

Wybitni uczeni we wspomnieniach **Tadeusz Orłowski**



40 lat temu zacząłem wprowadzać do Polski transplantologię. Byłem internistą i wiedziałem, że to problem immunologiczny. Poprosiłem więc immunologów o pomoc, a oni zaczęli mnie przekonywać, żebym sobie głowy nie zawracał, ponieważ naukowo udowodniono, że to niemożliwe. Pomyślałem: a jednak spróbuję. Bo góry mnie nauczyły, że nie ma rzeczy niemożliwych.

Prof. T. Orłowski

Nemo sibi nascitur (Nikt nie rodzi się tylko dla siebie), mawiali starożytni Rzymianie. Chcieli przez to wyrazić, iż obowiązkiem każdego człowieka jest działanie na rzecz innych ludzi. Owo szlachetne zalecenie, nader rzadko zresztą przestrzegane, nabrało dziś zupełnie nowego znaczenia, śmierć jednych ratuje życie drugim. W historii ludzkości nic to zresztą nowego.

Prof. T. Orłowski

W 2017 roku mija setna rocznica urodzin profesora Tadeusza Orłowskiego, wybitnego lekarza-nefrologa, współtwórcy polskiej szkoły transplantologii. W 1966 roku, we współpracy z zespołem prof. Jana Nielubowicza, dokonano pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia nerki. Profesor T. Orłowski był twórcą i pierwszym dyrektorem Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Niniejsza publikacja, inaugurująca serię, w której zaprezentowane zostaną sylwetki wybitnych uczonych, zawiera wspomnienia współpracowników Profesora przypominających jego dokonania. Przywołano również wypowiedzi prof. T. Orłowskiego: wspomnienia, wykłady, wystąpienia, fragmenty wywiadów prasowych. Wyłania się z nich niezwykle bogata, a zarazem barwna postać wybitnego naukowca, cieszącego się autorytetem nauczyciela wielu pokoleń lekarzy oraz szanowanego przez pacjentów klinicysty. Wiele uwag profesora Tadeusza Orłowskiego do dziś zachowało swoją aktualność.



ISBN 978-83-63305-43-7

WYBITNI UCZENI WE WSPOMNIENIACH

Tadeusz Orłowski

Warszawa, listopad 2017

Koordinator merytoryczny:
Prof. dr hab. Witold Rużyłło
członek rzeczywisty PAN

Redakcja:
Małgorzata Józefaciuk

Wykorzystane w publikacji fotografie zostały udostępnione przez:
Archiwum Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Instytut Transplantologii im. prof. T. Orłowskiego WUM,
Muzeum Historii Medycyny,
Wydawnictwo Naukowe PWN
oraz pochodzą ze zbiorów prywatnych

ISBN 978-83-63305-43-7

Wydawca:
Biuro Upowszechniania i Promocji Nauki PAN
© Copyright
Polska Akademia Nauk

Druk i oprawa:
Centrum Poligrafii Sp. z o.o.
ul. Łopuszańska 53, 02-232 Warszawa

SPIS TREŚCI

Profesor Tadeusz Orłowski – wizjoner i twórca	4
PROF. ARTUR KWIATKOWSKI	
Biogram prof. Tadeusza Orłowskiego	7
Moje wspomnienie o profesorze Tadeuszu Orłowskim	9
PROF. ANDRZEJ GÓRSKI	
Działalność prof. Tadeusza Orłowskiego w ramach Polskiej Akademii Nauk	17
PROF. JANUSZ KOMENDER	
Wystąpienie prof. Tadeusza Orłowskiego po otrzymaniu doktoratu <i>honoris causa</i> Akademii Medycznej w Warszawie	21
<i>Nemo sibi nascitur</i>. Kilka uwag o przeszczepianiu nerek	26
PROF. TADEUSZ ORŁOWSKI	
Historia Kliniki Transplantologii i utworzenia Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie	33
PROF. MAGDALENA DURLIK	
Aktualny stan transplantologii w Polsce	38
PROF. TADEUSZ ORŁOWSKI	
Tadeusz Orłowski – mój nauczyciel	48
DR N. MED. ZOFIA RANCEWICZ	
Przeszedłem przez życie nie najgorzej	61
EWA DOBROWOLSKA	
Moje taternictwo	72
PROF. TADEUSZ ORŁOWSKI	



PROFESOR TADEUSZ ORŁOWSKI – WIZJONER I TWÓRCA

Profesor Tadeusz Orłowski, twórca Instytutu Transplantologii dziś noszącego Jego imię, powtarzał: „Nie ma rzeczy niemożliwych”. W jednym ze swoich ostatnich wywiadów, którego udzielił Wojciechowi Kurtyce, światowej sławy taternikowi i himalaistce, Profesor Orłowski stwierdził, że „góry nauczyły go tego, że nie ma rzeczy niemożliwych” („Góry”, 2004, nr 7–8). Słowa te na pewno były wielką inspiracją do działania na polu transplantologii dla jego następców kierujących Instytutem: prof. Mieczysława Lao, prof. Wojciecha Rowińskiego, prof. Magdaleny Durlik i prof. Leszka Pączka – pionierów medycyny transplantacyjnej w Polsce.

To w Instytucie Transplantologii, w 1966 roku zespół kierowany przez prof. Tadeusza Orłowskiego i prof. Jana Nielubowicza wykonał pierwsze w Polsce przeszczepienie nerki. Tu również wykonano pierwsze w Polsce operacje wymiany nerek między parami, przeszczepienia samej trzustki, a także 52 lata później, pierwszą w Polsce transplantację wysp trzustkowych, będącą zwieńczeniem kilkudziesięciu lat pracy profesora Tadeusza Orłowskiego. Dziś przed Instytutem Transplantologii im. Tadeusza Orłowskiego, po 37 latach od jego utworzenia, stoją nowe wyzwania. Obecnie w skład Instytutu wchodzi cztery jednostki: Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ, Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Poradnią Nefrologiczno-Transplantacyjną, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej oraz Zakład Immunologii Klinicznej. Co trzeci chory po transplantacji narządu w Polsce znajduje się pod opieką Instytutu Transplantologii. W najbliższym okresie dołączy do nas 10 innych Klinik i Zakładów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tworząc jeden z największych ośrodków transplantacyjnych w Europie. Takie połączenie jednostek klinicznych z zakładami teoretycznymi powinno skutkować realizacją wielu projektów naukowych, również we współpracy międzynarodowej.





Znając życiorys Pana Profesora Tadeusza Orłowskiego dodałbym, że nie ma rzeczy niemożliwych nie tylko w górach, ale także w medycynie transplantacyjnej. To dwa obszary, które wzajemnie przenikały się w życiu Profesora. Jestem głęboko przekonany, że z obu czerpał moc i w obu udowodnił, że można stawiać sobie i zespołowi wyzwania z pozoru nie do pokonania, niezależnie od tego, jakiej dziedziny życia dotyczą. I można je pokonać, bo zbliżając się do szczegółów okazuje się, że „ściana wygląda strasznie z daleka, ale jak się podejdzie blisko, wszystkie stromizny się kładą”.

W moim głębokim przekonaniu Pan Profesor Tadeusz Orłowski jest postacią wybitną, wizjonerem, niedoścignionym wzorem i przykładem. Jego słowa będą przyświecały w działaniu także moim następcom kierującym Instytutem Transplantologii.

Prof. dr hab. Artur Kwiatkowski

Dyrektor Instytutu Transplantologii im. T. Orłowskiego







Prof. Tadeusz Orłowski urodził się 13 września 1917 r. w Kazaniu nad Wołgą; zmarł 30 lipca 2008 r. w Warszawie. Absolwent Wydziału Lekarskiego tajnego Uniwersytetu Warszawskiego – egzamin końcowy zdał 16 czerwca 1943 r. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1949 r. na Uniwersytecie Łódzkim. W 1952 r. obronił rozprawę habilitacyjną pt. „Czynności kłębków i cewek nerkowych w zakresie gospodarki wodnej w stanach prawidłowych i niektórych chorobach narządu krążenia”. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w 1962 r., a zwyczajnego w 1970 r. Był zawodowo związany z klinikami internistycznymi Uniwersytetu Warszawskiego, a później Akademii Medycznej w Warszawie. Jako student, a następnie asystent, w latach 1938–1948 pracował w II Klinice Chorób Wewnętrznych UW, a od 1949 r. w I Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie; w latach 1963–1975 był jej kierownikiem.

W latach 1955–1956 z ramienia PCK kierował budową i pełnił funkcję dyrektora szpitala w Ham-Hyn, w Korei Północnej. Był stażystą w klinikach w Lund, St. Louis, Pizie, Londynie i Waszyngtonie (jako stypendysta Fundacji Rockefellera).

W 1975 r. stanął na czele utworzonego przez siebie Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie, kierował nim do 1987 r. Po przejściu na emeryturę pracował w Instytucie Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN.

W 1964 r. prof. T. Orłowski został członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk, a w roku 1971 członkiem rzeczywistym, przez blisko pół wieku uczestniczył w jej pracach. W latach 1969–1971 był sekretarzem Wydziału Nauk Medycznych PAN; w latach 1969–1980 i 1984–1989 członkiem Prezydium PAN, a w latach 1972–1980 zastępcą sekretarza naukowego PAN.

Był autorem i współautorem ponad 400 publikacji i licznych podręczników, są wśród nich fundamentalne: *Choroby nerek*, *Nauka o chorobach wewnętrznych*, *Przeszczepianie nerek*. Prof. T. Orłowski miał wielkie zasługi w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego. Od 1955 r. był zastępcą, a w latach 1963–1994 redaktorem naczelnym „Polskiego





Archiwum Medycyny Wewnętrznej”. Zasiadał w komitetach redakcyjnych wielu periodyków polskich i zagranicznych.

Poświęcał wiele uwagi pracy dydaktycznej – był promotorem 26 przewodów doktorskich oraz 16 habilitacyjnych.

Prof. T. Orłowski miał ogromny udział w opracowaniu metod diagnostycznych i leczniczych w niewydolności nerek, przygotował program przeszczepiania nerek w Polsce i uczestniczył w pierwszym udanym przeszczepieniu nerki w 1966 r. Do najważniejszych osiągnięć naukowych prof. T. Orłowskiego należą: wprowadzenie immunoterapii do leczenia pierwotnych glomerulopatii, opracowanie metod leczenia schyłkowej niewydolności nerek, udział w skonstruowaniu dializatora arkuszowego i zwojowego, opisanie czynności przeszczepionej nerki, zastosowanie antytymocytarnej globuliny do leczenia odrzucania przeszczepu oraz opracowanie metody immunoizolacji wysp Langerhansa.

W 1990 r. prof. T. Orłowski otrzymał doktorat *honoris causa* Akademii Medycznej w Krakowie, a w 1999 r. Akademii Medycznej w Warszawie. Był członkiem licznych towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych, laureatem wielu nagród i odznaczeń, m.in. w 1997 r. otrzymał Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski *w uznaniu wybitnych zasług w działalności naukowej oraz za osiągnięcia w pracy na rzecz ochrony zdrowia*.

Wielką pasją prof. T. Orłowskiego było taternictwo, wytyczył liczne nowe drogi w Tatrach, przełomowe dla rozwoju taternictwa.





MOJE WSPOMNIENIE O PROFESORZE TADEUSZU ORŁOWSKIM

Moja współpraca z Profesorem Tadeuszem Orłowskim trwała bez mała 40 lat, jest to zatem okres wystarczający, aby mieć własne, w miarę ugruntowane zdanie odnośnie dokonań i posłania, jakie zostawił nam swym niezwykłym życiem.

Jego fundamentalne dokonania w dziedzinie transplantologii, nefrologii i interny zostały szczegółowo opisane i są dobrze znane, chciałbym więc podzielić się moimi osobistymi refleksjami dotyczącymi Profesora jako Człowieka.

Znane jest powiedzenie określające różnice między politykiem a mężem stanu: ten pierwszy myśli o następnych wyborach, natomiast drugi o następnych pokoleniach. Jestem przekonany, że Profesor w pełni zasługuje na miano męża stanu. Nie chciał w pełni angażować się w politykę *sensu stricto*: odmówił, gdy proponowano mu ubieganie się o stanowisko rektora, wskazując inną osobę; podobnie postąpił, gdy oferowano stanowisko ministra zdrowia (nawiasem mówiąc, obie wskazane przez niego osoby objęły te urzędy). Oczywiście stanowiska, jakie zajmował (m.in. w PAN) wymagały umiejętności politycznych – a tych Mu nie brakowało. Właściwe spojrzenie na działalność i dokonania Profesora zależy również od interpretacji samego terminu: polityka.

Maks Weber uważał na przykład, że polityka to dążenie do udziału we władzy lub wywierania wpływu na podział władzy. Podobnie ujmuje to słownik Merriam-Webster: polityka to sztuka sprawowania władzy. Przypomnieć jednak należy, że Arystoteles, twórca tego pojęcia i autor wielkiego dzieła na ten temat, podkreśla, że celem polityki powinno być dobro wspólne, nie zaś utrzymanie się przy władzy za wszelką cenę. Z pewnością filozofia życia i działalności Profesora była zdecydowanie bliższa temu klasycznemu rozumieniu polityki. Myślę, że gdyby nie był wybitnym lekarzem i jednym z liderów PAN, z pewnością byłbym doskonałym dyplomatą broniącym interesów





państwowych równie usilnie i z pełną determinacją, jak działał na rzecz chorych. Nie wahał się zajmować odrębnego stanowiska – jeśli było to zgodne z interesem publicznym – w tym względzie przypominając de Gaulle’a, który mawiał, iż ilekroć był w mniejszości, tylekroć okazywało się, że miał rację.

Oczywiście Profesor za swe pryncypialne postępowanie zapłacił określoną cenę. Dane mi było spotkać się z nim w takiej właśnie chwili – wtedy po raz pierwszy i ostatni widziałem jak bardzo był poruszony – a przecież był człowiekiem niezłomnym, o niezwykle silnej woli i charakterze. Jak sam wspominał, w swoim życiu przeszedł ponad 30 zabiegów medycznych, znosząc wszelkie związane z nimi stresy i uciążliwości z godnym podziwu spokojem i godnością.

Był wierny najlepszym tradycjom, reprezentując wartości ponadczasowe, jak rzetelność, punktualność (można było regulować zegarek – nawet szwajcarski – według czasu pojawiania się Profesora na rannej odprawie: godz. 8:00, jak to mówią Amerykanie, „sharp”), ale przede wszystkim troska o chorego, co stanowiło w naszej pracy pod jego kierownictwem absolutny priorytet.

Pamiętam, było to latem 1983, otrzymuję wiadomość, że mój abstrakt został przyjęty do wygłoszenia na międzynarodowym zjeździe w Baltimore i organizatorzy przyznali mi znaczną na te czasy kwotę 500 dolarów (co umożliwiło przelot LOT-em i dotarcie na miejsce Greyhoundem plus bardzo skromny nocleg). Wchodzę do gabinetu profesora oznajmiając tę radosną nowinę, ale zamiast oczekiwanych gratulacji słyszę pytanie, czy sprawdziłem kto w tym urlopowym czasie będzie prowadził moich chorych? Wychowywał nas w duchu poszanowania praw i przyrzeczeń lekarskich tak, aby sformułowania typu *Salus aegroti suprema lex* nie były jedynie sloganami wypowiadanymi na uroczystościach, ale towarzyszyły nam w codziennej pracy z chorymi.

Działalność na rzecz, a właściwie lepiej stwierdzić – dla dobra, PAN (bo dobro tej instytucji przekładał nad własną karierę) była również treścią Jego życia zawodowego. Przez wiele lat przewodniczył pracom Rady Naukowej przy Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu i był *spiritus movens* mojej decyzji o nieubieganiu się o drugą kadencję rektora Akademii Medycznej w Warszawie i wzięcia







udziału w konkursie na stanowisko dyrektora tegoż Instytutu przeżywającego wtedy poważny kryzys. W czasie trudnych lat mojej pierwszej kadencji udzielał mi istotnego wsparcia. Mogłem zresztą na nie liczyć do ostatnich chwil Jego życia.

Członkiem PAN był ponad 40 lat, a Jego oddanie tej instytucji manifestowało się uczestnictwem w jej działalności praktycznie do końca życia, w zdrowiu i chorobie. Myślę, że niektórzy członkowie PAN pamiętają obecność Profesora *sub finem vitae* na sesji Zgromadzenia Ogólnego – gdy z największym wysiłkiem przyszedł, aby w niej uczestniczyć. Choć ciało odmawiało mu już posłuszeństwa, umysł pozostał jasny do końca i do końca nie przestał zadziwiać trafnością sądów i błyskotliwością. Drugim takim niezapomnianym, ale i dramatycznym momentem było posiedzenie Rady I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z punktem poświęconym przyznaniu prof. K. Ostrowskiemu doktoratu *honoris causa* uczelni. Profesor był recenzentem tego wniosku – poruszał się już wtedy i czytał tekst z najwyższym wysiłkiem, ale Jego poczucie obowiązku i lojalności nie pozwoliło na zwrócenie się o zastępstwo. Dziś, gdy zdarza się, że z powodu braku *quorum* nie można przeprowadzić procesów awansowych czy głosowania nad kluczowymi nieraz uchwałami, takie postępowanie Profesora można wspominać z przysłowiową łezką w oku...

Profesor był obdarzony wybitnym intelektem i do końca życia – jak wspominałem – zachował bystrość umysłu. Na kilka tygodni przed zgonem powiedział mi, że podjął decyzję kontynuowania swej pracy aż do końca. I tak właśnie było: starał się śledzić aktualne piśmiennictwo, zwłaszcza dotyczące transplantologii i nefrologii. Było zadziwiające, jak w tym końcowym okresie życia – wbrew wszystkim przeciwnieństwom losu i dolegliwościom – udawało Mu się utrzymywać w głównym nurcie postępu medycyny i zawsze być gotowym do rady czy wnikliwej konsultacji. Ostatnie prace Profesora zostały opublikowane w piśmiennictwie o zasięgu międzynarodowym gdy dobiegał dziewiędziesiątki, a były to ważne publikacje dotyczące między innymi immunogenności opłaszczonych wysepek trzustkowych.

Służył radą w sprawach nie tylko medycyny. Głęboka mądrość życiowa wynikająca m.in. z szerokich kontaktów w kraju i zagranicą, znajomość świata w czasach, gdy





był on jednak o wiele trudniej niż obecnie dostępny dla ludzi młodych, i znakomita znajomość ludzkiej natury sprawiły, że wielu szukało u Niego porady i wsparcia. Również w sprawach dotyczących życia osobistego, choć Profesor nie miał doświadczeń związanych z małżeństwem („Nie chciałem nikogo unieszczęśliwiać”), wcale to jednak nie oznacza, że był zwolennikiem mizoginii... Gdy zdarzało się, że w minionym okresie ktoś pozostał zagranicą i z przejściem komunikowano to Profesorowi: „Panie Profesorze, czy słyszał Pan, że X wybrał wolność?”. Profesor spokojnie pytał: „A czy był żonaty? Tak? No to dlaczego Pan(i) się mu dziwi?”. Jako człowiek błyskotliwy, miał znakomite poczucie humoru i nieco ironiczny, pełen dystansu stosunek do rzeczywistości oraz zdolność do ciętej riposty – to co Niemcy określają mianem *schlagfertig*. Kiedy wychwalano kogoś za opublikowanie podczas pobytu w USA artykułu stwierdził, że nie jest sztuką opublikować pracę naukową po pobycie w USA – sztuką jest jej nie opublikować (dodając, że komuś się taka sztuka nawet udała). Miało się nieraz wrażenie, że po wypowiedziach Profesora ma miejsce sytuacja *Roma locuta, causa finita*. Jeszcze klika przykładów dosadności Jego wypowiedzi.

Profesor wzywa asystenta polecając mu wykonać określone zadanie, lekarz broni się przed tym dodatkowym obowiązkiem argumentując, że otrzymał już uprzednio inne zadanie, a nie może przecież wykonywać obu w tym samym czasie. Na to Profesor: „Kolego, w takim razie musi Pan znaleźć sobie inne miejsce pracy, w mojej bowiem klinice potrzebuję lekarzy, którzy potrafią podołać większej liczbie obowiązków, niż tylko jednemu”.

Ktoś dziwi się, jak można było przyznać medal komuś, kto w sposób oczywisty miał bardzo wątpliwe kwalifikacje do otrzymania tego wyróżnienia. Profesor: „Kolego, proszę zapamiętać, że nie ma istotnych zależności między zasługami a przyznawanymi odznaczeniami...”.

Gdy komuś wydawało się, że używa się argumentów nie do odparcia, Profesor umiał je jednak znaleźć. Narzekałem kiedyś, że jakaś Jego decyzja nie jest sprawiedliwa, zapytał mnie: „Ile ma pan lat? 35. Żyje pan już 35 lat na tym świecie i jeszcze Pan nie dostrzegł, że nie ma na nim sprawiedliwości?”.





W 2005 r. uroczystie obchodzono 30. rocznicę utworzenia Instytutu Transplantologii.
Na zdjęciu uczestniczący w jubileuszowym spotkaniu (od lewej): prof. Tadeusz Orłowski,
prof. Liliana Gradowska, prof. Andrzej Górski, prof. Mieczysław Lao, prof. Wojciech Rowiński.



Profesor wniósł znaczący wkład w rozwój polskich czasopism naukowych z zakresu nauk medycznych. Przez 30 lat był redaktorem naczelnym „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, wypracowując podstawy jego obecnej znakomitej pozycji – „PAMW” ma jeden z najwyższych IF spośród polskich czasopism naukowych. Jako redaktor „Archivum immunologiae et therapiae experimentalis” wiem dobrze, ile lat trzeba, aby wprowadzić czasopismo na tzw. listę filadelfijską i wypracować przyzwoity IF...

Stworzył system, który potocznie określano jako „orłowszczyzna”. W pojęciu tym zawierała się dyscyplina, punktualność, rzetelność i dokładność, podporządkowanie dobra chorego wszelkim innym sprawom i problemom, a także – *last but not least* – wstrzeźliwość w zabieganiu o własne sprawy. *Keeping one's interest in check is the very essence of academic integrity* – jak powiedział przewodniczący Association of American Medical Colleges w swym wystąpieniu na zorganizowanej przeze mnie w 2002 roku konferencji „Conflict of interest and its significance in science and medicine”.

W 1986 roku Profesor przeszedł na emeryturę i poświęcił się badaniom nad stworzeniem podstaw doświadczalnych do przeszczepiania wysepek trzustkowych u chorych z cukrzycą. Zaowocowały one licznymi, znaczącymi publikacjami, między innymi dwukrotnie w „Journal of Artificial Organs” oraz „Pancreas”. W znaczącym stopniu przyczynił się do umożliwienia przeprowadzenia pierwszego w kraju przeszczepienia tego typu, co szeroko opisywano na łamach prasy i w mediach¹.

Oceniał ludzi według rzeczywistych zdolności i wkładu pracy dla ogółu, nie zaś przekonań politycznych, koneksji czy pochodzenia. W końcu lat 60. starał się pomagać prześladowanym i zmuszanym do emigracji, zachęcając – mimo wszystko – do pozostania w kraju.

