

## Autoreferat

I. Imię i nazwisko: Anna Marek

II. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe:

Doktor nauk humanistycznych w zakresie historia, nadany uchwałą Rady Naukowej Instytutu Historii Nauki PAN dnia 8.03.2007 r. na podstawie rozprawy: *Opieka nad chorym dzieckiem w opinii polskiej prasy medycznej Królestwa Polskiego w latach 1801-1908.*

III. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

Od 1.10.2003 asystent, od 2008 do chwili obecnej adiunkt w Zakładzie Historii Medycyny i Farmacji Katedry Nauk Społecznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

IV. Wskazanie osiągnięcie:

*Anna Marek, Leczenie ran wojennych w Powstaniu Warszawskim 1 sierpnia-2 października 1944, Warszawa 2014, ss. 359, wydawnictwo Bellona.*

Do początków XX wieku leczenie ran wojennych opierało się na poglądach, w myśl których wszystkie zranienia uznawano za czyste a nawet jałowe. Najskuteczniejszym postępowaniem było zatem ochranianie ran przed zakażeniem, co czyniono poprzez ograniczenie czynności w jej obrębie i założenie sterylne opatrunku. Zmiany w podejściu do ran wojennych i właściwego postępowania nastąpiły dopiero podczas I wojny światowej. Leczenie coraz większej liczby zranionych dotychczasowymi metodami, nie przynosiło oczekiwanych rezultatów, a nawet przyczyniało się do powstawania ciężkich powikłań. Tym bardziej, iż coraz więcej rannych miało rozległe zranienia wywołane bronią artyleryjską.

Badania nad „świeżymi ranami” prowadzili zarówno francuscy, jak i niemieccy lekarze. Uznano wówczas wszystkie rany wojenne za zakażone, a ich stan

uzależniony był od ilości i rodzaju zarazka oraz odporności organizmu. Już w początkach 1915 r. zaczęto stosować metodę zwaną débridement, polegającą na nacinaniu rany i otwieraniu znajdujących się w niej zachołków. Pozostawiano jednak obumarłe i zniszczone tkanki, co powodowało, iż często dołaczał się stan zapalny, co opóźniało wyzdrowienie. Szczególne zainteresowanie w świecie medycznym wywoływały prace chirurgów francuskich Henri Gaudiera i Fernanda Lemaitre'a o wycięciu rany i szwie pierwotnym. Metoda ta polegała na dostatecznie szerokim, w granicach tkanek zdrowych, usunięciu uszkodzonych elementów oraz ciał obcych a także zatamowaniu krwawienia. Wycięcie rany wykonywał chirurg, który podejmował działania w zależności od czasu, jaki upłynął od zranienia i oceny stanu ogólnego pacjenta oraz rodzaju zranionego narządu. Jeśli ranny dotarł do placówki medycznej szybko, po oczyszczeniu rany zakładano tzw. szew pierwotny, zaszywano „na głucho”. Natomiast gdy transport trwał dłużej, ranę zostawiano otwartą lub stosowano tzw. szew opóźniony. Zwykle zatem szew pierwotny wykonywano zanim upłynęło 10-12 godzin od zranienia, a rana była niewielka, płytka i umiejscowiona w okolicy dobrze ukrwionej. Większe zranienia – rany szarpane, zabezpieczano tzw. szwami sytuacyjnymi lub pozostawiano otwarte.

W Wojsku Polskim metodę wycinania ran stosowali już podczas wojny 1920 r. doktorzy Władysław Sieramski i Michał Latkowski. Jednak pozostali lekarze zapoznali się z nowymi zasadami dopiero w 1926 r. podczas przewrotu majowego. Wówczas to w oparciu o 212 przypadków stwierdzono, iż proces leczenia miał łagodniejszy przebieg, a rany goiły się szybciej niż leczone zachowawczo. Wielkim propagatorem metody chirurgicznego opracowania ran w dwudziestoleciu międzywojennym był płk. dr Tadeusz Sokołowski. Zdaniem dr Bolesława Szareckiego lekarze powołani do służby wojskowej w 1939 r. byli tylko teoretycznie zapoznani z nowymi metodami, ale brakowało im tak potrzebnego doświadczenia.

Polska wojskowa doktryna sanitarna kształtowała się przez cały okres istnienia II Rzeczypospolitej i składała się na nią pierwsza pomoc, transport poszkodowanych z pola walki oraz leczenie, w zależności od rodzaju i rozległości rany, w rozwiniętych punktach opatrunkowych, kolejno na poziomie batalionu, kompanii, dywizji oraz szpitala polowego, czołówki chirurgicznej a także szpitala ewakuacyjnego. Już w 1919 r. Ludwik Zembruski w pracy *Rys dzieł chirurgii wojennej* stwierdził, iż postępowanie z rannymi na polu walki czyli udzielenie pierwszej pomocy należałoby nazwać leczeniem ran. Każdy żołnierz Wojska Polskiego posiadał zatem w

wyposażeniu opatrunków osobisty. Jeśli rana była niewielka, pacjent był przytomny i zachował swobodę ruchów, pierwszy opatrunek zakładał sobie sam. W cięższych przypadkach pomocy udzielał sanitariusz. Do jego obowiązków należało przede wszystkim zaopatrzenie rany, w przypadku krwotoków nałożenie opaski uciskowej, a przy złamaniach zabezpieczenie kończyny, a następnie odtransportowanie poszkodowanego do punktu opatrunkowego, gdzie przeprowadzano segregację. Pracujący tam lekarz oceniał rodzaj uszkodzenia, stan ogólny pacjenta i decydował o szybkości przeprowadzenia ewakuacji. W pierwszej kolejności kontroli poddawano rannych w brzuch, czaszkę, klatkę piersiową i z uszkodzeniami naczyń krwionośnych. W szczególnych sytuacjach podejmował się wykonania zabiegów ratujących życie.

Poszkodowani pacjenci trafiali w dalszej fazie do szpitali polowych bądź tzw. czołówek chirurgicznych. Te pierwsze przystosowane były do przyjęcia dużych transportów rannych, natomiast drugie skupiały się głównie na działalności chirurgicznej, w przypadkach skomplikowanych i rozległych urazów. Przywiezieni do szpitala polowego pacjenci kolejny raz poddawani byli kontroli, po której przypisywani byli do poszczególnych grup, w zależności od pilności operacji. W pierwszej grupie znajdowały się osoby wymagające natychmiastowej pomocy chirurgicznej. W drugiej wszyscy wymagający pilnych działań medycznych. Trzecią grupę stanowili pacjenci niewymagający natychmiastowej pomocy, jednak ich stan uniemożliwiał dalszą ewakuację. Ostatnią grupę stanowili ranni w części miękkie oraz pacjenci z prostymi złamaniami, którzy mogli oczekiwać na przeprowadzenie czynności zabiegowych. Wedle obowiązujących regulaminów, każdy pacjent, który znalazł się w szpitalu, musiał mieć założoną kartę szpitalną, w której odnotowywano informacje o stanie zdrowia, wyglądzie jego rany, wykonanych czynnościach operacyjnych, w tym również o podaniu surowicy przeciwężcowej oraz transfuzji krwi.

Klęska wrześniowa 1939 r. nie tylko nie osłabiła ducha walki w Polakach, a wręcz doprowadziła do podjęcia oporu w warunkach konspiracyjnych. Już pod koniec września 1939 r. w Warszawie powstała organizacja Służba Zwycięstwu Polski, przekształcona w kolejnych latach w Armię Krajową (AK). Równocześnie ze strukturami wojskowymi w AK tworzone służby sanitarne, których organizacja opierała się na przedwojennym podziale kraju. Lekarzem naczelnym Okręgu Warszawskiego AK był od 1942 r. ppłk. dr Henryk Lenk „Bakcyl”. Do podstawowych zadań konspiracyjnej służby zdrowia należało: prowadzenie szkoleń i kompletowanie

kadr sanitariuszek do oddziałów liniowych, zaopatrzenie żołnierzy w opatrunki osobiste, przygotowanie niezbędnego sprzętu, w tym noszy i toreb sanitarnych dla patroli, gromadzenie w punktach materiału opatrunkowego i leków a także rozpoznanie i ewidencjonowanie pomieszczeń, które miały zostać wykorzystane jako przyszłe punkty opatrunkowe.

Podstawowym zatem działaniem było szkolenie kadr, w tym dziewcząt i młodych kobiet na różnego rodzaju kursach sanitarnych. Szkolenie kadry lekarskiej rozpoczęto jeszcze przed wojną, kiedy to w 1935 r. w warszawskim Instytucie Chirurgii Urazowej prowadzono kursy doskonalące lekarzy wojskowych w zakresie chirurgii. Podobne przeszkolenie prowadzono w Centrum Wyszakolenia Sanitarnego na Ujazdowie, które przeznaczone były dla starszych oficerów. Również w latach 30. XX wieku rozpoczęto organizowanie podyplomowych kursów specjalistycznych przeznaczonych dla kadry oficerów rezerwy. Z kolei lekarze cywilni po uzyskaniu dyplomu ukończenia studiów, odbywali praktyki w wojskowych zakładach służby zdrowia. Przed powstaniem udało się wyszkolić, według różnych danych, od 4 do 5 tys. kobiet. Podobnie mało precyzyjne dane dotyczą lekarzy. Według szacunków do walk w Warszawie przystąpiło od 500 do 900 lekarzy różnych specjalności oraz studentów medycyny ostatnich lat.

