

Prof. dr med. Aleksander Januskiewicz (1872–1955)

Hipertensynologia zaczęła rozwijać się na początku XX wieku, kiedy po skonstruowaniu przez Riva-Rocciego sfigmomanometru (1896 r.) i modyfikacji pomiarów przez Korotkowa (1905 r.) zaczęto oznaczać wartości ciśnienia tętniczego. Na początku w zakładach ubezpieczeń badano ciśnienie u ubezpieczonych (1917 r.) i stwierdzono, że chorzy na nadciśnienie tętnicze żyją krócej. Nowoczesna terapia zaczęła rozwijać się przed 50 laty, a zatem wielu starszych współczesnych badaczy uczestniczyło w procesie przemiany choroby szpitalnej, jaką było nadciśnienie przed wprowadzeniem leczenia, w chorobę ambulatoryjną po wprowadzeniu leczenia, jak to określił Frohlich, pisząc o rozwoju hipertensynologii w milenijnym artykule w *Hypertension* [1].

Na temat historii pomiarów i osiągnięć terapii pisano uprzednio [2, 3]. W pierwszym numerze *Nadciśnienia Tętniczego* z 1997 roku Józef Kocemba pisał w artykule poglądowym o drogach prowadzących do powstania Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, cytując zwłaszcza osiągnięcia autorów polskich [4]. Zwracał uwagę na to, że już przed II wojną światową profesor Aleksander Januskiewicz wprowadził termin „choroby nadciśnieniowej”. Ponieważ był to profesor Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, a Akademia Medyczna w Gdańsku traktuje tę uczelnię jako swego protoplastę, postanowiliśmy omówić treść referatu programowego Profesora, wygłoszonego na VIII Zjeździe Towarzystwa Internistów Polskich, który został opublikowany w *Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, t. VII, 1929, a zatem przed 73 laty [5].

Publikacja obejmuje 89 stron druku i według dzisiejszych kryteriów zasługuje na miano monografii.

Jest to znakomite opracowanie, które mogłoby być interesujące również obecnie, dla współczesnych — stąd niniejsza publikacja. W napisanej z uwzględnieniem obszernego piśmiennictwa, głównie niemieckiego, francuskiego i sowieckiego (nomenklatura autora), monografii cytowane są także prace polskie z pierwszego ćwierćwiecza XX wieku. Widocznie nie było ówczesnie w zwyczaju numerowania cytowanych publikacji, bowiem „źródła piśmiennicze” obejmują 5 stron zwartego druku i ułożone są alfabetycznie.

Profesor Januskiewicz wyodrębnił jako osobną jednostkę chorobową nadciśnienie pierwotne. Istniał wtedy pogląd, że nadciśnienie tętnicze jest głównie pochodzenia nerkowego. Autor, na podstawie danych ze Zjazdu Towarzystwa Internistów Niemieckich w Wiedniu z 1923 roku, cytował F. Volharda, który w tym czasie rewidował swoje ówczesne poglądy, mówiąc: „pojęcie, że każde nadciśnienie stałe jest pochodzenia nerkowego, byłoby zbyt ciasne, ale każde nadciśnienie stałe znajduje się w bliskim związku z nerkami, bo jest albo następstwem lub przyczyną choroby nerek” — po prawie 80 latach nic dodać, nic ująć. Obecnie, kiedy już potrafimy za pomocą terapii przedłużyć życie chorym o wiele lat, kiedy w latach 40. i 50. XX wieku odkryto takie hormony jak aldosteron, a także układ renina-aldosteron i nadciśnienie naczyniowo-nerkowe, stwierdzenie to ponownie stało się aktualne, bowiem zwłaszcza u ludzi starszych, od lat leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego, ostatecznie dochodzi do upośledzenia funkcji nerek. Obecnie ci chorzy w Stanach Zjednoczonych, kraju, w którym osiągnięto największy postęp techniczny, stanowią znaczną grupę pacjentów dializowanych.

