oryginalną obserwacją profesora Pensa było stwierdzenie, że dobowe przyrosty mocznika i potasu w surowicy w pozanerkowej ostrej niewydolności nerek spowodowanej zespołem zmiążdżenia lub posocznica są wysokie. Dziś jest to fakt ogólnie znany, natomiast w latach sześćdziesiątych XX wieku stanowiło to obserwację nowatorską.

Profesor zajmował się ponadto takimi zagadnieniami jak: stany odwracalnej mocznicy w przewlekłej niewydolności nerek, nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym i nadciśnieniem w guzie chromochłonnym rdzenia nadnerczy, zapaleniem kłębuszków nerkowych w przebiegu bakteryjnego zapalenia wsierdza, martwicą rdzenia nerek, wtórną zakrzepicą żył nerkowych w skrobiawicy nerek, wzajemnymi relacjami chorób trzustki i nerek, obecnością nacieków okołonaczyniowych w sercu i mózgu u chorych na ostre kłębuszkowe zapalenie nerek oraz z zatruciem ciężowym u kobiet z nadciśnieniem tętniczym lub z chorobami nerek.

---

<sup>1</sup> Talmud Babiloński, Traktat Sanhedrynu 4, 5.

Profesor słusznie przewidywał, iż upowszechnienie badań morfologicznych punktu nerki będzie miało podstawowe znaczenie przy kwalifikowaniu chorych z glomerulopatiami do terapii preparatami kortykosteroidów.

Stanowczo wypowiadał się przeciwko leczeniu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek transfuzjami krwi i zdecydowanie krytykował pogląd niektórych nefrologów, że zmiany w kłębuszkach nerkowych w przebiegu bakteryjnego zapalenia wsierdza są wywołane przez antybiotyki. Pasjonował się, obok nefrologii, także endokrynologią i diabetologią. Kierując się intuicją kliniczną, u chorych ze śpiączką cukrzycową zamiast wstępnej wysokiej dawki jednorazowej wynoszącej 500 jednostek, zalecał stosowanie niskich, aczkolwiek powtarzalnych, dawek insuliny. Podobnie traktował podawanie płynów w śpiączce cukrzycowej, uzależniając ich objętość od stopnia odwodnienia chorego.

Profesor stworzył gdański ośrodek nefrologiczny – dzięki jego inicjatywie zakupiono do kliniki pierwszą sztuczną nerkę i w 1964 roku rozpoczęto dializowanie chorych z ostrą niewydolnością nerek, a pod koniec jego działalności zawodowej z przewlekłą niewydolnością nerek.

Od 1949 roku organizował Gdańską Akademię Medyczną, w latach 1949-1953 był jej prorektorem i najdłużej, bo dziewięć lat, urzędującym rektorem w historii tej uczelni. Ponadto, w latach 1954-1956, był członkiem Komisji Kwalifikacyjnej Pracowników Naukowych PAN, a w latach 1957-1959 członkiem Sekcji Medycznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego i członkiem Prezydium tejże Rady. Za swoją ofiarną służbę nauce i lecznictwu polskiemu Profesor otrzymał najwyższe odznaczenia państwowe – Krzyż Oficerski i Komandorski Orderu Odrodzenia Polski oraz medal Komisji Edukacji Narodowej.

Praca niniejsza przedstawia osiągnięcia naukowe Profesora, a także charakterystykę osobowości tego niezwykłego człowieka, który imponował pracowitością i szerokimi horyzontami naukowymi już przed II wojną światową.

Obszerne fragmenty pracy poświęcono jego działalności w Getcie Warszawskim, gdyż tam właśnie Jakub Penson zdawał najtrudniejszy egzamin w swoim życiu i jako człowiek, i przede wszystkim jako lekarz, czuwając przy łózkach umierających na tyfus. W niewyobrażalnie trudnych warunkach trwał na swoim posterunku i podobnie jak Janusz Korczak pozostał przy swoich podopiecznych, pomimo wielu związanych z tym śmiertelnych zagrożeń. Tam również, wiedziony przekonaniem, że mimo wszystko tak trzeba postąpić, nie zaniechał pracy badawczej i kształcenia adeptów sztuki lekarskiej, choć warunki, w jakich to czynił, przypominały realia piekła z *Boskiej komedii* Dantego.

Ze wspomnień ludzi pamiętających Profesora wyłania się obraz Jakuba Pensa jako człowieka pełnego pogody ducha, radości życia, potrafiącego w swoisty sposób cieszyć się faktem przetrwania holokaustu, możliwością

realizacji swoich celów naukowych i pracą z młodzieżą, zdobywającego szacunek otoczenia, w którym funkcjonował, umiającego w każdym momencie swojego życia zachować optymalną równowagę psychiczną i nie poddającego się presji.

Tym, co najbardziej fascynowało jego otoczenie, była jego wszechstronność lekarska (klasyczna interna, neurologia, choroby zakaźne), niebywała intuicja lekarska, o czym świadczyła zgodność stawianych przez niego rozpoznań przy łóżku chorego z wynikami ostatecznej diagnozy, niezwykle talent dydaktyczny i ogromna kultura osobista. To wszystko stanowiło o wyjątkowości Profesora i zapewniło mu trwałe miejsce zarówno w pamięci jego uczniów, jak też w panteonie polskiej medycyny.

**Spis prac prof. J. Pensoną ogłoszonych drukiem**

1930

1. *O stosowaniu kardiazolu w durze brzuszonym*, Warsz. Czas. Lek., 1930, 7, s. 328-331. (wspólnie z Winer-Bezbergową).
2. *Przyczynę do patogenezy zapalenia opon mózgowych z odczynem limfocytarnym, (Meningitis benigna lymphocytaria)*, Kwart. Szpitala Starozakonnych w Warszawie, 1930, 9, s. 194-201.

1931

3. *Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna*, Warsz. Czas. Lek., 1931, 8, s. 941-943, s. 967-968.
4. *O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszego*, Warsz. Czas. Lek., 1931, 8, s. 1012-1014, s. 1038-1040.
5. *Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu jako powikłanie nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych*, Warsz. Czas. Lek., 1931, 8, s. 344-346.
6. *Zespół chloropenji z hiperazotemją w przebiegu chorób nerkowych i niektórych innych schorzeń ustroju. Wskazania do diety bezsolnej oraz do chlorowania*, Kwart. Klin. Szpitala Starozakonnych w Warszawie, 1931, 10, s. 11-22.

1932

7. *Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów*, Warsz. Czas. Lek., 1932, 9, s. 83-85, 108-110.
8. *Przecukrzenie krwi i cukromocz nietrzustkowego pochodzenia*, Warsz. Czas. Lek., 1932, 9, s. 439-442.

1933

9. *Badania nad hipoglikemią poinsulinową u diabetyków*, Warsz. Czas. Lek., 1933, 10, s. 1036-1039. (wspólnie z J. Wohl).

1934

10. *Dieta w schorzeniach gruczołów dokrewnych*, w książce: *Dietetyka*, pod. red. J. Parnasa, F. Malinowskiego, S. Kleina, L. Justmana, M. Morzkowskiej, Warszawa 1934, Warszawska Agencja Wydawnicza Delta, ss. 677. (wspólnie z M. Landsbergiem).

1935

11. *Recherches sur l'hpoglycémie post-insulinique chez lez diabétiques*, Presse Méd., 1935, 43, s. 63-65. (wspólnie z J. Wohl).

1936

12. *Choroby nerek*, w książce: *Patologia, diagnostyka i terapia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, pod red. F. Malinowskiego i Z. Orłowskiego, Warszawa 1936, T. 1, s. 683-735.
13. *Wpływ diety na przebieg kliniczny schorzeń nerkowych*, Warsz. Czas. Lek., 1936, 13, s. 354-358. (wspólnie z A. Kobryner).

1937

14. *O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy*, Warsz. Czas. Lek., 1937, 14, s. 10-13.

1938

15. *Badania nad stosowaniem insuliny cynkowo-protaminowej*, Warsz. Czas. Lek., 1938, 15, s. 425-429. (wspólne z M. Landsberg, H. Rajbenbach, J. Dworecki).
16. *Insulina a miażdżycza układu krążenia*, Warsz. Czas. Lek., 1938, 15, s. 121-124.
17. *Podręczna encyklopedia lekarza-praktyka w dziesięciu tomach*, pod red. J. Węgieerki, T. 1, Warszawa 1938, Wydawnictwo Lekarskie Eskułap, (współpracowanie hasel).

1946

18. *Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940- 1941/42 w Warszawie. Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania*, Warszawa 1946, Wydaw. Lek. Inst. Nauk., ss. 115. (Rozprawa habilitacyjna.) też: Pol. Tyg. Lek., 1946, 1, s. 1399-1404, s. 1478-1487, s. 1538-1542, s. 1553-1569.

1950

19. *Spostrzeżenia kliniczne i badania nad gospodarką wodną, węglowodanową i azotową w przebiegu żółtaczkii zakaźnej*, Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, s. 649-653, s. 705-710.

1951

20. *Niedoczynność tarczycy pochodzenia przysadkowego*, Przegl. Lek., 1951, 7, s. 242-246. (wspólnie z J. Muszkowską).
21. *Przypadek niedokrwistości hemolitycznej z ciężkim przełomem w przebiegu ciąży*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1951, 21, s. 276-286. (wspólnie z J. Stalewską).
22. *Skrypt z wykładów o chorobach wewnętrznych*, Wydawnictwo ZSP, Gdańsk 1951, s. 180.

1953

23. *Współistnienie nadczynności tarczycy z cukrzycą*, Pol. Tyg. Lek., 1953, 8, s. 1003-1007. (wspólnie z J. Muszkowską).
24. *Zmiany w jakościowym składzie białek osocza i opadanie krwinek w przebiegu włośnicy*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1953, 23, s. 683-688. (wspólnie z J. Nielubszyc, S. Moszczyńską).

1954

25. *Dur plamisty (Typhus exanthematicus)*, w książce : *Ostre choroby zakaźne*, pod red. S. Wszelakiego, Warszawa 1954, PZWL, T. 4, s. 445-509.
26. *Nadczynność tarczycy pod maską niedomogi krążenia*, Warszawa 1954, Kardiologia Polska, PZWL, T. 1, s. 31-34.

1955

27. *Nadciśnienie tętnicze złośliwe objawowe*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1955, 25, s. 107-115. (wspólnie z L. Cynowski).
28. *Olbrzymia skrzeplina lewego przedsionka*, Pol. Tyg. Med. Lek., 1955, 10, s. 266-269. (wspólnie z J. Muszkowską).

1956

29. *Choroby układu krążenia*, w: *Zdrowie w domu*, Warszawa 1956, s. 264-275.
30. *O chorobach przewodu pokarmowego*, w: *Zdrowie w domu*, Warszawa 1956, s. 276-295.
31. *O chorobach układu oddechowego*, w: *Zdrowie w domu*, Warszawa 1956, s. 296-306.
32. *Ocena ogólna monografii prof. J. Węgieerki „Cukrzyca”*, Post. Wiedzy Med., 1956, 3, s. 98-100.

33. *Podsumowanie obrad 2-giej części XVIII Zjazdu Internistów Polskich*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1956, 26, s. 1276-1278.
34. *Przewlekła nerczyca lipidowa*, Pol. Tyg. Lek., 1956, 11, s. 53-60.
35. *Zjazd Internistów NRD w Lipsku (3-5. XI. 1955)*, Post. Wiedzy Med., 1956, 3, s. 465-471.

## 1957

36. *Bóle aorty brzusznej w ciężkiej nadczynności tarczycy*, Streszczenie. w: *I Konferencja Naukowa Sekcji Tyreologicznej Pol. Tow. Endokr.*, Warszawa 1957, s. 55-56.
37. *Niedomoga krążenia w przebiegu ostrego zapalenia kłębków nerkowych*, Pol. Tyg. Lek., 1957, 12, s. 1925-1930.
38. *Niektóre zagadnienia dotyczące patogenezy, kliniki i leczenia śpiączki cukrzycowej*, Wiad. Lek., 10, s. 1077-1086.

## 1958

39. *Bóle tętnicy głównej brzusznej w ciężkiej nadczynności tarczycy*, Pol. Tyg. Lek., 1958, 13, s. 17-19.
40. *Glomerulonefrite subacuta nel corso di endocardite lenta batterica*, Minerva Med., 1958, 49, s. 2670-2673. (wspólnie z J. Wermut).

## 1959

41. *Elektroforeza bibułowa białek surowicy w poznawaniu zespołu nerczycowego u dorosłych*, Pol. Tyg. Lek., 1956, 14, s.712-715. (wspólnie z K. Leonowiczem).

## 1960

42. *Choroby nerek*, Warszawa 1960, PZWL, Wyd. I, ss. 273.
43. *Działanie moczopędne preparatu P 1393 (Fovane)*, Przegl. Lek., 1960, 16, s. 253-256. (wspólnie z K. Leonowiczem, J. Kempa, A. Liberek).
44. *Leczenie sterydami nerczycy u dorosłych*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1960, 30, s. 799-803. Też w : *XX Zjazd Tow. Internistów Pol. Gdańsk 1962*, s. 13-14.
45. *Ostra niedomoga nerek w przebiegu ciężkich schorzeń infekcyjnych (dur plamisty, choroba Weila)*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1960, 30, s. 697-699.

## 1961

46. *Nerczyca*, W książce: *Terapia współczesna*, pod red. B. Złotnickiego. Warszawa 1961, PZWL, s. 559-592.
47. *Nowe środki moczopędne (chlorotiazyd i hydrochlorotiazyd)*, Wiad. Lek., 1961, 14, s. 271-277. (wspólnie z A. Budny, K. Leonowiczem)
48. *Odpowiedź autora na uwagi recenzenta (Tadeusza Orłowskiego) książki Choroby nerek*, Pol. Tyg. Lek., 1961, 6, s. 734-735.
49. *Przewlekła niedomoga nerek*, w książce: *Terapia współczesna*, pod red. B. Złotnickiego, Warszawa 1961, PZWL, s. 577-578.

## 1963

50. *Martwica rdzenia nerek*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1963, 33, s. 819-823.
51. *Nerczyca*, W książce: *Terapia współczesna*, pod red. B. Złotnickiego, Warszawa 1963, PZWL, Wyd. 2, s. 647-650.
52. *Phaeochromocytoma. Wartość rozpoznawcza aortoarteriografii i zagadnienia lecznicze*, Kardiol. Pol., 1963, 6, s. 155-159, 1 tabl. (wspólnie z T. Mierzejewski, L. Mirecki, S. Świca, Z. Wajda, T. Wrzołkova).



53. *Przewlekła niedomoga nerek*, w książce: *Terapia współczesna*, pod red. B. Złotnickiego, Warszawa 1963, PZWL, Wyd. 2, s. 661-664.

54. *Rola nerek w urazie operacyjnym*, Streszczenie. Pol. Przegl. Chir., 1963, 35, s. 1413.

1964

55. *Acute renal medullary necrosis*, w: *Comptes rendus du II-me Congrès International de Néphrologie*, Prague 1963, Amsterdam 1964, s. 795-796. (wspólnie z B. Krupą).

56. *Nadciśnienie tętnicze krwi nerkowo-naczyniowe*, (Hypertensio renovascularis), Biul. Inf. Cefarm, 1964, 14, s. 305-310.

1965

57. *Choroby nerek*, Warszawa 1965, PZWL, Wyd. 2, ss.354.

58. *Etiologia i patogenezę pyelonephritis*, w: *Odmiedniczkowe zapalenie nerek*. Materiały V Dni Klinicznych Ped. Pom. w Gdańsku, w dn. 17-18.9.1965, Gdańsk 1965, s. 11-14.

59. *Klinika chorób nerek*, W książce: *Choroby wewnętrzne*, pod red. E. Szczeklika. Warszawa 1965, PZWL, T. 1, s. 741-788.

60. *Klinika i morfologia tzw. podostrego zapalenia kłębowego nerek*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1965, 35, s. 1721-1726. (wspólnie z A. Liberek, J. Stolarczykiem.)

61. *Nadciśnienie tętnicze krwi objawowe i cięża*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1965, 35, s. 1289-1293. (wspólnie z B. Żelawską-Bodakiewicz).

62. *Pierwsze dni Akademii Medycznej w Gdańsku*, w: *XX-lecie AM w Gdańsku*, 1965, s. 4-8.

63. *Stany odwracalnej mocznicy w przewlekłej niedomodze nerek*, Pol. Tyg. Lek., 1965, 20, s. 1694-1696. (wspólnie z A. Manitiusem).

1966

64. *Klinika skrobiawicy nerek powikłanej zakrzepicą żył nerkowych*, Wiad. Lek., 1966, 19, s. 539-543. (wspólnie z B. Krupą, J. Margules, J. Stolarczykiem).

1967

65. *Leczenie zakażenia dróg moczowych i miąższu nerek preparatem Nitrofurantoin – Polfa*, Ocena preparatu w: Dokumentacja Polfa, Warszawa 1967, s. 8-19. (wspólnie z T. Suchecki, Z. Jacyna, J. Borowski).

66. *Nerczyca*, w książce: *Terapia współczesna*, pod red. B. Złotnickiego, Warszawa 1967, PZWL, Wyd. 3, s. 890-895.

67. *Projekt zmiany studiów lekarskich na latach klinicznych w AM w Gdańsku*, Probl. Uczelni, 1967, 2, s. 1-6.

68. *Przewlekła niedomoga nerek*, w książce: *Terapia współczesna*, pod red. Złotnickiego, Warszawa 1967, PZWL, Wyd. 3, s. 909-913.

1968

69. *Powtarzalność ostrej niedomogi nerek*, Pol. Arch. Med. Wewn., 1968, 41, s.1-7.

1969

70. *Białkomocz*, w książce: *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, pod red. E. Szczeklika, Warszawa 1969, PZWL, T. 1, s. 571-599.

71. *Krwiomocz*. w książce: *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, pod red. E. Szczeklika, Warszawa 1969, PZWL, T. 1, s. 599-622.

72. *Martwica trzustki a niedomoga nerek*, Pol. Tyg. Lek., 1969, 24, s. 786-789. (wspólnie z S. Horoszek-Maziarz, J. Muszkowska-Penson, J. Stolarczyk).
73. *Ostra niedomoga nerek w przebiegu poronień i porodów*, Ginek. Pol., 1969, 40, s. 393-399. (wspólnie z A. Budny-Liberek, W. Wermutem)
74. *Ropomocz*, w książce: *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, pod red. E. Szczeklika, Warszawa 1969, PZWL, T. 1, s. 636-644.
75. *Skąpomocz i bezmocz (Oliguria, anuria)*, w książce: *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, pod red. E. Szczeklika, Warszawa 1969, T. 1, 621-627.
76. *Wielomocz (Polyuria)*, w książce: *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, pod red. E. Szczeklika, Warszawa 1969, PZWL, T. 1, s. 1628-1635.
77. *Ostra pozanerkowa niedomoga nerek*, Wiad. Lek., 1969, 22, s. 1655-1662. (wspólnie z J. Margules).

1970

78. *Choroby nerek*, Warszawa 1970, PZWL, Wyd. 3, ss. 355.
79. *Etiologia, patogeneza i klinika ostrej niedomogi nerek w odniesieniu do chirurgii*, Pol. Przegl. Chir., 1970, 42, s. 511-519.
80. *Patogeneza wstrząsu*, Streszczenie, w: *Symposium Pol. Tow. Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Gdańsk 14. 11.1970*, Gdańsk 1970, s. 7-9.
81. *Postępy nefrologii*, w: *Drogi medycyny uspotecznionej. Medycyna i służba zdrowia w XX-leciu Ziemi Gdańskiej*, pod red. T. Zielińskiego, Gdańsk 1970, s. 171-189.
82. *Przemiana azotowa w ostrej niedomodze nerek*, Pol. Tyg. Lek., 1970, 25, s. 1376-1378. (wspólnie z A. Budny-Liberek).

1971

83. *Chirurgicznie uleczalne nadciśnienie tętnicze krwi*, Streszczenie, Pol. Przegl. Chir., 1971, 43, s. 534.
84. *Leczenie ostrych i przewlekłych stanów obrzękowych za pomocą Furosemidu w ampulkach*, Biul. Inf. „Cefarm” 1971, 21, s. 333-337. (wspólnie z L. Tenczyńskim, Z. Chodorowskim, H. Rynkiewiczem, J. Kempą-Leonowicz).
85. *Patogeneza wstrząsu*, Przegl. Epid., 1971, 25, s. 503-511.

**Źródła Archiwalne**

## Archiwum Państwowe w Płocku (APP)

## Akta Gminy Wyznania Mojżeszowego, Gminy Wyznaniowej Płock

1. Akt urodzenia Jakub Penson nr. 5/1, s. 48
2. Akt urodzenia Izrael Penson nr. 5/1, s. 80
3. Akt urodzenia Adam Penson nr. 5/1, s. 97
4. Akt ślubu Samuela i Karoliny Penson nr. 38, s. 20
5. Akta Rady Pedagogicznej Gimnazjum Rządowego w Płocku

## Archiwum Akademii Medycznej w Gdańsku (AAMG)

1. Akta osobowe Jakuba Penson nr. 263/12
2. Akta osobowe Joanny Muszkowskiej-Penson nr. 710/167

## Archiwum Uniwersytetu Łódzkiego (AUŁ)

1. Akta osobowe Jakuba Penson nr. 2143

## Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego (AUW)

1. Akta osobowe Jakuba Penson nr. 4065
2. Akta osobowe Izraela Penson nr. 1984
3. Akta osobowe Adama Penson nr. 7102

## Archiwum Miasta Stołecznego Warszawy

1. Życie Warszawy 17.12.1946 r., rok III, nr. 346 (775)
2. Życie Warszawy 4. 01. 1947 r., rok IV, s. 1-2

## Archiwum Państwowe w Gdańsku (APG)

1. Akta Akademii Medycznej nr. 1318/463, 1218/360, 1318/336, 1319/436

## Archiwum Urzędu Stanu Cywilnego Miasta Stołecznego Warszawy

1. Akt ślubu Jakuba Penson z Marią Ney nr. WAEB – 5141 – 11188/06

## Archiwum Urzędu Stanu Cywilnego w Gdańsku

1. Odpis skrócony aktu zgonu Marii Penson nr. 722/1952

## Archiwum Yad Vashem w Jerozolimie

1. Relacja J. Stalkowskiej nr. M 31/163
2. Relacja dr S. Wallera nr. 032358
3. Relacja I. Rom – Rotbalsam nr. 1735/104

## Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie (CAW)

1. Akta osobowe Izraela Penson nr. 5145

## Muzeum im. Zielińskich w Płocku

1. Księga pamiątkowa uczniów I-go Gimnazjum w Płocku sygn. C. 3809

## Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej (ZSGBL)

1. Akta osobowe Jakuba Penson a nr. 279
2. Akta osobowe Izraela Penson a nr. 2893

## Żydowski Instytut Historyczny-Institut Naukowo-Badawczy, Archiwum w Warszawie

1. Akta osobowe Marii Penson a nr. 2526
2. Akta osobowe Jakuba Penson a nr. 350/E
3. Relacja J. Stalkowskiej nr. 349/2392
4. Spuścizna H. Kroszczor nr. 311/10
5. Karty zgonów pacjentów z Getta Warszawskiego nr. Z 198, G 742

## Instytut Pamięci Narodowej w Warszawie

1. Społeczność żydowska w Warszawie akta nr. BU 01334/744, BU MSW II 7139, BU MSW II 7143

## Instytut Pamięci Narodowej Delegatura w Kielcach

1. Akta nr. 5511 – 16/06

## Zbiory prywatne prof. J. Muszkowskiej-Penson

1. Dokumenty osobiste prof. J. Penson a
2. Fotografie związane z działalnością prof. J. Penson a
3. Dyplom doktora nauk wszech lekarskich J. Penson a

## Zbiory prywatne prof. B. Krupy-Wojciechowskiej

1. Zdjęcia związane z działalnością prof. J. Penson a

## Zbiory prywatne prof. K. Penson a

1. Fotografie rodziny

## Zbiory prywatne Marioli Małeckiej

1. Fotografie

## Bibliografia

1. S. Angielski, *Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, T XXV, supl. 2, s. 271-272.
2. L. Aschenbrenner, M. Bayer, *Epidemisches fleckfieber*, Stuttgart 1944, Deutsche Med. Woch., s. 251-268.
3. L. Blum-Bielicka., *Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie (1923-1943)*, Warszawa 1961, Biuletyn ŻIH, nr. 40, s. 71.
4. J. Borowska-Lehman, *Księga pamiątkowa absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku rocznika 1951*, Gdańsk 2001, Wydawnictwo AMG, s. 21-22.
5. E. Bywater, D. Beall, *Crush injuries with impairment of renal function*, Londyn 1941, British Medical Journal, nr. 4185, s. 427-434.
6. J. Celma-Panek, *Akademickie zwyczaje, ceremoniał, insygnia*, Warszawa 1977, Wydawnictwo Warszawskie Akademia Medyczna, s. 39-48.
7. B. Chlebowski i W. Walewski (red), *Słownik geograficzny Królestwa Polskiego i innych krajów słowiańskich*, T VII, Warszawa 1888, wyd. nakładem W. Walewski, s. 484-485.
8. Z. Chodorowski, *Prof. dr. hab. Med. Jakub Penson (1899-1971), Część II, Okre powojenny*, Ann.Acad. Med. Gedan., 2002, 32, s. 331-336.
9. H. Dusińska, J.Kapuścik, *Łowicki judym- pamiątek dr S .Rotstada oraz wspomnienia przyjaciół*, Warszawa 1998, Główna Biblioteka Lekarska, s. 23-35.
10. B. Engelking, J. Leociak, *Getto Warszawskie. Przewodnik po nieistniejącym mieście*, Warszawa 2000, Wydawnictwo IF i S PAN, s. 234, s. 259-261, s. 788.
11. E. Eisenberg, *Płock a history of ancient Jewish community in Poland*, Tel Aviv 1967, Hamenora Publishing House, s. 433.
12. J. Fijałek, J. Goldstein, *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi – I Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych*, Łódź 1970, Annales Academiae Medicae Lodziensis, T XIII, supl. 6, s. 239-248.
13. W. Filiński, *Wspomnienia pośmiertne – prof. A.Gluziński*, 1935, Medycyna, Nr. 8, s. 257-259.
14. S. Gierszewski (red), *Słownik biograficzny Pomorza Nadwiślańskiego*, Gdańsk 1997, Gdańskie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Gdańskiego, t. III, s. 405-406.
15. E. Goldhard-Markowa, *Żydowskie szkolnictwo zawodowe i wyższe w Warszawie w okresie okupacji hitlerowskiej*, Bletter far geschichte 1957, II, Z 1-4, s. 198-200, (tłum. W. Orbach).
16. Z. Górecki, *Działalność naukowo-pedagogiczna śp. prof. A. Gluzińskiego na terenie Warszawy*, 1935, Medycyna, Nr 23, s. 754-757.
17. M. Grynberg, *Księga sprawiedliwych*, Warszawa 1993, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 509.
18. Sz. Greenspan, *Jidn in Płock*, New York 1960, s. 254.
19. L. Hirszfeld, *Historia jednego życia*, Warszawa 1967, Wydawnictwo PAX, s. 280 (wyd.II).
20. I. Jabłońska-Kaszewska, *III Klinika Chorób Wewnętrznych*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, 25, supl. 1, 65-83.
21. *Informator na rok akademicki 1957/1958*, Gdańsk 1957, Wydawnictwo AMG, s. 46-47.
22. A. Kobryner, *Dr J.Luxenburg – wspomnienie*, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Warszawa 1934, T 11, Nr. 23-24, s. 417-418.

23. S. Konarski, *Z dziejów tajnego szkolnictwa wyższego w Warszawie w latach okupacji*, Rocznik Warszawski 1966, T. VII, s. 448.
24. S. Konieczna, Prof. dr Zofia Majewska (1907-1997) życie, działalność, dokonania, Gdańsk 2004, Wydawnictwo AMG, s. 100.
25. S. Konopka, *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1948*, Warszawa 1949, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, s. 344.
26. Z. Kramsztyk, *Inicjatywa budowy nowego Szpitala Starozakonnych w Warszawie*, Kurier Warszawski 1883.
27. H. Kroszczor, *Szpitala żydowskie w czasie okupacji hitlerowskiej*, Folks Sztyme 1970, 20 (3952), s. 3-4.
28. B. Krupa-Wojciechowska, *Prof. J. Penson (1899-1971)*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1971, T I, s. 273-282.
29. B. Krupa-Wojciechowska, *Jakub Penson (1899-1971)*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, 15, supl.4, s. 2001-2002.
30. B. Krupa-Wojciechowska, *Jakub Penson (1899-1971). Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1953-1956, 1962-1968*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1971, 1, s. 271-282.
31. B. Krupa-Wojciechowska, *Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, 25, supl. 1, s. 125-138.
32. B. Krupa-Wojciechowska, *Diagnostyka kliniczna i dynamika skrobiawicy nerek na podstawie 103 przypadków obserwowanych w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG*, Gdańsk 1969, Wydawnictwo AMG, ss. 47.
33. B. Krupa-Wojciechowska, *To nie krasnoludki tworzyły Akademię*, Gazeta AMG, 2002, 1, 16, s. 49-54.
34. B. Krupa-Wojciechowska, *Polityka i medycyna*, Gdańsk 2004, Scientific Publishing Group, s. 39, s. 47-48.
35. E. Kruszewska-Majewska, W. Juzwa, *Katedra i Zakład Fizjologii. 50 lat Akademii Medycznej w Gdańsku*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1995, supl. 2, s. 317-328.
36. S. Kryński, *Kartki ze wspomnień starego profesora*, Gdańsk 2006, Wydawnictwo AMG, s. 196-197.
37. R. K. Kuffel (red), *80 lat Szkoły Gimnazjum Polskie Liceum im. Władysława Jagiełły 1906 -1986*, Płock 1986, Wydawnictwo Liceum im. W. Jagiełły, s. 24.
38. R. K. Kuffel, *Jagiellończyków biografie niepospolite*, Płock 2006, Wydawca Samizdat Zofii Łoś, s. 142-147.
39. B. Kugelman, *Klin. Woch.*, 1931, 2, s.121-134.
40. K. Łodziński, *Tajne studia medyczne w Warszawie. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, Warszawa 2004, Wydawnictwo Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, suplement do tomu CXXXIX, Nr. 7/2003, s. 279.
41. M. Łyskanowski, A. Stapiński, A. Śródka, *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789-1959)*, Warszawa 1990, PZWL, s. 303-309.
42. A. Maciesza, *Gimnazjum im. W. Jagiełły w Płocku 1906-1931*, Płock 1931, Nakład i druk Firma Bracia Detrychowic w Płocku, s. 133-145.
43. Z. Machaliński, *Wokół genezy i początków Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1959)*, Gdańsk 1998, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, T 1, s. 107.

44. Z. Machaliński, *Geneza i początki Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1950) wybór źródeł*, Gdańsk 1999, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, T 2, s. 152, s. 172.
45. Z. Machaliński (red), *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, Gdańsk 2004, Dział Wydawnictw Akademii Medycznej w Gdańsku, T II, s. 93-103.
46. W. Makarewicz, B. Rutkowski, *Jakub Penson (1899-1971) od Szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, Gdańsk 2005, Via Medica s. 25.
47. W. Makarewicz, R. Kaliszan (red), *Akademia Medyczna w Gdańsku – 60 lat w służbie regionu pomorskiego*, Gdańsk 2005, Ann. Acad. Med. Gedan., T XXXV, supl. 6, s. 6-8.
48. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka i terapia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Warszawa 1936, Warszawska Agencja Wydawnicza Delta, T 1, s. 683-673.
49. J. Matuszkiewicz-Rowińska (red), *Ostra niewydolność nerek*, Warszawa 2006, PZWL, s. 21-23.
50. E. Mark, *Konspiracyjne studia medyczne 20 lat temu w warszawskim getcie*, Służba Zdrowia 1962, Nr 16, s. 3.
51. Z. Michalski, *Sprawozdanie z działalności kliniki wewnętrznej UW*, Pol. Arch. Med. Wew., 1925, T III, Nr 1, s. 215-216.
52. J. Muszkowska-Penson, *Prof. dr med Jakub Penson (1899-1971), Część I, okres przedwojenny i okupacji*, Ann. Acad. Med. Gedan. 2002, 32, s. 321-330.
53. B. D. Myers, S. M. Moran, *Hemodynamically mediated acute renal failure*, N. Engl. J. Med., 1986, 314, s. 95-105.
54. *Nowa Encyklopedia Powszechna*, Warszawa 1995, Wydawnictwo Naukowe PWN T 1, s. 687.
55. *Nowa Encyklopedia Powszechna*, Warszawa 1995, Wydawnictwo Naukowe PWN, T 2, s.371.
56. *Nowa Encyklopedia Powszechna*, Warszawa 1995, Wydawnictwo Naukowe PWN, T 3, s. 174.
57. *Nowa Encyklopedia Powszechna*, Warszawa 1997, T 6, s. 726.
58. R. Oidakowski, *Nauczyciele Jagiellonki 1906 –1981*, Płock 1981, s. 5, s. 9 –10.
59. J. Padło, A. Piątkiewicz, *Polski słownik biograficzny*, Warszawa 1980, Wyd. PAN, Instytut Historii, T XXV, s. 583-584.
60. T. Pajszczyk-Kieszkiewicz, *Sześćdziesięciolecie wydziałów medycznych 1945-2005*, Łódź 2005, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, s. 113-115.
61. J. K. Parnas, F. Malinowski (red), *Dietetyka*, Warszawa 1934, Warszawska Agencja Wydawnicza Delta, T 1, s. 683-735.
62. J. Penson, *Skrypt z wykładów o chorobach wewnętrznych*, Gdańsk 1961, Wydawnictwo Akademii Medycznej Gdańsk, s. 180.
63. J. Penson, *Choroby nerek*, Warszawa 1960, PZWL, wyd. I, s. 273.
64. *Plotzk memorial book*, Tel. Aviv 1967, Hamenora Publishing House, s. 433.
65. *Pamiętnik pierwszego powojennego rocznika studentów medycyny w Gdańsku 1945-1950*, Gdańsk 2000, Wydawnictwo AMG, s. 72-74.
66. *Pamiętnik z Getta Warszawskiego prof. Jakuba Penson*, opracował i przygotował do druku w Gdańsku prof. Z. Chodorowski.
67. Z. Podgórska-Klawe, *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku*, Warszawa 1995, Instytut Historii Nauki PAN, T 1, Z 3, s. 91-92.

68. A. J. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznani*, Płock 2002, Książnica Płocka, s. 462-463.
69. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 1930, T 8, s. 355-365.
70. J. Przedpełski, *Żydzi Płoccy dzieje i martyrologia 1939-1945*, Płock 1993, Wydawnictwo Fraza, s.174-175.
71. *Relacja prof. J. Penson z 1969 r.* (teka Zakładu Historii Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie) nr. 11.
72. *Relacja prof. H. Brokmana z 1969 r.* (teka Zakładu Historii Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie) nr. 1.
73. *Relacja dr. A. Zaorskiego z 1967 r.* (teka Zakładu Historii Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie) nr. 8.
74. J. Rotstadt, *Józef Luxenburg – wspomnienie*, Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, 1934, T 12, Zeszyt 2, s.1.
75. B. Rutkowski, *Jakub Penson and his studies on acute renal failure during typhus epidemics in Warsaw Ghetto*, Journal of Nephrology 2004, Vol. 17, N 1, s. 175-179.
76. B. Rutkowski (red), *Dializoterapia w codziennej praktyce*, Gdańsk 1996, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, s. c., s. 13.
77. B. Rutkowski (red), *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*, Gdańsk 2004, MAKmedia, s.16.
78. J. Rutkiewicz, *Pamięci poległych*, Odbitka z Polskiego Tygodnika Lekarskiego 1949, IV, nr. 29-30.
79. E. Sieńkowski, *Zarys dziejów Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-1970)*, Ann. Acad. Med. Gedan. 1971, 1, s. 64-69, s. 131-134.
80. E. Sieńkowski, J. Dybicki, *Gdańskie Towarzystwo Lekarskie (1945-1952)*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1976, 5, s. 475-486.
81. E. Sieńkowski, *Kronika 1978*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1979, 9, s. 328.
82. Y. Sleskin, *Wiek Żydów*, Warszawa 2006, Media Lazar Nadir, s.137.
83. S. Sterlin-Okuniewski, *Dur wysypkowy*, Lwów-Warszawa 1922, Wydawnictwo Lekarskie Książnicy Polskiej, s. 33-65.
84. S. Sterling-Okuniewski, *Podręcznik chorób zakaźnych*, Lwów-Warszawa 1924, Książnica Atlas, zeszyt III, s. 186-237.
85. A. M. Stogowska, *100 lat Jagiellonki z dziejów polskiej szkoły średniej w Płocku 1906-2006*, Płock 2006, Wydawca Stowarzyszenie Jagiellończyków, s. 114-115.
86. J. Stolarczyk, *Pamięci profesora Jakuba Penson*, Gdańsk 2002, Gazeta AMG, 2, s. 25-26.
87. J. Stefański, *Płock od A do Z*, Płock 1995, Zarząd Miasta Płocka Towarzystwo Naukowe Płockie, s. 429-431.
88. E. Szczeklik (red), *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 1965, PZWL, s. 741-788.
89. E. Szczeklik (red), *Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych*, Warszawa 1969, PZWL, T 1, s. 571-599, s. 599-621, s. 621-627, s. 628-635, s. 636-644.
90. I. Szychowski, *Płockie kamienice i ich mieszkańcy*, Płock 1994, s. 26.
91. A. Śródka, *Uczni polscy XIX -XX stulecia*, Warszawa 1997, Oficyna Wydawnicza Aries, T 3, s. 315-318.
92. *Urzędowy Spis Ministerstwa Opieki Społecznej, Dział I: Lekarze*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1939, s.172.



93. Z. Wajda, *Zdzisław Kieturakis 1904-1971 w stulecie urodzin*, Gdańsk 2004, Wydawnictwo AMG, s. 57.
94. J. Węgierko, *Wspomnienie o śp. prof. A. Gluzińskim*, *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1935, T.XII, nr. 23-24, s. 273.
95. J. Węgierko, *Podręczna encyklopedia lekarza praktyka w dziesięciu tomach*, Warszawa 1938, Wydawnictwo Lekarskie Eskulap, T 1, s. 137-138, s. 208-209.
96. L. Widwan, J. Tenenbaum, *The Martyrdom of Jewish Physicians in Poland*, New York 1963, Medical Alliance Association of Jewish Physicians from Poland, s. 430.
97. J. Wohl, *Słowa pożegnalne na pogrzebie*, *Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonných w Warszawie*, 1934, T 12, Zeszyt 2, s. 2.
98. Z. Woźniewski, *Polski Almanach Medyczny na rok 1956*, Warszawa 1957, PZWL, s.258.
99. S. Wszelaki (red), *Ostre choroby zakaźne*, Warszawa 1954, PZWL, s. 445-509.
100. R. Zabłotniak, *Wybitni lekarze Szpitala Starozakonných w Warszawie Józef Luxenburg (1866-1934)*, *Biuletyn ŻIH* 1970, 73, s. 52, s. 54.
101. B. Złotnicki (red), *Terapia współczesna*, Warszawa 1961, PZWL, s. 559-562.
102. J. Zweibaum, *Kurs przysposobienia sanitarnego do walki z epidemiami w getcie warszawskim w latach 1940-1942*, *Archiwum Historii Medycyny* 1958, XXI, nr. 3-4, s. 355-356.

### Spis ilustracji

1. Samuel i Karolina Pensonowie, rodzice Profesora.
2. Płock ul. Tumska 1930 r.
3. Płock I Gimnazjum Polskie (Jagiellonka) około 1915 r.
4. Józef Dionizy Szczepański, dyrektor Gimnazjum im. W. Jagiełły w latach 1906-1909.
5. Adam Grabowski, dyrektor Gimnazjum im. W. Jagiełły w latach 1909-1916.
6. Księga pamiątkowa uczniów I-go Gimnazjum w Płocku z podpisami uczniów dla dyrektora A. Grabowskiego.
7. Absolwenci wraz z gronem pedagogicznym I-go Gimnazjum im. W. Jagiełły z 1918 r.
8. Dowód akademicki Jakuba Pensona i zaświadczenie z Żydowskiego Stowarzyszenia Medyków UW.
9. Akt urodzenia Jakuba Pensona.
10. Wypis aktu urodzenia Jakuba Pensona z akt UW.
11. Akt urodzenia Izraela Pensona.
12. Akt urodzenia Adama Pensona.
13. Oryginał aktu ślubu rodziców Jakuba Pensona.
14. Tłumaczenie aktu ślubu rodziców Jakuba Pensona.
15. Protokoły z I-go Gimnazjum im. W. Jagiełły w Płocku.
16. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensona.
17. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensona.
18. Akta Uniwersyteckie Jakuba Pensona.
19. Karta informacyjna semestralna Jakuba Pensona.
20. Wykaz zaliczeń semestralnych Jakuba Pensona.
21. Życiorys Jakuba Pensona z dokumentacji z UW.
22. Formularz opłat za studia Jakuba Pensona.