¹Górski A. *My remembrance of Prof. T. Orłowski*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Polish Archives of Internal Medicine”, 2009, Vol. 119





Byłem świadkiem Jego odchodzenia... Był to dla mnie okres niezwykle bolesny, wydawało mi się irracjonalnie, że *Non omnis moriar* w Jego przypadku powinno mieć wymiar szczególny, wyjątkowy, niemalże nie tylko metafizyczny. Trudno mi było uwierzyć, że zbliża się dzień, kiedy nie będę mógł przyjść na naszą prawie codzienną wspólną herbatę, czy choćby zamienić kilka słów telefonicznie... Profesor zresztą uważał, że szybka śmierć to ogromny przywilej.

*Są w Polsce dwa różne słowa: **opłaca się** i **warto**. **Opłaca się** odnosi się do dochodu, zysku, korzystnego interesu. Natomiast słowo **warto** towarzyszy myśleniu o wartościach. Na pewno nie wszystko, co warto, to się opłaca. Ale z całą pewnością – jestem o tym głęboko przekonany – nie wszystko, co się opłaca, jest w życiu coś warte.* Ta myśl profesora Władysława Bartoszewskiego w pełni odnosi się do życia i działalności profesora Tadeusza Orłowskiego².

Gdy brak nam słów adekwatnie wyrażających nasze myśli – lub gdy słowa te wydają nam się zbyt banalne – sięgamy do łaciny, owego języka z niezrozumiałych dla mnie powodów określanego czasem jako „język martwy”, a przecież żyje on w wielu językach i nieśmiertelnej poezji łacińskiej. Na pogrzebie Profesora, żegnając Go wybrałem oczywiście wiersz Horacego *Exegi monumentum*. Poeta wyraził w nim przekonanie, że będzie znany jak długo istnieć będzie państwo rzymskie. Na szczęście się pomylił – przecież i dziś doskonałość tego utworu i niedoścignione zwroty (*Non omnis moriar*) żyją we współczesnej twórczości, oficjalnych wystąpieniach czy nekrologach. Mam nadzieję, że dokonania Profesora – *toutes proportions gardées* – spotka podobny los, co dzieło Horacego. Oby moje wspomnienia stanowiły małą cegiełkę w tym dziele.

Prof. dr hab. Andrzej Górski
Członek rzeczywisty PAN

²Jw.





DZIAŁALNOŚĆ PROF. TADEUSZA ORŁOWSKIEGO W RAMACH POLSKIEJ AKADEMII NAUK

Profesor Tadeusz Orłowski znaczną część swojego życia poświęcił pracy w Polskiej Akademii Nauk. Został wybrany do składu PAN jako członek korespondent w 1964 roku, był już w tym czasie lekarzem i uczonym o dużym autorytecie. Jego energia i doświadczenie sprawiły, że powierzano mu liczne i odpowiedzialne zadania. W roku 1971 został członkiem rzeczywistym PAN. W latach 1969–1980 i 1984–1989 był członkiem Prezydium PAN, a w latach 1972–1980 zastępcą sekretarza naukowego PAN. W latach 1969–1971 był sekretarzem Wydziału Nauk Medycznych PAN. Wymienienie jednak pełnionych w Akademii funkcji, chociaż wskazują na Jego ogromne zaangażowanie w życie naukowe, nie daje pełnego obrazu działania Profesora na rzecz rozwoju nauk medycznych, a zakres i wielokierunkowość tych działań są warte przypomnienia.

W czasie działania profesora Tadeusza Orłowskiego w PAN, nauki medyczne, podobnie jak inne działy wiedzy, znalazły się w okresie dynamicznego rozwoju. Zaowocowało to znacznym wzrostem publikacji naukowych i tworzeniem nowych jednostek grupujących niekiedy bardzo liczne zespoły, które doprowadzały do powstawania nowych kierunków badań. Wymagało to znacznego wzrostu nakładów na naukę i zmian w kierowaniu instytucjami naukowymi. Stosowane od lat mechanizmy sterowania nauką nie wystarczały, żeby nadążyć za postępem światowym. Profesor Orłowski uważał, że szybki rozwój kierunków badawczych wymaga możliwości równie szybkich przekształceń jednostek naukowych lub tworzenia nowych. Przykładem wcielenia w życie tego przekonania niech będzie stworzenie Instytutu Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie, z Jego inicjatywy i pod Jego kierownictwem. Był to również przykład integracji różnych kierunków badań w interesie postępu medycyny klinicznej.





Chociaż profesor T. Orłowski, jako internista i wybitny nefrolog, sam nie dokonywał przeszczepień narządów, ale doskonale rozumiał konieczność bliskiej współpracy z chirurgią dla uzyskania efektów w leczeniu schyłkowej niewydolności nerek. Utworzenie w 1975 roku Instytutu Transplantologii w Warszawie przyczyniło się do znacznego rozwoju zarówno pobierania narządów ze zwłok, jak i do skutecznego stosowania przeszczepiania narządów w kilku klinikach w Polsce.

W latach 70., PAN, z inicjatywy Komitetu Nauki i Techniki, uczestniczyła w przygotowywaniu tak zwanych programów węzłowych i resortowych, na które przeznaczano znaczne środki uzyskiwane przez jednostki naukowe w drodze konkursów. Profesor Tadeusz Orłowski popierał tę formę wsparcia działań naukowych i sam był koordynatorem jednego z takich programów (MZ12, dotyczącego leczenia niewydolności układu moczowego).

Profesor uczestniczył w organizowaniu nowych kierunków badań, głównie poprzez powoływanie placówek, na przykład wspomagał utworzenie Centralnego Banku Tkanek oraz sieci banków tkanek w Polsce (lata 1963–1975), inicjatywy zgłoszonej w roku 1962 przez profesorów Adama Grucę i Kazimierza Ostrowskiego. Profesor wsparł ideę utworzenia Centralnego Banku Tkanek, początkowo jako Zakładu przy PAN, a później (od roku 1970) jako jednostki Akademii Medycznej w Warszawie. Profesor T. Orłowski uczestniczył również w pracach, które doprowadziły do utworzenia Komisji Transplantologii przy Komitecie Immunologii. Komisja stała się jednostką nadzorującą i konsultującą tworzące się w tym czasie banki tkanek w Katowicach, Kielcach i w innych miastach. Komisja Transplantologii odbyła ponad 25 spotkań o charakterze szkoleniowym.

Profesor Orłowski wspomagał również tworzenie kilku zakładów immunologii klinicznej, tak ważnych w transplantologii narządowej.

Zawdzięczamy Mu również inicjatywy integracyjne w życiu naukowym. Przez lata, działała przy Komitecie Nauk Klinicznych PAN Komisja Nefrologiczna, którą profesor Tadeusz Orłowski stworzył i przez wiele lat prowadził. W roku 1997, Wydawnictwo Lekarskie PZWL opublikowało pod redakcją Profesora kolejne wydanie podręcznika *Choroby Nerek*. W przedmowie Redaktor dzieła zwrócił uwagę, że prawie wszyscy współautorzy książki, 33 osoby, są członkami Komisji Nefrologicznej. Zarówno podręcznik,





Profesor Tadeusz Orłowski otrzymał liczne nagrody i wyróżnienia.
Na zdjęciu utrwalono jedną z takich uroczystości – Profesor odbiera dyplom z rąk
prof. Marka Krawczyka; w głębi stoi prof. Janusz Komender, z prawej prof. Magdalena Durlik.



jak i liczny udział lekarzy z wielu ośrodków w jego tworzeniu są dowodem na praktyczne zastosowanie głoszonych przez Profesora idei.

Przedmiotem zainteresowania profesora Tadeusza Orłowskiego była również technika medyczna. W latach 1958–1959 dializoterapia stała się jedną z ważnych metod leczenia w niewydolności nerek, z tych czasów pochodzą pierwsze doniesienia Profesora i rozpoczęcie prac nad konstrukcją dializatora według nowego pomysłu. Współpraca z inżynierami trwała przez całe życie zawodowe Profesora, do ostatnich tygodni życia udzielał się jako konsultant Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, współpraca dotyczyła między innymi opłaszczania izolowanych wysp Langerhansa do przeszczepienia.

Profesor uważał, że działalności lekarza zatrudnionego na uczelni medycznej lub w instytucie naukowym nie da się jednoznacznie podzielić na terapeutyczną, badawczą i dydaktyczną. Sfery te mocno się ze sobą łączą poprzez osoby pacjenta i lekarza, a także licznych współpracowników z innych jednostek badawczych pracujących na rzecz medycyny. Proces ten jest bardzo złożony i trudny do uregulowania administracyjnego.

Z racji uczestniczenia w pracach kierownictwa Polskiej Akademii Nauk, profesor Tadeusz Orłowski brał udział w wielu inicjatywach Akademii. Jedną z nich była organizacja Roku Kopernikańskiego w 1973 roku, dla uczczenia 500-lecia urodzin wielkiego astronoma. Rocznica ta znalazła oddźwięk międzynarodowy. UNESCO, wraz z Polską Akademią Nauk, zorganizowało Nadzwyczajny Kongres Międzynarodowej Unii Astronomicznej w Toruniu. USA uruchomiły stację orbitalną „Copernicus”.

Profesor Tadeusz Orłowski był stanowczy, małomówny i bardzo rzeczowy. Nigdy nie odmawiał wsparcia nikomu, kto zgłaszał się po radę lub pomoc.

Prof. dr hab. Janusz Komender
Członek rzeczywisty PAN





WYSTĄPIENIE PROF. TADEUSZA ORŁOWSKIEGO PO OTRZYMANIU DOKTORATU *HONORIS CAUSA* AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

25 czerwca 1999 roku, na Zamku Królewskim w Warszawie odbyło się uroczyste posiedzenie Senatu i Rady I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Podczas tego spotkania profesor Jan Nielubowicz i profesor Tadeusz Orłowski odebrali z rąk Jego Magnificencji Rektora prof. Andrzeja Górskiego oraz dziekana prof. Wiesława Galińskiego, dyplomy doktora honoris causa Akademii Medycznej w Warszawie. Poniżej tekst wykładu wygłoszonego przez prof. Tadeusza Orłowskiego podczas tej uroczystości.

Jego Magnificencjo, Panie Dziekanie, Wysoka Rado, Szanowni Państwo!

Pragnę wyrazić swoją wielką wdzięczność za wyróżnienie mnie tak wysokim zaszczytem. W takich chwilach naturalnym odruchem jest wątpić, czy rzeczywiście sobie na niego zasłużyłem. Jednak świadomość, że ja jedynie reprezentuję wiele osób, których wysiłki walcie przyczyniły się do zrealizowania nagrodzonych przez Was działań, jest w moich oczach uspokajającym mnie uzasadnieniem podjętych przez Was decyzji. W moim rozumieniu jest to bowiem uznanie dla wieloletniego działania moich nauczycieli i współpracowników, bez pomocy których sprawy potoczyłyby się być może inaczej. Inspiracją dla działalności w dziedzinie nauk medycznych jest dobre opanowanie zawodu lekarza. Stały kontakt z chorym organizmem ludzkim nasuwa szereg wątpliwości odnoszących się zarówno do rozpoznawania, jak i patofizjologii i metod leczenia w obserwowanym przypadku. Często też chęć ich rozwiązania jest bodźcem do podjęcia konkretnej problematyki naukowej. Dzięki niej praca naukowa jest obecnie zdefiniowanym zawodem, a wyniki tysięcy prac naukowych stopniowo, z wolna lecz stale, przyczyniają się do niebywałego rozkwitu współczesnej medycyny.





Profesor Tadeusz Orłowski odbiera z rąk profesora Andrzeja Górskiego, rektora Akademii Medycznej w Warszawie dyplom doktoratu *honoris causa*.



Wykształcenie lekarskie zawdzięczam Profesorom tajnego Uniwersytetu Warszawskiego, którzy bez względu na wielkie związane z tym niebezpieczeństwa podjęli w warunkach konspiracyjnych trud naszej edukacji. Największy wpływ na kształtowanie mojej osobowości wywarł profesor Witold Orłowski, który w tych niezwykłych warunkach nauczył nas nie tylko medycyny praktycznej, lecz i opanowania warsztatu naukowego. W kierowanej przez niego klinice spędziłem dziewięć lat, biorąc udział nie tylko w naukowych posiedzeniach klinicznych, lecz i w tajnych kursach przygotowujących nas do pracy naukowej.

Profesor Witold Orłowski był w skali światowej pionierem badań w dziedzinie patofizjologii klinicznej. Dotyczyły one głównie zaburzeń ustrojowych występujących w przebiegu chorób narządu krążenia. Już w 1943 roku otrzymałem od Niego polecenie zbadania stanu czynnościowego nerek w przypadkach tych chorób. Tematyka ta zaważyła na całej mojej późniejszej działalności naukowej i klinicznej.

Profesor Witold Orłowski nauczył nas traktowania chorego nie jako przypadku z określoną tabliczką diagnostyczną, lecz jako indywidualnego, ulegającego zmianom patologicznym organizmu. Ten sposób myślenia lekarskiego pogłębiły we mnie studia prowadzone w St. Louis pod kierunkiem Neala Brickera, który w każdym przypadku starał się ustalić charakter, etiologię i patofizjologię powstałych zaburzeń chorobowych. Takie podejście do chorego towarzyszyło nieustannie w realizacji naszych programów naukowych, klinicznych i dydaktycznych. Było również źródłem doboru mojej tematyki naukowej.

Wyniki mojej działalności byłyby o wiele uboższe, gdyby nie wieloletnie współdziałanie z zespołami profesorów Jana Nielubowicza i Andrzeja Górskiego, a także z moimi współpracownikami, zwłaszcza z Joanną Klepacką i Danutą Rowińską, które nieprzerwanie przez ponad 20 lat pomagały mi w realizacji naszych planów dydaktycznych, klinicznych i naukowych. Wszyscy oni mają moralne prawo współudziału w dzisiejszej uroczystości w charakterze współwyróżnionych.

Przy okazji tak uroczystego dla mnie dnia, pragnę również podzielić się, zwłaszcza z kolegami planującymi karierę naukową, moimi doświadczeniami, uzyskanymi w czasie przeszło sześćdziesięcioletniej działalności lekarskiej.





Porównując mózg ludzki z komputerem, dochodzę do wniosku, że przez ten czas moja baza danych wybitnie się powiększyła. Niestety, okazuje się, że zawiera ona w większości dane nieaktualne, a nawet nieprawdziwe. Klasycznym przykładem może być informacja o atomie, jako najmniejszej, niepodzielnej cząstce materii. Zastanawiając się jak można by było uniknąć takich zbędnych, a nawet szkodliwych obciążeń, doszedłem do wniosku, że w mojej „bazie” znajdują się w zasadzie dwa typy informacji: o faktach oraz o ich interpretacji. Informacje o faktach zawsze zasługują na zapamiętanie, gdyż są niezmiennie. Natomiast interpretacje i opracowane na ich podstawach teorie ciągle się zmieniają, zależnie od aktualnych postępów wiedzy.

Korzystając z obecności wielu młodszych kolegów, pragnę przekazać im również parę uwag praktycznych, odnoszących się do naszego zawodu. Moja wiedza lekarska w dniu uzyskania dyplomu obejmowała szeroki wachlarz nauki o chorobach wewnętrznych. Dziś, po przeszło pięćdziesięciu latach, zdaję sobie sprawę, że nawet w dziedzinie transplantologii i nefrologii dysponuję zaledwie ułamkiem ważnych wiadomości. I w tym przypadku znaczna część nabytej przeze mnie wiedzy stała się nieaktualna i nieprawdziwa. W praktyce konieczne jest więc uświadomienie sobie nie tylko tego, co się wie, lecz i czego się nie wie oraz gdzie w razie potrzeby brakującą wiedzę można uzupełnić. W naszym stuleciu nie zmieniły się natomiast dwie dziedziny: podstawy diagnostyki opartej na badaniu podmiotowym i fizycznym chorego oraz zrozumienie znaczenia należytego stosunku lekarza do chorego.

O znaczeniu lekceważonych u nas często podstawowych metod badania świadczy między innymi opinia profesora Joeffreya Strassa w wydany w 1992 roku dziele *Text-book of Internal Medicine*. Ten wybitny klinicysta z Ann Arbor stwierdza w nim, że za pomocą samego tylko badania podmiotowego można ustalić prawidłowe rozpoznanie w 82% przypadków, przeprowadzenie badania podstawowymi metodami fizycznymi zwiększa ten odsetek do 91% i tylko w 9% przypadków do wstępnego rozpoznania niezbędne są badania dodatkowe. Nie podważa to oczywiście ich roli w potwierdzeniu słuszności rozpoznania, w różnicowaniu oraz w planowaniu leczenia. Zwłaszcza w dzisiejszych czasach, w których nakłady na zdrowie zawsze będą, bo być muszą, ograniczone, fakty te zasługują na szczególne podkreślenie.





Należytego stosunku do chorego nauczyłem się dzięki współpracy z dwoma zmarłymi już kolegami: lekarzem Stanisławem Braunem i profesorem Walentym Hartwigiem. Biegłość w tej dziedzinie jest niezbędnym warunkiem do osiągnięcia możliwie jak najlepszych wyników terapeutycznych. Potwierdzają to badania skuteczności leczenia przeprowadzane metodami tzw. podwójnej ślepej próby. Wykazały one, że czynnik psychiczny może w 25% przypadków wielu chorób decydująco wpływać na poprawę stanu zdrowia chorego. Niestety, wydaje się, że w dzisiejszych czasach zasady z nich wypływające są lekceważone, mimo, że tak dobrze służyły medycynie przez przeszło 2000 lat.

Uwagi moje są zapewne banalne i to do tego stopnia, że poszły w niemal całkowite zapomnienie. To uzasadnia decyzję przypomnienia ich młodszemu kolegom, którzy stoją u progu swej lekarskiej i naukowej kariery.

Sądzę, że przy tej okazji powinienem również podkreślić, jak wielkie zmiany zaszły już w czasie mojego życia w sposobie odnoszenia się do czynników decydujących o rozwoju nauki do jej twórców. Przykładem tego może być poufne pismo, skierowane w dniu 17 kwietnia 1951 roku przez kierownika Oddziału Personalnego naszej Akademii do Prezydium Rady Narodowej w Warszawie. Wydając opinię o wspomnianym już przeze mnie profesorze Witoldzie Orłowskim, stwierdza się, że jest on „dydaktycznie na poziomie, ma światopogląd idealistyczny. Politycznie obcy, nie związany z ustrojem Polski Ludowej”. Dziś jeden z jego uczniów otrzymuje w tej samej uczelni doktorat *honoris causa*. Dlatego też składam podziękowanie za to zaszczytne wyróżnienie nie tylko władzom Akademii, mojemu promotorowi, profesorowi Arturowi Czyżykowi, recenzentom mojej działalności: profesorom Marianowi Klingerowi i Andrzejowi Szczeklikowi, moim nauczycielom i współpracownikom, lecz i działaczom, którzy do tak korzystnych zmian w naszej historii się przyczynili. Dziękuję również dyrektorom Instytutu Transplantologii oraz Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN za umożliwienie mi kontynuowania pracy naukowej.

Prof. Tadeusz Orłowski

Pierwsza publikacja w: „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 1999, T. 102, nr 2(8)





NEMO SIBI NASCITUR KILKA UWAG O PRZESZCZEPIANIU NEREK

Profesor Tadeusz Orłowski był nie tylko wybitnym lekarzem, współtwórcą polskiej szkoły interny, pionierem nowoczesnej nefrologii i transplantacji klinicznej, ale także znakomitym pedagogiem, nauczycielem kilku pokoleń lekarzy, autorem kilkuset publikacji. Profesor nie stronił też od działalności popularyzatorskiej, udzielał wywiadów zarówno periodykom naukowym, jak i popularnym. Poniżej garść Jego wypowiedzi, które ukazały się na łamach prasy w latach 1976–1987.

Dializy jako sposób utrzymywania przy życiu chorych z przewlekłą niewydolnością nerek są zjawiskiem przejściowym. Wszyscy ci ludzie powinni mieć po prostu przeszczepione nerki, a z dializ korzystać tylko w okresie oczekiwania na przeszczep oraz bezpośrednio po operacji, zanim w pełni dojdą do siebie. Od czasu, gdy w pierwszych latach naszego wieku Alexis Carrel zaczął w Rockefeller Institute przeprowadzać pierwsze przeszczepienia nerek u doświadczalnych kotów, dowiedzieliśmy się nie tylko, jak organizm reaguje na wszczepienie mu obcej tkanki, ale też dlaczego reaguje właśnie tak, i co należy zrobić, żeby tej reakcji zapobiec. W 1961 roku Murray po raz pierwszy przeszczepił nerkę choremu, którego odpowiedź immunologiczną stłumił, podając mu azatioprynę, pochodną 6-merkaptopuryny. Zaczęto więc przeszczepiać nie tylko nerki ofiarowane przez najbliższych krewnych, czyli gwarantujące dużą zgodność tkankową, ale też pobierane ze zwłok, często wręcz bez badania zgodności. Przypadki odrzucenia były jednak dość częste – właśnie dlatego, że posiadano zbyt małe możliwości odpowiedniego doboru dawcy i biorcy.

Każdy z nas ma dwie nerki, choć do życia wystarczy jedna. Nerki składają się z drobnych elementów, nefronów, których każda ma 2 miliony, choć do życia prawdo-





podobnie wystarczyłoby ich kilkaset tysięcy. Jest to ważna okoliczność z tego względu, że chorą nerkę można usunąć lub też – jeśli jest zdrowa – oddać choremu człowiekowi, żyjąc z pozostałą jedną zupełnie normalnie. Nerkę pobiera się przeważnie z organizmu człowieka zdrowego. W takim przypadku dawca niczym nie ryzykując ratuje życie drugiemu, często bliskiemu człowiekowi. Amerykanie, którzy kochają wszelkiego rodzaju statystyki, obliczyli, że ryzyko śmierci człowieka z jedną nerką jest takie samo, jak kogoś, kto dojeżdża do pracy samochodem 15 tysięcy kilometrów rocznie. Ryzyko takie więc właściwie nie istnieje. Znacznie lepsze wyniki uzyskuje się przeszczepiając nerkę od osoby blisko spokrewnionej z biorcą, gdyż jest ona genetycznie bardzo zbliżona do potencjalnego biorcy. Najczęściej dawcą jest matka, ojciec, brat lub siostra. W przypadku, gdy dawcą jest jedno z rodziców, co najmniej połowa cech immunologicznych jest odziedziczona przez biorcę nerki. Wtedy wyniki przeszczepiania są o wiele lepsze. Oczywiście i w takiej sytuacji konieczne jest ostrożne postępowanie. Toteż trzykrotnie przetacza się krew od potencjalnego dawcy do biorcy i jeżeli stwierdza się, że jego organizm nie produkuje przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom dawcy, szanse, że taka nerka przyjmie się i będzie trwale funkcjonowała przekracza 90%. Jestem zwolennikiem pobierania nerek od dawców żywych, ponieważ wiadomo, że wydolność zdrowych nerek tak znacznie przekracza zwykłe potrzeby, iż człowiek z jedną nerką może żyć równie długo jak z dwiema, bez uszczerbku na zdrowiu. Jestem jednak zwolennikiem pobierania nerek tylko od bliskich krewnych, czyli tzw. przeszczepień rodzinnych, ponieważ w tych przypadkach można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, czy nerka się przyjmie. Poza tym stwierdzono, że nerka „rodzinna” działa lepiej.