Kolejnym zadaniem służby sanitarnej było gromadzenie leków, materiału opatrunkowego i sprzętu medycznego na wypadek wybuchu powstania. Prowadzono je już od początków okupacji, pozyskując niezbędne środki z niemieckich szpitali i fabryk, uzyskując bezpłatne produkty od warszawskich farmaceutów, a także dokonując zakupów w sklepach i od paserów. Narzędzia chirurgiczne z kolei dostarczano do kraju drogą lotniczą, ale również nabywając w formie zakupów w składach firm medycznych. Część sprzętu stanowiła własność lekarzy, którzy przynosili go do wyznaczonych placówek. Ogółem według informacji zawartych w pracy *Polskie Siły Zbrojne* przed powstaniem przygotowano: 14 zestawów narzędzi chirurgicznych dla szpitali, 5-7 zestawów chirurgicznych dużych, około 800 kompletów toreb sanitarnych, około 700 sztuk noszy polowych i około 60000 opatrunków osobistych. Wydaje się jednak, że oficjalny stan aprowizacyjny był wyższy, bowiem oddziały na własną rękę zaopatrywały się w sprzęt i medykamenty. Biorąc pod uwagę założenia, iż powstanie miało trwać nie dłużej jak kilka dni, zebrane środki wydawać się mogły za wystarczające. Nikt nie przewidywał wówczas,

że walki przeciągną się aż do 2 miesięcy, a lekarze zetkną się z tak dużą liczbą rannych.

Do zadań stawianych przed konspiracyjną służbą medyczną należało również wyszukiwanie pomieszczeń przeznaczonych na punkty opatrunkowe. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w instrukcjach placówki te miały być usytuowane wzdłuż szlaków komunikacyjnych, po których poruszały się oddziały wojskowe. Musiały być dobrze oznaczone, a w promieniu dwóch kilometrów należało rozmieścić tablice informacyjne wskazujące odległość i kierunek. Zalecano aby punkt usytuowany był na parterze, co miało ułatwiać transportowanie rannych. Powinien posiadać dwa, a najlepiej trzy widne pomieszczenia, w których znajdować się miały poczekalnia, sala opatrunkowa, ze stołem do operacji i materiału operacyjnego, miskami na czystą wodę i odpadki, lampą, zestawem narzędzi oraz leków. W ostatnim trzecim pokoju umieszczone były łóżka dla ciężko rannych. Obsadę punktów stanowić miało: dwóch lekarzy, dwie pielęgniarki, 3 sanitariuszki oraz patrole w liczbie 6-10 sanitariuszek. Pełnili oni dyżury, zwykle 8-godzinne. Przewidywano przygotowanie około 140 punktów. Do liczby tej należy dodać wykorzystanie łóżek w szpitalach cywilnych. W dzielnicach, w których nie było żadnych stałych szpitali (Żoliborz i Ochota) miały być przygotowane szpitale polowe. Planem mobilizacyjnym objęte były prywatne kliniki i zakłady lecznicze. Szacunkowa liczba wolnych miejsc w szpitalach i punktach sięgała około 4-4500 łóżek. Zdaniem Stanisława Bayera plany przygotowania służby zdrowia na wypadek powstania były opracowane prawidłowo i wydawały się, jak napisał, w całości logiczne, z czym należy się zgodzić.

Zasadniczy, trzeci rozdział pracy jest próbą podjęcia kompleksowych badań nad problematyką postępowania i leczenia ran wojennych w Powstaniu Warszawskim. W centrum zainteresowań znalazły się zagadnienia chirurgicznego leczenia ran na linii frontu oraz w placówkach medycznych, ale również zasady organizacji pracy i opieki sanitarnej oraz transportu, na tle zmieniającej się sytuacji wojskowej. Opracowanie oparto przede wszystkim na kwerendzie archiwalnej. Z powodu krótkotrwałych, a również intensywnych działań powstańczych nie zachowała się praktycznie żadna dokumentacja szpitalna z obszaru Pragi, Ochoty i Woli, ale również ze Starówki, Czerniakowa i Mokotowa. Brak jest ksiąg szpitalnych czy zestawień rodzajów ran oraz informacji o sposobach i metodach leczenia. Najcenniejszy materiał udało się odnaleźć w Archiwum Krajowym Biura Informacji i Poszukiwań Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK) w Warszawie. Znajdują się tam

odpisy nieistniejących rejestrów osobowych szpitali i punktów opatrunkowych oraz kilka oryginalnych ksiąg szpitalnych, głównie z terenu Śródmieścia Południowego i Północnego oraz Powiśla, które uniknęły zniszczenia.

Dzięki zachowanej w PCK dokumentacji udało się dotrzeć do danych około 9 tysięcy rannych i chorych, powstańców i cywili, leczonych w placówkach sanitarnych w czasie walk w Warszawie. Przeprowadzona kwerenda nie ujawniła żadnych dokumentów ze szpitalików i punktów prowadzonych przez służby sanitarne Armii Ludowej. Fakt ten pozwolił na wyciągnięcie wniosków, iż kartoteki nie były prowadzone bądź podobnie jak miało do miejsce z placówkami AK, zostały zniszczone przed opuszczeniem miasta. W pracy wykorzystano księgi szpitalne z ośmiu placówek mających najbardziej szczegółowe zapisy, pozwalające przygotować zestawienia dotyczące liczby pacjentów, lokalizacji zranień i postępowania lekarskiego. Do ich przygotowania wykorzystano dane 7459 pacjentów.

Niestety nie udało się odszukać informacji o leczeniu ran z terenu Pragi i Ochoty. Walki które toczyli powstańcy miały intensywny i krótkotrwały charakter. Niewiele więcej wiadomości, głównie wspominkowych, możemy uzyskać z obszaru Woli, gdzie działały szpitale cywilne, przystosowane do działań wojennych – Szpital im. Karola i Marii oraz szpital Wolski. Jak już zaznaczono z powodu braku dokumentacji medycznej przedstawienie postępowania i leczenia ran w szpitalach Starego Miasta może opierać się prawie wyłącznie na pozostawionych relacjach i wspomnieniach. Podstawową trudnością, zarówno dla placówek medycznych, jak i ludności cywilnej były niedobory wody. Nie było możliwości napojenia rannych, ich umycia, ale również przeprowadzenia sterylizacji narzędzi i materiału opatrunkowego. Wobec regularnych nalotów niemieckich, szpitale przenosiły się na niższe kondygnacje budynków. Brakowało leków głównie przeciwbólowych i znieczulających. W celu przeprowadzenia narkozy stosowano środki zastępcze, najczęściej w postaci alkoholu, a niekiedy musiały wystarczyć wyłącznie słowa otuchy i pocieszenia. Szpitale i punkty przepelnione były pacjentami, wielu z nich miało ciężkie, wielonarządowe obrażenia, którym w panujących warunkach trudno było udzielić skutecznej pomocy. Sytuacja sprzyjała rozwojowi zakażeń, jednak sporadycznie spotykano się z zakażeniami tężcem czy zgorzelą gazową. Trudno wyjaśnić co miało wpływ na te wyniki - młody wiek pacjentów, a może wola życia.

W placówkach medycznych opatrywano zranienia klatki piersiowej, kończyn, wykonywano trepanacje czaszki i laparotomie. Bez wątpienia na skuteczność

udzielanej pomocy ogromny wpływ miały czynności wykonywane przez sanitariuszki bezpośrednio po zranieniu, szybki transport do punktu bądź szpitala oraz wcześniej przeprowadzony zabieg operacyjny. Oprócz tego znaczenie miała również odpowiednia technika operacyjna, popularyzowana już przed wojną metoda pierwotnego wycięcia zmienionych i zmiążdżonych tkanek, zastosowanie unieruchomienia przy zranieniach kończyn, ale zapewne także podawanie krwi. Pod koniec sierpnia w przepelnionych szpitalach właściwie nie leczyło się pacjentów, nie było warunków do przeprowadzania zabiegów chirurgicznych i opieki pooperacyjnej, brakowało środków i leków a personel znajdował się na skraju wyczerpania fizycznego i psychicznego.