23. Dokumenty dotyczące uczestnictwa Jakuba Pensona w wojnie polsko-bolszewickiej.
24. Zaświadczenie demobilizacyjne Jakuba Pensona.
25. Podanie Jakuba Pensona do Dziekana Wydziału Lekarskiego UW o ponowne przyjęcie na studia po wojnie polsko-bolszewickiej.
26. Podanie Jakuba Pensona do Rektora UW o przyjęcie na studia.
27. Podanie Jakuba Pensona do Dziekana Wydziału Lekarskiego UW o udzielenie absolutorium.
28. Sponsio sollemnis Jakuba Pensona.
29. Świadectwo dojrzałości Izraela Pensona
30. Zaświadczenie o rozpoczęciu studiów przez Izraela Pensona na UW.
31. Indeks Izraela Pensona UW.
32. Curriculum vitae Izraela Pensona z akt UW.
33. Zaświadczenie z akt Izraela Pensona, z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.
34. Dyplom doktora nauk wszech lekarskich Izraela Pensona.
35. Zdjęcie Jakuba Pensona z lat studenckich.
36. Izrael Penson, brat Jakuba.
37. Świadectwo dojrzałości Adama Pensona.
38. Podanie Adama Pensona do Rektora UW o przyjęcie na studia.
39. Akta Adama Pensona z UW.
40. Adam Penson w mundurze.
41. Adam Penson zdjęcie z lat uniwersyteckich.
42. Zaświadczenie o udziale w wojnie polsko-bolszewickiej Adama Pensona.
43. Dyplom doktora nauk wszech lekarskich Jakuba Pensona.
44. Budynki Szpitala Dzieciątka Jezus z I Kliniką Chorób Wewnętrznych UW.
45. Szpital Starozakonnych na Czystem 1909 r. Dom Administracyjny z Synagogą.
46. Maria Penson (1902-1952).
47. Artykuł w gazecie *La Presse Medicale* z 1935 r.
48. Artykuł w gazecie *La Presse Medicale* z 1935 r.
49. Artykuł w gazecie *La Presse Medicale* z 1935 r.
50. Artykuł w gazecie *La Presse Medicale* z 1935 r.
51. Plan Getta Warszawskiego.
52. Artykuł w gazecie Nowy Kurier Warszawski z 1939 roku dotyczący Getta Warszawskiego.
53. Getto Warszawskie.
54. Szpital Zakaźny w Getcie Warszawskim.
55. Karta identyfikacyjna Jakuba Pensona z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.
56. Karta identyfikacyjna Eugenii i Karola Pensonów z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.
57. Karta identyfikacyjna Marii Penson z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.
58. Zaświadczenie o udziale Jakuba Pensona w tajnym nauczaniu w Getcie Warszawskim.
59. Artykuł dotyczący procesu Ludwika Fiszera zamieszczony w *Życiu Warszawy* 1946 r.
60. Karta identyfikacyjna Jakuba Pensona I.
61. Karta identyfikacyjna Jakuba Pensona II.
62. Karta identyfikacyjna Jakuba Pensona III.
63. Relacja dr S. Wallera z Archiwum Yad Vashem.
64. Relacja dr S. Wallera z Archiwum Yad Vashem.
65. Relacja dr S. Wallera z Archiwum Yad Vashem.
66. Akt zgonu Pacjenta z Getta Warszawskiego podpisana przez dr J. Pensona
67. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego podpisana przez dr J. Pensona

68. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego podpisana przez dr J. Pensona.
69. Akt zgonu pacjenta z Getta Warszawskiego podpisana przez dr J. Pensona.
70. List do Rebeki Landau dotyczący wyjazdu J. Pensona do USA od C. Davidson.
71. Pismo do dr J. Pensona z American Joint Distribution Committee.
72. List Rebeki Landau dotyczący wyjazdu J. Pensona do USA.
73. List Rebeki Landau dotyczący wyjazdu J. Pensona do USA.
74. Karta rejestracyjna J. Pensona z Instytutu Żydowskiego w Warszawie.
75. Zaświadczenie z akt J. Pensona, z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.
76. Zaświadczenie z Akt J. Pensona, z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.
77. Akt zgonu Izraela Pensona.
78. Szpital Kliniczny nr. 1 im. N. Barlickiego.
79. Profesor J. W. Grott (1894-1973).
80. Życiorys J. Pensona z akt UŁ.
81. Wykaz prac J. Pensona z akt UŁ.
82. Zaświadczenie o habilitacji J. Pensona.
83. Pismo do Jakuba Pensona o mianowaniu na profesora nadzwyczajnego AL w Gdańsku.
84. Pismo z Ministerstwa Zdrowia do prof. J. Pensona dotyczące objęcia III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku.
85. Legitymacja prof. J. Pensona z AMG.
86. Pismo do J. Pensona z Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dotyczące mianowania na Profesora Zwyczajnego.
87. Profesor Penson.
88. Profesor ze studentami podczas egzaminu.
89. Wywiad z Profesorem zamieszczony w Sztandarze Młodych z 1963 roku.
90. Profesor podczas obchodu lekarskiego.
91. Obchody 20-lecia AMG.
92. Tableau AMG Wydział Stomatologii.
93. Rektor J. Penson z gośćmi w gabinecie rektorskim.
94. Obchody 10 wieków Gdańska.
95. Rozpoczęcie roku akademickiego w AMG.
96. Symbole władzy rektorskiej.
97. Profesor podczas zabawy ze studentami.
98. Uroczystość akademicka od lewej siedzą: prof. Z. Majewska, prof. J. Penson, prof. T. Bilikiewicz, prof. T. Zieliński.
99. Spotkanie Profesora ze studentami.
100. Profesor J. Penson z pielęgniarką Oddziałową S. Fedorowicz, z pierwszą sztuczną nerka działającą w Gdańsku 1964 rok.
101. Profesor z asystentami przy prototypie sztucznej nerki.
102. Wydanie II książki Profesora *Choroby nerek*.
103. Prof. J. Penson z córką Anną.
104. Żona Profesora, Profesor Joanna Muszkowska-Penson.
105. Żona Profesora, Profesor Joanna Muszkowska-Penson z autorką pracy.
106. Klepsydra zamieszczona w Głosie Wybrzeża w 1971 r.
107. Pogrzeb Profesora.
108. Tablica pamiątkowa poświęcona prof. J. Pensonowi umieszczona w Instytucie Chorób Wewnętrznych AMG.

---

**SPIS TREŚCI**

<b>WSTĘP</b> .....	3
<b>ROZDZIAŁ I</b>	
<b>DZIECIŃSTWO I MŁODOŚĆ</b>	
1.1. Rodzice Jakuba Pensona .....	9
1.2. Rodzeństwo Jakuba Pensona .....	13
1.3. Lata szkolne .....	18
1.4. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego .....	23
<b>ROZDZIAŁ II</b>	
<b>POCZĄTKI KARIERY LEKARSKIEJ JAKUBA PENSONSA</b>	
2.1. Dyplomatorium, Praca w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego .....	53
2.2. Szpital Starozakonných na Czystem.....	57
2.3. Praca naukowa w latach 1928-1939 .....	61
<b>ROZDZIAŁ III</b>	
<b>OKUPACJA</b>	
3.1. Wrzesień 1939 .....	73
3.2. Organizacja służby zdrowia w okupowanej Warszawie .....	75
3.3. Getto Warszawskie .....	76
3.4. Tajne nauczanie w Getcie.....	76
3.5. Czas ukrywania się .....	83
<b>ROZDZIAŁ IV</b>	
<b>UNIwersytet Łódzki</b>	
4.1. Praca w I Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Łódzkiego .....	105
4.2. Przewód habilitacyjny .....	107
<b>ROZDZIAŁ V</b>	
<b>AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU</b>	
5.1. Kliniki Chorób Wewnętrznych.....	118
5.2. Powojenny dorobek naukowy Profesora .....	128
5.3. Uczestnictwo w organizacjach naukowych i działalność partyjna ....	145
5.4. Jakub Penson rektorem Akademii Medycznej w Gdańsku .....	146
5.5. Doktoraty i habilitacje .....	154
5.6. Rodzina Jakuba Pensona w Gdańsku .....	156
5.7. Medale, odznaczenia i nagrody .....	158
5.8. Choroba i ostatnie lata życia.....	158
5.9. Podsumowanie .....	160

**ROZDZIAŁ VI****WSPOMNIENIA I OPINIE O JAKUBIE PENSONIE**

6.1 Jerzy Szapiro.....	178
6.2. Barbara Krupa Wojciechowska .....	180
6.3. Julian Stolarczyk.....	182
6.4. Zygmunt Chodorowski .....	183
6.5. Konstanty Leonowicz .....	184
6.6. Zdzisław Wajda .....	185
6.7. Stefania Horoszek-Maziarz .....	187
6.8. Anna Budny-Liberek .....	189
6.9. Jerzy Umiastowski.....	190
6.10. Czesław Żebryk .....	190
6.11. Zdzisław Grabarczyk.....	191
6.12. Urszula Daszkiewicz .....	192
6.13. Urszula Rusiecka .....	193
<b>ZAKOŃCZENIE.....</b>	<b>195</b>
Spis prac Prof. J. Pensona.....	198
Źródła archiwalne .....	203
Bibliografia .....	205
Spis ilustracji .....	209
Spis treści .....	212
Aneks I Pamiętnik z Getta Warszawskiego.....	214
Aneks II Praca habilitacyjna Jakuba Pensona .....	242

---

# Pamiętnik z getta warszawskiego

## Przedmowa

**O**dnalezione, niekompletne kartki pamiętnika prof. dr. hab. med. Jakuba Pensona z okresu jego pracy w getcie warszawskim stanowią wstrząsający dokument kolejnych etapów realizacji planu zagłady społeczności żydowskiej w Warszawie. Odmienność tego pamiętnika od innych jemu podobnych wynika z profesjonalnej, wnikliwej oceny Autora warunków sanitarno-epidemiologicznych w getcie, sprzyjających szerzeniu się wielu chorób. Poddaje on surowej krytyce działania niemieckich służb sanitarnych i wydawanych rozporządzeń w okresie epidemii duru plamistego i duru brzuszego. Autor, na podstawie codziennych obserwacji, ukazuje negatywną postawę moralną i etyczną niemieckich lekarzy w ich kontaktach z chorymi i lekarzami żydowskimi.

Od owych strasznych dni, nasyconych okrucieństwem, sadyzmem i nienawiścią rasową upłynęło 60 lat. W tym czasie wyrosły nowe pokolenia, wolne od osobistego doświadczenia barbarzyństwa upokarzającej niewoli i patologicznych wynaturzeń.

Wydaniu pamiętnika przyświeca jedno z głównych zamierzeń — przypomnienie młodemu i średniemu pokoleniu holocaustu na terenie Warszawy, bowiem żaden przekaz historyczny nie odda w sposób wystarczająco wierny szczegółów tragicznej atmosfery tych lat.

Żonie Profesora, pani profesor Joannie Muszkowskiej-Penson dziękuję za rozszyfrowanie zachowanych stron oryginału pamiętnika i powierzenie mi opracowania całości.

Składam również serdeczne podziękowanie Rektorowi Akademii Medycznej w Gdańsku prof. dr hab. med. Wiesławowi Makarewiczowi za życzliwość i poparcie inicjatywy wydania pamiętnika.

*Zygmunt Chodorowski*

### **Pamiętnik z getta warszawskiego**

**T**yle się pisało o prześladowaniu Żydów przez Niemców, o wytępieniu 3,5 miliona Żydów w Polsce, o bestialstwach popełnianych na niewinnych ofiarach, o sadyzmie katów niemieckich, ale należy o tym wciąż na nowo pisać, wciąż od początku powtarzać, aby zapadło w pamięci tej części ludzkości, która bezpośrednio nie zetknęła się z niemieckimi gestapowcami i SS-manami i która chce widzieć w Niemcach zwykłych ludzi, kierowanych przez złych przywódców i doradców. Ciągłe przypominanie zbrodni niemieckich i naświetlanie ich ze wszystkich możliwych stron powinno trwać nieprzerwanie w celu zapobieżenia w przyszłości powtórzenia się podobnych przestępstw i zbrodni przeciwko ludności.

Moje wspomnienia obejmują okres pobytu w getcie warszawskim, gdzie stykałem się z niemiecką administracją sanitarną, z wieloma lekarzami niemieckimi. Nie będzie w moim opisie dymiących krematoriów, masowych mordów, ale będzie codzienna obserwacja Niemców jako „opiekunów szpitala żydowskiego” i ich pozornej walki z epidemią na terenie getta. Sądzę, że te uwagi przyczynią się do bliższego poznania „narodu panów” i lekarzy niemieckich, których koledzy prowadzili doświadczenia nad nieszczęsnymi więźniami obozowymi dla dobra „nauki niemieckiej”.

Szpital na Czystem w Warszawie był największym szpitalem w Polsce, liczył 1200 łóżek i był bardzo dobrze wyposażony we wszystkie pomoce naukowe. W tym szpitalu miejskim istniał zwyczaj, bo żadnych w tej materii umów pisemnych nie było, że cały personel lekarski był żydowski, natomiast chorzy rekrutowali się spośród całej ludności Warszawy. W pozostałych szpitalach, jak też w warszawskich klinikach uniwersyteckich,

również pracowała pewna liczba Żydów, a pacjenci byli narodowościowo zróżnicowani. Słowem tradycja tak się ułożyła, że szpital na Czystem był placówką lekarzy żydowskich. Tu powstała pierwsza szkoła naukowa, z której korzystały liczne rzesze młodych lekarzy pochodzenia żydowskiego. Wszechstronna praca naukowa prowadzona w szpitalu na Czystem wykreowała wielu wybitnych uczonych, niektórych o sławie światowej, jak neurologi Goldflam, Flatau, Higier. W szpitalu powstały liczne prace naukowe, drukowane w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. Szpital cieszył się dobrą opinią nie tylko w Warszawie, lecz i w całej Polsce zarówno wśród ludności żydowskiej, jak i polskiej.

Oto nadszedł wrzesień 1939 roku. Szpital po brzegi był wypełniony rannymi żołnierzami polskimi i cały personel lekarski i pielęgniarski ciężko pracował przy rannych żołnierzach wśród huku i gradu bomb lotniczych, które szczęśliwie trafiły tylko w kuchnię szpitalną. W toku ciężkiej, codziennej pracy niepostrzeżenie znaleźliśmy się w Warszawie już zajętej przez Niemców.

Jakież było pierwsze zetknięcie się szpitala z Niemcami? Którego dnia, a było to w październiku 1939 roku, zajechał samochód z lekarzami z Wehrmachtu. Dwóch lekarzy miało ze sobą pełny komplet narzędzi do wykonania sekcji zwłok. Udali się oni niezwłocznie do kostnicy, gdzie wybrali parę zwłok osób, które umarły wśród objawów gorączki, i wykonali sekcję. Następnie wyjaśnili, że sprawdzają we wszystkich szpitalach, czy nie ma zmarłych na choroby zakaźne, bo to byłoby groźne dla niemieckiej armii. Na sekcji żadnej z chorób zakaźnych nie znaleźli. Trzeci z nich o nazwisku Haneman okazał się lekarzem propagandzistą armii niemieckiej, która zdobyła Warszawę. Kazał zebrać wszystkich lekarzy i wygłosił bombastyczne przemówienie w stylu Goebbelsa. Oto krótka treść tego przemówienia: „Stanowimy potęgę, jakiej świat do tej pory nie widział. Nasz sojusz z Rosją Sowiecką zapewni nam kontrolę nad światem i surowcami od Bazylei do Władywostoku. Polska raz na zawsze przestała istnieć. Władanie Niemców nad Europą będzie trwało przynajmniej tysiąc lat, dlatego lekarze w Polsce muszą intensywnie uczyć się niemieckiego i zwalczać choroby zakaźne”.

Było to przemówienie, które wygłaszał, jak później dowiedzieliśmy się, we wszystkich warszawskich szpitalach. Wobec tego, że poprzedniego dnia Gestapo zaarrestowało w domu ordynatora naszego szpitala, znanego w Warszawie okulistę doktora Zamenhofa, syna twórcy esperanto, jeden z naszych lekarzy zwrócił się do mówcy z wyjaśnieniem, że doktor Zamenhof był zawsze człowiekiem nauki i nie miał nigdy nic wspólnego z poli-



tyką, po czym w imieniu zespołu pracowników szpitala poprosił o zwolnienie doktora Zamenhofs. Na to otrzymaliśmy odpowiedź, w grzecznej formie, że pod płaszczem uczciwości kryją się często szpiegdy, że nawet wybitni profesorowie niemieccy okazali się szpiegami i wrogami ustroju hitlerowskiego i że, jeśli Gestapo aresztuje, to wie co robi.

Byliśmy początkowo naiwni, nie wiedzieliśmy, że doktor Zamenhof, po którym wszelki ślad zginął i który najpewniej został natychmiast zamordowany, to jedna z pierwszych ofiar, że po nim pójdą setki, tysiące, a potem już miliony niewinnych ofiar, które ginęły tylko dlatego, że były Żydami. Mówiąc o rodzinie Zamenhofs dodam, że dwie córki doktora Ludwika Zamenhofs, twórcy esperanto, dr med. Zofia i jej siostra Livia zginęły przy likwidacji getta w Warszawie w 1942 roku.

Tymczasem praca przy rannych żołnierzach odbywała się dalej, ale w mieście zaczęły się pierwsze próbki niemieckich wyczynów w stosunku do Żydów, a więc łapanie na ulicach, do pracy. Złapanych przeważnie bito, ustawiano w szyku wojskowym i prowadzono do różnego rodzaju prac; na noc zwykle puszczano do domów. Kobiety brano do takich robót, jak szorowanie podłóg, mycie okien, gotowanie. Poza tym rozpoczęły się spacery Niemców po mieszkaniach zamożnych Żydów z rabowaniem mienia, a przede wszystkim pieniędzy, biżuterii, wiecznych piór, bielizny, materiałów włókienniczych, walizek i teczek z prawdziwej skóry. Wyczyny te stopniowo nasilały się, a po paru tygodniach zaczęto usuwać masowo całe rodziny z lepszych mieszkań w różnych punktach miasta. Wyrzucano z reguły w ciągu piętnastu minut, czasem w drodze łaski pozwalano zabrać jedną lub dwie walizki. Podobne eksmisje odbywały się w dużych firmach handlowych; towarzyszyło temu bicie, przechodzące czasem w masakrę, tak, że prawie codziennie zjawiały się poturbowane osoby w szpitalu. U Niemców musi być porządek (*Ordnung*) — po pobiciu dzwonili do Gminy Żydowskiej i ofiary kazali odwiedzić do żydowskiego szpitala. Już po paru dniach mieliśmy kilka śmiertelnych przypadków z powodu pobicia.

Strach padł na ludność żydowską Warszawy, ludność wynoszącą około 350 000. Dla lepszej orientacji trzeba wyjaśnić, że w Warszawie istniała dzielnica prawie w 99% zamieszkała przez Żydów. Pozostali Żydzi mieszkali rozsiani po całym mieście. Właśnie ci ostatni, a do nich należały głównie sfery inteligentkie, żyli w ciągłym strachu, bo w każdej chwili mogli zostać wyrzuceni z mieszkania. Poza tym często byli nachodzeni przez pojedynczych niemieckich żołnierzy lub oficerów, którzy wiedzieli, że Żydów można łupić bezkarnie. Dodać trzeba, że odwiedziny te przeważnie odbywały się w nocy.

Któregoś dnia sanitarne samochody niemieckie zaczęły nagle wywozić z naszego szpitala rannych żołnierzy polskich. Zabrano przy tym wszystkie należące do nich kołdry, koce i bieliznę szpitalną. Na razie nie byliśmy zorientowani, co to rozporządzenie oznacza. Niebawem dowiedzieliśmy się, że szefem sanitarnym miasta Warszawy został mianowany SS-man, niejaki dr med. Kurt Schrempf. Pierwszy rozkaz Schrempfa brzmiał: „Żyd nie może się leczyć w aryjskim szpitalu, Aryjczyk nie może leżeć w żydowskim szpitalu — rozkaz wykonać w ciągu dwóch dni”. Właśnie realizując to rozporządzenie, w wielkim pośpiechu zabrano ze szpitala na Czystem wszystkich rannych polskich żołnierzy i zaczęto zwozić Żydów ze wszystkich warszawskich szpitali. Zaznaczyć trzeba, że wskutek niemieckiego bombardowania, kanalizacja w Warszawie była przejściowo nieczynna i stąd wybuchła epidemia duru brzuszego. W ciągu dwóch dni zwieziono do szpitala setki chorych w ciężkim stanie, przeważnie z tyfusem brzuszny, a było ich znacznie więcej niż wolnych łóżek i tu po raz pierwszy zetknęliśmy się z kulturą niemiecką. Wojskowe auta sanitarne zwoziły chorych Żydów na teren szpitala, pozostawiając na trawnikach również ciężko chorych i umierających. Szofery oświadczyli, że taki jest rozkaz — dostarczyć na teren szpitala, a o resztę niech się Żydzi sami kłopotczą. Pamiętam, jak stanęliśmy bezradni. Bielizna, kołdry, koce zabrano z polskimi żołnierzami, a tu setki chorych leżących na gołej trawie. Pracowaliśmy dzień i noc, aby jakoś tych nieszczęśliwych chorych ulokować. Kładło się po dwóch chorych, a dzieci po troje do jednego łóżka, co urągało wszelkim zasadom lekarskim, bo nie wszyscy chorowali na tyfus i mogli się wzajemnie pozarażać. Było to jednak lepsze rozwiązanie niż pozostawienie chorych na trawniku. Pomimo naszych starań wielu ciężko chorych przez szereg dni musiało leżeć na podłogach w salach szpitalnych i korytarzach. Nic więc dziwnego, że bardzo wielu spośród tych chorych zmarło, znacznie więcej niż w normalnych warunkach szpitalnych.

Stopniowo jednak doprowadziliśmy szpital do porządku, chociaż cały personel nie dostawał pensji, bo tenże Schrempf wydał drugi rozkaz, że szpital żydowski nie może być pod opieką miasta, lecz musi być utrzymywany przez Gminę Żydowską. W ten sposób nikt przez trzy miesiące nie otrzymywał pensji, bo Gmina Żydowska objęła szpital dopiero w styczniu 1940 roku. Epidemia duru brzuszego powoli zaczęła wygasać i wówczas pojawił się inny problem, który wymaga specjalnego omówienia, gdyż ilustruje stanowisko niemieckich lekarzy i niemieckiego aparatu propagandowego wobec epidemii tyfusu plamistego, jaką Niemcy, moim zdaniem, umyślnie wywołali w Warszawie dla swej propagandy antyżydowskiej.

Jak wspomniałem w początkach grudnia 1939 roku epidemia duru brzusz-  
nego zaczęła wygasać. W międzyczasie do Warszawy zaczęły ściągać dzie-  
siątki tysięcy Żydów z miast i miasteczek przyłączonych na rozkaz Hitlera  
do Trzeciej Rzeszy. Wprawdzie na zachodnich terenach Polski było bardzo  
mało Żydów, ale Hitler przyłączył do Rzeszy część środkowej Polski, a więc  
szereg miast i miasteczek, gdzie ludności żydowskiej było dość dużo. Wy-  
starczy powiedzieć, że takie miasta, jak Łódź, Kalisz, Kutno, Włocławek,  
Płock i wiele innych przyłączono do Wielkiej Rzeszy, zaś jej granica wschod-  
nia znajdowała się zaledwie około 30 km na zachód od Warszawy. Reszta  
Polski, prawie aż do Bugu, była Generalną Gubernią, którą zaczął rządzić  
słynny kat Polski — Hans Frank.

Grudzień 1939 roku był bardzo surowy. Od wielu lat ludzie nie pamięta-  
li takich mrozów. W tym właśnie okresie zaczęto wyrzucać Żydów z tere-  
nów przyłączonych do Rzeszy. Przeważnie wysiedlanie odbywało się  
w ten sposób, że tysiące ludzi ładowano do bydłowych wagonów i wieziono  
na wschód, po czym na jednej ze stacji wypuszczano ich i uświadamiano,  
że mają osiedlić się w Generalnej Guberni. Niektórzy rzeczywiście osiedlili  
się w miasteczkach, przeważnie jednak dążyli do Warszawy, bo tu mieli  
bliskich i krewnych. Zawszeni, wynędzniali, często pobici przybywali do  
Warszawy. Jedni znajdowali tu krewnych lub znajomych, inni umieszcze-  
ni zostali przez Zarząd Gminy Żydowskiej w tzw. punktach dla bezdom-  
nych, które urządzano naprędce, aby zapewnić ludziom dach nad głową.

Każdy, kto choć trochę orientuje się w powstaniu chorób epidemicznych  
zrozumie, że w ten sposób Niemcy stworzyli warunki do wybuchu epide-  
mii tyfusu plamistego, który zawsze powstaje tam, gdzie jest nędza, głód  
i duże skupienie zawszonych ludzi. I rzeczywiście po utworzeniu wspo-  
mnianych punktów dla bezdomnych zjawily się w szpitalu pierwsze przy-  
padki. Wówczas zrozumieliśmy, co oznaczały napisy umieszczone już  
wcześniej w dzielnicach przeważnie zamieszkałej przez Żydów, a które oznaj-  
miały groźbę choroby zakaźnej i zabraniały przejścia przez ulice tej dziel-  
nicy. Było to w okresie kiedy jeszcze nie było ani jednego przypadku duru  
plamistego w Warszawie, ale lekarze niemieccy posłuszni aparatowi prop-  
agandowemu rozmieścili już takie plansze.

Skoro tylko Schrempf dowiedział się o pierwszych przypadkach duru  
plamistego, wpadł w szał. Któregoś dnia zjawił się w oddziale, gdzie leżeli  
chorzy z tyfusem plamistym, policzył ich, a wobec tego, że liczba chorych  
którą podano mu w kancelarii szpitala była większa o jednego chorego,  
wyciągnął rewolwer i krzyczał, że Żydzi są oszustami i ukrywają rzeczy-

wistą liczbę chorych, groził, że wszystkich powystrzela. Jako karę za pomyłkę szpitalną kazał zaarrestować dyrektora szpitala starszka dr. Rotszadta, aptekarza i kierownika kancelarii. Odstawił ich jednak szczęśliwie nie do Gestapo, lecz do urzędu, gdzie sam pracował; tam trzymani byli przez parę dni, pobici i posiniaczeni, po czym wrócili po paru dniach do szpitala. Dowiedzieliśmy się od nich, że na rozkaz Schrempfa po ujawnieniu się pierwszych przypadków tyfusu plamistego, został wydany nowy drakoński rozkaz. Brzmiał on: „Wobec tego, że pracownicy szpitalni mogą roznosić tyfus w mieście, nie wolno żadnemu lekarzowi i pielęgniarce opuszczać szpitala pod groźbą śmierci”. Słowem kwarantanna aż do odwołania. Pracowników szpitala w liczbie paruset osób nie było gdzie umieścić, bowiem szpital został przepelniony. Poza tym nie było dla nich żywności, brakowało opału. Węgiel musiała dostarczać Gmina Żydowska, która na razie nie mogła sobie z tym wszystkim poradzić. W ten sposób spędziliśmy trzy tygodnie w szpitalu. W nieopalanym salach leżeli chorzy i umierali z zimna, a pracownicy tulili się po wszystkich pokojach i piwnicach, aby gdziekolwiek głowę złożyć. Jedzenie przynosiła dla nas rodzina i podawała przez płot. Stopniowo gmina dostarczyła węgiel, uruchomiono odswadzanie chorych i pan dr Schrempf zniósł kwarantannę.

Trzeba podkreślić, że przed wojną w Warszawie nie było epidemii tyfusu plamistego. Choroba ta zjawiała się tylko przypadkowo w stolicy, przywleczona z głuchej wsi na wschodzie kraju, gdzie również przypadki duru plamistego były bardzo rzadkie. Wystarczy jeśli powiem, że pracując w szpitalu na Czystem, przez 10 lat widziałem tylko dwa przypadki tej choroby.

Tymczasem liczba chorych na tyfus plamisty stale się powiększała i chorowali przede wszystkim ludzie z tzw. punktów, to znaczy wysiedleni. Epidemia ta trwała do maja 1940 roku, przechorowało około 10 tysięcy ludzi; śmiertelność była niewielka, bo wynosiła około 10%, czyli zmarło 1000 osób. Potem dur plamisty zupełnie wygasł i przez całe lato i zimę notowano tylko pojedyncze przypadki tej choroby. Ale i ta stosunkowo nieduża epidemia wystarczyła do rozpętania wielkiej akcji propagandowej, w której niemieccy lekarze brali wydatny udział.

W oficjalnej gazecie niemieckiej „Warschauer Zeitung” i w polskiej wydawanej przez Niemców, czyli tzw. „Szmatawcu” zaczęły pojawiać się liczne artykuły pod głośnymi tytułami „Niebezpieczeństwo epidemii dla ludności aryjskiej”, „Żydów trzeba oddzielić od społeczeństwa aryjskiego”. Te pseudonaukowe artykuły oparte na stuprocentowym kłamstwie były podpisywane przez lekarzy niemieckich stojących na czele służby zdrowia w Generalnej

Guberni. Myśl przewodnią tych artykułów, opartych jakoby na badaniach naukowych z cytowaniem całego szeregu nazwisk niemieckich profesorów można ująć w skrócie: „Żydzi są zawszeni i brudni i dlatego chorują na tyfus plamisty, ale ci diabelscy Żydzi bardzo rzadko z powodu tyfusu umierają, bo są na tę chorobę uodpornieni. Natomiast jeśli Aryjczyk, a broń Boże Aryjczyk najbardziej wartościowy, czyli Niemiec się zarazi, to grozi mu pewna śmierć. Strzeżcie się więc podstępnych Żydów, którzy grożą zagładą aryjskiemu światu! Trzeba bić na alarm, trzeba coś zrobić, trzeba się odgradzić od żydowskiego elementu, nie wpuszczać Żydów do waszych domów, nie obcować z Żydami”. Takie apele kierowano do Polaków i dawano im za przykład Rzeszę, w której nie było żadnej styczności z Żydami.

Lekarzowi trudno uwierzyć, że takie artykuły były pisane przez profesorów często o światowej sławie, a jednak to był fakt. Lekarze, którzy przychodzili do naszego szpitala i na własne oczy widzieli setki zmarłych na tyfus plamisty, najspokojniej wypisywali w swych gazetach, że Żydzi lekko chorują na tyfus plamisty i łatwo zarażają Aryjczyków.

Ta propaganda była potrzebna dla stworzenia pozorów konieczności zorganizowania getta dla Żydów. Jednocześnie w Warszawie pojawiły się na wszystkich ulicach wielkie plakaty, na których był wymalowany karykaturalnie Żyd z dużą brodą, krogulczym nosem, na jego twarzy olbrzymia wesz, a obok widniał następujący napis: „Żydzi, wszy, tyfus plamisty”. Ponadto wyświetlano w kinach propagandowy film, do obejrzenia którego zmuszono nawet dzieci ze szkół powszechnych. Filmu tego nie widziałem, ale wiem z opowiadań, że propagowano w nim tę samą wyżej cytowaną ideę o groźbie dla aryjskiego świata ze strony brudnych, zawszonych Żydów. Cała ta propaganda miała miejsce wtedy, kiedy epidemia tyfusu plamistego wygasła w szpitalu, a było to latem 1940 roku.

Tymczasem liczba ludności żydowskiej w Warszawie stale powiększała się wskutek masowych deportacji z terenów przyłączonych do Rzeszy oraz okolicznych miast i miasteczek. Miejscowości te z dumą ogłaszano w gazecie jako wolne od Żydów (*Judenfrei*). Pogarszało to warunki higieniczne wśród ludności żydowskiej, która się stale ścieśniała, gdyż trzeba pamiętać, że i w samej Warszawie usuwano Żydów z lepszych dzielnic. Zaczęto przebąkiwać o tym, że mają utworzyć getto. Powoływano się przy tym na inne miasta, gdzie jakoby już getta utworzono. Przeważała jednak opinia, że to jest niemożliwe — jak to, chyba nie zamkną 400 000 ludzi na wymarcie. Jednak przepowiednie się spełniły w październiku 1940 roku. Któregoś poranka część Warszawy głównie zamieszkiwana przez Żydów została oto-

czona przez żandarmerię, po czym wyznaczono granice getta i w szybkim tempie wybudowano wysokie parometrowe mury, pokryte na wierzchu odłamkami szkła. Cała aryjska ludność mieszkająca w obrębie dzielnicy żydowskiej musiała w ciągu krótkiego czasu wynieść się za mury, a Żydzi z całej Warszawy wprowadzić się do getta.

Utworzenie getta jeszcze bardziej ścieśniło ludność. Stopień zagęszczenia stał się tak znaczny, że w jednym pokoju coraz częściej mieszkało 5–6 osób. Głównym źródłem wyżywienia był szmugiel przez mury, uprawiany i możliwy dzięki korupcji wśród niemieckich wartowników. Jednakże warunki higieniczne stawały się coraz gorsze, zawstydzenie narastało, duża część ludności zamkniętej w murach zaczęła cierpieć głód. Coraz częściej na ulicach widziano ludzi w różnym wieku, dosłownie padających i umierających z głodu. Niektóre ponure widoki nigdy nie wyjdą z mojej pamięci. Oto trup wychudzony, wynędzniały, przykryty częściowo papierem, a obok niego siedzące wyniszczone dzieci. Dzieci, które siedzą obok trupa swojego ojca i za parę godzin też umrą. Tuż obok chmary biedaków, kandydatów na podobny los, proszących głośno o kawałek chleba. Na tym tle autobus wiozący wypasłych Niemców na wycieczkę przez getto (*Rundfahrt durch das Judengetto*).

Wszystkie opisane okoliczności musiały wreszcie doprowadzić do wybuchu epidemii tyfusu plamistego na większą skalę. Tak też się stało, ale tym razem epidemia była znacznie większa, bardziej złośliwa i o większej śmiertelności, szybko też rozprzestrzeniła się po całym getcie. W tej drugiej epidemii, która rozpoczęła się w czerwcu 1941 roku i trwała do marca 1942 roku chorowało na tyfus plamisty około 75 000 osób, a zmarło 20% tzn. około 15 000 ludzi.

Jakież były losy szpitala po utworzeniu getta? Szpital nasz mieścił się w dzielnicy podmiejskiej, zwanej Czystem. Kiedy zostało utworzone getto sprawa dostępu do szpitala stała się bardzo trudna. Każdy pracownik szpitala, każdy chory musiał mieć specjalną przepustkę, żeby wydobyć się z getta i przez aryjską dzielnicę dostać się do szpitala. Sprawa ta była dla nas bardzo niebezpieczna i nieprzyjemna. Pod groźbą kary śmierci każdy Żyd musiał nosić na ramieniu opaskę z gwiazdą Syjonu. Z tą gwiazdą trzeba było przejść przez aryjską dzielnicę, aby dostać się do szpitala. Często lekarze byli bici i katowani przez Niemców, którzy gniewali się, że Żydzi kręcą się poza gettem; niestety, również polskie męty społeczne brały czasem udział w tych nagonkach. Taka sytuacja trwała przez miesiące, po czym na rozkaz Schrempfa szpital musiał się przenieść do getta. Z bólem w sercu

opuszczaliśmy nasz piękny szpital, do którego byliśmy przywiązani i przenieśliśmy się do dwóch budynków szkół powszechnych na ulicy Stawki. Rzecz prosta, że taka przeprowadzka wyszła nam z uszczerbkiem, bo dobrze zagospodarowany, olbrzymi szpital nie mógł się pomieścić w dwóch małych gmachach. Większą część wyposażenia musieliśmy zostawić na pastwę losu. W ten sposób przy wybuchu drugiej wielkiej epidemii tyfusu plamistego byliśmy zupełnie do tego nieprzygotowani. Ponownie brakowało łóżek i bielizny, a chorzy zalegali na podłodze lub mieścili się po 2–3 w jednym łóżku. Stopniowo jednak przewyciężyliśmy wszystkie trudności. Łóżka i bieliznę zbieraliśmy po domach prywatnych, doprowadzając do tego, że każdy chory miał w końcu swoje łóżko. W czasie tej drugiej epidemii część personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zapadła na tyfus, około 15 lekarzy i 30 pielęgniarek zmarło z powodu duru plamistego.

Jak na to wszystko reagowali lekarze niemieccy? Przede wszystkim zjawił się pan docent Menk i zaczął robić pracę naukową na Żydach. Tymczasem oficjalny rozkaz Schrempfa zakazywał pod groźbą wielkiej kary nam lekarzom Żydom prowadzenia jakichkolwiek badań i prac naukowych; myśmy jednak go nie słuchali i wykonywaliśmy różne badania. Otóż docent Menk próbował leczyć tyfus plamisty surowicą ozdrowieńców. W tym celu każdy chory, który przechorował dur plamisty, nie mógł ze szpitala wrócić do domu, lecz był kierowany na specjalną kwarantannę dla ozdrowieńców, gdzie były fatalne warunki mieszkaniowe i złe odżywianie. Tam pobierano u tych biednych, wyniszczonych ludzi krew, z której robiono surowicę i wstrzykiwano chorym. Metoda ta nie dała absolutnie żadnych pozytywnych wyników, co nie przeszkadzało docentowi Menkowi ogłosić pracy, w której właśnie tę metodę polecał. Czy za to otrzymał tytuł profesora, tego nie wiem, ale wiem, że na oddział zawsze wchodził w czapce, nie witał się z nikim i nigdy nie interesował się losem chorych, bo cóż tego „germańskiego nadczłowieka” mogli obchodzić biedni, chorzy Żydzi.

Do innych urozmaiceń w szpitalu należały wycieczki młodych lekarzy, którzy dopiero ukończyli wojenne akademie lekarskie i przyjeżdżali autokarami z miast niemieckich lub z frontu, aby podziwiać tyfus wśród Żydów. Jednocześnie żądali, aby ktoś z lekarzy ich oprowadzał i pokazywał wysypki tyfusowe lub inne powikłania. Wycieczek tych było bardzo dużo. Lekarze młodzi i starzy widzieli straszne warunki, w jakich myśmy pracowali, widzieli nędzne odżywianie chorych, ale nie znalazł się ani jeden, który wyraziłby współczucie lub zainteresował się losem chorych. Za to wszyscy jak z jednej nagranej płyty powtarzali stereotypowe zdanie, które zapewne

wyczytali ze swych gazet lub słyszeli na wykładach, że Żydzi lekko chorują na tyfus, rzadko umierają, zarażają biednych Niemców, tak bardzo wrażliwych na choroby zakaźne.

Ludzie w getcie umierali nie tylko na tyfus plamisty, ale w jeszcze większym stopniu na gruźlicę płuc i z powodu głodu, co zresztą szło na ogół w parze. Kolejność zwykle była taka, że człowiek wycieńczony głodem wreszcie zapadał na gruźlicę i z tej choroby ginął. Były w getcie dni, kiedy umierało aż 300–400 osób dziennie. Nie było mowy, żeby każdy mógł być chowany w oddzielnym grobie. Przyszło więc zarządzenie Schrempfa, że należy chować zmarłych we wspólnych grobach. Technika chowania polegała na tym, że wykopywano olbrzymi i bardzo głęboki dół i układano warstwy zmarłych naprzemiennie z warstwami ziemi, aż dół został wypełniony w całości. Niemcy urządzali również specjalne wycieczki na cmentarz pod przewodnictwem lekarzy. Wycieczkowicze zbierali się nad grobem i wysłuchiwali jakiegoś tajemniczego przemówienia. Nikt z personelu cmentarnego, ani spośród obcych nie mógł się zbliżyć pod karą śmierci. Łatwo się jednak domyślić, jakie tematy były poruszane nad owymi grobami — pewnie, że Żydzi umierają z brudu, że bogaci Żydzi nie pomagają biednym itd. Po przemówieniu kierownik wycieczki zwykle zwracał się do kancelarii cmentarza z zapytaniem, ilu Żydów zmarło w ostatnim tygodniu. Po otrzymaniu odpowiedzi zwykł był dodawać „o wiele za mało” (*viel zu wenig*).

W ten sposób dzięki staraniom lekarzy niemieckich ludność warszawskiego getta szybko wymierała i to w sposób postępujący — na początku 3000 trupów miesięcznie, a potem coraz więcej. Myliłby się jednak ten, kto by sądził, że wraz z coraz większą śmiertelnością ludność getta ulegała zmniejszeniu. Wręcz przeciwnie, co miesiąc Niemcy wrzucali do getta nowe tysiące głodnych i zawszonych Żydów z miast i miasteczek polskich. Poza tym wciąż przybywały transporty Żydów z Niemiec, Czech, Belgii, Francji, Jugosławii, Bułgarii, Grecji i Węgier. Żydzi z Niemiec byli przywożeni z wielkimi honorami, w osobnych pociągach, dobrze ubrani, dobrze odżywieni, obładowani pięknymi walizkami, wypełnionymi po brzegi dobytkiem. Byli oni przeświadczeni, że jadą na Wschód na jakąś kolonizację. Jednak po przybyciu bardzo szybko zostali zrównani z innymi mieszkańcami getta. Gestapo zabierało im najcenniejsze rzeczy, jak złoto i biżuterię, młodzież kierowano do obozów pracy, a reszta wegetowała w getcie i dostarczała nowego materiału ludzkiego do tyfusu i gruźlicy. Odnosiło się wrażenie, że getto w Warszawie zostało przez Niemców stworzone jako główne miejsce, gdzie Żydzi mają wymierać stopniowo, ale dokumentnie.



Żaden reżyser filmowy, żaden doktor nigdy nie odtworzą obrazu, jaki przedstawiało getto warszawskie: 400 000 ludzi stłoczonych na małym obszarze miasta otoczonym murami, pilnowanych przez specjalne oddziały, uzbrojone warty. W paru miejscach były urządzone w murach bramy wjazdowe dla Niemców, tędy też oraz ponad murami odbywało się przemykanie za łapówki towarów i żywności. Przy każdej bramie oprócz wartowników niemieckich stała warta polska tzw. granatowej policji oraz wewnątrz murów żydowska służba porządkowa, która zresztą w getcie odegrała negatywną rolę. Wszystkie te trzy gatunki policji wspólnie robiły interesy przy szmuglu. Na ulicach getta panował straszny tłok, a za murami życie tętniło względnie normalnym rytmem. W getcie wszędzie można było dostrzec tłumy żebraków, głośno wołających o chleb, krzykliwy handel uliczny, a obok ludzie umierali z głodu.

Na specjalny opis zasługują eskapady dzieci żydowskich za mury getta. Opuszczenie murów getta było karane śmiercią. Nie patrząc na to, setki małych dzieci, od lat 6 do 10, codziennie uciekały za mury, przedostając się tam różnymi sposobami. Jedni byli przesadzani przez rodziców ponad murem, inni wybiegali przez bramę, kiedy żandarm był zajęty lub też przyczepiali się do tramwaju jadącego tranzytem przez getto. Dzieci te szły zdobywać żywność dla siebie i swoich rodziców i ryzykowały przy tym życiem. Rodzice liczyli, że małe dzieci, dla których nie istniał obowiązek noszenia opasek z gwiazdą Syjonu, nie zwrócą na siebie uwagi, szczęśliwie załatwią sprawy i wrócą. Los tych dzieci był rozmaity. Przeważnie ich praca za murami polegała na tym, że kupowały chleb, kartofle i warzywa, które po aryjskiej stronie były znacznie tańsze i sprzedawały je w getcie. Inne dzieci żebrały o jedzenie i bardzo często były dokarmiane przez polskie rodziny. Dzieci znały dobrze żandarmów i wiedziały, przez którą bramę można wracać bezpiecznie do domu, który żandarm jest bardziej ludzki i przepuści je. Oczywiście zdarzało się, że przy bramie wszystko im zabierano i były czasem srodze bite i kaleczone. Smutny był to widok, kiedy o zachodzie słońca dzieci przemykały się przez wartę. Aby mieć swobodę ruchu, aby móc uciekać lub wskoczyć i wyskoczyć z pędzącego tramwaju dzieci musiały mieć wolne ręce i dlatego szyto im specjalne chałaty, w których były olbrzymie kieszenie od przodu i z tyłu. Tak objuczone skradały się jak widma z narażeniem życia. Za bramą w getcie czekali z biciem serca rodzice, bo nieraz dziecko wracało pobite lub ogołoczone ze wszystkiego, co równało się dużej stracie i zbliżało widmo głodu. Nieraz rodzice czekali na próżno, bo każdemu Niemcowi wolno było takie dziecko za murami bezkarnie zastrzelić, z czego chętnie robili użytek.

