

Ewelina Szpak

<https://orcid.org/0000-0002-0379-2301>

Instytut Historii im. Tadeusza Manteuffla Polskiej Akademii Nauk

Instytucjonalizacja polskiej walki z rakiem. Między nauką i biopolityką*

Zarys treści: Celem prezentowanego artykułu jest próba pokazania na przykładzie onkologii zakresu przenikania się powojennej polskiej medycyny z polityką państwa oraz codziennością lekarzy.

Abstract: The article aims to show, on the example of oncology, the extent of the interpenetration of post-war Polish medicine with state policy and the everyday life of doctors.

Słowa kluczowe: biopolityka, walka z rakiem, Polska Rzeczpospolita Ludowa, społeczna historia medycyny, służba zdrowia

Keywords: biopolitics, cancer control, People's Republic of Poland, social history of medicine, health service

Odkrycia w 1895 r. promieniowania elektromagnetycznego (promienie X) przez Wilhelma Roentgena, a niedługo później zjawiska promieniotwórczości dały początek narodzinom radioterapii, na poziomie zaś globalnym rozpoczęły intensywny rozwój badań nad nowymi możliwościami leczenia chorób nowotworowych oraz dynamiczny proces instytucjonalizacji walki z rakiem. Choć pierwsze państwowe ośrodki specjalizujące się w leczeniu chorób onkologicznych na szerszą skalę zaczęły powstawać w Polsce w okresie międzywojennym, to najbardziej intensywny ich rozwój przypadł na drugą połowę XX w., którą naznaczył rozwijający się regionie Europy Środkowo-Wschodniej system komunistyczny.

Celem prezentowanego niżej artykułu będzie próba pokazania zakresu przenikania się nauki (medycznej) z polityką (biopolityką) powojennego państwa polskiego oraz codziennością lekarzy (i pośrednio pacjentów).

* Artykuł prezentuje rezultaty badań, które zostały sfinansowane ze środków Narodowego Centrum Nauki, przyznanych w ramach grantu pt. „Społeczno-kulturowa historia raka w Polsce po 1945 r. Instytucje, miejsca, ludzie” (Opus, nr projektu badawczego: 2018/29/HS3/01243).



W części pierwszej, poświęconej procesowi tworzenia powojennych instytucji państwowych, opiszę zarówno międzywojenne początki polskiej walki z rakiem², jak i ich kontynuację po 1945 r. Podejmę też próbę odpowiedzi na pytanie, czy i w jaki sposób dostrzegana niemal we wszystkich sferach powojennego życia publicznego ideologizacja oddziaływała na kierunki rozwoju polskiej walki z rakiem oraz na ile wzorce polityki zdrowotnej realizowanej w ZSRR, a także bardzo szczelna do połowy lat pięćdziesiątych żelazna kurtyna determinowały możliwości działania polskich onkologów. W jakim stopniu utrwalany zamkniętymi granicami Polski konserwatyzm polskiej nauki medycznej oraz polityczne uwikłania i spory personalne jej reprezentantów oddziaływały na realne możliwości nie tylko badań, ale przede wszystkim leczenia i zapobiegania chorobom nowotworowym po 1945 r. – to kolejne pytania, które stawiam w tekście.

W części drugiej artykułu poprzez analizę codziennego funkcjonowania wybranych instytutów onkologicznych pokażę, jak – wraz ze zmianami personalnymi i dokonującą się od lat siedemdziesiątych transformacją politycznego znaczenia onkologii i walki z rakiem jako „chorobą nowoczesności” – dokonywało się w PRL wyraziste przesunięcie nie tylko w priorytetach polityki zdrowotnej czy społecznej państwa (tzw. przejście epidemiologiczne)³, ale przede wszystkim w obszarze dyskursu publicznego.

1.

Spuścizna II RP: Instytut Radowy i priorytet radioterapii

Radioterapia, zwana przez długi czas curieterapią, w pierwszej połowie XX w. w środowisku medycznym postrzegana była ambiwalentnie. Gdy dla części środowiska medycznego stanowiła wielką nadzieję na skuteczne leczenie chorych i pogłębianie badań nad rakiem, dla innych była tylko jedną z możliwych, nadal dość mało skuteczną terapią leczniczą, którą postrzegano jako eksperymentalną⁴.

² Pojęcie „walki z rakiem” funkcjonowało już w dwudziestoleciu międzywojennym i wcześniej. Rozumiano pod nim liczne działania mające na celu organizację leczenia chorób nowotworowych (nowotworów złośliwych) oraz upowszechnianie wiedzy o ich profilaktyce (wczesnym wykrywaniu). Pojęcie „rak”, do którego odwołuję się w tytule, i które przewija się w prezentowanym tekście, jest w tym sensie pojęciem umownym i zbiorczym, nieuwzględniającym współczesnego podziału nowotworów złośliwych ze względu na ich biologię (budowę komórkową), sposób powstawania czy też umiejscowienie (nowotwory złośliwe nabłonkowe [m.in. raki], nienabłonkowe [czerniaki, mięsaki, chłoniaki, białaczki] czy inne nowotwory złośliwe np. glejaki). Zob. np. <https://onkologia.org.pl/pl/nowodwoty/podzial-nowodwoty> (dostęp: 19 II 2024).

³ A.R. Omran, *The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change*, „Milbank Quarterly” 83, 2005, nr 4, s. 731–757.

⁴ J. Fijuth, *Powstawanie dyscyplin onkologicznych i jednostek w Instytucie Onkologii. Radioterapia, w: Materiały do historii Instytutu Radowego i Instytutu Onkologicznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w 80 rocznicę otwarcia*, red. E. Towpik, Warszawa 2012, s. 109.

Dla niektórych natomiast, prowadzących prywatną praktykę, była ona przede wszystkim źródłem ogromnych finansowych zysków⁵. Za sprawą światowej popularności Marii Skłodowskiej-Curie dla międzywojennego społeczeństwa polskiego stała się ona także ważnym symbolem narodowej dumy. To raczej z tego powodu – a niekoniecznie z uświadamianej oddolnie powszechności chorób nowotworowych – polskie społeczeństwo tak ochoczo przyłączyło się do zainicjowanej w 1924 r. narodowej zbiórki na rzecz zbudowania w Warszawie, wzorowanego na paryskim, Instytutu Radowego⁶. Ten swoisty pomnik wystawiony przez Polaków dwukrotnej noblistce był zresztą ukoronowaniem jej wyrażonego wprost marzenia o powstaniu w Polsce takiego ośrodka.

Zmaterializowany w formie placówki hołd złożony Skłodowskiej nie oznaczał jednak pełnej akceptacji realizowanych w niej metod leczenia czy uznania ze strony szerszego środowiska lekarskiego. Nie oznaczał też powszechnego korzystania z jego oferty przez zmagających się z chorobą pacjentów⁷. Budowie ośrodka od początku towarzyszyły trudności finansowe, które powodowały opóźnienia. Początkowy okres działalności instytutu również był niełatwy – mimo obietnic nie przekazywano subwencji na rozkręcenie działalności. Wszystko to świadczyło o tym, że choroby nowotworowe nie były istotne ani w polityce zdrowotnej państwa, ani w ówczesnym dyskursie medycznym i społecznym: „Subwencji nie było żadnych, byliśmy w zupełności skazani na własne siły, to znaczy na bieżące wpływy za leczenie. A chorzy nie od razu się zjawili [...] – wspominał po latach pierwszy dyrektor ośrodka, Franciszek Łukaszczyk⁸. – Ani lekarze, ani społeczeństwo nie dowierzało w skuteczność leczenia nowotworów [...]. Praca była trudna również i z tego powodu, że kierowano do Instytutu przede wszystkim przypadki daleko posunięte, zaniedbane i już w różny sposób bez powodzenia leczone [...] przy tak małej początkowo frekwencji chorych nasze położenie finansowe nie było świetne. Bywały miesiące, że nie zawsze, a w każdym razie nie wszyscy otrzymywaliśmy pieniądze na pierwszego [...]. Przychodziło mi na myśl, że Polska otrzymała taki Zakład – wówczas jeden z niewielu na świecie [...] za wcześniej, że nie wynikało to z naturalnych tendencji rozwojowych medycyny w Polsce i stąd Instytut jest sam, bez oparcia i zaplecza”⁹.

⁵ A. Magowska, *The Fight against Cancer in Poland before 1939*, „Estudos do Seculo XX” 2012, nr 12, s. 335–346.

⁶ Np. F. Łukaszczyk, *Dwadzieścia pierwszych lat*, w: *Materiały do historii Instytutu Radowego...*, s. 53.

⁷ A. Magowska, *op. cit.*, s. 345.

⁸ Franciszek Łukaszczyk (1897–1956), uznawany za twórcę onkologii klinicznej w Polsce, jeden z pomysłodawców i organizatorów Instytutu Radowego w Warszawie. Uczeń Marii Skłodowskiej-Curie. W latach 1932–1939 oraz od 1947 r. dyrektor Instytutu Radowego (od 1952 Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie), zob. np. R.W. Gryglewski, *O człowieku, który wykradł Niemcom rad*, „Po dyplomie”, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18895,o-czlowieku-ktory-wykradl-niemcom-rad> (dostęp: 21 VI 2023).

⁹ F. Łukaszczyk, *op. cit.*, s. 56.

Choć Instytut Radowy nie był jedynym ośrodkiem tego typu, jaki powstał w II RP¹⁰, to działał jako koordynator ustanowionego w 1924 r. pierwszego programu walki z rakiem (realizowanego pod auspicjami powołanej w ramach Ligi Narodów Komisji Walki z Rakiem). To on nadawał kierunek w rozwoju ówczesnej polskiej myśli onkologicznej. Jak jednak zaznaczał w swoich wspomnieniach Łukaszczyk, nie uniknięto wewnętrznych sporów¹¹. Priorytetowa pozycja radioterapii i marginalizacja chirurgii (wcześniej długo uznawanej za jedyną możliwą metodę leczenia raka) generowała spore napięcia między lekarzami. Stan taki utrzymywał się także w latach czterdziestych i pięćdziesiątych, o czym tuż po wojnie wspominał Łukaszczyk: „Rozwój radioterapii [...] wprowadził [...] poważne zmiany w zagadnieniu nowotworów. Trzeba było ustalić jej miejsce w leczeniu. Trzeba było na nowo ustawić chirurgię w leczeniu nowotworów i trzeba było opracować zasady współpracy”¹². W praktyce oznaczało to, że chirurdzy w leczeniu nowotworów traktowani byli wyłącznie pomocniczo. Tadeusz Koszarowski¹³, pionier polskiej chirurgii onkologicznej w powojennej Polsce, czas ten podsumował jeszcze inaczej: „chirurgia onkologiczna wyglądała jakby jej właściwie nie było, było to coś zupełnie dodatkowego do pomocy radioterapeuty”¹⁴. Mimo że w warszawskim instytutcie stworzono od podstaw klinikę chirurgii onkologicznej, to nie przez wszystkich była traktowana poważnie: „Prof. [Józef] Laskowski [wicedyrektor] szczególnie nie lubił chirurgów, których uważał tylko za wykonawców jego wskazań” – wspominał Koszarowski, dodając: „przecieraliśmy szlaki

¹⁰ W innych miastach, tj. we Lwowie, w Wilnie, Poznaniu, Łodzi, tworzone były dedykowane leczeniu szpitale i oddziały przeciwrakowe, a w samym Krakowie jeszcze przed powstaniem instytutu warszawskiego działał wyposażony w rad i uruchomiony w 1924 r. Instytut Curie, zob. np. A. Chrzanowski, *Instytut Curie w Krakowie. Pierwszy zakład leczenia radem Polsce*, „Nowotwory” 1979, nr 29, s. 240.