Staramy się, żeby znaczniki przeszczepianego narządu były jak najbardziej podobne do znaczników biorcy. W praktyce wygląda to tak, że jeżeli dawcą nie jest krewny chorego, tylko obca osoba, to dobieramy biorcę do posiadanej nerki, a nie nerkę do biorcy. Oznaczamy cechy immunologiczne nerki, a potem na liście oczekujących na przeszczep wyszukujemy kogoś najbardziej odpowiedniego. Jeżeli takich osób jest kilka, wybieramy spośród nich tę, której układ immunologiczny jest najsłabszy i która w związku z tym ma





największą szansę przyjęcia przeszczepu. Jeżeli mamy szczęście, a przede wszystkim – jeżeli chory ma szczęście, po przeszczepieniu może się zdarzyć, że nerka w ogóle nie będzie odrzucona. Nawet wówczas trzeba jednak podawać tym chorym leki, które obniżają odporność immunologiczną. [Z przeszczepioną nerką żyje się] zupełnie normalnie, tyle, że trzeba zgłaszać się na badania kontrolne, bez przerwy brać środki immunosupresyjne i może nieco bardziej uważać na siebie. Muszę powiedzieć, że większości moich pacjentów nie poznałbym na ulicy. To jest bardzo dobry znak bo pamiętam tych, z którymi są kłopoty i których muszę często konsultować. Z innymi, po ich wyjściu ze szpitala, już się właściwie nie spotykam – chyba, że ktoś przynosi kwiaty z okazji, na przykład, dziesiątej rocznicy przeszczepienia.

Liczba ludzi umierających ze zdrowymi nerkami z pewnością wystarczyłaby dla dokonania transplantacji u wszystkich, którzy jej wymagają. Z jednych zwłok można przeszczepić dwie nerki, a więc uratować dwóch chorych. Niestety, nie ma zrozumienia dla tego typu leczenia. Zgoda na pobranie nerek nie jest z punktu widzenia prawnego konieczna, tym niemniej, jeżeli rodzina się sprzeciwia, lekarz, nie chcąc pogłębiać jej stresu związanego z odejściem kogoś bliskiego, nie postępuje wbrew jej woli. Pierwszym warunkiem polepszenia sytuacji chorych z niewydolnością nerek jest uświadomienie społeczeństwu, że odmowa na pobranie nerki od zmarłego skazuje dwie osoby wyczekujące na dokonanie transplantacji na śmierć. Zrozumienie tego powinno wpłynąć na zmianę postawy rodziny, która sprzeciwiając się pobraniu wydaje wyrok na dwie osoby i godzi się, by nerki, które mogą komuś uratować życie, uległy w grobie procesowi rozkładu. *Nemo sibi nascitur* (Nikt nie rodzi się tylko dla siebie), mawiali starożytni Rzymianie. Chcieli przez to wyrazić, iż obowiązkiem każdego człowieka jest działanie na rzecz innych ludzi. Owo szlachetne zalecenie, nader rzadko zresztą przestrzegane, nabrało dziś zupełnie nowego znaczenia, śmierć jednych ratuje życie drugim. W historii ludzkości nic to zresztą nowego.

Dziś transplantologia jest bardzo trudną i ciężką specjalizacją. Ale gdy zaczynaliśmy było nieporównanie ciężiej. Te wielogodzinne oczekiwania nad chorym umierającym i przygotowanym do przeszczepu. Wysiłek był bardzo duży, a często kończył się





Współpraca zespołów kierowanych przez prof. Jana Nielubowicza (z lewej) i prof. Tadeusza Orłowskiego zaowocowała pierwszym zakończonym sukcesem przeszczepieniem nerki – był to początek transplantologii klinicznej w Polsce.



niepowodzeniem, bo chory umierał, gdyż śmiertelność była w tym czasie duża. Lekarz nie miał więc żadnej satysfakcji moralnej, a rodzina miała do niego pretensje więc lekarze się zniechęcili. Tym bardziej, że nie mieli również żadnej satysfakcji materialnej.

Uważam, że największą krzywdę polskiej medycynie wyrządził Stefan Żeromski ze swoją koncepcją Judyma. W dużej mierze dzięki niemu społeczeństwo polskie uważa, że lekarze powinni być społecznikami rezygnującymi z życia osobistego. Tymczasem są oni takimi samymi ludźmi jak inni. Chcą również, żeby ich żony były dobrze ubrane, żeby ich rodziny miały zapewnione dobre warunki ekonomiczne, porównywalne z innymi zawodami. Medycynę trzeba traktować jak każdy inny zawód wymagający wyższego wykształcenia. Lekarz ma uczciwie pracować i otrzymywać za to godziwą zapłatę. Całkowite oddanie się chorym jest po prostu zawodowym obowiązkiem lekarza, tak jak na przykład prawidłowe obliczenie parametrów konstrukcyjnych przez inżyniera. Nie ma innej moralności dla lekarza, a innej dla inżyniera, sędziego, nauczyciela.

Przypuszczam, że można zwiększyć liczbę przeszczepień, tylko nie wiem, jak to zrobić. Główny problem bowiem nie leży w sferze organizacyjnej, ale w sferze ludzkiej psychiki. Potencjalnych dawców jest na pewno znacznie więcej niż ich faktycznie do nas trafia. Jednym z powodów jest to, że nasz personel medyczny nie jest psychologicznie przygotowany do uczestniczenia w procedurze pobierania nerek. Ilustracją niech będzie przykład, który często przytacza prof. Jan Nielubowicz. W klinice zmarł człowiek, który uległ wypadkowi. Nie było żadnych wątpliwości, że umarł. Ustała czynność serca. Kiedy noszono się z zamiarem pobrania od niego nerki, ostro zaprotestowała krewna chorego – lekarka – pracownik naukowy, która między innymi zajmowała się leczeniem chorych na przewlekłą niewydolność nerek. W tej sytuacji odstąpiono od pobrania nerek, choć w zasadzie w Polsce nie wymaga się zgody rodziny na pobranie nerek od zmarłego. Istnieje prawo ustalone jeszcze w okresie międzywojennym, w myśl którego każdy człowiek zmarły w szpitalu powinien być poddany badaniu sekcijnemu. Normy prawne określają, że człowieka uznaje się za zmarłego, gdy zgon orzeknie ko-





misja złożona z anestezjologa, chirurga i neurologa. W jej skład nie może wchodzić lekarz prowadzący, ani też członek zespołu transplantacyjnego. Nie ma barier prawnych, leżą one tylko w świadomości społeczeństwa, a zwłaszcza lekarzy. Z drugiej strony autorytet lekarza w Polsce nie jest wysoki. [...] Ludzie podejrzewają, nie wiadomo dlaczego, że lekarz może zabić chorego by pobrać od niego nerkę. Stąd lekarze wolą uniknąć tego typu podejrzeń.

Panuje u nas – jak to powiedział profesor Kotarbiński – „kult trupa”. Rodzina zmarłego jest z reguły niechętna wykonywaniu sekcji zwłok, a co dopiero pobraniu z nich jakiegoś narządu. Do tych oporów obyczajowych dołącza się nieraz irracjonalna podejrzliwość, że lekarz przyspieszył zgon pacjenta, lub wręcz zabił go po to, aby pobrać narząd. [...] Polacy, wbrew temu co się o nich mówi, nie mają zanadto rozwiniętego instynktu społecznego. Jedyne w sytuacjach krańcowych czują się członkami wspólnoty i łączą swe siły z innymi. Niełatwo im zrozumieć, [że] warto doznać przykrości związanej ze świadomością, że ze zwłok osoby najbliższej pobrano nerki celem ratowania życia dwóm obcym, nieznanym ludziom. Ten, kto nie pomaga nam w pobieraniu nerek wydaje wyrok śmierci na chorego, który mógłby być dializowany po zwolnieniu miejsca przez pacjenta, któremu przeszczepiono nerkę.

Stresy psychiczne oraz obciążenia organizacyjne związane z pobieraniem nerek spadają przede wszystkim na anestezjologów i chirurgów. Rola tych ostatnich, wbrew wyrażanym przez mało doświadczonych transplantologów opiniom, jest olbrzymia i ma decydujące znaczenie dla uzyskania zarówno bezpośredniego, jak i długotrwałego powodzenia tej formy leczenia.

Państwo może przeznaczyć na ochronę zdrowia pewien odsetek dochodu narodowego. Jeżeli ten dochód jest bardzo mały, to nawet dość duża jego część nie wystarczy. Nas nie stać na rozwój dializoterapii i w ogóle na uprawianie nowoczesnej medycyny. Trzeba to sobie brutalnie powiedzieć. Sytuacja w lecznictwie jest pochodną sytuacji gospodarczej. Toteż im gorsza i uboższa gospodarka, tym prymitywniejsze lecznictwo. Możliwości naprawy widzę jedynie w solidniejszej i wydajniejszej pracy całego społeczeństwa.





Po dwóch latach wydatki poniesione w związku z transplantacją ulegają zwróceniu i to zakładając funkcjonowanie tylko 50% przeszczepów. Innymi słowy, dochód narodowy wytworzony przez przeciętnego Polaka w ciągu dwóch lat pokrywa koszty jego leczenia i transplantacji. Jeśli zaś chory jest dializowany, to w naszych warunkach praktycznie dochodu narodowego nie wytwarza.

Człowiek nigdy nie będzie tak genialny, żeby skonstruować coś lepszego od tego, co stworzyła natura. Jest natomiast dość inteligentny i przenikliwy, żeby poznać prawa rządzące przyrodą i umieć je wykorzystać – na przykład selektywnie osłabiając barierę immunologiczną, to znaczy wyłączając z jej działania przeszczepione przez chirurgów organy. Trudno tylko powiedzieć, kiedy tę sztukę posiadziemy. Mam 65 lat, więc z czystym sumieniem mogę powiedzieć, że tę barierę przełamiemy za 25 lat. Wtedy nie będzie mnie już można z niczego rozliczyć.

Prof. Tadeusz Orłowski

Opracowano na podstawie: J. Żakowski *Rozmowy z lekarzami*, 1987 oraz wypowiedzi prasowych („Jestem”, 1985, nr 4; „Express Wieczorny. Kulisy”, 1986, nr 7; „Nowy Medyk”, 1984, nr 5; „Tu i Teraz”, 1984, nr 38; „Wiadomości”, 1976, nr 14).





HISTORIA KLINIKI TRANSPLANTOLOGII I UTWORZENIA INSTYTUTU TRANSPLANTOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Instytut Transplantologii im. prof. Tadeusza Orłowskiego składa się obecnie z czterech jednostek: Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ, Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Poradnią Nefrologiczno-Transplantacyjną, Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej oraz Zakładu Immunologii Klinicznej. Geneza Instytutu sięga połowy lat 70. i związana jest z dokonaniami I kliniki Chirurgii i I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie.

Wszystko zaczęło się w latach 60. ubiegłego stulecia. 26 stycznia 1966 roku zespół lekarzy I Kliniki Chirurgii i I Kliniki Chorób Wewnętrznych wykonał pierwsze w Polsce przeszczepienie nerki. Jest rzeczą oczywistą, że spośród licznych asystentów I Kliniki Chorób Wewnętrznych o pełnym profilu terapeutycznym, sprawującej wówczas opiekę internistyczną nad rejonem Warszawy liczącym około 100 tysięcy mieszkańców, nie wszyscy pracownicy mogli, lub powinni, być zaangażowani w program transplantacyjny. Nawet nie wszyscy zajmujący się leczeniem chorób nerek w nim uczestniczyli. Wykonywanie początkowo kilku, a następnie kilkunastu transplantacji nerek rocznie wywołało trwałe zainteresowanie i zapewniło pracę kilku osobom. W I Klinice Chorób Wewnętrznych podobne zespoły zajmowały się nadciśnieniem tętniczym, hematologią, gastroenterologią i kardiologią. W latach 70. ubiegłego wieku stało się oczywiste, że rozwój programu przeszczepiania nerek wymaga zupełnie innej organizacji, a przede wszystkim rezygnacji ze standardowej opieki internistycznej nad chorymi z rejonu.





W akademiach medycznych łączono, zresztą w sposób dość mechaniczny, kliniki o podobnym profilu tworząc instytuty. Tak powstały instytuty chorób wewnętrznych, chirurgii, pediatrii, stomatologii. Wywoływało to czasami zabawne sytuacje. Gdy na przykład w Akademii Medycznej w Warszawie powstał projekt powołania Instytutu Neurologii i Narządów Zmysłów, profesor Stefania Jabłońska zapytała, czy Klinika Dermatologiczna, zajmująca się chorobami skóry, wejdzie w jego skład, czy też skóra nie jest dostatecznie „zmysłowa”, aby w tym Instytucie się znaleźć. Ostatecznie niektóre Kliniki ocalały w formie niezmienionej.

Włączenie w skład instytutu wszystkich czterech klinik wewnętrznych, które przy okazji pozmieniały swoje nazwy, położyłoby kres programowi przeszczepiania narządów, zwłaszcza że otwarto wówczas Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha. Było w nim miejsce wyłącznie dla chirurgów i lekarzy pracujących na małym oddziale obserwacyjnym, prowadzącym konsultacje internistyczne. Sytuacja była zupełnie wyjątkowa: nie tylko istniała potrzeba stworzenia oddziału zajmującego się transplantacją nerek, z perspektywą rozwoju przeszczepiania innych narządów, ale pojawiły się możliwości lokalowe, panowała atmosfera reorganizacji, istniała też ogromna wola prof. T. Orłowskiego zrealizowania marzeń, tj. stworzenia ośrodka transplantacyjnego w Akademii Medycznej w Warszawie. Jak profesor przeprowadził swój plan, można się tylko domyślać. Faktem jest, że zespół I Kliniki Chorób Wewnętrznych i jej sprzęt zostały podzielone na dwie kliniki, tj. Klinikę Chorób Wewnętrznych i Klinikę Transplantacyjną. Pierwsza weszła w skład Instytutu Chorób Wewnętrznych, druga zaś Instytutu Transplantologii, który został powołany na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 października 1975 r. w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Warszawie. Zgodnie z tym postanowieniem podstawowym zadaniem Instytutu było *prowadzenie działalności naukowo-dydaktycznej, leczniczej i metodyczno-organizacyjnej w zakresie transplantologii klinicznej, immunoterapii i dializoterapii*. Instytut miał pełnić *funkcję ośrodka wiodącego w zakresie działania wszystkich ośrodków transplantacyjnych*.

Początki były trudne. W planie Instytutu było zorganizowanie oddziału, stacji dializ, zaplecza laboratoryjnego i naukowego oraz, w przyszłości, oddziału chirurgicznego. Na





razie Klinika Transplantacyjna otrzymała dwa zdewastowane pawilony, które nie nadawały się na oddziały chirurgiczne, z porzuconym, niepotrzebnym mieniem. Po spisie rzeczy i posegregowaniu, część z nich skasowano, ale niektóre sprzęty służyły jeszcze przez kilka lat. Oba budynki kwalifikowały się do remontu, chociaż pawilon II był w nieco lepszym stanie. Ułożono w nim wszystkie placówki, tj. Klinikę Medycyny Transplantacyjnej z 30 łózkami, Stację Dializ (w piwnicy), Zakład Immunosupresji Doświadczalnej i laboratorium. Wszędzie panowała ciasnota. Zaczęły się starania o remont pawilonu I i budowę łącznika. W skrócie można powiedzieć, że adaptacje i remonty pawilonu II, później I, oraz budowa łącznika zakończyły się dopiero w roku 1983. Wówczas z Kliniki Transplantacyjnej wydzielono formalnie Klinikę Immunoterapii, która wprawdzie istniała poprzednio, ale „była w remoncie”.

W 1976 roku, po pomalowaniu przez pielęgniarki i lekarzy łóżek, szafek, taboretów i „zdobyciu” podstawowego sprzętu, uruchomieniu czterech stanowisk dializacyjnych, Klinika Transplantacyjna czekała na pacjentów. A tych nie było.

Udało się zainteresować jednego z chirurgów z Kliniki Chirurgicznej AM, kierowanej przez prof. Jana Nielubowicza i uzyskać zgodę tego ostatniego na powierzenie mu zorganizowania zespołu transplantacyjnego. Tym chirurgiem był prof. Janusz Wałaszewski. Zespół chirurgiczny wzbogacił się jeszcze o trzech młodych chirurgów.

Powoli, głównie dzięki wysiłkom zespołu chirurgicznego, liczba przeszczepień nerek doszła do 40 rocznie, aby załamać się w czasie stanu wojennego. „Zdrowienie” programu trwało kilka lat. Oczywiście, przyczyn załamania było kilka, między innymi wyjazd dr. Janusza Wałaszewskiego do Afryki. Po okresie zmian szefem zespołu transplantacyjnego został obecny profesor, Jacek Szmidt. Pod jego kierunkiem zespół, w skład którego wchodził między innymi dr n. med. Krzysztof Madej, Marek Karolak, Sławomir Frunze, zwiększył liczbę przeszczepień nerek do 160 rocznie.

Twórcą i pierwszym Kierownikiem Kliniki Transplantacyjnej w latach 1975–1988 był prof. Tadeusz Orłowski, niekwestionowany – wraz z prof. Janem Nielubowiczem – twórca programu przeszczepiania nerek w Polsce. Upór prof. T. Orłowskiego, jego nieustraszone wysiłki oraz niezwykle umiejętności legły u podstaw stworzenia pierwszego





W 1986 r. obchodzono 20. rocznicę pierwszego w Polsce przeszczepienia nerki.
Na pamiątkowym zdjęciu, wykonanym w bibliotece Instytutu Transplantologii,
uwieczniono zespół lekarzy i chirurgów – w centrum siedzą profesorowie
Tadeusz Orłowski i Jan Nielubowicz.



w Polsce aktywnego, dobrze zorganizowanego i ambitnego ośrodka transplantacyjnego, przodującego wśród krajów o ówczesnym systemie ekonomicznym i osiągającego wyniki przeszczepiania nerek na średnim poziomie europejskim.

Po przejściu na emeryturę prof. Tadeusza Orłowskiego, kierownikiem Kliniki został prof. Mieczysław Lao, pełnił tę funkcję w latach 1988–2003. W 2003 r. kierownictwo Kliniki objęła prof. Magdalena Durlik.

Obecnie w skład Kliniki wchodzi: oddział kliniczny na 30 łóżek, w którym hospitalizowanych jest ponad 2000 chorych rocznie; Ośrodek Dializ Pozaustrojowych z 20 stanowiskami, wykonujący 14 000 zabiegów rocznie; Pracownia Histopatologii, w której oceniane są biopaty nerek przeszczepionych i własnych z wielu ośrodków nefrologicznych i transplantacyjnych z całej Polski (1200 biopatów nerek i 400 wątrób rocznie). W Pracowni prowadzony jest Polski Rejestr Biopsji Nerek (zgromadzono ponad 10 000 wyników badań biopsyjnych nerek). Klinika prowadzi także Regionalny Ośrodek Kwalifikacyjny do transplantacji nerki dla województwa mazowieckiego i świętokrzyskiego. Obok transplantologii, Klinika zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób nerek. Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, współpracująca z zespołami chirurgicznymi i Kliniką Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Poradnią Nefrologiczno-Transplantacyjną, należy do przodujących ośrodków światowych – szanse przeżycia przez 10 lat pacjentów z czynną przeszczepioną nerką wynoszą ponad 70%.

Prof. dr hab. Magdalena Durlik

Kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
Instytut Transplantologii im. prof. T. Orłowskiego





AKTUALNY STAN TRANSPLANTOLOGII W POLSCE

W dniach 22–24 września 1989 r. obradował w Katowicach jubileuszowy XXX Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Towarzystwa Internistów Polskich. Jeden z wykładów inauguracyjnych to spotkanie wygłosił prof. Tadeusz Orłowski – poniżej tekst tego wystąpienia.

Możliwość zastąpienia czynności chorego narządu lub tkanek materiałem biologicznym pobranym od innego osobnika pobudzała wyobraźnię ludzką od wielu wieków, o czym świadczą legendy o braciach Kosmie i Damianie. Pierwsze próby tego rodzaju podjęto w epoce Odrodzenia, usiłując przetaczać krew młodzieńców starym notabłom. W miarę rozwoju nauk biologicznych, ta forma transplantacji stopniowo się rozwinęła i doprowadziła do upowszechnienia transfuzjologii klinicznej.

Na o wiele większe trudności, pozornie nie do pokonania, natrafiono przy próbach przeszczepiania tkanek stałych oraz narządów litych. Przeszkody miały trojaki charakter: biologiczny, techniczno-chirurgiczny oraz organizacyjny. Niemalą rolę odegrały również czynniki emocjonalno-etyczne. Wszystkie te bariery zostały w końcu w znacznym stopniu pokonane i obecnie, pod koniec lat 80. XX wieku, leczenie przeszczepianiem takich narządów jak nerka, wątroba i serce, zostało powszechnie uznane za obowiązującą metodę terapeutyczną. Natomiast transplantacje trzustki, wysepek Langerhansa, jelit, płuc oraz zespołu płucno-sercowego znajdują się jeszcze w stadium eksperymentu klinicznego.

Celem niniejszego referatu jest przedstawienie rozwoju transplantologii w naszym kraju oraz wkładu polskiej nauki do rozwoju tej gałęzi medycyny. Ze względów faktograficznych, zagadnienie to zostanie przedstawione przede wszystkim w oparciu o osobiste doświadczenia uzyskanych podczas realizacji programu przeszczepiania nerek.

Wobec braku jakichkolwiek międzynarodowych kontaktów w tej tak szybko rozwijającej się dziedzinie, przystępując do wstępnych prac oparto się na badaniach własnych





oraz piśmiennictwie światowym. Od lat 60. XX wieku, zespół Jana Nielubowicza prowadził w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk odpowiednie badania na psach, opanowując technikę chirurgiczną przeszczepiania nerki. Jednocześnie w kierowanej przeze mnie I Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, dążyliśmy do opracowania postępowania klinicznego, umożliwiającego optymalne przygotowanie potencjalnego biorcy przeszczepu oraz do opanowania współczesnych zasad postępowania potransplantacyjnego.

W wyniku prac prowadzonych przez szereg lat, 26 stycznia 1966 roku – kilkanaście miesięcy po pierwszym w świecie udanym przeszczepieniu nerki pobranej ze zwłok – doszło przy współpracy obu tych zespołów do pierwszego w Polsce, zakończonego powodzeniem przeszczepienia nerki. Datę tę można uznać za początek transplantologii klinicznej w naszym kraju. Ze względów historycznych należy jednak przypomnieć, że zakończoną niepowodzeniem próbę podjęto uprzednio we Wrocławiu.

Od tego czasu powstało szereg nowych ośrodków transplantacyjnych, które, niekiedy z długotrwałymi przerwami, podjęły mniej lub bardziej nasiloną działalność. Zespoły przeszczepiające nerki działają obecnie w Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie (dwa ośrodki) i Wrocławiu. W Warszawie, w której dokonuje się znakomitej większości zabiegów, pracują cztery zespoły, w tym jeden pediatryczny.