Zdarzało się również, że niejeden esesman brał dziecko za nogi, rozbijał głowę o kamienny bruk i zwłoki wrzucał do kanału. Taki był los dzieci getta, dzieci, które powinny bawić się bez troski lub uczyć w szkole.

Od czasu do czasu Niemcy wykazywali zwiększoną gorliwość w wyłapywaniu tych dzieci i grupy po 10–15 osób sprowadzano do więzienia w getcie na rozprawę. Trzeba wiedzieć, że Żydzi musieli mieć w getcie własne, nadzorowane przez siebie więzienie, oczywiście pod okiem Gestapo. Istniała również żydowska poczta. Niemcy nazywali to autonomią żydowską. Sąd nad nieletnimi dziećmi odbywał się na dziedzińcu więzienia z wielką oprawą. Niemcy zmuszali aby przy tym asystował żydowski lekarz i rabin. Występował również lekarz niemiecki i naukowo uzasadniał dlaczego te dzieci trzeba rozstrzelać. W czasie krótkiej rozprawy wydawano wyrok skazujący na rozstrzelanie, co natychmiast wykonywano. Zwykle po takiej egzekucji w gazecie pojawiał się naukowy artykuł, który ilustrował pogładowo za pomocą cyfr i wykresów, jak jedno dziecko żydowskie, które uciekło z getta i chodziło po domach aryjskich, zaraziło tyfusem plamistym kilkudziesięciu Aryjczyków. Stąd wynikał oczywisty wniosek, że należy przepędzać precz dzieci żydowskie, nie dokarmiać ich, nie sprzedawać im nic, a najlepiej od razu prowadzić do żandarmerii lub do Gestapo. Takich egzekucji było kilka. Nie powstrzymywało to jednak dalszych wypraw dzieci za mury, gdyż głód był silniejszy niż bojaźń śmierci.

Specjalny rozdział, o którym jako lekarz mogę coś powiedzieć, to były tzw. obozy pracy, które należy odróżniać od obozów koncentracyjnych. Obozy pracy miały na celu wykorzystywanie młodzieży żydowskiej do ciężkiej pracy na terenie Generalnej Guberni. Przeważnie chodziło o prace melioracyjne. Tu również występował w całej pełni cynizm niemiecki, graniczący z sadyzmem. Zaczęło się od tego, że jakiś wysoki urzędnik niemiecki zgłosił się do gminy i wygłosił przemówienie, że gmina musi dać kilka tysięcy młodych, zdrowych ludzi do pracy na parę miesięcy, że chodzi tu o wychowanie młodzieży, o przyzwyczajanie jej do fizycznej, uczciwej pracy. Jako przykład podał swoje własne dzieci, które też uczestniczyły w takich obozach. Do szpitala zgłosił się również lekarz niemiecki i oświadczył, że do tych obozów potrzebni są lekarze, po czym przedstawiał wszystko w bardzo różowym świetle. Nie we wszystko wierzyliśmy, ale nie było rady, zgłosiło się na ochotnika kilkunastu młodych lekarzy. Oczywiście, wyposażenie dla nich w postaci materiału opatrunkowego, narzędzi i leków musiał dać szpital. Po kilku tygodniach sprawa się wyjaśniła. Te obozy pracy to była jeszcze jedna metoda powiększania śmiertelności w getcie.

Tym razem chodziło o wyniszczenie młodzieży. Właściwie to nie były obozy pracy, tylko obozy śmierci, wśród okropnych warunków pracy i odżywiania. Późną jesienią młodzi ludzie całymi dniami kopali rowy melioracyjne w bagnistym terenie. Jedni umierali bardzo szybko z wycieńczenia, inni zostali zatłuczeni na śmierć przez dozorców za zbyt powolną pracę. Obóz był likwidowany przeważnie w ten sposób, że prawie zawsze w obozie wybuchała epidemia tyfusu plamistego i wtedy były dwie alternatywy, zależne od dobrej lub złej woli esesmana. Niektórzy esesmani mordowali wszystkich chorych na miejscu, aby zaraza nie rozszerzała się, inni pozwalali łaskawie przewieźć chorych do szpitala w Warszawie. Niebawem szpital wypełnił się nimi. Był to obraz przeraźliwy. Właściwie mieliśmy do czynienia ze szkieletami o strasznie spuchniętych nogach, pokrytych wrzodami i ropniami. Rzecz prosta, tylko paru z nich udało się uratować. Pozostali zmarli i zostali wrzuceni do zbiorowych mogił, nad którymi gromadziły się niemieckie wycieczki i wysłuchiwały świątłych przemówień swych propagandzistów.

Nie ulega wątpliwości, że lekarze niemieccy, którzy brali w tym udział, z góry wiedzieli, jaki jest cel tych obozów i jaka praca czekała tam naszych młodych kolegów. Rola lekarzy żydowskich polegała właściwie na opatrywaniu pobitych i pokaleczonych przez oprawców i asystowaniu przy procesie wyniszczania ludzi.

Taka już jest dusza niemiecka, dla nas zupełnie niepojęta. Przy mordowaniu ludzi też musi być niemiecki porządek (*deutsche Ordnung*), musi być lekarz niemiecki i lekarz żydowski, muszą być papiery, listy i protokoły. Niemcy bardzo się dziwili, że ludzie, którzy idą na śmierć nie chodzą równo trójkami, nie poczytują sobie za zaszczyt, że zostaną zamordowani przez przedstawicieli narodu panów.

Specjalna kategoria pacjentów, którzy byli przywożeni do oddziałów chirurgicznych szpitala, to ludzie pobici i ranni na ulicach getta. Ludność getta znała dobrze auta Gestapo ze słynnego więzienia przy ulicy Pawiej zwanego „Pawiakiem”, gdzie Niemcy męczyli, mordowali i wywozili aresztowanych Polaków do obozów koncentracyjnych. Droga tych aut prowadziła przez jedną z najważniejszych ulic getta, przez ulicę Karmelicką. Panował tam zawsze ogromny tłok. Przejeżdżając gestapowcy często bili przechodniów łomami, czasem po prostu strzelali. Dla nich była to wspaniała zabawa, bowiem ludzie uciekali w popłochu do bram, powstawał przy tym ścisk, co ułatwiało bicie i maltretowanie. Na polu „walki” zostawali codziennie ciężko pobici, ranni i niekiedy zabici. Niemal każdego dnia przywożono kilku do kilkunastu ciężko

rannych od postrzałów, bo Niemcy lubili strzelać dla zabawy w tłum. Raz osobiście widziałem, jak gestapowiec spokojnie celował do młodej dziewczyny, stojącej w oknie domu. Strzelił i spudłował.

To ciągle strzelanie i bicie odbywało się przy akompaniamencie dzikich śmiechów i wrzasków. O wściekłym wrzasku i krzyku, jaki Niemcy podnosili przy każdej okazji można by napisać specjalne studium, takie to było nieludzkie, bydlęce. Odnosiło się wrażenie, że przechodzili oni jakieś specjalne przeszkolenie w tym zakresie. Zapewne miało to na celu zastraszenie swej ofiary. Również tzw. kolumny dezynfekcyjne, które znajdowały się pod kontrolą lekarzy niemieckich zasługują na specjalny opis.

Dla zwalczania epidemii tyfusu plamistego były powołane specjalne kolumny dezynfekcyjne, składające się z Polaków i Żydów. Na ich czele stał otyły Niemiec o nazwisku Braun. Otóż celem tych kolumn była dezynfekcja i dezynsekcja domów, gdzie stwierdzano przypadek tyfusu plamistego. Gdyby rodzina chorego, ich ubrania i pościel uległy odwszeniu, stanowiłoby to zaporę dla szerzenia się tyfusu plamistego. W praktyce jednak sprawa ta wyglądała inaczej. Na czele kolumny dezynfekcyjnej kroczył Braun z batem w ręku. Wszyscy mieszkańcy domu, gdzie stwierdzono tyfus, musieli ustawić się w czwórki i maszerować do kąpieliska. Już w drodze ludzie uciekali, aby uniknąć razów Brauna i jego pomocników. Na miejscu w kąpielisku zamiast dezynsekcji odbywały się pozory jakiegoś celowego działania. Obsługa kąpieliska za łapówkę wypuszczała ludzi, gdyż Braun urządzał sobie i tu zabawę, która polegała na tym, że naumyślnie kazał temperaturę w komorze podnieść do takiego stopnia, żeby zniszczyć ubrania. Wobec tego, że ubranie w tych czasach dla każdego było rzeczą drogocenną, ludzie woleli zapłacić haracz i uniknąć dezynsekcji. Nie lepiej działało się na terenie poszczególnych domów. Zamiast zajmować się dezynfekcją rzeczy, Braun i jego szajka, specjalnie wybierali zamożniejsze mieszkania, wymuszając łapówki i poczęstunki pod groźbą, że zrobią wielką dezynfekcję, która zniszczy rzeczy, meble i pościel. Zamiast więc tępienia wszy na terenie domu, gdzie stwierdzono tyfus plamisty, Braun rabował i urządzał pijatyki. Kolumny dezynfekcyjne były jedynie pozorem. Można jednak domyślać się, że chodziło o sążniste meldunki do wyższych władz Gestapo, w których przedstawiano straszne zagrożenie ze strony Żydów i ciężką pracę pana Brauna i jego zwierzchników — lekarzy — nad zwalczaniem tyfusu plamistego. Wynikał stąd oczywisty wniosek o potrzebie dalszego zatrudnienia pana Brauna w getcie warszawskim i niewysyłania go na front.

Tak niemiecka służba sanitarna z lekarzami na czele brała czynny udział w podtrzymywaniu epidemii tyfusu plamistego, a stosując karykaturalną metodę pracy kolumn dezynfekcyjnych przyczyniała się do tego, żeby epidemia nie kończyła się zbyt szybko, co było również potrzebne dla niemieckiego aparatu propagandowego.

Tak zaczęła się w getcie wiosna 1942 roku. Niemcy u szczytu swej militarnej potęgi zdobyli prawie całą Europę i olbrzymie połacie Rosji. Równocześnie ludność getta dziesiątkowana była przez gruźlicę i głód. Z terenów wschodnich zajętych przez Niemców nadchodziły potworne wiadomości od ludzi, którym udało się stamtąd zbiec. Mówiono o masowych mordach ludności żydowskiej miast i miasteczek położonych na wschodzie Polski. Do mnie zgłosiła się chora pielęgniarka, która przeżyła likwidację Żydów w Słomimie. Opowiadała, jak któregoś ranka spędzono parę tysięcy Żydów za miasto, zmuszono do wykopania olbrzymiego, głębokiego dołu i potem otworzono ogień z karabinów maszynowych. Ludzie martwi, ranni i żywi wpadali do tego masowego grobu. Ona sama przeleżała wśród trupów i ciężko rannych do nocy, po czym udało się jej z tego grobu wydostać i uciec do Warszawy. Jednocześnie krążyły wieści o jakichś „czarnych autach”, gdzie uśmiercano Żydów przy pomocy gazów trujących. Wtedy jeszcze w Warszawie nikt w te auta nie wierzył, ale dane o nich były coraz dokładniejsze, coraz bardziej szczegółowe. Niemcy starali się utrzymać w tajemnicy swe diabelskie wyczyny, jednakże dochodziły wieści od naocznych świadków, że w powiecie chełmskim SS-mani zajęli piękny zamek, gdzie zmontowano specjalne komory gazowe przeznaczone do trucia Żydów łapanych w okolicznych gettach; tu też działały owe „czarne samochody śmierci”.

Na wiosnę 1942 roku zaczęły dochodzić do Warszawy niewyraźne wieści z różnych miast i miasteczek, gdzie były utworzone od dłuższego czasu getta. Z Lublina napłynęły wiadomości od uciekinierów, że Niemcy wywieźli prawie całą ludność getta w niewiadomym kierunku, a pozostawili tylko parę tysięcy ludzi. Niebawem i w gazetach niemieckich pojawiły się artykuły z szumnymi tytułami „Lublin bez Żydów”. Gdzie się podziało kilkadziesiąt tysięcy Żydów z Lublina, na to nikt nie potrafił dać odpowiedzi. Ludzie pocieszali się jednym, że chyba tak wielkiego skupienia Żydów, jak w Warszawie, Niemcy nie ruszą. Jako dodatkowy argument służyły tzw. szopy. Były to różnego rodzaju zakłady przemysłowe i rzemieślnicze, które pracowały dla potrzeb armii niemieckiej. Właśnie w 1942 roku działalność tych szopów znacznie rozszerzono. Jednakże już w kwietniu 1942 roku zaczęły się dziać w getcie dziwne i ponure historie. Przede wszystkim do szpitala przywożo-

no coraz więcej osób postrzelonych na ulicach. Wydawało się, że bezkarność w strzelaniu do Żydów została w jakimś stopniu usankcjonowana. Poza tym w nocy żandarmeria i żołnierze SS wyciągali ludzi z domów i zabijali przeważnie na ulicy tuż przed domem. Nie były to mordy przypadkowe, lecz kierowano się specjalnie ułożonymi listami. W ciągu jednej nocy zabijano w ten sposób 20–40 osób. Jednej nocy Niemcy mordowali samych zamożnych Żydów np. piekarzy, kupców, innej znowu inteligencję. Pewnego razu urządzili rzeź Żydów, którzy z nimi współpracowali. Niektórzy upodobali sobie wyrzucanie ludzi z 3–4-go piętra na bruk. Czasem stosowano przy tym specjalną technikę. Ofiarę przymocowywano sznurkiem do krzesła i w ten sposób, na siedząco, wyrzucano z okna wyższych pięter.

Mniej więcej w tym samym czasie zjawiała się w getcie ekipa filmowa i piękne auta. Nakręcano film o getcie warszawskim. Jasne było, że miał to być film propagandowy, ale nawet w najśmielszej wyobraźni nie zaświtałby pomysł, do jakiego stopnia mogła dojść zakłamana, niemiecka propaganda. Zaczęło się od nakręcania niewinnych scen np. filmowcy zbierali gromadę biednych, obdartych dzieci i kazali im się przyczepiać do tramwaju. Wykonywali też zdjęcia głodnych żebraków dla przeciwstawienia im ludzi dobrze ubranych. Trzeba wiedzieć, że w getcie istniała pewna sfera ludzi wyróżniających się eleganckim wyglądem i dobrym ubraniem. Byli to w pierwszym rzędzie dyktatorzy szmuglu, przeważnie ludzie z nizin społecznych, którzy mieli za murami getta rozgałęzioną sieć wspólników i razem uprawiali szmugiel. Głównie polegał on na dostarczaniu żywności ze strony aryjskiej oraz na wywożeniu z getta wyrobów rzemieślników żydowskich. Jednak już drugiego dnia reżyserzy filmu zainscenizowali, pod groźbą rewolwerów i batów, rodzajowy obrazek. Wybrano ładną i młodą Żydówkę, którą specjalnie ubrano krzycząco, zmuszono ją żeby wsiadła w rykszę i odsłaniała maksymalnie nogi. Za rykszę biegli głodni, obdarci biedacy i prosili o jałmużnę, a Żydówka musiała tych biedaków kopać. Inna rodzajowa scena miała wykazać żarłoczność i niechlujstwo żydowskie. Zmuszono restauratora, żeby usmażył dużą ilość kotletów, po czym pod groźbą rewolwerów gromady ludzi musiały jeść te kotlety łączywie bez noża i widelca, rwąc je rękami. Wreszcie dla przykładu scenka zainscenizowana na ul. Chłodnej nr 20, w jednym z najładniejszych domów getta. Tu urządzono kosztowne przyjęcie z piciem szampana, tańcami, z lokajami w liberiach i białych rękawiczkach. W tańcu zmuszano do swawolnych i wyuzdanych ruchów, aby dowieść, jakie jest zepsucie moralne wśród Żydów.

Ekipa filmowa zjawiała się również w szpitalu. Wizyta ta bardzo nas zdziwiła i nie mogliśmy zrozumieć, co esesmanów sprowadziło w nasze progi.

Szpital był wówczas nieprzepełniony, bardzo czysty i starannie utrzymany, każdy chory miał własne łóżko, co więc może się tu przydać dla propagandy. Jakież było moje zdziwienie, kiedy usłyszałem od lekarza esesmana, że filmowcy przybyli do szpitala, żeby zrobić zdjęcia wrzodów i krost, na które Żydzi podobno chorują masowo i że właśnie to chcieliby sfilmować. Dodał przy tym, że film ten ma być wiernym obrazem życia w getcie o nazwie „Dobre i złe” (*Das Gute und das Böse*) i prosił o porcję strasznych wrzodów, takich na które Aryjczycy nie chorują. Oświadczyłem mu, że Żydzi chorują identycznie na te same choroby, co Aryjczycy i aktualnie nie ma w szpitalu chorych z wrzodami i krostami, które mogłyby go usatysfakcjonować. Zaproponowałem mu pokazanie wysypek tyfusu plamistego. Imć pan lekarz wraz z dwoma filmowcami obejrżeli wysypki, ale jednogłośnie orzekli, że to się do ich filmu nie nadaje, bo za mało rzuca się w oczy. Przed odejściem ze szpitala nie obeszło się bez wyrecytowania znanej nam już sentencji, że Żydzi na zakaźne choroby chorują lekko, a zarażeni przez Żydów delikatni Aryjczycy łatwo z powodu tych chorób umierają. Takie były wyrafinowane metody niemieckie przy współudziale całego wojskowego personelu lekarskiego.

Wiosną 1942 roku druga wielka epidemia tyfusu plamistego zupełnie wygasła, zdarzały się jedynie pojedyncze przypadki tej choroby. Jak już wspominałem przechorowało około 20% ludności getta. Nie znaczy to, że w getcie zmniejszyła się nędza, głód i zawszenie. Znany jest jednak fenomen biologiczny, że epidemie samoistnie wygasają nawet w warunkach niesprzyjających temu wygasaniu, jeśli pewna część ludności daną epidemię przechoruje. Owe 20% zachorowań wystarczyło do tego, aby zarazek tyfusu plamistego stracił swoją złośliwość i przestał grasować wśród nieszczęsnego zbiorowiska ludzi zamkniętych za murami warszawskiego getta.

Za to w miejsce tyfusu plamistego zjawiała się nowa klęska, może nawet znacznie gorsza, a mianowicie gruźlica. Na wiosnę 1942 roku wszystkie nasze oddziały szpitalne szczelnie wypełniły się chorymi na gruźlicę. Oczywiście gruźlica dominowała wśród dzieci, ale również osoby dorosłe i starcy nie byli oszczędzeni. Należy podkreślić, że gruźlica ta miała zupełnie inny przebieg kliniczny aniżeli gruźlica poza gettem. Ustrój chorych był tak wyniszczony przed zarażeniem się gruźlicą, że w chwili zapadnięcia na to schorzenie był zupełnie niezdolny do walki z chorobą, nie mógł rozwinąć żadnych mechanizmów odpornościowych, które odgrywają bardzo dużą rolę w jej przebiegu. Nic też dziwnego, że gruźlica przebiegała jak ostra choroba zakaźna i kładła kres życiu chorych w ciągu kilku lub kilkunastu dni.

Do innych plag szpitalnych, wobec których byliśmy bezradni należały zespoły objawowe, które powstawały z głodu. Nie będę się tu wdawał w szczegóły naukowe tego zagadnienia, ale powiem tylko ogólnie, że właśnie na wiosnę 1942 roku zaczęli się zgłaszać do szpitala bardzo liczni chorzy, których jedynym cierpieniem był głód. Jedni z tych chorych demonstrowali obrzękiem obrzęki głodowe, inni nie mieli obrzęków, a zamiast tego cierpieli na straszliwe bóle kości, co zupełnie uniemożliwiało chodzenie, wstawanie czy siadanie. Były to obrazy straszne. Bardzo wielu z tych chorych było już straconych, natomiast innym można byłoby pomóc, gdyby było dosyć żywności w postaci produktów białkowych (mięso, nabiał, ryby), tłuszczu i witamin. Niestety, dysponowaliśmy głównie kartoflami, które spożywane przez głodujących przyczyniały się jeszcze bardziej do zwiększania obrzęków. Umierali też w szpitalu z głodu chorzy na inne choroby. Chociaż epidemia tyfusu plamistego już wygasła, wycieczki niemieckich lekarzy nie ustawały. Wprawdzie nie mogli już wzbogacać swej wiedzy o tyfusie plamistym, bo tego rodzaju chorych mieliśmy bardzo mało, ale za to kierownik wycieczki, zwykle starszy lekarz niemiecki ordynujący w Warszawie, żądał innego widowiska. Rozkazywał: Proszę nam pokazać obrzęki głodowe (*Zeigen Sie uns die Hungerödeme*). Był to obraz nie do zapomnienia. Kilkudziesięciu lekarzy, młodych, dobrze nażartych, o grubych fałdujących się karkach, w lśniących, nowych mundurach pochylało się nad wynędzniałymi postaciami leżącymi w łóżku, spuchniętymi z głodu, niemogącymi się poruszać o własnych siłach z powodu bólów głodowych. Nie podejmuję się opisać wyrazu oczu tych nieszczęśliwych ofiar, skrupulatnie oglądanych przez adeptów niemieckiej nauki medycznej. Rzeczywiście odnosiło się wrażenie, że to zupełnie inna rasa ludzi, ci leżący w łóżku i ci pochylający się nad nimi. Pomimo jednak pięknych ubiorów, rumieńców, białych lśniących rękawiczek i orderów, przedstawiciele narodu panów brzydzili się, a może bali się dotknąć chorych Żydów. Obraz nie przypominał nic innego, jak tylko katów pochylających się nad swoimi ofiarami. Napatrzwszy się do syta na nieszczęśliwych chorych, zwracali się panowie lekarze niemieccy do nas lekarzy Żydów z całym szeregiem rzeczowych pytań, które odzwierciedlały moralność i mentalność naszych szanownych „kolegów” po fachu. Najczęściej padały pytania: Ile czasu trzeba się niedożywiać, żeby dojść do stanu, jaki przedstawiają chorzy? Za ile dni ten chory lub to dziecko umrze? My staliśmy z boku i musieliśmy odpowiadać na te pytania, chociaż serce krajało się z bólu, że oto lekarze, którzy właściwie nie zasługiwali na tę zaszczytną nazwę, nie interesowali się, jaka jest geneza głodu w getcie i nie protestowali przeciwko



temu. Zaprawdę więcej człowieczeństwa było w nędznych, obrzmiałych postaciach leżących w łózkach niż w gromadzie błyszczących lekarzy otaczających te łóżka. Przypominali oni bezduszne hitlerowskie maszyny, których zadaniem było wytępienie Żydów.

Lekarze niemieccy niczym nie różnili się od esesmanów strzelających dla zabawy do małych dzieci, od filmowców montujących wyżej opisany film, ani od pospolitych niemieckich oprawców, torturujących i mordujących tysiące niewinnych ludzi. Jedyna różnica polegała na tym, że lekarze niemieccy, poza Schrepfem, nie podnosili wrzasku w szpitalu. Niemniej, jeśli moja odpowiedź lub innego kolegi na ich mądre pytania wydawała im się zbyt powściągliwa lub też niezbyt dokładna, nieraz padały słowa: „Ty, Żydzie, nie bądź bezczelny” (*Du Jude sei nicht frech*).

Spśród całej masy lekarzy niemieckich, z którymi zetknąłem się podczas pracy w szpitalu, znalazł się tylko jeden, który korzystając z tego, że nie było żadnych niemieckich świadków, wdawał się z nami w rozmowę, taką, jaką prowadzą między sobą ludzie. Był to docent Böhme. On jeden miał odwagę oświadczyć nam, że to wszystko, co się dzieje jest dla niego okropne, nieludzkie i niepojęte. Ale nawet on w rozmowach na tematy naukowe bagatelizował wszystko, co nie było niemieckie. Z rozmów z nim można było wywnioskować, że wprawdzie potępia wyczyny hitlerowskie, ale jednocześnie uważa, że rządzić, jeśli nie całym światem, to przynajmniej całą Europą powinni Niemcy, a nie ktokolwiek inny.

Tymczasem życie w getcie płynęło swoim koszmarnym trybem. Rozpoczęło się piękne lato, ale na obszarze getta nie było prawie żadnego ogrodu, tak że każde zakwitające drzewko budziło w nas tęsknotę do przestrzeni, do przyrody. Na ulicy Elektoralfnej, na gruzach szpitala św. Ducha, mieściła się apteka naszego szpitala, a obok zachował się dość ładny ogród. Tu w czasie upalnych dni, w godzinach wolnych od zajęć i w duszne wieczory schodzili się lekarze i pracownicy szpitalni, aby w tym małym, ciasnym ogródku, gdzie właśnie zakwitły pierwsze bzy, zapomnieć o Niemcach, o szpitalu i cieszyć się widokiem zielonej trawy i liści, zapachem kwiatów, lotem motyla, niebieskim skrawkiem nieba, po którym pędziły beztrosko białe obłoczki. Cieszyliśmy się, że tu władza Hitlera nie może sięgnąć, nie może zabronić kwiatom, żeby pachniały i żeby Żydzi z tego korzystali. Takiego rozkazu jeszcze nie było, ale po Niemcach można było i tego się spodziewać. Wcale nie zdziwilibyśmy się, gdyby pewnego dnia na ulicach getta zjawiły się wielkie plakaty obwieszczające, że wszystkie drzewa, krzewy i kwiaty, trawę i doniczki należy złożyć na ręce Gestapo, bo to wszystko należy do aryjskiego świata.

W samym szpitalu, w letnie upalne dni praca była ciężka, gdyż chorzy byli bardzo stłoczeni, brakowało bielizny szpitalnej, a do objawów choroby głodowej należały uporczywe biegunki, trudne do zwalczania i opanowania. Po ciężkiej pracy szpitalnej marzyliśmy o Wiśle, o kąpieli orzeźwiającej w jej nurtach, do której od lat byliśmy przyzwyczajeni i do której tęskniliśmy. Zdawało nam się, że jesteśmy bardzo daleko od Wisły, trudno nam było sobie wyobrazić, że są ludzie, którzy mogą swobodnie wybrać się nad jej brzeg, pojeździć łódką i kąpać się. To wszystko było dla nas nieosiągalne i narażało na pewną śmierć. Nie pozostawało nam nic innego, jak wchodzić w upalne dni na dach szpitala, gdzie mogliśmy korzystać z dobrodziejstw słońca i lekkiego wiatru. Tu odbywały się rozmowy na tematy naukowe i polityczne. Jaskrawo zaznaczał się podział na optymistów i pesymistów. Ci pierwsi prawie codziennie mieli wiadomości o rewolucji w Niemczech, o desancie wojsk alianckich we Francji. Pesymiści zaś, których zresztą było znacznie więcej, przepowiadali naszą zupełną zagładę.

Na początku lipca 1942 roku stwierdzono jakieś specjalne zainteresowanie esesmanów gettem w Warszawie. Prawie co dzień po ulicach getta krążyły piękne limuzyny wypełnione esesmanami o wysokich rangach. Inni chodzili pieszo po getcie i uważnie wszystkiemu się przyglądali. Zaczęły też krążyć różnego rodzaju domysły o tym, co ma nastąpić. Jedni mówili, że mają wszystkich Żydów wysiedlić z Warszawy, inni, że zabiorą całą młodzież do obozów. Wreszcie bomba pękła: 22 lipca do Zarządu Gminy Żydowskiej w getcie warszawskim przybył silny, uzbrojony oddział esesmanów i oświadczył, że cała ludność getta bez różnicy wieku i płci będzie wywieziona na Wschód. Pozostać w Warszawie będą mogły tylko osoby zatrudnione w tzw. szopach, pracownicy gminy z rodzinami, lekarze z rodzinami, policja żydowska z rodzinami, osoby zatrudnione w opiece społecznej i wszelkich innych instytucjach podległych Gminie Żydowskiej. Jednocześnie warty przy bramach zostały wzmocnione przez specjalne oddziały esesmanów. Poza tym mury otaczające getto zostały obsadzone od zewnątrz przez oddziały Łotyśzów i Szaulisów. W samym getcie, jeszcze przed oficjalnym zarządzeniem wysiedlenia tzw. elementu niepracującego, działy się straszne rzeczy. Bardzo liczni żołnierze SS chodzili i jeździli po ulicach getta, bijąc i strzelając do przechodzących Żydów. Na ulicy Chłodnej, gdzie mieszkała głównie inteligencja, zabito kilkanaście osób, przeważnie lekarzy, inżynierów i adwokatów. Mordów dokonywano w mieszkaniach lub na klatkach schodowych.

W jednym z domów odbywało się konsylium przy łóżku ciężko chorego. Uczestniczył w nim młody żydowski chirurg z naszego szpitala doktor Po-

lak i profesor Raszeja, który przybył na to konsylium spoza getta ze specjalną przepustką wydaną przez Gestapo. Żołnierze SS wpadli do mieszkania, zabili chorego i doktora Polaka. Profesor Raszeja tłumaczył się, że nie jest Żydem, że przybył na konsylium z przepustką Gestapo, ale nic mu to nie pomogło. Esesmani w szale mordowania zabili i profesora Raszeję wrzeszcząc, że musi zdechnąć za to, że chciał leczyć Żydów. Jednocześnie zaarrestowano kilkudziesięciu członków Zarządu Gminy Żydowskiej (*Judenrat*), paru lekarzy, inżynierów, adwokatów i osadzono ich na Pawiaku jako zakładników. Esesmani zgłosili się tego dnia do naszego szpitala i zarządzili, żeby szpital w ciągu jednej doby przenosił się na ulicę Żelazną, gdyż teren szpitala, który wychodzi na bocznice kolejową zostaje przeznaczony na tzw. *Umschlagplatz*. Stąd Żydzi niepracujący mieli być ładowani i wywożeni na Wschód. Plac ten w ciągu najbliższych tygodni stał się miejscem grozy dla całej ludności getta i zostanie na zawsze strasznym wspomnieniem dla tych nielicznych mieszkańców getta, którzy przetrwali wojnę i wyszli żywi z piekła niemieckiego. W popłochu przenosiliśmy się ze szpitala na Stawkach do szpitala dla dzieci przy ul. Żelaznej. Oczywiście, tym razem prawie cały majątek szpitalny został porzucony na pastwę losu.

Co Niemcy urządzili w szpitalu na Stawkach i na terenie otaczającym? Spędzano tu codziennie 6–8 tysięcy ludzi i ładowano do wagonów, po 100 osób do jednego wagonu, po czym wysyłano na Wschód. Jeśli pociąg z ofiarami już odjechał, pozostali koczowali przy torach lub byli umieszczani w naszych gmachach szpitalnych. W ciągu paru dni przebywałem na terenie szpitala i przyglądałem się, co się tam działo. Do gmachu, w którym mogło się zmieścić, leżąc pokotem na podłogach w salach i korytarzach najwyżej 1500 osób, włączano parę tysięcy ludzi. Urządzenia kanalizacyjne już po 2–3 dniach się zepsuły, a więc ludzie leżeli we własnym kale i moczu, bowiem silne warty nie wypuszczały nikogo. Mogłem krążyć wśród tych ludzi, gdyż w ciągu pierwszych dni akcji wysiedlania Niemcy honorowali legitymacje lekarzy i pracowników gminy. Na początku pędzono na plac ludzi z tzw. punktów oraz osoby, które nie mogły wykazać się legitymacją pracy. Po paru jednak dniach nie było już właściwie Żydów, którzy byliby wolni od obowiązku opuszczenia Warszawy.

Tymczasem zaczęły nadchodzić pierwsze szczegóły o losie wywiezionych. Wiadomości te pochodziły od polskich kolejarzy oraz od pojedynczych Żydów, którzy zdołali w zamieszaniu uciec z wagonów. Okazało się, że owa „kolonizacja” to jazda do Treblinki, miejscowości położonej o 80 km na wschód od Warszawy, gdzie Niemcy urządzili wielką fabrykę śmier-

ci i gdzie miało znaleźć swą zagładę około 400 tysięcy Żydów z warszawskiego getta. Wszyscy zrozumieli, że dostać się na *Umschlagplatz* oznacza wyjazd w ostatnią podróż do pieca krematoryjnego w Treblince.

O jakimkolwiek oporze nie było mowy. Mieszkańcy getta nie mieli żadnej broni ani amunicji. Poza tym ustał wszelki przemysł z aryjskiej strony, co wywołało natychmiast wzmożenie głodu wśród mieszkańców getta. Na jakiegokolwiek organizowanie się nie było żadnej możliwości, gdyż akcja ta całkowicie zaskoczyła ludność getta.

Po tygodniu trwania akcji wysiedlania znów nadszedł rozkaz, żeby szpital ponownie przeniósł się na Stawki. Przez szereg tygodni mogłem więc obserwować z okien szpitalnych słynny *Umschlagplatz*. Jak zwykle dla zachowania jakichś pozorów Niemcy pozwolili zabierać z placu ciężko chorych do szpitala. Niekiedy sami na miejscu rozstrzeliwali tych wszystkich, którzy według ich terminologii byli niezdolni do transportu (*transportunfähig*).

Zaczęły się słynne „blokady”. Co dzień z rana z aryjskiej dzielnicy do getta wchodził ze śpiewem silnie uzbrojony oddział składający się z Niemców, Ukraińców, Szaulisów i Łotyszów i otaczał szereg domów. Po chwili ogłaszano, że cała ludność musi wyjść z mieszkań na ulicę w ciągu 10 minut. Kto nie zejdzie zostanie rozstrzelany. Po upływie 10 minut Niemcy i Ukraińcy wśród niehumanitarnych wrzasków, rozbijając toporami zamknięte drzwi, strzelali do wszystkich osób, które znajdowały się w mieszkaniach. Często w mieszkaniu nie pozostawał nikt poza osobami bardzo starymi lub obłożnie chorymi. Ludzi tych natychmiast rozstrzeliwano, a sprawcy rozpoczynali rabunek mieszkania. Tymczasem na ulicy żołnierze SS przeprowadzali tzw. „selekcję”, która polegała na tym, że po sprawdzeniu dokumentów część ludzi zwalniano do domu. Selekcja ta jednak odbywała się według widzimisię gestapowca, bo zaczęto zabierać na plac również lekarzy i pielęgniarki, a więc osoby mogące wykazać się ochronnymi dokumentami. Chodziło im więc głównie o to, żeby wypełnić szczelnie wagony czekające na placu, by piece w Treblince ani godziny nie próżnowały.

Niekiedy ludzie złowieni w blokadzie od razu byli ładowani do wagonów i jechali wprost do Treblinki. Jeśli pociągu jeszcze nie było, złapani przez wiele godzin znajdowali się na placu przed szpitalem. W tym okresie cały personel szpitalny trudnił się przekazywaniem ludzi z placu do szpitala, a stąd do domu. Ratowanie ludzi odbywało się w ten sposób, że kładziono ich na nosze i wynoszono do szpitala lub też dostarczano białe fartuchy i ludzie po kryjomu przebierali się, udając lekarzy czy pielęgniarki. Oczywiście z wielu tysięcy udało się uratować stosunkowo nielicznych. To właśnie oni za-

wdzięczają przeżycie naszemu personelowi szpitalnemu. Większość z nich uciekła potem z getta na aryjską stronę. Niektórzy byli łapani w blokadach parę razy i sprowadzani na plac, skąd personel szpitalny zdołał ich uwolnić.

Cała ludność Warszawy, zarówno w getcie, jak i poza murami wiedziała, że Niemcy wywożą Żydów do Treblinki i tam mordują wszystkich bez wyjątku, po uprzednim obrabowaniu swych ofiar. Niemcy jednak nadal pozorowali, że chodzi tu o kolonizację na Wschodzie. W związku z tym ukazywały się kolejne ogłoszenia o poniższej treści.

„Kto zgłosi się na ochotnika i sam przyjdzie na *Umschlagplatz*, dostanie premię w postaci paru bochenków chleba i jednego kilograma marmolady”.

„Ochotnicy otrzymują prawo wyjazdu z rodzinami i nie będą rozdzielani”.

„Ochotnikom gwarantuje się możliwość zabrania ze sobą całej biżuterii i większej ilości rzeczy osobistych”.

Stało się jasne, że okupantom zależało na tym, aby ludzie zabrali ze sobą najcenniejsze rzeczy i pozostawili je w Treblince. Dla zachowania pozorów Niemcy lansowali pogłoski, że już od niektórych Żydów wysiedlonych z Warszawy nadeszły listy z wiosek na Wschodzie, gdzie jakoby bardzo dobrze się im powodziło. Można przyjąć, że takie listy rzeczywiście nadchodziły. Zapewne Gestapo gdzieś po drodze zmuszało terrorem niektóre ze swych ofiar, żeby pisały do swych krewnych w Warszawie o tym, jak świetnie im się żyje i powodzi. Listy te kolejajarze doręczali do dogorywającego getta.

W obrębie getta istniały domy, gdzie byli zakwaterowani Żydzi z Niemiec, Belgii i Czech. Otóż w chwili likwidacji getta niemiecka administracja sanitarna obarczyła lekarzy żydowskich koszmarną rolę. Mielіśmy udać się do tych domów i kwalifikować, kto z tych ludzi może jechać na kolonizację na Wschód, czyli do krematoriów Treblinki, a kto jest niezdolny do transportu *transportunfähig*. Do tej ostatniej kategorii należeli starcy, chorzy i kaleki, którzy byli uśmierceni na miejscu.

Inny kwiatek germański ilustrujący mentalność hitlerowców polegał na tym, że kiedy transport do Treblinki był gotów do odjazdu, nagle do szpitala wpadali esesmani i żądali lekarza, a było to w tym okresie kiedy lekarze oficjalnie byli zwolnieni od wyjazdu na podstawie posiadanych zaświadczeń. Ludzi pakowano do wagonów po 100–120 osób tak, że niektórzy słabsi i chorzy umierali w wagonie, zanim dojechali do Treblinki. Do takiego transportu żądano lekarza, który zresztą sam również jechał na śmierć. Żołnierze SS podnosili przy tym nieludzki wrzask i wołali, że przecież w drodze na Wschód ludzie muszą mieć zapewnioną opiekę lekarską, „przecież musi być porządek” (*es muss doch Ordnung sein*). Były to dowcipy w stylu sztyldów

w Oświęcimiu „Praca czyni wolnym” (*Arbeit macht frei*) lub wielkiej gwiazdy Syjonu w Treblince z napisem „Państwo Żydowskie” (*Judenstaat*).

Tymczasem liczba ludności getta szybko się zmniejszała. Po kilku tygodniach z 400 tysięcy pozostała tylko połowa. Blokady wciąż trwały i co dzień piece w Treblince pochłaniały parę tysięcy Żydów.

Z okien szpitala widzieliśmy setki naszych pacjentów, znajomych i krewnych, o których wiedzieliśmy, że idą na pewną śmierć, a tu znikąd pomocy. Wzruszające były sceny, kiedy wśród tłumu ludzi dosłownie zbitych w jedną masę ciał, widziało się postać starego Żyda, który na swą ostatnią życiową podróż zabrał tałes i teraz na rampie kolejowej stał odziany w swój tałes i modlił się do Boga. Ten przynajmniej miał błogi spokój na swym obliczu, podczas gdy inni mieli wyraz twarzy wykrzywiony grymasem strachu, a może bardziej przypominali zwierzęta w potrzasku. Ludzie miotali się bezradnie po placu, śląc do nas lekarzy w szpitalu błagalne spojrzenia wołające o ratunek. Wśród tego mrowia kręcili się esesmani, Ukraińcy, Szaulisi i Łotysze, bijąc, kopiąc i lżąc swe ofiary, w tym też matki karmiące piersią niemowlęta.

Do innych strasznych obrazów należą tragedie rodzinne, jakie się rozgrywały przy drzwiach wagonów, świadczące o zwierzęcym sadyzmie Niemców z jednej strony i o wielkiej miłości rodzinnej wśród Żydów, dochodzącej do granic bohaterstwa.

Oprawcy niemieccy skazali całe getto na zagładę. Bawili się jednak ze swymi ofiarami jak kot ze złapaną myszką. Jak już wspomniałem, podczas blokad pewien odsetek ludzi był zwalniany na podstawie posiadanych dokumentów. Często zdarzało się, że pewnych członków tej samej rodziny zabierano do wyjazdu, a innych zwalniano. Zdarzały się setki przypadków, że syn nie chciał opuszczać rodziców, brat siostry i wybierał transport do krematorium. I tu znów pojawia się „niemiecki porządek” (*deutsche Ordnung*). Żołnierze SS przeważnie nie pozwalali zwolnionym towarzyszyć swym rodzinom i jechać razem na śmierć. Odpychali brutalnie od drzwi wagonów, a jeśli niektórzy Żydzi upierali się, zabijali ich na miejscu. W ten sposób często rodzice przed swą ostatnią drogą do Treblinki widzieli trupy swych dzieci przed drzwiami wagonów kolejowych. Jeden z moich kolegów w podobnej sytuacji, odepchnięty przez esesmanów, zdołał w ostatniej chwili wskoczyć do jadącego już pociągu i w ten sposób wyruszył na śmierć razem ze swymi rodzicami, których nie chciał opuścić w tak tragicznym momencie. Znam bardzo wielu ludzi, którzy mieli po aryjskiej stronie przyjaciół i u nich mogli znaleźć schronienie, jednak wybrali śmierć razem ze swymi rodzinami.

Poza tym na *Umschlagplatz* co dzień zostawały dziesiątki trupów. Byli to ci wszyscy, którzy nie chcieli wsiadać do wagonów i woleli śmierć na miejscu. Inni popełniali na placu samobójstwo, przeważnie przez zażycie cyjanku potasu. Do naszych smutnych obowiązków należało zabieranie do szpitala tych osób, które usiłowały popełnić samobójstwo, lecz nie umarły od razu, bo dawka była zbyt mała lub cyjanek zwietrzały. Jak nazwać naszą pracę i wysiłki przywróceniu do życia tych chorych, skoro wokół nas szalał mord, skoro tysiące zdrowych ludzi co dzień szło na śmierć.

Ulice getta w okresie łapanek przedstawiały straszny widok. Całe domy zupełnie puste, mieszkania stojące otworem, na stołach jeszcze resztki ostatniego obiadu czy kolacji, na podwórkach i ulicach pełno porzucanych rzeczy, książek, popruty poduszek i pierzyn. To ślady rabunków niemieckich i ukraińskich. W niektórych mieszkaniach leżały trupy zastrzelonych podczas blokad. Byli to ci, którzy nie zeszli na podwórko w ciągu 10 minut i pozostawali w domach. Z rozkazu SS za oddziałem blokującym i mordującym jechał wolno wielki karawan żydowski, który musiał zbierać zwłoki i odwozić na cmentarz żydowski. Grabarze przez długi czas cieszyli się względami esesmanów i mogli spokojnie pracować. Oczywiście, na nich też przyszła kolej i również zostali wymordowani. Tymczasem na ulicach getta snuły się wątle, zapłakane, wynędzniałe postacie. Matki poszukiwały swych dzieci, ojcowie synów, bracia siostr. Wszystko to bezbronne, niezorganizowane, zupełnie zatracone.

