



Józef Pawiński „ojciec” polskiej kardiologii

dr hab. Ryszard Witold Gryglewski,
prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra Historii
Medycyny UJ CM



Historyk medycyny Adam Wrzosek, wspominając **Józefa Pawińskiego (1851-1925)** pisał: „Najulubiejszą dziedziną jego pracy naukowej była patologia i terapia chorób serca”. Trudno się z tą opinią nie zgodzić, bo jakkolwiek Pawiński był lekarzem wszechstronnym, to w opinii wielu należy go zaliczyć do jednego z klasyków polskiej kardiologii. Dlatego też warto się bliżej przyjrzeć temu obszarowi jego zainteresowań klinicznych.

Sprawą najczęściej podnoszoną, gdy pada nazwisko Pawińskiego, jest opis charakterystycznego szmeru rozkurczowego, towarzyszącego zwężeniu lewego ujścia żylnego, a będącego następstwem względnej niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej. W 1893 roku w „Gazecie Lekarskiej” ukazał się tekst Pawińskiego, zatytułowany **O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego**, w którym autor w oparciu o spostrzeżenia czynione w trakcie badania własnych pacjentów, jak analizę doniesień innych autorów w sposób metodyczny i drobiazgowy rzecz całą przedstawił, argumentując, że wyodrębniony przez niego szmer rozkurczowy ma, jak to określił, „pewne znaczenie” zarówno dla celów diagnostycznych, jak i w ustaleniu rokowania. Co więcej Pawiński skonfrontował i potwierdził swoje zażyciowe obserwacje z wynikami sekcji anatomopatologicznej. W 1894 roku opublikował artykuł w języku niemieckim: *Ueber relative Insufficienz der Lungenarterienklappen bei Mitral-stenose*, będący de facto tłumaczeniem polskiego tekstu z 1893 roku.

W swojej pracy Pawiński nie wymienia osoby angielskiego lekarza Grahama Steella (1851-1942), który w 1888 roku opublikował dwa następujące po sobie doniesienia zatytułowane „The auscultatory signs of mitral obstruction and regurgitation” oraz „The murmur of high pressure in the pulmonary artery”, w którym Steell wskazuje na wyodrębniony przez siebie charakterystyczny w badaniu osłuchowym szmer, powstały na skutek niedomykalności zastawki tętnicy płucnej, co wiązał przyczynowo z oddziaływaniem chronicznego wzrostu ciśnienia krwi w tętnicy płucnej. Obserwacje i wnioski Steella zyskały później potwierdzenie przez innych badaczy, a sam szmer zyskał eponim - *Graham Steell murmur* lub *Steell murmur*.

Nie ujmując nic z istoty odkrycia angielskiego lekarza, ani nie kwestionując jego pierwszeństwa, trzeba jednak podkreślić, że analiza objawu dokonana przez Pawińskiego była pełniejsza zarówno pod kątem źródła jego występowania, w korelacji z wynikami klinicznymi i sekcyjnymi, jak również znamienności szmeru w badaniu diagnostycznym. Dlatego uzasadnionym jawi się określenie *szmer Steella-Pawińskiego*, które lepiej oddaje istotny wkład obu lekarzy w prace nad jego charakterystyką.

Dla Pawińskiego choroby serca należało rozpatrywać w możliwie szerokim, ogólnoustrojowym ujęciu, gdyż jak podkreślał *zaburzenia pracy serca rzutują na funkcje innych narządów i układów, z kolei różne schorzenia organizmu mogą wpływać na akcje mięśnia sercowego*. Wśród wiodących problemów klinicznych były te dotyczące schorzeń o podłożu kardiologicznym i angiologicznym, a także badanie tła neurologicznego oraz psychicznego patologii serca i układu naczyniowego.