Zasadnicze znaczenie dla rozwoju transplantologii w Polsce miało powołanie pod koniec 1975 roku Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie. Podczas gdy do tego czasu wykonywano w Warszawie, a więc i w całym kraju, od 2 do 11 zabiegów rocznie, już w 1978 roku, zespół warszawski wykonał ich 46, a w 1987 roku – ponad 200.

Według posiadanych przeze mnie informacji, pochodzących z materiałów gromadzonych przez Europejskie Towarzystwo Dializ i Transplantacji, przez Intertransplant oraz z własnych notatek, do 31 grudnia 1988 roku wykonano w Polsce 1594 przeszczepienia nerek, w tym w Warszawie 33 pobranych od żywych dawców. 72% tych zabiegów wykonano w ośrodku warszawskim, ok. 10% w Katowicach, ok. 9% w zespołach szczecińskich.





24 października 1973 roku dokonano w Warszawie pierwszego w Polsce przeszczepienia nerki u dziecka. Od tego czasu liczba pediatrycznych transplantacji wybitnie wzrosła, głównie dzięki działalności zespołów warszawskich.

Znakomita większość biorców otrzymała nerkę po raz pierwszy, u kilku dokonano zabiegu dwu-, a nawet trzykrotnie, a to w związku z utratą poprzedniego przeszczepu.

O praktycznym znaczeniu transplantacji w przedłużaniu życia ludziom ze schyłkową niewydolnością nerek świadczy fakt, że podczas gdy w Polsce w 1985 roku, spośród 1110 chorych ze skrajną mocznicą żyło dzięki dializoterapii 751 osób, a w 1986 roku, spośród 1227 – 687, to liczba żyjących biorców wzrosła w tym czasie z 359 do 540, co stanowi odpowiednio 18% i 38% wszystkich chorych.

Zabieg przeszczepiania narządu, zwłaszcza pobieranego ze zwłok, wymaga złożonego postępowania wstępnego, mającego na celu uzyskanie jak najlepszych wyników, przede wszystkim jak najstaranniejszego doboru biorcy dla będącego w dyspozycji chirurga narządu. Do podjęcia odpowiednich decyzji konieczne jest dysponowanie scentralizowanym bankiem stale aktualizowanych danych o immunologicznym i klinicznym stanie potencjalnych biorców. W naszym kraju zadania te spoczywają na Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii, który uzyskuje je dzięki współpracy ze wszystkimi czynnymi ośrodkami dializacyjnymi. Na każdorazowe żądanie transplantacyjnego zespołu chirurgicznego, dyżurny Pracowni przekazuje mu dane o najodpowiedniejszych potencjalnych biorcach oraz o miejscu ich dializowania. O ostatecznym wyborze biorcy decyduje chirurg w porozumieniu z lekarzem dializującym biorcę. Na początku 1989 roku, w banku znajdowały się informacje dotyczące około 1000 potencjalnych biorców.

Duże praktyczne znaczenie miała, rozpoczęta w 1985 roku przez Wojciecha Rowińskiego i Janusza Wałaszewskiego, akcja, której celem było zorganizowanie systemu pobierania nerek ze zwłok w szpitalach regionalnych. Została uwieńczona pełnym powodzeniem – uzyskano tą drogą już 183 narządy, w tym 66 ze szpitali pozawarszawskich.

W 1968 roku, nawiązano współpracę w dziedzinie transplantologii z krajami RWPG. W jej wyniku został powołany parę lat później Zespół Problemowy Nr 6, w ramach któ-





rego działa organizacja Intertransplant, mająca na celu koordynowanie prac związanych z leczeniem schyłkowej niewydolności nerek oraz z przeszczepianiem narządów. Dzięki współpracy międzynarodowej otrzymaliśmy z innych krajów RWPG, USA oraz Holandii 43 nerki, które po przeszczepieniu ich w Warszawie podjęły czynność utrzymującą się nieraz przez 14 lat. W kwietniu 1989 roku ich kumulacyjne 10-letnie przeżycie wynosiło 53%. W tym samym czasie wysłaliśmy za granicę tylko jedną nerkę dla przeszczepienia przebywającej w Szwecji polskiej lekarce.

Współpracę z zagranicą w dziedzinie transplantologii prowadzi się ponadto z EDTA, a Instytut Transplantologii bierze czynny udział w ogólnoświatowym programie transplantologicznym, kierowanym przez Gerarda Opelza z Heidelbergu. Umożliwia on wczesne uzyskiwanie informacji o bieżących zdobyczach immunologii transplantacyjnej.

W miarę postępów immunologii transplantacyjnej uzyskiwano coraz lepsze wyniki. Przełomowymi pod tym względem były: rok 1974, kiedy w pierwszym okresie po-transplantacyjnym zmieniono kortykoterapię doustną na dożylną, rok 1979, w którym wdrożono opracowaną w naszym zespole złożoną immunoterapię sterydowo-azatioprynowo-prometazynową, oraz rok 1984, w którym azatioprynę zastąpiono nowym potężnym lekiem immunosupresyjnym – cyklosporyną.

Roczne i czteroletnie „przeżycia przeszczepu” wyniosły dla nerek przeszczepionych w Warszawie w tych czterech okresach odpowiednio: 55%, 71%, 90% i 84% oraz 23%, 54%, 68% i 66%, nie odbiegając, a niekiedy nawet przewyższając wyniki światowe. Zwłaszcza wyniki najbardziej doświadczonego ośrodka warszawskiego nie odbiegają od europejskich.

Znacznie gorzej przedstawia się upowszechnienie w naszym kraju przeszczepiania innych narządów. Pierwsze w Polsce przeszczepienie serca wykonał 4 stycznia 1969 roku Jan Moll. Biorca zmarł trzy godziny po zabiegu. Po długiej przerwie, dzięki niespożytej energii Zbigniewa Religi, jego zespół rozwinął od 5 listopada 1985 roku, szeroko zakrojony program transplantacji serca. W dniu 5 kwietnia 1989 roku, żyło 24 spośród 54 operowanych przez niego chorych. Z. Religa, dzięki prowadzonej akcji propagandowo-uświadamiającej, w znacznym stopniu przyczynił się do przełamania barier psychologicznych





związanych z pobieraniem ze zwłok narządów dla celów transplantacyjnych. Ostatnio dokonano dwóch udanych przeszczepień serca w Krakowie oraz dwóch – nieudanych – w Warszawie. Tak więc łączna liczba żyjących biorców serca wynosi 26.

Przeszczepianie wątroby jest jak dotąd w naszym kraju niedostępne, a dwie próby wykonania tego zabiegu (na Śląsku i w Szczecinie) zakończyły się niepowodzeniem. Prace doświadczalne nad przeszczepianiem wątroby prowadzą dwa zespoły chirurgiczne w Akademii Medycznej w Warszawie.

Program przeszczepiania trzustki podjęto w trzech zespołach. Według posiadanych przez mnie informacji, do kwietnia 1989 roku wykonano dziewięć takich zabiegów. Trzech spośród pięciu chorych, operowanych w Warszawie przez Jacka Szmidta, żyje z czynnym przeszczepem. Zabiegu tego dokonywano zawsze łącznie z przeszczepieniem nerki pobranej z tych samych zwłok.

Przeszczepianie wysepek Langerhansa jest jeszcze w stadium eksperymentalnym, choć skuteczność tej metody zdają się ostatnio potwierdzać badania kliniczne, przeprowadzone w St. Louis w USA. W Polsce analogiczne prace doświadczalne wykonuje się w Warszawie i w Gdańsku.

Badania doświadczalne nad przeszczepianiem płuc u psów wykonuje się w zespole chirurgicznym Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Transplantologia kliniczna mogła się rozwinąć jedynie dzięki przeniesieniu do praktyki lekarskiej zdobyczy nauk podstawowych. Należy więc podkreślić, że do tej dziedziny polscy immunolodzy, zwłaszcza z ośrodków krakowskiego i wrocławskiego, wnieśli znaczący wkład i ich prace, publikowane w czołowych czasopismach naukowych, cieszą się międzynarodowym uznaniem.

Również z ośrodków transplantacyjnych wyszło szereg publikacji międzynarodowych, odnoszących się do zagadnień patofizjologicznych i klinicznych, mających na celu optymalizację postępowania związanego z przeszczepianiem nerek. Dotyczyły one również zagadnień chirurgicznych (techniki przeszczepiania nerek z wieloma tętnicami, zwalczania pooperacyjnej niewydolności przeszczepu), jak i immunologicznych (dobór biorcy, wskaźniki rokownicze, wpływ ostrej niewydolności przeszczepu na długotrwałą





jego czynność). Szereg prac poświęcono również zwalczaniu ostrego i przewlekłego odrzucania przeszczepu oraz wpływowi transplantacji na ustrój.

W Warszawie wyprodukowaliśmy i zastosowali po raz pierwszy dla zwalczania ostrego odrzucania przeszczepu – powszechnie obecnie stosowaną – antytymocytarną globulinę króliczą. Niestety, krajowy przemysł odmówił współpracy w tej dziedzinie i lek ten jest obecnie importowany.

Od 1966 roku, zespoły transplantacyjne usiłują doprowadzić do wydania dokumentów prawnych, regulujących zagadnienia związane z pobieraniem narządów dla celów transplantacyjnych, a zwłaszcza z rozpoznawaniem śmierci osobniczej i prawnym uznaniem śmierci mózgowej. Mimo szeregu konferencji zwoływanych przez Ministerstwo Zdrowia i Prokuraturę Generalną, przy udziale specjalistów lekarzy i prawników, sprawa ta nie została w pełni należycie załatwiona, a działalność w tej dziedzinie opiera się na interpretacji już istniejących aktów prawnych. [...]

Z perspektywy ostatnich 23 lat wydaje się, że w naszym kraju istnieją obecnie wszelkie warunki do pełnego rozwinięcia programu przeszczepiania wszystkich narządów. Konieczne jest jednak powstanie odpowiednio zaangażowanych zespołów klinicznych, cechujących się skłonnością do współpracy i wzajemnego zrozumienia.

Dla zaspokojenia najpilniejszych potrzeb krajowych należy zwiększyć w już istniejących ośrodkach liczbę przeszczepianych nerek do ok. 1000 rocznie, z wielokrotnie działalność zespołów przeszczepiających serca i trzustki oraz uruchomić ośrodek transplantacji wątroby. Dla zapewnienia należytego doboru biorców trzustek konieczne jest ponadto wybitne zwiększenie liczby dializowanych chorych z nefropatią cukrzycową.

Prof. Tadeusz Orłowski

Pierwsza publikacja w: „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 1989, T.82, nr 1



Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2016 r.

- W 2016 r. w 137 polskich szpitalach pobrano narządy w celu przeszczepienia (na 387 szpitali z potencjałem dawstwa).
- Na 542 pobrania od dawców zmarłych, 356 stanowiły pobrania wielonarządowe (66%). Od 179 dawców pobrano tylko nerki, a od 7 – tylko wątrobę.
- Łącznie pobrano 1637 narządów ze zwłok (o 58 więcej niż w 2015 r.), w tym: 1067 nerek, 343 wątroby, 104 serca, 40 trzustek, 82 płuca i 1 przedramię.
- Z pobranych 1067 nerek, 57 nie zostało przeszczepionych z powodu stwierdzenia patologii nerki lub naczyń nerkowych, urazu nerki lub braku odpowiednich biorców dla nerki od dawców zakażonych wirusami HBV i/lub HCV. Dokonano 974 przeszczepień pojedynczej nerki, 1 przeszczepienia pary nerek jednemu biorcy, 31 przeszczepień nerki wraz z trzustką oraz 3 przeszczepienia nerki wraz z wątrobą.
- Na 343 pobrane wątroby, 26 zdyskwalifikowano na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Przeszczepiono 317 narządów, w tym 3 wraz z nerką.
- Pobrano 104 serca, w trzech przypadkach pobrany narząd zdyskwalifikowano ze względów medycznych.
- Trzustkę pobrano od 40 dawców, w dwóch przypadkach pobrany narząd zdyskwalifikowano do przeszczepienia. 31 trzustek przeszczepiono razem z nerką pobraną od tego samego dawcy. Samą trzustkę przeszczepiono w siedmiu przypadkach.
- Płuca pobrano od 41 zmarłych dawców. W dwóch przypadkach, z powodu braku odpowiednich biorców w Polsce, skierowano ofertę pobrania płuc do ośrodków europejskich, narządy trafiły do Niemiec i Francji. W kraju dokonano 21 przeszczepów obu płuc oraz 13 przeszczepów pojedynczego płuca od 34 dawców. W pięciu przypadkach pobranych płuc nie przeszczepiono z powodu stwierdzenia patologii narządu.
- Dokonano jednego przeszczepienia ręki – było to pierwsze na świecie przeszczepienie u pacjenta urodzonego bez kończyny.
- W 2016 r. 1545 biorcom przeszczepiono 1522 narządy pochodzące ze zwłok oraz 78 pochodzących od osób żywych.

Przeszczepianie narządów w Polsce w latach 1966–2016

[illegible]

Data pierwszego przeszczepienia	26.01.1966	31.03.1966	05.11.1985	03.12.1987	04.02.1988	22.11.1996	28.11.1997	12.10.1999	24.10.2001	27.03.2001	17.11.2004	01.04.2006	06.12.2013	15.03.2013	14.05.2013	11.04.2015	
Narząd → Rok ↓	Nerki od zmarłych	Nerki od żywych	Serce	Wątroby od zmarłych	Nerka i trzustka	Płuca od żywych	Płuca od zmarłych	Wątroby od żywych	Serce i płuca	Jelito	Trzustka	Kończyna górna	Nerka i wyspy	Wyspy	Twarz	Krtień	Razem
2001	826	36	128	103	17			15	1	1							1127
2002	910	25	109	133	12			13	2								1204
2003	984	44	121	156	14		1	13	1								1334
2004	1045	22	104	181	15		1	18	1		1						1388
2005	1040	29	95	199	22		3	13									1401
2006	899	18	95	180	36		6	21	1		1	1					1258
2007	652	22	64	178	21		7	18									962
2008	790	20	61	224	20		11	21				1					1148
2009	762	23	71	214	20		10	22				1					1123
2010	949	50	79	217	19		12	20			1	2					1349
2011	1002	40	80	282	33		15	18			1	1					1472
2012	1094	51	79	314	34		16	14			9						1611
2013	1076	57	87	318	29		17	18			3		2	3	2		1612
2014	1066	55	76	336	28		19	30			9	1					1620
2015	957	60	99	310	29		24	22			12					1	1514
2016	978	50	101	317	31		35	28			7	1					1548
Razem	21749	765	2373	3862	444	1	178	316	6	1	44	8	2	3	2	1	29755

Źródło: „Poltransplant Biuletyn Informacyjny”, 2017, nr 1

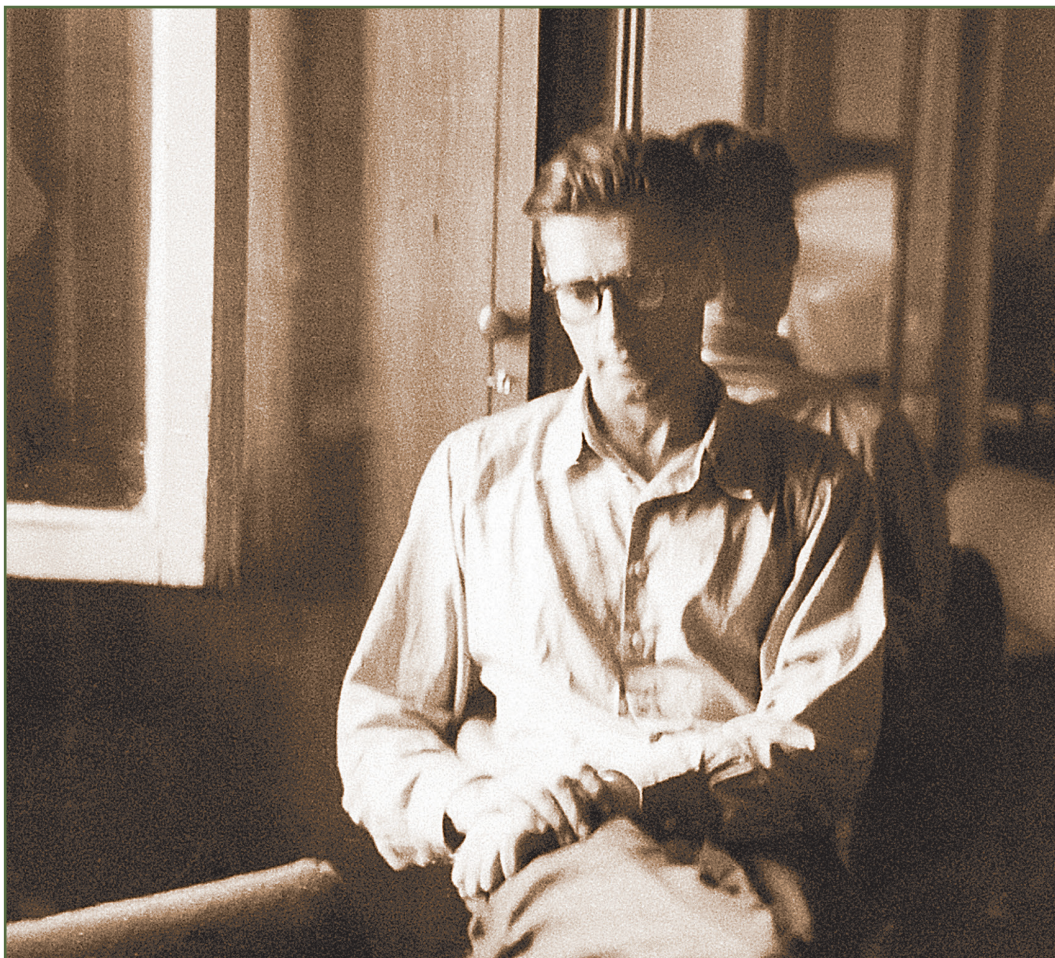


TADEUSZ ORŁOWSKI – MÓJ NAUCZYCIEL

Tadeusz Orłowski urodził się 13 września 1917 roku w Kazaniu nad Wołgą (Rosja) w polskiej rodzinie pochodzącej z Kresów Wschodnich. Jego rodzice, Witold Orłowski i Alina z Trzeciakowskich, od 1907 roku mieszkali w Kazaniu, ponieważ w tym roku Witold Orłowski wygrał tam konkurs na stanowisko profesora Katedry Ogólnej Diagnostyki Lekarskiej, a w 1913 roku został szefem Kliniki Chorób Wewnętrznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Kazańskiego. Witold Orłowski był pionierem patofizjologii klinicznej oraz twórcą monumentalnego, złożonego z ośmiu tomów dzieła pt. *Nauka o chorobach wewnętrznych*, z którego uczyło się kilka pokoleń polskich lekarzy. Jak wspominał jego syn, Witold Orłowski należał do pokolenia lekarzy, dla których medycyna była rodzajem misji obejmującej nie tylko pracę naukową i leczenie chorych, lecz także szeroką działalność społeczną. W takiej atmosferze przebiegało wychowanie Tadeusza Orłowskiego. Nie dziwi więc, że zapytany, jak doszło do podjęcia decyzji o kierunku studiów po zdaniu matury w 1936 roku, powiedział: „Nie przypominam sobie, żebym musiał podejmować jakąś decyzję. Pójście na medycynę wydawało mi się oczywiste”. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego (UW) rozpoczął w 1936 roku, a dyplom lekarza otrzymał w 1943 na Wydziale Lekarskim tajnego UW. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1949 roku na Uniwersytecie Łódzkim. W 1952 roku Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie przyznała mu *veniam legendi* w zakresie chorób wewnętrznych, a w 1954 roku Centralna Komisja Kwalifikacyjna dla Pracowników Nauki – stopień naukowy docenta. W 1962 roku został powołany na stanowisko profesora nadzwyczajnego, a dwa lata później – na stanowisko profesora zwyczajnego.

W latach 1938–1948 Tadeusz Orłowski pracował w II Klinice Chorób Wewnętrznych UW, jako student, a następnie asystent i starszy asystent, a od 1949 roku – w I Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie (I KChW AM). W latach





Profesor Tadeusz Orłowski



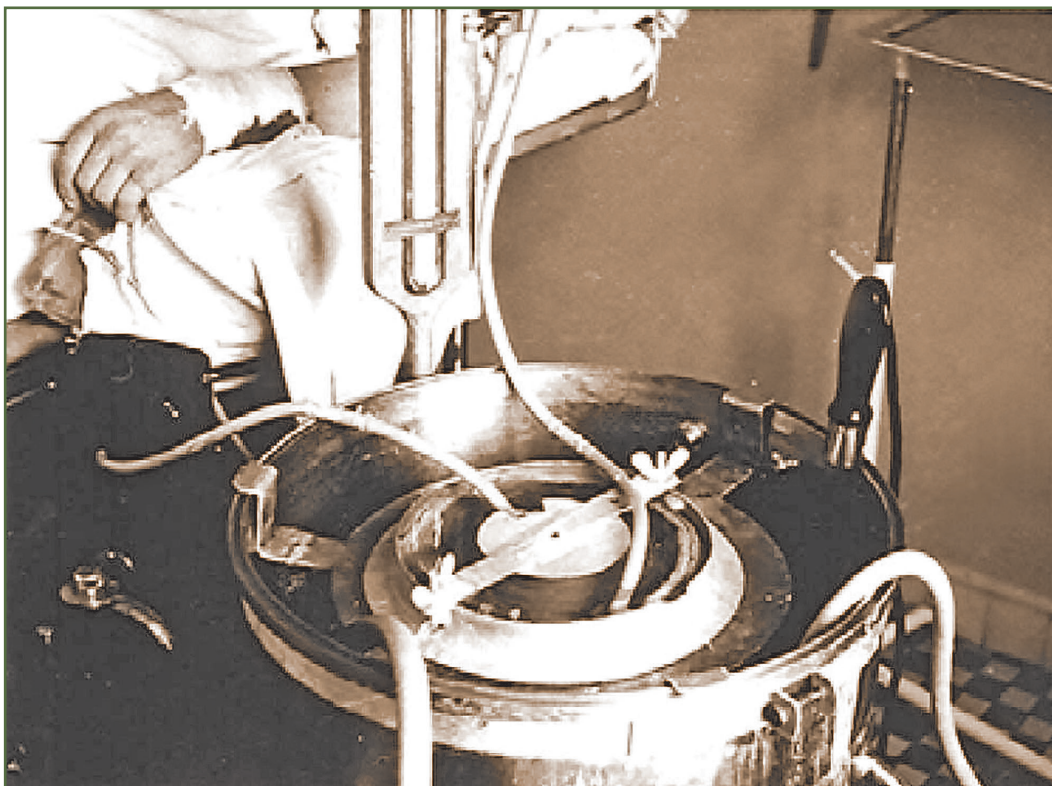
1963–1975 był kierownikiem I KChW AM. Funkcję kierowniczą sprawował też w latach 1953–1955 w Klinice Zdrowego Człowieka Instytutu Naukowego Kultury Fizycznej w Warszawie, a w latach 1954–1955 zajmował stanowisko dyrektora Szpitala PCK w Koreańskiej Republice Ludowo-Demokratycznej (kierował budową szpitala w miejscowości Ham-Hyn). W latach 1975–1987 był dyrektorem założonego przez siebie Instytutu Transplantologii AM w Warszawie. Po przejściu na emeryturę został zatrudniony w Instytucie Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN (IBIB OAN). Utworzył międzyinstytucjonalną pracownię trzustkową, którą aż do śmierci (już jako wolontariusz) kierował. Zmarł 30 listopada 2008 roku w Warszawie, gdzie został pochowany w grobowcu rodzinnym na Starych Powązkach.