Jednocześnie zaczynały powstawać coraz to nowe szopy; tu ludzie mieli znaleźć schronienie, bo przecież te zakłady pracowały dla armii niemieckiej. Właścicielami szopów byli Niemcy, niekiedy esesmani. Aby uzyskać w nich zatrudnienie, trzeba było grubo za to zapłacić. W ten sposób producenci niemieccy w szybkim tempie zebrali kolosalne fundusze. Nie obeszło się bez tego, że w tym ohydny handlu ludźmi brali również udział pośrednicy żydowscy.

Po pewnym jednak czasie, kiedy już zwykłe blokady nie dostarczały wystarczającej ilości ofiar Treblince, esesmani zaczęli blokować szopy i stąd zabierać ludzi do wagonów. Nie było więc bezpiecznego miejsca w żadnym szopie, gdyż przy blokadzie zależało od kaprysu żołnierza SS, kto pójdzie na plac, a kto na razie pozostanie w swoim miejscu pracy. W jednym z szopów niemieccy właściciele zlitowali się nad dziećmi płatającymi się obok pracujących matek, bo w obawie mordu żadna z matek nie zostawiała dzieci w domu. W tym zakładzie Niemcy urządzili ogródek dla dzieci, gdzie nauczycielka bawiła się z nimi i gdzie wydawano im trochę mleka. Pewnego dnia wpadli do ogródka esesmani z Ukraińcami, mordując część dzieci na miejscu, a pozostałą część zawlekli do wagonów i uprowadzili do Treblinki.

Można było z góry przywidzieć, że Żydzi pracujący w szopach muszą również zginąć, chodzi tylko o zwłokę. Na razie kilkadziesiąt tysięcy Żydów pozostawiono w getcie, aby ciężko pracowali w szopach. Powołano do życia nową instytucję, która miała na celu rabowanie domów po Żydach wymordowanych w Treblince. Wywożono meble, dywany, cenniejszą odzież, obuwie i bieliznę pościelową. Przekopywano również piwnice w poszukiwaniu kosztowności ukrytych przez Żydów. Oczywiście, że zarówno w Treblince, jak i w Warszawie do pomocniczej pracy Niemcy przymusowo zaprzęgali Żydów.

Kiedy liczba Żydów zmniejszyła się do mniej więcej 30 000, blokady ustały. Ta garstka była zatrudniona w szopach, gdzie ciężko pracowała za nędzną łyżkę strawy. Każdy z pozostałych przy życiu stracił jedną lub parę osób z najbliższej rodziny. Niemcy przeprowadzali agitację, że pozostali w getcie Żydzi mieli prawo spokojnie urządzać nowe życie. Oczywiście, że ludzie już Niemcom nie wierzyli i kto tylko miał jakiegokolwiek możliwości, uciekał z getta na aryjską stronę. Ci którzy pozostali, bo nie mieli dokąd uciekać, zrozumieli, że prędzej czy później muszą zginąć z rąk niemieckich. W przewidywaniu najgorszego zaczęli się więc organizować, zbierać po kryjomu broń, aby przy próbie wymordowania zginąć z bronią w ręku, a nie dać się prowadzić na rzeź, jak to było dotąd.

Wszystko to, co dotąd opisałem, osobiście przeżyłem, na własne oczy widziałem. Wątpię bardzo, czy potrafiłem choćby w małej części opisać grozę tych miesięcy i dni. Trudno do końca zrozumieć mentalność Niemców: esesmana, żołnierza czy właściciela szopu. Jeden był katem i mordercą, drugi chciał zdobyć cały świat, trzeci spokojny kupiec, który sam nie splamił krwią swych rąk, bogacił się kosztem żydowskich niewolników.

W połowie sierpnia 1942 roku już nie było jednolitego getta, lecz poszczególne ulice i uliczki, ogrodzone płotami i murami, w obrębie których mieściły się szopy.

Mniej więcej w tym okresie postanowiłem uciec z getta na tak zwaną aryjską stronę. Widziałem w tym jedyną, choć małą szansę uratowania życia. W getcie nic mnie już nie trzymało. Najbliższa rodzina, najlepsi koledzy i przyjaciele już zginęli, szpital właściwie nie istniał. Dopóki w szpitalu odbywała się jakaś praca, choćby zbliżona do normalnej, uważałem za swój obowiązek trwać na posterunku. Teraz jednak była to parodia szpitala, gdyż chorych we właściwym tego słowa znaczeniu nie było. Pozostały jedynie ofiary katów hitlerowskich, którzy nie mogli o własnych siłach iść do wagonów, więc umierali w szpitalu.

W okresie tym istniały jeszcze tzw. placówki. Były to oddziały Żydów, przeważnie młodych, które co dzień rano wychodziły za mury getta i przez cały



dzień pracowały w różnego rodzaju zakładach i przedsiębiorstwach niemieckich, a wieczorem wracały do getta. Kierownikiem jednej z tych placówek był mój pacjent, który zgodził się zabrać mnie ze sobą. Rankiem 26 sierpnia 1942 roku w przebraniu robotnika przeszedłem po raz pierwszy od długiego czasu na stronę aryjską. Nie mogłem nawet zabrać ze sobą najbardziej niezbędnych narzędzi lekarskich, gdyż żandarmi czasem rewidowali wszystkich u wylotów bram i byłoby podejrzane, że lekarz chodzi do pracy za mury getta. Po przepracowaniu całego dnia przed wieczorem zdjąłem z ramienia opaskę z gwiazdą Syjonu i niepostrzeżenie wymknąłem się na ulicę szukać schronienia u znajomych.

Resztki getta istniały jeszcze 7 i pół miesiąca. O dalszych dziejach getta wiem tylko z relacji osób, które były tam do końca i cudem przeżyły wojnę. Szpital został skurczony do małego dwupiętrowego domu. Co pewien czas Niemcy ponownie urządzali blokady i część ludności w tym również lekarzy i personel medyczny wysyłano na śmierć do Treblinki. W połowie kwietnia 1943 roku kiedy Niemcy zwartym szykiem wkroczyli do getta, aby dokonać jego ostatecznej likwidacji, zostali powitani gradem kul z rąk Żydowskiej Organizacji Bojowej. Rozpoczęła się straceńcza walka z całą niemiecką machiną wojenną. Niemcy palili dom za domem, ulicę za ulicą razem z mieszkańcami. Przez szereg tygodni nad Warszawą widniała łuna od płonącego getta. Obrońcy getta walczyli do ostatka, stawiając zaciekły opór. Zginęli niemal wszyscy. Resztki ukryły się w głębokich bunkrach wykopanych pod domami. Idea bunkrów wynikała z poprzedniego doświadczenia — po wyrzuceniu Żydów z jakiejś ulicy, teren ten dołączano do dzielnicy aryjskiej i tam właśnie wprowadzali się Aryjczycy. Żydzi chcieli właśnie w tych bunkrach przeczekać okres pogromu i po pewnym czasie znaleźć się w dzielnicy aryjskiej. Jednak tym razem omylili się. Niemcy postanowili resztki getta nie przyłączać do aryjskiej dzielnicy, lecz kompletnie zniszczyć. Wszystkie domy zostały spalone, a potem przystąpiono do zupełnej rozbiórki domów, posługując się przy tym dynamitem. W czasie tych działań wykrywano ludzi w bunkrach i mordowano ich bez litości. Również personel lekarski szpitala ukrył się w bunkrze i został wysadzony w powietrze, tak że wszelki ślad po nim zaginął.

*W tym miejscu urywają się fragmenty pamiętnika  
znalezione w biurku Profesora Jakuba Pensona.*

---

Pamiętnik Profesora Jakuba Pensona do druku przygotował Zygmunt Chodorowski.

Praca habilitacyjna  
doktora Jakuba Penson

*Cechy kliniczne epidemii duru plamistego  
w latach 1940-1941/42 w Warszawie.*

Badania własne nad przemianą azotową  
ze szczególnym uwzględnieniem nerek.  
Metoda wczesnego rozpoznawania.

# P O L S K I TYGODNIK LEKARSKI

R. I

Warszawa, 18/25 listopada 1946 r.

Nr 46-47

## T R E Ś Ć :

	Str.
<i>Przesmycki F.</i> : Biologia epidemii . . . . .	1393
<i>Penson J.</i> : Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie . . . . .	1399
<i>Tulczyński M.</i> : Samorodne pęknięcie tętnicy głównej (dokończenie) . . . . .	1404
<i>Nielubowicz J.</i> : Ropowice żołądka i jelit (c. d.) . . . . .	1412
<i>Teter J.</i> : Ostra niedomoga przysadki mózgowej (dokończenie) . . . . .	1416
<i>Stelmasiak M.</i> : Cor triloculare biatriatum conus aorticus sine septo aortico . . . . .	1420
<i>Karpowicz S.</i> : O tętnicy ocznej (A. Ophthalmica) i jej niezwyklej przebiegu u człowieka . . . . .	1421
<b>MEDYCYNA SPOŁECZNA</b>	
<i>Towpik J.</i> : Czy wszystko zostało zrobione? . . . . .	1423
<b>STRESZCZENIA POGLĄDOWE</b>	
<i>Kosiński WL.</i> : Gościec w świetle współczesnych poglądów . . . . .	1425
<b>STRESZCZENIA</b>	
<i>Moeschlin Swen.</i> : Czas dojrzewania, czas mitozy i obrót dzienny ziarnistych białych ciałek krwi . . . . .	1430
Fakty i plotki o penicylinie . . . . .	1430
<i>Schwemlein, Bauer, Loewe i inni.</i> : Badanie nad obecnością penicyliny w płynie mózgowo-rdzeniowym po wstrzykiwaniach dożylnych penicyliny . . . . .	1430
<i>Wheeler E. O. i White P. D.</i> : Bezsenność spowodowana przez niedomogę lewej komory serca, nierozpoznana jako taka i nieodpowiednio leczona . . . . .	1431
<i>Hunter W. S.</i> : Zamknięcie naczyń wieńcowych u murzynów . . . . .	1431
<i>Vitez M.</i> : Trudności rozpoznawania za pomocą rentgena ziarnicy złośliwej płuc . . . . .	1431
<i>Broster L. R. i Gardiner-Hill H.</i> : Przypadek choroby Addisona wyleczony przy pomocy przeszczepiania . . . . .	1432
<i>McCracken J. P., Owen P. S. i Pratt J. H.</i> : Dna: zapomniana choroba . . . . .	1432
<i>Ludford R. J.</i> : Doświadczalne leczenie raka za pomocą kolchicyny . . . . .	1432
<i>Rose F.</i> : O nieujawniających się nowotworach klatki piersiowej . . . . .	1433
<i>Waltman Walters.</i> : Uchyłki żołądka . . . . .	1433
<i>Hewer Langton C.</i> : Ostatnie postępy w dziedzinie znieczulania . . . . .	1433
<i>Melchior E.</i> : Podawanie emetyny w zakażeniach ropnych . . . . .	1434
<i>Santy P., Maillet P. i Dureux P. E.</i> : Endometriosis w miejscu przejścia esicy w prośnicę. Niedrożność spowodowana guzem. Usunięcie guza. Zespolecie okrężniczo-odbytnicze . . . . .	1434
<i>Henderson J. L. i Mc Adam I. W. J.</i> : Dopuszczalne stosowanie penicyliny u dzieci . . . . .	1434
<i>Edwin L. Kendig i Russel H. Fiske.</i> : Maść penicylinowa w leczeniu impetigo neonatorum . . . . .	1434
<i>Armstrong T. G.</i> : Pożytek uspokojenia . . . . .	1434
<i>Taft W. C. i Pike J. B.</i> : Dur powrotny. Doniesienie o epidemii sporadycznej łącznie z wynikami leczenia penicyliną . . . . .	1435
<b>OCENY</b>	
<i>Dowson-Weisskopf A. B.</i> : Industrial Nursing its Aims and Practis . . . . .	1436
<b>NOTATKI TERAPEUTYCZNE . . . . .</b>	
<b>PRZEGLĄD CZASOPISM</b>	
Przegląd Lekarski . . . . .	1437
Przegląd Zielarski . . . . .	1437
<b>MISCELLANEA</b>	
<i>Gibiński K.</i> : Prawda o obozach koncentracyjnych (dokończenie) . . . . .	1438
<b>KRONIKA . . . . .</b>	<b>1439</b>

JAKUB PENSON

## Cechy kliniczne epidemii duru płamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie

Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek  
Metoda wczesnego rozpoznawania \*)

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala „Czyste“ w Warszawie  
Ordynator dr Jakub Penson

### W S T Ę P

Epidemie, przez nas obserwowane, dotyczą getta warszawskiego. Pomimo bardzo ciężkich warunków, praca w szpitalu stała na wysokim poziomie przez cały prawie czas istnienia getta, dzięki ofiarnej i nieustraszonej pracy personelu lekarskiego, pielęgniarstwa i pomocniczego; praca ta odbywała się niekiedy w warunkach potwornych; ale ani na chwilę nikt się nie zlamal i chorzy, nawet w najgorszych okresach, nie byli pozbawieni pomocy lekarskiej czy pielęgniarstwa. Obok codziennych zajęć szpitalnych prowadziliśmy, pomimo surowego zakazu niemieckich władz, badania naukowe, które były możliwe dzięki temu, że udało się uratować i przenieść do getta laboratorium chemiczne i pracownię anatomopatologiczną szpitala „Czyste“.

Olbrzymie materiały, dotyczące duru płamistego, zostały bardzo dokładnie opracowane klinicznie i anatomopatologicznie. Niestety podczas likwidacji getta przepadło całe archiwum, obejmujące blisko 25.000 historii chorób, wielką liczbę protokołów sekcyjnych oraz preparatów histopatologicznych i mikrografii.

Z 800 lekarzy getta warszawskiego zostało kilkudziesięciu; z mojego oddziału, który liczył 20 lekarzy i studentów, pozostały tylko 4 osoby. Obydwaj anatomopatologowie szpitala, *Stein* i *Gilde*, którzy dokonali ogromnej pracy, zwłaszcza w zakresie badań histopatologicznych mózgu, również zginęli.

Praca niniejsza została odtworzona na podstawie ocalałych notatek, przy współudziale koleżanek i kolegów, którzy pozostali przy życiu — dr *Anieli Gelbard*, dr *Irąty Sieradzkiej* i abs. med. *Józego Szapiro*. Chciałbym ją poświęcić tym, którzy w tak ponurym okresie ze mną współpracowali, bohaterom i męczennikom, którzy zginęli podczas powstania w getcie warszawskim lub zostali pochłonięci przez komory gazowe w Treblince, Majdanku i innych miejscach grozy i śmierci ku wiecznej hańbie faszyzmu niemieckiego, a ku chwale ideału poświęcenia dla dobra swych cierpiących bliźnich.

\*) Referaty wygłoszone na posiedzeniach klinicznych szpitala „Czyste“ zimą 1941-42 r. i wiosną 1942 r.

### EPIDEMIOLOGIA

Dur płamisty nazywany również „tyfusem głodowym“ lub „wojennym“ był nieodłącznym towarzyszem wszystkich dotychczasowych wojen.

Również niezależnie od wszelkich działań wojennych można wywołać epidemię duru płamistego przez stworzenie odpowiednich warunków.

Tego rodzaju doświadczenie epidemiologiczne Niemcy przeprowadzili na 400-tysięcznej ludności getta warszawskiego w latach 1940—42.

Pierwsza „mała“ epidemia wybuchła w styczniu 1940 r. i trwa do czerwca tegoż roku. Dotyczy wyłącznie tzw. „punktów“, gdzie gromadzą się bezdomni, masowo wysiedlani z terenów, przyłączonych do Rzeszy. W czasie tej epidemii chorowało 10 tysięcy osób. Epidemia dała się dość łatwo opanować i w ciągu lata i jesieni 1940 r. oraz przez całą zimę 1941 r. notowano jedynie poszczególne małe ogniska duru płamistego.

W końcu 1940 r., wydzieliwszy murami część tętniącego normalnym życiem milionowego miasta, Niemcy stłaczają w niej ludność do nieprawdopodobnych granic, skazując na zimno, głód, brud i wyczerpanie psychiczne spędzają dziesiątki tysięcy ludzi z okolicznych miast i miasteczek, a później — Żydów z różnych krajów Europy, zmaltretowanych, obrabowanych z wszelkiego dobytku, pozbawionych własnej pościeli i bielizny.

Toteż z wiosną 1941 r. wybuchła druga „wielka epidemia“, która trwa od maja 1941 r. do kwietnia 1942 r. Szerzy się po całym getcie, obejmując około 100 tysięcy ludzi.

W czasie pierwszej epidemii, kiedy szpital jeszcze znajdował się w swej przedwojennej siedzibie, gdzie były wszelkie możliwości dokładnego odswadzania chorych i zachowania czystości, nie notowano wśród personelu szpitalnego ani jednego przypadku duru płamistego.

Natomiast w czasie drugiej epidemii, gdy wybuch jej zbiegł się z przymusowym przeniesieniem szpitala na teren dzielnicy żydowskiej do nieprzystosowanych do tego celu budynków, gdy nie było wystarczającej ilości pościeli, bielizny i łóżek, gdy skutek nawału

chorych (100 — 200 dziennie), dokładne odwszawianie i zachowanie elementarnych warunków czystości nie zawsze było możliwe, gdy chorzy leżeli na podłogach sal i korytarzy lub w najlepszym razie, po 2—3 w jednym łóżku, wszyscy pracownicy izby przyjęć i znaczna część pozostałego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego zapadła na dur plamisty.

Pora roku. Przeważnie epidemie duru plamistego wybuchają zimą, stąd nazwa „tyfus zimowy”; tłumaczą to większym stopniem zauszenia zimą w środowiskach biednych i stłoczonych. Latem ludzie przebywają więcej na powietrzu, lepiej wietrzą swe ubrania, co ma wpływać ujemnie na rozwój wszy. Największe nasilenie pierwszej epidemii rzeczywiście przypadło na miesiące zimowe. Natomiast druga epidemia rozpoczęła się, jak już powiedzieliśmy, wiosną 1941 r., w ciągu letnich miesięcy stale się nasilała, doszła do szczytu jesienią tegoż roku. W zimie 1942 r., chociaż warunki bytowania stale się pogarszały, liczba zachorowań stopniowo malała, wiosną notowano już tylko nieliczne przypadki duru plamistego.

Pobyty więc na powietrzu ma raczej drugorzędne znaczenie. W sprzyjających warunkach, jak wielkie stłoczenie, zauszenie i głód, wielka epidemia może się rozwinąć i latem.

Odporność wrodzona. Czasem dur plamisty przebiega poronnie, jako krótkotrwałe, zwykle nierozpoznane niedomaganie; w ten sposób tłumaczy się dodatni odczyn aglutynacji u osób, które na dur plamisty pozornie nie chorowały. Tego rodzaju choroby przyczyniają się do szerzenia duru, będąc nieświadomie jego nosicielami. Wielokrotnie obserwowaliśmy poronne postacie duru wśród dzieci i u osobników młodych; poszczególne przypadki — również u starszych, nawet w dość podeszłym wieku.

Skłonność indywidualna. Rola konstytucji. Wrażliwość na zarazki duru plamistego może zależeć od wrodzonego braku odporności lub od czynników wtórnych, jak przebycie ciężkiej choroby, silne zmęczenie fizyczne, głód itp.

W okresie obu omawianych epidemii nie spostrzegaliśmy jednak, aby dur plamisty atakował szczególnie osoby fizycznie osłabione, wygłodzone lub ciężko pracujące. Chorowali w równym stopniu głodni obok dobrze odżywionych, osoby wątłe i o budowie atletycznej. Nasz obfity materiał wskazywał jedynie na to, że ludzie o konstytucji wyraźnie asteniczno-schizoidalnej lepiej znosili dur plamisty i mniejsza była wśród nich śmiertelność; ciężkie zapalenie mózgu występowało tu rzadziej, natomiast dość często zdarzały się powikłania układu nerwowego ośrodkowego w

postaci psychoz zakaźnych, które przeważnie szybko się cofały. Wśród osób o konstytucji pikniczno-cyklotymicznej znacznie częściej notowano ciężkie zapalenie mózgu, co zwiększało odsetek śmiertelności.

Mieliśmy możność wielokrotnie obserwować dur plamisty u szeregu członków tej samej rodziny.

Często u rodzeństwa dur plamisty przebiegał bardzo podobnie i dawał te same powikłania; np. dwaj bracia zmarli wskutek obrzęku krtani, spowodowanego zapaleniem ochrzęstnej; u dwojga rodzeństwa innej rodziny wystąpiło powikłanie w postaci żółtaczki miąższowej.

Trzynastoletni chłopczyk, podczas dość lekkiego przebiegu duru plamistego, miał w pewnym okresie choroby obfity krwimocz; siostra jego zmarła z powodu krwotoku jelitowego w drugim tygodniu choroby; matka, kobieta 45-letnia, miała w czasie choroby wylew krwi do mózgu z porażeniem połowicznym, które stopniowo się cofnęło. Pozostali dwaj bracia przebyli dur bez szczególnych powikłań. Mieliśmy tu do czynienia z rodziną o konstytucjonalnej kruchości naczyń. Nadmienić należy, że badając krew członkom wspomnianej rodziny nie stwierdzono hematologicznych cech skazy krwotocznej i obraz krwi nie różnił się niczym od spotykanych u innych chorych na dur plamisty.

Inny pouczający przykład: rodzina, złożona z trzech osób, z małżeństwa, mieszkającego razem i z siostry męża, nie pozostającej z nimi w żadnej styczności. Wszyscy troje zapadli na dur prawie jednocześnie. Siostra męża zachorowała niewątpliwie z powodu innego zarazka, niż małżeństwo. Jednak u rodzeństwa przebieg choroby był zupełnie podobny; zarówno krzywa ciepłoty, czas trwania choroby, rodzaj powikłań, zaburzenia świadomości, zmiany psychiczne, ilość wydalanego moczu, poziom mocznika we krwi, były zupełnie podobne. Natomiast obraz kliniczny u żony był wybitnie odmienny.

Poza tym obserwowaliśmy bardzo dużo małżeństw, które chorowały jednocześnie, a więc były prawdopodobnie zakażone przez ten sam zarazek, a jednak przebieg kliniczny duru był zupełnie odmienny.

Przypadki powyższe wskazują, jak wielki wpływ ma konstytucja ustroju na obraz kliniczny choroby.

Neurotropowość zarazka. Dominującą cechą obu przez nas opisywanych epidemii były ciężkie przypadki zapalenia mózgu. W początku epidemii na niektórych oddziałach szpitala panował pogląd, że ciężkie zapalenie mózgu jest domeną ludzi inteligentnych — mózgowców. Opierając się na liczniejszym materiale należy stwierdzić, że po-

gląd ten jest niesłuszny; rolę decydującą odgrywa złośliwość zarazka, wiek i konstytucja, a nie stopień rozwoju intelektualnego, czy obciążenie pracą umysłową.

Tak samo niesłuszne jest uzależnianie częstości i ciężkości powikłań mózgowych od beznadziejnych warunków psychicznych, wśród jakich wegetowała ludność getta. Epidemia duru płamistego we Lwowie w latach 1939—1941 cechowała się również ciężkimi i częstymi powikłaniami ze strony ośrodkowego układu nerwowego, chociaż warunki życia ludności tamtejszej były zupełnie odmienne, niż w getcie warszawskim. Również w epidemiach duru płamistego, obserwowanych w tym samym czasie w armii niemieckiej na froncie wschodnim, jak podają *Aschabrevur, Buxer, Brandenburger* i inni, ciężkie zapalenie mózgu było najgroźniejszym powikłaniem i najczęstszą przyczyną śmierci; przebieg zapalenia mózgu, opisany przez tych autorów niemieckich, był podobny do obrazów przez nas obserwowanych.

Jak widać zarazek duru płamistego w czasie ostatniej wojny wyróżniał się wybitną neurotropowością.

Wiek. Dur płamisty występuje w każdym wieku — od oseska do późnej starości. Największa jednak zapadalność przypada na okres od 15 do 45 roku życia.

Śmiertelność waha się w dużych granicach: od 2 — 3% do 30 — 40%, w niektórych epidemiach podczas poprzedniej wojny (w Rumunii i Jugosławii) miała dochodzić do 100%!

Śmiertelność w ciągu pierwszej obserwowanej przez nas epidemii wynosiła 10% (1940 r.); podczas drugiej epidemii (1941—42) była dwukrotnie większa.

Śmiertelność wybitnie wzrasta z wiekiem. Według *Sterlinga - Okun'ewskiego* do lat 10 wynosi, zależnie od złośliwości epidemii, 1—4%, od 11 do 30 lat — 10%, od 30 do 40 lat — 15—20%, od 40 do 50 lat — 25—30%, ponad 50 lat dochodzi do 50%.

W naszym materiale śmiertelność wśród dzieci była bardzo mała; z wiekiem stopniowo narastała, wahając się w wyżej przytoczonych granicach z tym, że szczyt śmiertelności (45%) przypadał na okres między 45 i 55 rokiem życia; w wieku ponad 60 lat śmiertelność nieco obniżała się.

Poza tym w obu epidemiach obserwowaliśmy wyraźny wpływ płci; mężczyźni chorowali znacznie ciężiej, częściej zapadali na ciężkie zapalenie mózgu i śmiertelność była większa, aniżeli wśród kobiet (o 15%).

Wreszcie zarówno w czasie 1, jak i 2 epidemii notowano wzrost śmiertelności w miarę ich trwania; pod koniec epidemii obok bardzo ciężkich, zaczęły się pojawiać postaci lekkie

i poronne, których liczba narastała w miarę wygasania epidemii.

Rasa. W niektórych podręcznikach z okresu poprzedniej wojny spotyka się zdanie, że śmiertelność z powodu duru płamistego jest u Żydów mniejsza, niż u innych narodowości. Według naszych spostrzeżeń śmiertelność podczas epidemii w getcie z roku 1939—40 była taka sama, a w czasie epidemii z roku 1941—1942 — znacznie większa, niż w wojsku niemieckim mniej więcej w tym samym czasie.

Wyżej cytowany pogląd o mniejszej śmiertelności wśród Żydów prawdopodobnie pochodzi stąd, że epidemie duru płamistego w czasie poprzedniej wojny szerzyły się w miejscowościach gęsto zaludnionych przez ludność żydowską, obciążoną szczególnie dużą liczbą dzieci. Ponieważ śmiertelność w durze wśród dzieci jest minimalna, ogólny odsetek przypadków śmierci wypadł mniejszy, niż dla ludności, posiadającej mniej liczne potomstwo.

Zarazek i etiologia duru płamistego. W 1909 r. *Nicolle* i jego współpracownicy stwierdzili, że dur płamisty można przenieść z chorego człowieka na zwierzęta doświadczalne; w tymże roku *Nicolle, Rickets* i *Wilder* zwrócili uwagę na rolę wszy odzieżowej w szerzeniu się duru płamistego. W ciągu następnych lat *Nicolle, Rickets, Prowazek* i *da Rocha - Lima* stwierdzili, że w przewodzie pokarmowym wszy, która wessala krew chorego na dur płamisty, obserwuje się liczne, szybko rozmnażające się twory. W czasie tych badań *Rickets* i *Prowazek* zarazili się i zmarli na dur płamisty. *Da Rocha - Lima*, kontynuując badania w 1916 r. w Warszawie nazwał wspomniane twory, na cześć zmarłych badaczy, „Ricketsia — Prowazeki”.

Biologicznie ricketsje stoją na granicy między bakteriami i zarazkami przesycającymi; są większe niż prawdziwe zarazki przesycające, okrągłe lub w postaci krótkich pałeczek, często układają się parami, są gram-ujemne i barwią się Giemą. Morfologiczne różnicowanie ich jest bardzo utrudnione z powodu wielopostaciowości.

W początkowych okresach badań nad etiologią duru płamistego duże trudności następczał fakt, że ricketsji, występujących masowo i stale w przewodzie pokarmowym zakażonych wszy, nie można było wykryć w ustroju człowieka, chorego na dur płamisty.

Krew chorych, wstrzyknięta podskórnie, dotrzewnowo lub domięśniowo, zakaża zwierzęta doświadczalne, jak szczury, małpy i świnki morskie. Przez kolejne przeszczepianie krwi lub narządów tak zakażonych zwierząt można drogą „pasażu” wielokrotnie przenosić zarazek, który przy tym nie traci zjadliwości.

Następujące dane, uzyskane w wyniku licznych doświadczeń nad pasażami i hodowlą

rickettsji, przemawiają za ich decydującą rolę w etiologii duru plamistego u człowieka.

1. Stałe stwierdzanie rickettsji u wszy tyfusowej i brak ich u zdrowych wszy.

2. Obecność rickettsji u wszy, karmionych krwią ludzi chorych na dur plamisty lub sztucznie zakażonych materiałem tyfusowym doodbytniczo (Weigl).

3. Możliwość zakażenia morskich świnek treścią jelitową chorej wszy.

4. Aglutynacja rickettsji z surowicą chorych na dur plamisty.

5. Występowanie duru plamistego u ludzi po zaszczepieniu za pomocą rickettsji.

6. Odporność zwierząt doświadczalnych po przebyciu zakażenia rickettsjami na zakażenie krwią ludzi, chorych na dur plamisty.

W ciągu ostatnich 20 lat w czasie badań nad szczepionką przeciwko durowi plamistemu, wiedza o biologii wszy i rickettsji znacznie się pogłębiła. Najważniejszą zdobyczą były badania Weigla, któremu udało się, przez wprowadzenie krwi lub miazgi narządowej chorych na dur plamisty do odbytnicy zdrowej wszy, wywołać u niej zakażenie rickettsjami. Metodą tą można było przez wiele lat przenosić zakażenie z jednej wszy na drugą.

Okazało się, że drogą pasażu można hodować rickettsje również na świnkach morskich, myszach i szczurach.

#### PATOGENEZA.

Wszy zakażają się przez wessanie krwi ludzi chorych na dur plamisty; wystarcza przy tym jednorazowe ukąszenie. W ciągu 4—5 dni rickettsje rozmnażają się w komórках nabłonkowych przewodu pokarmowego wszy, wypełniając je w szybkim tempie; komórki te wreszcie pękają i wielkie masy rickettsji dostają się do kału wszy. Przy nakłuwaniu skóry ludzkiej, wesz oddaje jednocześnie kał, zawierający bardzo liczne rickettsje. Dziś uważa się za pewnik, że kał chorej wszy odgrywa najważniejszą rolę w zakażeniu człowieka.

Istnieją liczne drogi zakażenia, oparte na danych doświadczalnych i teoretycznych:

1) Człowiek, drapiąc się z powodu ukąszenia wszy, wciera do krwi przez uszkodzoną skórę zakażony rickettsjami kał.

2) Gruczoły ślinowe wszy nie wydają rickettsji, lecz aparat ssący może być od zewnątrz oblepiony kałem wszy; w ten sposób rickettsje mogą bezpośrednio dostać się do krwi człowieka podczas ssania.

3) Przez pocieranie oczu palcami zanieczyszczonymi kałem zakażonych wszy (zgniatanie wszy między paznokciami) może dojść do zakażenia spojówkowego.

4) Również wdychanie wysokozjadliwego rozpylonego kału zakażonych wszy może dać

zakażenie inhalacyjne nosowe lub płucne. Sprzyjającymi warunkami jest praca laboratoryjna lub też zatłoczone chorymi i zawszone mieszkania, gdzie unoszą się większe ilości rozpylonego kału zakażonych wszy z bielizny, pościeli, sienników i materaców. Nadmienić przy tym należy, że rickettsje mogą znajdować się przez długi czas (do 2 lat) w wysuszonym kale wszy, nie tracąc swej zjadliwości. Jedynie ciepota powyżej 100° zabija wszy, ich jajeczka i rickettsje.

Za możliwością zakażenia drogą wziewania przemawiają doświadczenia ostatnich lat. Udało się mianowicie przez wprowadzanie rickettsji na błonę śluzową nosa myszy i szczurów wywołać ciężkie zapalenie płuc z wielkimi masami rickettsji w ogniskach płucnych. Materiał z nacieków płucnych może być użyty do dalszych pasażu i do wyrobu szczepionek. Przy sporządzaniu szczepionki tą metodą Löffler i Mooser obserwowali wśród swoich współpracowników zakażenia laboratoryjne. Zdaniem wymienionych autorów nieznaczna część emulsji rickettsjowej przy pędzlowaniu nosa zwierząt doświadczalnych dostawała się do otaczającej atmosfery i drogą wziewania zakażała pracowników.

5. Wreszcie niektórzy autorzy (Aschänbrenner, Bayer) twierdzą, że nieostrożne manipulowanie krwią chorych na dur plamisty może być przyczyną zakażenia. Lekarzom i pielęgniarkom na oddziałach duru plamistego zalecają noszenie rękawiczek podczas wykonywania wstrzykiwań dożylnych, pobierania i przetaczania krwi.

Spostrzeżenia poczynione podczas opisywanych epidemii wskazują, że najpospolitszą drogą szerzenia się duru plamistego jest przenoszenie zarazka przez wesz.

Zakażenie się inną drogą, np. spojówkową, inhalacyjną, czy bezpośrednio krwią przy wykonywaniu zabiegów lekarskich, należy raczej do rzadkości i nie ma znaczenia epidemiologicznego.

Przeciwko drodze inhalacyjnej przemawia prosty fakt, że parametryczne mury, otaczające getto, wystarczyły do ograniczenia epidemii. Niewielka epidemia duru plamistego, jaką obserwowano w tzw. aryjskiej dzielnicy, została zawleczona przez osoby, pozostające w częstej styczności z ludnością żydowską (granatowi policjanci, inkasenci gazowni, elektrowni, ludzie trudniący się szmuglem itd.). Poza tym w obrębie samego getta na paru ulicach, gdzie warunki mieszkaniowe i higieniczne były wyraźnie lepsze, notowano stosunkowo niewielką liczbę zachorowań, nawet w okresie największego nasilenia epidemii. Kiedy ulice te zostały wyłączone z terenu getta, a mieszkańcy zmuszeni byli do przeniesienia się na tereny o większym stłoczeniu,

w krótkim czasie prawie wszyscy zapadli na dur płamisty. A przecież ludzie ci przedtem poruszali się po całym terenie getta i wdychali rozpylony kał wszy, unoszący się w powietrzu, jednak nie chorowali.

Również nie obserwowaliśmy ani jednego przypadku zakażenia krwią chorych w czasie wykonywania zabiegów. Ilekroć w izbie przyjęć i na salach szpitalnych istniały warunki, które umożliwiały dokładne odwszenie chorych, nikt z personelu nie chorował, pomimo wielokrotnych wypadków skażenia podczas wielu tysięcy badań i pobierań krwi, wykonywanych zawsze bez rękawiczek. Natomiast, kiedy odwszawianie dokładne chorych było niemożliwe, natychmiast zjawiały się liczne przypadki duru płamistego wśród personelu lekarskiego i pomocniczego.

Niewielka ilość krwi chorego na dur płamisty, dostająca się do krwi osób zdrowych, widocznie nie wystarcza do zakażenia ustroju. Większa dawka krwi chorego, wstrzyknięta osobie zdrowej, powoduje, jak wiadomo, rozwój typowego duru płamistego.

Jednorazowe natomiast ukąszenie zakażonej wszy wystarcza do zarażenia człowieka. *Da Rocha — Lima* twierdzi, że w jelicie wszy zakażonej stężenie rickettsji jest 10 tysięcy razy większe, niż we krwi chorego człowieka; najpewniej w grę wchodzi tu nie tylko stosunki ilościowe, lecz również zjadliwość rickettsji, która w kale zakażonej wszy jest znacznie większa, niż we krwi chorego na dur płamisty.

#### ANATOMIA PATOLOGICZNA. ZAPALENIE MÓZGU.

Dotąd dokładnie nie wiadomo, co się dzieje z rickettsjami po ich wtargnięciu do ustroju. Sądząc z doświadczeń na zwierzętach, należy przypuścić, że sadowią się one w śródbłonkach naczyń krwionośnych i dopiero w końcu okresu wylęgania następuje wysianie rickettsji do krwi. Jednocześnie rozwijają się w ustroju swoiste zmiany zapalne okolonaczyniowe i śródnaczyniowe.

Od czasu badań *Fraenkla* nad różyczką skórną, występującą w durze płamistym, uważa się tzw. guzki *Fraenkla* za typowe zmiany dla duru płamistego. Są to ogniskowe zmiany komórkowe, mające charakter zapalno-wytwórczy, stojące w ścisłej łączności z drobnymi i najdrobniejszymi naczyniami krwionośnymi; guzki te otaczają naczynia w postaci mufki kulistej lub walcowatej; na poziomie guzków okolonaczyniowych w samym naczyniu krwionośnym stwierdza się zmiany śródbłonków, masy zakrzepowe i niekiedy martwicę ściany naczyniowej (*thromboangitis necroticans*).

Rozmieszczenie guzków w ustroju jest wybitnie nierównomierne nie tylko jeśli chodzi o poszczególne narządy, ale nawet na terenie tego samego naczynia krwionośnego. Ta właściwość spraw zapalnych jest głównym powodem różnorodności i wielkiej barwności przebiegu klinicznego duru płamistego.

Poza skórą, guzki obficie występują w ośrodkowym układzie nerwowym, najgęściej i w największych rozmiarach w rdzeniu przedłużonym, zwłaszcza na dnie 4 konory. Nieco słabiej zaatakowane są inne odcinki układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego, według mniej więcej następującej kolejności: most, kora mózgu, zwoje podstawne, mózdzek, opony miękkie, spłoty naczyniowe, nerw słuchowy, nerw wzrokowy, trzon nerwu współczulnego i jego zwoje oraz nerwy obwodowe.

Poza tym guzki w wyraźnie mniejszych liczbach występują we wszystkich narządach, jak serce, gruczoły dokrewne, nerki, wątroba, śledziona, drogi oddechowe, przewód pokarmowy.

Nacieki okolonaczyniowe, uciskając światło naczyń, mogą doprowadzić do ich zamknięcia i powodować wylewy krwawe w różnych narządach ustroju.

Zmiany makroskopowe w narządach są na ogół nietypowe. Względnie typowe są natomiast zmiany makroskopowe w ośrodkowym układzie nerwowym, zwłaszcza w oponach i mózgu. Mózg jest napęczniały, naczynia opony twardej nastrzyknięte, w oponach miękkich stwierdza się zmętnienie, czasem — drobne wylewy krwi, konory boczne są rozszerzone; prawie zawsze występuje nieznaczne wodogłowie wewnętrzne.

Decydujące znaczenie rozpoznawcze mają zmiany mikroskopowe w narządach, zwłaszcza w ośrodkowym układzie nerwowym. Zmiany te są bardzo charakterystyczne i uprawniają do rozpoznania „*encephalitis exanthematica*”, a ściślej „*meningoencephalitis non-suppurativa*”, gdyż opony mózgowe, zwłaszcza miękkie, są prawie zawsze wciągnięte w sprawę chorobową. Na oponach stwierdza się nacieczenia z makrofagów, komórek plazmatycznych, limfocytów, rzadziej leukocytów. Zapalenie mózgu cechuje się guzkami glejujowymi i naciekami naczyniowymi. Guzki w mózgu różnią się od guzków skóry i innych narządów; położone są przy naczyniach włosowatych i przedwłosowatych i utworzone z nacieku okrągłego lub owalnego, składającego się z komórek gleju, komórek plazmatycznych, limfocytów, erytrocytów i niekiedy dość licznych leukocytów. Zmiany nekrotyczne oraz zakrzepy naczyniowe



w obrębie guzków glejowych są na ogół rzadkie. Należy nadmienić, że komórki nerwowe zwojowe i włókna nerwowe prawie nigdy nie ulegają zniszczeniu w przebiegu duru plamistego — zmiany prawie zawsze mają charakter odwracalny. Jedynie w wyjątkowych przypadkach dochodzi do zmian destrukcyjnych substancji nerwowej; w tych okolicznościach mamy do czynienia ze zmianami neurologicznymi, utrzymującymi się przez szereg miesięcy lub też ze stanami nieodwracalnymi.

Poza sprawami ogólnozakaźnymi w postaci zmian toksycznych swoistych i nieswoistych, powstających z rozpadu rickettsji i uszkodzonych tkanek, mamy do czynienia w durze plamistym ze stanem zapalnym ośrodkowego układu nerwowego; dlatego też doszukując się ścisłej łączności między zmianami morfologicznymi i obrazem klinicznym, napotyka się często na duże trudności, co obszerniej omówimy w dalszych rozdziałach.

(Ciąg dalszy nastąpi)

# P O L S K I TYGODNIK LEKARSKI

R. I

Warszawa, 9/16 grudnia 1946 r.