¹¹ F. Łukaszczyk, *op. cit.*, s. 64. O problemach radioterapii analogicznych do tych wspomnianych przez Łukaszczyka pisał również Jacek Fijuth: „Na początku lat 30 radioterapia była mało znaną metodą leczenia. W Polsce była nowością, do której inni specjaliści leczący chorych onkologicznych podchodzili nieufnie. Panowało powszechne przekonanie o nieuleczalności nowotworów [...] radioterapia dla jednych była metodą eksperymentalną, o wątpliwej wartości, a dla innych – jej potencjalna skuteczność stanowiła konkurencyjne zagrożenie”, J. Fijuth, *op. cit.*, s. 109.

¹² F. Łukaszczyk, *op. cit.*, s. 53.

¹³ Tadeusz Koszarowski (1915–2002), twórca chirurgii onkologicznej w Polsce, autor definicji pojęcia „onkologia”, organizator sieci polskich ośrodków onkologicznych, inicjator badań epidemiologicznych nowotworów; kierownik Oddziału, a później Kliniki Chirurgii Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 1948–1972, dyrektor Instytutu Onkologii w latach 1972–1985, główny inicjator i koordynator budowy Centrum Onkologii na Ursynowie, zob. *Wspomnienia o prof. Tadeuszu Koszarowskim*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 532; E. Towpiak, *Rozmowa „Nowotworów” z prof. dr. hab. med. Tadeuszem Koszarowskim – nestorem polskiej onkologii*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 50, 2000, nr 4, s. 377–381. Zob. też: *Kto jest kim w Polsce*, red. B. Cynkier, Warszawa 2001, s. 430.

¹⁴ T. Koszarowski, *Urywki wspomnień*, oprac. E. Towpiak, Warszawa 2006, s. 261.

dość sceptycznie obserwowani przez ogólnych chirurgów i konkurujących z nami w Instytucie radioterapeutów”¹⁵.

To utożsamianie możliwości leczenia raka przede wszystkim z promieniolecznictwem jako najbardziej obiecującym kierunkiem odzwierciedlało oczywiście ówczesny stan wiedzy medycznej, nie tylko polskiej. Z uwagi na wywołane najpierw wojną, a później żelazną kurtyną ograniczenia w międzynarodowym transferze wiedzy na długie lata zaważyło ono jednak na powszechnym w polskim środowisku medycznym sposobie postrzegania i myślenia o onkologii.

Powojenne spory i kontrowersje wokół onkologii

Wysuwanie na pierwszy plan radioterapii w programowej walce z rakiem i utrzymująca się rywalizacja między radioterapeutami i chirurgami po 1945 r. wykorzystywane były również w celach politycznych. Ofiarą jednej z takich rozpraw padł Stanisław Bylina¹⁶, gliwicki chirurg, w latach 1945–1951 dyrektor Instytutu Przeciwrakowego, który pod koniec lat czterdziestych wystąpił do Ministerstwa Zdrowia z nowatorską inicjatywą zorganizowania i koordynowania budowy ogólnopolskiej sieci przychodni profilaktyki raka (poradni onkologicznych), skoncentrowanych jednak nie na samym tylko leczeniu rakiem, ale również na wczesnej diagnostyce chorób nowotworowych i leczeniu stanów przedrakowych. Koncepcja niepokornego śląskiego chirurga, dodatkowo posiadającego wrogów wśród lokalnych partyjnych aparatczyków, nie tylko została strywalizowana i odrzucona¹⁷, ale prawdopodobnie była również pretekstem do mających głębsze polityczne tło¹⁸ oskarżeń lekarza o niegospodarność w zarządzaniu ośrodkiem oraz błędy

¹⁵ *Ibidem*, s. 152. Józef Laskowski (1900–1970), doc. anatomii patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, prof. anatomii patologicznej Uniwersytetu Łódzkiego, prof. patologii i dyrektor Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 1956–1961, onkolog, zob. *Historia Wydziałów Lekarskich w Polsce*, <https://kham.cm-uj.krakow.pl/historia-wydzialow-lekarskich-w-polsce/#> (dostęp: 21 VI 2023).

¹⁶ Stanisław Bylina (1903–1978), absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego (1926), po 1939 lekarz i żołnierz AK. Po wojnie wrócił na Śląsk, gdzie od 1 czerwca 1946 r. został zatrudniony w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach na stanowisku referenta do walki z rakiem. W tym samym roku objął funkcję głównego organizatora i kierownika tworzonego w Gliwicach Państwowego Instytutu Przeciwrakowego i ordynatora oddziału chirurgii nowotworów w tejże placówce. Oskarżony w 1950 r. o błędy w sztuce lekarskiej, został pozbawiony stanowiska dyrektora ośrodka. Mimo oczyszczenia z zarzutów decyzją ministra zdrowia Jerzego Sztachelskiego uniemożliwiono mu kontynuowanie kariery naukowej i w 1951 r. wydano mu nakaz pracy w szpitalu miejskim w Lesznie Wielkopolskim, gdzie zajął się organizacją Oddziału Laryngologicznego oraz przychodni laryngologicznej. Bylina powrócił do Warszawy w 1956 r. Zob. *Gliwicki Leksykon Historyczny*, <https://leksykon.gliwice.pl/indeks/bylina/> (dostęp: 21 VI 2023).

¹⁷ „Sprostowanie”, AAN, MZ, Działalność Instytutu Onkologii w Warszawie – plany prac naukowych, sprawozdania, korespondencja, 1951–55, sygn. 5/43, s. 10.

¹⁸ B. Tracz, *Lekarz z zasadami*, „Czasypismo” 2017, nr 1 (11), s. 34–41.

w sztuce (nieudowodnione). Ostatecznie szykanowany od 1948 r. Bylina w 1951 r. pozbawiony został nie tylko stanowiska dyrektora, ale również prawa wykonywania zawodu chirurga i skierowany nakazem pracy do szpitala w innym mieście¹⁹.

Długotrwałe i jednoznaczne kojarzenie leczenia raka wyłącznie z radioterapią, jak wydedukować można ze wspomnień Koszarowskiego, było też po części efektem przerwanej wojną rozwoju polskiej nauki. Niemal nieznanym polskim lekarzom pojęcie „onkologii”²⁰, o której mówił w swoich raportach m.in. Bylina, w eksperckim dyskursie zaczęło się pojawiać dopiero w pierwszych latach pokoju²¹, a formalnie do obiegu naukowego wprowadzone zostało w 1952 r. Według zaproponowanej wówczas definicji onkologia uznana została za naukę „o etiologii, patologii, epidemiologii, zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu nowotworów złośliwych, skojarzonym leczeniu chorych na raka, opiece nad nieuleczalnie chorymi oraz organizacji walki z rakiem”²².

Instytucjonalizacja komunistycznej walki z rakiem

Tak pojęte rozumienie onkologii, wskazujące z jednej strony na jej interdyscyplinarność medyczną, z drugiej zaś osadzające ją mocno w idei zdrowia publicznego oraz kładące silny i bardzo nowatorski jak na tamte czasy nacisk na epidemiologię chorób nowotworowych, po raz kolejny podzieliło środowisko medyczne. Istotny był też jednak moment wprowadzenia nowej nazwy do obiegu naukowego i kontekst temu towarzyszący. Wiązał się bowiem z reorganizacją Instytutu Radowego. W związku z wprowadzoną w okresie stalinowskim ustawą o instytutach naukowo-badawczych²³, ośrodek warszawski z *de facto* prywatnej instytucji²⁴ stał się jedną z wielu instytucji państwowych, funkcjonującą pod nową nazwą, jako Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie.

¹⁹ *Ibidem*, s. 41.

²⁰ Wcześniej pisano o chorych rakowatych, o leczeniu raka, ewentualnie o nowotworach lub guzach. Zob. też T. Koszarowski, *Urywki wspomnień...*, s. 156.

²¹ Pojęcia tego używał m.in. w swoich raportach S. Bylina, zob. E. Salit-Aleksandrowicz, S. Bylina, „Z Państwowego Instytutu Przeciwrakowego w Gliwicach. Centralne i Terenowe poradnie onkologiczne”, AAN, MZ, Działalność Instytutu Onkologii w Warszawie – plany prac naukowych, sprawozdania, korespondencja, 1951–55, sygn. 5/43, s. 8.

²² Z. Wronkowski, *Profesor Tadeusz Koszarowski – twórca polskiej myśli onkologicznej ze szczególnym uwzględnieniem epidemiologii i organizacji walki z rakiem*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 564; zob też: <https://www.pib-nio.pl/o-instytucie/historia-instytutu/> (dostęp: 15 VI 2023).

²³ Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o tworzeniu instytutów naukowo-badawczych dla potrzeb gospodarki narodowej, Dz.U. 1951, nr 5, poz. 38.

²⁴ Do 1939 r. instytut podporządkowany był prywatnej fundacji pod nazwą Komitet Walki z Rakiem, ale od wybuchu wojny lecznica sama się finansowała, utrzymując się w znacznym stopniu z opłat za leczenie, T. Koszarowski, *Urywki wspomnień...*, s. 161.

Przekształcenie niepublicznej kliniki, utrzymującej się głównie z leczenia pacjentów prywatnych, w państwową instytucję naukowo-badawczą było wyrazem tak charakterystycznej dla przełomu lat czterdziestych i pięćdziesiątych centralizacji i nacjonalizacji. Jednocześnie stanowiło swoistą odpowiedź na powszechne wówczas przejmowanie rozwiązań i wzorców radzieckich w organizacji struktur państwowych oraz na przyjęty w powojennej Polsce system powszechnej i bezpłatnej służby zdrowia. Reforma instytutu nieprzypadkowo zbiegała się w czasie z podpisaniem umowy o polsko-radzieckiej współpracy w zakresie walki z rakiem²⁵. W tym samym roku 1952 przyjęto również kolejny (po międzywojennym) i uzgodniony z reprezentantem ZSRR krajowy program walki z rakiem na lata 1952–1975. W jego ramach poza prowadzeniem badań Instytut Onkologii zobowiązywał się do koordynacji wszelkich ogólnokrajowych działań mających na celu wczesne wykrywanie i leczenie raka, w tym zwłaszcza budowy ogólnopolskiej infrastruktury onkologicznej, opartej na tworzonych od podstaw szpitalach wojewódzkich i poradniach onkologicznych.

Zapoczątkowane na przełomie 1951 i 1952 r. gruntowne zmiany w tej dziedzinie wzmacniał uruchomiony w 1952 r. Krajowy Rejestr Nowotworów – jeden z pierwszych tego typu na świecie, pozwalający na realne oszacowanie skali zachorowań i zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi.

Wszystkie wyżej wspomniane i pod wieloma względami przełomowe inicjatywy nie od razu jednak spotkały się ze zrozumieniem czy akceptacją środowiska lekarskiego. Przekonał się o tym odpowiedzialny za rejestr epidemiologiczny i tworzenie nowej infrastruktury onkologicznej Koszarowski, który objął funkcję zastępcy dyrektora ds. metodyczno-naukowych Instytutu Onkologii. I choć dotąd jako doskonały i innowacyjny chirurg, współpracujący z ośrodkiem od ponad dekady, cieszył się ogromnym zaufaniem wcześniejszego kierownictwa instytutu, narzucona odgórnie przez Ministerstwo Zdrowia²⁶ nominacja i przydzielone zadania zaowocowały kilkuletnim ostracyzmem środowiskowym: „Gdy rozpoczęły się rozmowy wstępne z dyrektorami departamentów i [...] sekretarzem organizacji partyjnej (PZPR) [...] wyraziłem swoje obawy i konieczność niezmiernie rozważnego działania, z wielką pomocą Ministerstwa. Powiedziałem dosłownie: «Bez tego przecież będę leżał». A usłyszałem w odpowiedzi: «tak czy inaczej, będziesz leżał». Zamurowało mnie, ale zrozumiałem natychmiast, że jestem na odstrzał. Będę musiał wykonywać niezmiernie trudną, nie do wykonania pracę,

²⁵ „Porozumienie było łatwe. Oba instytuty czerpały z dyskusji i konkluzji koła uczonych, lekarzy i działaczy społecznych zgromadzonych wokół M. Skłodowskiej-Curie i Foundation Curie w Paryżu. Zarysowano zasady rozwoju walki z rakiem na najbliższe lata. Uzgodniono zmianę nazwy instytutu [...] zakreślając szersze zadania niż leczenie rakiem. Nie było tu kontrowersji”, cyt. za: *ibidem*, s. 155.