Wiek XIX i pierwsze dekady XX stulecia to rozwój anatomii patologicznej. Jego pochodną była tak zwana medycyna wirchowiańska. Głównym dokumentem medycznym, a także podstawą myślenia naukowego były dane morfologiczne. Nawet jeszcze po ostatniej wojnie większość referatów klinicznych kończyła się sformulowaniem: „rozpoznanie po-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Barbara Krupa-Wojciechowska
Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Akademii Medycznej w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel./faks: (058) 341-74-81



Copyright © 2002 Via Medica, ISSN 1428-5851

twierdzono na stole sekcyjnym”, bowiem brak nowoczesnej biochemii klinicznej, rentgenodiagnostyki i farmakoterapii powodował diagnozowanie i leczenie chorych w fazie zaawansowanych zmian morfologicznych, które były jednocześnie głównym dowodem naukowym prawidłowego rozpoznania.

Nadciśnienie zaczęto mierzyć metodą Korotkowa po 1905 roku, a więc 25 lat przed publikacją artykułu Profesora Januszkiewicza. W rozdziale, który nazwał „Nadciśnienie pierwotne”, co samo w sobie było odkryciem nomenklaturowym, pisał: „nagromadziło się coraz więcej faktów skłaniających do opuszczenia anatomicznego stanowiska i przemawiających za uznaniem czynnościowego charakteru zdarzeń, prowadzących do nadciśnienia stałego”. Tę zmianę w poglądach na patogenezę nadciśnienia łatwiej było przyjąć klinicyzom niż anatomopatologom. Autor przypominał spory między klinicystami, którzy już uprzednio stwierdzali znaczne wzrosty ciśnienia tętniczego u chorych, u których sekcyjnie nie stwierdzano zmian anatomopatologicznych typowych dla nadciśnienia, a którzy zmarli z powodów przypadkowych. Dodatkowo zwracał uwagę na to, że nadciśnienie tętnicze najpierw ma charakter chwiejny, następnie utrwalony, wreszcie doprowadza do przerostu lewej komory serca i niewydolności krążenia. Wiedział już także, że ciśnienie w czasie snu obniża się. Jednakże wiedza ta nie miała wtedy praktycznego znaczenia. Po latach Biernacki i Tochowicz w 1953 roku [6, 7] zaproponowali podziały, które ułatwiały diagnostykę, a niebawem, po wprowadzeniu leczenia hipotensyjnego, kontrolę skuteczności terapii.

Profesor Januszkiewicz, rozważając przyczyny nadciśnienia tętniczego, zwracał uwagę na zmiany w arterioliach tętniczych. Już wtedy wiadano o istnieniu adrenaliny (1904 r.), mimo że, jak już wspomniano, inne hormony nadnerczy odkryto dopiero po II wojnie światowej. Zatem myślenie o nadnerczowym pochodzeniu nadciśnienia było bardzo prekursorskie. Autor wyrażał także pogląd, bez większego jednak przekonania, że nadciśnienie pierwotne jest typem nerwicy wegetatywnej oraz podkreślał jego występowanie rodzinne.

Interesujące jest, że przedstawiał wyniki badań swoich współpracowników, którzy już wtedy (Wasilewska, Łobza) opracowali dane statystyczne na podstawie materiału klinicznego. U 2772 chorych stwierdzono 442 przypadki nadciśnienia, spośród nich 67 miało zmiany w moczu, a więc być może mieli nefropatię. Profesor wyrażał pogląd, że nadciśnienie pierwotne do nerkowego ma się jak 377:67. Były to w literaturze światowej epidemiologii pierwsze próby opisywania chorób niezakaźnych i dobrze, że także w Polsce zaczęły powstawać tego typu opracowania.

Analiza własnego materiału statystycznego pokazywała, że nadciśnienie tętnicze wzrasta z wiekiem, a u kobiet częściej występuje dopiero po klimakterium. Autor cytował grupę przebadanych 2700 żołnierzy z Wilna i Nowej Wilejki, a także 303 uczniów, u części których stwierdzono nadciśnienie tętnicze. Zastanawiał się nad tym, czy są to przyszli kandydaci do choroby nadciśnieniowej.

