

BIULETYN
AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE

XXV LAT PRL



KWARTALNIK

ROK I

WARSZAWA 1969

Nr 2

SPIS TREŚCI

	str.
W XXV rocznicę PRL	113
Prorektor d/s dydaktyczno-wychowawczych	
Doc. dr med. Zbigniew Brzeziński	117
<i>Leszek Kryst, Jerzy Majkowski, Jerzy Szczerbański</i>	
O nowej strukturze organizacyjnej naszej Uczelni	119
<i>Jan Tatoń</i>	
Niektóre zagadnienia reformy studiów	123
<i>Roman Jędrzejewski</i>	
Rekrutacja na studia w naszej Uczelni	129
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i>	
Korelacja wyników ze sprawdzianów wiadomości metodami testowymi ustnymi w świetle danych własnych	135
<i>Antoni Sobótka</i>	
Matematyka na Wydziale Lekarskim naszej Uczelni	145
<i>Anatol Sidorczuk</i>	
Cybernetyka nowy element w kształtowaniu lekarza	149
<i>Stanisław Kalman</i>	
Czy akademie medyczne uwzględniają w swojej reformie studiów przed- miot filozofii?	153
<i>Jan Nielubowicz</i>	
Pozaustrojowa perfuzja wątroby	157
<i>Kazimierz Ostrowski</i>	
O problemach działalności Centralnego Banku Tkankowego	161
Streszczenia wybranych prac naukowych	173
Wykaz prac habilitacyjnych	183
Wykaz prac doktorskich	184
<i>Jadwiga Osuch</i>	
Zobowiązania pracowników Akademii Medycznej dla uczczenia XXV lecia PRL	187
<i>Leszek Kryst</i>	
Rada Uczelniana Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych	189
<i>Cezary W. Korczak, Irena Kozarska</i>	
Doroczne spotkania w Kole Seniorów	193
<i>Regina Koreywo</i>	
Klub Złotej Odznaki	197

BIULETYN AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

KWARTALNIK

ROK I

1969

NR 2

W XXV ROCZNICĘ PRL

Rocznice mają tę dobrą stronę, że skłaniają do refleksji, do spojrzenia na minione dni z pewnego oddalenia. Pozwalają dojrzeć i ocenić osiągnięcia i niepowodzenia; mieć do nich bardziej wyważony, emocjonalno-rozumowy stosunek. Stanowi to podstawę do przewartościowania pewnych utartych sądów i może stać się źródłem większego zaangażowania w codzienną naszą pracę dla dobra całego społeczeństwa. Te refleksje mogą być chyba cenne dla tych przede wszystkim, którzy wchodząc dziś w życie nie znają lub nie pamiętają przeszłości.

25 lat istnienia PRL to jednocześnie ćwierćwiecze nowej organizacji i działalności służby zdrowia, działalności opartej na nowych, socjalistycznych podstawach ustrojowych. Socjalistyczne założenia naszego państwa ujęły znacznie szerzej i radykalniej sprawę zdrowia ludności niż było to możliwe w okresie międzywojennym. Dotyczyło to przede wszystkim najliczniejszej a jednocześnie najbiedniejszej klasy społeczeństwa, które nie korzystało w dostatecznej mierze z opieki lekarskiej, ze szpitali, a zwłaszcza z sanatoriów. Dla licznych rodzin stała opieka lekarska była zbyt droga i — jak np. na wsi zbyt odległa, by w praktyce mogła przynieść skuteczną pomoc.

Wprowadzenie społecznej służby zdrowia zniosło przede wszystkim widmo lęku przed zachorowaniem, które nadal nawet w najbogatszych krajach kapitalistycznych przerażają ludzi pracy, a zwłaszcza ludzi w starszym wieku.

Dziś po 25 latach działalności służby zdrowia możemy dojrzeć wiele osiągnięć w stanie zdrowotności całej ludności naszego kraju. Nie jest to oczywiście wyłącznie zasługą służby zdrowia, ale jest także wynikiem zdobyczy socjalnych, wyrażających się wyższym poziomem życia — właściwszym i większym spożyciem, poprawą sytuacji mieszkaniowej, wprowadzeniem ochrony pracy itp.