²⁶ *Ibidem*, s. 161–162. Decyzje podjęte podczas spotkania ministerialnych dyrektorów departamentów i sekretarza organizacji partyjnej (PZPR) Ludwiki Tarłowskiej.

narażając się przy tym wszystkim przez podejmowanie niepopularnych, burzących dotychczas funkcjonujące układy, decyzji. [...] [w instytucie] zostałem z miejsca okrzyknięty wtyką Ministerstwa Zdrowia, a w podtekście całej politycznej konstrukcji z Bóg wie jakimi koneksjami [...] jako naczelny chirurg Instytutu Radowego – Onkologii, miałem raczej wolną drogę postępowania i rozwoju. Jako wicedyrektor Instytutu zobowiązany do zorganizowania działalności naukowo-badawczej, szkoleniowej, organizacyjnej w skali krajowej – natychmiast zostałem wrogiem zwalczanym wszystkimi dostępnymi metodami, przez wczoraj jeszcze życzliwych mi kolegów i przełożonych”²⁷.

Reorganizacja instytutu, nadanie mu nowej roli i bezpośrednio podporządkowanie Ministerstwu Zdrowia (Instytut Onkologii funkcjonował poza głównymi strukturami wewnętrznymi Ministerstwa) odbiły się również na funkcjonowaniu podległych mu oddziałów terenowych. Przekształcenia, choć pod niektórymi względami pożądane, bo umożliwiające leczenie chorych w ramach bezpłatnej służby zdrowia oraz wysuwające na pierwszy plan aspekt badawczy instytucji, wywołały jednak wiele kolejnych, niekiedy trudnych zmian strukturalnych i personalnych, które widoczne były w każdym z ośrodków.

Pomimo wprowadzonych ogólnie reform również sama onkologia pozostawała pojęciem kontrowersyjnym, nie tylko zresztą w Polsce, co odzwierciedlało nierówną dynamikę w międzynarodowym rozwoju badań nad rakiem. Stojący na czele zreorganizowanego instytutu Franciszek Łukaszczyk wbrew opinii wielu wiodących ośrodków zachodnich oraz polskiego środowiska lekarskiego przyjął co prawda nową definicję, uznając onkologię za naukę i dyscyplinę zespołową, jednak nie było to stanowisko powszechne²⁸. Dominująca większość środowiska akademickiego uważała bowiem, że rozpoznawanie i ustalenie metod leczenia nowotworów powinno odbywać się wyłącznie w ramach specjalizacji (i klinik) narządowych, jedyną zaś odrębną specjalizacją medyczną w tym zakresie powinna być radioterapia²⁹.

Gdy cierpiący od kilku lat na chorobę popromienną Łukaszczyk³⁰ zmarł, jego stanowisko w instytucie przejął Józef Laskowski, zwolennik bardziej konser-

²⁷ *Ibidem*, s. 161, 164.

²⁸ D. Gajl, *Moje wspomnienie o początkach Ośrodka Onkologicznego w Łodzi*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 56, 2006, nr 5, s. 590.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Choroba Łukaszczyka była z dużym prawdopodobieństwem konsekwencją akcji, którą podjął on w czasie wojny, już po wybuchu Powstania Warszawskiego. Udało mu się wtedy wydostać ukryty na terenie ośrodka rad. Niemal całkowicie bez zabezpieczenia i w pełni świadom tragicznych następstw swojego działania – wystawienia na wysokie promieniowanie, przewiózł do domu rodzinnego w Poroninie wyniesioną kasetkę z radem, gdzie zabezpieczona przetrwała wojnę. Po 1945 r. rad został z powrotem przewieziony do Warszawy i pozwolił na szybkie wznowienie leczenia ciężko chorych pacjentów. Zob. np.: L. Tarłowska, E. Towpik, *Instytut Radowy w Warszawie podczas okupacji i Powstania Warszawskiego*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 53, 2003, nr 1, s. 86.

watywnego myślenia o naukowej walce z rakiem. Jak pisał we wspomnieniach Koszarowski: „nastąpił wówczas podział poglądów”, który przekładał się również na nowe propozycje odnośnie do całej infrastruktury onkologicznej: w miejsce tworzonych od 1952 r. regionalnych ośrodków onkologii postulowano zorganizowanie nowych, wzorowanych na modelu anglosaskim i niemieckim zakładów radioterapii w szpitalach ogólnych³¹. Projektu tego jednak nie zrealizowano.

Akademickie spory a dynamizacja polityki nowotworowej

Te wewnętrzne napięcia i niezgodności z perspektywy laika dziś mogą sprawiać wrażenie nieistotnych dla przebiegu leczenia akademickich sporów lub być postrzegane jako konsekwencje charakterystycznych dla środowisk akademickich zależności i układów hierarchicznych. W istocie jednak decydowały o kierunkach rozwoju onkologii, która jako nauka wciąż traktowana była przez większość środowiska medycznego po macoszemu. To ostatnie z kolei miało ogromny wpływ na jakość wynoszonej przez adeptów akademii medycznych podstawowej wiedzy na temat możliwości diagnozowania i leczenia schorzeń nowotworowych. Wykładano ją bowiem w ramach klinik rządowych i nie przykładano do niej wielkiej wagi. W 1958 r. zwracał na to uwagę jeden z uczestników Kolegium Ministerstwa Zdrowia: „Biorąc pod uwagę narastanie % śmiertelności na nowotwory, które stają się problemem społecznym Nr 1 w państwach cywilizowanych oraz szybki rozwój onkologii jako nauki – dotychczasowy sposób szkolenia lekarzy w akademiach medycznych staje się zupełnym anachronizmem [...] Jest rzeczą niezrozumiałą, że najważniejsze w tej chwili zagadnienie lecznicze jest przypadkowo i niesystematycznie wykładane przyszłym lekarzom, z których znaczna większość – jak wykazały nasze ankiety – nie zapoznaje się z kliniką nowotworów. Nie ma mowy o systematycznej walce z rakiem bez masowego, systematycznego szkolenia lekarzy już w czasie studiów. Niektóre uniwersytety jak w Szwecji i Francji już wprowadziły systematyczne wykłady onkologii. Czyż Polska musi czekać koniecznie na obce wzory i nic postępowego sama nie może postanowić w tym zakresie?”³². Niestety, wbrew sugestiom lekarza w kwestii nauczania studentów jeszcze przez prawie dwie kolejne dekady niewiele się zmieniło.

Pod koniec lat pięćdziesiątych zaczęło się jednak zmieniać nastawienie władz centralnych do problematyki nowotworowej. Przekazane w tym samym czasie Ministerstwu Zdrowia szokujące wyniki wstępnych analiz epidemiologicznych z Krajowego Rejestru Nowotworów przełożyły się na wzrost zainteresowania problemem ze strony władz. Wbrew wcześniejszym przewidywaniom, roczna

³¹ T. Koszarowski, *Historia tworzenia i budowy Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie*, Warszawa 1998, s. 11.

³² Tezy na kolegium Ministerstwa Zdrowia, 29 X 1958, AAN, MZ, Posiedzenie Kolegium Min. nr 25–31; protokoły, załączniki, sygn. 1/37, k. 4–5.

liczba zachorowań na nowotwory złośliwe przekraczała prognozowane 30 tys. przypadków i według analiz była blisko dwukrotnie większa – szacowano ją na około 50 tys.³³ Tak wysokie, choć z pewnością wciąż niedoszacowane dane, obnażały realną skalę problemu, który pod względem dynamiki wzrostu u progu lat sześćdziesiątych wypadł gorzej niż priorytetowe wciąż dla polityki zdrowotnej i szeroko nagłaśniane w mediach PRL-owskich choroby zakaźne³⁴.

Konieczność systematycznego i zorganizowanego leczenia nowotworów, medialnie wyciszona co najmniej do końca lat sześćdziesiątych, coraz częściej była poruszana podczas posiedzeń terenowych kolegów Ministerstwa Zdrowia, ale nawet pojawiła się w dyskusji na szczeblu centralnym. O ile lokalnie główną bolączką był nadmiar pacjentów, brak łóżek, sprzętu i specjalistów, o tyle na poziomie ogólnokrajowym wracał problem sporów kompetencyjnych i akademickich kontrowersji wokół pojęcia onkologii. Szczególnym tego wyrazem było jedno z posiedzeń rozszerzonego kierownictwa resortu zdrowia z 1961 r., podczas którego dyskutowany był „plan działania w zakresie zwalczania chorób nowotworowych”³⁵.

W związku z zasygnalizowanymi wcześniej sporami kompetencyjnymi w środowisku medycznym i powszechnym w nim przekonaniem o konieczności leczenia nowotworów w ramach klinik rządowych, mimo formalnej koordynacji programu walki z rakiem przez Instytut Onkologii problem odpowiedzialności za leczenie pacjentów nowotworowych pozostawał nieuregulowany. Jak zaznaczał raportujący, „należało ustalić wzajemne powiązanie i podporządkowanie poszczególnych placówek, które zajmują się lub mają zajmować się [leczeniem nowotworów], gdyż dochodziło do sytuacji kuriozalnych”. Taką była choćby odnotowana podczas tego samego posiedzenia relacja między katedrami ginekologiczno-położniczymi a Instytutem Onkologii. Jak pisano: katedry „walczą” o prawo do zajmowania się rakiem narządu rodnych kobiet i zajmują się nim „nielegalnie”³⁶. Jak jednak zauważano, problem nie był tylko ambicjonalny, ale

³³ „W roku 1956 chorych zgłoszonych do Instytutu Onkologii było 32 188. Ministerstwo Zdrowia, które opiera się na kartach statystycznych szpitalnych, wykazuje za ten okres liczbę chorych 48 872, czyli o 16 684 chorych więcej”, „Statystyka onkologiczna w świetle 5-letniego doświadczenia 1952–1957”, AAN, MZ, Posiedzenie Kolegium Min. nr 25–31; protokoły, załączniki, sygn. 1/37, s. 26.

³⁴ Materiały na posiedzenie Kolegium: synteza i wnioski do opracowania „Stan zdrowotności ludności w latach 1949–1957”, AAN, MZ, Posiedzenia Kolegium Min. nr 44–52; protokoły, załączniki, 1957, sygn. 1/32, s. 452–453. Według *Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia* w 1960 r. zachorowalność na nowotwory złośliwe wynosiła 9,9 na 10 tys. mieszkańców (gruźlicy zaś 29,3 przypadków na 10 tys.). Dekadę później wskaźniki te zmieniły się odpowiednio na 17,1 zachorowań na 10 tys. ludności w przypadku nowotworów i 12,8 w przypadku gruźlicy, *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia GUS 1979*, Warszawa 1979, s. 28–29.

³⁵ „Protokół nr III/61 z narady rozszerzonego Kierownictwa Resortu w dniu 1 II 1961 r.”, AAN, MZiOS, sygn. 1/155, s. 52–53.

³⁶ *Ibidem*.

merytoryczny, gdyż większość chorujących wówczas na raka narządów rodnych kobiet (także w Warszawie), leczona przez ginekologów, trafiała do instytutów lub poradni onkologicznych w stanie bardzo dużego zaawansowania choroby i zwykle dopiero wtedy, gdy wszystkie znane prowadzącym je ginekologom sposoby leczenia zawiodły³⁷.