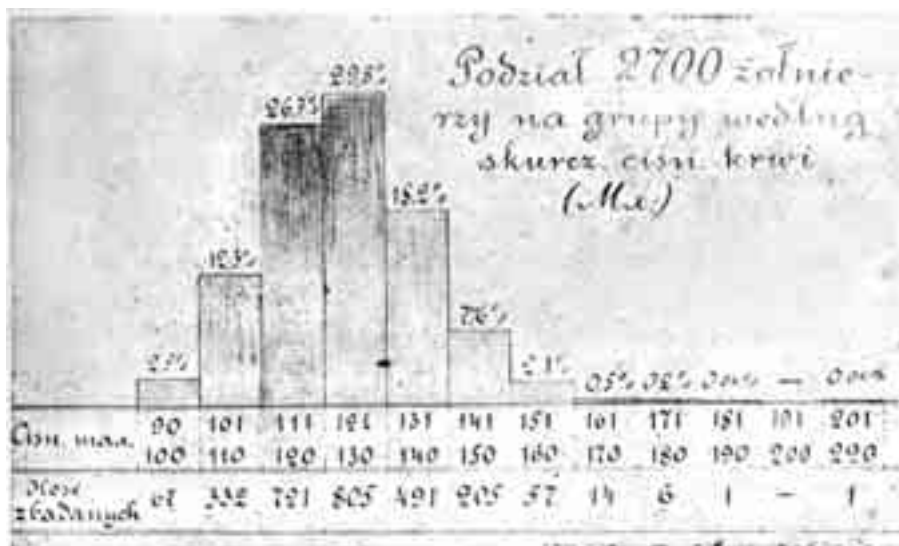
Dla obecnych czytelników pracy, oprócz tego, że są to dane bardzo nowoczesne w porównaniu z uzyskiwanymi ówczesznie danymi w nauce światowej, interesująca jest ikonografia zagadnienia. Teraz, kiedy techniki komputerowe umożliwiły powstanie nowoczesnej epidemiologii i tworzenie graficznych ilustracji danych, tablice pisane pismem kaligraficznym są po prostu wzruszające i godne reprodukcji (fot. 1, 2), podobnie jak interesujący jest podział chorych w zależności od zatrudnienia. Stwierdzono w nim, iż wśród ludzi bez określonego zawodu (dzisiejsi bezrobotni?) nadciśnienie występuje u 18%, natomiast wśród osób ciężko pracujących fizycznie — u 13%. U rolników „włościan” z kolei nadciśnienie nie występowało tak często — stwierdzono je u 7,2% badanych.

W symptomatologii choroby Profesor pisał, że chorzy na nadciśnienie pierwotne umierają przeważnie z powodu udaru mózgu lub niewydolności krążenia, rzadziej z powodu mocznicy.

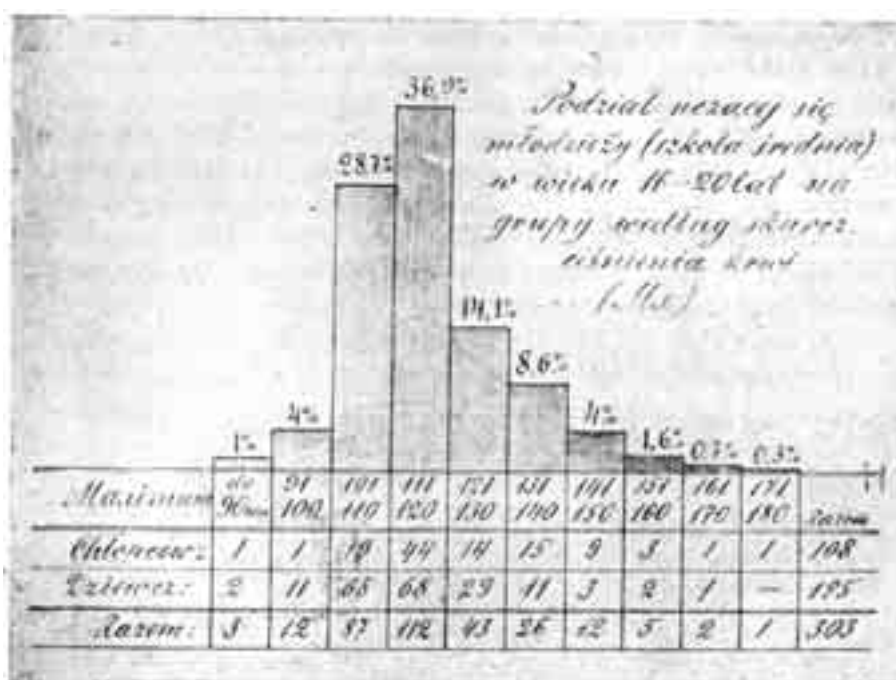
Do terapii, mimo że opisywał różne obowiązujące metody lecznicze, odnosił się krytycznie. Uważał, że żaden ze stosowanych wówczas leków nie jest skuteczny. Cytował Volharda (1928 r.), któremu wydawało się, że ograniczenie spożycia mięsa i soli poprawia samopoczucie chorych.