Do zdobyczy socjalistycznej służby zdrowia należy zaliczyć: powszechne wprowadzenie fachowej opieki nad kobietą ciężarną oraz nad matką i dzieckiem. Ma to ogromne znaczenie zwłaszcza na wsi. Dużą rolę spełnia szeroko prowadzona oświata zdrowotna wśród społeczeństwa — wielka w tym zasługa Państwowego Zakładu Higieny, Polskiego Czerwonego

Krzyża i Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich. Zasadnicze znaczenie dla zdrowotności kraju ma również olbrzymi rozwój produkcji leków rozprowadzanych licznie rozbudowaną siecią aptek i punktów aptecznych. Realizacja bezpłatnego leczenia chorób społecznych takich jak gruźlica, choroby weneryczne stanowi także ważne ogniwo podniesienia zdrowotności społeczeństwa. Wymienione przykładowo socjalistyczne zdobycze stanowią niezbędne podłoże dla właściwej i skutecznej działalności naszej Służby Zdrowia.

W pierwszym powojennym okresie służba zdrowia musiała uporać się z epidemiami chorób zakaźnych, z odbudową zniszczonych przez okupanta szpitali, budową nowych obiektów, izb porodowych i aptek. Nastąpił intensywny okres kształcenia lekarzy w bardzo trudnych warunkach kadrowych i lokalowo-aparaturowych. Powstały nowe szkoły medyczne, rozwinięto także te, które nie zaprzestały kształcenia lekarzy w tajnych szkołach podziemia okupacji. (Szkoła Zaorskiego). Wykształcenie dostatecznej liczby lekarzy pozwoliło na właściwe ich rozmieszczenie w całym kraju, a zwłaszcza w zaniedbanych pod tym względem terenach wiejskich oraz na zaspokojenie elementarnych potrzeb zdrowotnych ludności. Zabezpieczenie kadrowe i aparaturowe — w czym ostatnio mamy niemały (choć nadal zbyt szczupły) udział rodzimej produkcji — pozwoliło nam na rozwijanie badań naukowych i co ważniejsze na wiązanie osiągnięć naukowych z praktyczną działalnością medyczną. Świadomość wzajemnej zależności między sztuką leczenia a rozwojem nauk medycznych jest dziś coraz większa. Patrząc w przyszłość wyrażamy nadzieję, że te dwa aspekty działalności służby zdrowia będą się rozwijać jeszcze bardziej harmonijnie. Zyskujemy dzięki tym kierunkom coraz szersze i głębsze podstawy naukowe dla podjęcia najistotniejszego zadania służby zdrowia, to jest profilaktyki, szeroko rozumianej i opartej na świadomej działalności różnorodnych zespołów i grup ludzi — nie tylko lekarzy.

Oczywiście, nie sposób wymienić tu wszystkich kierunków działania Służby Zdrowia w minionym 25-leciu. Pozostaje przecież rozwój średniego szkolnictwa medycznego z kształceniem pielęgniarek czy laborantów; współpraca psychologów, socjologów, inżynierów, jak również administratorów i organizatorów Służby Zdrowia. Wszyscy oni stanowią nowoczesny zespół pracowników służby i ochrony zdrowia; ich harmonijna współpraca warunkuje spełnienie wymogów, jakie społeczeństwo stawia Służbie Zdrowia na dziś i jutro.

W tym ogólnym dorobku ćwierćwiecza niemały udział ma nasza Uczelnia. Już w listopadzie 1944 r. otwarty został na Pradze, przy ul. Boremłowskiej Wydział Lekarski uniwersytetu, który przystąpił do szkolenia studentów. Był to okres bardzo trudny, ponieważ w Warszawie znajdowali się jeszcze Niemcy, a Praga znajdowała się pod ostrzałem artyleryjskim.

We wrześniu 1945 r. Wydział Lekarski przeniesiony został na teren Uniwersytetu Warszawskiego, do gmachu medycyny teoretycznej.