I choć także w kierownictwie resortu zauważano, że problem zbyt późnego kierowania chorych na właściwe leczenie tkwił w niewystraszającym wykształceniu lekarzy, nieaktualizowanym o najnowsze osiągnięcia w zakresie problematyki chorób nowotworowych, to jednak nadal jedynym proponowanym rozwiązaniem było doszkalanie lekarzy w ramach trzymiesięcznych kursów realizowanych w utworzonych przy każdym z trzech instytutów onkologii Studiach Doskonalenia Lekarzy³⁸. Choć w raporcie stwierdzano jednoznacznie, że: „Walki z rakiem nie można oprzeć [tylko] na specjalistach onkologach” i „podstawową wyjściową kadrą powinien być liniowy lekarz, przede wszystkim ginekolog [...] w związku z czym szkoleniem należy objąć wszystkich lekarzy”³⁹, to w praktyce jednak z powodu ograniczeń materialnych i kadrowych instytutów – prowadzących przecież równoległe badania naukowe i kliniczne – kursy te nie mogły objąć zbyt licznej grupy lekarzy⁴⁰. Zresztą, jak wynika z dokumentów, większość z tych, którzy ukończyli trzymiesięczne specjalizacje onkologiczne, zatrudniana była w instytutach onkologii lub zajmowała kierownicze stanowiska w terenowej sieci onkologicznej⁴¹. To spośród nich powoływani byli specjaliści wojewódzcy (stanowisko konsultantów wojewódzkich wprowadzono w 1959 r.)⁴². Wprowadzone szkolenia z reguły więc w niewielkim stopniu zmieniały wiedzę lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy innych specjalizacji niż onkologiczne.

Nowe zasady udało się ustalić w 1962 r. – priorytet przyznano stanowiącym – jak szacowano – 30% zgłoszeń nowotworom kobiecym, a następnie przewodu pokarmowego, skóry i płuc⁴³. W wytycznych programowych pełną odpowiedzialność za realizację planu przekazano Instytutowi Onkologii, zobowiązując Instytut Matki i Dziecka do współpracy i podporządkowania się wyznaczanym przez niego kierunkom.

W praktyce oczywiście napięcie między specjalistami, zwłaszcza ginekologami i onkologami (ale również chirurgami) nie znikło, a raportowane problemy wynikające z sygnalizowanego wcześniej „nielegalnego”, choć w rzeczywistości

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ T. Koszarowski, *Organizacja opieki nad chorymi na nowotwory złośliwe*, Warszawa 1970, s. 46.

³⁹ „Protokół nr III/61 z narady rozszerzonego Kierownictwa Resortu w dniu 1 II 1961 r.”, AAN, MZiOS, sygn. 1/55, s. 52.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ T. Koszarowski, *Organizacja opieki...*, s. 46.

⁴² D. Gajl, *op. cit.*, s. 590.

⁴³ „Protokół nr III/61 z narady rozszerzonego Kierownictwa Resortu w dniu 1 II 1961 r.” (plan działań w zakresie zwalczania chorób nowotworowych), AAN, MZiOS, sygn. 1/55, s. 52.

po prostu „nieadekwatnie dobranego” leczenia chorych i zbyt późnego kierowania ich do klinik pojawiały się jeszcze w latach siedemdziesiątych. I niestety niemal do końca tej dekady opuszczający mury polskich akademii medycznych młodzi lekarze nie mieli możliwości zapoznania się z wieloma podstawowymi informacjami umożliwiającymi nie tylko diagnozowanie i leczenie nowotworów, ale również pozwalającymi na zmianę powszechnego w społeczeństwie polskim przekonania o równoznaczności choroby nowotworowej z wyrokiem śmierci. W niezwykle przejmujący sposób w 1970 r. pisała o tym zjawisku prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, prof. Hanna Kołodziejska: „Zły stan chorych kierowanych do zakładów onkologicznych wiąże się w znacznym stopniu z niedostateczną znajomością zagadnień kliniki onkologicznej wśród ogółu lekarzy. [...] W środowisku lekarskim w naszym kraju utrzymuje się opinia o nieskuteczności leczenia nowotworów, oparta na nienowoczesnych informacjach sprzed kilkudziesięciu lat. W wyobraźni większości lekarzy rozpoznanie nowotworu jest równoznaczne z rozpoznaniem choroby nieuleczalnej, co oczywiście opóźnia skierowanie do leczenia specjalistycznego do chwili wystąpienia bardzo drastycznych objawów [...] kształtuje w społeczeństwie fałszywy pogląd o nieuleczalności choroby, pogłębiając lęk przed rozpoznaniem nowotworu”⁴⁴. W programie nauczania akademickiego w 1970 r. zagadnienia rozpoznawania i leczenia nowotworów były wykładane w ramach poszczególnych katedr narządowych i jak zaznaczała wyżej cytowana, nie były w żaden sposób ze sobą związane, nie tworzyły pełnego programu obrazującego nowoczesny sposób postępowania w klinice onkologicznej. Studenci kończący studia nie zdawali sobie sprawy, że nowotwory stanowiły wtedy drugą co do częstości przyczynę zgonów w kraju. „Nie można zatem spodziewać się, że młodzi lekarze kończący obecnie studia przyczynią się w sposób skuteczny do postępu w organizacji walki z rakiem w Polsce”⁴⁵.

Utrwalanie się takiego stanu rzeczy wynikało z dominującego wśród akademików i już wcześniejszej sygnalizowanego stanowiska. Niestety po części wspierała je również postawa dyrekcji Instytutu Onkologii, która od czasów prof. Laskowskiego dzieliła pod tym względem zespół instytutu. Kolejny dyrektor ośrodka, Władysław Jasiński⁴⁶, świetny i ceniony w kraju radioterapeuta, specja-

⁴⁴ H. Kołodziejska, *Aktualne problemy rozwoju organizacji walki z rakiem*, w: *Stan medycyny polskiej w opinii polskich towarzystw lekarskich*, red. T. Koszarowski, J. Nowicki, M. Stefanowski, Warszawa 1971, s. 186.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 187.

⁴⁶ Władysław Jasiński (1916–1989), doc. onkologii Akademii Medycznej we Wrocławiu (1954), prof. medycyny izotopowej i medycyny nuklearnej Instytutu Onkologii w Warszawie (1961–1977), prof. radiologii lekarskiej Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie (1962–1974 i 1980–1982), prof. biofizyki i matematyki (1977–1982) i prof. medycyny nuklearnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (1982–1986), prof. medycyny nuklearnej Instytutu Kardiologii w Warszawie (1986–1989); od 1964 r. członek korespondencyjny PAN, od 1971 członek rzeczywisty; por. *Historia Wydziałów Lekarskich...*

lizujący się w medycynie nuklearnej i jednocześnie protegowany Laskowskiego, reprezentował w tym względzie podobne, mocno konserwatywne stanowisko. Osobista niechęć do Koszarowskiego – głównego propagatora onkologii nowoczesnej i zachodnioeuropejskiej (z silną pozycją chirurgii onkologicznej i epidemiologii nowotworów) – nie poprawiała sytuacji. Przewaga Jasińskiego, ugruntowana powiązaniem towarzyskimi z aparatem władzy, uniemożliwiła przeprowadzenie znacznych zmian w paradygmacie myślenia o priorytetach rozwoju onkologii. Narastające wewnątrz samego instytutu napięcie swój kulminacyjny moment osiągnęło pod koniec lat sześćdziesiątych.

Spór polityczno-personalny i nowy kierunek w polityce nowotworowej państwa

Mimo coraz wyraźniej dostrzeganej przez decydentów problematyki nowotworów, do końca lat sześćdziesiątych w odbywających się na szczeblu centralnym dyskusjach nie podnoszono kwestii inwestowania w poszerzenie dostępnej dla chorych infrastruktury onkologicznej (łóżek szpitalnych). Eksperti współpracujący z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej (kierowanym przez Jerzego Sztachelskiego) przeświadczeni byli o konieczności finansowania przede wszystkim badań naukowych. Podobne stanowisko podzielał dyrektor Jasiński, który – od lat skonfliktowany ze swoim zastępcą Koszarowskim – nie był entuzjastą epidemiologii nowotworów czy powiązanej z nią idei rozbudowywania infrastruktury onkologicznej i budowania nowoczesnych klinik. Skoncentrowany na działalności badawczej, w tym zwłaszcza na cieszącej się w tym czasie ogromną popularnością medycynie nuklearnej i biologii fizycznej, zabiegał przede wszystkim o priorytety – jak określał to Koszarowski – „grupy dyrektorskiej”. Dążył do budowy kolejnych laboratoriów i pracowni medycyny nuklearnej przy podopadającym już materialnie warszawskim instytucie, nawet kosztem inwestycji w podstawowy sprzęt leczniczy niezbędny w działaniach klinicznych⁴⁷.

W konflikt między dwoma dyrektorami, reprezentującymi *de facto* dwie odmienne wizje rozwoju polskiej onkologii, zaangażowały się najwyższe władze państwa. Koszarowski promował przede wszystkim projekt budowy nowego, nowoczesnego i pozwalającego pomieścić co najmniej kilkaset łóżek tzw. kompleksywnego centrum onkologicznego, pozwalającego na zgromadzenie w jednym miejscu wszystkich specjalistów i bazy laboratoryjnej z zakresu szeroko pojętej onkologii⁴⁸. Wizjonerska i pionierska idea stworzenia w Polsce takiego centrum, zaspokajającego potrzeby chorych onkologicznie na parę dziesięcioleci, była jednak

⁴⁷ T. Koszarowski, *Urywki wspomnień...*, s. 171.

⁴⁸ Idea centrum kompleksywnego, zaproponowana przez niego w 1967 r. na międzynarodowym kongresie onkologów w Tokio, co najmniej o siedem lat wyprzedziła rekomendacje WHO w zakresie organizowania placówek onkologicznych.

sukcesywnie torpedowana przez głównego dyrektora. Jak wspominał Koszarowski: „Dyskusja rozszerzyła się poza instytut i Ministerstwo Zdrowia, które nie poparło niestety projektu budowy Centrum. Natomiast kierownictwo wojskowej służby zdrowia (gen W[ładysław] Barcikowski), służby zdrowia MSW (dr R[oman] Dzierżanowski) i kolejowej służby zdrowia (dr M. Pertkiewicz) poparły projekt, deklarując nawet wsparcie materialne. Sprawa poza manewrami personalnymi wkroczyła na teren polityczny. Zainteresowali się nią wicepremier P[iotr] Jaroszewicz i prymas Polski Stefan Wyszyński (obaj znali instytut z własnych doświadczeń). Powstał nawet pomysł nadania inwestycji pewnego symbolu wspólnego dzieła rządu i episkopatu, który jednak nie został zrealizowany. Kierownictwo MZiOS i jego pionierzy inwestycyjne nadal były przeciwne i próbowały rozwiązać dyskutowany problem decyzjami restrykcyjnymi”⁴⁹.

Decyzje restrykcyjne oznaczały rzecz jasna usunięcie Koszarowskiego nie tylko z funkcji zastępcy dyrektora, ale również z Instytutu Onkologii w Warszawie. Podstawą do tego miały być listy, które wpłynęły do ministra zdrowia, KC PZPR oraz Prezydium Sejmu, negatywnie przedstawiające jego postępowanie i pracę w instytucie, w których domagano się jego zwolnienia. W rozmowie z ministrem Sztachelskim Koszarowski odmówił dobrowolnej zgody na swoje przeniesienie do Łodzi (na stanowisko dyrektora tamtejszego ośrodka). Jak wspominał: „Wypadało tylko czekać na wykonanie wyroku [i] rozejrzeć się za nowym zajęciem [...] przychodziło mi do głowy nawet prowadzenie taksówki, bo mogłem przecież nie znaleźć niczego w swoim zawodzie wobec stanowiska ministerstwa”⁵⁰.