Był jednym z pionierów analizy związku ogólnego przemęczenia, w tym przemęczenia wynikającego z nadmiernej pracy umysłowej oraz nieprzestrzegania zasad higieny zdrowia, w tym nałogu nikotynowego, na **powstawanie i rozwój stanów patologicznych w układzie krążenia**. Interesował go również wpływ substancji leczniczych w terapii kardiologicznej, szczególnie problematyka nadmiernego lub nazbyt uporczywego ich stosowania. **Był jednym z pierwszych, który w tak szczegółowy i planowy sposób badał nieprawidłowości i zaburzenia oddychania, jako następstwo bądź skutek zmian patologicznych i czynnościowych mięśnia sercowego.**

W 1882 roku dokonawszy rewizji dostępnej mu literatury przedmiotu i przeprowadziwszy własne obserwacje i pomiary kliniczne, **objaśnił zjawisko zmniejszenia się skurczu serca, jako nie wynikające jedynie z zaburzeń pracy prawej komory, dowodząc wpływu przedwczesnego skurczu serca na wystąpienie lub brak fali tętna na obwodzie**. Zweryfikował tym samym ustalenia w tym względzie poczynione przez Ernsta Victora von Leydena (1832–1910), które dotąd przyjmowano za obowiązujące. Sam konkludował, że połowiczny skurcz serca powinien być powiązany z rytmem dwudzielnym, w następstwie, którego skurcze są zbyt słabe, aby doszło do propagacji obwodowej. Powyższe ustalenia opublikował w „Gazecie Lekarskiej” w artykule *O tak zwanym połowicznym skurczu serca. Hemisystolia cordis (Leyden)*.

Jednym z głównych i prowadzonych na przestrzeni wielu lat problemów badawczych był **mechanizm powstawania i rozwoju dusznicy bolesnej (angina pectoris)**. Już w 1883 roku po raz pierwszy przedstawił patogenezę tego schorzenia i przeanalizował charakterystykę mechanizmów wyrównujących, w szczególności zaś ich aktywność w towarzyszących dusznicy bolesnej chronicznych stanach zapalnych i zakażeniach. Stawiał wówczas hipotezę, że **dusznica bolesna nie zawsze wiąże się ze zwężeniem tętnic wieńcowych, a jej najbardziej ewidentnymi konsekwencjami były zmiany niedokrwienne w samym mięśniu sercowym**. W dwadzieścia lat później, w 1903 roku, szczegółowo przeanalizował problem, publikując odrębny tekst *Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznym*, wskazując na rolę jaką odgrywają zakażenia bakteryjne i wirusowe na zaburzeniach oraz zmianach patologicznych w układzie nerwowym i krwionośnym, tym samym mając wpływ na rozwój choroby niedokrwiennej serca. Pawiński wprost używa określenia „stenokardya zakaźna”.

Jeszcze wcześniej, bo w 1899 roku, w pracy *O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (angina pectoris)*, Pawiński na podstawie obserwacji klinicznych dowodził, że w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej da się wykazać nie tylko oddziaływanie mechanizmów kompensujących, ale również samoistne ustępowanie wszystkich niepokojących objawów.

Jednocześnie stale dostrzegał konieczność poszerzenia jej symptomatologii, która w tamtej dobie opierała się na objawach pochodzących bądź to od układu nerwowego, bądź to ze strony układu krwionośnego. Jego zdaniem takie zawężenie pola obserwacji może prowadzić do poważnych błędów diagnostycznych, gdyż nie uwzględniało objawów idących od strony układu pokarmowego, które w wielu przypadkach bywają mylnie interpretowane zarówno przez chorych, jak i lekarzy, jako zwiastujące schorzenie lub zaburzenia gastroenterologiczne. **Uczucie pieczenia w przełyku, zwłaszcza te długotrwałe się utrzymujące, może być w istocie jednym z pierwszych symptomów dusznicy. Podobnie doznania dławienia i zaciskania się gardła, nudności i wymioty towarzyszące uciskowi w klatce piersiowej oraz nadmierne wydzielanie śliny powinny zwrócić uwagę diagnosty w kierunku *angina pectoris*. Swoje w tym względzie obserwacje i płynące z nich wnioski Pawiński przedstawił w pracy *Dusznicia bolesna (angina pectoris), przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka* opublikowanej w 1907 roku na łamach „Gazety Lekarskiej”.**

W 1897 roku Pawiński, w oparciu o zebrany wcześniej i przeanalizowany materiał kazuistyczny, rozważał na ile stany zapalne wsierdzia mogą być powiązane z chorobą niedokrwinną serca. Dużo uwagi poświęcił charakterystyce odczuwalnego przez pacjenta bólu, badając porównawczo takie cechy jak intensywność, umiejscowienie i czas trwania.