Działalność naukowa

Działalność naukowa Profesora początkowo koncentrowała się na patofizjologii chorób wewnętrznych. Badania naukowe rozpoczął już w okresie okupacji, jako student w II Klinice Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego tajnego UW kierowanej przez Witolda Orłowskiego. Dotyczyły one: czynności wątroby w przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia, wpływu sulfonamidów na czynność wątroby oraz czynności cewek i kłębuszków nerkowych w różnych stanach chorobowych. W I KChW AM w Warszawie Profesor kontynuował badania nad patofizjologią chorób wewnętrznych, chemią kliniczną, nefrologią, a następnie – nad transplantologią. Jego praca habilitacyjna pt. *Czynność kłębków i cewek nerkowych w zakresie gospodarki wodnej w stanach prawidłowych i niektórych chorobach narządu krążenia* przez wiele lat, kiedy nie było swobodnego dostępu do piśmiennictwa światowego, stanowiła główne źródło informacji o fizjologii i patofizjologii nerek. Wstęp do tej pracy oparł bowiem na „biblii” nefrologów, jaką stanowił podręcznik Homera W. Smitha *The Kidney: Structure and Function in Health and Disease*.

Kolejne prace Profesora – również doświadczone – obejmowały próby czynnościowe nerek, patofizjologię ostrej i przewlekłej ich niewydolności oraz postępowanie w przewlekłej niewydolności nerek (PNN). Pierwszą dializę u chorego ze schyłkową mocznicą





Sztuczna nerka zwojowa warszawska



(na dyżurze A. Sicińskiego w I KChW AM) wykonał już w 1954 roku za pomocą zwykłej gumowej rurki. Założył ją, jak powiedział w wywiadzie z J. Żakowskim, „drugi dziwak jak ja, który mieszkał w klinice, chirurg Jan Nielubowicz”. Chory przeżył kilkanaście godzin. Była to pierwsza dializa otrzewnowa w Polsce i jedna z pierwszych w świecie. Pomysł tej dializy Profesor zawdzięczał lekturze książki Willega J. Kolffa. Wysłany w 1957 roku przez Ministerstwo Zdrowia do kliniki prof. Nilsa Alwalla (Lund, Szwecja), uczył się dializoterapii. Po zakupie dwóch pierwszych sztucznych nerek dla I Kliniki Chorób Wewnętrznych w Warszawie oraz Poznaniu, 31 grudnia 1958 roku wykonał pierwszą hemodializę u psa, a byli przy tym obecni Z. Fałda, M. Lao i A. Siciński. Kilka dni później wykonał pierwszą dializę u pacjenta z ostrą niewydolnością nerek.

W historii powstania i rozwoju Ośrodka Dializ I KChW AM, opisaną przez jednego z najbliższych współpracowników Tadeusza Orłowskiego, dr. med. Z. Fałdę (maszynopis udostępniony dzięki uprzejmości prof. M. Durlik), można wyróżnić kilka okresów. W latach 1959–1963 ośrodek posługiwał się sztuczną nerką typu Alwalla, a od 1963 roku – sztuczną nerką zwojową warszawską działającą podobnie do nerki zwojowej Kolffa-Watschingera. W jej zaprojektowaniu i budowie mieli udział inż. M. Paul i inż. M. Kwaśniewski. W 1963 roku za pomocą wspomnianej nerki zwojowej wykonano już 179 zabiegów. Miała ona dużą przewagę nad nerką Alwalla, gdyż – co dzisiaj może dziwić – mogła pracować na własnej krwi pacjenta. Jej obsługa była znacznie prostsza, a efekty kliniczne i biochemiczne bardzo zadowalające. Od 1967 roku w ośrodku prowadzono dializy za pomocą sztucznej nerki arkuszowej warszawskiej, konstrukcji inż. J. Mierzejewskiego.

W Ośrodku Dializ I KChW AM po raz pierwszy wyprodukowano i wprowadzono do leczenia nerkozastępczego własne cewniki do leczenia pacjenta z dializatorem. Cewniki z polietylenu i polichlorku winylu powstały dzięki współpracy z Politechniką Warszawską (z doc. W. Dehlingiem i inż. B. Deczkowskim). Dobrze założona i pielęgnowana, polska przetoka tętniczo-żylna funkcjonowała nawet do sześciu miesięcy. Był to wówczas ogromny postęp, gdyż umożliwiał przewlekłe leczenie hemodializami. Wprowadzono też – po zaprojektowaniu przez inż. B. Siczka i wyprodukowaniu przez Zakład Doświadczalny Budowy Aparatury Naukowej PAN – pompy rolkowe do tłoczenia krwi i strzykawkowe





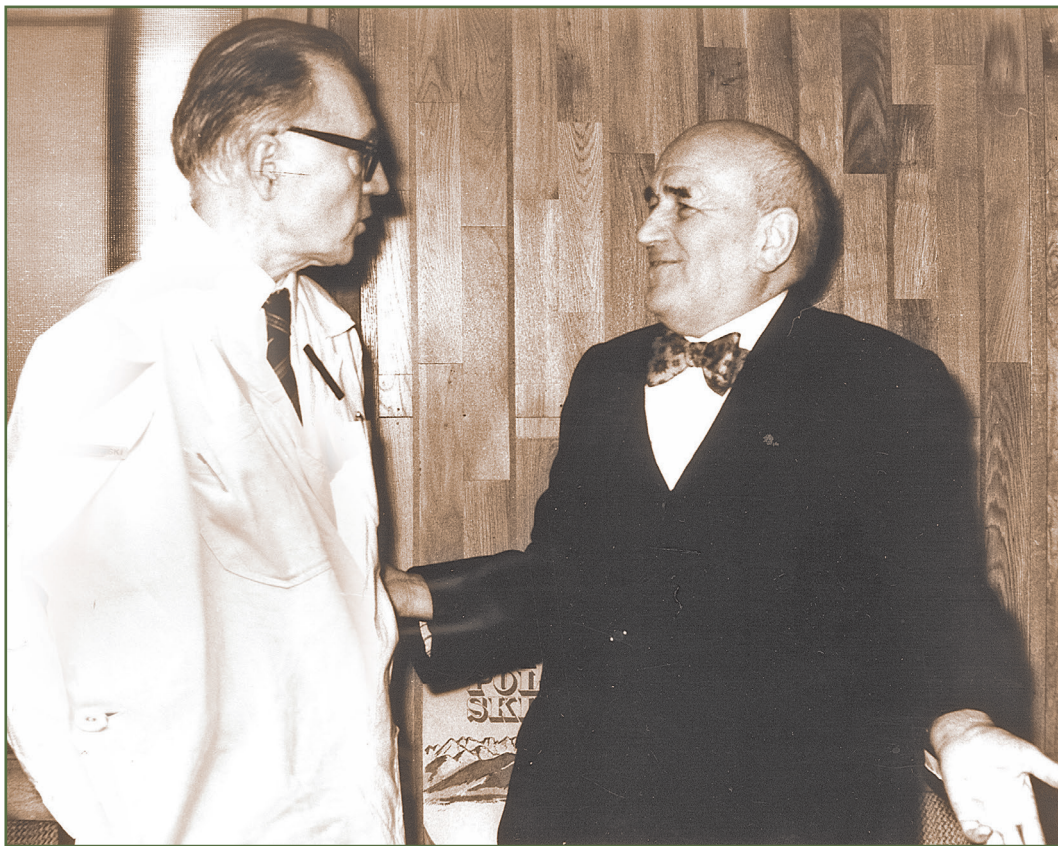
do precyzyjnego podawania heparyny. Ich produkcja nie tylko zaspokajała potrzeby krajowe, lecz także były one importowane do wielu krajów bloku wschodniego. W 1973 roku podjęto współpracę z Instytutem Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN (z prof. M. Nałęczem i inż. A. Weryńskim), która zaowocowała prototypem, a następnie wersją wdrożoną do produkcji, bloku kontrolno-pomiarowego sztucznej nerki ASSN-1. Urządzenie mierzyło wszystkie istotne parametry w kanale krwi i płynu, a ponadto zapewniało bezpieczeństwo hemodializy. Zaprojektowano również oraz, dzięki tej współpracy, uruchomiono produkcję urządzenia do ciągłego wytwarzania płynu dializacyjnego. Eliminowało ono występowanie odczynów pyrogennych u dializowanych pacjentów.

W 1962 roku Tadeusz Orłowski wraz ze swoimi współpracownikami wprowadził, po opracowaniu i wyprodukowaniu odpowiednich zestawów, leczenie dializami otrzewnowymi. Konstrukcja cewnika, a także zestawu do wlewania płynów dializacyjnych do jamy otrzewnowej i usuwania ich z tej jamy, opracowana przez inż. J. Luniaka z Centralnego Ośrodka Techniki Medycznej w Warszawie, umożliwiała leczenie dializami otrzewnowymi bez zakażeń jamy brzusznej. W 1963 roku wykonano za pomocą tych zestawów 43, a w 1966 roku – już 110 dializ.

Ośrodek Dializ I KChW AM prowadził szeroką akcję szkoleniowo-informacyjną dla nowo powstających ośrodków dializ w całym kraju. Można chociażby przypomnieć, że dzięki I KChW AM, która przekazała nowemu ośrodkowi jako darowiznę sztuczne nerki oraz wyszkoliła jego personel, powstała pierwsza powiatowa Stacja Dializ w Siedlcach. Ośrodek warszawski przez wiele lat był liderem leczenia nerkozastępczego w Polsce.

Tadeusz Orłowski zainicjował też opracowanie naukowe podstaw leczenia dietetycznego chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. W latach 1959–1960, jako stypendysta prestiżowej Fundacji Rockefellera w Washington University w St. Louis w USA, opublikował wraz z N. Brickerem (jednym z twórców amerykańskiej nefrologii) pionierskie prace o mechanizmach zagęszczania moczu i czynności nefronów w chorobach nerek (prace doświadczalne na psach). Osobowość Profesora oraz opisane wcześniej m.in. doświadczenie w hemodializie N. Bricker ocenił wysoko i niewątpliwie wpłynęło to na utrzymanie wieloletnich kontaktów, umożliwiając wyjazdy naukowe m.in. L. Gradow-





Profesora Tadeusza Orłowskiego i prof. Jana Nielubowicza łączyła zarówno naukowa współpraca, jak i prywatna przyjaźń.



skiej i M. Lao. Prace eksperymentalne nad czynnością nerek w warunkach zmniejszonej liczby nefronów kontynuowano w I Klinice Chorób Wewnętrznych w Warszawie (prace doktorskie J. Kurkusa i Z. Rancewicz).

Profesor był pionierem leczenia immunosupresyjnego chorych na glomerulopatie. Rozpoczęło je wprowadzenie biopsji nerki do rutynowej diagnostyki chorób nerek. Trzeba tu podkreślić niezwykle zasługi L. Gradowskiej i M. Lao, którzy rozpowszechnili tę inwazyjną metodę diagnostyczną, stosując ją w prymitywnych warunkach i bez powikłań. Tadeusz Orłowski założył własną pracownię histopatologiczną i zainicjował polską klasyfikację glomerulopatii (na konferencji w Jabłonie). Leczenie immunosupresyjne chorych na glomerulopatie – pionierskie również w skali światowej (przy jednoczesnym braku piśmiennictwa na ten temat) – wymogło powołanie zespołów lekarzy do stałej opieki ambulatoryjnej nad pacjentem. Leczenie to rozpoczynano w warunkach szpitalnych. Przez wiele lat L. Gradowska wraz z D. Stryecką-Rowińską oraz M. Lao wraz z Z. Rancewicz, odpowiadali za prowadzenie ambulatoryjne pacjentów, później również po przeszczepieniu nerki. Kontrole nad prawidłowością leczenia były przeprowadzane przez Profesora, który w soboty i niedziele oglądał całą dokumentację i zapisywał w niej swoje uwagi. Pod jego kierunkiem opracowaliśmy formularz wizyt pacjenta, uwzględnivszy przyszłą komputeryzację (której Tadeusz Orłowski był wielkim zwolennikiem). Formularz ten, nadal używany w ambulatorium, ułatwia wieloletnią obserwację pacjenta. Staranne monitorowanie leczenia immunosupresyjnego prowadzone w ramach programów resortowych zaowocowało znaczącymi publikacjami w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. Skuteczność tego postępowania, zapobieganie powikłaniom potwierdzają losy pacjentów, którzy są pod naszą obserwacją ambulatoryjną kilkadziesiąt lat, niemal z prawidłową czynnością nerek.

Należy podkreślić cechę pracy Profesora w sprawowaniu opieki nad pacjentami, której, niestety, współczesnym lekarzom spętany procedurami i rozliczeniami coraz częściej brakuje. Było to całościowe traktowanie chorego, a nie koncentrowanie się wyłącznie na chorym narzędzie. Zadbał On, aby w zespole Kliniki, a następnie Instytutu Transplantologii poszczególni lekarze uzyskiwali specjalizacje np. w zakresie kardiologii, pulmonologii, gastrologii. Przywiązał duże znaczenie do badania podmiotowego i przed-





miotowego pacjenta, codziennych obchodów z omawianiem problemu klinicznego oraz prowadzenia bardzo starannej dokumentacji, którą równie starannie sprawdzał. Nie znał świąt i niedziel – zawsze był na obchodzie z dyżurnymi, a wieczorem telefonicznie zdawaliśmy dodatkowy raport. Uczył nas myślenia lekarskiego według zasady „od pacjenta do książki i odwrotnie”. Cieszył się ogromnym zaufaniem pacjentów, którzy widzieli jego bezgraniczne i bezinteresowne im oddanie.

Konsekwencją kierunku naukowego I KChW AM było rozpoczęcie programu transplantacyjnego. Przygotowanie do jego realizacji rozpoczął w latach 60. zespół prof. Jana Nielubowicza w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej PAN. Jednocześnie w I KChW AM opracowywano podstawy postępowania klinicznego umożliwiające optymalne przygotowanie biorcy oraz opanowanie zasad postępowania potransplantacyjnego. W godzinach popołudniowych w bibliotece I KChW AM chirurdzy, immunolodzy (zespół prof. K. Ostrowskiego) oraz nefrolodzy (wtedy jeszcze interniści) uczestniczyli we wspólnych posiedzeniach szkoleniowych. Wynikiem tego starannego przygotowania było pierwsze udane przeszczepienie nerki ze zwłok 26 stycznia 1966 roku. [...]

W ostatnim etapie swojego życia Tadeusz Orłowski poświęcił się badaniom nad stworzeniem podstaw doświadczalnych do przeszczepiania wysepek trzustkowych u chorych z cukrzycą. Prace o izolowaniu i opłaszczaniu wysepek prowadzone pod kierunkiem Profesora umożliwiły pierwsze przeszczepienie wysp trzustkowych w Polsce w 2008 roku.

Działalność dydaktyczna

Działalność dydaktyczna Profesora polegała nie tylko na kształceniu swoich asystentów i studentów, lecz także na prowadzeniu szkoleń dla lekarzy w zakresie chorób nerek w ramach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Posiedzenia kliniczne były na bardzo wysokim poziomie. Szkolenie praktycznie odbywało się stale, gdyż w czasie obchodów lekarskich padały retoryczne pytania skierowane do „biednych” asystentów. Odpowiedzi znał wyłącznie Profesor, bo np. poprzedniego dnia przeczytał nowy artykuł. Z tego powodu zawsze w klinice i Instytucie było wielu wolontariuszy oraz





Profesor Tadeusz Orłowski cieszył się ogromnym autorytetem wśród swoich współpracowników, wielu z nich było jego uczniami. Na zdjęciu Profesor w gronie lekarzy Instytutu Transplantologii.



kolegów z innych krajowych ośrodków nefrologicznych, którzy teraz, po latach ze wzruszeniem wspominają te czasy. Studenci zachęcani skryptami, które byliśmy zobowiązani opracowywać, tłumnie przychodzili na wykłady mające charakter obecnego okrągłego stołu. Profesor zawsze udostępniał posiadane piśmiennictwo otrzymywane z całego świata dzięki swoim kontaktom. Mimo że żyliśmy za żelazną kurtyną i mieliśmy słabo zaopatrzone biblioteki, czerpaliśmy wiedzę z przysyłanych odbitek – Profesor osobiście co tydzień przymocowywał łańcuchem w naszej bibliotece „Current Contents”. Tadeusz Orłowski był otwarty na współpracę z nowo tworzącymi się ośrodkami transplantacyjnymi w kraju. W 1984 roku prof. A. Jelonek, pełniący funkcję ordynatora Ośrodka Dializ w CZD w Warszawie, uruchomił program przeszczepiania nerek w ścisłej współpracy z Instytutem Transplantologii. W Instytucie Transplantologii staże szkoleniowe odbywali m.in. obecni profesorowie Bolesław Rutkowski czy Marek Kuźniewski. [...]

Tadeusz Orłowski położył ogromne zasługi w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego. Od 1955 roku był zastępcą, a w latach 1963–1994 – redaktorem naczelnym „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”. Zasiadał w wielu komitetach redakcyjnych pism polskich oraz międzynarodowych, takich jak „Kidney International”, „Nephron” i „Clinical Nephrology”. Był też członkiem wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, m.in. członkiem zarządu EDTA w latach 1966–1969, a International Society of Nephrology (ISN) – w latach 1974–1976.

Ruch oporu

Odrębnego omówienia i podkreślenia wymaga działalność Profesora w ruchu oporu w okresie okupacji. W konspiracji był od września 1939 roku – pseudonim „Justyn”, okręg wojskowy „Grunwald”, oficer bez stopnia. Początkowo działał w kolportażu, a następnie w pracach kontrwywiadu Delegatury rządu londyńskiego. Przydzielony do batalionu „Baszta”, prowadził na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie szkolenie dla sanitariuszek. W czasie powstania warszawskiego w batalionie szturmowym „Odwet” utworzył punkt sanitarny dla potrzeb okręgu Ochota – Kolonia Staszica. Dra-





matyczne losy tego punktu opisane przez jego współtowarzyszkę broni, panią Zofię Straszewicz-Marconi (pseudonim „Sierpówna”), nadal, po tylu latach budzą grozę. Po przejściu do Śródmieścia, Profesor organizował izbę chorych w gmachu Wydziału Architektury Politechniki Warszawskiej. Niezwykle sprawnie pełnił posługę lekarską, która w tych ekstremalnych warunkach powstania była heroiczna. Po powstaniu warszawskim, na zlecenie rannego szefa kontrwywiadu J. Zborowskiego, wspólnie z W. Żuławskim miał zorganizować trasę przerzutową przez Czechosłowację do Londynu. Szlak miał być przygotowany na okres między II a III wojną światową. Otrzymał nawet (dzięki kontaktom z Polakiem pracującym w tej instytucji) oficjalny dokument Alpenvereinu, wyznaczający go nadzorcą schroniska w Morskim Oku. Misja ta zakończyła się fiaskiem ze względu na postawę Słowaków. W trzeciej dekadzie stycznia 1945 roku powrócił z Morskiego Oka do Zakopanego, które było obwieszone (jak pisze we wspomnieniach) czerwonymi flagami oraz antyakowskimi plakatami.

Patriotyzm Tadeusza Orłowskiego po 1945 roku można nazwać pozytywistycznym, biorąc pod uwagę pracę i odbudowę kraju. Profesor był tolerancyjny dla ludzi o odmiennych poglądach. W naszym zespole byli koledzy o różnych poglądach politycznych, ale w pracy byliśmy jednością chronioną (ci niekochający PRL) przez wielką osobowość Profesora. On nigdy nie oceniał i nie wyróżniał ludzi ze względu na ich przekonania polityczne, co w tamtych czasach było dość powszechne. Mieliśmy pasję. W jednym z wywiadów Profesor powiedział, że osiągnięcia zawdzięczał „w dużej mierze ludziom pełnym zapału i oddania idei ratowania życia nowoczesnymi metodami”. Dobro instytucji, w której pracował, było ponad jakimikolwiek podziałami. Jego pozycja zawodowa w kraju i zagranicą dawała nam poczucie wolności w naszej pracy. [...]

Podsumowanie

Tadeusz Orłowski był wzorem organizowania pracy zespołowej. Uosobieniem rzeczowości, precyzji formułowania wniosków z prowadzonych prac, życzliwym doradcą również w sprawach niezawodowych. To nie tylko pionier wielu kierunków nauk medycznych,





lecz także wizjoner, bo już w 1964 roku zachęcał do obliczeń na komputerze polskiej produkcji „Odra”, który wtedy miał wielkość jednego pokoju (sic!). Mimo, że od dzieciństwa Profesor był naznaczony cierpieniem z powodu przebytej choroby, niebywale dzielnie znosił trudy życia. Pozostał niezależny w poglądach, a jednocześnie tolerancyjny dla ludzi o innych przekonaniach niż On. Był wzorem skromności, dobrego wychowania (szarmancki wobec kobiet), traktowania ludzi z poszanowaniem ich godności oraz prywatności. W latach 60. i 80. obronił wielu ludzi zagrożonych prześladowaniami. Jego osobowość jest chyba najdobitniej scharakteryzowana w życzeniach otrzymanych z okazji imienin od prof. Jana Nielubowicza (list z datą 28 października 1995 roku z archiwum T. Orłowskiego): „Byłeś dla mnie zawsze przykładem bardzo mądrego lekarza, człowieka o prawdziwej uczciwości. Potrafiłeś to zaszczerpieć tym, którzy z Tobą pracowali i dlatego dziś możesz patrzeć wstecz z dużą satysfakcją. Stanowiłeś taki naprawdę niewzruszony punkt odniesienia dla mnie”.

Arystoteles sformułował przed wiekami aforyzm: „Mądrość uzależniona jest od trzech rzeczy: osobowości, wiedzy i samokontroli”. Wspaniałym przykładem prawdziwości tej maksymy był mój Nauczyciel – Profesor Tadeusz Orłowski.

Dr med. Zofia Rancewicz

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Instytut Transplantologii im. prof. T. Orłowskiego

Składam najserdeczniejsze podziękowanie pani Elżbiecie Kindler-Jaworskiej, wiernej strażniczce dorobku Profesora Tadeusza Orłowskiego, za udostępnienie dokumentów i pamiątek rodzinnych. Dziękuję również pani Marzenie Myśliborskiej za pomoc w opracowaniu maszynopisu.