Z obszaru Powiśla zachowały się liczne, choć szczątkowe dokumenty szpitalne, będące dowodem na działanie szpitali i punktów opatrunkowych. W zbiorach PCK odnaleziono spisy z 16 placówek tego obszaru, a uzupełnieniem tego wykazu jest *Księga chorych szpitala powstańczego na ul. Konopczyńskiego 3* znajdująca się w zbiorach Centralnego Archiwum Wojskowego. Na tym terenie najczęściej dochodziło do zranień kulą karabinową oraz odłamkami bomb, szrapnelów, granatów, min, ale również kawałkami rozpryskującego się szkła czy metalu. Pacjenci nie przebywali w placówkach długo, przy lekkich obrażeniach po wykonaniu opatrunku wracali na kwatery lub do domów. Gdy stan był cięższy pobyt się wydłużał, jednak nie odnotowano w dokumentach informacji, aby pacjenci pozostawali w placówkach dłużej niż dwa tygodnie. Niestety nie wiemy czy przy chirurgicznym opracowaniu rany podawano środki przeciwbólowe, czy przeznaczone były wyłącznie do poważnych operacji. Podobnie nie mamy pewności czy wszyscy pacjenci otrzymywali surowicę przeciwżółciową, choć już przed wojną było to standardowym postępowaniem. Bez wątplenia preparaty te podawane były w cięższych przypadkach. Wówczas stosowano również środki znieczulające i przeciwbólowe umożliwiające wykonania resekcji jelita czy amputacji kończyny. W przypadkach zranień ślepych, gdy w ranie pozostał odłamek, kierowano na badanie rentgenowskie, a następnie podejmowano próby ich wyciągnięcia. Przy ranach postrzałowych kończyn stosowano gips. W sytuacjach wystąpienia zakażenia rany stosowane były sulfonamidy, riwanol, niekiedy konieczne było zastosowanie środków nasercowych. W tych trudnych warunkach personel medyczny odegrał znaczącą rolę. Dostępne informacje pozwalają nam ocenić, iż lekarze starali się pracować w oparciu o obowiązujące standardy postępowania, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi leczenia ran wojennych.

Z kolei personel pielęgniarski dążył do zapewnienia jak najlepszych warunków rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych. We wszystkich dostępnych wspomnieniach pojawiały się stwierdzenia o szczególnej roli personelu medycznego, ich zaangażowaniu w pomoc rannym i chorym, wielkim poświęceniu w walce o życie a także niesieniu ulgi w cierpieniach, często ograniczającej się jedynie do dobrego słowa, gestu czy wsparcia.

Z terenu Czerniakowa niestety nie posiadamy żadnych kartotek szpitalnych. Trudno więc ocenić działalność służb medycznych w zakresie leczenia ran, z powodu braku materiałów źródłowych. Jedynie dostępne relacje i wspomnienia dostarczają nam skromnych wiadomości. Z nich dowiadujemy się o organizowaniu zaplecza medycznego w sierpniu i uzupełnianiu stanu personelu medycznego. Sytuacja w dzielnicy pogorszyła się dopiero we wrześniu, gdy nasilił się atak nieprzyjaciela. Wzrosła wówczas liczba rannych, ale również chorych. Tak jak w całej Warszawie lekarze mieli do czynienia na Czerniakowie przede wszystkim z ranami, głównie od odłamków rozpryskujących, zdecydowanie mniej było zranień od kul karabinowych. Z reguły były to rany brudne jednak, co podkreślano, zakażeń było niewiele i to pomimo braku surowic przeciwzęzcowych i przeciwzgorzelinowych. Zgodnie stwierdzano, iż ogromne znaczenie miało sterylizowanie narzędzi, często w trudnych, niedogodnych warunkach. Często również wspomniano o wykorzystaniu gipsu nie tylko do leczenia złamań, ale również w celu unieruchomienia kończyny i zabezpieczenia jej przed urazami, bólem, a nawet zakażeniami. W dostępnych relacjach dostrzec możemy próby podjęcia kompleksowego leczenia zranień kończyn. Oprócz zabezpieczenia rany, wycięcia jej uszkodzonych brzegów i założenia opatrunku, lekarze próbowali przygotować, przy współpracy zakładów rzemieślniczych, protezy, ułatwiające funkcjonowanie poszkodowanym. Niestety nie wiemy jak ten proces przebiegał, ale już samo przygotowanie sprzętu i podejmowanie prób usprawnienia, zasługuje na uznanie.

Z Obwodu V Mokotów również nie zachowały się żadne księgi szpitalne czy spisy rannych. Niezastąpione w tym wypadku, jak przedstawiono już wyżej, są pamiętniki i wspomnienia, pozostawione przez uczestników wydarzeń. Można na ich podstawie wysunąć przypuszczenie, iż w przypadku leczenia zranień, lekarze przestrzegali tych samych zasad, co ich koledzy w pozostałych dzielnicach walczącej Warszawy. Tym bardziej, że w rozkazie z 20 sierpnia 1944 r. podpisanym przez płk. „Montera” przedstawiono wskazówki postępowania z ranami. Podkreślono, iż w



przypadku zranień należy wykonać pierwotne wycięcie, bez zakładania szwów, dopuszczalne były tzw. szwy sytuacyjne. Skuteczność terapii miał gwarantować czas, jaki upłynął od zranienia do dostarczenia rannego do szpitala. Przy ranach szarpanych nie mogło to być więcej niż 6 godzin. Natomiast przy tzw. zranieniach gładkich do 12 godzin. W przypadkach poważniejszych ran kończyn, co potwierdzają nawet zamieszczone wspomnienia, lekarze skłaniali się do wykonania amputacji uznając, iż lepiej wcześniej usunąć niż czekać i doprowadzić do rozwinięcia zakażenia. W tej sytuacji pozostawienie kończyny wiązało się z gorszym rokowaniem dla pacjenta, a nawet niebezpieczeństwem rozwinięcia się zakażenia ogólnego. Nie wiele też wiemy o leczeniu oparzeń. Przypuszczać jednak możemy, że w przypadku, oparzeń głębokich o dużej powierzchni, nie udało się opracować skuteczniej metody leczenia. Popularnymi preparatami leczniczymi był roztwór taniny lub różnego rodzaju maści np. wazelina czy olej lniany. Oprócz stosowanych przez lekarzy sposobów leczenia, sama natura wspierała terapię zakażonych ran, gdy pojawiły się na jej powierzchni larwy much - czerwie. We wspomnieniach odnoszono się do tej metody, co prawda z obrzydzeniem, ale jednocześnie pokładano w niej wielką nadzieję na wyleczenie.

Na terenie Żoliborza w czasie powstania działało około 20 punktów ratowniczo-sanitarnych i szpitalików. Jednak z powodu zagrożenia i obawy przed represjami pod koniec września, w placówkach likwidowano kartoteki, przepisywano księgi szpitalne, usuwając pseudonimy i numery oddziałów powstańczych a żołnierzy „maskowano” tak, aby wyglądali na cywilne ofiary. Z tych zapewne powodów zachowało się tak niewiele dokumentów dotyczących spraw medycznych obwodu. W zbiorach Muzeum Powstania Warszawskiego znajdują się księgi szpitalne z punktu ratowniczo-sanitarnego nr 103 zlokalizowanego przy ul. Placu Inwalidów 2/4/6 i szpitalika numer 104 z ul. Czarnieckiego 49. Natomiast w Archiwum PCK odnaleźć możemy odpis z książki szpitalnej placówki mieszczącej się w Forcie Sokolnickiego, gdzie po ewakuacji znalazł się szpitalik z ul. Czarnieckiego. Mimo że na terenie Żoliborza nie było żadnego szpitala stałego to w początkach sierpnia zorganizowano, również przy udziale ludności cywilnej, sieć punktów i szpitalików. Udzielano w nich pomocy cywilom i powstańcom, w zakresie leczenia ran oraz dolegliwości wewnętrznych. Początkowo pracowano w dobrych warunkach, działała sterylizacja, nie brakowało materiału opatrunkowego i leków, a pacjenci przebywali w odpowiednio wyposażonych salach, otoczeni opieką troskliwego personelu.

Postępowanie z rannymi opierało się na znanej już metodzie wycięcia ran. W placówce nr 104 stosowano również sposób zwany débridement. W 24 przypadkach zastosowano metodę rozszerzenia tzw. kieszeni, zamiast ich pierwotnego wycięcia. Niestety nie wiemy, który z lekarzy stosował tę technikę. Podobnie jak nie jest możliwe określenie jej skuteczności, w tych konkretnych przypadkach. Zwykle stosowano wówczas dodatkowo tzw. szwy sytuacyjne, sączki, podawano surowicę przeciwtężcową i przeciwzgorzelinową. Przy prostych zranieniach informowano o przyłożeniu opatrunku, a w ranach ciętych zakładano klamerki. Często w praktyce lekarskiej stykano się z ranami wywołanymi przez odłamki, wówczas dążono do ich usunięcia. Stosowano w tych sytuacjach różnego rodzaju znieczulenia. Najpopularniejsze z wykorzystaniem chlorku etylu, miejscowe oraz przy użyciu evipanu. Ale stosowane było również znieczulenie przewodowe a także eter, którego nie brakowało do końca walk, destylowano bowiem eter techniczny. Opierając się na informacjach zawartych w księgach szpitalnych dostrzec można, że najczęściej dochodziło do zranień kończyn dolnych, które zazwyczaj powikłane było złamaniem kości. Po opatrzeniu zranienia nogę układano na szynie, niekiedy zakładano gips, a w jednym przypadku założono wyciąg. Rzadko w powstaniu stosowano tę metodę leczenia złamań. Wraz z postępowaniem działań nieprzyjaciela pogarszały się warunki pracy. Placówki zmieniały miejsce lokalizacji, zaczynały się problemy z lekami, sprzętem medycznym, wodą oraz z personelem medycznym.