W podsumowaniu pisał: „Spostrzeżenia nasze wykazują, że bóle stenokardyalne występują zazwyczaj w całej mocy na samym początku zapalenia, prawdopodobnie jeszcze w okresie przekrwienia osierdzia, lub w czasie, kiedy sprawa tworzenia się wysięku [włóknika] nie doszła jeszcze znacznego stopnia, a więc kiedy nie ma jeszcze warunków niezbędnych do powstania tarcia listków osierdzia.”¹ Ich źródła upatrywał w splocie sercowym. Warto też przypomnieć, że **jako drugi na podstawie pomiarów tętna dowiódł, że czasowe niemiarkowości pracy serca nie są jednoznacznym wskazaniem dla wystąpienia procesów patologicznych, lecz są częścią fizjologii układu krążenia.** Powyżej omówione prace Pawińskiego nie wyczerpują wszystkich kierunków jego wieloletnich, niezmiennie sumiennie prowadzonych badań, które zyskały mu powszechny szacunek i uznanie. W prywatnej praktyce, a tę miał rozległą, stosował zasadę, że każda konsultacja powinna być płatna. Dlatego też o tych pacjentów, którym powiodło się w życiu, pobierał wysokie honorarium sięgające niekiedy zawrotnej sumy 100 rubli, a rachunki wynoszące kilkadziesiąt rubli też nie były rzadkością. Ludzi biednych też leczył odpłatnie, przy czym swój czas, talent i wiedzę w takich przypadkach wyceniał na ... 1 kopiejkę, sumę możliwie najniższą i śmiesznie małą.

¹ J. Pawiński, *O wpływie (suchego) zapalenia osierdzia na powstawanie stenokardyi i dychawicy sercowej*, Warszawa 1897 [nadbitka z „Gazety Lekarskiej”]: 20.

Nie wymawiał się również od pracy na rzecz społeczności lekarskiej będąc czynnym uczestnikiem prac i przez parę lat prezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, które przyznało mu członkostwo honorowe. Podobnie uczyniły towarzystwa lekarskie w Krakowie i Lublinie, a także Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Towarzystwo Naukowe Warszawskie obdarzyło go członkostwem czynnym. **Jeszcze przed wybuchem I wojny światowej Pawiński złożył hojny dar wysokości 10 000 rubli na rzecz TNW, dzięki czemu można było założyć i doposażyć dwie nowe pracownie naukowe: fizjologiczną i zoologiczną.** Uznanie zyskał również poza granicami kraju. Paryska Akademia Lekarska przyjęła go jako członka korespondenta, do swojego grona.

Niewątpliwie Józef Pawiński należy do grona najwybitniejszych postaci w historii polskiej medycyny, dlatego też warto jego sylwetkę współczesnym przypominać.

Bibliografia:

- M. Biro (1925) *Śp. Dr Józef Pawiński (Charakterystyka jego działalności)*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 2 (8): 362-364.
- R. W. Gryglewski (2018) *Roots of modern cardiology in Poland*, „Kardiologia Polska” 76 (11): 1500-1506.
- W. Janowski (1925) *Józef Pawiński. Wspomnienie pośmiertne*, „Nowiny Lekarskie” 37 (23): 952-956.
- J. Piskurewicz, L. Zasztowt (1986) *Towarzystwo Naukowe Warszawskie. TNW w latach 1907-1918*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego” 49: 35-103.
- G. Steell (1888) *The murmur of high pressure in the pulmonary artery*, „Manchester Medical Chronicle” 9: 182–188.
- A. Śródka (1997) *Pawiński Józef* [w:] *Uczeni polscy XIX-XX stulecia*, Wydaw. „Aries”, Warszawa; 3: 364-365.
- W. Stembrowicz, *Józef Pawiński 1851-1925*, https://ptkardio.pl/o_ptk/105-jozef_pawinski_1851_1925
- M. Zamachowska (2015) *Pawiński Józef* [w:] B. Orłowski (red.) *Polski wkład w przyrodoznawstwo i technikę*, IHN PAN — IPN, Warszawa,; 3: 265–266.
- B. Zobolewicz (1972) *Dr Józef Pawiński. Lekarz i humanista*, „Archiwum Historii Medycyny”; 35 (4): 437-442.
- S. Zwolski (2009) *Józef Pawiński (1851-1925)* [w:] J.H. Skalski, R.W. Gryglewski (red.) *Zasłużeni dla medycyny Europejczycy związani z polską ziemią/Distinguished in their services to medicine Europeans from Polish soil*, Termedia, Poznań: 190-196.

Materiały internetowe:

- https://www.researchgate.net/figure/Jozef-Pawinski-1851-1925_fig7_221917725