Pierwsza publikacja artykułu w: „Transplantologia kliniczna” 2017, T. 8





PRZESZEDŁEM PRZEZ ŻYCIE NIE NAJGORZEJ

Trwałe miejsce w historii medycyny zapewniły prof. Tadeuszowi Orłowskiemu pionierskie w świecie prace na temat niewydolności nerek i czynności przeszczepionej nerki. Dla taterników jest on jednak przede wszystkim najlepszym wspinaczem swego pokolenia i odkrywcą wielu dróg w Tatrach. Symbolizuje wolność człowieka w górach i poruszanie się po nich w sposób klasyczny, naturalny. Tego się już nigdy nie da powtórzyć. Dziś żałuję, że za mało chodził po górach. – *To jedyna rzecz, jaką bym w moim życiu zmienił, gdybym miał drugą szansę.*

Drogi Orłowskiego

– *Przeszedłem w Tatrach Wysokich ponad 1000 dróg. Większość z nich nie była trudna; nadzwyczaj i skrajnie trudnych było nieco ponad 100. Największą satysfakcję dawało mi wyszukiwanie kilkudziesięciu nowych dróg i wariantów* – podsumowuje profesor. Takie nazwy, jak Galeria Gankowa, Żleb Drege'a czy Komin Świerza na zawsze pozostaną ściśle związane z jego nazwiskiem. Ale w góry chodził nie po to, żeby zdobywać szczyty i bić rekordy. – *Moje taternictwo nigdy nie miało charakteru sportowego, ale raczej kwalifikowanej turystyki wysokogórskiej. W istocie stanowiło realizację potrzeby bezpośredniego obcowania z Tatrami. Są to bowiem góry wyjątkowe, łączące w sobie skały, jeziora, potoki i wieczne śniegi oraz obfitą roślinność. Stronił od gwarnych schronisk, spędzając całe tygodnie w kolebach i na szlakach. Idealny zespół tworzyły, zdaniem profesora, dwie, trzy osoby.*

– *Nigdy się nie bałem w czasie swoich wspinaczek. Ściana wygląda strasznie z daleka, ale jak się podejdzie blisko, wszystkie stromizny się „kładą”. Z niebezpieczniejszych przygód pamiętam odpadnięcie od ściany w czasie pierwszego wejścia zimowego na Turnię nad Kolebą. Zaklinowany w kominie wielki głaz zagraadzał przejście.*





*Parę metrów poniżej, na półeczce u wylotu komina, z której startowałem, rosła mała limba. Podciągam się na tym glazie, a on nagle rusza w dół, pociągając mnie za sobą. Rozebrał mnie niemal do naga, zdzierając wiatrówkę, sweter i koszulę, przeciął linę, a ja zatrzymałem się, zahaczając paskiem od spodni o pniaczek ściętej przez niego limby. Przejsście w 1939 roku, wraz z Włodzimierzem Gosławskim, posępnej, owianej legendą, trzystumetrowej pionowej ściany Galerii Gankowej po słowackiej stronie nową drogą o olbrzymiej skali trudności i to bez żadnych sztucznych ułatwień, stało się jednym z symboli wspinaczki klasycznej w Tatrach. Znany wspinacz Jakub Radziejowski w miesięczniku „Góry” (lipiec-sierpień 2004) pisze: „O drogach Orłowskiego mówi się, że prowadzą wyjątkowo estetycznymi formacjami, są doskonale logiczne i – podobnie jak inne drogi starych mistrzów – budzą respekt. Ubrany w najnowsze la sportivy, z kompletem friendzików dyndających przy uprzęży, drogę zaliczyłbym do nietrudnych; gdybym jednak miał ją zrobić wyposażony w sprzęt z lat 30., myślę, że szybko bym odpuścił”. Dramatyczne epizody wspinaczki były wielokrotnie szczegółowo opisywane. Wynika z nich, że była to droga przez mękę. Sam prof. Orłowski z uśmiechem wspomina swoje odpadnięcie od ściany. – *Takie „zaplanowane” i odpowiednio ubezpieczone odpadnięcia nie są groźne – tłumaczy. – Szybko nauczyłem się jednego: nigdy nie należy być biernym, lecz maksymalnie wykorzystywać każdą sekundę lotu. Starać się „ślizgać” blisko ściany i nie dać się obrócić głową w dół. No i oczywiście mieć tę odrobinę szczęścia.* O wiele groźniejsze od najtrudniejszych ścian tatrzańskich okazały się dla profesora ulice Warszawy. Potknięcia na wystających płytach chodnikowych, upadek przy wysiadaniu z autobusu, który raptownie skręcił, zakończyły się fatalnymi w skutkach złamaniami nóg. Z tego powodu profesor został w praktyce unieruchomiony. Po raz ostatni wszedł w 1980 roku, z długoletnim słowackim przyjacielem, znakomitym taternikiem Arno Puškášem, na Szarą Ławkę z Doliny Młynicy. Wybrali drogę, której nikt dotąd nie przechodził. – *Była to łatwa droga, niewymagająca nawet asekuracji, ale zawsze liczy się fakt pierwszego wejścia. Potem na północnej ścianie Kopy Popradzkiej zrobiłem dla rozrywki nowy, bardzo trudny wariant na jednym z żeberek – ostatni wariant wspinaczkowy w moim życiu.**





Góry i wojna

Pierwszy raz poszedł w Tatry w 1936 roku, po maturze, jako świeżo upieczony student medycyny. Przebywały tam wówczas jedynie kilkusobowe grupy z Warszawy, Zakopanego i Krakowa. Mieli Tatry całkowicie dla siebie, dostępne również po czechosłowackiej stronie. – *Z punktu widzenia taterników, żeby nikt sobie nie deptał po piętach, Tatry mogą pomieścić tylko około 40 wspinaczy* – uważa profesor. – *Takie Tatry skończyły się raz na zawsze.*

Podczas wojny przebywanie w strefie przygranicznej było zakazane i mogło się skończyć Oświęcimiem. Ale wspinali się nadal, ukrywając się nocami na wieżycze Murowańca na Hali Gąsienicowej. W 1943 roku dwóm przyjaciółom: Tadeuszowi Orłowskiemu i Wawrzyńcowi Żuławskiemu, kompozytorowi i pisarzowi, późniejszy dziennikarz, wówczas pracownik krakowskiego Alpenvereinu Jan Alfred Szczepański (Jaszcz) załatwia oficjalne skierowanie w Tatry w celu „przeglądu szlaków turystycznych”. Dla zwykłych Niemców powinno wystarczyć. Kiedy jednak w schronisku w Morskim Oku pojawiają się gestapowcy, przyjaciele wolą nie ryzykować i zjeżdżają z okienka po linie wprost nad jezioro. Przez Rysy przechodzą do schroniska pod Wagą po słowackiej stronie. – *Słowacy znali nasze nazwiska, więc nie tylko zezwolili na pobyt w pustym schronisku, ale donieśli nam dużo pierwszorzędneho jedzenia* – wspomina profesor. Znow mogą chodzić po górach.

1 sierpnia 1944 roku warszawiaków nie ma w Tatrach. Tadeusz Orłowski, rocznik 1917, rok po dyplomie lekarskim na tajnym Uniwersytecie Warszawskim, jest żołnierzem batalionu „Basztą”. Od maja 1944 roku również w kontrwywiadzie Delegatury Rządu. Wbrew swojej woli trafia do „Odwetu”, który gwałtownie poszukuje lekarza. Wspólne przeżycia powstańcze opisała ówczesna sanitariuszka „Odwetu” Zofia Strasze-wicz-Marconi, „Sierpówna” (*II Batalion Szturmowy ODWET Armii Krajowej. Suplement* – Warszawa 1998, wydany staraniem środowiska), bardzo krytycznie oceniając działania dowódcy batalionu i plany organizacyjne ulokowania głównego punktu sanitarnego. Z jej relacji wyłania się obraz dr. Orłowskiego – „Justyna” jako człowieka działającego





odważnie i błyskawicznie, a gdy trzeba – zachowującego zimną krew i stoicki spokój, co wielokrotnie ratowało im życie.

Po upadku powstania warszawskiego, szef kontrwywiadu Delegatury Rządu, Jan Zborowski wydaje dr. Orłowskiemu polecenie zorganizowania drogi przerzutowej przez Tatry i Słowację na Węgry. Znow dzięki pomocy Jaszcza, doktor otrzymuje funkcję nadzorcy opustoszonego schroniska w Morskim Oku. Na początku stycznia 1945 roku nawiązuje kontakt z delegatem słowackich powstańców. – *Ten, gdy usłyszał, że reprezentuję Delegaturę rządu londyńskiego, natychmiast wycofał się z rozmów* – opowiada profesor. – *Jego argumenty były niepodważalne. Na Słowacji są już wojska radzieckie, a czechosłowacki rząd emigracyjny z pewnością nie będzie chciał pomagać naszemu rządowi londyńskiemu, który nie jest uznawany przez ZSRR.*

Jedzie do Piotrkowa, żeby przekazać złą wiadomość. Pod Częstochową pociąg zostaje ostrzelany – ruszyła ofensywa sowiecka. Lekko ranny prof. Orłowski wraca do Morskiego Oka. Pod koniec stycznia, tuż za Łysą Polaną, widzi wojskową ciężarówkę ze znakami pisanymi cyrylicą. W Zakopanem dowiaduje się z licznych plakatów, że jest akowskim „zapłutym karłem reakcji”. Co prędzej wraca do schroniska i chowa pod maliniakiem przy Morskim Oku swojego Visa i Smith-Westona – *Jakieś 50 metrów od tafli jeziora w kierunku Czarnego Stawu. Chyba leżą tam do dziś. Po wojnie szukałem ich kilka razy – bezskutecznie.*

Nielegalni

W pierwszych latach po wojnie nawet zwykła turystyka na terenie Tatr była utrudniona. – *Początkowo przy schodach do Morskiego Oka znajdował się posterunek wojskowy* – wspomina profesor. – *Turysta schodzący na brzeg jeziora musiał oddać dowód osobisty, który odbierał po powrocie. Natomiast do przekroczenia granicy niezbędny był paszport, ale w praktyce nie można go było uzyskać. Znow więc musieliśmy ryzykować, przekraczając ją nielegalnie. Nie umiałem się pogodzić z utratą słowackiej części Tatr.*





Kiedyś 10 dni spędzają we czwórkę w Dolinie Kaczej. Jest jak przed wojną: wspinaczki, w czasie deszczu głośna lektura angielskich kryminałów przy świeczce, wokół ani żywego ducha. Tylko pod Gerlachem szczątki załogi rozbitego samolotu sowieckiego. Innym razem zaskakują ich czechosłowaccy pogranicznicy. Wiedzą, po co tu przyszli. Wspólnie ustalają: spotkania nie było. Kolejne mają podobny przebieg, co wzmaga poczucie bezkarności polskich taterników. Kiedyś nawet poznani właśnie słowaccy wspinacze zrzucają się na grzywnę, która ratuje Polaków przed zatrzymaniem. Bo koron oczywiście nie mają. Z polskimi wopistami idzie gorzej. Orłowski i Żuławski zostają odstawieni „pod karabinami” na Łysą Polanę. – *Stefania Grodzieńska, którą udało nam się powiadomić, spowodowała interwencję „na najwyższym szczelblu” i to nas uratowało* – śmieje się profesor.

„Usportowienie” taternictwa za stalinizmu oznaczało w praktyce wspinaczkę stadną, na obozach i kursach. O kilkusobowych wyprawach trzeba było zapomnieć. Polskie Towarzystwo Tatrzańskie zostało rozwiązane, a taternicy zrzeszeni w CWKS „Legia”. – *Brałem w tym udział na zasadzie: lepsze to niż nic. Dochodziło do absurdów: zaczęto przyznawać punkty za osiągnięcia, a za punkty stopnie. Ktoś nawet wpadł na pomysł przyznania mi tytułu zasłużonego mistrza sportu. Chwalić Boga, nie dostałem tego zaszczytu, bo uważali mnie za reakcjonistę.*

Na szczęście z czasem władza trochę odpuściła i, wciąż nielegalnie, ale i bez wielkiego zagrożenia, taternicy wrócili do „życia kolebowego” w Tatrach Słowackich.

Nie ma rzeczy niemożliwych

– *40 lat temu zacząłem wprowadzać do Polski transplantologię. Byłem internistą i wiedziałem, że to problem immunologiczny. Poprosiłem więc immunologów o pomoc, a oni zaczęli mnie przekonywać, żebym sobie głowy nie zawracał, ponieważ naukowo udowodniono, że to niemożliwe. Pomyślałem: a jednak spróbuję. Bo góry mnie nauczyły, że nie ma rzeczy niemożliwych.*

Prof. Tadeusz Orłowski był uczniem swego ojca, prof. Witolda Orłowskiego – pioniera patofizjologii klinicznej, który wprowadził pojęcie „utajonej niewydolności krążenia”





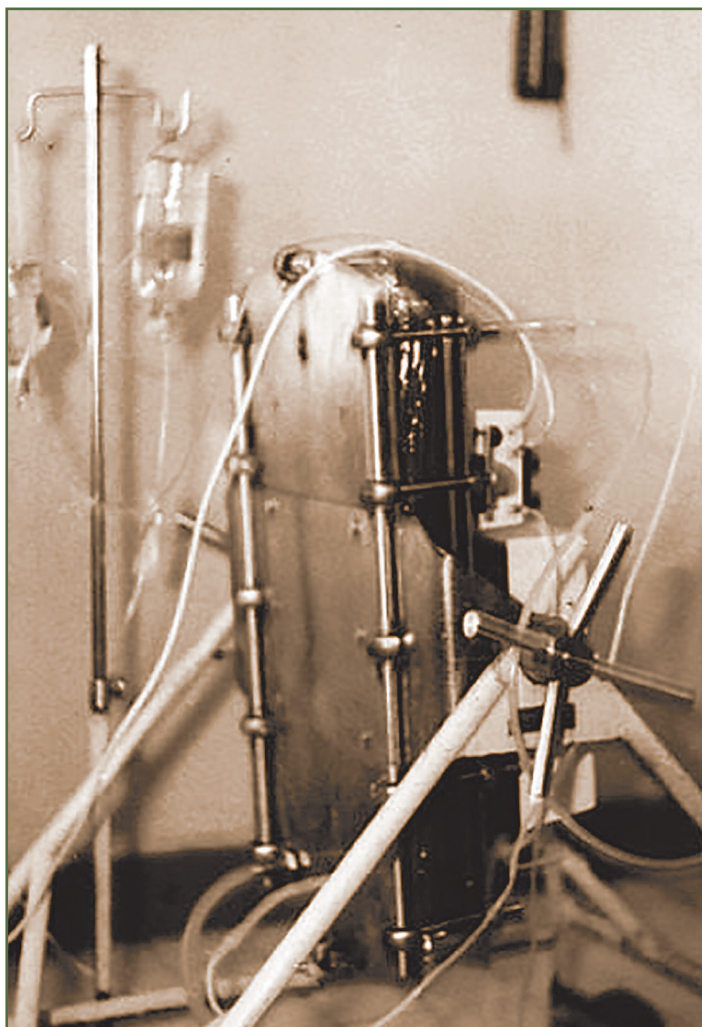
(por. *Długa droga do Polski*, „Puls” nr 11 i 12/2004). Chodziło o to, że chory początkowo nie odczuwa zaburzeń krążenia, mimo że jego organizm już nie funkcjonuje prawidłowo. Tuż przed wojną prof. Witold Orłowski stworzył zespół asystentów, który badał czynności różnych narządów. Synowi przydzielił badanie nerek. I te właśnie badania – nad związkiem niewydolności krążenia z funkcjonowaniem nerek – doprowadziły Tadeusza Orłowskiego do transplantologii. – *Przebieg mojej pracy zawodowej to trochę przypadek, trochę „obciążenie dziedziczne”* – stwierdza profesor. – *W 1948 roku ukazała się książka twórcy współczesnej nefrologii, Homera Smitha, pt. „The Kidney”. Miałem miesiąc na nauczanie się wszystkiego, o czym pisał, i zapoznanie się z pracami wymienionymi w bibliografii. W Polsce nefrologia jeszcze wtedy w praktyce nie istniała. Ministerstwo Zdrowia utworzyło komisję ds. rozwoju nefrologii pod kierunkiem profesora Andrzeja Biernackiego. Ja zostałem jej sekretarzem.*

Dzięki stażowi w Szwecji u prof. Alvala (w 1957 roku) uczy się dializoterapii, a później otrzymuje stypendium Fundacji Rockefellera i jedzie do Saint Louis, do najlepszego na świecie ośrodka patofizjologii nerek prof. Brickera. Sprzęt amerykański zna z literatury fachowej. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu to on może teraz uczyć amerykańskich kolegów dializowania. W 1962 roku odbywa kolejny staż – w Klinice Chorób Wewnętrznych Charing Cross Hospital w Londynie, a rok później – w Klinice Nefrologicznej Uniwersytetu w Pizie.

Już w latach 50. prowadził pionierskie próby leczenia przewlekłej mocznicy dializami otrzewnowymi, jelitowymi, płukaniem wyosobnionej pętli jelitowej oraz odpowiednią małąbiałkową dietą. W 1959 roku uruchomił w Warszawie ośrodek dializacyjny, tzw. sztuczną nerkę, w którym początkowo leczono tylko ostre przypadki niewydolności nerek, a następnie, po raz pierwszy w Europie, również i schyłkowej niewydolności amerykańską metodą powtarzanych dializ. W ramach prowadzonych przez jego zespół działań opracowano, opatentowano i wyprodukowano polską sztuczną nerkę arkusową oraz dializatory zwojowe.

W 1966 roku – wraz z prof. Janem Nielubowiczem – wprowadza program transplantacji nerek, przyjmując odpowiedzialność za stronę immunologiczną: dobór biorcy,





Sztuczna nerka arkuszowa warszawska



monitorowanie go i leczenie. Opracowuje metodę otrzymywania króliczej globuliny antymocytarnej, stosując ją po raz pierwszy w zwalczaniu ostrego odrzucania przeszczepu.

Inne pionierskie prace prof. Tadeusza Orłowskiego dotyczą metod immunosupresyjnego leczenia przewlekłych glomerulopatii. – *Moje prace na temat ostrej niewydolności nerek i prace nad czynnością przeszczepionej nerki nie były szeroko cytowane, bo pochodziły z Polski – mówi profesor. – Komuś z naszej części świata trudno się było przebić w Stanach Zjednoczonych. Rozgłos zapewniały publikacje w czasopiśmie amerykańskich. Ale mnie wystarczy satysfakcja, że zrobiłem coś przed innymi.*

Lekarz, uczony, nauczyciel, organizator

W 1952 roku organizuje Klinikę Zdrowego Człowieka w Naukowym Instytucie Kultury Fizycznej i prowadzi ją przez dwa lata, do czasu wyjazdu do Korei. – *Kiedy w Ministerstwie Zdrowia usłyszałem, że mam zostać dyrektorem merytorycznym Szpitala PCK w Korei, nie byłem tym zachwycony, bo tam wtedy trwała wojna. Jednak z drugiej strony było mi to na rękę, bo chciałem zniknąć władzy z oczu. W Polsce za stalinizmu żyłem w strachu, przede wszystkim z powodu udziału w kontrwywiadzie Delegatury Rządu. Tak jak podczas okupacji nie nocowałem w domu, a w ciągu dnia sprawdzałem, czy pod domem nie stoi czarny citroen UB. Jednak dwaj smutni panowie w końcu mnie odwiedzili. Okazało się, że to nasz kolega z okresu wojny – narkoman – doniósł o mojej przynależności do AK. Oczywiście – zgodnie z wypełnianymi dotychczas kwestionariuszami personalnymi – zaprzeczyłem temu, podkreślając, że donosiciel na pewno dalej jest niewiarygodnym narkomanem, który mści się za utrudnianie mu w swoim czasie dostępu do narkotyków. I chyba nadal nim był, bo więcej mnie nie nachodzili.*

Po powrocie z Korei, korzystając z posiadanego paszportu, kilkakrotnie wyjeżdża w słowackie Tatry. Razem z Wawrzyńcem Żuławskim wchodzi wówczas na Kapałkową Strażnicę. Było to, w języku taterników, „ostatnie pierwsze wejście szczytowe” w Tatrach. – *Obowiązki służbowe sprawiły, że na przełomie lat 50. i 60. miałem sporo*





zobowiązań międzynarodowych i nie mogłem odwiedzać Tatr. Moje prawdziwe przygody tatrzańskie, rozpoczęte w 1936 roku biwakiem w Żabiej Kolebie Białczańskiej, zakończyły się po 18 latach pod namiotem rozbitym u stóp mojego ulubionego Żabiego Szczytu Wyżniego.

W latach 1963–1975 prof. Orłowski kieruje I Kliniką Chorób Wewnętrznych warszawskiej Akademii Medycznej. Równocześnie pracuje naukowo w Wydziale VI Nauk Medycznych PAN, piastując tam różne funkcje. Efektem przeprowadzonej przez niego reformy organizacyjnej było powołanie Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, restrukturyzacja Instytutu Immunologii i Transplantacji Doświadczalnej im. L. Hirszfelda i powołanie Zakładu Genetyki Człowieka.

Z jego inicjatywy i pod jego kierownictwem powstaje w warszawskiej AM w 1975 roku Instytut Transplantologii. – *W latach 80. byliśmy trzecim ośrodkiem na świecie, jeżeli chodzi o liczbę transplantacji nerek – za Stanami Zjednoczonymi i Niemcami – przypomina profesor. – Przeprowadzaliśmy około 200 zabiegów rocznie. Była to wtedy jedyna w Polsce placówka, która dokonywała transplantacji. Teraz są już we wszystkich miastach akademickich. Transplantologię można uważać za triumf medycyny, z drugiej jednak strony – za klęskę. Przeszczepiamy, bo nie potrafimy wyleczyć. Nie sądzę, żeby to był szczególny powód do chwały.*

Dyrektorem Instytutu i kierownikiem Kliniki Transplantacyjnej był do 1987 roku, kiedy to, po przejściu na emeryturę, przeniósł się na stałe do Instytutu Biocybernetyki i Bioinżynierii Wydziału IV PAN, gdzie formalnie pracował do końca 2004 roku, prowadząc badania nad przeszczepianiem wysp Langerhansa trzustki. Faktycznie prowadzi je nadal, jako wolontariusz.

Prof. Tadeusz Orłowski jest autorem lub współautorem 330 publikacji naukowych, oryginalnych prac badawczych, głównie z dziedziny nefrologii i transplantologii, licznych monografii dla studentów i lekarzy. W Instytucie Transplantologii organizował co roku ogólnopolskie kursy dla lekarzy i pielęgniarek na temat sztucznej nerki i transplantacji. Był promotorem 24 przewodów doktorskich i 16 habilitacyjnych. Honorowym członkiem 9 krajowych i międzynarodowych towarzystw medycznych oraz Węgierskiej Akademii





Profesor Tadeusz Orłowski prowadził bogatą działalność naukową, organizatorską oraz dydaktyczną, uczestniczył w licznych konferencjach i sympozjach.



Nauk, członkiem zagranicznym Niemieckiego Towarzystwa Nefrologicznego, dożywotnim – Międzynarodowej Akademii Nauk. Doktorem *honoris causa* Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Akademii Medycznej w Warszawie. Posiadaczem najwyższych nagród naukowych i odznaczeń państwowych, z Krzyżem Wielkim Polonia Restituta i Krzyżem Powstania włącznie.