Najlepiej udokumentowane materiały dotyczące służby sanitarnej pochodzą z terenu Śródmieścia. W zbiorach PCK znajdujemy sprawozdania z 79 punktów i szpitali, w tym z 21 placówek Śródmieścia Północnego i 58 Śródmieścia Południowego. Przy czym należy pamiętać, że tylko w nielicznych placówkach dane obejmowały cały okres walk. Dotyczy to punktu przy ul. Brackiej 23 i szpitala przy ul. Śliskiej 51 na terenie Śródmieścia Północnego oraz w południowej części dzielnicy - szpitali przy ul. Hożej 13, Mokotowskiej 41 oraz pod numerami 51/53 i 55, dodatkowo jeszcze przy ul. Wspólnej 27, a także ambulatorium przy ul. Wilczej 61. Łącznie osiem placówek, w których prowadzono dokumentację przez cały okres powstania. Jednak mamy pewność, potwierdzoną we wspomnieniach, iż we wszystkich działających wówczas placówkach odnotowywano przybyłych pacjentów. Jednak ze względu na ochronę osób, obawę przed represjami księgi niszczone, a ocalałe szczątkowe sprawozdania są z reguły odpisami wykonanymi przez pracowników PCK, wykorzystywanymi przy sporządzaniu raportów.

Zasadniczo wobec rannych pacjentów obowiązywało trójetapowe postępowanie: pierwsza pomoc na linii walki, punkt sanitarny oraz szpital. W praktyce jednak udzielanie pomocy uzależnione było od rodzaju urazu i odległości do najbliższego punktu/szpitala. Często pierwsze czynności przy poszkodowanym wykonywano w punkcie, czy gabinecie lekarskim, a gdy wymagał tego stan pacjenta przenoszony bywał do większego ośrodka – szpitala. W placówce rannemu udzielano pomocy, oglądano miejsce zranienia, wykonywano opatrunek a następnie kierowano na kwaterę lub do własnego mieszkania. W cięższych stanach przeprowadzano zabieg operacyjny, który polegał na pierwotnym wycięciu rany, jej dokładnym oczyszczeniu i ewentualnym zaszyciu. Zabieg operacyjny mógł być wykonany wyłącznie u osób, u których ustąpiły objawy wstrząsu. Wówczas podawano środek znieczulający, z reguły był to chlorek etylu, eter, nowokaina, a niekiedy musiała wystarczyć wyłącznie morfina. Znane są również przypadki przeprowadzenia postępowania chirurgicznego „na żywca”. W szpitalach polowych wykonywano wszystkie zabiegi w obrębie kończyn dolnych i górnych, głowy, klatki piersiowej oraz brzucha. Przy tzw. gładkich zranieniach zwykle wystarczało opracowanie rany, wycięcie jej kanału oraz dna i pozostawienie bez zaszywania, w oparciu o zasady przyjęte jeszcze przed wybuchem wojny, a następnie potwierdzone wspomnianym już rozkazem gen. Antoniego Chruściela „Montera” z 20 sierpnia 1944 roku. Zabieg nie był skomplikowany, ale wymagał od chirurga sprawności, umiejętności i doświadczenia. Zapewne z tych też powodów, ale również z faktu zatrudniania w placówkach lekarzy różnych specjalności, możemy przeczytać o zaszywaniu ran „na głucho” lub zakładaniu klamerek. Postępowanie to uznawane było za błąd, które zamiast leczyć, przyczyniało się do pogorszenia stanu pacjenta. Zaszywanie tkanek dopuszczalne było jedynie w zranieniach głowy oraz klatki piersiowej. Znajdujące się wewnątrz rany odłamki starano się usunąć. Niekiedy w celu ich zlokalizowania korzystano z pomocy pracowni rentgenologicznych. Jedynie fragmenty ułożone w trudno dostępnych miejscach pozostawiano, licząc że nie uszkodzą otaczających tkanek, w tym nerwów i naczyń krwionośnych, a w dogodnych warunkach podjęte zostaną próby ich wyciągnięcia. W przypadku złamań podejmowano próbę nastawienia i zwykle po kilku dniach zakładano gips. W razie konieczności wycinano w gipsie tzw. okienko, umożliwiające kontrolowanie i opatrzenie rany. Przerwane naczynia podwiązywano, przy ewentualnym pojawianiu się krwiaków wykonywano punkcje i zakładano opatrunek. Zazwyczaj zmieniano go,

co drugi dzień, wyjątek stanowiły pierwsze dni po zabiegu operacyjnym, kiedy pacjenta starano się doglądać codziennie, jak wynika z zamieszczonych informacji. Z reguły na zakończenie pobytu zdejmowano szwy, w razie potrzeby zakładano unieruchomienie. W cięższych przypadkach wypisywano z adnotacją do leczenia ambulatoryjnego, bądź z zaleceniem zgłoszenia się na przykład na zdjęcie gipsu. Niekiedy pacjenci opuszczali oddział „na własne życzenie”, przenosząc się na kwaterę bądź na inny punkt sanitarny, gdzie miało być bezpieczniej. Rzadko pojawiała się informacja o podaniu surowicy przeciwżółciowej, co nie jest dowodem na jej niestosowanie.

Dzięki kartotekom szpitalnym możliwe jest określenie m.in. rodzajów ran, z którymi stykali się lekarze. Ich wygląd uzależniony był od broni wykorzystywanej podczas walk. Z tych też względów spotykamy się ze zranieniami zadanymi kulą karabinową oraz wywołanych odłamkami. Zwykle były to fragmenty broni, ale również części rozpryskującego się szkła, cegieł, kostki brukowej oraz metalu. Odłamki powodowały przede wszystkim rany typu szarpanego, miażdżonego oraz obrażenia o charakterze ciętym. Zdecydowanie rzadziej spotykano zranienia tłuczone oraz kłute. Mogły one objąć nie tylko skórę, ale również głębsze warstwy ciała. Ciężkie uszkodzenia narządów wewnętrznych pojawiały się u również u osób przysypanych.

Ważnym aspektem pierwszej pomocy, ale również postępowania pooperacyjnego było unieruchomienie. Zakładanie szyn, ewentualnie temblaka po postrzale, przeważnie chroniło kończynę przed niebezpieczeństwem pogłębienia uszkodzeń i wystąpienia dodatkowych objawów. Natomiast po zabiegu operacyjnym ułożenie kończyny na szynie poprawiało jej ukrwienie, ograniczało wystąpienie obrzęku, ale przede wszystkim zmniejszało bolesność i ułatwiało leczenie. Niekiedy stosowano również gips i to nie tylko w przypadku złamania kości, ale również w postrzałach tkanek miękkich, celem zabezpieczenia miejsca zranienia przed urazami i bólem, podczas częstego przemieszczania się i transportów do nowych miejsc zakwaterowania.

Niestety nie posiadamy z terenu Śródmieścia praktycznie żadnych dokumentów omawiających postępowanie z pacjentem po zabiegach operacyjnych. Często pojawiała się jedynie krótka wzmianka - zmiana opatrunku, podanie środków pobudzających krążenie, cewnikowanie oraz punkcja. Jednak te czynności z reguły należały do obowiązków lekarza. Pielęgniarki zapewne mogły zakładać okłady, kompresy pod ceratką oraz udzielać pomocy np. podczas płukania ran wodą

utlenioną. Do ich obowiązków należało także mierzenie pulsu, ciepłoty oraz oddechów, zmieniały również proste opatrunki, niekiedy usuwały znajdujące się w ciele odłamki. Wykonywały również czynności higieniczne. Pod koniec powstania w przepełnionych salach szpitali o pielęgnacji chorych bez wątplenia nie możemy mówić.

Panujące w szpitalach i punktach warunki, wśród których wymienić należy przepełnienie sal, brud, hałas, kurz i sypiący tynk, brak wody uniemożliwiający utrzymanie czystości oraz ograniczony dostęp do środków medycznych, bez wątplenia sprzyjał powstawaniu zakażeń. W miejscu zranienia pojawiała się wówczas bolesność, zaczerwienienie, obrzęk, wzrastała temperatura oraz dołączała się wydzielina ropna. Najskuteczniejszym lekiem w tamtym czasie były sulfonamidy, ale również stosowano leczenie miejscowe, w postaci kompresów, okładów m.in. z płynu Burowa oraz riwanolu. Zakażone rany kończyn mogły doprowadzić do amputacji. Stosowano wówczas odcięcie kończyny metodą otwartą, bez zaszywania tkanek uznając, że w panujących warunkach jest to najkorzystniejsza dla pacjenta metoda leczenia. Należy jednak pamiętać, iż zabieg usunięcia kończyny wykonywany był również w sytuacjach, gdy doszło do rozległego uszkodzenia tkanki, niekiedy dodatkowo z rozerwaniem naczyń krwionośnych. Dlatego też zwracano uwagę sanitariuszkom, aby podczas udzielania pierwszej pomocy, w przypadku krwawienia z poranionych kończyn, zawsze zakładały opaskę uciskową. We wspomnieniach przeważa jednak zdanie, że amputacje wykonywano wyłącznie w sytuacjach skrajnych, nierokujących na wyleczenie. Cały personel zaangażowany był w ratowanie pacjentów i robił wszystko, aby uchronić przed odjęciem kończyny.