Szczęśliwie dla onkologa był rok 1969, a opisana eskalacja konfliktu przypadła prawdopodobnie na moment tuż przed zmianami w rządzie Józefa Cyrankiewicza. Powołanie w czerwcu tego roku kolejnego składu przyniosło kluczowe dla Koszarowskiego zmiany w Radzie Ministrów – odwołanie Sztachelskiego i przejęcie funkcji ministra zdrowia przez Jana Kostrzewskiego (epidemiologa) całkowicie odwróciły bieg wydarzeń. Proponowana przez chirurga-onkologa koncepcja budowy wielkoskalowego centrum uznana została za słuszną i potrzebną. Konflikt personalny zaś rozwiązano przeniesieniem Władysława Jasińskiego na bardzo prestiżowe i – jak zaznaczał Koszarowski – lukratywne stanowisko doradcy rządu libijskiego do spraw organizacji medycyny nuklearnej w tym kraju, a jednocześnie reprezentanta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i eksperta w tej dziedzinie. Zwolnione stanowisko dyrektora instytutu przejął zaś formalnie od 1972 r. Tadeusz Koszarowski⁵¹.

⁴⁹ T. Koszarowski, *Urywki wspomnień...*, s. 173.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 174.

⁵¹ O ile rezultaty konfliktu przesądziły o decyzjach w sprawie wyboru kierunku polityki nowotworowej, o tyle przez kolejne dwa lata toczyły się jeszcze spory o lokalizację zaprojektowanego przez Koszarowskiego nowego centrum. W tych debatach wciąż widoczne były pokłosia wcześniejszego napięcia personalnego: Jasiński, mający znaczące osobiste kontakty partyjne ze środowiskiem

Będące dla niego priorytetem rozbudowa terenowej siatki onkologicznych szpitali i klinik oraz budowa „komprehensywnego centrum” wpisane zostały w program kolejnego państwowego programu walki z rakiem ustanowionego na lata 1976–1990. W jego wytycznych jednym z priorytetowych elementów, poza infrastrukturą, było rozwijanie zaniedbanej dotąd oświaty nowotworowej – zarówno publicznej, jak i eksperckiej (kształcenie kadr medycznych). W 1977 r. onkologia jako odrębny kurs zaczęła być również wykładana na akademiach medycznych. W mediach znacznie częściej zaczęto publikować informacje o nowotworach, starając się również przebić z dyskursem o szkodliwości palenia papierosów i ich wpływie na zachorowalność na nowotwory złośliwe⁵².

Choć w kontekście oświaty nowotworowej do końca lat osiemdziesiątych pojawiało się wiele problemów i trudności (najważniejszym z nich był brak pomysłu na skuteczne dotarcie do społeczeństwa), to już pod koniec dekady efekty ustanowionego w 1976 r. trzeciego programu walki z rakiem (Programu Rządowego PR-6 „Zwalczanie nowotworów złośliwych”) okazały się być bardzo znaczące. Uruchomienie 11 kolejnych placówek regionalnych, sukcesywnie zaopatrywanych w coraz bardziej nowoczesne sprzęty, potrojenie liczby łóżek szpitalnych dedykowanych pacjentom onkologicznym (z 2 tys. na początku lat siedemdziesiątych do blisko 6 tys.) oraz prawie trzykrotny wzrost liczby specjalistycznych kadr⁵³ wynieść miały stan onkologii polskiej na poziom europejski⁵⁴.

2.

„W cieniu starszego brata?” – powojenne warunki pracy

Zanim tak się stało i zanim liczba onkologów i współpracowników Instytutu Onkologii zaczęła dynamicznie rosnąć, a opinia publiczna otrzymywać coraz więcej informacji o możliwościach leczenia, warunki pracy onkologów – infrastruktura,

śląskim, wysunął konkurencyjny pomysł przeniesienia centrali Instytutu Onkologii do Gliwic, ewentualnie budowy Centrum jako Regionalnego Centrum Śląskiego. Projektem zainteresował się wojewoda śląski Jerzy Ziętek (wojewoda od 1973), wykorzystując panujące w tym okresie nastroje. W końcu jednak po przekonaniu sekretarza Stanisława Kani (od 1971), uwzględniając względy merytoryczne (kadra, położenie) oraz tradycję instytutu, postanowiono budować nowe ogólnopolskie centrum w Warszawie. Śląsk zdecydował się na równoległą regionalną inwestycję w Gliwicach, prowadzoną przez Wojewódzki Wydział Zdrowia; *ibidem*, s. 182–183.

⁵² Nie było to proste nie tylko ze względu na przyzwyczajenia i mentalność społeczeństwa, ale również na podejście sowieckiej nauki do konsekwencji palenia – nikotyna jako substancja szkodliwa dla układu nerwowego, wywołująca wiele chorób, ale niekoniecznie jak w świecie zachodnim wiązana z rakiem, zob. np. T. Starks, *Cigarettes and Soviets. Smoking in the USSR*, Ithaca 2022.

⁵³ Z. Wronkowski, E. Towpik, *Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie*, <https://www.pib-nio.finn.pl/bipkod/001/001> (dostęp: 15 V 2023).

⁵⁴ R. Furman, *Drogi do onkologii. Liderzy patrzą wstecz*, Warszawa 2017, s. 73.

wyposażenie, dostęp do najnowszej wiedzy medycznej, wymiany doświadczeń z kolegami z zagranicy – były bardzo problematyczne. Sama profesja radioterapeuty czy onkologa długo też nie cieszyła się zbyt dużym uznaniem. Drugorzędny status onkologii sprawiał jednak, że niejednokrotnie zostawali nimi świetni lekarze, którym wcześniej z uwagi na kwestie polityczne odmawiano możliwości kariery w instytutach bardziej prestiżowych (w tym m.in. w akademiach medycznych). Dobrym tego przykładem były losy bardzo szanowanego i praktykującego do dziś prof. Andrzeja Kułakowskiego, który z onkologią związał się zawodowo po tym, jak z przyczyn politycznych uniemożliwiono mu pracę w Warszawskiej Akademii Medycznej: „okazało się, że są do mnie zastrzeżenia natury politycznej. Zabrzmiało to groźnie, to był przecież rok 1953, stalinizm trzymał się jeszcze mocno. Postanowiłem to wyjaśnić. Zastrzeżenia związane były z osobą mojego ojca, oficera «Dwójki», zmarłego jeszcze przed wojną. Bezsens zastrzeżeń był oczywisty, ale takich opinii w partii się nie odwoływało. Profesor [Jan] Nielubowicz wiedząc, że nie będę mógł dostać asystentury u niego, napisał dla mnie list polecający do T. Koszarowskiego, który w instytucie otwierał właśnie oddział chirurgiczny. 1 sierpnia 1953 r. rozpocząłem pracę jako asystent w Instytucie Onkologii”⁵⁵.

Funkcjonowanie onkologii nieco na obrzeżach akademii wiązało się zarówno z opisywaną wcześniej ambiwalencją względem naukowego statusu tej dziedziny medycyny, jak i z charakterystyką codziennej pracy klinicznej lekarzy i personelu. O tym, jak była psychicznie obciążająca i zwyczajnie trudna pisał jeszcze w 1951 r. w swoich raportach Stanisław Bylina. Dotyczyło to zarówno pielęgniarek, z których „wiele odeszło z pracy, bo nie wytrzymało obciążenia pracy przy chorych rakowatych [...] lub po kilku dniach lub tygodniach pracy psychicznie się załamywały”⁵⁶, jak i lekarzy, których w ciągu około trzyletniej działalności szpitala przeciwrakowego przewinięło się blisko 18, jednak „żaden z nich nie przepracował 2 lat”, a powodem odejścia były albo „problemy zdrowotne, albo złe samopoczucie przy pracy z chorymi rakowatymi”⁵⁷.

O stałym istnieniu tego problemu świadczą także późniejsze wspomnienia lekarzy. O zjawisku tym opowiadał również rozpoczynający pracę w latach siedemdziesiątych Janusz Meder: „Wtedy wprowadzono metodę bardzo okaleczających zabiegów przy nowotworach zlokalizowanych w rejonie głowy i szyi. Nie było jeszcze takich doskonałych metod rehabilitacji jak dzisiaj, odpowiedniego protezowania. Pamiętam bardzo trudne dla mnie sytuacje, w których ci pacjenci po tych operacjach byli bardzo okaleczeni. Mieli albo tylko jakiś gazik położony i jak się odkrywało to się widziało przekrój przez głowę człowieka, głęboką ranę

⁵⁵ *Ibidem*, s. 55.

⁵⁶ „Materiały z postępowania prokuratorskiego przeciwko dyr. Stanisławowi Bylinie – dyrektorowi Państwowego Instytutu Przeciwrakowego w Gliwicach (1951–53)”, IPN, BUWA III, 5320–1119–4–21, s. 20.

⁵⁷ *Ibidem*, s. 23.

pooperacyjną; jakieś nieudolne, sztuczne oka, jeszcze wtedy nie było takich technik jak dziś doskonałych; jakieś zamaskowanie opaską na oko, albo mieli jakieś koszarne protezy, które było widać na odległość [...] a do tego jak ich się napromieniało, to to się tylko pogłębiało przez odczyn popromienny [...]. Wielki stres czuli ci pacjenci, chodzili pozakrywani szalami [...] miałem wtedy kryzys, zacząłem się zastanawiać, czy ja psychicznie będę zdolny, by tak pracować⁵⁸.

Meder wspomina tu o dwóch charakterystycznych, stosowanych do końca lat siedemdziesiątych metodach leczenia – o przeprowadzaniu tzw. operacji doszczętnych, polegających na usunięciu zmiany chorobowej wraz z całym narządem, a nawet pobliskimi węzłami chłonnymi według zasady „im więcej tym lepiej”, oraz o wywołującym wiele skutków ubocznych napromienianiu za pomocą mało zaawansowanych technicznie sprzętów. Dominująca wówczas brachyterapia (polegająca na umieszczeniu źródeł promieniotwórczych w obrębie guza nowotworowego lub w jego sąsiedztwie⁵⁹) w polskich warunkach przeprowadzana była manualnie, poprzez aplikowanie miejscowo dawek radu, powodowała więc nie tylko napromieniowanie pacjentów, ale też personelu medycznego dawkami, które obecnie byłyby niedopuszczalne z punktu widzenia ochrony radiologicznej⁶⁰. Zresztą także i ten problem podnoszony był w 1951 r. przez Stanisława Bylinę w jego sprawozdaniu: „walka o kadry zaczęła się od roku 1949 r. po powołaniu do wojska 3 dobrze zapowiadających się lekarzy i ustąpieniu kilku dalszych [...] okazało się, że z powodu przeciążenia pracą w szkodliwych dla zdrowia warunkach 53% personelu pielęgniarskiego i lekarskiego doznało pierwszych objawów uszkodzenia aparatu krwiotwórczego pod działaniem energii promienistej i spadku trzech wartości obrazu krwi – hemoglobiny, erytrocytów i leukocytów⁶¹. O trudnych do przestrzegania zasadach BHP w instytutach onkologii i w tworzonych w terenie poradniach i szpitalach onkologicznych raportowali również kontrolujący te obiekty sprawozdawcy⁶².

Dopiero pod koniec lat siedemdziesiątych, wraz z upowszechnieniem się nowych technik radioterapii (technika „afterloadingu”, tzw. następowego ładowania

⁵⁸ Zapis rozmowy autorki z dr. n. med. Januszem Mederem z 19 października 2022 r.