Tyle o interesującej publikacji. Ponieważ, jak wspomniano, Profesor Aleksander Januszkiewicz pracował na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie, a Akademia Medyczna w Gdańsku uważa się za kontynuatorkę świetnych tradycji tej Uczelni, autorzy postanowili prześledzić dane biograficzne Profesora, które są także niezwykle zajmujące i zasługują na zapoznanie z nimi potomnych.

Aleksander Januszkiewicz urodził się 17 lutego 1872 roku w Zarudyńcach na Podolu. Do szkoły średniej uczęszczał w Niemirowie, ukończył ją w 1893 roku. Studiował medycynę w Kijowie, gdzie uzyskał dyplom lekarza *cum eximia laude* w 1899 roku, a stopień doktora medycyny — w 1910 roku. Zajmując się prywatną praktyką, pracował jednocześnie jako asystent nadetatowy przy Katedrze Szczegółowej Patologii i Terapii Chorób Wewnętrznych na Uniwersytecie Kijowskim (1899–1904), a w latach 1904–1912 w katedrze Kliniki Wewnętrznej IV kursu (fakulteckiej). Służył w charakterze lekarza wojskowego powołanego z rezerwy w czasie wojny rosyjsko-japońskiej i w czasie wielkiej wojny.



Fotografia 1. Podział 2700 żołnierzy na grupy według skurczowego ciśnienia krwi [5]



Fotografia 2. Podział uczącej się młodzieży (szkół średnia) w wieku 16-20 lat na grupy według skurczowego ciśnienia krwi [5]

W 1921 roku został mianowany profesorem zwyczajnym Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Prowadził Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych na Antokolu w Wilnie, w szpitalu wojskowym. W latach 1921-1923 był dziekanem Wydziału Lekarskiego. W okresie 1930-1932 pełnił funkcję rektora.

Jego asystentami byli między innymi Wacława Wróblowa, Jerzy Śmigiełski i inni późniejsi pracownicy nauki Akademii Lekarskiej w Gdańsku [8, 9].

W Internecie można znaleźć fotografię Profesora; napisano, że nie tylko pełnił funkcję dziekana i rektora Uniwersytetu Stefana Batorego w latach 1946-1955, ale był także prezesem KTL oraz, od roku 1949, jego członkiem honorowym (fot. 3). Skrót „KTL” i działalność w nim Profesora w sposób niezwykle serdeczny wyjaśnia dr Tadeusz Pniewski we wspomnieniach z jubileuszu XVIII wieków Kalisza, najstarszego miasta w Polsce [10]. Otóż KTL to skrót



Fotografia 3. Profesor dr med. Aleksander Januskiewicz (1872–1955)

od Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, utworzonego w 1877 roku, zaraz po warszawskim i częstochowskim. Jak pisze autor: „po ostatniej wojnie niepowtarzalną atmosferę stwarzał w nim wieloletni prezes, profesor Aleksander Januskiewicz, który po wojnie wybrał sobie Kalisz na miejsce stałego pobytu. Tutaj, aż do śmierci, sprawował funkcję honorowego konsultanta szpitala miejskiego, jak również przewodniczącego Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, wciąż jednogłośnie wybieranego na kolejne kadencje”.