Jednymi z najtrudniejszych przypadków do leczenia były oparzenia, wywołane bombami zapalającymi. Znalezienie się bezpośrednio w ogniu palącej nafty kończyło się ciężkimi i rozległymi uszkodzeniami. Ciała były zwęglone, obejmowały praktycznie całą powierzchnię skóry oraz głębsze tkanki. Żadne leki nie były w stanie złagodzić dolegliwości bólowych, ani zapobiec wstrząsowi. Podobnie jak nie znano skutecznej metody leczenia zniszczonej tkanki. Lżejsze oparzenia zabezpieczano roztworem taniny, bądź olejem, najlepiej lnianym z dodatkiem wody wapiennej.

Podobnie trudne do leczenia były postrzały brzucha, gdzie śmiertelność wynosiła ponad 60%, w zależności od placówki. Niebezpieczne dla pacjenta było każde uszkodzenie jamy brzusznej, w której doszło do przerwania otrzewnej. Należy jednak mieć świadomość, iż często ranni mieli tak rozległe uszkodzenia, że umierali

w drodze do szpitala lub już na stole operacyjnym. Podejmowano jednak próby uratowania również i tych przypadków. Jednak mimo wytężonej pracy chirurgów, podczas zaszywania przerwanych jelit, bądź opatrywania zranionych narządów, często dochodziło do wystąpienia zapalenia otrzewnej i śmierci pacjenta.

Na terenie Śródmieścia nie obserwowano tak tragicznej sytuacji z lekami, jak miało to miejsce na Starówce czy Czerniakowie. Zaopatrzenie szpitalików i punktów było na pewno zróżnicowane i zależało od wielkości placówki, miejsca lokalizacji i możliwości dostępu do aptek, ograniczanej często przez ostrzał artyleryjski czy działalność snajperów. Ogromne znaczenie miały również znajdujące się w ich pobliżu składnice medyczne oraz ofiarność ludności cywilnej. Najbardziej pożądane były preparaty przeciwbólowe i znieczulające, ale również sulfonamidy, środki nasercowe, przeciwzapalne, zapobiegające krwotokom, dezynfekcyjne, służące do zasypywania ran oraz wykorzystywana przy leczeniu oparzeń, jak na przykład tanina.

Więszym problemem placówek medycznych było zaopatrzenie w materiał opatrunkowy. Wykorzystywanych do opatrunków bandaży i gazy, pod koniec sierpnia zaczęło brakować. Zaczęto używać prześcieradeł i koszul, które darto na pasy umożliwiające przymocowanie opatrunku. Ograniczano również częstotliwości opatrywania. Tylko w wyjątkowych sytuacjach zmieniano opatrunki codziennie, najczęściej jednak miało to miejsce, co drugi, trzeci dzień. Częstą sytuacją było pranie zabrudzonych, zakrwawionych opatrunków, które po sterylizacji wykorzystywano po raz kolejny. Pod koniec września w niektórych placówkach zamiast bandażem i watą, chroniono ranę wykorzystując papier. W sporządzonym 30 września 1944 r. raporcie Szef Sanitarny Komendy Głównej AK płk. dr. Leon Strehl ocenił, iż leków i materiału opatrunkowego wystarczy na 10-14 dni.

Mimo ciężkich warunków lekarze podejmowali się leczenia ran wojennych w powstańczych szpitalach, według ustalonych przed wojną metod. Zapewne ten fakt oraz szybki transport, a także młody wiek większości zranionych, dawały szansę na wyleczenie pacjentów. Należy jednak jeszcze raz podkreślić, iż nikt nie spodziewał się takiej ilości rannych, szczególnie wśród ludności cywilnej. Przygotowane punkty i szpitaliki nie mogły zaspokoić wszystkich potrzeb, stąd ich spontaniczne powstawanie i organizowanie również dzięki pomocy ludności cywilnej. Przewidywane na kilka dni walki, przeciągnęły się do ponad dwóch miesięcy. Trudne warunki pracy w placówkach medycznych bez wątplenia miały wpływ na decyzję przerwania powstania.

Nie możliwe jest dzisiaj dokładne określenie liczby rannych i chorych przebywających w placówkach medycznych podczas powstania. Szef Sztabu Okręgu Warszawa AK płk. Stanisław Weber „Chirurg” w raporcie dotyczącym bilansu strat opracowanym w końcu września 1944 r., określił liczbę rannych w szpitalach na 6500 osób, nie wliczając strat na Starym Mieście i z ostatnich dni walk. Janusz K. Zawodny z kolei przytaczał liczbę 5 tysięcy ciężko rannych żołnierzy i 7000 cywilów. Stanisław Bayer podawał, iż przybliżona liczba ciężko rannych sięgała 9895 osób. Jednak uwzględnił zarówno osoby ewakuowane ze Śródmieścia, Żoliborza, Mokotowa, Czerniakowa, jak i pacjentów szpitali Starego Miasta oraz szpitali Dzieciątka Jezus i Wolskiego, znajdujących się w rękach niemieckich, gdzie przebywali polscy pacjenci. Najnowsze badania dotyczące poniesionych strat ludzi, jak i mienia w powstaniu, oparte na analizie dostępnych źródeł, określają liczbę zranionych powstańców na 20 tysięcy, w tym 5000 z ciężkimi uszkodzeniami. Nie możliwa jest do ustalenia liczba rannych cywili. Przyjmując jednak, iż ludność cywilna w szpitalikach i w punktach stanowiła około 60-70% wszystkich pacjentów, a zapewne wiele osób nie zgłaszało się do placówek medycznych i było leczonych w warunkach domowych, można w dużym przybliżeniu powiedzieć, że około 50 tysięcy cywili uległo różnego rodzaju zranieniom i chorobom. Jest to jednak tylko liczba orientacyjna, niepoparta żadnymi szczegółowymi badaniami, które trudno przeprowadzić ze względu na brak dokumentacji.

Podobnie nie możliwa jest do ustalenia liczba osób zgłaszających się do punktów i szpitalików po pomoc lekarską. W kartotekach szpitalnych znajdujących się w zbiorach PCK odnaleziono około 9000 osób. Jednak zasoby archiwum są niepełne, niekiedy cała ewidencja szpitala czy punktu zaginęła, w innych przypadkach tylko częściowo została zachowana. Należy również pamiętać, o czym była już mowa, że wielu powstańców oraz cywili, po udzieleniu pomocy wracało do domów lub oddziałów i często nie byli uwzględniani w oficjalnych statystykach. Również wyłącznie szacunkowe dane pozwalają stwierdzić, iż podczas dwumiesięcznych walk w szpitalach hospitalizowano ponad 2 tysięcy osób. Przy czym należy wspomnieć, iż w szpitalach powstańczych nie obowiązywał podział na pacjentów cywili i żołnierzy.

Nie zachowały się żadne dokumenty na podstawie, których można by stwierdzić, iż w powstaniu wprowadzono nowe metod postępowania lekarskiego. Personel medyczny korzystał z wypracowanych w okresie dwudziestolecia

międzywojennego metod postępowania z ranami wojennymi, o czym już wielokrotnie wspomiano. Dobre wyniki leczenia ran w Powstaniu Warszawskim związane były z kilkoma elementami. Przede wszystkim z szybkim transportem z pola walki do ośrodka leczącego, który pozwalał prawie natychmiast udzielić pomocy zranionym. Poza tym opatrunek unieruchamiający, zazwyczaj gipsowy w przypadku ran postrzałowych kończyn górnych i dolnych, chronił ranę przed urazami i bólem. Ogromne znaczenie miała również stosowana technika operacyjna, zabraniająca zakładania szwów w przypadku ran postrzałowych oraz zabezpieczania zranień kończyn z krwotokiem opaską uciskową. Do tego należało przestrzegać czasu, jaki miał upłynąć od zranienia do interwencji chirurga. Przy ranach szarpanych nie mógł być dłuższy niż 6 godzin, a w zranieniach tzw. gładkich oraz w przypadku uszkodzeń naczyń krwionośnych, nerwów lub przy objawach zakażenia do 12 godzin. Wielki wpływ miała także sterylizacja narzędzi i materiału opatrunkowego. Odpowiadały za nią pielęgniarki i sanitariuszki, które w najtrudniejszych momentach, gdy nie było już wody i prądu, prasowały opatrunki i fartuchy, a narzędzia dezynfekowały w płomieniach świecy czy moczyły w roztworze wody i annogenu. W przypadku dużych zranień, z krwotokiem znaczenie miało również podanie krwi, którą toczono w sposób bezpośredni. Prawdopodobnie także rzadko zmieniane opatrunki umożliwiały leczenie ran, szczególnie w przypadkach, gdy doszło do załęgnięcia czerwi i „zjadania” przez nie martwiczych tkanek. Panujący w powstaniu głód, sprzyjał z kolei leczeniu postrzałów brzucha, gdyż puste od treści pokarmowej jelita lepiej się goiły. Jednak, co należy podkreślić brak pokarmu nie zawsze był korzystny dla zranionych pacjentów. W wielu przypadkach nie ułatwiał bowiem leczenia pooperacyjnego. Rany u wygłodzonych pacjentów goiły się zdecydowanie gorzej. Nie sprzyjały terapii również brud, niepokój, strach oraz zagrożenie wystąpienia infekcji ran. Jednak należy podkreślić, że nie obserwowano w powstaniu wielkiej ilości zakażeń, szczególnie tężcem i to, mimo informacji o braku szczepionki. Najskuteczniejszymi preparatami terapeutycznymi w tych wypadkach były sulfonamidy. Antybiotyki w tym okresie nie były jeszcze na ziemiach polskich stosowane.