Talis pater, talis filius

– *Przeszedłem przez życie, uważam, nie najgorzej* – mówi bez cienia kokieterii. – *Może by było lepiej, gdybym więcej chodził po górach.* I tylko te góry wzięły się u niego nie wiadomo skąd. Bo reszta jest jak u ojca: konsekwencja i logika w działaniu, pasja poznawania wciąż czegoś nowego, traktowanie pracy jako najwyższej wartości. Wydaje się, że profesor Tadeusz Orłowski jest z tych, co sami na bezludnej wyspie szybko by ją przekształcili w sprawnie funkcjonujące miejsce do życia. I do pracy, rzecz jasna.

W przypadku Witolda i Tadeusza Orłowskich można mówić o szczególnym darze przewidywania kierunków rozwoju medycyny. To „mózgowcy” i wizjonerzy, którzy wyprzedzali swoje czasy, propagując w Polsce medycynę nowoczesną, opartą na solidnych badaniach naukowych.

Ewa Dobrowolska

Pierwsza publikacja w: „Puls” 2005, nr 9/10





MOJE TATERNICTWO

Pisząc te wspomnienia tatrzańskie przekazuję również moje wrażenia na temat polskiego środowiska wysokogórskiego lat 1936–1957, ten bowiem okres jest mi znany raczej dobrze. Oczywiście jest to opowieść bardzo subiektywna, a co gorsza zamazana przeżyciami następnego niemal 50-lecia oraz nie-najlepszą już pamięcią. Proszę to uwzględnić przy lekturze niniejszego tekstu oraz wierzyć, że starałem się w nim przedstawić – wprawdzie wybiórczo – „całą prawdę i tylko prawdę”.

Początek lat trzydziestych cechowało wybitnie sportowe podejście do taternictwa i silna rywalizacja środowisk, głównie krakowskiego i warszawskiego. Typowym jej przykładem była historia zdobywania zachodniej ściany Łomnicy. O czysto sportowym podejściu świadczyła też m.in. próba Wiesława Stanisławskiego wprowadzenia – po zdobyciu północnej ściany Żabiego Konia – skały „skrajnie trudnej” oraz jego pogardliwy stosunek do osiągnięć pionierów taternictwa. Takie wygórowane ambicje doprowadziły do śmierci Lidki i Marzeny Skotnicównych, Jadwigi Honowskiej i Zofii Krórowskiej, czy Wincentego Birkenmajera, a nawet samego Wiesława Stanisławskiego. Znalazły one również swoje odbicie w nieoficjalnej, satyrycznej broszurze „Tatapiernik”.

Po śmierci Stanisławskiego i Birkenmajera zaszły w środowisku taternickim wielkie zmiany. Z przyczyn oczywistych zanikła sportowa rywalizacja, gdyż dotyczyła głównie środowisk skupionych wokół tych dwóch wybitnych taterników. Ponadto zapanowało przekonanie, że w Tatrach nie ma już możliwości zdobywania nowych, sensownych dróg. Ich namiastką miało być m.in. „taternictwo horyzontalne” (np. trawers ze Zmarzłej Przełęczy, przez południową ścianę Zamarłej Turni, na Kozią Przełęcz) oraz zdobywanie tzw. pionowych trawników (np. północnej ściany Świstówki). W tej sytuacji najaktywniejsi taternicy skierowali swoją zorganizowaną działalność ku Alpom, Atlasowi, Andom, Ruwenzori, Kaukazowi i Himalajom, a nawet górom na Korsyce.





Czynnych taterników było niewielu. W Tatrach przebywały jedynie kilkusobowe grupy z Warszawy (Maciej Zajączkowski, bracia Czesław i Jerzy Mierzejewscy, Zofia Kuleszyna¹, Róża Drojecka), Zakopanego (Staszek Motyka, Jan Sawicki) i Krakowa (Włodek Gosławski, Marian Paully, Czesław Łapiński, Kazimierz Paszucha) oraz ze Spi-sza (István Zamkovszky). Każda z nich miała Tatry całkowicie dla siebie, wszystkie działały niezależnie, nie utrzymując kontaktów. O swoich przejściach nic nie wiedzieli, nie istniały więc żadne bodźce do współzawodnictwa. Pod tym względem był to w dziejach taternictwa niepowtarzalny okres. Jedyny wyjątek stanowił wyścig Stanisława Motyki i Jana Sawickiego o pierwsze przejście południowej ściany Małego Kołowego Szczytu. Była to rywalizacja o tyle niezwykła, że dotyczyła taterników, którzy do tego momentu stanowili zgraną „dwójkę”. W tym też czasie rozpoczęto zorganizowane szkolenia amatorów wspinaczki – kurs dla dziewcząt szkół warszawskich (instruktorzy: Maciej Zajączkowski, Zofia Kuleszyna, Tadeusz Orłowski) oraz Szkółkę Wspinaczkową Staszka Motyki i Zosi Kuleszyny, prowadzoną na Hali Gąsienicowej.

W latach trzydziestych na szczególne wyróżnienie zasługuje działalność Zbyszka Korosadowicza. I to nie tylko z powodu jego licznych pierwszych przejść wybitnych i trudnych letnich dróg (np. północna ściana Małego Młynarza, wschodnia ściana Łomnicy, północno-wschodnia grzęda Mięguszwieckiego Szczytu, czy północno-wschodnia ściana Pośredniej Grani), lecz – przede wszystkim – dla jego wypraw zimowych. Był on bowiem niewątpliwie pionierem taternictwa zimowego. Początkowo chodził, głównie samotnie i na łatwiejsze drogi, zwłaszcza w okolicach Hali Gąsienicowej. Później atakował z powodzeniem tak wielkie ściany, jak północną Mięguszwieckiego Szczytu, Cubryny, Małego Kieżmarskiego Szczytu, Jaworowego Szczytu, czy Krywania. Był niekwestionowanym krajowym autorytetem w tej dziedzinie i – przenosząc w Alpy swoje doświadczenia tatrzańskie – odcisnął piętno na rozwoju polskiego alpinizmu.

¹Późniejsza Zofia Radwańska-Paryska.





Zbigniew Korosadowicz był niewątpliwie jednym z najwybitniejszych taterników, jednak – jak każdy – miał i słabe strony. Wspinał się poprawnie, lecz bardzo wolno. Z reguły chodził „na pierwszego” stosując czasem zbyt solidną asekurację. W lecie przejawiało się to gęstym biciem haków, używaniem równolegle dwóch (!) lin asekuracyjnych, a w zimie zabieraniem w ścianę pełnego sprzętu biwakowego, który trzeba było przeciągać na linie do kolejnych stanowisk asekuracyjnych. Zważywszy, że ówczesny ekwipunek był dość prymitywny i bardzo ciężki, wydłużało to niesłychanie czas pokonywania drogi.

Korosadowicz, jako najwybitniejszy i najbardziej doświadczony taternik zimowy, stał się też niepodważalnym wzorem dla członków ówczesnych wypraw (zorganizowanych przez Klub Wysokogórski wyjazdów) alpejskich. Przeniesienie w Alpy jego doświadczeń tatrzańskich niewątpliwie zahamowało na długie lata rozwój naszego alpinizmu. Dla przykładu: polska dwójka, choć tym razem bez Korosadowicza, na przejście grani Innominaty na Mont Blanc potrzebowała – co jest swoistym rekordem – aż pięciu (!) dni. Dopiero młode pokolenie powojenne, czerpiące z własnych zimowych doświadczeń tatrzańskich, dorównało najlepszym alpinistom europejskim.

Moje taternictwo nigdy nie miało charakteru sportowego, lecz raczej kwalifikowanej turystyki wysokogórskiej. W istocie stanowiło realizację potrzeby bezpośredniego obcowania z Tatrami. Są to bowiem góry unikalne w tym sensie, że łączą w sobie skały, jeziora, potoki i wieczne śniegi oraz obfitą, zawsze żywą florę. Dlatego stroniłem od schronisk – z wyjątkiem Roztoki, a po wojnie Morskiego Oka czy Kieżmarskiej Chaty, które traktowałem jako swoiste obozy główne.

Atmosfera w Roztoce była niepowtarzalna. Dzierżawcą był taternik, inżynier Roman Grabowski, lecz w schronisku gospodarowała jego matka, Mama Grabowska, traktująca taterników jak własne dzieci. Była dla nich wydzielona „kilkunastosiennikowa” izba, początkowo nr 18, a od 1938 r. – nr 9, a do całorocznej dyspozycji mieli indywidualne szafki do przechowywania sprzętu. Najdogodniej można było się urządzić opłacając ryczałt wyżywieniowy. Mama Grabowska oferowała go bowiem na zasadzie non profit, pokrywał jedynie koszty związane z jego przygotowaniem. W Roztoce czuliśmy się





Rok 1939, odpoczynek w Dolinie Czeskiej. Od lewej: Jerzy Panek, Tadeusz Orłowski,
Hanna Pomorska, Sławomir Dunin-Borkowski.



wszyscy jak u siebie w domu: nieskrępowani i należycie zadbani. Nie bez znaczenia była również bliskość przejścia granicznego, oddalonego od schroniska zaledwie o kilkaset metrów. Wielokrotnie wychodziliśmy wczesnym rankiem z Roztoki nawet na poważne drogi w okolicy Morskiego Oka i północnych Tatr słowackich. Morskie Oko było natomiast jedynie celem popołudniowych spacerów towarzyskich.

Wykorzystując konwencję polsko-czechosłowacką spędzaliśmy całe tygodnie w górach, nocując w kolebach, rzadziej w namiocie, po zmierzchu grzejąc się przy ogniu palonego suszu kosówek. Dnie poświęcaliśmy penetrowaniu terenu wysokogórskiego: od najłatwiejszego do skrajnie trudnego. Zawsze z pełną satysfakcją, bez względu na poniesione trudności. W okolicach Morskiego Oka korzystaliśmy z koleby w Kotle Mięguszowieckim, ze zbudowanej przez nas pod północną ścianą Mnicha, w Dolinach Kaczej i w Czeskiej, w Żabich Stawach Białczańskich, w Czarnej Jaworowej i Sławkowskiej.

W latach wojny wspinało się zaledwie parę zespołów, głównie z Zakopanego, Warszawy i Krakowa, gdyż przebywanie w strefie przygranicznej było zakazane i łączyło się ze znacznym ryzykiem, co najmniej z zesłaniem do Oświęcimia. W praktyce nie było między tymi zespołami żadnego kontaktu. W latach 1941–1943, dla bezpieczeństwa wyskakiwaliśmy z pociągu tuż przed stacją w Zakopanem i omijając śródmieście, udawaliśmy się wprost w góry. W 1942 roku poszliśmy na Halę Gąsienicową, gdzie zorganizowaliśmy sobie kryjówkę na wieżycze w Murowańcu. Jeśli się zachowywało cicho i po wejściu przez kłapę w podłodze wciągnęło drabinę, ryzyko było niewielkie. W tym też czasie zdecydowaliśmy z Wilkiem (Wilhelmem) Brachem i Zbyszkim Korosadowiczem – gdyż ten ostatni jako kierownik TOPR (wówczas Tatra-Bergwacht) był dobrym parawanem – na parodniowy, nie pozbawiony jednak ryzyka, wypad do Morskiego Oka. Zostaliśmy tam przychylnie potraktowani przez pana Skrockiego [?] kierującego schroniskiem z ramienia Alpenvereinu. Dla pewności wychodziliśmy w góry wczesnym rankiem i wracaliśmy dopiero po wyjeździe niemieckich przybyszy z Zakopanego. Wówczas nikt – poza personelem – w schronisku nie nocował. W dzień jednak pojawiały się nie-liczne wycieczki niemieckie, niekiedy w towarzystwie gestapowców.





W tym czasie miałem dwukrotnie sposobność wspinania się ze Zbyszkim Korosadowiczem, a to przy próbie pierwszego przejścia północno-wschodniej ściany Mnicha oraz nowego wariantu na południowej ścianie Zamarłej Turni. Były to unikalne i w gruncie rzeczy zabawne sytuacje. Obaj z zasady nie wspinaliśmy się „na drugiego”. Przez większość czasu trwały więc – już po podejściu pod ścianę – spory o pierwszeństwo na linie. W obu przypadkach, po wypaleniu paru papierosów i długotrwałych debatach, kończyło się na tym, co z góry było wiadomo: prowadziliśmy na zmianę.

W 1943 roku, otworzyły się dla mnie i Wawrzyńca Żuławskiego nowe możliwości. Dzięki życzliwości Jaszcza (Jana Alfreda Szczepańskiego), który był urzędnikiem Alpenvereinu w Krakowie, uzyskaliśmy na piśmie oficjalne skierowanie w Tatry dla dokonania przeglądu stanu tamtejszych dróg turystycznych. Mieliśmy więc zezwolenie na pobyt w Tatrach, a ponadto zaprzyjaźnionego gospodarza schroniska w Morskim Oku. W osobnej chatce, tzw. kurniku, urządziliśmy sobie na pięterku coś, co przypominało bardziej kolebę lub namiot, niż pokój. Dla bezpieczeństwa wycięliśmy w ścianie szczytowej od strony jeziora okienko, przez które w razie potrzeby można było zjechać po linie wprost na ścieżkę poniżej południowego brzegu moreny. Już po paru dniach skorzystaliśmy z tego wyjścia umykając przed zakopiańskimi gestapowcami, którym nie spodobały się nasze nieogolone twarze. Na szczęście przyjechali do Morskiego Oka w celach turystycznych osobowym samochodem, nie mieli więc możliwości zabrania nas do Zakopanego dla sprawdzenia dokumentów. Nie czekając na wyjaśnienie legalności naszych papierów, zjechaliśmy przez okienko na morenę i uciekliśmy przez Rysy na Wagę. Tam zagospodarowaliśmy się w pustym schronisku. Po paru dniach dołączyli do nas Zosia Kuleszyna i Henryk Konczykowski, pracownik Tajnych Wojskowych Zakładów Wydawniczych, w których litografie dla prasy podziemnej tworzyli wybitni taternicy, bracia Czesław i Jerzy Mierzejewscy. W ich pracowni, ukrytej w piwnicy domu przy ul. Dantyszka 12, wykonywaliśmy litografie dla podziemnego „Taternika”. Pod wpływem jego lektury Henryk zapragnął poznać Tatry, więc zabraliśmy go z sobą. Wczesnym rankiem trzeciego dnia pobytu zostaliśmy zaskoczeni przez grupę gospodarzy – Słowaków. Na szczęście znali nasze nazwiska i nie tylko zezwolili na dalszy pobyt





w schronisku, ale nawet następnego dnia – widząc nasze skromne zapasy, a właściwie ich brak – przynieśli nam dużo pierwszorzędnego jedzenia. Zawsze będę za to wdzięczny ich kierownikowi – Alexandrowi Hubie.

Korzystając z gościnności naszych słowackich przyjaciół pozostaliśmy jeszcze parę dni w schronisku. Chodziliśmy zawsze w nieznane dla nas dotąd okolice, nie oglądając się na skalę trudności. Jedynym wyjątkiem było przejście północnej ściany Galerii Gankowej. W 1939 roku zrobiliśmy, z Włodkiem Gosławskim, pierwsze przejście jej środka na raty, teraz chciałem przejść ją za jednym zamachem. Z tego dnia zapamiętałem zabawny epizod. Wyszliśmy z Wawrzyńcem rankiem, prawie na czczo (było to przed dostawami od Huby). Mieliliśmy tylko kanapki, które zamierzaliśmy zjeść przed wejściem w ścianę. Jednak na Wadze spotkaliśmy wygłodniałych Zbyszka Korosadowicza i Jerzego Wicherkiewicza, którzy biwakowali w północnej ścianie Żabiej Turni Mięguszwieckiej. Oddając im kanapki zostaliśmy bez jedzenia, nie licząc paru kostek cukru, które Wawrzyniec miał w kieszeni. Niestety w połowie ściany złapała nas taka ulewa, że cukier wypłukała.

Z lat wojennych na specjalną uwagę zasługuje działalność Czesława Łapińskiego i Kazimierza Paszuchy. Byli pionierami stosowania na szeroką skalę sztucznych ułatwień wspinaczki. Tą techniką pokonali jako pierwsi wspaniałe drogi na ścianach Mnicha, Kazalnicy i Galerii Gankowej. Ich działalność pozostawała nieznana w okresie wojennym i zyskała sobie należyte uznanie dopiero po wojnie.

Gdy po upadku Powstania Warszawskiego, z powodu całkowitej dekonspiracji trzeba było szukać nowych dróg kontaktowych z Londynem, nasz ówczesny przełożony, szef kontrwywiadu Delegatury Rządu na Kraj, Janek Zborowski polecił mi zorganizowanie drogi przerzutowej przez Tatry i Słowację na Węgry. I tu przyszli nam z pomocą krakowscy taternicy. Jan Alfred Szczepański wydelegował mnie do Morskiego Oka – nie wiedząc zresztą o co chodzi – w charakterze nadzorcy schroniska z ramienia Alpenvereinu. Staszek Siedlecki z racji swoich jeszcze letnich znajomości z powstańcami słowackimi, obiecał pośrednictwo w nawiązaniu z nimi łączności. Jego koledzy, Witek Ostrowski, Jurek Piotrowski i Zbyszek Hegerle pomogli przy odpowiedniej adaptacji piwnicy w schronisku na tajną drukarnię – bo tak określiłem im swoją misję.





Profesor Orłowski w Tatrach (rok 1939)



Na początku stycznia przeszliśmy ze Staszkiem przez Rysy i Wagę do Popradzkiego Jeziora, gdzie spotkałem się z delegatem słowackich powstańców. Ten, gdy dowiedział się, że reprezentuję Delegaturę rządu londyńskiego natychmiast wycofał się z dalszych rozmów. Jego argumenty były trudne do podważenia: na Słowacji są już wojska radzieckie, a czechosłowacki rząd z pewnością nie będzie chciał pomagać polskiemu rządowi w Londynie, który nie jest uznawany przez ZSRR. Wiadomości tej nie zdążyłem przekazać Zborowskiemu, gdyż w drodze do Warszawy zostałem lekko ranny w pociągu w Częstochowie. Było to 12 stycznia 1945 roku – pierwszego dnia ofensywy sowieckiej. Okrężnymi drogami powróciłem przez góry do Morskiego Oka. O „wyzwoleniu” Zakopanego dowiedziałem się dopiero pod koniec miesiąca, gdy w drodze po zapasy, tuż za Łysą Polaną, minąłem wojskową ciężarówkę z rejestracją pisaną cyrylicą. W samym Zakopanem przeżyłem wstrząs, gdy z licznych plakatów dowiedziałem się, że jestem akowskim „zapłutym karłem reakcji”. Po powrocie do schroniska zlikwidowałem natychmiast wszelkie dowody swej działalności, zakonserwowałem pistolet i rewolwer w resztkach flagi hitlerowskiej i ukryłem je pod maliniakiem, gdzie najprawdopodobniej nadal spoczywają. Rozbrojoną bombę plastikową Czesław Łapiński wrzucił do jeziora. Teren pozostał więc czysty, nie licząc przerobionej piwnicy i pozostałych na ścianach śladów po kulach w miejscach, gdzie wisiały portrety wodza III Rzeszy.

Z punktu widzenia taternickiego, mój pobyt w Morskim Oku nie był udany. Większą część czasu spędzałem samotnie, wychodziłem jednak łatwymi drogami śnieżnymi na okoliczne przełęcze. Zabawnie zakończyła się próba przejścia północnej ściany Mięgoszowieckiego Szczytu. Postanowiliśmy – z Witkiem Ostrowskim – dokonać go w alpejskim stylu, tzn. „na lekko”. Zgodnie z tym planem, wyszliśmy ze schroniska o pierwszej w nocy i w ciemnościach – oczywiście bez asekuracji – szybko podeszliśmy do kotła w ścianie, gdzie rozpoczynały się właściwe jej trudności, wymagające asekuracji. Okazało się jednak, że... nie mamy liny. Ja wziąłem do plecaka haki i karabinki, sądziłem przeto, że linę weźmie Witold – on z kolei był pewny, że to ja ją niosę w plecaku. [...]

Pierwsze lata powojenne nie sprzyjały uprawianiu na terenie Tatr nawet niekwalifikowanej turystyki. Początkowo przy schodkach zejściowych do Morskiego Oka znajdo-





wał się posterunek wojskowy, który zatrzymywał dowody osobiste turystów do chwili ich powrotu znad jeziora. Granica była zamknięta i dla jej przekroczenia należało dysponować paszportem, którego w praktyce nie można było uzyskać. Pozostawało zatem jedynie ryzykowne, i grożące w tamtej sytuacji politycznej poważnymi polityczno-karnymi sankcjami, nielegalne jej przekraczanie. Tym samym schronisko w Roztoce straciło swoje zasadnicze walory, głównym ośrodkiem taternickim stało się schronisko w Morskim Oku, sprawnie i niesłuchanie życzliwie zarządzane przez Wandę i Czesława Łapińskich. Dziunia Łapińska z powodzeniem zastąpiła Mamę Grabowską i stała się najpopularniejszą osobistością w ówczesnym polskim świecie taternickim. Każdy czuł się w Morskim Oku jak we własnym domu.

Trudno mi się jednak było pogodzić z utratą możliwości wspinania się w pozostałej części Tatr. Mimo wszystko podejmowaliśmy ryzyko przechodzenia przez zieloną granicę. Ja, niestety, nie miałem zwykle szczęścia. Początkowo wszystko zapowiadało się dobrze. Wraz z moimi trzema towarzyszkami spędziliśmy około 10 dni w kolebie w Dolinie Kaczej. W dni pogodne przechodziliśmy okoliczne drogi, od łatwych do nadzwyczaj trudnych. Znaleźliśmy wówczas z Danką Schiele pod wierzchołkiem Zadniego Gierlachu szczątki rozbitego samolotu sowieckiego. Z oczywistych względów powiadomiliśmy o tym Horską Służbę anonimowo. W dni deszczowe moje towarzyszki czytały nam na zmianę przy świetle świeczki angielskie kryminały.

Niestety następne przekroczenie granicy nie powiodło się. Przeszliśmy z Jurkiem Piotrowskim i „Siasiem” Siedleckim przez Rohatkę i Czerwoną Ławkę do pustego wówczas Schroniska Teryego. Po delikatnym włamaniu się spędziliśmy w nim noc, by następnego dnia dokonać drugiego przejścia drogi Korosadowicza na Pośredniej Grani. Popelniliśmy jednak błąd, niebacznie pozostawiając w schronisku nieukryte nasze rzeczy. W rezultacie następnego dnia wczesnym rankiem zbudził nas graniczny patrol czechosłowacki. Na szczęście byli to młodzi Słowacy, którzy w pełni zrozumieli powody naszego nielegalnego pobytu. Ustaliliśmy przeto, że do naszego spotkania nie doszło, oraz że powrócimy do Polski przez zieloną granicę. Uzyskaliśmy nawet zgodę na przedłużenie pobytu o jeden dzień, dla umożliwienia nam zaatakowania dziewiczego wówczas środka zachodniej ściany Łomnicy. [...]