⁵⁹ Zob. *Brachyterapia w leczeniu*, <https://www.zwrotnikraka.pl/brachyterapia-co-to-jest/> (dostęp: 21 VI 2023).

⁶⁰ W. Bulski, B. Gwiazdowska, A. Pruszyński, J. Rostkowska, *Infrastruktura radioterapii w Polsce*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 57, 2007, 5, s. 489.

⁶¹ „Materiały z postępowania prokuratorskiego przeciwko dyr. Stanisławowi Bylinie – dyrektorowi Państwowego Instytutu Przeciwrakowego w Gliwicach (1951–53)”, IPN, BUWA III, 5320–1119–4–21, s. 27.

⁶² W sprawozdaniu pokontrolnym z instytutu w Gliwicach w 1960 r. pisano: „instytut w Gliwicach [...] jest największą w kraju jednostką leczoną izotopami. Zatrudniają 375 pracowników z czego 214 narażonych jest na promieniowanie. Instytut wykazuje braki pod względem bhp. Do najważniejszych należy brak właściwej ochrony personelu – nieprowadzenie badań okresowych”, AAN, MZiOS, Zjazdy, konferencje, narady: protokoły, załączniki, 1960–62, sygn. 1/149, s. 6.

źródła⁶³) oraz pojawieniem się pierwszych tego typu aparatów w polskich placówkach możliwe stało się znacznie bardziej precyzyjne dawkowanie promieniowania i jednocześnie niemal całkowite wyeliminowanie ryzyka dla personelu⁶⁴. Choroba popromienna (i białaczki) wśród radioterapeutów nie była jednak rzadkością, wielu z nich, jak wspominał cytowany onkolog, zmarło przedwcześnie.

A zatem z jednej strony kontrowersje towarzyszące odrębności onkologii jako dziedziny medycznej i ambiwalencja w środowisku medycznym względem wyłączności onkologów na wiedzę dotyczącą leczenia nowotworów złośliwych, z drugiej ograniczenia finansowe i ciężar psychiczny pracy z pacjentami onkologicznymi oraz zagrożenia zdrowotne dla samego personelu sprawiały, że praca w ośrodkach onkologicznych nie należała do najprzyjemniejszych.

W tej sytuacji nie dziwi też, że co najmniej do początku lat siedemdziesiątych ani specjalizacja radioterapeutyczna, ani praca w powstających już szpitalach onkologicznych nie cieszyły się wśród adeptów medycyny popularnością. Dochodziło do tego również wcześniej opisywane przekonanie o nieuleczalności choroby, które równie skutecznie odstraszało młodych lekarzy od pracy z pacjentami nowotworowymi.

Przełom technologiczny, w tym postępy medycyny nuklearnej (oraz fizyki medycznej), a także pojawienie się nowych, coraz bardziej skutecznych terapii leczniczych (chemioterapia, hormonoterapia), odejście od operacji doszczętnych i pojawienie się rehabilitacji zaczęły zmieniać nie tylko charakter pracy onkologów, ale również – powoli – wyobrażenia o skuteczności prowadzonych przez nich działań.

Nowe, wykorzystywane również politycznie i propagandowo znaczenie onkologii także pośrednio przekładało się na wzrost atrakcyjności profesji. Nie bez znaczenia bowiem pozostawał kontekst międzynarodowy, w tym zapoczątkowana przez Richarda Nixona (*National Cancer Act*, 1971 r.) i realizowana z wielkim rozmachem amerykańska krucjata przeciwko chorobom nowotworowym. Rozpędzająca się dynamicznie od drugiej połowy lat pięćdziesiątych współpraca instytutów onkologii z ośrodkami zachodnimi, już na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych owocować zaczynała coraz wyższą pozycją polskich onkologów w środowisku międzynarodowym – zwłaszcza amerykańskim czy francuskim – choć, jak zaznaczał Koszarowski, wciąż byli oni niedoceniani w kraju ojczystym⁶⁵. W 1972 r., po zmianie w kierunkach wewnętrznej polityki nowotworowej

⁶³ Technika ta polega na umieszczeniu w jamach ciała, w tkankach lub na powierzchni skóry prowadnic z nieaktywnymi markerami źródeł radioaktywnych. Po przeprowadzeniu radiograficznej lokalizacji, na miejsce markerów wprowadza się (manualnie lub automatycznie) źródła radioaktywne.

⁶⁴ W wielu przypadkach pierwsze urządzenia do afterloadingu pojawiły się w onkologicznych placówkach dopiero w latach osiemdziesiątych lub dziewięćdziesiątych XX w.

⁶⁵ W swojej relacji z rozmowy z Koszarowskim dziennikarka „Przekroju” w 1979 r. pisała: „Profesor przyznaje, że onkologia polska być może lepiej jest znana za granicą niż w kraju, co i dobrze,

i wyraźnie dostrzegającym również w ZSRR nowym kursie w badaniach nad rakiem (czego wyrazem była podpisana z USA dwustronna współpraca w tym zakresie), także Polska, po warszawskiej wizycie Franka Rauschera, głównego organizatora Nixonowskiego Programu Zwalczenia Raka, podpisała długoletnią umowę o współpracy z amerykańskim Narodowym Instytutem Raka.

Szeroko nagłaśniana w mediach krajowych budowa ursynowskiego centrum onkologii, na którego placu budowy wielokrotnie fotografowali się i wypowiadali kolejni dygnitarze, oraz prowadzona w ramach Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia zbiórka publiczna, której towarzyszyły już bardziej zaawansowane akcje oświatowe, bez wątplenia przekładały się na wzrost prestiżu i znaczenia nie tylko samej onkologii, ale i reprezentujących ją specjalistów.

Polityczne uwikłania – infiltracja i strategie przystosowawcze

Omówione wyżej długotrwałe, drugorzędne znaczenie problematyki nowotworowej w polityce zdrowotnej państwa powodowało, że choć instytuty nie były obiektami szczególnego zainteresowania, to jednak nie zwalniało to ich całkowicie z politycznych wpływów, uwikłań czy inwigilacji.

Na początku lat pięćdziesiątych, gdy ideologizacja życia codziennego i nauki dostrzegana była najsilniej, również i w instytutach onkologii pojawiały się naciśki i napięcia, przede wszystkim związane z lansowaniem „doktryn radzieckich, odnoszących wszystkie zjawiska fizjopatologiczne do mechanizmów nerwowych – przede wszystkim do układu mózgowo-współczulnego (zwulgaryzowana nauka Pawłowa, Wiszniewskiego itp.)”⁶⁶. Jak wspominał jeden z lekarzy: „najechały całe watahy różnych ekspertów, badających, oceniających, konsultujących”⁶⁷, które nie ominęły również i tych ośrodków.

kontakty międzynarodowe bowiem niezbędne są dziś dla swobodnego przepływu nowych odkryć i idei, dla zorientowania się «gdzie jesteśmy», dla pożytecznej wymiany doświadczeń. [...] Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie dostał się na okładkę nader ekskluzywnego organu «Cancer Research», co jest wyróżnieniem, analogicznym jak w skali prestiżu społecznego, dostanie się na okładkę «Time». Polska onkologia stworzyła jedną z pierwszych w Europie [...] epidemiologii chorób nowotworowych [...], stworzyła wyodrębnioną specjalizację medyczną i związany z nią system organizacyjno-leczniczy, a także pojęciowy onkologii, powołała do życia wyodrębnioną sieć stopniowego leczenia onkologicznego oraz metody współpracy z lekarzami innych specjalności. [...] Doświadczenia te są na tyle oryginalne i ważne, że na świecie uznaje się je za modelowe. Np. dyrektor Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia uznał Polskę za jeden z krajów pod względem modelu organizacji walki z rakiem wzorcowych dla systemu organizacji zwalczania raka», *Bez cudów, ale i bez tajemnic, Wiesława Grochala pisze o dziele prof. T. Koszarowskiego*, „Przekrój” 1979, nr 36, s. 4, <https://przekroj.pl/archiwum/artykuly/78103?f=szukaj:Bez%20cudow> (dostęp: 21 VI 2023).

⁶⁶ T. Koszarowski, *Urywki wspomnień...*, s. 130.

⁶⁷ *Ibidem*, s. 155.

Na przełomie 1951 i 1952 r. wszystkie polskie placówki onkologiczne wizytowane były przez reprezentującego Instytut Onkologii w Leningradzie Aleksandra Rakowa, który jednak, wbrew obawom lekarzy, nie zakwestionował odmiennej niż praktykowana w ZSRR metody znieczulania przedoperacyjnego. Takie stanowisko Rosjanina, pisemnie poświadczone w ministerstwie „miało wielką wagę i pozwoliło w dużym stopniu realizować dotychczasowe zamierzenia rozwoju onkologii polskiej. Było to dla nas ważne wobec nacisków różnych wazelinarzy, głównie spośród powracających z ZSRR, którzy bezwstydnie mądrzyli się i panoszyli. Zresztą większość z nich szybko opuściła nasz kraj, a pewnie i zapatrywania na wyższość znieczulenia miejscowego”⁶⁸. Uznana w trakcie wizyty i w późniejszych rozmowach polsko-radzieckich dość znaczna swoboda działań merytorycznych polskich onkologów nie oznaczała oczywiście ich pełnej autonomii, choć wyraźnie widać, że nie było silnego kursu na ideologizację tej gałęzi medycyny.

Ślady politycznych zależności i charakterystycznych dla instytucji komunistycznych mechanizmów funkcjonowania w różnych kontekstach pojawiają się w relacjach i wspomnieniach ówczesnych lekarzy (nie tylko warszawskich). Utrudnienia w ścieżce kariery, awansach czy choćby w dostępie do oferty stażowej i stypendialnej przewijają się dość często i były zdaje się najbardziej powszechnym narzędziem rozgrywania wewnętrznych układów. Często też – jak w przypadku opisywanej przez Koszarowskiego sytuacji z końca lat pięćdziesiątych, praktyki te nakładały się na konflikty personalne: „Niestety do wrogich praktyk [przełożonego] dołączył jeden z moich współpracowników, awansowany do składu dyrekcji. Między innymi postępkami szczególnie dla mnie bolesnym było przejmowanie materiałów moich badań, a nawet publikowanie pod własnym nazwiskiem; na nic zdawały się moje protesty u dyrektora Instytutu. Gdzieś w końcu lat 50. bomba wybuchła. Instytut otrzymał paromiesięczne stypendium do USA, dyrektor przyznał je temu wyżej wspomnianemu – miał do tego prawo. Po pewnym czasie zjawiła się w Polsce kierowniczka wydziału współpracy z zagranicą American Cancer Society. Odwiedziła mnie i zapytała, czy to ja właśnie zajmuję się, opracowuję i odpowiadam za działalność merytoryczno-organizacyjną naszego Instytutu i walkę z rakiem w Polsce [...]. Wyraźnie oburzona ujawniła mi, że prace te i ich wyniki przedstawił jako swoje w USA wyżej wymieniony stypendysta. Tego było za wiele – zgłosiłem się do ministra zdrowia Sztachelskiego, żądając uwolnienia mnie od tak nielojalnego i nieuczciwego współpracownika. Zagroziłem upublicznieniem całej afery, a nawet sprawą sądową. Po różnych dalszych perypetiach człowiek ten został przeniesiony do innego instytutu – na wyższe stanowisko!”⁶⁹.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 156–157.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 165–166.

O ile decyzje o przyznaniu stypendium leżały bardziej w gestii dyrekcji instytutowej (rekomendującej poszczególnych kandydatów), o tyle zgody na wyjazdy konferencyjne do poszczególnych ośrodków wydawane były przez konsylium na szczeblu ministerialnym. Ze względów „oczywistych” co najmniej do połowy lat pięćdziesiątych (ale również i później) najbardziej promowane były wyjazdy do ZSRR i krajów bloku.