W czerwcu 1945 r. ukonstytuowała się Rada Wydziału Farmaceutycznego, a w grudniu 1945 r. otwarta została Akademia Stomatologiczna (jako samodzielna uczelnia istniała do 1949 r., a następnie włączona jako Oddział Stomatologiczny do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego).

Rok akademicki 1949/1950 stał się dla naszej uczelni rokiem przełomowym. Z dniem 1 stycznia 1950 r. powołano do życia Akademię Lekarską w Warszawie, w skład której wszedł Wydział Lekarski wraz z Oddziałem Stomatologicznym i Wydziałem Farmaceutycznym, która podporządkowana została Ministerstwu Zdrowia. Wkrótce nazwa uczelni została zmieniona na Akademię Medyczną.

Z głównych zmian organizacyjnych jakie nastąpiły w tym okresie należy wymienić:

- powołanie w 1950 r. Oddziału Pediatrycznego przy Wydziale Lekarskim,
- powołanie w 1950 r. Oddziału Sanitarно-Higienicznego, który następnie w 1957 r. został przekształcony w Studium Sanitarно-Higieniczne — rozwiązane w 1967 r.,
- podporządkowanie w 1958 r. Studium Doskonalenia Lekarzy.

Rektorami akademii byli kolejno: prof. dr F. Czubalski (1950—1953), prof. dr M. Kacprzak (1953—1962), od 1962 r. prof. dr B. Górnicki.

W chwili obecnej Akademia Medyczna w Warszawie jest największą spośród wszystkich wyższych szkół medycznych w kraju. W skład akademii wchodzi 60 katedr oraz 4 studia międzywydziałowe. Na obu Wydziałach szkolimy ponad 3.000 studentów. W stosunku do okresu przedwojennego, a więc po 30 latach należy podkreślić znaczny wzrost feminizacji studiów medycznych na naszej uczelni. I tak na Wydziale Lekarskim procent kobiet wzrósł z 24% do 58%, na Oddziale Stomatologicznym z 68% do 83%, a na Wydziale Farmaceutycznym z 46% do 84%. Liczby te bardzo wyraźnie świadczą o postępującej feminizacji zawodu.

W roku jubileuszowym Polski Ludowej Akademia Medyczna, jak wskazują dane liczbowe, może poszczycić się dużymi osiągnięciami tak na odcinku dydaktyczno-wychowawczym, naukowym, jak i leczniczo-usługowym.

Zasadnicze wyniki naszej działalności są następujące:

A. Działalność dydaktyczna

- 12.300 absolwentów — w tym lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów 10.500, farmaceutów 1.800
- 3.000 studentów, aktualnie studiujących

B. Działalność naukowa

- 21.000 prac naukowych

- 350 przewodów habilitacyjnych
- 1.250 przewodów doktorskich.
- C. Działalność usługowa (rocznie)
 - 28.000 chorych leczonych w szpitalach A.M.
 - 500.000 porad lekarskich udzielanych w specjalistycznych przychodniach przyklinicznych.
- D. We wszystkich jednostkach organizacyjnych Akademii Medycznej jest zatrudnionych ponad 5.000 osób.

Dotychczasowe osiągnięcia nie przesłaniają jednak dalszych horyzontów. Nieodzownym wynikiem nowego jutra uczelni jest baza lokalowo-aparaturowa, która pozwoli zrealizować wszystkie poczynania natury organizacyjnej. Tą nową bazą, wprawdzie jeszcze nadal znacznie odległą, jeśli chodzi o pełną koncentrację, jest budowa nowej akademii medycznej na Polu Mokotowskim. Planuje się zgrupowanie na tym terenie całej działalności dydaktyczno-wychowawczej, naukowej i usługowej. Znajdą tam swoje pomieszczenia pracownie teoretyczne, sale wykładowe i ćwiczeniowe, zespoły klinik i przychodni, domy studenckie, władze uczelni i administracja, biblioteka oraz cały kompleks obiektów gospodarczych. Obiekty kubaturowe tej inwestycji wyrażają się liczbą ponad 1 mln m³ i kosztem ponad 2 mld zł.