Metody operacyjne stosowane podczas Powstania Warszawskiego bez wątplenia miały wpływ na funkcjonowanie służby medycznej już w czasach pokojowych. Doświadczenia z zakresu stosowania krwi, sulfonamidów, leczenia oparzeń, ale również wykorzystywania unieruchomienia oraz zakładania gipsu nie tylko w przypadku złamań, ale również ran postrzałowych, jeszcze długo po



zakończeniu działań wojennych znajdowały się w centrum zainteresowań lekarzy. Stosowanie chirurgicznego opracowania ran stało się obowiązującą do dziś metodą leczenia.

#### V. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych:

Studia na Wydziale Historycznym Uniwersytetu Warszawskiego ukończyłam w 1998 r., uczęszczając w latach 1996-1998 na seminarium magisterskie prof. dr hab. Romualda Turkowskiego. W ramach seminarium opracowałam pracę magisterką pt. *Obraz życia Warszawiaków w świetle powstańczej prasy wojskowej („Biuletyn Informacyjny” sierpień-październik 1944)*, obronioną 21.01.1999 r., uzyskując tytuł magistra historii – specjalizacja nauczycielska.

Od 1.10.2003 r. rozpoczęłam pracę na ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach będąc asystentem w Katedrze Historii Medycyny i Farmacji. W tym czasie przygotowywałam i wydawałam artykuły w czasopismach „Medycynie Nowożytnej” i „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” poświęcone problematyce dziecięcej, chorobom dzieci i szpitalnictwie dziecięcemu w Europie. Ukazały się również moje artykuły w cyklicznej publikacji poświęconej *Zawodom medycznym na ziemiach polskich*, wydawanej pod redakcją Bożeny Urbanek. Przygotowałam artykuły omawiające *Dziewiętnastowieczne polskie podręczniki dla położnych* (2004 r.) oraz pracę *Aptekarze w literaturze pięknej XIX wieku* (2006 r.). Opracowałam także biogramy profesorów warszawskiej uczelni medycznej zamieszczone w *Słowniku biograficznym polskich nauk medycznych XX wieku* oraz artykuły popularyzujące historię medycyny, które ukazały się w „Pielęgniarce i Położnej”, „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” i „Aptekarskim Magazynie Torfarmu”. Łącznie wydałam 24 publikacje będące rozdziałami w książkach, artykułami, recenzjami i sprawozdaniami.

#### A. Prace będące rozdziałami w książce:

1. A. Marek, *Dziewiętnastowieczne polskie podręczniki dla położnych*, (w:) *Zawód położnej na ziemiach polskich*, pod red. B. Urbanek, Katowice 2004, s. 41 - 58.

2. A. Marek, *Aptekarze w literaturze pięknej XIX wieku*, (w:) *Zawód farmaceuty na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, pod red. B. Urbanek, Warszawa - Katowice 2006, s. 63 - 78.
3. A. Marek, M. Koszła, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX w.*, Warszawa 2004, t. 3, z. 1, s. 33 - 36.
4. A. Marek, *Antoni Chrościcki*, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku. Profesorowie warszawskiej medycyny połowy XX wieku (lata 1944 - 1950)*, Warszawa 2004 - 2005, t. 3, z. 2, s. 29 – 32.
5. A. Marek, *Henryk Gromadzki*, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku. Profesorowie warszawskiej medycyny połowy XX wieku (lata 1944 - 1950)*, Warszawa 2004 - 2005, t. 3, z. 2, 66 – 68.
6. A. Marek, *Adam Gruca*, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku. Profesorowie warszawskiej medycyny połowy XX wieku (lata 1944 - 1950)*, Warszawa 2004 - 2005, t. 3, z. 2, 69 – 75.
7. A. Marek, *Wacław Zalewski*, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku. Profesorowie warszawskiej medycyny połowy XX wieku (lata 1944 - 1950)*, Warszawa 2004 - 2005, t. 3, z. 2, 177 – 179.
8. A. Marek, *Juliusz Zweibaum*, (w:) *Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku. Profesorowie warszawskiej medycyny połowy XX wieku (lata 1944 - 1950)*, Warszawa 2004 - 2005, t. 3, z. 2, 187 - 189.

B. Artykuły w czasopismach:

1. A. Marek, *Dzieje i problematyka Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego W. Malcza 1828 - 1829*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2002, t. 9, s. 177 - 197.
2. A. Marek, *Działalność społeczno - polityczna łódzkich lekarzy związanych z Czasopismem Lekarskim 1899 - 1908*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2003, t. 10, s. 121 - 153.
3. A. Marek, *Dziennik Zdrowia dla wszystkich stanów a problematyka dziecięca*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2004, t. 67, z. 1, s. 15 - 32.
4. A. Marek, *Choroby noworodków i niemowląt na łamach „Tygodnika Lekarskiego” 1848 - 1868*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2005, t. 12, z. 1 - 2, s.113 - 137.

5. A. Marek, *Szpitala dziecięce w Europie 1802 - 1908*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2006, t. 13, z. 1 - 2, s. 79 - 91.

C. Sprawozdania:

1. A. Marek, *Sprawozdanie - Konferencja naukowa pt. Łódzkie Środowisko Lekarskie XIX i XX w.*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2002, nr 4, s. 116 - 117.
2. A. Marek, *Sprawozdanie - Konferencja naukowa pt. „Łódzkie środowisko lekarskie XIX i XX w.” Warszawa 15. 11. 2002*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2003, t. 10, s. 255 - 256.
3. A. Marek, *Sprawozdanie - Sesja pt. Łódzkie środowisko lekarskie w XIX i XX wieku*, „Pielęgniarka i Położna” 2003, nr 7 / 510, s. 20.
4. A. Marek, *Siódme Wolffiana - sprawozdanie ze święta Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki”, 2003, nr 1 - 2, s. 271 - 272.
5. A. Marek, *Sprawozdanie - XX krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2004, nr 3 - 4, s. 287 - 290.

D. Recenzje:

1. A. Marek (rec.), M. Dąbrowska, A. Klonder, E. Mazur (red.), *Od narodzin do wieku dojrzałego. Dzieci i młodzież w Polsce*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2004, t. 11, z. 1 - 2, s. 227 - 234.
2. A. Marek (rec.), W. Naphy, A. Spicer, *Czarna śmierć*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2005, t. 12, z. 1 - 2, s. 237 - 240.
3. A. Marek (rec.), M. Gołębiowska, *Szpital Anny Marii w Łodzi*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2005, t. 12, z. 1 - 2, s. 249 - 255.

E. Artykuły popularyzujące wiedzę medyczną:

1. A. Marek, *Problematyka dziecięca w XIX - wiecznym piśmie medycznym*, „Pielęgniarka i Położna” 2003, nr 6 / 509, s. 21 - 22, 25.

2. A. Marek, *Pierwszy szpital dziecięcy w Warszawie*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 2004, t. CXL, nr 8, s. 7 - 38.
3. A. Marek, *Pierwsze polskie farmaceutki*, „Aptekarski Magazyn Torfarmu” 2004, nr 2, s. 54.

W latach 2004-2007 uczęszczałam również na seminaria doktoranckie w Instytucie Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, opracowując rozprawę doktorską pt. *Opieka nad chorym dzieckiem w opinii polskiej prasy medycznej Królestwa Polskiego w latach 1801-1908*, której promotorem była ówczesna doc. Bożena Urbanek. Pracę obroniłam w 27.01.2007 r. Recenzentami w przewodzie doktorskim byli prof. dr hab. Tadeusz Brzeziński i prof. dr hab. Jolanta Sadowska. Zmieniona i skrócona wersja pracy ukazała się w formie publikacji książkowej w 2009 r.

Publikacja składa się z trzech zasadniczych części. W pierwszej omówione zostało piśmiennictwo polskie i europejskie poświęcone tematyce dziecięcej a także zwrócono uwagę na kształtowanie się myśli pediatrycznej i opiekuńczej, przedstawiające granicę i charakterystykę wieku dziecięcego oraz podręczniki i poradniki pediatryczne, ale również zwrócono uwagę na znaczenie i rolę nowo powstałych katedr i towarzystw pediatrycznych w kształceniu lekarzy. Pediatria jako specjalność zaczęła się wyodrębniać z medycyny wewnętrznej wraz z powstaniem w Europie na początku XIX wieku samodzielnych szpitali dziecięcych, co miało miejsce we Francji. Prowadzono w nich badania nad chorobami dziecięcymi, a uzyskane wyniki doprowadziły do pełniejszych i dokładniejszych opisów znanych już chorób, a także usystematyzowania ich według anatomiczno-patologicznych i narządowych klasyfikacji, w miejsce dotychczasowych opartych jedynie na teorii objawowej. W drugiej połowie XIX wieku do szkoły francuskiej dołączyły ośrodki wiedeński i niemiecki. Zmieniło się również podejście do pacjentów i do ich terapii. Do szpitali zaczęto wprowadzać nowe metody diagnostyczne: osłuchiwanie, opukiwanie, badanie tętna i gorączki, ważenie i określanie chemicznego składu moczu. Rozwój specjalności możliwy był również dzięki powstającym klinikom i katedrom pediatrycznym, co miało miejsce już w 1802 r. we Florencji, w 1845 r. w Sztokholmie, 1850 r. w Wiedniu i 1864 r. w Krakowie pod kierunkiem dr Macieja Leona Jakubowskiego.