Jak pokazują źródła, dopiero po odejściu od twardego kursu stalinowskiego wymiana międzynarodowa ponownie stała się bardziej dostępna, choć w protokole resortu zdrowia w 1959 r. podkreślano niezmiennie priorytetowość współpracy z ZSRR oraz konieczność „ostrożnego wybierania kandydatów do wyjazdów na zachód, nie tylko ze względów merytorycznych, ale także i politycznych”⁷⁰. Ten sam warunek nie istniał z drugiej strony, stąd też po 1958 r. Instytut Onkologii wizytowało wielu czołowych onkologów szwedzkich, francuskich czy brytyjskich⁷¹.

Rosnąca w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych za sprawą poszerzanych kontaktów i współpracy międzynarodowa pozycja polskiej onkologii zmieniała bez wątpienia także wewnętrzną sytuację instytutów. Wzrost prestiżu i znaczenia „polityki nowotworowej” w polityce wewnętrznej sprawiały, że środowisko naukowe tym bardziej nie było wolne od infiltracji. Jak wynika z relacji Marka Pawlickiego, każdy z ośrodków miał „swojego”, dość dobrze znanego inspektora (funkcjonariusza SB), którego pojawienie się w instytucie budziło z reguły przestrasz, oznaczając kłopoty któregoś z pracowników⁷². Donosy nie stanowiły bowiem rzadkości. Niekiedy, jak w przypadku Pawlickiego, skutkowały „jedynie” kilkuletnim blokowaniem awansu (wstrzymywaniem zatwierdzenia profesury), innym razem jednak grozić mogły bardziej realnymi konsekwencjami, z utratą pracy włącznie⁷³.

Ingerencje i naciski ze świata polityki przybierały też jeszcze inny charakter, który w sposób bardzo bezpośredni opisywał na przykładzie Krakowa wspomniany Marek Pawlicki, który w 1974 r. otrzymał kierownictwo nowo utworzonej kliniki chemioterapii: „Kiedy zostałem kierownikiem kliniki [dyrektor Hanna Kołodziejska-Wertheim] ostrzegła mnie, jak bardzo będę «pod silnym obstrzałem» jako niepartyjny kierownik, stosunkowo młody jak na szefa, więc żebym nie dał się skusić jakimś protekcjonizmem czy innymi nieczystymi sprawami”⁷⁴. Jak wynika z dalszej relacji Pawlickiego, jedną z owych „nieczystych spraw” były prawdopodobnie częste już wcześniej telefony „z góry” o protekcyjne przyjęcie

⁷⁰ „Protokół 15/59 z posiedzenia Ministerstwa Zdrowia z dn. 2 IV 1959 r.”, AAN, MZ, sygn. 1/42, Posiedzenie Kolegium Min. nr 15–20; protokoły, załączniki, 1959, s. 1–3.

⁷¹ A. Kułakowski, *Współpraca polskich onkologów z krajami Europy Centralnej i Wschodniej (RWPG) w latach 1973–1990*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 61, 2011, nr 5, s. 501–508.

⁷² M. Pawlicki, *Wyjście z ciemności. Opowieści onkologa*, Łomża 2014, s. 76.

⁷³ *Ibidem*, s. 79.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 71.

jakiegoś chorego, które dotąd nieprzejednana Kołodziejska dość konsekwentnie ignorowała. „Efekt sprawiedliwej polityki pani profesor, niereagującej na żadne protekcyjne telefony «czy możecie przyjąć?» był taki, że mieliśmy samych wrogów, zwłaszcza na akademii medycznej i u włodarzy naszego miasta. Zmieniłem jej zasady, ale jawnie i trochę przewrotnie: jeżeli dzwonił pan profesor X, [...] kardynał X [...] to wszystkie protekcje załatwialiśmy ostentacyjnie, z nagłośnieniem, ale i z bezwzględną zasadą, że przyjęcie protegowanego nie oznacza odesłania do domu innego pacjenta, który ma termin. [...] W historii choroby pisaliśmy: chory przyjęty na prośbę sekretarza komitetu, kurii, burmistrza itd., by po latach ktoś nie pomyślał, że lekarze wzięli pieniądze za to zdanko «poza kolejką». Oczywiście w miesiącu był to jeden czy dwóch chorych, ale zyskaliśmy opinię ludzi życzliwych i takich z którymi można współpracować⁷⁵».

Takie telefony były oczywiście „normą” także i w innych oddziałach instytutów, z warszawskim na czele. Brak wystarczającej liczby łóżek dla pacjentów onkologicznych, mimo rozbudowywania infrastruktury niemal do końca PRL, był jednym z największych ograniczeń w leczeniu i stanowił w związku z tym jedną z najbardziej newralgicznych przestrzeni odgórných nacisków czy ingerencji.

Wdzierając się do instytutów upolitycznienie było oczywiście elementem znanym także innym ośrodkom naukowym czy akademickim w kraju. Pojawia się od razu pytanie, jak przekładało się ono w praktyce na atmosferę pracy. Poza opisywanym wcześniej okresem stalinowskim pracownicy instytutów onkologii raczej nie wspominali o atmosferze wzajemnej nieufności czy podejrzliwości, choć i w późniejszych dekadach docierały do nich informacje o donosach i obserwacji danych pracowników przez agentów SB. W relacjach z tego czasu na plan pierwszy wysuwa się zwykle deklarowana lojalność i konsekwentna postawa kierownictwa – najczęściej stojącego po stronie pracowników i nierzadko ryzykującego częściową lub pełną odpowiedzialność za działania podwładnego: „W drugim dniu stanu wojennego zgłosili się do mnie znajomi z KOR-u z takim problemem: jest pisarka czy malarka, czterdziestoparoletnia, cierpiąca na astmę oskrzelową: wisi na nią internowanie, co w warunkach ciągłych astatycznych ataków grozi utratą życia. [...] w ambulatorium napisałem rozpoznanie – podejrzenie raka płuc i przy sfalszowanej dokumentacji pani została przyjęta na oddział. Zachowywała się jak skończona kretynka. Porozrzuciła na stoliku całe podziemne akcesoria – jakieś obrazki, jakieś książeczki. Ale pomogła życzliwa postawa dyrektora instytutu, prof. [Jana] Skołyśzewskiego, który przyjął wszystko z kamienną twarzą i spokojem⁷⁶».

W podobnym tonie wspominało i nadal wspomina się postawę Koszarowskiego, który, jak zaznaczała jedna z jego pracownic, Olga Mioduszevska, w imię

⁷⁵ *Ibidem*, s. 72.

⁷⁶ *Ibidem*, s. 76.

wyznaczonego sobie celu (budowy infrastruktury onkologicznej) był gotów na wszystko: „realizował je z pomocą przyjaciół, stosunków z osobami z przedwojennego warszawskiego środowiska, miru wśród onkologicznych współplemienników różnych narodowości. Realizował je *per fas* – a gdy trzeba było – także *per nefas*. Nieraz, jak się sam wyrażał, dla osiągnięcia należytego celu trzeba było połknąć żabę. Wobec Jego determinacji, ten cel uświęcał wszystkie środki”⁷⁷.

Sprawczość zarówno Koszarowskiego, jak i innych przywołanych tutaj onkologów wynikała jednak nie tylko z cech charakteru, ale w dużym stopniu była ona efektem dobrej znajomości mechanizmów funkcjonowania w PRL-owskiej rzeczywistości. Działanie w bezwzględnym systemie wymagało bowiem nie tylko odporności, odwagi czy inteligentnych strategii przystosowawczych, ale czasami również szybkiej, choć i niekomfortowej reakcji. O takiej wspominała również cytowana wcześniej Mioduszevska: „W nadzorowaniu rozwoju naszej dziedziny w całym kraju zdarzały się manipulacje przykre i czasem krzywdzące ludzi. Gdy trzeba było usunąć nieodpowiednio wybranego ordynatora jednego z terenowych oddziałów onkologicznych, trzeba było zmontować przeciwko niemu akcję negatywnych opinii zawodowych [...]. Były to owe chwile trudnych decyzji, które – w opinii Profesora – musiały być podjęte dla realizacji nadrzędnego celu”⁷⁸.

Sprawcze działanie reprezentantów onkologii dość często – jak wynika z dostępnych mi materiałów – dotyczyło przeciwdziałania odgórnemu obsadzeniu stanowisk kierowniczych w ośrodkach i instytucjach onkologicznych ludźmi niekompetentnymi, choć dobrze umocowanymi politycznie. Podobne zjawisko opisywała dla końca lat pięćdziesiątych konsultantka onkologiczna w Łodzi, Danuta Gajl. Dzięki temu, że już wcześniej udało się zjednać przychylność i sympatię wojewódzkiego sekretarza PZPR w Łodzi, Michaliny Tatarówny-Majakowskiej, zwanej lokalnie „księżną łowicką”, działania Gajl również cechowały się wysoką skutecznością: „W sprawie zmiany dyrektora poszłam na rozmowę z Kierownictwem Wydziału Zdrowia. Nie przeczyli, że dr Sawiński nie nadaje się do prowadzenia oddziału, ale powinnam wiedzieć, że nie można go zwolnić. Spytałam czy nie będą robić trudności, jeżeli załatwię to w Komitecie (Wojewódzkim). Po raz kolejny poszłam więc do p. Tatarówny. Oświadczyłam, że dr Sawiński mający prawie 60 lat nie jest odpowiednim kandydatem, gdyż nowa specjalizacja zajmie mu około 5 lat, a potem emerytura. Nie wątpię, że dr [Janusz] Induski (Kier. WZ) znajdzie dla niego inne miejsce, a ja mam młodego, aktywnego lekarza wojskowego. P. Tatarówna przytaknęła mi i obiecała, że załatwi sprawę z dr Induskim, a nawet z gen. [Marianem] Spychalskim, ministrem obrony narodowej. I tak się stało”⁷⁹.

⁷⁷ O. Mioduszevska, *Wspomnienie*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 547.

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ D. Gajl, *op. cit.*, s. 591–592.

Nie wszystko jednak było możliwe do załatwienia, a reguły funkcjonowania w komunistycznej rzeczywistości często oznaczały konieczność uznania narzuconych granic, przyjęcia odgórných decyzji oraz cierpliwego lub konsekwentnego czekania na zmianę. Taką sytuację obrazowały kulisy budowanego centrum ursynowskiego, zwłaszcza w okresie stanu wojennego, gdy, jak wspominał Jerzy Rybicki: „Po słynnym «skoku Wałęsy przez mur» budowa praktycznie zamarła. Przedsiębiorstwa poczuły się samodzielne i zeszły z placu budowy – sterczały tylko szkielety rozpoczętych budynków. [...] Profesor [Koszarowski] nie tracił nadziei i powiedział do mnie «Panie Jerzy, oni tego już nie rozbiorą». W krótkim czasie uzyskał poparcie generała [Wojciecha] Jaruzelskiego i na budowę wrócili robotnicy”⁸⁰.

Determinacja w realizacji wyznaczonych celów i umiejętność prowadzenia negocjacji z władzą z pewnością powiązane były z osobowością onkologa, ale skuteczność i efektywność jego działań nie byłyby zapewne możliwe bez dużego autorytetu, zarówno krajowego, jak i międzynarodowego, jaki go cechował. Kontekst lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych również nie był bez znaczenia. Pomimo formalnej amerykańsko-radzieckiej współpracy w zakresie walki z rakiem, był to też obszar dość wyrazistej (medialnej) rywalizacji między Wschodem i Zachodem⁸¹.