W roku bieżącym oddany będzie pierwszy budynek Wydziału Farmacji. W roku przyszłym drugi budynek Farmacji oraz poliklinika. W budowie jest pierwszy budynek kliniczny. Trwają prace zmierzające do przyspieszenia budowy szeregu innych obiektów.

Pełna realizacja wspomnianych przedsięwzięć będzie punktem zwrotnym w życiu warszawskiej akademii medycznej, która już w najbliższym dziesięcioleciu stanie się jednym z najbardziej współcześnie wyposażonych i przodujących ośrodków kształcenia kadr lekarskich w kraju.

Komitet Redakcyjny



Prorektor d/s dydaktyczno-wychowawczych
doc. dr med. ZBIGNIEW BRZEZIŃSKI

Urodził się dnia 26.XI1928 r. w Suwałkach. Ukończył tam, w 1949 r. szkołę średnią i w tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego w Poznaniu. Na IV roku studiów przeniósł się do Warszawy, gdzie kontynuował studia lekarskie na Oddziale Sanitarno-Epidemiologicznym Akademii Medycznej. Dyplom lekarza otrzymał w lutym 1955 r. a w dwa miesiące później uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie epidemiologii.

Od lutego 1955 r. pracuje na stanowisku pracownika naukowo-dydaktycznego w Zakładzie Higieny Ogólnej Akademii Medycznej. W latach 1955-59 pełnił również funkcje lekarza szkolnego, w 1959 r. uzyskał stypendium Światowej Organizacji Zdrowia i wyjechał na 9 miesięczne studia w zakresie Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie w Bristolu. W czerwcu 1960 r. po złożeniu egzaminów i przedstawieniu pracy dysercyjnej uzyskał dyplom D. P. H. (Diploma in Public Health). W 1963 r. uzyskał stopień dr medycyny na podstawie pracy pt. „Badania nad kształtowaniem się niektórych cech somatycznych i wzrastaniem chłopców w różnych środowiskach społeczno-bytowych”. W 1964 r. mianowany został na stanowisko adiunkta Katedry Higieny Ogólnej Akademii Medycznej.

W październiku 1964 r. wyjechał na roczne stypendium naukowe do Berkeley w Stanach Zjednoczonych, gdzie brał udział w badaniach nad stanem zdrowia ludności i wpływem nań warunków społeczno-bytowych w ramach zespołu badawczego „Human Population Laboratory” Kalifornijskiego Wydziału Zdrowia Publicznego.

W październiku 1965 r. powrócił do kraju i wkrótce powierzono mu pełnienie obowiązków kierownika Zakładu Higieny Ogólnej Akademii Medycznej. W 1967 r. uzyskał stopień naukowy docenta, na podstawie pracy habilitacyjnej pt. „Wybrane mierniki wieku rozwojowego a wzrastanie chłopców”.

W maju 1968 r. mianowany został docentem etatowym. W październiku 1968 r. powołany został na pełnomocnika rektora d/s dydaktyczno-wychowawczych a w lutym 1969 r. mianowany prorektorem d/s dydaktyczno-wychowawczych. Jest członkiem PZPR.

Leszek Kryst, Jerzy Majkowski, Jerzy Szczerbań

O NOWEJ STRUKTURZE ORGANIZACYJNEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Ostatnie ćwierćwiecze cechuje olbrzymi, niezwykle dynamiczny rozwój biologicznych i technicznych dziedzin nauki. Pociąga to za sobą coraz większą fragmentaryzację, co sprawia, że powstają nowe dyscypliny i bardzo zróżnicowane specjalizacje. Dotychczasowy system szkoły wyższej czy uniwersytetu, z którego wywodzą się akademie medyczne, ma swe źródło w średniowieczu. System ten prowadził nieuchronnie do powstania unikalnych, nie powiązanych z sobą katedr, z wysokospecjalizowaną kadrą naukową, która niekiedy w sposób luźny związana była z procesem nauczania studentów. Coraz bardziej powszechnym stało się zjawisko przesuwania punktu ciężkości z nauczania na prowadzenie badań naukowych. W tych warunkach przygotowywanie studenta do zawodu stawało się przypadkowe i niekompletne. Wydaje się, że poprawa tego stanu rzeczy powinna opierać się na zmianie samego programu nauczania jak również zmianie struktury uczelni.