Druga część mojej pracy poświęcona została lecznictwu domowemu, w tym ludowym metodom leczenia chorób dziecięcych oraz terapii schorzeń dzieci w warunkach domowych w środowisku miejskim. W oparciu o przeprowadzone badania udało się stwierdzić, iż termin choroby dziecięcej na ziemiach polskich pojawił się dość wcześnie. Bowiem już w 1802 r. Leopold Lafontaine na łamach czasopisma „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów” przedstawił artykuł *O chorobach dzieci*, a w 1810 r. Jakób Szymkiewicz wydał podręcznik zatytułowany *Nauka o chorobach dzieci*. Pomimo iż wyróżniano choroby dziecięce ich rozpoznanie nastroczało lekarzom wiele problemów. Zapewne z tych też powodów w pismach medycznych zamieszczano wiele artykułów opisujących diagnozowanie schorzeń i ich rozpoznawanie. Zwracano w nich uwagę nie tylko na ogólny wygląd dziecka, ale również na bardziej drobiazgowo elementy, w tym na krzyk, oddech czy gorączkę, uznając iż badanie dzieci nastrocza wiele problemów wynikających m.in. z braku mowy, ogólnego niepokoju, a nawet „rzucania się” podczas badania czy krzyku. W kolejnym rozdziale omówiłam leczenie chorób dziecięcych. Szczególną uwagę zwrócono na udzielanie pierwszej pomocy dzieciom nowo narodzonym, którym nakazywano wydobyć śluz znajdujący się w ustach, kapać wodą na dołek sercowy, wdmuchiwać powietrza w usta oraz nacierać ciało. W schorzeniach okresu niemowlęcego prezentowano choroby pępka, żółtaczkę, zapalenie oczu, pleśniawki, ząbkowanie oraz drgawki. Wskazywano również na istnienie u dzieci chorób wenerycznych, które leczono preparatami rtęci. Na łamach prasy ukazywały się artykuły, w którym omawiano schorzenia wszystkich narządów wewnętrznych.

W ostatniej części pracy zaprezentowałam zagadnienia leczenia dzieci w szpitalach. Pierwsze wzmianki o udzielaniu pomocy dzieciom w ośrodkach dla dorosłych pochodzą z lat 30-tych XIX w. Pomocy udzielały m.in. placówki w Warszawie, ale również z Ostrołęki, Szczeczeszyna, Tomaszowa Rawskiego, Kalisza i Mieni. Jednak najbardziej profesjonalną opiekę prowadziły szpitale przystosowane do przyjmowania dzieci. Pierwsze tego typu ośrodki powstały w 1802 r. w Paryżu, 1834 r. w Petersburgu i 1837 r. w Wiedniu i Wrocławiu. Na ziemiach polskich pierwszy oddział dla dzieci powstał w Krakowie w 1833 r., z inicjatywy prof. Macieja Brodowicza. Kolejne ośrodki dziecięce utworzono w 1845 r. we Lwowie i w 1877 r. w Poznaniu. W 1880 r. działało w Europie już 91 szpitali dla dzieci. Do 1908 r. powstało na świecie około 200 placówek dziecięcych. Najwięcej 54 wybudowano w państwach niemieckich, 49 na terenie Wielkiej Brytanii i Irlandii. Od połowy lat 60-

tych intensywny rozwój szpitali dziecięcych obserwujemy w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Na ziemiach Królestwa Polskiego pierwsze placówki dla dzieci powstały w Warszawie. W 1869 r. utworzono Warszawski Szpital dla Dzieci przy ul. Kopernika 43, następnie w 1878 r. Szpital dla dzieci fundacji małżonków Bersonów i Baumanów, w 1896 r. Zakład Leczniczy dla Dzieci Jana Bączkiewicza a w 1905 r. Szpital im. Anny Marii dla Dzieci w Łodzi. Wraz z otwieraniem nowych placówek rosła liczba lekarzy specjalizujących się w pomocy małym pacjentom, ale również wyszkolonego personelu pielęgniarskiego. Zmiany w podejściu do dziecka, jego leczenia i pielęgnacji a także powstanie specjalistycznych szpitali, przyczyniały się stopniowo do zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci, a także wypracowania nowych metod leczenia chorób wewnętrznych i chirurgicznych.

Po obronie doktoratu w dalszym ciągu pracowałam na Śląskim Uniwersytecie Medycznym prowadziłam w tym czasie zajęcia z historii ze studentami medycyny, farmacji, kosmetologii i rehabilitacji. W związku z planami powstania na uczelni Muzeum Medycyny, w latach 2009-2010 uczęszczałam na Podyplomowe Studium Muzealnicze, organizowane przy Wydziale Historycznym Uniwersytetu Warszawskiego. Byłam również promotorem 5 prac magisterskich prowadzonych na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz recenzentem 6 prac magisterskich przygotowanych na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej oraz Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Po uzyskaniu stopnia naukowego doktora przygotowałam i wydałam łącznie 25 publikacji:

A. Prace zwarte:

1. A. Marek, *Opieka nad chorym dzieckiem w opinii polskiej prasy medycznej Królestwa Polskiego 1801 – 1908*, Warszawa 2009, ss. 458.
2. J. Persa, A. Marek, M. Wichrowski, *Warszawska uczelnia medyczna w ikonografii i fotografii*, Warszawa 2009, ss. 430.

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przygotowaniu i opracowaniu kalendarium, informacji dotyczących historii szpitali (z wyłączeniem placówek

na ul. Karowej i Szpitala Dzieciątka Jezus) oraz pracach redaktorskich. Mój udział procentowy szacuję na 35%.

3. J. Persa, A. Marek, M. Wichrowski, *The Medical University of Warsaw in iconography and photography*, Warsaw 2011, ss. 430.

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przygotowaniu i opracowaniu kalendarium, informacji dotyczących historii szpitali (z wyłączeniem placówek na ul. Karowej i Szpitala Dzieciątka Jezus) oraz pracach redaktorskich. Mój udział procentowy szacuję na 35%.

#### B. Rozdziały w książkach:

1. A. Marek, *Strzyżewski Hieronim*, Polski Słownik Biograficzny, Warszawa – Kraków 2007, t. XLV/1, z. 184, s. 89 – 91.
2. A. Marek, *O pielęgowaniu zębów. Wskazówki higieniczne lekarzy dentyistów zamieszczone na łamach popularnych prac w II połowie XIX wieku*, (w:) *Zawód dentyisty - lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2007, s. 15 - 24.
3. A. Marek, *Kształtowanie się specjalności pielęgniarki pediatrycznej*, (w:) *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2008, s. 90 – 97.
4. A. Marek, *Urządzenie i wyposażenie sal operacyjnych w szpitalach warszawskich od początku XIX wieku do 1939 r.*, (w:) *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2009, s. 79-100.
5. A. Marek, *Wybitni pediatrzy warszawscy XIX i XX w. – twórcy dziecięcego szpitala Bersohnów i Baumanów (1878-1943)*, (w:) *Polscy lekarze Żydzi w XIX i XX wieku*, pod red. Podgórskiej-Klawe, Warszawa 2010, s. 113 -125.
6. A. Marek, *Wpływ medycyny niemieckiej na rozwój polskiej myśli pediatrycznej w XIX wieku*, (w:) *Sąsiedztwo i granica: medycyna, historia i kultura w dialogu polsko- niemieckim. Nachbarschaft und Grenze: Medizin, Geschichte und Kultur Polnisch-Deutsch Dialog*, pod red. B. Płonki-Syroki i Fritz Dross, Wrocław 2010, s. 177-187.

7. A. Marek, *Czystość to zdrowie. Zagadnienia higieniczne w polskim plakacie medycznym po II wojnie światowej*, (w:) *Szkice z historii medycyny*, pod red. J. Supady, Łódź 2010, s. 377- 386.
8. A. Marek, *XIX i XX-wieczne podręczniki dla felczerów*, (w:) *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2011, s. 35-44.
9. A. Marek, J. Kownacki, *Reklama sprzętu radiologicznego w okresie międzywojennym*, (w:) *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2011, s. 233-247.  
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na uporządkowaniu i opracowaniu zgromadzonego materiału oraz pracach redakcyjnych. Co stanowi 70% autorstwa pracy.
10. A. Marek, *Transport rannych na ziemiach polskich od końca XVIII wieku do 1939 roku*, (w:) *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2012, s. 131-144.
11. A. Marek, *Drużyny ratownicze Polskiego Czerwonego Krzyża w II Rzeczypospolitej*, (w:) *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2012, s. 187-202.
12. A. Marek, *Wpływ zjawisk klimatycznych na zdrowie człowieka*, (w:) *Czystość i brud. Higiena w starożytności*, pod. red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2013, s. 63-75.