Nr 49 — 50

## T R E Ś Ć :

	Str
<i>Popielski B.</i> : Prof. Bolesław Jałowy (w trzecią rocznicę śmierci) . . . . .	1473
<i>Borusiewicz Fr.</i> : Przetoki ślinowe i ich operacyjne leczenie z podaniem modyfikacji własnej . . . . .	1476
<i>Penson J.</i> : Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie (c. d.) . . . . .	1478
<i>Nielubowicz J.</i> : Ropowice żołądka i jelit (c. d.) . . . . .	1488
<i>Hausman A.</i> : Kilka spostrzeżeń o leczeniu tkankowym . . . . .	1497
<b>MEDYCYNA SPOŁECZNA</b>	
<i>Mierzecki H.</i> : Zagadnienia dermatologii pracowniczej . . . . .	1500
<i>Henke A. B.</i> : O powszechną organizację służby zdrowia . . . . .	1508
<b>STRESZCZENIA</b>	
<i>Fibrynogen a białko zawarte w pożywieniu</i> . . . . .	1510
<i>Oxycel; jego zastosowanie kliniczne</i> . . . . .	1510
<i>Perera G. A.</i> : Objętość osocza w marskości wątroby typu Laenneca . . . . .	1511
<i>Mahlon Delp H., Sutherland G. F. i Hashinger E. H.</i> : Poblonicze zapalenie wielonerwowe . . . . .	1511
<i>Burnet F. M.</i> : Epidemia grypy B w Australii . . . . .	1511
<i>Linnell J. W., Keynes Geoffrey i Piercy J. E.</i> : Niektóre pospolite błędy w odniesieniu do wola . . . . .	1511
<i>Decker A.</i> : Zakładanie sztucznej odmy brzusznej w celach badania rentgenologicznego przy pomocy nakłucia zatoki Douglasa . . . . .	1512
<i>Cotte i Guillemín</i> : Gruźlica przydatków macicznych pod postacią ukrytą i nierozpoznaną . . . . .	1512
<i>Bloch N. J.</i> : W sprawie „rakoodporności” szyjki wypadniętej macicy . . . . .	1512
<i>Lantuejoul, Boureau i Carron</i> : Próby znieczulania i uśpienia podczas porodu przy pomocy rectanolu . . . . .	1512
<i>Pigeaud H.</i> : 150 blokad układu współczulnego łądźwiowego w przebiegu porodu . . . . .	1512
<i>Portes L. i Thoyer Rozat J.</i> : Odradzanie się śluzówki macicy po porodzie . . . . .	1513
<i>Oppikofer E. K. i Fehrenbach H.</i> : O wrzodzącym portęciowym zapaleniu jamy ustnej oraz zgorzeli zuchwy po podawaniu rtęciowych środków moczopędnych (salyrganu i esidronu) . . . . .	1513
<i>Hargrove S. W. G., Fodden J. H. i Rhodes A. J.</i> : Złośliwy ziarniak nosa . . . . .	1513
<i>Bicknell F.</i> : Ogólne niedożywienie . . . . .	1513
<i>Naświetlania lampą kwarcową w przemyśle</i> . . . . .	1514
<i>Johnson Wingate M.</i> : Czy utrzyma się lekarz domowy . . . . .	1515
<b>OCENY</b>	
<i>Różycki St.</i> : Anatomia mózgowia i rdzenia kręgowego . . . . .	1515
<i>Kuryłowicz Wl.</i> : Penicylina . . . . .	1516
<i>Krasuski A.</i> : Leopold Lafontaine, lekarz, działacz społeczny, protochirurg armii Księstwa Warszawskiego . . . . .	1516
<b>NOTATKI TERAPEUTYCZNE</b> . . . . .	1516
<b>PRZEGLĄD CZASOPISM</b>	
<i>Farmacja Polska</i> . . . . .	1517
<i>Opiekun Społeczny</i> . . . . .	1517
<i>W Służbie Zdrowia</i> . . . . .	1518
<b>MISCELLANEA</b>	
<i>Rozwadowska-Dowżenko M.</i> : Szkoła dla lekarzy dyplomowanych Uniwersytetu Londyńskiego . . . . .	1518
<b>WSPOMNIENIA POŚMIERTNE</b>	
<i>Kacprzak M.</i> : Ś. p. dr Piotr Radło . . . . .	1519
<b>KRONIKA</b> . . . . .	1520

JAKUB PENSON

## Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie

Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek  
(Metoda wczesnego rozpoznawania \*)

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala „Czyste“ w Warszawie

Ordynator dr Jakub Penson

(c i a g d a l s z y)

### KLINIKA.

Oddział, który powierzono mojemu kierownictwu, już w końcu 1939 r. został przeznaczony dla chorych na dur plamisty; dlatego też rozporządzaliśmy materiałem, wynoszącym blisko 8000 chorych. Z tego na epidemię 1940 r. przypada około 1500 przypadków, a na rok 1941-42 — 6500 przypadków duru plamistego. Przeważał wiek średni, gdyż dzieci były kierowane do innego szpitala. Jednak przez oddział przewinęło się około 500 dzieci; były to dzieci przyjmowane do szpitala wraz z chorymi rodzicami oraz dzieci naszego personelu lekarskiego i pomocniczego.

Na obraz duru plamistego składają się rozległe zmiany anatomiczne, zlokalizowane we wszystkich drobnych naczyniach ustroju a przede wszystkim w mózgu, rdzeniu przedłużonym i w układzie wegetatywnym, co ściąga za sobą porażenie najważniejszych procesów życiowych, jak np. świadomości, oddychania, krążenia obwodowego itp. Nic też dziwnego, że obraz kliniczny jest niezmiernie barwny, trudny do ujęcia w ramy schematu, gdyż zależy od tego, które narządy są najbardziej dotknięte zmianami typowymi dla duru plamistego; niekiedy nad całym obrazem

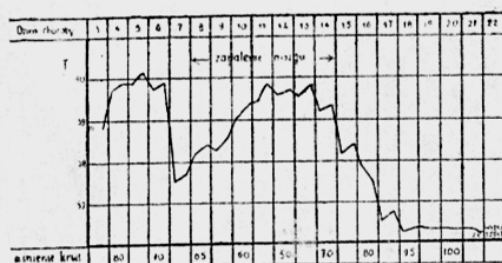
kliničnym dominują objawy na pozór zupełnie dla duru plamistego nietypowe, np. krwotoki z dróg oddechowych lub z przewodu pokarmowego, o czym szczegółowo będziemy mówili w dalszych rozdziałach.

Istnieją jednak cechy wspólne dla wszystkich typów duru plamistego; są nimi objawy mózgowe, które w różnej postaci i różnym nasileniu występują we wszystkich przypadkach, jako najbardziej charakterystyczny zespół objawów. Nie będzie przesadą, jeśli powiemy, że nie ma duru plamistego bez zmian mózgowych. Poza tym szereg objawów klinicznych zależy niewątpliwie od zjadliwości zarazków. Jest rzeczą niekiedy bardzo trudną ustalić, jakie objawy pochodzą od zmian anatomicznych, a jakie — od zjadliwości i rozpału zarazków.

Przejdę kolejno do omówienia najbardziej charakterystycznych cech i objawów klinicznych, obserwowanych przez nas epidemij. Postaram się uwypuklić szczególnie momenty, różniące je od innych epidemij; następnie obszerniej opiszę nasze liczne badania i obserwacje, które pozwalają wyciągnąć szereg ważnych wniosków, zmieniających poglądy na niektóre momenty patogenetyczne, rozpoznawcze, rokownicze i lecznicze.

Początek choroby jest przeważnie nagły, wśród silnych dreszczy i wysokiej ciepłoty bez objawów zwiastunowych; w nielicznych tylko przypadkach stopniowe narastanie gorączki w ciągu 3—4 dni. Do objawów początkowych należą dość często silne bóle głowy. Objawy zwiastunowe w postaci zmęczenia, bólów głowy na 2—3 dni przed chorobą, należą do rzadkości.

Przebieg ciepłoty przeważnie odbiegał od norm, podawanych w podręcznikach. Obok typowej krzywej ciągłej, obserwowaliśmy bardzo liczne krzywe o typie przerywanym i o typie hektycznym, zwłaszcza w końcowym okresie schorzenia. Nagłe spadki ciepłoty, obserwowane w końcu i na początku 2 tygodnia choroby, były na ogół wyrazem ciężkiego przebiegu i objawem rozpoczynającego się zapalenia mózgu. Ponowny wzrost temperatury przeważnie zwiastował poprawę; czasem jednak chory wracał do zdrowia, mając niską ciepłotę, już do końca schorzenia. Niekiedy obserwowano dwa tego rodzaju spadki ciepłoty — przy czym drugi najczęściej kończył się śmiercią. Poza tym notowano dość gwałtowne spadki ciepłoty w przebiegu zapaści; jeśli udawało się zapaść opanować, wracała ponownie wysoka gorączka; w nielicznych przypadkach zapaść powtarzała się parokrotnie, co odzwierciedlało się na krzywej ciepłoty w postaci gwałtownych spadków i kolejnych wznieśień.



Rys. 1.

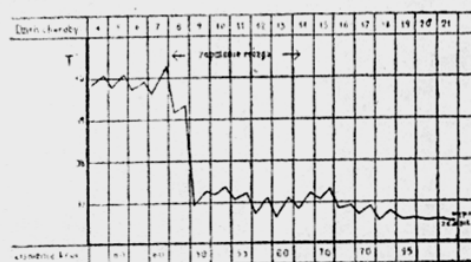
Chora R. M. lat 50. Spadek temperatury (bez objawów zapaści), zwiastujący zapalenie mózgu. Ponowny wzrost temperatury. Powrót do zdrowia.

Dreszcze notowano przeważnie w pierwszych 2—3 dniach choroby; niekiedy jednak, przy skaczącej cieplocie, występowały codzienne dreszcze, powtarzające się prawie przez cały czas choroby.

Czas trwania gorączki wynosił od 14 do 20 dni; najkrótszy okres w przypadkach o bardzo lekkim przebiegu 5—6 dni. W dość licznych przypadkach gorączka utrzymywała się przez 3—4 tygodnie, przy czym nie stwierdzono równoległości między czasem trwania gorączki a ciężkością schorzenia. Przeciwnie,

przypadki ciężkie, w których rokowanie było raczej gorsze, trwały krótko, a przypadki z długotrwałą gorączką przebiegały łagodnie i dawały mniejszą śmiertelność. Rzecz prosta, że mowa tu o tych przypadkach, w których przedłużenie się ciepłoty nie było zależne od jakichkolwiek powikłań.

Najdłuższy okres gorączkowy i jednocześnie typ hipertermiczny obserwowano u 20-letniego medyka; dur płamisty trwał w tym przypadku 6 tygodni — przez cały czas była bardzo wysoka gorączka, dająca nieznaczne wahania, przy czym pomimo bardzo dokładnych obserwacji i licznych badań pomocniczych,



Rys. 2.

Chora H. G. lat 42. Spadek temperatury w 9-tym dniu choroby; zapalenie mózgu przy niskiej temperaturze. Ciśnienie krwi pomimo ciężkiego stanu nie spada poniżej 50 mm Hg.

nie stwierdzono żadnych powikłań, któreby tłumaczyły przedłużanie się wysokiej gorączki. Nadmienić należy, że dany osobnik od dzieciństwa znany był, jako typ hiperergiczny; oddziaływał gwałtownie na leki z grupy piramidonu, w postaci zmian skórnych i wysokiej gorączki; być może, że w przebiegu duru płamistego wystąpiło podobne uczulenie na zarazki lub ich jady.

Obserwowaliśmy bardzo rzadkie przypadki poronne z gorączką, trwającą zaledwie 2—3 dni, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym. Rozpoznanie opierało się na narastającym odczynie Weil-Felixa, lub obecności typowej wysypki, czy też powiększenia śledziony. Postać ta przeważała u osób w młodym oraz bardzo podeszłym wieku; wreszcie pod koniec epidemii — niezależnie od wieku.

U osobników młodych i bardzo rzadko u starszych notowano postać hipertermiczną, gdzie gorączka 41—42° C utrzymywała się szereg dni; nie wpływało to na ciężkość przebiegu i bynajmniej nie szło w parze z zamroczeniem i śpiączką — raczej notowano podniecenie i euforię. Zwykle środki przeciwgorączkowe, jak aspiryna, piramidon, gorączki nie obniżały.

Spadek ciepłoty również odbiegał od typu książkowego, gdyż nie zawsze miał charakter krytyczny, przeważnie ciepłota obniżała się w

ciągu 2—3 dni; w 30% spadek był wyraźnie lityczny, podobny do duru brzuszego.

Wysypka najczęściej występowała wyraźnie. Istnieją jednak niewątpliwe przypadki duru płamistego bez wysypki; liczbę tego rodzaju przypadków trudno jest określić, gdyż znaczny odsetek chorych był dostarczany do szpitala w późnym okresie, kiedy wysypka już mogła przeminąć. Stwierdzenie wysypki również utrudniały rozległe zmiany skórne z powodu złych warunków higienicznych i sanitarnych licznej rzeszy chorych. Opierając się jednak na przypadkach, obserwowanych od pierwszych dni choroby, w których nie było zmian skórnych, sądzimy, że w około 10% przypadków duru płamistego przebiegało bez wysypki.

Zjawienie się wysypki notowaliśmy najwcześniej w 4—5 dniu choroby. Początkowo wykwity miały charakter różyczki, znikającej od ucisku; w 6—7 dniu wysypka różyczkowa zwykle przekształcała się w krwotoczną, najpóźniej wykwity zjawiały się w 8 dniu choroby. W końcu drugiego tygodnia wysypka stopniowo znikala, przy czym występowało drobne łuszczenie naskórka; niekiedy pozostawały nieznaczne zmiany barwnikowe. W niektórych nader rzadkich przypadkach obserwowano nawrót wysypki.

Topografia wysypki była przeważnie taka, jak podają podręczniki: t. zn. zewnętrzna strona przedramion i ramion, brzuch, grzbiet stopy, okolice międzyłopatkowe. Występowanie i szerzenie się wysypki odbywa się etapami; najwcześniej pojawia się na grzbiecie stóp i na przedramionach, w ciągu następnych paru dni rozszerza się na inne odcinki skóry. W przypadkach obfitej, rozległej wysypki, niekiedy silnej, stwierdzano, w przeciwieństwie do obserwacji innych autorów, wykwity również na szyi, twarzy, na uwłosionej skórze głowy, na stopach i dloniach.

Wielkość, kolor i kształt plam bywa różnorodny. Na ogół plamki są drobne, niezlewające się z sobą, wielkości od główki szpilki do ziarnka soczewicy, o zarysach nieregularnych. Kolor wykwitu zależy od okresu — różyczka jest różowa i znika od ucisku, wysypka krwotoczna jest żywo czerwona, w późniejszych okresach rdzawa i nieznikająca od ucisku. Jeśli sprawie towarzyszy niedomoga krążenia, wysypka nabiera koloru siniego. Często obserwuje się inne odmiany wykwitów, np. bywają wysypki, które w początkowym okresie są bardzo podobne do odróżnych, rzadziej do płoniczych; po paru dniach przybierają charakter zwykłej wysypki krwotocznej, obserwowanej w klasycznym przebiegu duru płamistego. Niekiedy wysypka staje się wybitnie krwotoczna, tworząc zlewające się duże plamy, zwłaszcza na kończynach dolnych, co nie

idzie jednak w parze z ciężkością schorzenia. W niektórych przypadkach, we wczesnych okresach choroby, obserwowaliśmy obok typowych wykwitów albo zamiast nich pokrzywkę, obejmującą skórę całego ciała łącznie z twarzą, w postaci białe różowych swędzących bąbli.

## PRZEWÓD POKARMOWY I JAMA BRZUSZNA

### *Jama ustna.*

Zmiany w jamie ustnej, na które w piśmiennictwie zwraca się zbyt mało uwagi, są bardzo częste i ciężkie. Język jest najczęściej suchy, skórzasty; u szczytu choroby ma wyraźne zabarwienie brudno brunatne, zwłaszcza na powierzchni grzbietowej. Chorzy skarżą się na uczucie męczącego pieczenia w jamie ustnej, głównie języka, co często uniemożliwia pobieranie pokarmów; pieczenie to niekiedy jest tak gwałtowne, że zmusza do podawania kokainy. Również często występują na bocznej powierzchni języka, rzadziej na górnej i dolnej, owrzodzenia różnej wielkości, dość głębokie o pofałdowanych, grubych, nieregularnych brzegach, bardzo bolesne i uciążliwe dla chorych; podobne owrzodzenia występują niekiedy na śluzówce policzkowej, podniebieniu, łukach i migdałkach. Bardzo częste są zmiany śluzówki policzków, podniebienia, gardzieli i języka, polegające na skłonności do tworzenia się pleśniawek w całej jamie ustnej, są bardzo trudne do zwalczania, dochodzą do wielkich rozmiarów i bywają w następstwie powodem martwicy i głębokich, trudno gojących się owrzodzeń.

Signe de la langue — bardzo często występujący objaw, który polega na niemożności wysunięcia języka; zależy z jednej strony od zmian miejscowych, z drugiej — jest niewątpliwie pochodzenia ośrodkowego nerwowego (*hypokinesis*). W związku ze zmianami w jamie ustnej zmienia się mowa chorego — staje się zatarta, źle artykułowana, trudno zrozumiała; często w cięższym przebiegu, u szczytu choroby, zamienia się w zupełnie niezrozumiały belkot.

Opryszczka wargowa (*Herpes labialis*) występowała bardzo rzadko (1%).

Gruczoły ślinowe. Do względnie częstych (6%) i ciężkich powikłań należało zapalenie ślinianek przyusznych, podszczękowych i podjęzykowych; najczęściej były zaatakowane przyusznicę. Powikłanie to występowało przeważnie w drugim tygodniu choroby, rozwijało się zwykle bardzo szybko w postaci twardego nacieku z podniesieniem ciepłoty; sprawa występowała niezależnie od płci i wieku. Zapalenie ślinianek notowano często w ciężkim przebiegu duru w przypadku roz-

ległych zmian w jamie ustnej w postaci pleśniawek i owrzodzeń. Niejednokrotnie jednak obserwowano ciężkie zapalenie przyusznic, gdy dur przebiegał stosunkowo lekko. Zapalenie ślinianek miało skłonność do ropienia, tak że w przeważającej liczbie przypadków konieczny był zabieg operacyjny. W nielicznych jedynie przypadkach sprawa ograniczała się do obrzęku ślinianek, cofającego się pod wpływem leczenia zachowawczego.

Zapalenie ślinianek, zwłaszcza przyusznich, bywa dość często (12%) bezpośrednią przyczyną śmierci wskutek rozwijającego się stanu septycznego, obrzęku krtani lub krwotoków z nadżarcia głębokich tętnic. Rzecz prosta, że rokowanie znacznie się pogarsza, jeśli zapalenie ślinianek występuje w ciężkim przebiegu duru, zwłaszcza z jednoczesnym zapaleniem mózgu.

#### Zołądek i jelita.

W pierwszych dniach choroby dość często, zwłaszcza u młodych dziewcząt, występowały silne nudności, niekiedy połączone z wymiotami; w dalszym przebiegu choroby cofały się samoistnie. Czasem wymioty trwały dość długo (8 — 10) i były bardzo trudne do opanowania.

Dur płamisty przebiega zwykle z zahamowaniem wydzielania soków trawiennych; stąd suchość w ustach i niedokwaśność żołądka, co stwierdziliśmy w wielu przypadkach.

Na uwagę zasługują ciężkie krwotoki kiszkowe, mało uwzględniane w piśmiennictwie (2%), które występowały nagle, bez żadnych objawów zwiastunowych i bez jakichkolwiek uchwytnych przyczyn. Osoby, dotknięte tymi krwotokami, w wywiadach nie podawały żadnych schorzeń żołądkowo-jelitowych, któreby mogły być źródłem krwawienia. Krwotoki były zawsze bardzo obfite, występowały w drugim tygodniu choroby, niezależnie od ciężkości przebiegu duru; przeciwnie wszystkie te przypadki do zjawienia się krwotoku przebiegały raczej łagodnie i bez innych powikłań; u żadnego z tych chorych nie stwierdzono ciężkiego zapalenia mózgu. Pomimo stosowania różnego rodzaju środków przeciwkrwotocznych oraz często powtarzanego przetaczania krwi — krwotoki w większości przypadków prowadziły do śmierci. Udało się nam jedynie w dwóch przypadkach, dotyczących osobników młodych, opanować krwotoki i utrzymać chorych przy życiu. U wszystkich zmarłych stwierdzono na sekcji ten sam obraz, a mianowicie obfite krwawienia miąższowe ze śluzówki jelit cienkich lub grubych. Powyżej i poniżej miejsca krwawiącego nie znajdowano w jelicie żadnych zmian (*Stein i Gildz*). Również obraz krwi nie miał wyraźniejszych odchyleń od normy w sensie skazy krwotocznej

#### Sledziona.

Sledziona w durze płamistym jest w 80% powiększona i macalna. Niekiedy już w czwartym dniu choroby można było wyczuć brzeg sledziona. Wyraźne powiększenie występowało przeważnie w 5 lub 6 dniu choroby. Często jeszcze przed wymacywaniem zjawiały się bóle pod lewym łukiem żebrowym. Później bóle cofały się, chociaż sledziona się powiększała. Sledziona była zwykle twarda i przy obmacywaniu tkliwa; wielkość jej, niezależnie od ciężkości choroby, wahała się w dużych granicach — od rąbka, wystającego spod łuku żebrowego, do wielkości pięści. Po 10 dniach sledziona zaczynała się zmniejszać i stopniowo chowała się pod łuk żebrowy.

#### Wątroba.

Powiększenie i bolesność wątroby również należy do częstszych i wczesnych objawów duru płamistego; niekiedy występuje wcześniej niż powiększenie sledziona. Wątroba jest miękka, gładka, tkliwa lub żywo bolesna; czasami dochodzi do bardzo dużych rozmiarów, niekiedy z towarzyszeniem stanów podżółtaczkowych. Nasilanie się żółtaczki jest objawem ciężkim i daje niepomyślne rokowanie. Wszystkie przypadki duru płamistego, które przebiegały z ciężką żółtaczką, kończyły się śmiercią w ciągu krótkiego czasu. Żółtaczka występująca w końcu 1 lub na początku 2 tygodnia, ma wszystkie cechy żółtaczki miąższowej, za czym przemawiają badania laboratoryjne oraz wyniki sekcji. Znaczne powiększenie wątroby notowano częściej u kobiet, natomiast ciężka żółtaczka występowała przeważnie u mężczyzn.

Do rzadkich powikłań należy zapalenie woreczka żółciowego, występujące w czasie choroby lub w parę tygodni po przebytym durze płamistym; zdarza się przeważnie u osób, które już dawniej cierpiały na woreczek żółciowy; w dwóch przypadkach sprawa przeistoczyła się w zapalenie ropne, co wymagało zabiegu chirurgicznego. Z dwóch tego rodzaju operacji jeden chory wyzdrowiał, a jedna chora zmarła.

### DROGI ODDECHOWE

#### Krtani i tchawica.

Do bardzo ciężkich powikłań należy martwica krtani i tchawicy. Najgroźniejsze są zmiany, obejmujące chrząstki i tylną ścianę krtani w okolicy strun głosowych. Powikłanie to, dość rzadkie (1,5%), ale bardzo ciężkie, występuje przeważnie w drugim tygodniu choroby, czasem później — w okresie zdrowienia; przeważnie prowadzi do śmierci wśród objawów obrzęku krtani i duszenia. Podkreślić

należy dwa interesujące momenty, mianowicie: powikłanie to przeważnie występowało w przebiegu lekkim lub średnim duru plamistego, oraz, że na ogół nie towarzyszyły mu rozległe zmiany pleśniawkowe lub wrzodziejące jamy ustnej.

Tylko w paru przypadkach udało się za pomocą w porę wykonanej tracheotomii, ocalić chorego od śmierci. W dwóch przypadkach stan chorych po tracheotomii stopniowo się polepszał, jednak nagły i bardzo obfity krwotok z krtani stał się przyczyną śmierci.

Na podstawie dokładnej obserwacji stwierdziliśmy, że alarmującym objawem, zwiastującym zbliżenie się obrzęku krtani, jest bezgłos; należy wtedy niezwłocznie przystąpić do tracheotomii.

#### Oskrzela.

Rozlane zapalenie oskrzeli jest bardzo częstym i wczesnym powikłaniem duru plamistego. Cofa się w okresie zdrowienia.

#### Pluca i oplucna.

Zapalenie płuc i oplucnej. Do częstych powikłań duru plamistego należy odoskrzelowe zapalenie płuc, występujące przeważnie w drugim tygodniu (w 8 lub 9 dniu choroby). Ogniska znajdują się zwykle w dolnym płacie i przy kręgosłupie, nie zawsze towarzyszy im skok ciepłoty. W bardzo wielu przypadkach stwierdziliśmy szybką zmienność objawów obiektywnych, towarzyszących ogniskom płucnym; objawy opukowe i wysłuchowe cofały się czasem w ciągu 24 — 36 godzin. Odoskrzelowe zapalenia płuc, choć często były rozległe i trwały dość długo, prawie nigdy nie dawały objawów duszności. Niekiedy stwierdzano odczyn oplucnowy w postaci niewielkiego wysięku, który przeważnie szybko się wysysał.

Niektórzy autorzy odróżniają wczesne zapalenie płuc w pierwszym tygodniu duru plamistego oraz późne — w drugim tygodniu; uważają, że wczesne sprawy oskrzelowe i płucne są swoiste i zależą od rickettsjozy, natomiast późne przypisują zakażeniu wtórnemu (*Dawidowski*). Inni zaś opierając się na szybkości zjawiania i znikania ognisk płucnych, przypuszczają, że wchodzi tu w grę zaburzenia ukrwienia płuc, wskutek porażenia ośrodków naczynioruchowych. Nie ma jednak na to żadnych dowodów klinicznych i anatomicznych.

Nie podzielamy również poglądu, że odoskrzelowe zapalenie płuc pogarsza wybitnie rokowanie. Przeciwnie, opierając się na bardzo dużym materiale, możemy powiedzieć, że odoskrzelowe zapalenie płuc bardzo rzadko bywa bezpośrednią przyczyną śmierci w przebiegu duru plamistego. Nawet u osób starszych z rozedmą płuc, u osób z wadą zastawek

sercowych, u astmatyków, odoskrzelowe zapalenie płuc w przebiegu duru plamistego kończyło się zwykle pożyślnie i nie powodowało pogorszenia ogólnej sprawy chorobowej. Mówimy tu wyłącznie o przypadkach, przebiegających bez ciężkiego zapalenia mózgu, gdyż wówczas każde powikłanie, a więc i odoskrzelowe zapalenie płuc, znacznie pogarsza rokowanie.

Dlatego też wątpliwą ma wartość statystyka (*Aschenbrenner*), podająca, że odoskrzelowe zapalenie płuc jest w 15 — 20% przyczyną śmierci w durze plamistym, gdyż w takim odsetku stwierdza się ogniska płucne na sekcji. Zdaniem naszym, nie zapalenie płuc jest bezpośrednią przyczyną śmierci, lecz zapalenie mózgu, a ogniska w płucach rozwijają się w parę godzin przed śmiercią, jak o tym przekonaliśmy się wielokrotnie.

Zapalenie płatowe płuc widzieliśmy zaledwie w paru przypadkach. Przebieg choroby z takim powikłaniem nie był szczególnie ciężki.

Jedynie obustronne zapalenie płuc, zlewające się, zajmujące więcej niż jeden płat, bywało bezpośrednią przyczyną śmierci.

Jak już wspominaliśmy, wysięk oplucnowy zwykle szybko się wysysał; w wyjątkowych przypadkach ulegał zropieniu; postępowanie nie odbiegało wówczas od zwykłych metod: wypuszczano płyn i przepłukiwano jamę oplucnej, a potem wykonywano wycięcie żebra. Na ogół i tu, chociaż sprawa trwała długo, wyniki, z nielicznymi wyjątkami, były pomyślne.

Nader interesującym i rzadkim powikłaniem (0,5‰), były krwotoki z drobnych oskrzeli i mięszu płucnego w postaci obfitego krwiopłucia lub powtarzających się krwotoków, które z reguły prowadziły do śmierci. Krwotoki te, analogicznie do jelitowych, występowały niezależnie od ciężkości przebiegu choroby, przeważnie w drugim tygodniu, i nie dawały się niczym opanować. Nie znajdowano żadnych ognisk w płucach. Na sekcji stwierdzano krwawienia mięszowe z drobnych oskrzelików i z tkanki płucnej (*Stein i Gilde*).

Bardzo częstym objawem w przypadkach z zapaleniem mózgu jest wybitne przyspieszenie oddechu, prawdopodobnie pochodzenia ośrodkowego. Szybki oddech powoduje nadmierną utratę dwutlenku węgla wskutek hiperwentylacji, co z kolei źle wpływa na sprawność ośrodka naczynioruchowego (*hypokapnia*) i pogarsza krążenie mózgowie i obwodowe, ze skłonnością do zapaści.

W końcowych okresach zapalenia mózgu występuje dość często oddech Cheyne-Stokesa lub Kussmaula.

## UKŁAD KRAŻENIA

Jeśli chodzi o układ krążenia, dawniej sądzono, że w przebiegu chorób zakaźnych zostaje zaatakowany przede wszystkim mięsień sercowy. Dziś wiadomo, że istotne zmiany dotyczą krążenia obwodowego. Zagadnienie to w durze płamistym odgrywa bardzo ważną rolę, a w przebiegu zapalenia durowego mózgu wysuwa się na pierwszy plan, zwłaszcza w ostatnim okresie choroby, decydującym o życiu chorego.

### Krążenie obwodowe.

Największe nasilenie zmian naczyniowych i okolonaczyniowych w postaci guzków Fraenkla, swoistych dla duru płamistego, stwierdza się na dnie 4 komory i w rdzeniu przedłużonym. Zarówno rozmiary jak i ilość guzków jest tu największa. Jeśli się zważy, że właśnie na dnie 4 komory i w rdzeniu przedłużonym znajdują się ośrodki, regulujące najważniejsze czynności życiowe, między innymi ośrodek naczynioruchowy i oddechowy, staje się jasne, że zmiany tu u niejednego są nader groźne dla życia chorego.

Regulacja krążenia obwodowego przez układ nerwowy jest bardzo zawiła. Pamiętać należy, że poza wymienionymi ośrodkami na dnie 4 komory i w rdzeniu przedłużonym, istnieją nadrzędne ośrodki naczynioruchowe w 3 komorze. Do porażenia naczyń obwodowych przyczyniają się również zmiany w zwojach układu sympatycznego oraz w gruczołach dokrewnych, które czynnościowo są ściśle włączone do układu wegetatywnego.

Nie tylko zmiany anatomiczne, swoiste dla duru płamistego, rozsiane w różnym stopniu w układzie naczyń przedwłośniowych i włosowatych całego ustroju, są przyczyną zaburzeń krążenia obwodowego. Poza tym nader ważną rolę odgrywa działanie jałów zarówno na ośrodki naczynioruchowe jak i na same naczynia obwodowe.

Tak więc w durze płamistym krążenie obwodowe jest znacznie bardziej upośledzone, niż w innych chorobach zakaźnych; nie też dziwnego, że w durze występuje znacznie bardziej długotrwały spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Niektórzy autorzy twierdzą, że niskie ciśnienie krwi w durze płamistym zależy głównie od niedomogi nadnerczy. Naszym zdaniem, rola nadnerczy jest drugorzędna. Przemawia za tym chociażby spostrzeżenie, że wstrzykiwanie hormonu kory nadnerczy, nawet w dużych dawkach nie wywierało żadnego wpływu na poziom ciśnienia krwi w przebiegu duru; natomiast w chorobie Addisona, gdzie mamy do czynienia z wybiórczym uszkodzeniem nadnerczy, wyciągi kory wywołują

wzrost ciśnienia krwi, a niekiedy nawet powodują nadciśnienie (*Thaddea*).

Wydatne obniżenie ciśnienia krwi stwierdza się we wszystkich bez wyjątku przypadkach duru płamistego. Najniższe obserwowane ciśnienie Mx. wynosiło około 40 mm Hg; Mn. ulegało o wiele mniejszemu spadkowi, co znacznie zmniejszało amplitudę. Spadek ciśnienia jest objawem wczesnym (4 — 5 dzień), dochodzi do szczytu w początkach drugiego tygodnia i bardzo powoli narasta, w miarę ogólnej poprawy; przez długi czas po przebytej chorobie, niekiedy nawet w ciągu paru miesięcy, jeszcze nie wraca do stanu pierwotnego.

Podkreślić należy interesujące spostrzeżenie, że zarówno u hipertoniców, jako też u hipotoniców i normotoniców ciśnienie krwi w przebiegu duru płamistego spada mniej więcej do tego samego poziomu.

Niektórzy autorzy (*Aschenbrenner*) podają, że ciśnienie krwi Mx 70 mm. Hg. stanowi granicę, poniżej której zjawia się wybitna skłonność do zapaści. Nasze spostrzeżenia tego nie potwierdzają. Przeciwnie, widzieliśmy tysiące przypadków duru, lekko i średnio przebiegającego z ciśnieniem Mx. 50—60 mm Hg. bez współistnienia zapaści.

Z tego widać, jak dalece ustrój może dostosować się do zupełnie zmienionych warunków krążenia. Ta tolerancja, regulowana przez jakieś nieznanne, subtelne mechanizmy, najjaskrawiej występowała u osób, które przed zachorowaniem na dur płamisty należały do hipertoniców z ciśnieniem 200—250 mm Hg., trwającym już od wielu lat; u tych chorych ciśnienie w ciągu paru dni spadało do 50—60 mm Hg., a jednak było znoszone zupełnie dobrze.

Przystosowanie się ustroju do obniżonego ciśnienia krwi jest tak uderzające, że byliśmy nawet skłonni zaniechać zwalczania hipotonii środkami farmakologicznymi, co zresztą okazało się bardzo trudne do osiągnięcia. Do sprawy tej powrócimy przy omawianiu leczenia duru płamistego.

Obok niskiego ciśnienia krwi bardzo często spostrzeganym objawem jest tachycardia, niewspółmierna do ciepłoty; u szczytu choroby rytm serca dochodzi do 130 — 150 uderzeń na minutę. Chociaż tak szybkie tętno trwało często szereg dni, jednak znoszone było przez ustrój dość dobrze. Należy nadmienić, że ani naparstnica ani strofantyna, nawet w dużych dawkach, nie dawały zwolnienia tętna. Najpewniej tachykardia w przebiegu duru płamistego nie zależy wyłącznie od zmian w mięśniu sercowym, lecz od ośrodkowego układu nerwowego, a mianowicie od anatomicznych bądź toksycznych zmian ośrodka nerwu błędnego. Przemawiałaby za tym rów-



niez bradykardia, obserwowana dość często w okresie zdrowienia, będąca wyrazem hiperkompensacji — wzmożonego napięcia nerwu błędnego.

Do dość częstych objawów, zwłaszcza w ciężkim przebiegu duru, należy sinica, wywołana nadmiernym odtlenianiem krwi z powodu zwolnienia prądu krwi w porażonych naczyniach.

Najwyższym wyrazem niedomogi i krążenia obwodowego jest ostra zapaść, wskutek nagłego zmniejszenia się ilości krwi krążącej, z powodu zalegania jej w tzw. „workach” i „magazynach”, głównie w układzie nerwu trzewiowego. Jeśli krew zupełnie przestaje dopływać do serca — następuje śmierć. W tym krytycznym okresie ostrej, nagłej występującej zapaści, chory staje się bladoszyny, pokryty zimnym potem; tętno jego jest bardzo szybkie, nitkowate, czasem wcale niewyczuwalne; ciśnienie i tak już niskie, jeszcze bardziej opada; temperatura znacznie się obniża; jeśli przed zapaścią nie było zaburzeń świadomości, chory na ogół przytomności nie traci.

Należy nadmienić, że u chorych nie mających ciężkich objawów zapalenia mózgu, tego rodzaju ostra zapaść należy do rzadkości. Jeśli się zdarza — trwa krótko i chory szybko wraca do stanu pierwotnego; nawet po kilkakrotnej zapaści, co się zdarzyło w bardzo nielicznych przypadkach, chorzy tego rodzaju wychodzili obronną ręką.

Ciężkie zapaści występują natomiast w przypadkach, powikłanych zapaleniem mózgu. Zapaść, występująca u szczytu nasilenia objawów mózgowych, zawsze daje bardzo niepomyślne rokowanie. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że w tego rodzaju przypadkach zapaść ma charakter p o d o s t r y i trwa 2 lub 3 doby. Mamy tu właściwie do czynienia nie tylko z porażeniem naczynioworuchowym, lecz, z zależnym od zapalenia mózgu, stopniowym wygasaniem wszystkich czynności życiowych. Obraz ten jest bardzo charakterystyczny i wybitnie różni się od końcowego okresu innych chorób zakaźnych. Chory leży zwykle bez ruchu, jest wybitnie wychudzony, skóra pomimo napaści jest sucha, bladoszyna, oddech szybki czasem o cechach Cheyne-Stokesa lub Kussmaula; powieki nawpół przymknięte, przy nawoływaniu chory zwraca oczy do osoby mówiącej — odnosi się wrażenie, że rozumie zadawane mu pytania; tętno miękkie, nitkowate lub niewyczuwalne. Tętno serca bardzo głucho lub niesłyszalne. Stopniowo rozwija się sinica, kończyny stają się coraz bardziej zimne. Śmierć przychodzi niepostrzeżenie.

Sinica plamista. Na szczególne omówienie zasługują zmiany naczyniowe, które nazwaliśmy „sinicą plamistą”, a których opisu nie znaleźliśmy w dostępnym dla nas piśmien-

nictwie. Należy je ściśle odróżniać od sinicy, występującej w niedomodze krążenia, od odmrożeń i od wylewów krwawych. Ze względu na barwę i umiejscowienie najbardziej przypominają pośmiertne plamy opadowe. Sinica ta, w postaci symetrycznie występujących plam różnej wielkości, mających różny kształt i nieregularne brzegi, nie znikających od ucisku, występuje przede wszystkim na grzbiecie stopy, w okolicy kostek i na łędźwiach. Plamy takie zjawiały się zwykle w końcu pierwszego lub w drugim tygodniu choroby, nie miały nic wspólnego z wysypką; przeważnie występowały w okresie znikania lub cofania się wysypki.

Wystąpienie sinicy plamistej zawsze zwiastowało śmierć. Nawet w okresie, gdy stan chorego był zupełnie dobry, kiedy nie było jeszcze żadnych niepokojących objawów, w ciągu najbliższych dni we wszystkich bez wyjątku przypadkach rozwijało się ciężkie zapalenie mózgu i prowadziło do śmierci; sinica plamista była więc zawsze zwiastunem śmiertelnego zapalenia mózgu.

Wobec tego, że zagadnienie to bardzo nas interesowało, rozpoczęliśmy wraz z anatomicznymi (Stein, Gilde) badania nad wycinkami skóry w obrębie sinicy plamistej. Początkowo robiono badania pośmiertne; później chcąc pogłębić patogenetę tych plam, przeszliśmy do badań za życia. Celem porównania badano wycinki skóry chorych na dur plamisty bez sinicy plamistej. Na podstawie badania histopatologicznego stwierdzono rozległe nacieki wokół naczyń krwionośnych, z ich zupełnym zaccopowaniem, martwicę ścian naczyniowych i liczne wybroczyny oraz martwicę skóry i tkanki podskórnej. Ogólnie można powiedzieć, że są to zmiany podobne do swoistych zmian duru plamistego, lecz daleko posunięte i bardzo rozległe. Na uwagę zasługuje fakt, że w tych przypadkach również zmiany autopsyjne w mózgu były wybitne (Gilde). Jak z tego wynika, obraz sinicy plamistej świadczy o szczególnej złośliwości zakażenia.

M a r t w i c a o b w o d o w a. Przechodzimy obecnie do martwicy obwodowej, typowej dla duru plamistego. Na materiale pierwszej epidemii (1940) obraz był zamaskowany szczególnymi warunkami; epidemia rozpoczęła się podczas surowej zimy, chorzy znajdowali się w bardzo złych warunkach, jeśli chodziło o odzież i ogrzewanie mieszkań. Dlatego też trudno było odróżnić masowo występujące odmrożenia od martwicy durowej. Dopiero w lecie, podczas drugiej epidemii (1941—1942), obserwowano częste przypadki martwicy (0,5%) o różnym umiejscowieniu, najczęściej na czubku nosa, poza tym na małżowinach usznych, na palcach nóg i piętach. Sprawa rozpoczęła się od ograniczonego zasinienia, po-

tem odcinki skóry czerniały i rozwijała się sucha zgorzel; w następstwie powstawały ubytki różnej wielkości i głębokości, które stopniowo się wypełniały, prowadząc do zupełnego wygojenia. W paru przypadkach wskutek zgorzeli, chorzy utracili członki palców u nóg, a nawet części stopy.

W paru przypadkach, również w lecie, widzieliśmy interesujący obraz kliniczny, wyprzedzający zgorzel. Na kończynie dolnej, na której następnie rozwinęła się zgorzel, wystąpiło ostro odgraniczone zblednięcie, obejmujące stopę do 1/3 dolnej części podudzia; skóra na tym odcinku była wybitnie zimna, tętna a. *dorsalis pedis* i *tibialis* nie wyczuwało się; stopa była przy tym bardzo bolesna. Po kilkunastu godzinach skóra na stopie stawała się ciepła i żywo czerwona. Stopniowo barwa skóry wracała do normy, a na palcach nogi występowało zasinienie, a potem powierzchowna zgorzel, która po paru tygodniach w zupełności się zagoiła. Z powyższego obrazu należy sądzić, że poza zmianami anatomicznymi w drobnych naczyniach, pewną rolę w powstawaniu zgorzeli odgrywają gwałtowne skurcze większych naczyń; rozległość martwicy zależy najpewniej od czasu trwania stanu skurczowego i od stopnia zmian swoistych w drobnych naczyniach.

Niektórzy autorzy (*Munk*) twierdzą, że martwica i zgorzel ściśle łączy się z niskim ciśnieniem krwi, które, jak już mówiliśmy, jest jednym z charakterystycznych objawów duru płamistego. Nie stwierdziliśmy żadnej równoległości między występowaniem martwicy i wysokością ciśnienia krwi. Również ciężkość przebiegu choroby, a nawet zapalenie mózgu, nie szły w parze z występowaniem martwicy obwodowej.

#### Serce

Serce w mniejszym lub większym stopniu jest zawsze zaatakowane w przebiegu duru płamistego. Jest to sprawa przede wszystkim toksyczno-mięśniowa, a dalej naczyniowa, zależna od swoistych zmian durowych, które występują tu dość rzadko i są niezbyt rozległe (*Stein*). Tony serca, nawet w przypadkach niezbyt ciężkich, są gluche, a u szczytu choroby czasem ledwie słyszalne.

Zaburzenia przewodnictwa należą do rzadkości; bloku sercowego nie widzieliśmy ani razu.

Długotrwała tachycardia, tak częsta w durze płamistym, źle wpływa na ukrwienie mięśnia sercowego. Wydolność serca jest również obniżona wskutek upośledzenia stanu krążenia obwodowego, co pociąga za sobą spadek ciśnienia krwi, wydatne zmniejszenie ilości krwi krążącej i dopływającej do serca a więc i do naczyń wieńcowych; tą drogą może dojść do

wtórnego uszkodzenia mięśnia sercowego z powodu hipoksemii.

Należało by oczekiwać, że mięsień sercowy, zaatakowany z tak wielu stron, winien często odmawiać posłuszeństwa, zwłaszcza u ludzi z nadwątlonym sercem jeszcze z przed okresu zachorowania. Opierając się na naszym materiale, przyszliśmy do wręcz przeciwnego wniosku. Okazało się, że wszelkie przewlekłe schorzenia serca, jak miażdżycy naczyń wieńcowych, przerost serca z nadciśnieniem tętniczym, nawet zawaly mięśnia sercowego, przebyte niedługo przed zachorowaniem na dur płamisty, nie wpływały na przebieg choroby w kierunku wyraźnego pogorszenia rokowania. To samo dotyczy osobników ze skrzywieniem kręgosłupa, z rozedmą płuc, z dychawicą oskrzelową. Również u osób ciempiących od wielu lat na wadę zastawek (przeważnie zastawki dwudzielnej), które już miały objawy niewydolności mięśnia sercowego, przebieg duru płamistego nie odbiegał od przeciętnego obrazu. Sama wada zastawkowa nigdy nie była bezpośrednią przyczyną śmierci, z wyjątkiem dwóch przypadków zwężenia zastawki dwudzielnej; u chorych tych w ciągu paru dni rozwinęła się ostra niedomoga krążenia, której nie udało się zwalczyć. Natomiast w bardzo wielu przypadkach wad zastawkowych stwierdziliśmy, że chorzy znosili zupełnie dobrze dur płamisty i nawet po przebyciu choroby nie notowano pogorszenia się stanu serca. Oczywiście, chorzy z przewlekłymi cierpieniami serca wymagali szczególnego postępowania leczniczego, co omówimy w odpowiednim rozdziale.