Dotychczasowe tradycyjne i niezmiennające się od dziesiątków lat formy organizacji katedr, z ich tendencjami izolacyjnymi, są dziś czynnikiem hamującym szeroko rozumianą integrację dydaktyki i nauki. Konieczność zmiany struktury szkół wyższych uwarunkowana jest nie tylko gwałtownym rozwojem nauki i wynikającymi stąd konsekwencjami ale w dużej mierze także koniecznością posiadania bardziej złożonej i kosztowniejszej aparatury diagnostyczno-badawczej. Koszty te są tak wysokie, że nie można sobie pozwolić, by tego rodzaju aparatura należała do niewielkich zamkniętych jednostek organizacyjnych, które nie są w stanie ich w pełni wykorzystać, konserwować, itp.

Wspomniane niedomagania w systemie nauczania dyskutowane są w naszym kraju od wielu lat, szczególnie jednak w ciągu ostatniego roku. Dyskusje te toczyły się zarówno w środowisku akademickim jak i odpowiednich organach państwowych i społecznych. Znalazło to swój wyraz w wytycznych ostatnich dwóch zjazdów Partii i ostatecznie w uchwalonej przez sejm PRL, w grudniu ub. r., nowelizacji ustawy o szkolnictwie wyższym. Zmodernizowana obecnie ustawa stwarza podstawę dla zmian w systemie dotychczasowego kształcenia. Pierwotnym i zasadniczym założeniem tej zmiany było przeprowadzenie takiej reformy organizacyjnej

struktury uczelni, która przeciwdziałałaby tendencjom dezintegracyjnym i stworzyła warunki do maksymalnego wykorzystania potencjału kadry naukowo-dydaktycznej oraz możliwości wykorzystania aparatury i sprzętu.

Ponadto powinna ona zapewnić stworzenie optymalnego w konkretnych warunkach systemu organizacyjnego jaki przedstawia sobą szkoła wyższa.

Wypracowany w dyskusjach ramowy model struktury szkoły wyższej przyjmuje, że podstawową jednostką organizacyjną, a co za tym idzie dydaktyczną, naukową i usługową nowego typu jest instytut. Instytut powstaje z kilku jednoimiennych lub pokrewnych katedr czy zakładów. Powołanie instytutu powoduje jednocześnie likwidację katedr, które wchodzi w jego skład. Instytut, na czele którego stoi dyrektor, korzystający z pomocy organu doradczego jakim jest Rada Instytutu, przejmuje odpowiedzialność za realizację całokształtu zadań wchodzących w zakres jego specjalności: 1. dydaktyczno-wychowawczych, 2. naukowych, 3. usługowo-leczniczych i 4. kadrowych. Ponadto instytuty mogłyby przejąć prowadzenie przewodów doktorskich i habilitacyjnych, co usprawniłoby znacznie proces nadawania stopni naukowych i zapewniłoby w tym procesie udział większej liczby specjalistów, odciążając równocześnie Rady Wydziałowe, które mogłyby zająć się nadrzędną koordynacją działalności dydaktycznej i naukowej instytutów w ramach wydziałów uczelni. Spełnienie tych nowych i trudnych zadań możliwe jest jedynie w oparciu o duże instytuty, grupujące liczną kadrę samodzielnych pracowników naukowo-dydaktycznych oraz dysponujące silną bazą aparaturową. Tworzenie instytutów małych – na bazie jednej katedry – nie odpowiadałoby założeniom; nie mogłyby one sprostać stawianym instytutom zadaniom. Ponadto układ taki naruszałby równowagę między nowymi jednostkami organizacyjnymi znajdującymi się w jednej uczelni. Z uwagi na możliwość powstawania instytutów obejmujących zarówno te same jak i pokrewne specjalności zachodzi konieczność wprowadzenia zróżnicowanych wewnętrznych form organizacyjnych dopasowanych do specyfiki instytutu. Formy te i status powinny być na tyle elastyczne, by nie hamowały rozwoju instytutu a pozwalały na jego stopniowy rozwój i porządkowanie jego wewnętrznej struktury oraz umożliwiały współpracę międzyinstytutową. Powinna istnieć możliwość tworzenia na określony czas i temat międzyinstytutowych zespołów badawczych, opartych o odpowiednie komisje problemowe, korzystające ze scentralizowanej kosztownej aparatury. To samo mogłoby mieć miejsce w odniesieniu do działalności dydaktycznej i usługowej. Jednostkami wykonawczymi instytutu byłyby: kliniki, zakłady, oddziały, pracownie, studia, przychodnie.