Po latach doszedłem do wniosku, że nasza droga jest więcej niż w 90% pierwszym przejściem, jedynie na niewielkim odcinku wspólnym z drogą Stanisławskiego. O odmienności jej górnej części miałem możliwość przekonać się również w rok później, w 1946 roku, w czasie przejścia górnego odcinka drogi Stanisławskiego, dokonanego z Wilhelmem Brachem po kolejnej nieudanej próbie pokonania Hokejki. I tym razem przekroczyliśmy granicę nielegalnie. Na grani pod szczytem spotkaliśmy filanców², którzy wykazali pełne zrozumienie dla naszej obecności, a nawet nieoficjalnie zaaprobowali nasz projekt przejścia północnej ściany Małego Kieźmarskiego Szczytu. Zachęceni dotychczasową bezkarnością, wyruszyliśmy z Morskiego Oka poprzez Polanę pod Żabiem, Przełęcz pod Zadnią Kopą, Gałajdówkę, Koperszadzką Bramkę, Przełęcz pod Kopą i Przednie Kopreszady, do Zielonego Stawu Kieźmarskiego. To wielogodzinne przejście, związane z licznymi podchodzeniami i zejściami, wymagało znacznego wysiłku, zwłaszcza, że byliśmy bardzo obciążeni sprzętem taternickim i biwakowym. W sumie było tego ponad 35 kg na osobę. Szedłem nieco szybciej od Wilka i gdy dotarłem do Zielonego Stawu Kieźmarskiego korzystając z ciemności przystanąłem i – oczekując na towarzysza – oparłem na stojącym przed schroniskiem pustym stoliku tak bardzo ciężący mi plecak. Był to wielki błąd, który zniweczył nasze plany. Po chwili bowiem wyszedł ze schroniska młody człowiek i przekonawszy się, że ma do czynienia z Polakiem dźwigającym wyładowany plecak, wyraził chęć kupna przemycanych papierosów lub alkoholu. W międzyczasie dołączył do nas Wilek oraz dwóch innych Słowaków, którzy okazali się członkami patrolu granicznego i zatrzymali nas za nielegalne przekroczenie granicy.

Wydarzenia, które nastąpiły w schronisku wykazały dobitnie solidarność ludzi gór. Zarówno jego gospodarze, Štefan Kovalčík i Slavo Cagašík, jak również inni obecni w schronisku horolezcy znali mnie ze słyszenia. Po chwili całe towarzystwo podzieliło się na dwa obozy. Z jednej strony my i nasi nowopoznani słowaccy przyjaciele – z drugiej trzej osamotnieni filance. Pod wpływem swych rodaków byli skłonni wycofać się z pomy-

²Popularne określenie służby granicznej (Red.).





słu przekazania nas polskim władzom na Łysej Polanie. Obawiali się jednak, że wobec dużej liczby świadków naszego zatrzymania mogą narazić się na poważne konsekwencje służbowe. Wówczas ktoś z obecnych znalazł wyjście z sytuacji do przyjęcia przez obie strony. Postanowiono, że zostaniemy na miejscu ukarani grzywną. W razie przecieków filance mogliby tłumaczyć się, że ukarali nas nie do końca znając przepisy. Nie mieliśmy oczywiście koron, ale sprawę definitywnie rozwiązała składka przeprowadzona wśród naszych nowych słowackich przyjaciół. Niestety, musieliśmy się zobowiązać do natychmiastowego powrotu przez zieloną granicę. Nie udzielono nam zgody na zaatakowanie Małego Kieźmarskiego, w obawie przed zdekonspirowaniem w przypadku wystąpienia komplikacji w czasie zdobywania ściany, która wówczas cieszyła się złą opinią i nikt jeszcze nie pokonał jej za jednym podejściem. Slavo i Štefan namawiali nas wprowadzić do przeniesienia się do pobliskiej koleby, gwarantując nawet regularne dostarczanie żywności. Jednak uznaliśmy, że byłoby to nielojalne wobec życzliwych nam pograniczników. Z ogromnym żalem i mozołem powróciliśmy tą samą, wyczerpującą drogą do Morskiego Oka. Natomiast po kilku dniach z wielką satysfakcją gościliśmy naszych dwóch nowych słowackich przyjaciół w Morskim Oku, do którego nielegalnie doszli przez Rysy. Dla upamiętnienia naszej przyjaźni zrobiliśmy wspólnie nową drogę środkowym filarem północno-zachodniej ściany Żabiego Szczytu Niżnego.

Zgoła inaczej zakończyła się nasza nielegalna wyprawa podjęta w poszukiwaniu zwłok Andrzeja Nunberga. Zaopatrzeni w pisemny rozkaz kierownika TOPR, Tadeusza Pawłowskiego, przyjechaliśmy z Wawrzyńcem do Zakopanego i wraz z Krystyną Jakubowską, Witoldem H. Paryskim i Janem Staszlem udaliśmy się przez Rysy do Popradzkiego Jeziora. Następnego dnia z Janem Staszlem przeszukaliśmy – bezskutecznie – okolice górnych kilkuset metrów wschodniego filaru Ganku. Gdy wieczorem, znowu przez Rysy, powróciliśmy do Morskiego Oka, dowiedzieliśmy się, że jesteśmy poszukiwani przez Wojska Ochrony Pogranicza za nielegalne przekroczenia granicy. Koledzy z Zakopanego i Krystyna natychmiast powrócili przez góry do siebie. My z Wawą postanowiliśmy zaryzykować i czekać na rozwój zdarzeń. Jednak na wszelki wypadek powiadomiliśmy o wszystkim przebywającą w Warszawie Stefanię Grodzieńską, prosząc





o ewentualną interwencję w stolicy. W rzeczy samej, już o piątej rano następnego dnia zostaliśmy pod karabinami odstawieni na Łysą Polanę i tylko dzięki natychmiastowej reakcji Stefanii, z aresztu wyzwoliła nas telefoniczna interwencja „podjęta na najwyższym szczeblu” z Warszawy. Po nakarmieniu – to przysługiwało przecież aresztantom – zostaliśmy odwiezieni przez wopistów na stację do Nowego Targu, zdążyliśmy nawet na pociąg do Warszawy. Pozostali uczestnicy akcji TOPR-u nie byli już niepokojeni. Choć opowiadał mi Tadeusz Pawłowski, że mieli jednak trudności na cle, gdy przewozili zwłoki Andrzeja Nunberga.

Również i ostatnie nielegalne przekroczenie granicyomal nie skończyło się dla mnie fatalnie. Przed wyjazdem do Koreńskiej Republiki Ludowo-Demokratycznej, gdzie miałem zorganizować Szpital Kliniczny PCK, chciałem pożegnać moich słowackich przyjaciół. Umówiliśmy się na dwudniowy biwak pod namiotem w pozornie najbezpieczniejszym miejscu, bo w rzadko odwiedzanej Dolinie Żabich Stawów Białczańskich, łatwo dostępną z Morskiego Oka. Ku naszemu zdumieniu następnego dnia wczesnym rankiem pojawili się na naszym obozowisku funkcjonariusze słowaccy. Na szczęście nie wyszedłem jeszcze z namiotu i udało mi się w nim znieruchomieć na okres półgodzinnej pogawędki przybyłszy z moimi towarzyszami. Zdążyliśmy jedynie z Harrym Rączem przejść symboliczną nową dróżką w grani Skoruśniaka i musieliśmy się na dłuższy czas pożegnać.

Po wojnie sytuacja polityczna wymusiła na nas usportowienie działalności górskiej. W praktyce oznaczało to uprawianie taternictwa „stadnego” na odpowiednio zorganizowanych obozach i kursach, a tym samym całkowitą likwidację bardziej osobistego obcowania z górami. Nie wspominam tych czasów z sentymentem, brałem w tym udział na zasadzie „lepsze to niż nic”. Choć przyznaję, że atmosfera na tych zgrupowaniach panowała bardzo dobra, a stosunki koleżeńskie były znakomite. Jednak brakowało bezpośredniego kontaktu z przyrodą i nawet minimalnej dawki całkowitej niezależności od otoczenia. Już sama konieczność przebywania „na bazie” w schronisku była dla mnie trudna do zniesienia. [...]

Na szczęście z czasem rygory na granicy rozluźniały się i znowu można było prowadzić – choć wbrew przepisom – „życie kolebowe” w dolinach Tatr słowackich. Naszą





Profesor Orłowski i Stefania Grodzieńska w Tatrach (rok 1939)



główną bazę w tych latach stanowiła Kieżmarska Chata, prowadzona przez TONIĘ i ARNA PUŚKĄŚÓW i HARREGO RÁCZA, oraz koleby w Sławkowskiej i Czarnej Jaworowej, a także namiocik w Litworowej.

W Zielonym Kieżmarskim znalazłem się ponownie dopiero po paru latach. Tym razem legalnie, w towarzystwie kolegów z Klubu Wysokogórskiego. Postanowiliśmy dokonać pierwszego całkowitego przejścia drogi Stanisławskiego na Małym Kieżmarskim Szczycie. Wiesiek Stanisławski robił ją w sumie trzy dni, z biwakiem w dolnym kominie. Nie wiedzieliśmy wówczas, że całość przeszli już przed laty Marian Paully i Jurek Piotrowski. Plan był prosty: ścianę, największą w Tatrach, zaatakujemy z Jurkiem Mierzejewskim, natomiast pozostała część towarzystwa, tzn. Krystyna Jakubowska, Witold Trzeciakowski i Justyn Wojsznis, wyjdą grzędą na wierzchołek północno-zachodni i wyniosą przy okazji nasze kute, a więc potwornie ciężkie buty. W tych czasach bowiem pod ścianę podchodziło się w butach, tam się je zostawiało i wspinało w tenisówkach, poczym wracało po buty.

Wszystko zapowiadało się dobrze. Wysiłek przejścia nowej, naprawdę trudnej drogi jest dla pionierskiego zespołu znacznie większy, niż dla zespołów powtarzających tę drogę, którym odpadają trudności związane z wytyczaniem drogi oraz niepewność, co do możliwości pokonania najtrudniejszych jej odcinków. Ponadto są i drobniejsze ułatwienia, jak pozostawione przez pierwszy zespół haki czy też oczyszczenie chwytów z krużyzny. Nic więc dziwnego, że już po około trzech godzinach minęliśmy pierwszy biwak i wczesnym popołudniem byliśmy na Niemieckiej Drabinie, tuż pod głównymi skrajnymi trudnościami górnej części ściany. Wspinaliśmy się bardzo szybko, aż do momentu gdy – już w okolicy podszczytowej – nastąpiło gwałtowne załamanie pogody, zaczął wiać huraganowy, zimny wichur, połączony ze śnieżycą. Znajdowałem się wówczas na małym zachodziku pod przewieszonymi skałami. Haki stały się lodowato zimne, nie mogłem utrzymać ich w ręku. Przewieszki nad moją głową okazały się w tych warunkach nie do pokonania. Przypomniała mi się sytuacja z 1937 roku, gdy dałem się namówić na przeczekanie śnieżycy na wschodniej ścianie Mięguszwieckiego, mimo że dzięki łatwości terenu można było z niej łatwo uciec. Te parę godzin tak wyczerpało mojego towarzysza,





że w zejściu zmarł poniżej progu Doliny za Mnichem. Pomny tamtych wydarzeń, zdecydowałem o natychmiastowym odwróceniu. Miałem nadzieję, że pracując na cztery ręce z Jurkiem zdołamy wbijać haki zjazdowe i dotrzemy do łatwego terenu Niemieckiej Drabiny. Jurek – znakomity wspinacz i taternik, człowiek o ogromnej sile psychicznej, umysłowej i fizycznej – podobnie ocenił naszą sytuację i podzielił moją opinię. Na szczęście już po paru metrach zejścia – zanim dotarłem do Jurka – zorientowałem się, że znalazłem się na podobnej jak wyżej formacji skalnej, z tym że na lewym jej końcu przewieszki wydawały się znacznie mniejsze. Gdy udało mi się je pokonać, zobaczyłem przed sobą względnie mało stromy teren skalny, wiodący wprost na wierzchołek. Byliśmy uratowani. W drodze zejściowej poprzez Rakuską Przełęcz straciliśmy resztki naszych tenisówek i z przymusową lotną asekuracją, w samych tylko skarpetach dotarliśmy jeszcze za dnia do schroniska. Lina tak stwardniała i była tak splątana, że dopiero w schronisku mogliśmy się rozwiązać. Od tego czasu zawsze zabierałem w ścianę ze sobą buty, mimo ich wagi. Dopiero w erze wibratów stało się to niepotrzebne.

Po powrocie z Korei, korzystając z posiadanego paszportu, parokrotnie byłem po południowej stronie Tatr, głównie w Dolinach Czarnej Jaworowej i Sławkowskiej. Mieszkaliśmy w kolebach lub w namiociku, albo w gościnnej Kieżmarskiej Chacie. W tych latach poprowadziliśmy kilka nowych dróg, dokonaliśmy też – z Wawrzyńcem – ostatniego pierwszego wejścia szczytowego w Tatrach. Oczywiście nieświadomie. Z mojej ulubionej koleby w Czarnej Jaworowej wypatrzyłem kilkusetmetrową, a więc dużą – jak na Tatry – dziewiczą ścianę spadającą z Kapałkowej Grani w kierunku Śnieżnej Dolinki. Nie była trudna, lecz kulminowała w dość wybitnej, i jak się potem okazało, niezdobytej przez nikogo turni Kapałkowej Strażnicy, oddzielonej od Kapałkowej Grani wyraźną przełęczą. Ponieważ Kopałkowa Grań leży w mało zwiedzanej części Tatr, to choć Strażnica jest wprawdzie niewybitną, lecz samodzielną jej odnogą, nikt nie wpadł na pomysł żeby na nią wyjść. Po długich studiach Witold H. Paryski uznał to za ostatnie pierwsze wejście szczytowe w Tatrach.

Obowiązki służbowe sprawiły, że na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych szereg zobowiązań międzynarodowych uniemożliwiło mi odwiedzenie Tatr. Potem wpa-





dałem czasem tylko na parę dni, zazwyczaj deszczowych, i błąkałem się samotnie po okolicach Doliny za Mnichem, Pięciu Stawów Polskich, Pańszczycy czy Piarżystej. Czasami wyskakiwaliśmy z Wandą Henisz-Kamińską na nietrudne wspinaczki w okolicy Hali Gąsienicowej i Morskiego Oka. Próbowałem włóczyć się samotnie po południowej stronie Tatr słowackich.

Niestety, próby dostania się w głąb niezagospodarowanych dolin nie powiodły się, Tatry stały się po obu stronach granicy całkowicie niedostępne dla bliskiego, bezpośredniego kontaktu. Tak więc moje prawdziwe przygody tatrzańskie, rozpoczęte w 1936 roku biwakiem w białczańskiej kolebie, zakończyły się po 18 latach pod namiotem rozbitym u stóp mojego ulubionego Żabiego Szczytu Wyżniego. [...]

W ostatnich latach pogoda nigdy mi nie sprzyjała. Mimo tego starałem się – oczywiście jedynie turystycznie i w miarę możliwości zdrowotnych – odwiedzać Tatry. Ograniczałem się do Morskiego Oka lub Smokowca, w którym gościłem u Toni i Arna Puškášów, a po ich przedwczesnej śmierci – do Starej Leśnej, będącej dobrym punktem wypadowym w słowackie Tatry. Jeszcze w latach osiemdziesiątych udało mi się pożegnać z Kamiennym Stawem, ze Staroleśną, Sławkowską, Batyżowiecką, Mięguszowiecką, Popradzkim Stawem. Przyjaciele z Horskiej Służby zawieźli mnie do mojego ulubionego Zielonego Stawu Kieżmarskiego, z którego wróciliśmy z Tonią i Arnem przez dolinę Koperszadów Przednich.

Ostatnie moje samodzielne szlaki taternicze przebyte w towarzystwie Arna to pierwsze wejście od strony południowo-zachodniej na Szarą Ławkę – łatwo i bez asekuracji – a z niej graniami na Skrajne Solisko, oraz bardzo trudny wariant na północnej ścianie Popradzkiej Kopy. Planowane turystyczne wyjście na Sławkowski Szczyt uniemożliwił świeży obfity opad śnieżny. Musiałem wracać. Pozostały za mną wspaniałe białe Tatry skąpane w słońcu. Jednak jeszcze w 2001 i 2002 roku udało mi się wyjechać kolejką na Łomnicę i na Łomnickie Ramię. Moi słowaccy przyjaciele już nie żyją, a moim najgłębszym pragnieniem jest wyjechać jeszcze choćby raz na Łomnicę oraz złożyć kwiaty na grobie Toni i Arna.

Z moich notatek wynika, że w sumie przebyłem bez szwanku w Tatrach Wysokich przeszło 1000 dróg. Większość z nich nie była trudna, nadzwyczaj trudnych i skrajnie





trudnych było nieco ponad 100. Największą satysfakcję dawało mi wyszukiwanie kilkudziesięciu nowych dróg i wariantów.

Ulice Warszawy okazały się dla mnie o wiele groźniejsze od najtrudniejszych nawet ścian tatrzańskich; niestety cała seria wypadków, których na nich doznałem, w praktyce mnie unieruchomiła. Jestem głęboko przekonany, że Tatry są – przynajmniej w lecie – o wiele bezpieczniejsze, jednak nigdy nie należy ich lekceważyć. „Nie lekceważcie dróg starych mistrzów” zwykł mawiać mój nieodżałowanej pamięci Przyjaciół Jerzy Wawrzyniec Żuławski. A w tym znaczeniu nawet zwykła droga „przez Chłopka” też jest „drogą starych mistrzów”.

Warunkiem bezpieczeństwa jest stosowanie się do pewnych zasad, takich jak dysponowanie należytych ekwipunkiem, pełne przygotowanie na niespodziewane zmiany pogody oraz odpowiednie postępowanie na każdym etapie wycieczki. Planując duże przejścia, zwłaszcza nowe, zawsze należy przygotowywać szczegółowy plan ewentualnego odwrotu z różnych punktów drogi.

Żelazną zasadą jest nieustanne pamiętanie, że im teren łatwiejszy, tym – paradoksalnie – bardziej niebezpieczny. Zwłaszcza bezpośrednio po wyjściu z trudności należy bardziej uważać przy zmianie każdego chwytu i nie zrywać z zasadą utrzymywania trzech mocnych punktów podparcia. Jeśli bowiem jeden z nich niespodziewanie się wykruszy, dwa pozostałe uratują życie wspinaczowi, który na ogół nie asekuruje się w takim terenie. Nieprzestrzeganie tej zasady było przyczyną śmierci niejednego wybitnego taternika.

Oczywiście przy atakowaniu nowych, trudnych dróg zawsze trzeba się liczyć z możliwością odpadnięcia od ściany, jest to jedyny pewny dowód, że w konkretnej sytuacji dane miejsce jest nie do pokonania. Zanim znajdowałem właściwą drogę zdarzało mi się odpadać przy pierwszych przejściach, na przykład na Galerii Gankowej, w Kominie Świerza, czy na Żabim Szczycie Niżnim. Takie „zaplanowane” i odpowiednio ubezpieczone odpadnięcia nie są groźne. Zdarzały się jednak i niezaplanowane lub źle przygotowane. Już na samym początku nauczyłem się jednego: nigdy nie należy być biernym, lecz maksymalnie wykorzystywać każdą sekundę lotu. Zawsze dojdzie do zderzenia się





ze ścianą, za wszelką cenę należy więc starać się zachować pozycję pionową i nie dać się obrócić głową w dół. No i oczywiście należy mieć tę odrobinę szczęścia. Wylatujący z kominka w Turni nad Kolebą głaz, na którym się wyciągałem, a który udało mi się odruchowo zepchnąć na klatkę piersiową, w czasie naszego wspólnego lotu zdarł ze mnie wiatrówkę, sweter i koszulę, przeciął nowiutką linę, aby po paru metrach ściąć malutką, rosnącą na półeczce u wylotu kominka limbkę tak precyzyjnie, że zawisłem na jej pniaczku na pasku od spodni. Dzięki temu mogliśmy dokonać – zgodnie z planem – pierwszego wejścia zimowego na Turnię. W tym przypadku szczęście skompensowało moją złą ocenę stabilności bloku klinującego komin, a wynik lekcji jasny: nim użyjesz chwytu – sprawdź starannie jego moc.

Bardzo często o tym jak zakończy się wypadek decyduje szczęście. W 1941 roku pogoda była tak zła, że na wspinaczki wychodziliśmy prawie zawsze w deszczu. Tego dnia poszliśmy na drogę Stanisławskiego na Granatach. Było mokro, łatwo i nudno. Szliśmy z lotną asekuracją. W pewnym momencie zauważyłem wyłaniające się – z trawiastego w zasadzie terenu – urwiste żeberko skalne. Chciałem więc je dla rozrywki zaatakować. Ale że było ślisko, a ja byłem w kutych butach, postanowiliśmy zastosować na tym odcinku trwałą asekurację, pozostawiając między nami jedynie kilkanaście metrów wolnej liny. Przygotowania trwały wiele minut i uzyskałem zgodę na ruszenie. Po pokonaniu paru metrów, obsunęła mi się noga i poleciałem, na szczęście na przeciwną, niż wyrwana siłą mojego upadku osoba mnie asekurująca, stronę żeberka. Oboje wyszliśmy bez szwanku z obsuwania się przez parę metrów po trawiasto-skalistym terenie. Jak dwie wiśnie zawiśliśmy po obu stronach żeberka. A wniosek? Szczęście szczęściem, lecz pewna asekuracja, to asekuracja zza haka lub bloku, a nie z wolnej ręki.

W czasie mojej działalności górskiej przebyłem ponad 1000 dróg wysokogórskich. Ale dzisiaj przede wszystkim brak mi nie wspinaczki, lecz możliwości przebywania we wnętrzu gór, biwakowania w ich kolebach oraz możliwości swobodnego poruszania się po ich pięknych graniach i ścianach. To wszystko jest już niestety całkowicie i na zawsze stracone, nie tylko dla mnie. Tatry mojej młodości już nie istnieją. Pozostały tylko fragmenty wspomnień tych czasów, które tak pięknie przedstawił w swoim





wierszu mój pierwszy towarzysz górski, Maciej Zajączkowski (cytuję po 65 latach, z pamięci):

*Nasze domki zostały gdzieś daleko w górach,
Wspaniały w skał zakłęty murach świat.
Nasze domki: koleby, szalasy, schroniska,
Czasem namiot biały naszej drogi ślad znaczący.
Przed naszymi domkami nieraz ogień błyska:
Pnie kosówek goreją pomiędzy wantami
Krwawiącą luną strzaskanych głazów oświetlając cmentarz
I iskry w niebo wyrzucając czarne.
Jak w Kaczej.... Pamiętasz?
Nad naszymi domkami słońce płynie złote
Promienie na nas rzucając gorące w straszliwą spiekotę
W Gorcach, w Pieninach, w Roztoce.
W nocy pomroce księżyc wędruje po grani
I na niej srebrzystą gubi poświatę.
A czasem przyjdzie ciemność tak straszliwa, gęsta i czarna,
Że wszystko się gubi, rozplywa i ginie w niebycie
I słyszę tylko serca swego bicie.*

Prof. Tadeusz Orłowski

Na podstawie artykułu Fragmenty wspomnień tatrzańskich opublikowanych w: „Pamiętnik PTT”, 2003, T. 12