Jak z powyższego wynika zmiany w mięśniu sercowym widocznie nie są daleko posunięte, również i okres zdrowienia potwierdza ten pogląd, gdyż na ogół objawy sercowe cofają się szybko. Natomiast krążenie obwodowe jest w okresie zdrowienia bardzo chwiejne. Niekiedy, nawet przez dłuższy czas (2—3 miesiące) po przebytej chorobie, stwierdza się skłonność do tachykardii i do obfitych potów po najmniejszym wysiłku.

#### UKŁAD NERWOWY

Układ nerwowy jest zawsze w mniejszym lub większym stopniu zaatakowany w przebiegu duru płamistego. W każdym przypadku sekcyjnym, niezależnie od stopnia nasilenia zapalenia mózgu, a nawet w przypadkach, zupełnie łagodnych, bez wyraźniejszych klinicznych objawów mózgowych, gdy śmierć następowała wskutek jakiejś innej przyczyny (np. krwotoki kiszkowe, obrzęk krtani, ropne zapalenie przyusznic z posocznica), zawsze stwierdzano mikroskopowe zmiany w mózgu, które zdaniem anatomopatologów (*Stein, Gilde*) w zupełności wystarczały do rozpoznania duru płamistego.

Najwcześniejszy przypadek śmierci, bez żadnych uchwytnych klinicznie objawów mózgowych, dotyczył młodego mężczyzny, który w 4 dniu choroby zmarł z powodu obustronnego zapalenia płuc; już w tym okresie stwierdzono w naczyniach mózgowych zmiany typowe dla duru plamistego.

Również w szeregu przypadków późnej śmierci (np. w 3 miesiące po przebytych durze plamistym), gdzie w okresie zdrowienia nie notowano żadnych objawów mózgowych, gdzie przyczyną śmierci były powikłania przeważnie ropne, np. ropne zapalenie przyusznicy lub czyraczność ogólna z posocznicą, znajdowano na sekcji mikroskopowe zmiany mózgowie z przewagą elementów degeneracyjnych (*Gildz*).

Pierwsze objawy nerwowe notowano niekiedy już w 4 lub 5 dniu choroby, najczęściej jednak dopiero w 7 lub 8 dniu. Pełny obraz zapalenia mózgu rozwijał się zwykle między 9 a 11 dniem choroby. Objawy mózgowie zaczynały się cofać w 13 lub 14 dniu, niekiedy sprawa się przedłużała i trwała do 18 lub 20 dnia choroby. Bardzo rzadko notowano nawroty zapalenia mózgu — przeważnie w 18 lub 19 dniu.

W czasie drugiej epidemii nierzadko obserwowano przypadki, nazwane przez nas „*encephalitis fulminans*”. Objawy mózgowie występowały wcześniej (4—5 dzień), rozwijały się bardzo szybko i doprowadzały do śmierci w ciągu 2—3 dni. Niekiedy dur przebiegał przez pewien czas zupełnie łagodnie, gdy nagle w połowie 2 tygodnia rozwijał się obraz *encephalitis fulminans* i kładł kres życiu chorego.

Zapalenie mózgu często szło w parze z podniesieniem ciepłoty, jednak w wielu przypadkach notowano spadek temperatury, co było cechą raczej ciężkiego zapalenia mózgu.

#### Postacie kliniczne zapalenia mózgu.

a) Postać z przewagą objawów oponowych.

W pierwszej epidemii obserwowano, głównie u osób młodych, zwłaszcza u dziewcząt, bardzo dużo przypadków oponowych z nieznaną tylko domieszką objawów zapalenia mózgu. Występowały bardzo silne bóle głowy, oraz mięśni, przeważnie mięśni brzucha i łydek.

Odruchy ścięgnisto-okostnowe przeważnie osłabione, nieraz zupełnie zniesione.

Objawy oponowe w postaci sztywności karku i objawu Brudzkiego były wyraźne; objaw Kerniga widziano rzadziej; jednocześnie stwierdzano znaczną przeczulicę skóry, głównie — brzucha, często w tak silnym stopniu, że chorzy nie pozwalali się badać.

Jak mówiliśmy wyżej, bóle mięśni brzucha były niekiedy bardzo silne i dominowały nad obrazem klinicznym. U dwóch młodych dziewcząt, przywiezionych w nocy do szpitala z po-

wodu gwałtownych bólów brzucha, rozpoznano omyłkowo ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i wykonano zabieg operacyjny; pomimo operacji i uśpienia chore, po przebytych durze, wróciły do zdrowia.

W czasie pierwszej epidemii robiono na oddziale, w celach obserwacyjnych, bardzo liczne nakłucia łądźwiowe u chorych z wyraźnymi objawami oponowymi w przebiegu powikłań mózgowych, jak również w przypadkach, gdy objawy te były minimalne. Punkcje robiono w różnych okresach choroby — od bardzo wczesnego do bardzo późnego.

W większości przypadków płyn mózgowo-rdzeniowy znajdował się pod zwiększonym ciśnieniem. Zmiany w płynie miały charakter zapalny; stwierdzano wzrost białka (3—4-krotny) z przewagą frakcji globulinowej; elementów komórkowych na ogół było mało (10—15 ciałek, przeważnie limfocytów). W postaciach klinicznych czysto lub przeważnie oponowych ilość komórek była znacznie większa, dochodzić mogła do 200, z przewagą (do 70%) limfocytów. Często, przeważnie w końcu pierwszego lub na początku drugiego tygodnia, obserwowano ksantochromję, koloru jasno cytrynowego do wiśniowego.

Nie stwierdzono żadnej równoległości między nasileniem objawów oponowych a zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Postacie czysto oponowe na ogół dawały dobre rokowanie.

b) Postacie z przewagą objawów mózgowych różniły się zasadniczo w przebiegu obu epidemii. W czasie pierwszej na ogół przeważały objawy ze strony kory mózgowej i dróg piramidowych; w drugiej epidemii wyraźnie dominowały postacie pozapiramidowe i mózdkowe.

W pierwszej epidemii występowały niekiedy drgawki, typu Jacksona lub uogólnione; dawały zawsze złe rokowanie; śmierć zwykle następowała w ciągu paru godzin lub paru dni po drgawkach. Drgawki te często się powtarzały, przechodząc w stan drgawkowy; nie dawały się niczym opanować (luminal, acekolina, nakłucie łądźwiowe). O wzmoczonej gotowości drgawkowej w przebiegu duru plamistego świadczy spostrzeżenie, że kardiazol, podawany podskórnie w małych dawkach (1—2 cm<sup>3</sup>), wywoływał niekiedy krótko trwające i niezbyt silne drgawki.

W pierwszej epidemii często stwierdzano objaw Babińskiego, który występował niezależnie od nasilenia objawów mózgowych i utrzymywał się bardzo długo, nawet w okresie zdrowienia; towarzyszyły mu częste wzmoczone odruchy ścięgniste. Rossolimo natomiast należał do rzadkości.

Obraz kliniczny drugiej epidemii był bardzo rozmaity, jeśli chodzi o udział układu

nerwowego; dominowały tu objawy pozapiramidowe w postaci najrozmaitszego typu hiperkinez (płasawicze, hemibalistyczne, mioklonie, miokinie). Najbardziej i najwcześniej zaatakowane były mięśnie twarzy, po czym stopniowo sprawa rozszerzała się na inne mięśnie. Nierzadko hiperkineza, zwłaszcza kończyn górnych i dolnych, była tak silna, że chory nie miał chwili spokoju i wydawało się, że wypadnie z łóżka. W paru przypadkach zaatakowane były mięśnie oczne, dając taniec galek ocznych — opsoklonię.

W drugiej epidemii notowano również dość częste objawy mózdkowe w postaci ataksji i asynergii; poza tym objawy opuszkowe, jako zaburzenia polykania i artykulacji.

Jednym z podstawowych objawów, wspólnych dla obu epidemii, były zaburzenia świadomości różnego stopnia — od lekkiego zamroczenia do głębokiej śpiączki. Również w obu epidemiach w początkowym okresie choroby występowała często uporczywa bezsenność, nie ustępująca po środkach farmakologicznych; w późniejszych okresach — raczej wzmozżona senność, która przedłużała się na okres zdrowienia.

Poza tym w obu epidemiach notowano czkawkę różnego nasilenia i o różnym czasie trwania. Zwykle zjawiała się w 7 lub 8 dniu choroby, trwała 4 do 6 dni; rzadko przewlekała się na okres zdrowienia. Niekiedy czkawka dominowała nad całym obrazem klinicznym, utrzymywała się długi czas i doprowadzała chorych do stanu wielkiego wyczerpania.

Również często obserwowano w obu epidemiach zatrzymanie moczu, które występowało u szczytu choroby, niezależnie od płci i wieku, niekiedy jako objaw izolowany bez innych powikłań mózgowych. Przeważnie zatrzymanie moczu trwało parę dni i cofało się bez następstw. W uporczywych przypadkach trzeba było uciec się do codziennego cewnikowania pęcherza, co niekiedy prowadziło do stanów zapalnych.

#### *Psychozy.*

Zaburzenia psychiczne, jako psychoza zakaźna, występowały bądź w okresie nasilenia choroby, bądź po już przebytej chorobie. Czas trwania różny; nieraz trwały parę tygodni, a nawet pół roku po chorobie. W okre-

sie nasilenia duru obserwowano typowe dla psychoz zakaźnych stany majaczeniowe, niekiedy z napadami szału. W psychozie szalowej występuje wybitne podniecenie ruchowe z agresywnością wobec otoczenia; chorzy uciekają z łóżka i stają się niebezpieczni. Psychozy w okresach późnych i po przebyciu duru na ogół przypominały najrozmaitsze obrazy schizofrenii.

#### *Nerwy obwodowe.*

W przebiegu duru plamistego najczęściej jest zaatakowany nerw słuchowy, co powoduje przytępienie słuchu, aż do zupełnej głuchoty, cofającej się szybko w okresie zdrowienia. Rzadziej występuje przeczulica węchowa (*hiperosmia*). W nielicznych przypadkach stwierdzano objawy zapalne nerwu wzrokowego jedno lub obustronne, które zwykle cofały się samoistnie; w dwóch przypadkach sprawa zakończyła się zupełną ślepotą. Poza tym widziano zajęcie gałazek, zaopatrujących wewnątrzne mięśnie oczu w postaci anisokorii, hippusa i maksymalnego rozszerzenia źrenic; ten ostatni objaw zwykle występował jednostronnie i przeważnie był zwiastunem szybkiej śmierci (1/2 — 1 godziny). Poza tym notowano zajęcie nerwu trójdzielnego, splotu barkowego i lędźwiowo-krzyżowego w postaci bólów samoistnych i bolesności uciskowej pni nerwowych.

#### *Zmiana charakteru.*

W przebiegu duru plamistego, nawet gdy zaburzeń świadomości nie było, stwierdzaliśmy dość często zmiany charakteru, zaznaczające się już od początku choroby; obserwacje te robiliśmy głównie na chorych — lekarzach i pielęgniarzach, a więc na osobach, które dobrze znaliśmy przed zachorowaniem. Chorych cechuje obniżenie samokrytycyzmu, połączone ze wzmozżonym samopoczuciem; poza tym stwierdza się zniesienie kontroli wyższych ośrodków psychicznych, w postaci niemoralnego zachowania się, braku wstydu, teatralności i przylepności afektywnej. Opisany obraz nie jest zależny od odurzenia, ani od wysokiej temperatury; na ogół przypomina zespół histeryczny, utrzymuje się przez parę tygodni po chorobie i powoli się cofa.

(Ciąg dalszy nastąpi)

# P O L S K I TYGODNIK LEKARSKI

R. I

Warszawa, 23 grudnia 1946 r.

Nr 51

## T R E Ś Ć:

	Str.
<i>Manteuffel-Szoega L.</i> : W sprawie mechanizmu procesu zapalnego . . . . .	1521
<i>Hirszfeld L. i Amzel R.</i> : O postaciach przejściowych (podgrupach) w obrębie grupy 0	1525
<i>Chodkowska St.</i> : O kamicy żółciowej wieku dziecięcego i młodzieńczego . . . . .	1527
<i>Wesolowski St.</i> : Przyczynek do rozpoznawania różnicowego guzów pęcherza . . . . .	1530
<i>Nielubowicz J.</i> : Ropowice żołądka i jelit (dokończ.) . . . . .	1533
<i>Penson J.</i> : Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie (c. d.) . . . . .	1538
<b>MEDYCYNĄ SPOŁECZNA</b>	
<i>Mierzecki M.</i> : Zagadnienie dermatologii pracowniczej (dok.) . . . . .	1542
<b>STRESZCZENIA</b>	
<i>Ludford R. J. i Barlov H.</i> : Przekształcenie mięsakowe podścieliska raków sutka ze szczepów pobudzających wzrost fibroblastów in vitro . . . . .	1545
<i>Iperyt w walce z rakiem</i> . . . . .	1545
<i>Massons J. M.</i> : Osocze lub surowica ciał do transfuzji . . . . .	1546
<i>Kammerer T., Stricker P. i Messerschmidt J.</i> : Uwagi związane z zejściem śmiertelnym po operacjach z powodu ran postrzałowych czaszki i mózgu (w 48 przypadkach) . . . . .	1546
<i>Perves J., Morvan F. i Renon Ch.</i> : Leczenie ciężkich uszkodzeń kończyn . . . . .	1546
<i>Perfiljew A. A.</i> : Zachowawcze leczenie niezrośniętych postrzałowych złamań dolnej szczęki . . . . .	1546
<i>Reszetto M. B.</i> : Wybuch utajonego zakażenia beztlencowcami po operacji postrzałowego zapalenia szpiku kostnego barku . . . . .	1547
<i>Fitzgibbon G.</i> : Ruchliwość pooperacyjna i rozpoczęcie normalnych ruchów — ich wpływ na zatępy i zakrzepy . . . . .	1547
<i>Walka z poliomyelitis</i> . . . . .	1547
<i>Prescott F., Organe G. i Rowrotham S.</i> : Chlorek tubokuraryny jako dodatek do znieczulenia . . . . .	1547
<i>Alleman R.</i> : O raku pęcherza moczowego i o młodocianych nosicielach guzów pęcherza moczowego . . . . .	1548
<i>Vanverts J.</i> : Wyskrobanie macicy jest operacją delikatną i powinno być wykonane w znieczuleniu . . . . .	1548
<i>Southwell N.</i> : Wziewanie penicyliny w zakażeniach oskrzelowych . . . . .	1548
<i>Beierwaltes W.H. i Sturgis C.C.</i> : Poprawa w nadczynności tarczycy po przerwaniu leczenia thiouracilem . . . . .	1548
<i>Notter M.A.</i> : Histerograficzne wstrzykiwania wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej wykonane u pierwiastek w różnym czasie I okresu porodu . . . . .	1549
<b>OCENY</b>	
<i>Lewin I. I.</i> : Immunologiczeskije pokaziteli pri skarlatynie (wskaźniki odpornościowe w plonicy) . . . . .	1549
<b>PRZEGLĄD CZASOPISM</b>	
Farmacja Polska . . . . .	1549
W Służbie Zdrowia . . . . .	1549
<b>SPRAWOZDANIA</b>	
Sprawozdanie z posiedzenia Sekcji Reumatologicznej Państwowej Rady Zdrowia . . . . .	1550
<b>MISCELLANEA</b>	
<i>Szmurlo J.</i> : Jeszcze w sprawie podręczników z dziedziny medycyny . . . . .	1550
KRONIKA . . . . .	1552

JAKUB PENSON

## Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie

Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek  
Metoda wczesnego rozpoznawania

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala „Czyste” w Warszawie

Ordynator dr Jakub Penson

(Dalszy ciąg)

### GRUCZOŁY DOKREWNE

#### *Tarczycza.*

W rzadkich wypadkach (0,5‰), przeważnie u młodych kobiet, stwierdzano zapalenie gruczołu tarczycowego (*thyreoditis acuta*). Gruczoł tarczowy był w całości obrzmiały, bolesny przy ucisku, skóra na nim zaczerwieniona; chore skarżyły się na bolesność przy przelatywaniu i trudności połknięcia; niekiedy obok tego widziano lekkie objawy nadczynności tarczycy, jak przyśpieszenie tętna, drżenie rąk, z ocznych objawów jedynie — objaw Graefego. Powikłanie to zjawiało się w końcu pierwszego tygodnia, a w drugim zwykle stopniowo się cofało, nie pozostawiając żadnego śladu; ani razu nie doszło do zropienia gruczołu.

#### *Trzustka.*

U szczytu choroby w nielicznych przypadkach stwierdzono dość obfity i nagle występujący cukromocz (od 50 do 60 g cukru na dobę) i znaczną hiperglikemię na czczo (200 — 250 mg‰). Objawy te cofały się dość szybko bez leczenia w postaci diety czy insuliny.

Krzywe cukru we krwi po obciążeniu glukozą (50 g glukozy i 200 cm<sup>3</sup> wody), wykonywane wielokrotnie w różnych okresach choroby, miały typ krzywej, podobny do cukrzycowej, mało różniący się od analogicznych krzywych w innych chorobach zakaźnych.

Jeśli chodzi o patogenезę omówionej hiperglikemii z glikosurią, można by przypuścić, że chodzi tu o podrażnienie ośrodką glikoregulacji, a więc stanowiłoby analogię do tzw. „*picure Claude-Bernarda*”. Fakt jednak, że glikosuria w durze plamistym należy do rzadkości, zapalenie mózgu występuje bardzo czę-

sto, przemawiałby raczej za tym, że mamy tu do czynienia z przejściowym zaburzeniem przemiany węglowodanów pod wpływem ciężkiego zakażenia u osób, z wrodzoną skłonnością do zaburzeń glikoregulacji.

Parę słów należy poświęcić przebiegowi duru plamistego u chorych na cukrzycę. Okazało się, że osoby starsze z łagodną cukrzycą znosiły dur zupełnie dobrze, pogorszenia objawów cukrzycy nie notowano ani podczas, ani po przebytej chorobie. Natomiast we wszystkich obserwowanych przypadkach (6) osób młodych z ciężką cukrzycą, dur plamisty skończył się śmiercią wśród szybko rozwijających się objawów śpiączki cukrzycowej, mimo stosowania dużych dawek insuliny i wszelkich innych metod, zwalczających śpiączkę.

#### *Nadnercza.*

Wobec tego, że stałymi cechami klinicznymi duru plamistego są astenia i niskie ciśnienie krwi, powstaje zagadnienie, jaki to ma związek z czynnością nadnerczy.

Badaniem anatomopatologicznym nie stwierdzono szczególnych zmian w korze ani w rdzeniu nadnerczy u osób, zmarłych na dur plamisty. Poza tym nie stwierdzono objawów serologicznych, typowych dla niedomogi nadnerczy, jak hiperpotasemia, hipochloremia oraz nadmiar chlorków w moczu. Najpewniej w durze plamistym niskie ciśnienie krwi łączy się z bardziej zawiłym mechanizmem, o czym już wspominaliśmy, omawiając krążenie obwodowe. Nadnercza niewątpliwie odgrywają pewną rolę w genezie astenii i niskiego ciśnienia krwi w durze plamistym, ale nie — dominującą i wyłączną, jak to podają w niektórych podręcznikach.

W paru przypadkach stwierdziliśmy w czasie trwania choroby zmiany barwnikowe, występujące przeważnie na skórze klatki piersiowej i pleców w postaci ciemnobrunatnych plam o średnicy od  $\frac{1}{2}$  do 2 cm, o brzegach nieregularnych. Zmiany te nie cofały się w okresie zdrowienia; w jednym przypadku mieliśmy możliwość skontrolowania chorego po paru miesiącach; stwierdziliśmy, że plamy barwnikowe utrzymywały się zarówno co do wielkości jak i natężenia.

#### INNE GRUCZOŁY DOKREWNE

Ze strony przysadki mózgowej, jajników i jąder nie notowano żadnych uchwytnych zmian klinicznych.

Jeśli chodzi o przytarczycy, w bardzo wielu przypadkach stwierdzono objaw Chwostka i Trousseau oraz nadmierną pobudliwość mechaniczną pni nerwowych, co przemawiało o niedomogę przytarczyczek. Objawów tężycy nie notowano ani razu. Nie stwierdzono również większych uchybień od normy poziomu wapnia we krwi.

#### NARZĄDY MOCZOWE

##### *Nerki.*

Wobec tego, że przeprowadziliśmy szereg badań nad przemianą azotową w durze plamistym, interesował nas również udział nerek w tej chorobie; dlatego zagadnienie to zostało obszernie opracowane zarówno klinicznie, jak i laboratoryjnie oraz pod względem anatomo-patologicznym. Wyniki tych badań zostaną podane w dalszych rozdziałach. Tutaj omówimy sprawę nerkową pokrótce, celem zachowania całości opisu.

W każdym śmiertelnym przypadku duru stwierdzono na podstawie autopsji różnego stopnia zwyrodnienie mięsiste komórek kanalików nerkowych; poza tym dość często znajdowano wylewy krwawe w kłębkach nerkowych. Obraz ten został opisany przez *Munka* i nazwany „Infektnephritis”. Zdaniem tego autora mamy tu do czynienia z toksycznym uszkodzeniem naczyń włosowatych kłębka bez cech zapalnych, gdyż nigdy nie stwierdza się obrzęku lub proliferacji komórek kłębkowych. Poza tym w drobnych naczyniach nerkowych spotrząga się zmiany swoiste dla duru plamistego w postaci typowych grudek okołonaczyniowych *Fraenkla*, które nawet w przypadkach ciężkiego duru nie są zbyt liczne.

W ciągu obu epidemii nie notowano ani razu ostrego zapalenia kłębków nerkowych ani w czasie trwania choroby, ani w najbliższych tygodniach czy miesiącach po wyzdrowieniu.

Bardzo dużo uwagi poświęciliśmy czynnościowej wydolności nerek w durze plamistym

Jako objaw bardzo częsty, a nawet powszechny, występuje *oliguria* różnego stopnia, która rozwija się stopniowo, dochodzi do szczytu w drugim tygodniu. W lżejszych przypadkach niczym się nie różni od skąpomoczu, występującego w innych chorobach zakaźnych. W cięższym natomiast przebiegu, niezależnie od stopnia powikłań mózgowych, *oliguria* narasta i u szczytu choroby (9 — 12 dzień) może dojść do zupełnego bezmocz. Jeśli bezmocz trwa dłużej niż 2 — 3 doby, nie daje się zwalczyć żadnymi środkami farmakologicznymi, ani takimi zabiegami jak diatermia, cięte bańki i okłady na okolicę nerek, prowadzi zawsze do śmierci. Nie uciekaliśmy się do obłuszczenia nerek, gdyż stan chorych był zbyt ciężki na tego rodzaju zabieg operacyjny.

Jak już wspomnieliśmy, bezmocz nie zawsze szedł w parze z ciężkimi objawami zapalenia mózgu. W przypadkach, kiedy zapalenie mózgu nie zacierало obrazu klinicznego, chorzy pomimo bezmocz czuli się zupełnie dobrze; jeśli jednak bezmocz trwał dłużej niż trzy doby, chorzy, nie tracąc przytomności, byli coraz bardziej apatyczni, i łatwo wpadali w stan osłupienia, z którego jednak można było ich wyprowadzić; poziom mocznika we krwi stale narastał, stopniowo rozwijała się śpiączka i wreszcie następowała śmierć.

Należy nadmienić, że u wszystkich chorych, zmarłych wśród objawów bezmocz, nie znaleziono mikroskopowych ani mikroskopowych zmian, któreby ten bezmocz usprawiedliwiały; zmiany anatomopatologiczne nie różniły się niczym od innych przypadków duru plamistego, przebiegających bez anurii.

Jeśli *oliguria* nie przechodziła w bezmocz, lub też jeśli bezmocz trwał 1 lub  $1\frac{1}{2}$  doby, w końcu drugiego tygodnia wraz z poprawą ogólną, a często jeszcze przed zjawieniem się jakichkolwiek podmiotowych, czy przedmiotowych objawów poprawy, występował dość nagle i często bardzo obfity wielomocz, zasługujący na nazwę „przełomu moczowego”. Wielomocz utrzymywał się przez parę dni, po czym ilość moczu wracała do normy.

*Munk*, *Pletniow*, *Wiskowskij* również zwracają uwagę na wielomocz w durze plamistym; *Munk* twierdzi, że w żadnej innej chorobie zakaźnej nie obserwuje się tak gwałtownego wielomocz; notował 6 — 8 litrów na dobę; objaw ten przynosi zmiany w ośrodkach mózgowych. Dobowe ilości moczu, obserwowane przez nas, nie były tak wysokie — nie przekraczały 3 — 4 litrów.

Przełom moczowy nie zawsze występuje jaskrawo; niekiedy ilość moczu w drugim tygodniu narasta stopniowo, nie dając wyraźnego skoku

Zdolność stężania moczu przez cały czas choroby była zupełnie dobra, co wymaga szczególnego podkreślenia. Nawet w ciężkim przebiegu ze znaczną oligurią ciężar właściwy moczu wynosił 1030 — 1035. Tylko w nielicznych przypadkach ciężar moczu był mniejszy niż 1025; jednak i w tych rzadkich przypadkach próba stężeniowa wypadła dodatnio.

Zmiany w moczu były bardzo częste i większe niż w innych chorobach zakaźnych. U szczytu choroby przeważał następujący obraz moczu: znaczny białkomocz (1 — 2%), liczne walczki, kilkanaście do kilkudziesięciu krwinek czerwonych w polu widzenia oraz niewielka ilość leukocytów i komórek nabłonkowych. Niekiedy ilość erytrocytów była znacznie większa. Próby diazo i Weissa często były dodatnie. Należy nadmienić, że zmiany w moczu nie szły równoległe z ciężkim przebiegiem choroby i po przebytej chorobie bardzo szybko się cofały.

#### *Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego.*

Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego należy do rzadkich powikłań duru plamistego. Zapalenie pęcherza występowało przeważnie u kobiet i miało przebieg łagodny.

Na sekcji obserwowano niekiedy wylewy krwawe do śluzówki miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego, co wskazuje, że nie zawsze krwimocz w durze plamistym jest pochodzenia nerkowego.

#### *Paranephritis i perinephritis.*

Paranephritis i perinephritis występowały jedynie w nielicznych przypadkach, zwykle w końcu choroby lub nawet w okresie zdrowienia. Sprawa cofała się zazwyczaj pod wpływem leczenia zachowawczego. W dwóch przypadkach należało wykonać zabieg chirurgiczny, wyniki operacji były pomyślne.

#### ZMIANY SKÓRNE.

Uderzającą jest wielka skłonność do ropni w przebiegu duru plamistego. W bardzo wielu przypadkach powstały ropnie lub ropowice po wstrzykiwaniach podskórnych, domięśniowych i dożylnych, wykonanych w najzupelniej jałowych warunkach. Sprawy te wymagały zabiegów chirurgicznych i długotrwałego leczenia; czasem kończyły się śmiercią. Szczególnie ciężkie ropowice obserwowano niejednokrotnie po podskórnych wlewaniach soli fizjologicznej.

Wprawdzie i w przebiegu innych chorób zakaźnych niekiedy zdarzają się ropnie po wstrzykiwaniach, ale nasze obserwacje, czynione na wszystkich oddziałach szpitalnych oraz na chorych, leczonych w domu, bezwzględnie

wskazują, że tworzenie się ropni w przebiegu duru plamistego jest bez porównania częstsze i nie zależą wyłącznie od warunków jałowości.

Często obserwowano uporczywą czyracność, zwłaszcza w okresie zdrowienia.

W paru przypadkach występowały samostne głębokie ropnie pod mięśniem piersiowym, które wymagały zabiegu operacyjnego; przypadki te długo się goiły i zakończyły się pomyślnie.

W przebiegu duru plamistego zjawiają się bardzo często odleżyny, przeważnie w 8 — 12 dniu choroby; na uwagę zasługuje fakt, że mogą wytworzyć się w ciągu zaledwie paru godzin i pomimo najlepszej pielęgnacji chorego. Czasem są bardzo rozległe, prowadzą do zgorzeli i bywają przyczyną śmierci.

Sprawy ropne skóry, ropnie po zakażeniach, skłonność do odleżyn — mają w przebiegu duru plamistego wytłumaczenie w zmianach trofoneurotycznych i angioneurotycznych; uszkodzenie naczyń sprzyja szybkiemu rozpadowi tkanek i jest podłożem do powstawania zmian ropnych.

#### ZMIANY WE KRWI

Zmiany we krwi w przebiegu duru plamistego są dość typowe i podobne w obu przez nas obserwowanych epidemiach.

W przeciwieństwie do tego, co zwykle podają w podręcznikach, nie stwierdzaliśmy w żadnym okresie choroby wyraźnej leukocytozy; prawie zawsze notowano różnego stopnia leukopenię, lecz bez limfocytozy; leukocytoza występowała jedynie w łączności z powikłaniami ropnymi. Znamioną i stałą cechą było przesunięcie się obrazu Arneta w lewo; poza tym zawsze stwierdzano zanik eozynofiliów; w neutrofilach, zwłaszcza w postaciach pałeczkowatych, dość często występowały nakrapiania toksyczne. Jeśli chodzi o obraz krwinek czerwonych, stwierdzano niedokrewność różnego stopnia o cechach niedokrewności wtórnej. Niedokrewność i leukopenia mijala szybko w okresie zdrowienia.

Tylko w nielicznych przypadkach rozwinęła się ciężka niedokrewność o cechach toksyczno-zakaźnych, która ciągnęła się poza okres zdrowienia i wymagała intensywnego leczenia w postaci podawania preparatów żelaza, wątroby, a niekiedy i przetaczania krwi.

Również trombopenia średniego stopnia należała do często obserwowanych zmian; liczba płytek zwykle spadała do poziomu 100—150 tysięcy. Natomiast czas krwawienia, krzepliwość i kurczliwość skrzepu były prawidłowe. Należy nadmienić, że również w przypadkach z ciężką wysypką krwotoczną oraz w przebiegu śmiertelnych krwotoków płucnych lub jelitowych nie stwierdzano hematologicznych cech skazy krwotocznej.



Objaw Rumpel-Leeda był przeważnie ujemny, stawał się dodatni w przypadkach, przebiegających z obfitą wysypką krwotoczną.

We wszystkich prawie przypadkach duru plamistego badaliśmy tak zwany objaw „zgniecenia fałdy skórnej”, który polega na ujęciu skóry w fałdę (najlepiej pod obojczykiem) i zgnieceniu jej. U ludzi zdrowych próba ta zazwyczaj wypada ujemnie — występuje jedynie zaczerwienienie skóry. U chorych na dur plamisty już po pół minucie widzieliśmy wyraźne, drobne wylewy krwawe. Objaw ten zjawiał się w 5 lub 6 dniu choroby, nasilał się u jej szczytu i zanikał w końcu drugiego tygodnia; występował niejednokrotnie przed zjawieniem się wysypki oraz w przypadkach bez wysypkowych. Należy nadmienić, że objaw zgniecenia fałdy bywa czasem dodatni u osób zdrowych, zwłaszcza u kobiet.

Ogólnie biorąc obraz krwi w obu epidemiach przemawia za toksycznym uszkodzeniem całego narządu krwiotwórczego. Potwierdzają to również liczne badania przyżyciowe szpiku kostnego, wykonywane przez nas w różnych okresach choroby. W myelogramie górowały komórki niedojrzałe w postaci promyelocytów i myeloblastów; obok tego, jako wyraz podrażnienia szpiku — komórki plazmatyczne i normoblasty.

Nie stwierdzano natomiast pospolitych cech skazy krwotocznej. Wysypkę krwotoczną i krwawienia miąższowe z narządów należy łączyć z uszkodzeniem naczyń, wskutek zmian toksycznych i swoistych dla duru plamistego.

## ODCZYNY SEROLOGICZNE

### *Odczyn Weil-Felixa.*

Dodatni odczyn Weil-Felixa występował przeważnie w końcu pierwszego tygodnia w małym rozcieńczeniu (1:100); następnie miano szybko rosło (1:800, 1:1600), dochodziło do szczytu w 9 do 11 dnia choroby. Na ogół miano Weil-Felixa utrzymywało się na wysokim poziomie przez szereg tygodni, a nawet miesięcy po przebytej chorobie, po czym stopniowo zmniejszało się. Niekiedy odczyn Weil-Felixa był dodatni jeszcze w rok po przebytych durze. Rzadziej notowano szybki spadek miana i zanik dodatniego odczynu w okresie zdrowienia.

Czasem obserwowano przypadki, w których miano Weil-Felixa w ciągu trwania choroby było niskie, a wzrastało dopiero w okresie zdrowienia. Wreszcie w nielicznych przypadkach przez cały okres obserwacji chorego, odczyn Weil-Felixa był ujemny.

Dokonywując licznych badań szpiku kostnego za życia zauważono (*Koczen*) interesujące, a dotąd nieopisane zjawisko, że w przebiegu duru plamistego dodatni odczyn Weil-Felixa w szpiku kostnym występował o parę dni

wcześniej niż we krwi obwodowej, przy czym miano Weil-Felixa w szpiku było bardzo wysokie, czego nie spotykało się we krwi, a mianowicie 1:6400.

Miano Weil-Felixa we krwi, czy w szpiku, nie idzie równoległe z przebiegiem klinicznym choroby i nie ma żadnego znaczenia rokowniczego.

Odczyn Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym badaliśmy wielokrotnie w różnych okresach choroby. Na ogół miano Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym było znacznie niższe niż we krwi<sup>\*)</sup>, w późniejszych okresach choroby dochodziło do 1:80 i 1:520. Dodatni odczyn Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym jest objawem późniejszym niż we krwi; nie może być więc wczesnym objawem rozpoznawczym. W paru tylko przypadkach zdarzyło się, że dodatni odczyn Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym wyprzedzał odczyn we krwi.

Dodatni odczyn Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym nie zależy od istnienia lub natężenia objawów oponowych czy mózgowych, ani też nie przebiega równoległe ze zmianami cytochemicznymi w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Wielokrotnie przekonaliśmy się, że odczyn Weil-Felixa może być dodatni i może mieć wysokie miano w przypadkach bez objawów oponowych, mózgowych i bez zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym; przeciwnie, w razie ciężkich powikłań oponowych i mózgowych, odczyn Weil-Felixa w płynie mózgowo-rdzeniowym może być ujemny lub posiada niskie miano.

### *Nieswoisty odczyn Weil-Felixa.*

Prowadząc systematyczne badania odczynu Weil-Felixa na niezakaźnych oddziałach (wewnętrzny, chirurgiczny i położniczy), stwierdziliśmy dość częste nieswoiste występowanie tego odczynu w licznych przypadkach chorobowych, zwłaszcza przebiegających z rozpadem białka, a więc w rozległych oparzeniach, odmrożeniach, po operacjach jamy brzusznej.

Miano Weil-Felixa było w tych przypadkach zawsze niskie 1:100 i nie narastało.

W końcowych okresach ciąży, w czasie porodu i szereg dni po porodzie często notowano odczyn Weil-Felixa o wyższym mianie 1:200 a niekiedy nawet 1:800.

Streszczając się możemy powiedzieć, że odczyn Weil-Felixa nie ma większego znaczenia, jeśli chodzi o wczesne rozpoznawanie; w rokowaniu nie odgrywa żadnej roli. Natomiast dodatni odczyn Weil-Felixa, a zwłaszcza narasta-

<sup>\*)</sup> *Krukowski* podaje miano WF. 1:2 już jako odczyn swoisty dla duru plamistego. Na podstawie naszych obserwacji przyjęliśmy, że dopiero miano WF w płynie mózgowo-rdzeniowym 1:10 należy uważać za odczyn dodatni

nie miana ma ważne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w przypadkach, przebiegających nietypowo, np. bez wysypki, bez powiększenia śledziony. Przypomnieć należy, że w pewnym odsetku (5%) odczyn Weil-Felixa może być ujemny przez cały czas trwania duru plamistego.

#### *Odczyn Wassermanna i citocholowy.*

Na całym materiale pierwszej epidemii przeprowadziliśmy badania nad odczynem Wassermanna. Okazało się, że często w przebiegu duru plamistego, jak również w ciągu paru tygodni po ozdrowieniu, występuje wyraźnie dodatni odczyn Wassermanna we krwi (+++), przy czym odczyn citocholowy jest zwykle słabo dodatni (++ lub +) lub ujemny. Wyniki tych obserwacji nie pozwalały wyciągnąć żadnych ogólnych wniosków rozpoznawczych ani rokowniczych. W wyjątkowych tylko przypadkach dodatni odczyn Wassermanna występował wcześniej niż odczyn Weil-Felixa; miało to znaczenie rozpoznawcze w razie możliwości wykluczenia zakażenia kilowego. Na ogół jednak dodatni odczyn Weil-Felixa we krwi wyprzedzał lub zjawiał się w tym samym czasie co dodatni odczyn Wassermanna.

Dodatni odczyn Wassermanna występował w przebiegu duru plamistego masowo i był niewątpliwie odczynem nieswoistym, gdyż nie było żadnych danych, któreby przemawiały za zakażeniem kilowym w obserwowanych przez nas przypadkach; poza tym odczyn ten zniknął po przebytym durze plamistym.

Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym występował później niż we krwi lub jednocześnie; nigdy nie wyprzedzał dodatniego odczynu Wassermanna we krwi.

#### *Odczyn Widala.*

Obok odczynu Weil-Felixa robiono zawsze próbę Widala i odczyny paradyrowe. Przeważnie odczyny te wypadły ujemnie. Jednak w dość licznych przypadkach, obok dodatniego odczynu Weil-Felixa o wysokim mianie, notowano dodatni odczyn Widala w małym rozcieńczeniu 1:100. Niekiedy jednak miano Widala i Weil-Felixa były jednakowo wysokie, np. 1:800, chociaż klinicznie mieliśmy do czynienia z dudem plamistym, a nie z zakażeniem mieszanym. Dodatni odczyn Widala przypisać należy współaglutynacji.

(dokończenie nastąpi)

# P O L S K I TYGODNIK LEKARSKI

R. I

Warszawa, 30 grudnia 1946 r.

Nr 52

## T R E Ś C :

	Str.
<i>Penson J.</i> : Cechy kliniczne epidemii duru płamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie (dokończenie) . . . . .	1553
<i>Nowakowski T. K.</i> : W sprawie notatki klinicznej dr Bolesławy Ramotowskiej-Wrońskiej p.t. „Skaza wysiękowa a regularność i częstość odżywiania niemowląt“ w Polskim Tygodniku Lekarskim Nr 34/35, 1946 . . . . .	1569
<i>Moszkowska I.</i> : W sprawie artykułu dr M. Stelmasiaka pod tytułem: Przyczynki do wad rozwojowych serca i płuc. Polski Tygodnik Lekarski Nr 39, 1946 . . . . .	1569
<b>STRESZCZENIE</b>	
<i>Salk Jonas E. i Francis Thomas Jr.</i> : Uodpornianie przeciw grypie. . . . .	1570
<i>Tidy H.</i> : Łagodne limfocytowe zapalenie opon a gorączka gruczołowa . . . . .	1570
<i>Ró John</i> : Rozstrzeń oskrzeli. Obraz kliniczny i leczenie . . . . .	1570
<i>Saurer Anita</i> : Krzywe zawartości cukru we krwi w diagnostyce klinicznej. . . . .	1571
<i>Hajek</i> : Mięsak a uraz . . . . .	1571
<i>Freeman Harry</i> : Przypadek ostrego zapalenia szpiku kostnego kręgu lędźwiowego u człowieka dorosłego . . . . .	1571
<i>Desmarest M.</i> : Uwagi o stosowaniu hormonów męskich w chorobach sutka. . . . .	1571
<b>OCENY</b>	
<i>Kolek A.</i> : Receptariusz 700 wybranych recept lekarza praktyka . . . . .	1571
<b>NOTATKI TERAPEUTYCZNE</b>	<b>1572</b>

Do zeszytu niniejszego jest dołączony:

**SPIS PRAC I SKOROWIDZ RZECZOWY DO CAŁEGO ROCZNIKA  
KARTA TYTUŁOWA DO I PÓŁROCZNIKA I KARTA TYTUŁOWA DO II PÓŁROCZNIKA**

# P O L S K I TYGODNIK LEKARSKI

R. I

Warszawa, 30 grudnia 1946 r.

Nr 52

JAKUB PENSON

## Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie

Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek  
Metoda wczesnego rozpoznawania \*)

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala „Czyste” w Warszawie

Ordynator dr Jakub Penson

(dokończenie)

### PRZEMIANA MATERII.

Liczni autorzy, doszukując się związku między obrazem klinicznym i zmianami anatomicznymi, obserwowanymi w durze plamistym, przypisują prawie wszystkie objawy kliniczne zmianom w ośrodkowym układzie nerwowym.

Największe nasilenie zmian anatomicznych, swoistych dla duru plamistego, spotyka się na dnie 4 komory i w rdzeniu przedłużonym, wydaje się, że zaburzenia w krążeniu i oddychaniu w przebiegu duru są ściśle związane z wyżej wymienionymi procesami anatomicznymi.

Znacznie trudniej przedstawia się sprawa, jeśli chodzi o wyższe ośrodki wegetatywne, a zwłaszcza ośrodki przemiany materii, tym bardziej że wiadomo, iż śródmózgowie nie jest szczególnie zaatakowane przez guzki Fraenkla. Pomimo tego niektórzy autorzy (Sturm) wiążą wszelkie zaburzenia gospodarki wodnej, chlorowej i azotowej wyłącznie ze zmianami anatomicznymi w śródmózgowiu i twierdzą, że zmiany te są skutkiem „*diencephalosis exanthematica*”.

Gdy chodzi o wyjaśnienie tych zjawisk, napotykamy tutaj na duże trudności i niejasności. W świetle naszych badań i obserwacji wydaje nam się, że pogląd, uzależniający wszystkie zaburzenia przemiany materii w durze plamistym od *diencephalosis*, jest zbyt jednostronny.

### Przemiana wodna.

Zagadnienie przemiany wodnej w durze plamistym jest dość zawile i dotąd właściwie dokładnie nie wyjaśnione.