Z uwagi na obowiązek przestrzegania tajemnicy lekarskiej, nie udało mi się pozyskać informacji, kto z ówczesnego politycznego establishmentu miał doświadczenie choroby nowotworowej, czy bliscy leczeni byli „poza kolejką” w którymś z PRL-owskich ośrodków onkologicznych. Docierająca już w tym czasie do społeczeństwa (w tym sensie decydenci również stanowili jego część) wiedza i przekonanie o możliwości wyleczenia choroby mimo wciąż ogromnej społecznej „rakofobii” i powiązanej z nią tabuizacji (skutkującej też społecznym wykluczeniem/naznaczeniem osób chorujących) sprawiała, że w takim spotkaniu onkologa z politykiem Foucaultowska „wiedza – władza” w zupełnie innym położeniu stawiała (choćby potencjalnie) eksperta dysponującego wiedzą o możliwościach leczenia. Czy jednak rzeczywiście tak było i czy niezwykła kurtuazja, z jaką traktowali w zachowanej korespondencji Koszarowskiego decydenci była tego wyrazem – tego nie udało mi się – i pewnie nie uda sprawdzić czy dowieść.

Podsumowanie

Proces tworzenia instytucji państwowych odpowiedzialnych za powojenną walkę z rakiem w znacznym stopniu stanowił kontynuację tradycji przedwojennej, silnie wiążącej leczenie nowotworów złośliwych z radioterapią. Przekształcenie Instytutu Radowego w Instytut Onkologii i wprowadzenie do obiegu naukowego nowej

⁸⁰ J. Rybicki, *Pro memoria*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 550.

⁸¹ Publikacje o osiągnięciach radzieckich w zakresie poszukiwania przyczyn chorób nowotworowych publikowane były w prasie ogólnopolskiej, w tym na łamach „Trybuny Ludu”.

nazwy napotkało wiele środowiskowych oporów, odzwierciedlających z jednej strony konsekwencje przerwanej wojną rozwoju polskiej medycyny, z drugiej wynikających z podtrzymywanych do drugiej połowy lat pięćdziesiątych ograniczeń w międzynarodowym transferze wiedzy. Nie tylko jednak onkologia jako nauka zmagiała się z problemami. Także realizacja ustanowionego w 1951 r. programu walki z rakiem napotykała na liczne systemowe i koncepcyjne trudności, powiązane zarówno z nastawieniem decydentów (marginalizacja problemu nowotworów), jak i z rozbieżnymi priorytetami członków dyrekcji samego Instytutu Onkologii, jako podmiotu w pełni odpowiedzialnego za zwalczanie i profilaktykę chorób onkologicznych.

Jak starałam się wykazać, idea myślenia o problemie chorób nowotworowych w kontekście nie tyle naukowo-badawczym, co również w kontekście zdrowia publicznego, epidemiologii i profilaktyki pojawiła się w powojennej dyskusji eksperckiej stosunkowo szybko. Mimo że deklaratorywnie została przyjęta przez władze PRL w porozumieniu z ZSRR (do którego wzorców systemowo-organizacyjnych nawiązywała), to co najmniej przez pierwsze dwie dekady powojenne w praktyce traktowana była po macoszemu zarówno przez czynniki decyzyjne, jak i przez samo środowisko akademii medycznych.

Mające miejsce w końcu lat sześćdziesiątych starcie koncepcji dwóch dyrektorów Instytutu Onkologii na poziomie symbolicznym odzwierciedlało starcie dwóch sposobów myślenia o systemowej, państwowej walce z rakiem. Albo, jak utrzymywał Tadeusz Koszarowski miała ona polegać na usprawnianej diagnostyce, szeroko dostępnej infrastrukturze i publicznej oświacie, albo, jak twierdził Władysław Jasiński, skoncentrowana miała być przede wszystkim na walce prowadzonej w laboratoriach naukowych, nastawionych na szukanie przyczyn lub skutecznych metod leczenia przerażającej choroby. Starcie obu tych koncepcji i dwóch charyzmatycznych liderów powojennej onkologii na jeszcze innym poziomie było też konfrontacją dwóch odmiennie rozumianych założeń państwowej, powszechnej opieki zdrowotnej. W koncepcji Jasińskiego dystansowała się ona mocno od społeczeństwa i indywidualnych pacjentów, koncentrując wyłącznie na państwowych instytucjach naukowo-badawczych i ambicjach środowisk eksperckich. W koncepcji Koszarowskiego, tak jak wcześniej Stanisława Byliny, kładących silny nacisk na wczesną diagnostykę, profilaktykę i dostępność infrastruktury na poziomie lokalnym, punktem skupienia stawał się natomiast nie tyle lekarz, co pacjent i jego potrzeby.

To dokonujące się w obszarze samej nauki przejście w myśleniu o sposobach walki z nowotworami spotykało się czasowo z jednej strony z wyraźnie dostrzeganym i sygnalizowanym przez demografów tzw. przejściem epidemiologicznym (spadkiem chorób zakaźnych i dynamicznym wzrostem tzw. chorób cywilizacyjnych), z drugiej zaś z powoli przenikającym również do krajów Europy Środkowej nurtem medycyny pacjentocentrycznej.

Rządzące się jednak swoimi prawami funkcjonowanie instytucji medycznych w systemie centralnego zarządzania bez wątpienia nie ułatwiało szybszego adaptowania wzorców medycyny zachodniej. Nawet w okresie marginalizacji problematyki nowotworów instytuty onkologii nie wolne były od wpływów i różnego rodzaju odgórných bądź politycznych nacisków, które wzmagala intensyfikująca się w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych współpraca i wymiana międzynarodowa. Jak pokazałam w drugiej części opracowania, w tym czasie niezwykle istotna stawała się umiejętność inteligentnej współpracy szefów poszczególnych placówek z agendami ministerialnymi, pozwalająca na zachowanie niezbędnej w pracy klinicznej autonomii. Jak sugerują też źródła, sprawczość i skuteczność dyrekcji instytutów, nie zawsze dysponujących zapleczem politycznym, bez wątpienia były wspierane i wzmacniane przez ich profesjonalizm i unikatową wciąż w PRL wiedzę fachową. Ta ostatnia, jak sugerują nieoficjalne informacje, wcale nie aż tak rzadko w pierwszej kolejności ratowała lub przedłużała życie, jeśli nie samym decydom, to chorym z ich najbliższego kręgu rodzinnego lub towarzyskiego.

Institutionalising the Polish Fight against Cancer: Between Science and Biopolitics (Summary)

The article attempts to show the extent of the interpenetration of post-war Polish medicine (oncology) with the politics (biopolitics) of the state and the everyday life of physicians. In the first part of the article, describing the process of creation of post-war state institutions, I attempt to answer the question of whether and to what extent the post-war ideologisation of public life influenced the direction of development of the Polish fight against cancer and to what extent the patterns of health policy implemented in the USSR and the iron curtain, tight until the mid-1950s, determined the possibilities for Polish oncologists to act and work. The second part of the article descends to the level of specific oncology institutes and analyses the day-to-day functioning of these centres. Through such an approach, this part attempts to show how, with the changes in personnel and the transformation of the political meaning of oncology and the fight against cancer as a “disease of modernity” taking place from the 1970s onwards, a shift took place in the Polish People’s Republic not only in the priorities of health or social policy of the state (the so-called “epidemiological transition”), but above all in the area of public discourse.

Bibliografia

- Bulski W., Gwiazdowska B., Pruszyński A., Rostkowska J., *Infrastruktura radioterapii w Polsce*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 57, 2007, nr 5, s. 487–517
- Chrzanowski A., *Instytut Curie w Krakowie. Pierwszy zakład leczenia radem Polsce*, „Nowotwory” 1979, nr 29, s. 237–241
- Fijuth J., *Powstawanie dyscyplin onkologicznych i jednostek w Instytucie Onkologii. Radioterapia*, w: *Materiały do historii Instytutu Radowego i Instytutu Onkologicznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w 80 rocznicę otwarcia*, red. E. Towpik, Warszawa 2012, s. 109–118
- Furman R., *Drogi do onkologii. Liderzy patrzą wstecz*, Warszawa 2017
- Gajl D., *Moje wspomnienie o początkach Ośrodka Onkologicznego w Łodzi*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 56, 2006, nr 5, s. 590–594

- Gliwicki Leksykon Historyczny, <https://leksykon.gliwice.pl/indeks/bylina/> (dostęp: 21 VI 2023)
- Gryglewski R.W., *O człowieku, który wykradł Niemcom rad*, „Po dyplomie”, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18895,o-czlowieku-ktory-wykradl-niemcom-rad> (dostęp: 21 VI 2023)
- Historia Wydziałów Lekarskich w Polsce*, <https://kham.cm-uj.krakow.pl/historia-wydzialow-lekarskich-w-polsce/#> (dostęp: 21 VI 2023)
- Kołodziejska H., *Aktualne problemy rozwoju organizacji walki z rakiem*, w: *Stan medycyny polskiej w opinii polskich towarzystw lekarskich*, red. T. Koszarowski, J. Nowicki, M. Stefanowski, Warszawa 1971, s. 182–188
- Koszarowski T., *Historia tworzenia i budowy Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie*, Warszawa 1998
- Koszarowski T., *Organizacja opieki nad chorymi na nowotwory złośliwe*, Warszawa 1970
- Koszarowski T., *Urywki wspomnień*, oprac. E. Towpik, Warszawa 2006
- Kto jest kim w Polsce*, red. B. Cynkier, Warszawa 2001
- Kułakowski A., *Współpraca polskich onkologów z krajami Europy Centralnej i Wschodniej (RWPG) w latach 1973–1990*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 61, 2011, nr 5, s. 501–508
- Łukaszczuk F., *Dwadzieścia pierwszych lat*, w: *Materiały do historii Instytutu Radowego i Instytutu Onkologicznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w 80 rocznicę otwarcia*, red. E. Towpik, Warszawa 2012, s. 53–72
- Magowska A., *The Fight against Cancer in Poland before 1939*, „Estudos do Seculo XX” 2012, nr 12, s. 335–346
- Mioduszevska O., *Wspomnienie*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 547
- Omran A.R., *The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change*, „Milbank Quarterly” 83, 2005, nr 4, s. 731–757
- Pawlicki M., *Wyjście z ciemności. Opowieści onkologa*, Łomża 2014
- Rybicki J., *Pro memoria*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 550–551
- Starks T., *Cigarettes and Soviets. Smoking in the USSR*, Ithaca 2022
- Tarłowska L., Towpik E., *Instytut Radowy w Warszawie podczas okupacji i Powstania Warszawskiego*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 53, 2003, nr 1, s. 74–86
- Towpik E., *Rozmowa „Nowotworów” z prof. dr. hab. med. Tadeuszem Koszarowskim – nestorem polskiej onkologii*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 50, 2000, nr 4, s. 377–381
- Tracz B., *Lekarz z zasadami*, „CzasyPismo” 2017, nr 1 (11), s. 34–41
- Wronkowski Z., Towpik E., *Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie*, <https://www.pib-nio.finn.pl/bipkod/001/001> (dostęp: 15 V 2023)
- Wronkowski Z., *Profesor Tadeusz Koszarowski – twórca polskiej myśli onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem epidemiologii i organizacji walki z rakiem*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 564–568
- Wspomnienia o prof. Tadeuszu Koszarowskim*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 52, 2002, nr 6, s. 532

Ewelina Szpak – dr hab., pracownik Instytutu Historii im. Tadeusza Manteuffla Polskiej Akademii Nauk. Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, koordynatorka kilku grantów badawczych (NCN) z zakresu historii społecznej PRL. Jest autorką trzech monografii naukowych dotyczących historii społecznej i kulturowej powojennej Polski, w tym *„Człowiek jest chory, kiedy go boli”. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 roku* (Warszawa 2018). Obecnie pracuje nad nową książką poświęconą społecznej historii nowotworów złośliwych w powojennej Polsce. Poza społeczną historią medycyny jej główne obszary badawcze obejmują historię mentalności, historię wsi, badania pamięci oraz historię środowiskową.

Kontakt: enka2@o2.pl