C. Publikacje naukowe w czasopismach:

1. A. Marek, *Dziewiętnastowieczne środki medyczne wykorzystywane w terapii chorób dziecięcych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2007, t. 14, z. 1 – 2, s. 69 – 82.
2. A. Marek, *Zasady leczenia ran wojennych i sposoby postępowania z rannym w II Rzeczypospolitej*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2013, t. 19, z. 2, s. 145-168.



#### D. Recenzje:

1. Marek (rec.), A. Wróbel, *Apteka Rektorska w Zamościu*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2007, t. 14, z. 1 – 2, s. 167 – 169.
2. A. Marek, (rec.), Maciej Bilek, *Krakowskie izby aptekarskie*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2011, t. 17, z. 1, s. 275-277.
3. A. Marek, (rec.), S. Wrzesiński, *Epidemie w dawnej Polsce*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2011, t. 17, z. 1, s. 279-280.
4. A. Marek (rec.), K. Hanisz, W. Ślusarczyk, *Apteki i aptekarstwo łódzkie. Apteka przy Placu Wolności w Łodzi*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2012, t. 18, z. ½, s. 262-267.

#### E. Sprawozdania:

1. A. Marek, *Sprawozdanie z konferencji Zawód dentysty – lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2007, nr 3 – 4, s. 381 – 383.
2. A. Marek, *Sprawozdanie z otwarcia wystawy Sustenazo Moniki Weiss, Warszawa 12 III 2010*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną” 2009/2010, t. 16, s. 274-275.

#### F. Artykuły popularyzujące wiedzę z zakresu historii medycyny:

1. A. Marek, *Postępowanie z ranami wojennymi w Powstaniu Warszawskim 1944 r.*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 2014, t. CL, nr 18, s. 48-56.

Ogółem w latach 2002-2014 wydałam 49 publikacji, a w tym książki, rozdziały w książkach, artykuły w czasopismach, sprawozdania, recenzje i prace popularnonaukowe.

Ważną publikacją było opracowanie zbiorowe (wraz z mgr Jackiem Persą i prof. nadz. dr hab. n. hum. Markiem Wichrowskim) pracy *Warszawska uczelnia medyczna w ikonografii i fotografii*, wydana w serii jubileuszowej z okazji 200-lecia nauczania medycyny w Warszawie. W opracowaniu przedstawiono chronologicznie

historię warszawskiej uczelni medycznej, odwołując się do ikonograficznych zbiorów dostępnych w archiwach i bibliotekach oraz ich uzupełnienia w oparciu o fotografie współczesne. Cennym uzupełnieniem pracy jest *Kalendarium*, w którym przedstawiłam wydarzenia związane z powstawaniem, rozwojem i działalnością uczelni oraz notki opisujące dzieje warszawskich szpitali związanych z kształceniem przyszłych medyków. W 2011 r. ukazała się wersja angielskojęzyczna wyżej wymienionego opracowania.

#### VI. Wygłoszone referaty na konferencjach międzynarodowych i krajowych:

W latach 2004-2013 przygotowałam i wygłosiłam referaty na 11 konferencjach:

1. A. Marek, *Dziewiętnastowieczne polskie podręczniki dla położnych* - Konferencja z cyklu Zawody... Zawód położnej na ziemiach polskich – Sosnowiec 2004 r.
2. A. Marek, *Aptekarze w literaturze pięknej XIX wieku* – Konferencja z cyklu Zawody... Zawód farmaceuty na ziemiach polskich – Ustronie 2005 r.
3. A. Marek, *O pielęgnowaniu zębów. Wskazówki higieniczne lekarzy dentystów zamieszczone na łamach popularnych prac w II połowie XIX wieku* - Międzynarodowa Konferencja Wschód – Zachód – Zawód dentysty - lekarza stomatologa – Warszawa 2007 r.
4. A. Marek, *Wpływ medycyny niemieckiej na rozwój polskiej myśli pediatrycznej w XIX wieku* - Polsko – Niemiecka Konferencja Historyków Medycyny i Farmacji – Wrocław 2007 r.
5. A. Marek, *Kształtowanie się specjalności pielęgniarstwa pediatrycznej* – Konferencja z cyklu Zawody... Zawód pielęgniarstwa na ziemiach polskich XIX i XX – Warszawa 15.09.2008 r.
6. A. Marek, *Wybitni pediatrzy warszawscy XIX i XX w. – twórcy dziecięcego szpitala Bersohnów i Baumanów (1878-1943)* – Konferencja pt. Polscy lekarze Żydzi w XIX i XX wieku – Warszawa 19.11.2009 r.
7. A. Marek, *Urządzenie i wyposażenie sal operacyjnych w szpitalach warszawskich od początku XIX wieku do 1939 r.* – Konferencja z cyklu Zawody... Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Warszawa 3.12.2009 r.

8. A. Marek, *Czystość to zdrowie. Zagadnienia higieniczne w polskim plakacie medycznym po II wojnie światowej* - XXII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, Łódź 15-16.06.2010 r.
9. A. Marek, *XIX i XX-wieczne podręczniki dla felczerów*, Międzynarodowa konferencja z cyklu Zawody... Zawód diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Warszawa 4.02.2011 r.
10. A. Marek, J. Kownacki, *Reklama sprzętu radiologicznego w okresie międzywojennym* - Międzynarodowa konferencja z cyklu Zawody... Zawód diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Warszawa 4.02.2011 r.
11. A. Marek, *Transport rannych na ziemiach polskich od końca XVIII wieku do 1939 roku* - Konferencja z cyklu Zawody... Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Radziejowice 8.09.2012 r.
12. A. Marek, *Drużyny ratownicze Polskiego Czerwonego Krzyża w II Rzeczypospolitej* – Konferencja z cyklu Zawody... Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Radziejowice 8.09.2012 r.
13. A. Marek, *Wpływ zjawisk klimatycznych na zdrowie człowieka* – Konferencja pt. Czystość i brud. Higiena w starożytności – Bydgoszcz 12-13.09. 2013 r.

VII. Udział w komitetach organizacyjnych międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych

W latach 2004-2013 pracowałam w komitetach organizacyjnych dziewięciu konferencji:

1. Konferencja pt. Zawód położnej na ziemiach polskich – Sosnowiec 2004 r.
2. Konferencja pt. Zawód farmaceuty na ziemiach polskich – Ustronie 2005 r.
3. Międzynarodowa Konferencja Wschód – Zachód – Zawód dentysty - lekarza stomatologa – Warszawa 2007 r.
4. XX Zjazd Farmaceutyczny – Katowice 2007 r.
5. Konferencja pt. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich XIX i XX – Warszawa 15.09.2008 r.

6. Konferencja pt. Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Warszawa 3.12.2009 r.
7. Międzynarodowa konferencja: Zawody: diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Warszawa 4.02.2011 r.
8. Konferencja pt. Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku – Radziejowice 8.09.2012 r.
9. Konferencja pt. Zgromadzenia zakonne w medycynie i farmacji na Śląsku i Zagłębiu (do końca XX w.) – Sosnowiec 14.10.2013 r.

#### VIII. Otrzymane nagrody:

Za prowadzoną działalność dydaktyczną i organizacyjną otrzymywałam nagrody przyznawane przez Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego:

- Zespołowa nagroda III stopnia Rektora SUM w Katowicach w zakresie działalności organizacyjnej w roku akademickim 2007/2008, rok przyznania 2008.
- Indywidualna nagroda I stopnia Rektora SUM w Katowicach za działalność dydaktyczną - opublikowanie podręcznika dla studentów pt. *Opieka nad chorym dzieckiem w opinii polskiej prasy medycznej Królestwa Polskiego w latach 1801-1908*, rok przyznania 2009.
- Zespołowa nagroda II stopnia Rektora SUM w Katowicach w zakresie działalności dydaktycznej za wydanie publikacji *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, rok przyznania 2010.
- Zespołowa Nagroda I stopnia Rektora SUM w Katowicach w zakresie działalności organizacyjnej w roku akademickim 2011/2012, rok przyznania 2013.

#### IX. Udział w komitetach redakcyjnych:

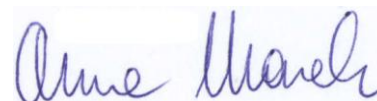
Od 2004 r. do chwili obecnej jestem członkiem komitetu redakcyjnego czasopisma „Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną”, wydawanego przez Polską Akademię Nauk i Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej.

X. Członkostwo w organizacjach i towarzystwach naukowych:

Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Medycyny i Farmacji od 2002 r. oraz członkiem Stowarzyszenia Muzeów Uczelnianych od 2014 r.

XI. Opieka naukowa nad doktorantami w charakterze opiekuna naukowego lub promotora pomocniczego

Promotor pomocniczy doktoratu Marka Rafalskiego pt. *Opieka nad ciężko chorymi w Warszawie w latach 1895-1914*, sprawowana w okresie od października 2013 i nadal. Promotor pracy prof. Bożena Urbanek.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Anna Marek". The signature is written in a cursive style and is positioned on the right side of the page.