Opierając się na objawie wzmożonego pragnienia oraz wielomoczu, niektórzy autorzy (Munk) łączą zaburzenia gospodarki wodnej w durze plamistym ze zmianami w układzie przysadkowo-śródmózgowym, przeprowadza-

jąc analogię do moczówki prostej. Tłumaczenie to wydaje się sztuczne, gdyż wielomocz jest wyłącznie objawem końcowym duru i ciężar gatunkowy moczu jest wysoki przez cały czas schorzenia, podczas gdy podstawową cechą moczówki prostej jest niski ciężar gatunkowy moczu. Według nas, obok znacznie zwiększonego pragnienia, zasadniczym objawem duru plamistego jest oliguria, której nie towarzyszy utrata płynów jakkolwiek inną drogą, np. za pośrednictwem potów, wymiotów lub biegunki. Pomimo tego w przeważającej liczbie przypadków nie notowano obrzęków. Dopiero pod koniec choroby lub w początkach zdrowienia występowały niezbyt rozległe obrzęki, które zajmowały okolice krzyża, stopy, kostki i podudzia; nie towarzyszyły im żadne objawy niedonosi krążenia. Stopniowo w miarę zdrowienia obrzęki cofały się.

Duże obrzęki stwierdzono jedynie u osób, które przed zachorowaniem były niedostatecznie odżywione. U chorych, którzy nie mieli wyraźnych obrzęków głodowych, dur plamisty był momentem wyzwalającym rozległe obrzęki, zwykle dopiero w okresie zdrowienia. Stwierdzono wtedy, poza obrzękami skóry całego ciała, duże ilości płynu przesiąkowego w jamach opłucnej i jamie brzusznej. Często obrzęki te były tak duże, że zagrażały życiu chorego.

Gdy chodzi o odczyn Aldricha i Mc. Clure'a w różnych okresach duru plamistego, stwierdzono że już w 3 — 4 dniu choroby szybkość wchłaniania się bąbla była przyspieszona, narastała do 7 — 9 dnia, po czym do końca drugiego tygodnia utrzymywała się na stałym poziomie i od chwili wystąpienia t.zw. przelomu moczowego zaczynała wyraźnie się zmniejszać.

Na początku duru plamistego (w 3 — 4 dniu) obok zaczerwienienia skóry twarzy, szyi

oraz spojówek występuje lekki obrzęk twarzy, zależny zdaniem Dawidowskiego, od zaburzeń naczyniowych, spowodowanych zmianami w układzie sympatycznym czaszkowo-szyjnym.

Pozorną sprzeczność z zatrzymaniem wody stanowi fakt, że chorzy na dur płamisty chudną bardzo szybko, nieporównanie szybciej, niż w jakiegokolwiek innej chorobie zakaźnej; w ciężkim przebiegu często w ciągu 7 — 10 dni z chorego dosłownie zostaje połowa. Nie jest to jednak wysuszenie ustroju, tzn. utrata wody, lecz raczej zanik tkanek, zależny prawdopodobnie od wielu czynników, przede wszystkim od wzmożonego rozpadu białka, co zdaniem niektórych autorów, spowodowane jest zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego (*cachexia serebralis*).

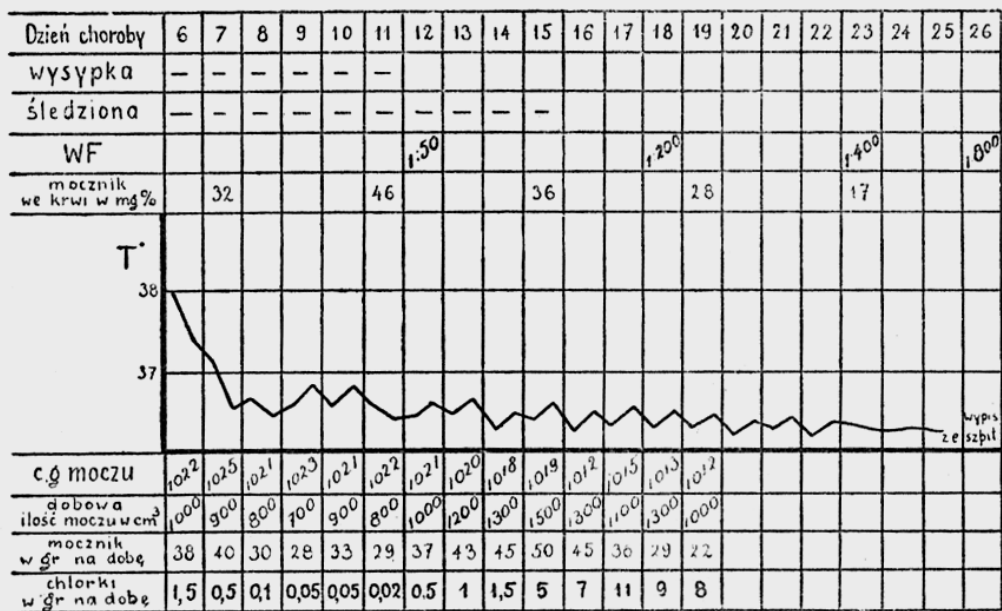
#### Przemiana chlorków.

Chloruria. W chorobach zakaźnych obserwuje się na ogół zmniejszenie zawartości chlorków w moczu. Jaskrawym przykładem wybitnego obniżenia się poziomu chlorków w moczu jest płatowe zapalenie płuc. Dawniej uważano, że chlorki zostają zatrzymane w olbrzymim nacieku płucnym; dziś jednak

spadek zawartości chlorków w moczu. W końcu pierwszego tygodnia przeważnie stwierdzano nie tylko obniżenie poziomu chlorków, lecz prawie zupełny ich zanik; zamiast 10 — 12 g soli kuchennej na dobę chory wydalal 0.03 — 0.1 g lub jeszcze mniejsze ilości.

Sterling-Okuniewski podaje, że przez cały czas trwania duru płamistego wydalanie chlorków jest znacznie upośledzone, niekiedy zmniejszone do minimum.

Poza tym na szczególną uwagę zasługuje obserwacja wielokrotnie przez nas potwierdzana, że zanik chlorków w moczu występuje tak samo w ciężkich i średnich przypadkach duru płamistego, jak i w lekkich, a nawet w poronnych postaciach. Jest to w rażącej niezgodzie ze zdaniem Aschenbrennera, który twierdzi, że stopień zmniejszania się chlorków w moczu ściśle się wiąże z ciężkością przebiegu duru płamistego. Dla przykładu przytoczymy młodego chłopca, który przybył do szpitala z zupełnie dobrym samopoczuciem bez gorączki, bez powiększenia śledziony, z ujemnym odczynem Weil-Felixa; w wywiadach podawał, że w domu gorączkował wysoko parę dni. Na podstawie zupełnego braku



Rys. 3.

Wykres 3. Chory lat 16. Przypadek poronny. Hipochloruria jako objaw rozpoznawczy duru płamistego.

uzależnia się zmniejszenie ilości chlorków w moczu w chorobach zakaźnych od suchej retencji chlorków we wszystkich tkankach ustroju.

Na naszym materiale stwierdziliśmy, że już w pierwszych dniach choroby (3 — 4 dzień) występuje, jako objaw pospolity, szybki

chlorków w moczu skłonni byliśmy rozpoznać dur płamisty; narastający w ciągu następnych dni odczyn Weil-Felixa, potwierdził nasze przypuszczenie.

Objaw zaniku chlorków w moczu jest tak powszechny i wyraźny, że posługiwaliśmy się nim, jako wczesnym objawem rozpoznaw-

czym, ułatwiającym rozpoznanie w wątpliwych przypadkach, nawet w późniejszym okresie choroby.

W końcu drugiego tygodnia (12 — 13 dzień), podobnie do przełomu moczowego, dość nagle występował przełom chlorków w moczu. Oba te zjawiska obserwowano zawsze w bliskim odstępie czasu. Ilość chlorków nagle wzrastała do 5 — 5 g na dobę; w ciągu następnych dni nadal się powiększała, często dochodząc do poziomu wyższego niż normalny.

Należy nadmienić, że zanotowaliśmy jedynie nieliczne przypadki duru plamistego, ze względnie mało obniżonym poziomem chlorków w czasie całego okresu choroby. Poza tym przypadki te nie odbiegały od innych, w których poziom chlorków w moczu był bardzo niski.

Celem zbadania wpływu zewnętrznego dozowania chlorków na poziom chlorurii w durze plamistym, przeprowadziliśmy szereg prób, podając doustnie i dożylnie 5 — 10 g soli kuchennej na dobę. Okazało się, że w okresie do przełomu chlorkowego (do 12 — 13 dnia) podawanie soli było zupełnie bez wpływu na zawartość dobowej ilości chlorków w moczu. Natomiast sól kuchenna, podawana w okresie przełomu chlorkowego i później, była wydalana w ciągu tej samej doby.

**Chloremia.** Wykonywaliśmy wielokrotnie badania zawartości chlorków w krwinkach i w osoczu, w różnych okresach choroby; nie znaleźliśmy jednak znacześniejszych odchyżeń od normy; natomiast prawie zawsze stwierdzano niewielkie przesunięcie chlorków z osocza do krwinek.

**Patogeneza.** Zagadnienie gospodarki chlorków w durze plamistym jest dość trudne do wytłumaczenia.

Występuje tu niewątpliwie zatrzymanie soli w tkankach, czego wyrazem jest między innymi często przez nas stwierdzone przesunięcie się chlorków z osocza do krwinek.

Mechanizm wydalania wody i chlorków w świetle dzisiejszych poglądów nie zależy wyłącznie od nerek, lecz od szeregu innych czynników, jak zmiany nerwowe ośrodkowe, wewnątrzwydzielnicze, koloidalne, krążeniowe, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej oraz uszkodzenie przepuszczalności kierunkowej śródbłonek i ścian włośniczek.

Zdaniem niektórych autorów zatrzymanie chlorków w tkankach w przebiegu duru plamistego zależy wyłącznie od zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Pogląd ten wydaje nam się niesłuszny, gdyż zatrzymywanie chlorków w tkankach występuje, jak już wspominaliśmy i w innych chorobach zakaźnych, co prawda w mniejszym stopniu, niż w durze plamistym.

Inni twierdzą, że w durze plamistym, jak i w innych chorobach zakaźnych, zatrzymane

w ustroju chlorki tworzą z produktami toksycznego rozpadu białka związku niezdysojowane. Zatrzymanie chlorków w tej interpretacji miałoby charakter obronny.

#### Przemiana azotowa.

**Azotemia.** Sprawie azotemii w przebiegu duru plamistego poświęcono niewiele uwagi w piśmiennictwie lekarskim. Interesowano się tym zagadnieniem sporadycznie — u chorych, gdy przypadkowo stwierdzono wysoką azotemię, którą wiązano zawsze z zapaleniem kłębków nerkowych. *Pietniow* np. podaje, że w durze plamistym niekiedy śmierć występuje z powodu uremii; inni autorzy rosyjscy i niemieccy twierdzą, że dur plamisty daje czasami krwotoczne zapalenie kłębków nerkowych. Jeśli chodzi o wyniki badań anatomopatologicznych, zdania są sprzeczne; jedni podają, że ostre zapalenie kłębków nerkowych jest zjawiskiem częstym (do 50%), inni — że w przebiegu duru plamistego powikłanie to nigdy nie występuje (*Munk, Aschoff*); natomiast wszyscy zgodnie twierdzą, że po durze plamistym nigdy nie spotyka się podostrego lub przewlekłego zapalenia nerek, ani marskiej nerki.

Zagadnienie azotemii w durze plamistym bardzo nas zainteresowało. Uderzyły nas dwa ważne momenty: 1) zmiany anatomopatologiczne makroskopowe i mikroskopowe w nerkach osób zmarłych na dur plamisty z wysoką azotemią niczym nie różniły się od zmian obserwowanych w przypadkach z azotemią normalną; 2) azotemia miała przeważnie charakter szybko przemijający.

Zanim przejdziemy do omawiania wyników naszych badań, nadmienić musimy, że bardzo często w durze plamistym, niezależnie od poziomu mocznika we krwi, spotyka się liczne krwinki w moczu. Pochodzenie ich może być rozmaite: czasem z powodu krwawienia śródmiąższowego nerek, analogicznie do krwawień z przewodu oddechowego i pokarmowego; niekiedy krwiomocz zależy od krwawień z błony śluzowej miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego, co niejednokrotnie stwierdzano na podstawie autopsji.

Już po pierwszych próbach badania azotemii mogliśmy stwierdzić, że hiperazotemia w durze plamistym jest objawem bardzo częstym i z powodu wysokiego poziomu wybitnie różni się od nieznacznej azotemii w przebiegu innych chorób zakaźnych.

Azotemia w durze plamistym jest niekiedy znacznie wyższa niż w mocznicy, zależnej od marskości nerek; może bowiem dochodzić do 500 — 600 mg‰.

Badanie mocznika we krwi przeprowadzaliśmy u chorych w różnym wieku, w lekkim,

średnim i ciężkim przebiegu duru, przez cały czas trwania choroby, najczęściej co drugi dzień, niejednokrotnie nawet codziennie.

Opierając się na kilkunastu tysiącach badań, doszliśmy do następujących wyników:

1) Zwiększenie poziomu mocznika we krwi jest cechą bardzo częstą, a nawet patognomiczną dla duru płamistego.

2) Już w 5 — 6 dniu choroby poziom mocznika narasta i dochodzi do 60 — 80 mg<sup>0</sup>/<sub>o</sub>.

3) Najwyższy poziom mocznika występuje w początkach drugiego tygodnia; niekiedy notowano azotemię, dochodzącą do 300 — 400, a nawet do 500 — 600 mg<sup>0</sup>/<sub>o</sub>. Tym wysokim poziomem mocznika bardzo rzadko towarzyszyła anuria; przeważnie spotykaliśmy oligurię różnego stopnia. Mocznik we krwi narastał zwykle szybko w ciągu 3 — 4 dni, utrzymywał się na wysokim poziomie od 4 do 8 dnia, potem stopniowo opadał w ciągu mniej więcej 5 — 7 dni. W niektórych rzadkich przypadkach wysoki poziom mocznika utrzymywał się przez czas dłuższy, a nawet już w okresie zdrowienia, kiedy wszystkie objawy duru płamistego się cofały; musimy przytoczyć uderzające spostrzeżenie, że w nielicznych przypadkach po przebyciu duru chorzy z wysokim poziomem mocznika we krwi (200 — 250 mg<sup>0</sup>/<sub>o</sub>) czuli się zupełnie dobrze, a nawet wstawali z łóżka.

4) Na podstawie masowych badań i obserwacji stwierdziliśmy, że nie ma równoległości między poziomem mocznika we krwi i dobową ilością moczu; to znaczy, że przez cały krytyczny okres choroby, od 7 do 14 dnia, ilość moczu mogła być dostateczna (do 500 cm<sup>3</sup> na dobę), i stężenie wystarczające, a nawet wysokie (1025—1032) i jednocześnie poziom mocznika we krwi znacznie podwyższony; przeciwnie — mocznik we krwi mógł być względnie niski przy wybitnej oligurii.

5) W ciągu pierwszych miesięcy naszej pracy badaliśmy jednocześnie krew na zawartość mocznika, kwasu moczowego, reszty azotowej i indykanu. Okazało się, że mocznik, kwas moczowy i azot resztkowy są równomiernie powiększone we krwi, natomiast indykan pozostaje zawsze w granicach normy. Wobec tego, celem oszczędzenia odczynników i uproszczenia dalszych badań, oznaczaliśmy tylko poziom mocznika we krwi.

6) W przypadkach z hiperazotemią zwykle stwierdzano również wzrost mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym; poziom jednak azotemii w płynie mózgowo-rdzeniowym był zwykle mniej więcej 30% niższy niż we krwi. Ani razu nie notowano przypadku, w przebiegu którego poziom azotemii w płynie mózgowo-rdzeniowym przewyższałby zawartość mocznika we krwi.

7) Zauważono, że w licznych przypadkach duru płamistego z chwilą wzrostu azotemii następuje znaczny spadek ciepłoty; niekiedy temperatura ponownie wzrastała, często jednak dur przebiegał już do końca z niską temperaturą lub nawet bezgorączkowo.

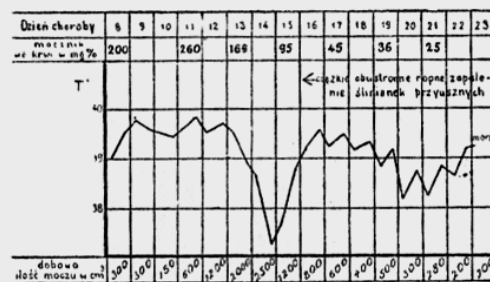
Wielokrotnie obserwowano fakt, że niekiedy spadek temperatury wyprzedzał wzrost mocznika we krwi o 12 — 24 godziny. Wspomnieć należy, że w doświadczeniach na zwierzętach stwierdzano spadek ciepłoty po wstrzykiwaniach mocznika (*Fishberg*).

8) We wszystkich prawie przypadkach z hiperazotemią stwierdzano w okresie zdrowienia bardzo niski poziom mocznika we krwi, np. 12 — 15 mg%, chociaż chorzy w tym okresie zwykle spożywali dość duże ilości białka.

9) W żadnym przypadku duru płamistego z hiperazotemią nie notowano objawów, które zwykle obserwuje się w ostrym, podostrym lub przewlekłym zapaleniu nerek z uremią, jak np. swędzenie skóry, nudności, wymioty, biegunka, wzrost ciśnienia krwi, zmiany na dnie oka.

10) Obraz makroskopowy i mikroskopowy nerek w przypadkach duru z hiperazotemią, zakończonych śmiercią, nie różnił się prawie od przypadków duru, które przebiegały ze względnie niskim lub normalnym poziomem mocznika we krwi.

11) Wzrost azotemii w durze płamistym jest ściśle związany z krytycznym okresem choroby. Po spadku azotemii nie obserwuje się nigdy ponownego jej wzrostu nawet wtedy, gdy wystąpiły bardzo ciężkie powikłania (np. ropne zapalenie przyusznic z ogólnym zakażeniem krwi, zapalenie płuc, ropne zapalenie ucha środkowego), nawet przebiegające ze znaczną oligurią.



Rys. 4.

Wykres 4. Chora H. L. lat 42. Azotemia łączy się ściśle z krytycznym okresem choroby. Późne śmiertelne powikłanie z oligurią nie daje ponownego wzrostu azotemii.

12) Opierając się na licznych i bardzo dokładnie spostrzeganym materiale, odróżnimy cztery grupy, ilustrujące wzajemny sto-

sunek, jaki zachodzi między hiperazotemią i najgroźniejszym powikłaniem duru plamistego, jakim jest zapalenie mózgu:

a) do najliczniejszej grupy należą przypadki z ciężkim zapaleniem mózgu, z narastającą azotemią, kończące się przeważnie śmiercią;

b) dość często spotykaliśmy ciężkie zapalenie mózgu ze znaczną hiperazotemią, która utrzymywała się przez 6 — 7 dni, po czym wracała do normy; zapalenie mózgu trwało natomiast dalej i kończyło się pomyślnie lub prowadziło do śmierci;

c) rzadziej widzieliśmy ciężkie zapalenie mózgu z nieznacznie podwyższonym lub normalnym poziomem mocznika przez cały czas choroby;

d) do ostatniej, najmniej licznej grupy, zaliczamy przypadki, przebiegające bez wyraźnych objawów klinicznych zapalenia mózgu, natomiast cechowały się wysokim poziomem azotemii. Wszystkie te przypadki, nazwane przez nas „czystą postacią hiperazotemii“, kończyły się pomyślnie, z wyjątkiem tych, w których dołączała się zupełna anuria.

13) W wieku dziecięcym i u osób młodych (do lat 15—16) dur plamisty przebiegał na ogół łagodnie. Wzrost mocznika zjawiał się rzadko, nie osiągał wysokich poziomów, z wyjątkiem paru przypadków. U dzieci ciężkie zapalenie mózgu również należało do rzadkości; dość często natomiast stwierdzano objawy oponowe.

Azoturia\*). Chcąc bliżej poznać mechanizm przemiany azotowej w przebiegu duru plamistego, podjęto w czasie drugiej epidemii dokładne badania szeregu przypadków duru, o różnym przebiegu. Codziennie badano zawartość mocznika w dobowej ilości moczu, a co drugi, trzeci dzień oznaczano poziom azotemii. Jednocześnie przez cały czas choroby określano dobową ilość moczu i jego ciężar gatunkowy. W wyniku tych badań stwierdzono co następuje.

W pierwszych dniach choroby występowała niewielka oliguria; ciężar właściwy moczu zawsze był wysoki i wydalanie mocznika zupełnie dostateczne, a nawet nadmierne (30 — 50 g na dobę), jeśli się zważy, że dieta szpitalna zawierała bardzo małe ilości białka.

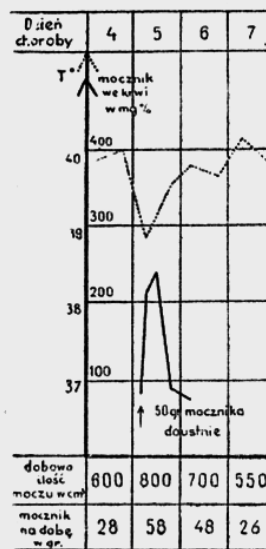
W miarę powiększania się oligurii, ilość mocznika, wydalanego w ciągu doby, zmniejszała się, chociaż ciężar właściwy moczu pozostawał nadal wysoki. Zwykle w końcu drugiego tygodnia wraz z przełomem moczowym ilość wydalanego mocznika wzrastała wydatnie, dochodząc do 80 — 120 g na dobę. Okres

\*) Zagadnienie wydalania mocznika drogą moczu w przebiegu duru plamistego jest poruszane w piśmiennictwie bardzo ogólnikowo. Sterling-Okuniewski podaje, że ilość mocznika w moczu bywa zmienna; Pletniow — że zwykle jest powiększona.

ten trwał około 5 — 7 dni, po czym ilość moczu i wydalanego mocznika wracały do normy.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że nie stwierdzono żadnej równoległości między absolutną wysokością azotemii a ilością następowo wydalanego mocznika z moczem. Mocznik we krwi przez cały czas choroby mógł być normalny lub nieznacznie powiększony, a w moczu pod koniec choroby wykrywano duże ilości mocznika. Poziom mocznika we krwi mógł być bardzo wysoki (np. 600 mg%), a ogólna ilość wydalonego mocznika z moczem mogła być mniejsza, niż u chorych z azotemią, nie przekraczającą 200 mg%.

Natomiast okazało się, że decydujący wpływ na ogólną ilość mocznika w moczu ma stopień i czas trwania oligurii oraz fazy hiperazotemicznej. Im oliguria była bardziej wyraźna i im dłużej trwała, tym większe ilości mocznika chory wydalal z moczem po przełomie moczowym i w okresie zdrowienia. Najwięcej mocznika notowano u chorych z przemijającym bezmoczem; ilości mocznika dochodziły wtedy do bardzo dużych cyfr; np. jeden z chorych wydalal z moczem w ciągu 10 dni 1000 g mocznika.



Rys. 5.

Wykres 5. Ociążenie 50 g mocznika w 5 dniu choroby.

Badając seryjnie wydalanie mocznika w przypadkach duru, przebiegających rozmaicie ciężko, przekonaaliśmy się, że również chorzy, z niezbyt wysokim poziomem azotemii (80 — 100 mg%) i z nieznaczną oligurią, wydalali dość dużo mocznika: 40 — 50 g na dobę przez szereg dni. Nasze próby kontrolne na osobach zdrowych i chorych z oddziału wewnętrznego, będących na diecie szpitalnej, dawały cyfry 10 — 20 g mocznika na dobę.



### Azotemia i azoturia w innych chorobach zakaźnych.

Celem porównania badaliśmy azotemii oraz wydalanie mocznika z moczem w innych chorobach zakaźnych, a mianowicie w szeregu przypadków duru brzuszego, gruźlicy rozpadowej z wysoką gorączką, w ostrych biegunkach zakaźnych, w kilkudziesięciu przypadkach czerwotki oraz w paru przypadkach pęcherzicy.

W chorobach tych prawie zawsze wykrywano w moczu niewielkie ilości białka, leukocyty, erytrocyty i nieliczne walczki. Stwierdzano również oligurię różnego stopnia, lecz nigdy tak wyraźną ani tak długotrwałą jak w durze plamistym. W przebiegu tych chorób zakaźnych nie zanotowano ani jednego przypadku bezmoczności.

W wymienionych chorobach zakaźnych stwierdzono nieznaczny wzrost mocznika we krwi. Najwyższy poziom mocznika, 200 — 250 mg%, zanotowano w trzech przypadkach pęcherzicy; dość dużą azotemii (120 — 150 mg%) stwierdzono w paru śmiertelnych przypadkach czerwotki; natomiast u innych chorych na ciężką czerwotkę azotemia była w granicach prawidłowych lub nieco wyższa.

Nie znaleziono żadnego podobieństwa, gdy chodziło o zawartość mocznika w moczu w przebiegu wspomnianych chorób zakaźnych a w durze plamistym; nie stwierdzono masowego wydalania mocznika w żadnym okresie choroby.

### Próby obciążania mocznikiem.

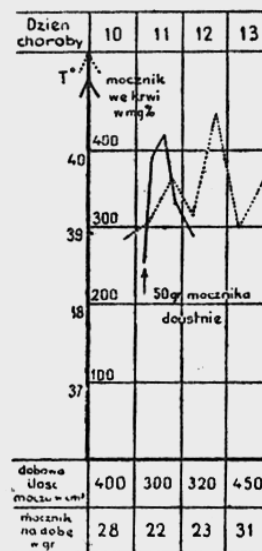
Celem głębszego zanalizowania przemiany azotowej w durze plamistym, przystąpiliśmy do obciążania chorych mocznikiem w różnych okresach choroby. Podawano jednorazowo z rana, na czczo, 50 — 100 g mocznika w roztworze 200 cm<sup>3</sup> ciepłej czarnej kawy. Dawkę tę chorzy zwykle dobrze znosili, z wyjątkiem paru chorych, którzy wymiotowali. Mocznik we krwi oznaczano 3 — 4 razy w ciągu doby; pierwszy raz po wypiciu mocznika, drugi raz po 8 godzinach, trzeci — po 16 i czwarty po 24 godzinach. Obciążenie mocznikiem powtarzano u tego samego chorego trzykrotnie: a) w początkach choroby (4 — 5 dzień), b) na szczycie choroby (9 — 11 dzień choroby), c) w okresie przełomu moczowego.

Oto krótkie zestawienie wyników obciążania mocznikiem w poszczególnych okresach duru plamistego:

a) mocznik podany w pierwszych dniach choroby powodował w ciągu najbliższych godzin znaczny wzrost azotemii. Stopniowo w ciągu 1 do 1½ doby poziom mocznika we

krwi wracał mniej więcej do wysokości sprzed doświadczenia. Podany mocznik wydalal się całkowicie z moczem w ciągu 1½ — 2 dób, przy czym dobową ilość moczu nieznacznie się zwiększała.

b) U szczytu choroby po obciążeniu mocznikiem również stwierdzano przejściową hiperazotemii, trwającą 1 — 1½ doby. W moczu natomiast nie notowano ani po dobie, ani w ciągu następnego dnia, wydalania większych ilości mocznika, ani też zwiększenia dobowej ilości moczu. Podany doustnie mocznik zostawał więc zatrzymany w tkankach ustroju.

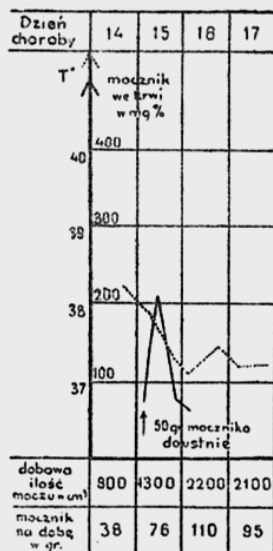


Rys. 6.

Wykres 6. Obciążenie 50 g mocznika w 11 dniu choroby.

c) W okresie poprawy klinicznej i zwykle towarzyszącego przełomu moczowego doustne podanie mocznika również powodowało przejściowy wzrost azotemii. Jednocześnie jednak obserwowanego znaczną poliurię. Z moczu w ciągu jednej doby wydalaly się duże ilości mocznika, znacznie przekraczające podaną dawkę doświadczenia; mocznik w tym okresie jest widocznie luźno związany z tkankami i nie powoduje żadnych objawów toksycznych.

Celem porównania, przeprowadzono szereg prób obciążania mocznikiem osób zdrowych (lekarze i studenci pracujący na oddziale), badając w ciągu dwóch dni równolegle zawartość mocznika we krwi i w dobowej ilości moczu. Okazało się, że mocznik zawsze działał moczopędnie; mocznik we krwi po uprzednim wznieśieniu się wracał do normy w ciągu 1 dnia; wydalal się z ustroju z moczem przeważnie w ciągu 1 — 1½ doby.



Rys. 7

Wykres 7. Obciążenie 50 g mocznika w okresie poprawy i przełomu moczowego.

## PATOGENEZA HIPERAZOTEMII I TOWARZYSZĄCYCH OBJAWÓW.

### 1. Azotemia nerkowa czy pozanerkowa.

Na podstawie naszych obserwacji doszliśmy do wniosku, że hiperazotemia w przebiegu duru plamistego ma charakter pozanerkowy. Przytoczymy dane przemawiające za tym:

a) Wzrost azotemii w durze plamistym jest objawem bardzo częstym; nawet w lekkim przebiegu notowaliśmy nieraz poziom mocznika we krwi, dochodzący do 80—120 mg%.

Zagadnienie azotemii w durze plamistym jest trudno ująć statystycznie, gdyż hiperazotemia często trwa bardzo krótko i może ująć naszej uwadze, jeśli nie przeprowadza się częstych badań, zwłaszcza na szczycie choroby. Na ogół jednak w średnim i ciężkim przebiegu duru plamistego nadmierną azotemię stwierdza się blisko w 80%.

Chociaż hiperazotemia w durze plamistym jest objawem tak częstym, nie notowaliśmy przez cały czas choroby ani jednego objawu, spostrzeganego zwykle w ostrych czy podostrych chorobach nerek, przebiegających ze wzrostem azotemii, np. swędzenia skóry, wymiotów, wzrostu ciśnienia krwi, duszności, obrzęków typowych w chorobach nerkowych, płynów w jamach ciała i zmian na dnie oka.

b) Nigdy nie stwierdziliśmy przejścia azotemii, towarzyszącej durowi plamistemu, w podostre lub przewlekłe zapalenie nerek, chociaż wielu chorych mieliśmy możliwość obserwować i przez dłuższy czas po wypisaniu ze szpitala. Przeciwnie — azotemia oraz wszelkie zmiany

w moczu cofały się zawsze bez śladu po przebyciu choroby.

c) Chociaż rola, jaką odgrywają poszczególne produkty kataboliczne w zaburzeniu przemiany azotowej, dotąd jest nieznaną, jednak wszyscy autorzy zgodnie przyznają, że azotemia w niedomodze krążenia i w przebiegu chorób zakaźnych ma charakter pozanerkowy, gdyż nigdy nie towarzyszy jej wzrost indykanu we krwi. Również w durze plamistym, niezależnie od wysokości hiperazotemii i czasu jej trwania, poziom indykanu był normalny.

d) Wreszcie dowód najważniejszy — to wyniki badań anatomo-patologicznych. Liczne autopsje, przeprowadzane na chorych, którzy zmarli w różnych okresach duru, wykazywały mniej więcej ten sam obraz nerek, zarówno w przypadkach z niską jak i z bardzo wysoką azotemią.

### 2. Azotemia zależna od niedomogi nadnerczy.

Można by przypuszczać, że hiperazotemia, występująca w przebiegu duru plamistego obok astenii i hipotonii, związana jest z niedomogą nadnerczy, jak to ma miejsce w chorobie Addisona. Do tego poglądu skłaniają się niektórzy autorzy, zwłaszcza rosyjscy, na podstawie obserwowanej w przebiegu duru hipoadrenalizacji oraz zmian anatomo-patologicznych w nadnerczach, zwłaszcza w warstwie korowej.

Badania adrenaliny we krwi nie mieliśmy możliwości przeprowadzać; natomiast wyniki badań autopsyjnych nie wykazywały szczególnie dużych zmian w korze i rdzeniu nadnerczy w przypadkach ze znaczną azotemią i hipotonią.

Poza tym wzrostowi mocznika we krwi, zależnemu od niedomogi nadnerczy, towarzyszy typowy zespół objawów, którego nigdy nie stwierdziliśmy w durze plamistym. W zespole tym obok hiperazotemii występuje hipochloremia, hipoglikemia i hiperpotasemia, a w moczu nadmierne wydalanie chlorków. Natomiast w naszych badaniach zawsze stwierdziliśmy normalną zawartość chlorków we krwi, przeważnie nieznaczną hiperglikemię, a niekiedy nawet wysoki poziom cukru we krwi na czczo; badanie potasu we krwi, przeprowadzone w niewielu tylko przypadkach, nie dało odchyżeń od normy; wreszcie w moczu stwierdziliśmy zawsze zmniejszenie zawartości chlorków, a nigdy ich nadmiar.

Wszystko to pozwala odrzucić hipotezę, że hiperazotemia w durze plamistym jest pochodzenia nadnerczowego.

### 3. Zespół azotemii z hipochloremią.

Zespół ten obserwuje się po ciężkich zabiegach operacyjnych, po rozległych oparzeniach, po przedawkowaniu promieni Roentgena. Au-

torzy, którzy ten zespół opisali, uważają, że azotemia powstaje tu z powodu rozpadu białka i jest objawem pierwotnym, hipochloremia zaś — wtórnym: chlorki mają odgrywać rolę protekcyjną, tworząc związki nietrujące z toksycznymi produktami rozpadu białka: powoduje to zmniejszenie zawartości chlorków w osoczu i krwinkach.

Taki sam zespół azotemii z hipochloremią występuje po gwałtownej utracie chlorków drogą uporczywych wymiotów, np. w przypadkach zwężenia odźwiernika. Tu sprawą pierwotną byłaby utrata chlorków, a hiperazotemię należałoby traktować, jako objaw wtórny, powstający wskutek zubożenia ustroju w chlorki.

Jeśli chodzi o dur plamisty, to żaden z tych mechanizmów powstawania hiperazotemii nie daje się zastosować; przeprowadzaliśmy bowiem bardzo liczne badania zawartości chlorków we krwi i nie stwierdzaliśmy nigdy większych odchyśleń od normy.

Należy więc szukać innych momentów patogenetycznych, któreby tłumaczyły tak częstą hiperazotemię w przebiegu duru plamistego.

#### 4. Azotemia z nadmiernego rozpadu białka.

Zanim przejdziemy do omawiania tego punktu, należy przypomnieć, że każdy wzrost mocznika we krwi zależy od czterech podstawowych czynników:

- a) Obniżenia zdolności stężania moczu,
- b) Upośledzenia wydalania płynów,
- c) Nadmiernego dowozu białka z zewnątrz,
- d) Wzmoczonego rozpadu białka.

a) W genezie hiperazotemii w przebiegu duru plamistego pierwszy czynnik nie odgrywa żadnej roli. Jak już wielokrotnie podkreślaliśmy, w durze plamistym, niezależnie od ciężkości przebiegu, ani od okresu choroby, zdolność stężania nerek jest zawsze zachowana.

b) Natomiast ilość wydalanego moczu ulega bardzo często wydatnemu zmniejszeniu, prowadząc niekiedy do zupełnej anurii.

Oliguria ta jednak nie jest ani głównym, ani jedynym powodem hiperazotemii. Poziom bowiem azotemii bywa niekiedy wyższy przy nieznacznej oligurii, niższy — przy wydatnym zmniejszeniu dobowej ilości moczu. Poza tym, jak już wspominaliśmy, azotemia w durze plamistym ściśle się łączy z krytycznym okresem choroby (7—12 dzień); w okresie późnych i ciężkich powikłań, przebiegających ze znaczną oligurią, nigdy nie stwierdzaliśmy ponownego wzrostu azotemii.

Rzecz prosta, że znaczenie oligurii wzrasta, jeśli dochodzi do bardzo dużego stopnia i trwa długo; w wypadku zaś zupełnej anurii czynnik ten wysuwa się na pierwszy plan.

Niektórzy autorzy sądzą, że hiperazotemia w durze plamistym zależy może od upośledze-

nia wydalania płynów z powodu niedostatecznego ukrwienia nerek w związku z niedomogą krążenia obwodowego, zwłaszcza w ostatnich dniach i godzinach przed śmiercią. Zdaniem naszym pogląd ten jest niesłuszny: 1) azotemia w durze plamistym nie jest objawem końcowym, lecz występuje u szczytu choroby i 2) poza tym wielokrotnie obserwowaliśmy przypadki duru z bardzo ciężkim zapaleniem mózgu i dużą azotemią, która po przełamie moczo- wym wracała do normy; zapalenie mózgu z porażeniem krążenia prowadziło do śmierci, przy czym nawet tuż przed śmiercią nie notowano ponownego wzrostu mocznika we krwi.

c) Ponieważ w przebiegu duru plamistego apetyt jest wybitnie upośledzony, nie może tu być mowy o hiperazotemii z powodu nadmiernego spożywania białka.

d) Codzienne określanie dobowej ilości mocznika w czasie choroby i w okresie zdrowienia wykazało, że w każdym prawie przypadku duru plamistego występuje nadmierne wydalanie mocznika drogą moczu przez cały czas trwania choroby.

Objaw ten, występujący zarówno w ciężkim, jak w średnim i niejednokrotnie w lekkim przebiegu duru, przy dużej, nieznacznej i nawet normalnej azotemii, przy oligurii i przy dostatecznym wydalaniu moczu, dowodzi, że najważniejszym czynnikiem powstawania hiperazotemii w durze plamistym jest wzmoczony rozpad białka.

Powstaje pytanie, jaką drogą rozpad ten się odbywa. Rozpatrzyć należy dwie możliwości: I. Rozpad białka zależny wyłącznie od zmian w ośrodkach mózgowych, regulujących przemianę białkową i II. Rozpad białka pochodzenia ogólnego.

I. Rozpad białka pochodzenia mózgowego. Mózgowe pochodzenie hiperazotemii jest hipotezą dość ponętą, zważywszy, że zapalenie mózgu należy do najczęstszych powikłań duru plamistego. Należałoby przyjąć, że zmiany mózgowie dotyczą ośrodka regulującego przemianę białkową, powodują nadmierny rozpad białka, i co za tym idzie hiperazotemię. Byłaby to azotemia analogiczna do opisywanej przy dużych wylewach krwi do mózgu oraz w przebiegu niektórych postaci porażenia postępującego — tak zwana „azotémie cérébrale massive“ według autorów francuskich.

Pewne trudności w zastosowaniu hipotezy o wyłącznie mózgowym pochodzeniu azotemii w durze plamistym napotykamy w opisywanej przez nas, rzadko występującej „czystszej postaci hiperazotemii“, której nie towarzyszą wyraźne objawy zapalenia mózgu, co nie wyklucza oczywiście istnienia zmian anatomicznych w mózgu. W tego rodzaju przypadkach musieliśmy przyjąć, że zmiany mózgowie o najwięk-

szym nasileniu skupiły się w ośrodku przemiany białkowej i dlatego hiperazotemia jest czołowym objawem i jedyną zewnętrzną manifestacją durowego zapalenia mózgu. Byłaby to analogia do innych postaci durowego zapalenia mózgu monosymptomatycznego: np. obserwowaliśmy przypadki duru, gdzie jedynym objawem była czkawka lub zatrzymanie moczu w pęcherzu; wszelkie inne objawy mózgowo były ledwie uchwytne.

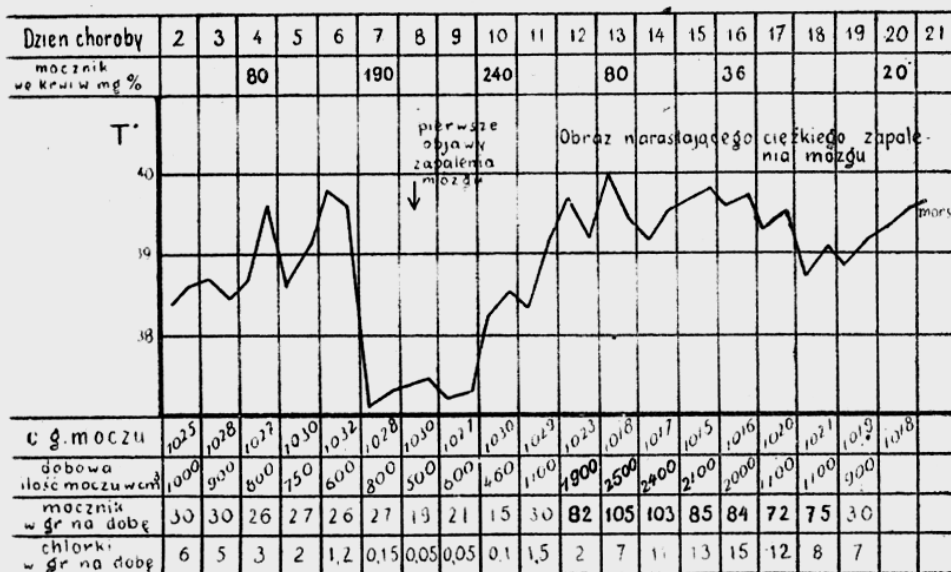
Inną znacznie liczniejszą grupę stanowią przypadki duru plamistego z hiperazotemią i ciężkim zapaleniem mózgu, gdzie wraz z przełomem moczowym azotemia wracała do normy, pomimo dalej rozwijającego się zapalenia mózgu. W tego rodzaju przypadkach należałoby przyjąć, że nasilenie zmian mózgowych rozwija się etapami — podczas gdy zmiany anatomiczne w okolicy ośrodka przemiany białkowej już się cofają, w innych odcinkach mózgu trwają nadal lub jeszcze bardziej postępują.

od uszkodzenia czy podrażnienia ośrodka przemiany białkowej.

Doświadczenia (*Nonnenbruch, Feuchtfinger*) wykazały, że istnieje ścisła łączność między regulacją ciepła, przemianą węglowodanową, białkową, tłuszczową, gospodarką wodną i mineralną oraz ciśnieniem i wytwarzaniem krwi. Ani w chorobach śródmózgowia, ani w doświadczalnym, najbardziej subtelnym jego uszkodzeniu nigdy nie stwierdza się objawów odosobnionych, lecz zawsze zespoły objawów. Jaskrawym klinicznym przykładem tego zjawiska jest choroba Cushinga.

Niektórzy autorzy (*Ferster, Raab, Leschke, Nonnenbruch, Hess*) negują nawet istnienie „własnego ośrodka” dla poszczególnych czynności wegetatywnych.