„Profesor mieszkał w XIX-wiecznej kamienicy Wyganowskiego przy Alei Wolności (róg Jasnej), zajmując olbrzymie sześciopokojowe mieszkanie, w którym dwa duże pokoje i hall przeznaczyl dla Towarzystwa Lekarskiego. Jeden pokój, pięknie urządzone i wyposażony staraniem profesora w pomoce naukowe, służył jako sala posiedzeń. W drugim mieścił się sekretariat i biblioteka. Trzon księgozbioru stanowiły oczywiście darowizny profesora. Posiedzenia naukowe odbywały się dwa razy w miesiącu, zawsze w sobotę wieczorem”.

Zamieszczamy ten cytat z dwóch powodów. Po pierwsze, zastanowiło nas, dlaczego profesor z więk-

szością wileńskiej profesury nie osiedlił się w Gdańsku? W pewnym sensie wyjaśnia to data urodzenia; w 1945 roku Profesor miał 73 lata, a więc był już w wieku emerytalnym. Po drugie, wspomnienie to wskazuje, że cezurą działalności naukowej i lekarskiej nie zawsze jest wiek emerytalny.

Profesor Aleksander Januskiewicz był nie tylko wielkim klinicystą i znawcą naciśnienia tętniczego, z zachowanych publikacji naukowych i wspomnień wynika także, że radość tworzenia, chęć szkolenia i oddziaływania na ludzi towarzyszyły mu do późnej starości. Przeżył 83 lata, co po ostatniej wojnie było wiekiem bardzo podeszłym. Dane życiorysowe Profesora świadczą o tym, że pasje badawcze zależą nie od funkcji, które się pełni, a od siły osobowości.

Miło zatem, że tak wybitny człowiek był prekursorem naszej specjalności.

Za dane udostępnione z rocznika Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie (1937–1938) oraz Księgi Pamiątkowej ku uczczeniu CCCL rocznicy założenia i IX wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego, Wilno 1929 — dziękujemy pani dr med. Danucie Dybickiej, córce profesora Stanisława Hillera, dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie oraz kierownika Zakładu Histologii i Embriologii, prorektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

Piśmiennictwo

1. Frohlich E. State of Hypertension as We Enter the 21-st Century. *Hypertension* 2000; 35: 1177–1178.
2. Krupa-Wojciechowska B. 100-lecie pomiarów ciśnienia tętniczego — uwagi świadka rozwoju terapii hipotensyjnej. *Probl. Terapii Monit.* 1997; 8: 3–8.
3. Krupa-Wojciechowska B. Impresje na temat 50-lecia leczenia naciśnienia tętniczego. *Probl. Terapii Monit.* 2001; 12 (supl. 2): 10–13.
4. Kocemba J. Droga do Polskiego Towarzystwa Naciśnienia Tętniczego. *Naciśnienie Tętnicze* 1997; 1 (1): 4–5.
5. Januskiewicz A. Naciśnienie Tętnicze {Hypertensio}. Referat programowy VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1929; t. VII: 3–89.
6. Biernacki A. Podział kliniczny choroby naciśnieniowej. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1953; 23: 689.
7. Tochowicz L. Przebieg i podział kliniczny choroby naciśnieniowej. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1953; 23: 695.
8. Księga pamiątkowa ku uczczeniu CCCL rocznicy założenia i IX wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego. Wilno 1929, nakładem Uniwersytetu. Wydział Lekarski w latach 1919–1929, 468.
9. *Rocznik Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie 1937–1938*: 49.
10. Pniewski T. Kalisz z oddali. Dokument udostępniany w sieci Internet przez: http://www.info.kalisz.pl/Z_oddali/Roz6.htm.