Hiperazotemia w durze plamistym, przypisywana wyłącznie zmianom w ośrodku przemiany białkowej, stanowiłaby objaw izolowany uszkodzenia śródmózgowia. Innych bowiem



Rys. 8.

Wykres 8. Dr W. M. lat 48. Niezależność zapalenia mózgu od azotemii. Po przełomie moczowym i wydalaniu dużej ilości mocznika z moczem azotemia wraca do normy, jednak rozwijające się ciężkie zapalenie mózgu prowadzi do śmierci.

Przypadki z ciężkim zapaleniem mózgu i nieznacznym wzrostem azotemii przez cały czas trwania choroby należałoby tłumaczyć tym, że ośrodek przemiany białkowej jest tylko w nieznacznym stopniu zaatakowany przez zmiany swoiste dla duru plamistego.

Wreszcie badania doświadczalne ostatnich lat oraz obserwacje kliniczne, dotyczące schorzeń układu wegetatywnego, również przemawiają przeciwko poglądowi, że nadmierny rozpad białka w durze plamistym zależy wyłącznie

objawów, typowych dla zespołu uszkodzenia śródmózgowia w przebiegu duru plamistego nie obserwowaliśmy; np. zaburzenia glikoregulacji należały do rzadkości; niewielki cukromocz stwierdzono jedynie w paru przypadkach, u osób pochodzących z rodzin obciążonych cukrzycą. Cukier we krwi był wprawdzie podwyższony, lecz nie przekraczał poziomu obserwowanego w innych chorobach zakaźnych; to samo tyczy się krzywych cukru we krwi po obciążeniu glukozą (50 g na czczo).

II. Rozpad białka pochodzenia ogólnego. Przez pewien czas skłonni byliśmy przypuszczać, że hiperazotemia, obserwowana w durze plamistym, zależy wyłącznie od zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Dopiero dalsze obserwacje i systematyczne badania ilościowe mocznika, wydalanego z moczem, również w przebiegu innych chorób zakaźnych, jak dur brzuszny, nieżyty krwotoczne kiszek, gruźlica płuc, czerwotka, pęcherzyca, skłoniły nas do przyjęcia innego poglądu na patogenезę hiperazotemii w przebiegu duru plamistego, mianowicie do powiązania tego objawu z ogólnym rozpadem białka.

W gruźlicy płuc, w ostrych krwotocznych nieżytach kiszek rozpad białka jest widocznie niewielki; dowodem tego jest prawie normalny poziom mocznika we krwi i nieznaczne jego wydalanie z moczem.

W durze brzuszny natomiast często stwierdza się niewielki wzrost mocznika we krwi (60—90 mg%), nigdy jednak azotemia nie dochodzi do takich cyfr, jak w durze plamistym.

Wysoki poziom azotemii (120—160 mg%) spostrzegaliśmy w niektórych przypadkach czerwotki. W dwóch przypadkach pęcherzyca azotemia dochodziła do 200 mg%, przy czym ani za życia ani w badaniu pośmiertnym nie stwierdzono cech ostrego lub przewlekłego zapalenia nerek.

Zarówno w durze plamistym, jak i w innych chorobach zakaźnych poziom azotemii nie był zależny od wysokości, ani od czasu trwania temperatury. Obserwowano przypadki czerwotki i duru brzuszny z bardzo wysoką temperaturą bez zwiększenia azotemii obok przypadków z hiperazotemią przy niskiej ciepłocie.

Powyższe dane wskazują, że również w wymienionych chorobach zakaźnych mamy do czynienia z rozpadem białka, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż w durze plamistym, gdzie zjawisko to odbywa się na wielką skalę.

Dur plamisty atakuje wszystkie naczynia przedwłosowate i włosowate ustroju, które jak wiadomo zajmują olbrzymią powierzchnię; nacieki swoiste dla duru plamistego prowadzą do rozległych zmian, które niekiedy niszczą całą ściankę naczyń i zmieniają je w bezkształtną masę (*thrombovasculitis destructiva* — Dawidowski); martwica naczyń na tak wielkich obszarach jest obfitym źródłem produktów rozpadowych; obok tego należy wziąć pod uwagę dodatkowo rozpad białka w tkankach ustroju, niedostatecznie ukrwionych z powodu rozległych zmian naczyniowych. Gromadzące się w ten sposób wielkie ilości produktów rozpadu białka w ostatecznej przemianie, prowadzą do powstania dużych ilości mocznika.

### 5. Azotemia w przebiegu duru plamistego u dzieci.

Azotemia w przebiegu duru plamistego u dzieci należy do rzadkości. Należy nadmienić, że w młodym wieku cięższe objawy zapalenia mózgu również rzadko występują, co pozornie wiązałoby hiperazotemię ze zmianami mózgowymi.

W wieku 14 — 18 lat hiperazotemia występowała jedynie w paru przypadkach i nie różniła się niczym od przebiegu u dorosłych.

Należy jednak wziąć pod uwagę, że dur plamisty u dzieci i osób młodszych przebiega w ogóle bardzo łagodnie; zmiany naczyniowe nie są rozległe, ani ciężkie, dlatego zarówno zapalenie mózgu, jak i rozpad białka, nie dochodzą do takiego stopnia, jak w wieku starszym.

### 6. Udział nerek w powstawaniu azotemii w durze plamistym.

Określaliśmy hiperazotemię w durze plamistym jako pozanerkową, opierając się przede wszystkim na braku zmian anatomo-patologicznych w nerkach u chorych z wysoką azotemią.

Azotemia pozanerkowa jest jednak pojęciem względnym, gdyż każda azotemia właściwie sprowadza się do tego, że nerki nie mogą podołać wydalaniu produktów przemiany azotowej.

W przebiegu duru plamistego powstają duże ilości produktów rozpadu białka; chociaż zdolność stężania nerek jest w pełni zachowana, wydalanie mocznika napotyka na trudności z powodu często obserwowanego zjawiającego się skąpomoczu.

Skąpomocz jest bardziej wyraźny i bardziej długotrwały, niż w innych chorobach zakaźnych; niekiedy skąpomocz dochodzi do stanu bezmoczności, co w pewnym odsetku przypadków jest niewątpliwie bezpośrednią przyczyną śmierci, nawet w razie zupełnego braku objawów zapalenia mózgu. Sprawa ta w dostępnym nam piśmiennictwie nie była dotąd poruszana.

Powstaje pytanie, jaka jest geneza skąpomoczności, a zwłaszcza bezmoczności w durze plamistym? Zagadnienie to jest trudne do rozstrzygnięcia. Wiemy, że badając makroskopowo i mikroskopowo nerki osób, zmarłych na dur plamisty wśród objawów bezmoczności, nie stwierdza się przyczyny bezmoczności. Wchodzić tu mogą w grę inne momenty, jak wpływ ośrodkowego układu nerwowego na zdolność wydalania płynów, zatrzymanie płynów w tkankach i wreszcie uszkodzenie toksyczne — czynnościowe komórek nerkowych bez uchwytanych zmian makroskopowych i mikroskopowych.

Nasuwa się tu analogia do cholery, gdzie bezmoczność jest częstym objawem i gdzie również wytlumaczenia bezmoczności nie można znaleźć, badając nerki anatomicznie (Munk). Bezmoczność

w przebiegu cholery ustala się szybko i dlatego niektórzy sądzą, że chodzi tu o moment wstrząsu, o toksyczne porażenie układu naczynioruchowego i wydzielniczego unerwienia komórek nabłonków nerkowych, czego nie można stwierdzić mikroskopowo.

Podobny mechanizm jest możliwy i w durze płamistym, gdyż i tu skąpomocz lub bezmocz rozwija się szybko, a i wielomocz po przejściowym bezmocznie zjawia się nie stopniowo, lecz nagle i jest od razu dość obfity, co wskazywałoby na momenty odruchowo-czynnościowe.

Na omówienie również zasługuje mechanizm „przełomu moczowego”. Wiadomo, że w każdym zakażeniu po okresie względnego skąpomocznie występuje okres wielomocznie. Jednak przełom moczowy w durze płamistym posiada swoiste cechy: 1) wielomocz po przełomie jest zwykle bardzo duży (2 do 5 litrów na dobę) i trwa dość długo, 2) przełom ten występuje dość nagle, a nie stopniowo, stąd jego termin. Być może chodzi tu o moczopędne działanie mocznika, uprzednio związanego w tkankach. W okresie przełomu moczowego, jak to wykazaliśmy, mocznik, podany doustnie, działa wybitnie moczopędnie; można więc przyjąć, że i własny mocznik tkankowy zaczyna działać moczopędnie, dając duży wielomocz i prowadząc do przełomu moczowego.

#### 7. Mechanizm powstawania i cofania się azotemii w durze płamistym.

Wiele zjawisk, obserwowanych w przebiegu duru płamistego, których nie można było

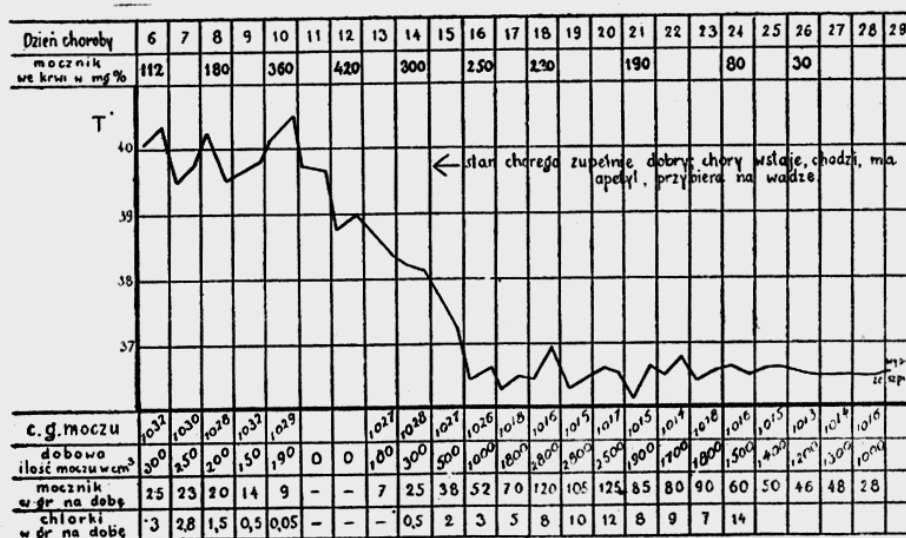
wytłumaczyć, badając jedynie poziom mocznika we krwi, stały się zrozumiałe, kiedy badania krwi uzupełniono jednoczesnym oznaczeniem zawartości mocznika w dobowej ilości moczu.

Sam poziom azotemii nie świadczy o stopniu procesów rozpadowych; jest bowiem wypadkową dwóch czynników — natężenia rozpadu białka i ilości wydalonego moczu.

W razie większego rozkładu białka wystąpić może stosunkowo niższa azotemia, jeśli ilość wydalanego moczu jest dostateczna; przeciwnie — mniejszemu rozpadowi białka może towarzyszyć większa azotemia, jeśli w krytycznym okresie choroby ilość oddawanego moczu jest zmniejszona.

Jeśli rozpad białka nie jest zbyt duży, a ilość moczu wystarczająca, to w razie dobrego stężenia, co jest regułą w durze płamistym, związki azotowe, powstałe z rozpadu białka, zostają z moczem całkowicie wydalone; w ten sposób tłumaczymy te wszystkie przypadki, kiedy przy normalnej lub nieznacznie zwiększonej azotemii, stwierdza się w moczu nadmiar mocznika.

Wysoki poziom mocznika we krwi utrzymywał się przeważnie 4 do 6 dni, po czym szybko wracał do stanu prawidłowego. Widzieliśmy jednak chorych, którzy znajdowali się już w okresie zdrowienia, poprawiali się z dnia na dzień, nawet już chodzili, a jednak wysoki poziom mocznika we krwi utrzymywał się czasem 2 — 3 tygodnie. Dotyczyło to przypadków z długotrwałym i znacznym skąpomoczem i z przemijającym bezmoczem. Badając mocznik w zawartość mocznika stwierdzono, że przez



Rys. 9.

Wykres 9. Chory J. P. lat 37. Przypadek z oligurią, dwudniową anurią, znaczną hiperazotemią bez wyraźnych objawów zapalenia mózgu; czas cofania się hiperazotemii wydłużony (14 dni); Od 12 dnia choroby stan chorego zupełnie dobry; pomimo wysokiej azotemii chory wstaje, dużo chodzi, przybiera na wadze.

cały okres zdrowienia chorzy ci wydalali większe ilości mocznika.

Prawdopodobnie były to przypadki, przebiegające z dużym rozpadem białka. Ponieważ, jak już wspominaliśmy, nerki zdolne były wydalac najwyżej 80 do 120 g mocznika na dobę, trzeba było dość długiego czasu, aby usunac z ustroju znaczne ilości związków azotowych, nagromadzonych w tkankach w okresie skąpomoczu i bezmoczu. Równolegle do przedłużania się czasu wydalania mocznika, utrzymywała się hiperazotemia, nie działająca jednak toksycznie. Okres ten zasługuje w zupełności na nazwę okresu „wyplukiwania” z ustroju związków azotowych.

Pod koniec zdrowienia zawsze notowaliśmy niski poziom mocznika we krwi (12—15 mg%) oraz male ilości mocznika w moczu (15 g na dobę), chociaż chorzy byli już po obfitej diecie białkowej. Widocznie po okresie rozpadu białka następowała wzmożona synteza.

W końcu 1941 r. w czasopiśmie „Zdrowie i Życie” wydanym przez okupanta w Krakowie, ukazała się praca niemieckiego lekarza wojskowego w Radomiu — *Weizeneggera*, który w przeciwieństwie do innych autorów (*Penson*)<sup>1)</sup>, podaje, że „obraz kliniczny duru plamistego jest zupełnie równoległy do poziomu mocznika we krwi”: gdy ilość mocznika wynosi do 100 mg%, przebieg duru plamistego jest lekki; przy 100 do 200 — przebieg jest ciężki; powyżej 200 bardzo ciężki, o powyżej 300 mg% — zawsze śmiertelny.

Rozważając patogenезę hiperazotemii *Weizenegger* przypuszcza, że zależy ona przede wszystkim od hipochloremii, którą obserwował w paru przypadkach. Zaleca przeto dożylnе wstrzykiwanie dużych ilości soli kuchennej, co zawsze (u 2 chorych!) powoduje szybki spadek azotemii, ogólną poprawę kliniczną i zmniejszenie śmiertelności o 50% (!) nawet w najcięższych przypadkach. Zaleca przy tym ostrożność, w razie spadku azotemii poniżej normy, co mogłoby sprzyjac powstawaniu obrzęków.

Omawianymi powyżej zagadnieniami: związków azotowych we krwi, chlorków we krwi i chlorków w moczu zajmowaliśmy się już od 1939 r. *Weizenegger* prawdopodobnie zapoznał się z nimi podczas jednej z wycieczek lekarzy niemieckich na oddziały durowe szpitala Czyste. Podawane przez niego wyniki dokładnie zbiegają się z poglądami teoretycznymi, jakie panowały w naszym szpitalu w początkowym okresie badań. Po 2½ rocznej pracy z dodatkowym uwzględnieniem stopnia skąpomoczu i z systematycznym badaniem mocznika w moczu, doszliśmy do wręcz przeciwnych wniosków: stopień azotemii nie ma żadnego znaczenia w rokowaniu; poziom chlorków nie ma większych odchylen od normy; podawanie soli kuchennej zupełnie nie wpływa na obniżenie mocznika. Spadek azotemii po chlorowaniu, o czym wspomina *Weizenegger* na podstawie 2 przypadków, nie upoważnia do przypisywania go podawaniu soli. Często mocznik we krwi w durze plamistym cofa się bardzo szybko samodzielnie; każdy podawany wówczas środek wydaje się nader skuteczny.

## ROZPOZNAWANIE

W okresie epidemii duru plamistego typowe przypadki nie nastroczały trudności rozpoznawczych. Rozpoznawaliśmy na zasadzie następującego zespołu objawów: czerwone

spojówki, typowa wysypka, suchy i brunatny język, powiększenie śledziony oraz charakterystyczne objawy układu nerwowego.

Nie zawsze jednak występuje pełny obraz chorobowy, co znacznie utrudnia rozpoznanie.

W okresie epidemii wystarczy do rozpoznania typowy zespół neurologiczny. Na pierwszym planie są zaburzenia świadomości swoistego typu, polegające na spowolnieniu psychiczno-ruchowym: chory, pozostawiony sobie, wpada w stan stuporu, z którego można go wyprowadzić, lecz wymaga to kilkakrotnego nagabywania; chory wtedy odpowiada rzeczowo, lecz łatwo wpada w stan poprzedni. Obok tego często występują objawy oponowe oraz hiperkinezy mięśni twarzy (grymasy) oraz kończyn górnych i dolnych; w cięższym przebiegu mamy obraz głębokiej śpiączki.

W przypadkach lekko przebiegających, zwłaszcza u osób młodych, nie stwierdza się typowego obrazu neurologicznego; w wątpliwych przypadkach decyduje więc odczyn Weil-Felixa, zwłaszcza narastanie jego miana. To samo dotyczy przypadków bez wysypki lub ze skąpą wysypką.

Częste występowanie hiperazotemii w durze plamistym oddawało nam cenne usługi rozpoznawcze w wielu przypadkach, przebiegających nietypowo. Chorzy niejednokrotnie przybywali do szpitala w późnym okresie choroby, nie mieli wysypki, powiększenia śledziony, typowego zespołu neurologicznego i dodatniego odczynu Weil-Felixa. Powikłania takie, jak zapalenie płuc, zapalenie okołonerkowe lub zapalenie woreczka żółciowego w zupełności usprawiedliwiały wysoką temperaturę. Na podstawie jedynie wysokiego poziomu mocznika we krwi, w razie braku objawów zapalenia kłębków nerkowych, rozpoznawaliśmy dur plamisty, co w dalszym przebiegu choroby zawsze znajdowało potwierdzenie.

Wczesne rozpoznanie duru plamistego ma ważne znaczenie epidemiologiczne. Jednym z pierwszych objawów jest zaczerwienienie spojówek, bóle głowy, zmiany śluzówki języka, powiększenie śledziony, spadek ciśnienia krwi i niekiedy nudności. Objawy te mają znaczenie rozpoznawcze jedynie w zespole; w przypadkach wątpliwych należy uciec się do badania odczynu Weil-Felixa we krwi; odczyn ten staje się dodatni przeważnie dopiero w końcu pierwszego tygodnia i nie może być uważany za wczesny objaw rozpoznawczy.

Na podstawie naszych obserwacji doszliśmy do wniosku, że ważnym i wczesnym objawem rozpoznawczym, tym ważniejszym, że występuje niezależnie od ciężkości schorzenia, bo nawet w przypadkach lekkich i poronnych, jest wyraźne zmniejszenie, a nawet zupełny zanik chlorków w moczu; objaw ten obserwuje się już w 3 lub 4 dniu choroby w większym

znacznie stopniu niż w innych chorobach zakaźnych, jak dur brzuszny, czerwonka, ostre krwawe biegunki, gruźlica płuc. W bardzo wielu przypadkach, przebiegających nietypowo, rozpoznawaliśmy dur plamisty już w pierwszych dniach choroby, opierając się na badaniu chlorków w moczu.

### LECZENIE.

W ciągu obu epidemii próbowaliśmy różnych metod leczniczych i doszliśmy do niezbyt pocieszających wniosków: w durze plamistym istnieje tylko leczenie objawowe.

Lekarze niemieccy próbowali na naszym materiale leczyć dur plamisty za pomocą dużych dawek błękitu metylenu oraz związków sulfonamidowych, jak uliron, prontosil i eubazyna; poza tym podawali surowicę ozdrowieńców w dużych dawkach. Wszystkie te metody całkowicie zawiodły.

Również nie dały wyników nasze próby wstrzykiwania płynu mózgowo-rdzeniowego (10 — 20 cm<sup>3</sup>) ozdrowieńców do kanału rdzeniowego chorych z zapaleniem mózgu.

Jako leczenie pomocnicze podawaliśmy witaminę C dożylnie w dużych dawkach, wychodząc z tego założenia, że w ciężkich zakażeniach jest brak tej witaminy; nie stwierdziliśmy jednak żadnego dodatniego wpływu na przebieg choroby.

Środki przeciwgorączkowe, jak aspiryna, piramidon i ich pochodne, nie obniżały temperatury. Jedynie novalgina, podawana dożylnie, obniżała gwałtownie ciepotę, co trwało zresztą krótko; jednocześnie występowały silne poty i skłonność do zapaści.

### Układ nerwowy.

Objawy nerwowe były przeważnie odporne na leczenie.

W przypadkach bezsenności związki barbiturowe, nawet w dość dużych dawkach, nie działały zupełnie. Niezłe wyniki osiągnano po podawaniu chloralhydratu w lewatywce i związków bromowych doustnie lub dożylnie.

Uporczywe bóle głowy były trudne do zwalczania; niekiedy ulgę przynosiły dożylnie wstrzykiwania roztworów hipertonicznych glukozy; stosowanie pijawek dawało wyniki raczej wątpliwe.

W razie silnych bólów głowy pochodzenia oponowego wykonywano z powodzeniem nakłucie lędźwiowe, wypuszczając 5 — 10 cm<sup>3</sup> płynu. Objawy oponowe, przebiegające bez silnych bólów głowy, nie były wskazaniem do nakłucia lędźwiowego, gdyż nie występowały po nakłuciu szybko.

Czkawka należy do objawów uporczywych, bardzo trudno poddających się leczeniu; związki barbiturowe, skopolamina, podawane do-

ustnie, w czopkach i podskórnice nie dawały wyniku. Jedynie pantopon lub morfina, podawane podskórnice, przynosiły krótkotrwałą ulgę; ponieważ środki te były źle przez chorych znoszone, zaniechaliśmy ich stosowania.

Hiperkinezy mięśniowe również należą do objawów, na które nie można wpłynąć z pomocą środków leczniczych.

Bóle mięśniowe, przeczulica skóry, niekiedy są bardzo dokuczliwe; ciepłe okłady sprawiły chorym wyraźną ulgę.

W razie porażenia pęcherza z zatrzymaniem moczu, podawaliśmy z dobrym wynikiem neopancarpinę (po 50 kropli jeden, dwa razy dziennie) lub pilocarpinę podskórnice. W uporczywych przypadkach uciekano się do cewnikowania.

Drgawki Jacksonowskie nie ustępowały po żadnym ze środków, ani po żadnych zabiegach; zupełnie bezskuteczne okazały się związki barbiturowe, acekolina, upust krwi, nakłucie lędźwiowe.

W ostrych psychozach, połączonych z niepokojem ruchowym, konieczne było podawanie środków uspokajających, poczynając od bromu z luminalem, a kończąc na skopolaminie z morfiną; często jednak i te środki zawodziły, co zmuszało do stosowania kaftana bezpieczeństwa.

W niektórych przypadkach podurowych psychoz przewlekłych, przypominających stupor katatoniczny, przeprowadzaliśmy z dobrym skutkiem leczenie kardiazolem.

### Układ krążenia.

Jeśli chodzi o krążenie obwodowe, sprawa z naszego punktu widzenia przedstawia się inaczej, niż to spotykamy w podręcznikach. Liczni autorzy uważają, że na pierwszym miejscu w leczeniu duru plamistego powinna znajdować się sprawa zwalczania skłonności do zapaści i leczenia samej zapaści.

Naszym zdaniem zapaść, występująca w przebiegu ciężkiego zapalenia mózgu, jest właściwie jednym z przedśmiertnych, nie dających się zwalczyć objawów. Natomiast zapaść bez ciężkiego zapalenia mózgu występuje rzadko, a jeśli się zdarza — zostaje łatwo opanowana za pomocą znanych środków jak adrenalina, efetonina czy sympatol.

Powstaje natomiast ważne zagadnienie, czy należy podawać środki naczynioruchowe, celem zapobieżenia zapaści i zwalczania niskiego ciśnienia krwi, które jest objawem tak pospolitym w durze plamistym. Podawanie adrenaliny i efetoniny w dużych dawkach podskórnice i domięśniowo nie wywoływało wzrostu ciśnienia krwi. Jedynie sympatol domięśniowo dawał nieznaczny wzrost ciśnienia, lecz na bardzo krótko. Natomiast adrenalina, wstrzy-



kiwana dożylnie nawet w małych dawkach (0,1 — 0,2 mg), powodowała wyraźny wzrost ciśnienia krwi o 40 — 50 mm Hg. również przejściowo, bo zaledwie na 5 — 10 minut. Właściwie więc nie rozporządzamy środkami farmakologicznymi, któreby wpływały na podniesienie ciśnienia krwi w przebiegu duru plamistego. Podawanie bowiem adrenaliny czy sympatolu dożylnie, co podwyższało ciśnienie zaledwie na parę minut, nie może być uważane za środek leczniczy, przeciwdziałający skłonnościom do zapaści.

Niektórzy autorzy sądzą, że głównym momentem patogenetycznym w powstawaniu niskiego ciśnienia i niedomogi krążenia obwodowego są zmiany w nadnerczach i dlatego zalecają duże dawki kortyny. Stosując kortynę domięśniowo oraz dożylnie w dużych dawkach, nie zdołaliśmy stwierdzić dodatniego wpływu tych wstrzykiwań na przebieg choroby.

Ogólne wytyczne, jakimi kierowaliśmy się przy podawaniu środków naczyniowo - ruchomych (efetonina, adrenalina) oraz tzw. analeptica, działających ośrodkowo (cardiazol, coramina, kamfora) polegały na wstrzykiwaniu tych środków w razie zagrażającej lub już istniejącej zapaści; nie podawano natomiast wymienionych leków celem zwalczania niskiego ciśnienia, jeśli tętno chorego było względnie dobrze napięte i wypełnione.

Celem zwalczania zapaści, należy raczej podawać środki obwodowe, tzn. adrenaline i jej pochodne; analeptica — bardzo ostrożnie i w małych dawkach, gdyż środki te pobudzają ośrodkowy układ nerwowy, a przecież dur plamisty cechuje się przede wszystkim nadmierną pobudliwością tego układu; przemawia za tym również spostrzeżenie, że w dość licznych przypadkach 1cm<sup>3</sup> cardiazolu podskórnie wywoływał drgawki.

Podobnie, jak w przebiegu każdej ciężkiej choroby zakaźnej, tak samo i w durze plamistym, istnieje zagadnienie stosowania naporstnicy i strofantyny. Na ogół zdania są podzielone: obok gorliwych zwolenników tego leczenia, są liczni autorzy, uważający naporstnicę za przeciwwskazaną.

Niektórzy twierdzą, że w durze plamistym naporstnica jest szczególnie wskazana; opierają się na tym, że przez cały czas choroby występuje niskie ciśnienie krwi oraz upośledzenie krążenia obwodowego, co wpływa niekorzystnie na krążenie wieńcowe serca; wtórnie prowadzi do zmian w samym mięśniu sercowym, zaatakowanym przez sprawy toksyczno-mięśniowe.

W ciągu szeregu miesięcy podczas 1 i 2 epidemii podawaliśmy naporstnicę i jej pochodne; po tym na dłuższy czas przerywaliśmy

podawanie tych leków. Jednak nie uzyskaliśmy żadnych obiektywnych podstaw do orzeczenia, czy naporstnicę i jej pochodne należy podawać w przebiegu duru plamistego bez objawów niedomogi mięśnia sercowego. Przyjęliśmy, że leczenie naporstnicą i jej pochodnymi wskazane jest w razie objawów niedomogi serca, co zresztą w durze plamistym należy do rzadkości.

Natomiast osobom starszym z objawami miażdżycy ogólnej, chorym z nadciśnieniem i z wadami serca, ze skrzywieniem kręgosłupa, z rozedmą płuc, dawaliśmy zapobiegawczo naporstnicę w cięższych przypadkach duru, przebiegających nawet bez objawów niedomogi mięśnia sercowego.

#### *Drogi oddechowe.*

W razie wystąpienia jakichkolwiek objawów, zwiastujących obrzęk krtani, należy jak najprędzej wykonać tracheotomię; jedynie w ten sposób udało się w paru tego rodzaju przypadkach uratować chorego od śmierci.

W innych powikłaniach dróg oddechowych, jak np. w bardzo często obserwowanych nieżytach oskrzeli oraz w zapaleniu płuc, przeważnie odoskrzelowym, wskazane jest leczenie, jakie zwykle stosuje się w tego rodzaju przypadkach.

Nadmienić należy, że środki sulfonamidowe nie wpływały wyraźnie dodatnio na przebieg zapalenia w durze plamistym.

Jak już wyżej wspominaliśmy zejście tych ognisk płucnych zwykle było pomyślne, oczywiście, że jednocześnie nie występowały objawy ciężkiego zapalenia mózgu.

Leczenie przeważnie ograniczało się do podawania środków wykrztuśnych i suchych lub niekiedy ciętych baniek.

#### *Przewód pokarmowy.*

Gdy chodzi o narządy jamy brzusznej, jedyną z groźnych powikłań była żółtaczką mięśniowa. Podawano glukozę dożylnie i przetwory wątroby domięśniowo. Środki te nie dawały jednak żadnego wyniku. Przeważnie lekka, nienarastająca żółtaczką cofała się samoistnie, natomiast ciężka, szybko postępująca — prowadziła do śmierci.

Krwotoki jelitowe, również były odporne na leczenie, o czym już obszernie pisaliśmy; zwykle występowały bardzo gwałtownie i krwawienie powtarzały się. Wykonywaliśmy przetaczanie krwi, czasem parakrotnie, podawaliśmy przetwory wapnia, czerwień Kongo, coagulen, żelatynę, surowicę normalną. Tylko w dwóch spośród 18 przypadków udało się chorych utrzymać przy życiu; dotyczyło to osób młodych (16 i 25 lat).

### Inne powikłania.

Inne powikłania, jak zapalenie przyusznic i innych gruczołów ślinowych, leczono na początku zachowawczo ciepłymi okładami oraz wstrzykiwaniami mleka. Jeśli sprawa się nie cofała, nacinano ropień.

W leczeniu kierowaliśmy się zasadą unikania nadmiernej ilości wstrzykiwań, zarówno dożylnych jak domięśniowych i podskórnych, ze względu na wybitną skłonność do wtórnych zakażeń. Doświadczenie wykazało, że nawet w przypadkach ciężkich można było wstrzykiwania ograniczyć do minimum, co bynajmniej nie przynosiło szkody choremu, a chroniło go przed powikłaniami ropnymi niekiedy śmiertelnymi.

### Pielęgnowanie chorego.

Znacznie więcej niż środkami farmakologicznymi osiągnąć można w durze plamistym starannym pielęgowaniem chorego. Należy dbać przede wszystkim o jamę ustną. Jak już podawaliśmy, zmiany na śluzówce jamy ustnej są w durze plamistym bardzo częste i ciężkie. Prawdopodobnie wiąże się z tym zapalenie gruczołów ślinowych, co jest groźnym powikłaniem duru plamistego i bywa niekiedy bezpośrednią przyczyną śmierci, nawet bez towarzyszących objawów zapalenia mózgu. Aby pobudzić pracę ślinianek zalecaliśmy chorym spożywanie twardych pokarmów, jak jabłka, suchary itp.

Brandenburger podaje (1944), że od czasu wprowadzenia metody żucia twardych pokarmów, nie stwierdził ani razu żadnych zmian w jamie ustnej, ani zapalenia ślinianek.

Niestety wśród naszych chorych nie obserwowaliśmy tak doskonałych wyników.

Miejscowo, celem zwalczania zmian na śluzówce jamy ustnej, polecano częste płókania roztworem sody, przemywanie roztworem borksu z gliceryną oraz mechaniczne usuwanie pleśniawek; najskuteczniejsze okazało się pędzlowanie jamy ustnej 1% roztworem pyoctaniny.

### Dieta.

Dieta odgrywa ważną rolę w leczeniu duru plamistego. Wobec tego, że w pierwszym tygodniu, a niekiedy nawet dłużej, chorzy mogą być normalnie odżywiani, należy okres ten wyzyskać, aby wzmocnić siły odpornościowe ustroju i w ten sposób zmniejszyć skłonność do wtórnych zakażeń i odleżyn.

Pomimo hiperazotemii, nie należy przesadnie ograniczać pokarmów białkowych. Najlepiej znoszona jest dieta lekka, małowbiałkowa, małotłuszczowa, obficie węglowodanowa. Wobec braku apetytu i wstrętu do potraw kaskowatych, dieta winna być smaczna, lekko

drażniąca podniebienie; nie należy żałować używek, jak soli, octu, korzeni. Chorzy najchętniej spożywają potrawy zimne i kwaskowate, jak kwaszone ogórki, jabłka, kompot, pomidory, piwo, lemoniada, lody.

Przez urozmaicenie diety udaje się podać chorym dostateczną ilość kaloryj.

W okresie utraty przytomności należy pamiętać, aby choremu dostarczać odpowiednie ilości płynów za pomocą kroplówek lub wstrzykiwań soli fizjologicznej podskórnie czy dożylnie. Doświadczenie bowiem poucza, że nieraz chory budzi się i wraca do zdrowia nawet po kilku dniach głębokiej śpiączki; brak dostatecznej ilości płynów w tym krytycznym okresie jest czynnikiem znacznie pogarszającym rokowanie.

### Próby zwalczania skąpomoczu i bezmoczu.

Na zakończenie leczenia omówimy próby podejmowane przez nas w celu zwalczania wzrastającego skąpomoczu i bezmoczu, które, jak wiemy są groźnym powikłaniem. Wszelkie środki moczopędne, podawane doustnie zawadzają. To samo dotyczy dożylnych wstrzykiwań eufiliny i stężonych roztworów glukozy. Najlepsze wyniki osiągnęliśmy przez dożylnie wstrzykiwania u szczytu choroby 10% soli kuchennej w ilości od 50 do 100 cm<sup>3</sup> dziennie w ciągu 2 do 3 dni. Bardzo często, choć nie zawsze, zabieg ten wywoływał wyraźny wzrost ilości moczu lub zjawienie się moczu po uprzednim, krótkotrwałym bezmoczu; odnosiło się wrażenie, że przelom moczowy ulegał przyspieszeniu.

Jeśli po 2 lub 3 dniach nie osiągnęto pożądanego wyniku, należało dalszych wstrzykiwań zaniechać, ze względu na obawę obrzęków.

### ROKOWANIE.

Rokowanie w durze plamistym jest niesłychanie trudne — ściślej mówiąc — zupełnie niemożliwe, jeśli chodzi o rokowanie *quoad vitam* i względnie możliwe w sensie niepomysłnym.

Najkrytyczniejszy jest okres od 7 do 14 dnia choroby; w tym czasie występuje nasilenie wszystkich objawów, przede wszystkim mózgowych, najgroźniejszych dla życia chorego.

Bezwzględnie złe rokowanie daje zapalenie mózgu, powikłane drgawkami Jacksonowskimi.

Również sinica plamista, którą omówiliśmy wyżej, daje zawsze rokowanie niepomysłne; to samo dotyczy bezmoczu, trwającego dłużej niż 3 doby.

Do objawów, które dają złe rokowanie w 80 — 90% należą: hiperkinezy z dużą amplitudą, opsoklonia (taniec gałek ocznych).

uporczywa czkawka, zaburzenia polykowe, głęboka przedłużająca się śpiączka, krwotoki jelitowe i płucne, obrzęk krtani, ciężka żółtaczka.

W przebiegu obu przez nas obserwowanych epidemii, cały obraz kliniczny, a więc i rokowanie zależało głównie od zapalenia mózgu; objawy ze strony innych narządów miały drugorzędne znaczenie. Śmierć w przebiegu duru z małymi wyjątkami była przeważnie śmiercią mózgową.

Fakt ten jest w rażącej sprzeczności ze zdaniem szeregu autorów, zwłaszcza niemieckich (*Brugsch* i inni), którzy twierdzą, że w durze plamistym główne niebezpieczeństwo zagraża choremu ze strony układu krążenia, zwłaszcza obwodowego. Na naszym olbrzymim materiale, bardzo dokładnie opracowanym, przekonaliśmy się, że u chorych z rozległymi zmianami w układzie krążenia (nadciśnienie tętnicze, trwające od wielu lat, miażdżycza ogólna naczyń, wady zastawkowe serca, świeżo przebyty zawał mięśnia sercowego) nie należy źle rokować, jeśli sprawa nie jest powikłana ciężkim zapaleniem mózgu.

Zapaść w przypadkach bez zapalenia mózgu należała do rzadkości, a jeśli występowała, była zwykle dość łatwa do zwalczania. Zupełnie inaczej przedstawiała się sprawa zapaści naczyniowej w przebiegu ciężkiego zapalenia mózgu; zapaść w tych przypadkach była zawsze objawem końcowym i nieodwołalnie prowadziła do śmierci.

Na zasadzie objawów klinicznych nigdy nie można było przewidzieć, czy chory ze stanu ciężkiej śpiączki obudzi się, czy też stan ten przejdzie w zapaść i doprowadzi do śmierci.

Łagodny przebieg choroby w ciągu pierwszych 7 — 8 dni nie pozwalał bynajmniej wyciągnąć żadnych wniosków co do dalszych losów chorego (*Sterling-Okuniewski*); często w tego rodzaju przypadkach występowało w drugim tygodniu ciężkie zapalenie mózgu, prowadzące do śmierci. W bardzo rzadkich przypadkach (1%) zapalenie mózgu rozwijało się dopiero w końcu drugiego, a nawet w trzecim tygodniu.

Niektóre ciężkie powikłania, jak np. śmiertelne krwotoki kiszkiowe i płucne oraz zmiany krtaniowe powstają nagle, bez żadnych objawów zwiastunowych, zupełnie niezależnie od ciężkości przebiegu choroby.

Znaczenie hiperazotemii dla rokowania w wyniku naszych badań przedstawia się odmiennie, niż to znajdujemy w piśmiennictwie.

*Sterling-Okuniewski* podaje, że mocznik we krwi w ciężkich przypadkach duru plamistego dochodzi do wysokiego poziomu — 200 mg% i więcej. W nielicznych opisanych przypadkach hiperazotemię w durze plamistym traktowano jako wyraz mocznicy z po-

wodu zapalenia nerek i uważano za zły objaw rokowniczy, prowadzący w 50% do śmierci. Naszym zdaniem sama hiperazotemia, nawet bardzo wysoka (500 — 600 mg%), nigdy nie jest bezpośrednią przyczyną śmierci; obserwowaliśmy setki przypadków z wysoką azotemią, które zakończyły się pełnym wyzdrowieniem. Rokowanie pogarsza się, jeśli hiperazotemii towarzyszy ciężkie zapalenie mózgu lub przewlekający się (3 doby) bezmocz, nawet bez objawów ciężkiego zapalenia mózgu — tzw. czysta postać hiperazotemii. Z drugiej strony względnie niewielka hiperazotemia nawet przez cały czas choroby bynajmniej nie pozwala rokować pomyślnie.

Niektórzy autorzy wyciągają wnioski rokownicze, opierając się na charakterze wysypki; twierdzą, że obfita krwotoczna wysypka jest oznaką niepomyślną; ponieważ skóra i mózg embriologicznie pochodzą z tego samego listka zarodkowego, równoległe do krwotoczności wysypki skórnej analogiczne zmiany występować mają w mózgu, co wpływa na ciężkość schorzenia i pogarsza rokowanie. Według nas, co również potwierdza *Sterling-Okuniewski*, nie ma równoległości między nasileniem wysypki i zmianami mózgowymi. Wprawdzie obfita wysypka krwotoczna, zwłaszcza z sinawym zabarwieniem, dość często przebiega z ciężkim zapaleniem mózgu i daje złe rokowanie, jednak w bardzo licznych przypadkach z minimalną wysypką również rozwijały się ciężkie zapalenia mózgu.

Wreszcie w wyjątkowych przypadkach (0,3%) w okresie zdrowienia następowała niczym nieuzasadniona śmierć; przyczyny również autopsyjnie nie udało się ustalić.

Z powyższych rozważań wynika, że z rokowaniem w durze plamistym trzeba być nadzwyczaj ostrożnym, gdyż zawsze może nastąpić nieoczekiwany zwrot, który obali wszystkie przypuszczenia, dotyczące dalszego losu chorego; w lekkim przebiegu wystąpić może nagle ciężkie powikłanie, prowadzące do śmierci; z głębokiej śpiączki chory może się obudzić i wrócić do zdrowia.

#### SZCZEPIENIA ZAPOBIEGAWCZE

W czasie drugiej epidemii stosowano szczepienie zapobiegawcze metodą Weigla, głównie wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego (60 osób). Wobec skąpego zapasu szczepionek, wstrzykiwano przeważnie tylko połowę przepisowej dawki.

Na ogół szczepienie nie zapobiegało zachorowaniu. Znaczny odsetek szczepionych zapadł na dur plamisty w okresie 4 — 8 tygodni od chwili zaszczepienia.

U większości szczepionych osób dur plamisty przebiegał względnie łagodnie; w kilku

przypadkach pomimo szczepienia obserwowaliśmy ciężkie powikłania w postaci zapalenia mózgu; paru chorych zmarło pomimo szczepienia pełną dawką.

Z powodu szczupłości materiału i stosowania zmniejszonej dawki szczepionki, nie możemy wyciągnąć wniosków o jej skuteczności.

## PIŚMIENNICTWO

- Aschenbrenner, Bayer:* Epidemisches Fleckfieber. Stuttgart. 1944.
- Bergman:* Z. f. Aerztl. Fortb. 1933.
- Brandenburger:* Deutsche Med. Woch. 1944.
- Danilewicz:* Uczeńnik dziecięcych infekcyjnych boleznij. 1939.
- Fahr:* Dtsch. Med. Woch. 1944.
- Feuchtinger:* Hypothalamus, vegetatives Nervensystem und innere Sekretion. 1943.
- Fishberg:* Hypertension and Nephritis. 1936.
- Glatzel:* Klin. Woch. 1933.
- Iwaszencew:* Kurs ostrzych infekcyjnych boleznij. 1943.
- Krukowski:* Med. Doświadcz. i Społeczna. 1924.
- Munk:* Spez. Pathol. und Ther. d. inn. Krankheiten. 1923.
- Munk:* Nierenkrankheiten. 1925.
- Nicolle:* Typhus exanthematique. Nouveau traite de medecine. 1922.
- Pletniow:* Z. Klin. Med. 1922.
- Rosenberg:* Infekcyjni choroby. 1937.
- Sterling-Okuniewski:* Dur osutkowy. Monografia. 1922.
- Sterling-Okuniewski:* Podręcznik chorób zakaźnych. 1922.
- Sturm:* Klin. Woch. i Münch. Med. Woch. 1942.
- Szafersztajn:* Infekcji w dzieciom wiczi. 1931.
- Thaddea:* Die Nebennierenrinde. 1936.
- Waizenegger:* Zdrowie i Zycie. Kraków. 1941.