W przypadkach, gdy niektóre zadania dydaktyczne uczelni realizowane są w jednostkach organizacyjnych przekraczających ramy jednego wy-

działu, jak np. szkolenie w dziedzinie nauk społeczno-politycznych, języków obcych, wychowania fizycznego, przygotowania wojskowego, historii medycyny i farmacji, wydaje się koniecznym powołanie odpowiednich jednostek międzywydziałowych lub nawet międzyuczelnianych.

Z wymienionych zadań instytutu uczelnianego jasno wynika, że różni się on zasadniczo w wielu swych funkcjach i formach organizacyjnych od instytutu resortowego. Dlatego też nie można tworzyć nowej formy uczelni wzorowanej na istniejących instytutach resortowych, mimo iż należy dążyć do ustalenia między nimi pewnych typów współpracy.

Należy się liczyć z tym, że przechodzenie z dotychczasowej struktury katedr, na nową formę instytutów uczelnianych, wydziałowych czy międzywydziałowych, nie jest sprawą ani łatwą, ani prostą. Opory w stosunku do idei tworzenia instytutów, mogą wynikać z niedostatecznej, starej i nieprzygotowanej do ich tworzenia bazy (rozproszenie klinik czy zakładów), jak również nawyków tradycyjnego myślenia i działania. Utrudnia to przejście od opartej na dotychczasowej formie pracy katedry do zespołowej, wielospecjalistycznej, nowoczesnej współpracy. Dokonująca się obecnie zmiana struktury uczelni jest przedsięwzięciem na skalę na jaką nie była podejmowana żadna reforma w dziejach naszego szkolnictwa. Jest więc zrozumiałe, że wraz z powołaniem instytutów i likwidacją katedr, nie wszystko zmieni się od razu. Należy sądzić, że koniecznym będzie czas, dobra wola, olbrzymi wysiłek i życzliwość wzajemna wszystkich pracowników, ażeby nowa struktura pełniej mogła służyć wychowaniu nowej kadry naukowo-wychowawczej, kształtującej wyraźnie oblicze polityczne rzeszy przyszłych lekarzy socjalistycznej służby zdrowia oraz oblicze polskiej myśli medycznej.

Prace nad reorganizacją struktury warszawskiej AM zwłaszcza w zakresie reformy programów i treści nauczania trwają od paru lat. Jednakże bardziej efektywne działanie w tym kierunku datuje się od września 1968 r. Przygotowano ramowy statut instytutów, który stał się podstawą do dyskusji w powołanych przez rektora AM w Warszawie w dniu 14.II. br. kilkuosobowych zespołach. Zespoły te reprezentowały katedry (z każdej katedry 1—2 osoby), które miałyby wejść w skład tworzących się instytutów. Zadaniem tych zespołów było opracowanie wstępnych informacyjnych założeń struktur organizacyjnych instytutów. Zespoły te w ciągu kilkutygodniowej pracy odbyły wiele posiedzeń, opracowując jak najszerzej podstawy przyszłych instytutów.

Opracowane zostały mniej lub bardziej szczegółowe regulaminy wewnętrzne, projekty dotyczące zasad zarządzania itp. Z analizy tych materiałów wynika, iż prawie wszystkie komisje, na ogólną liczbę 11, uznały za możliwe integrowanie katedr w instytuty. Fakt ten jest zjawiskiem pozytywnym, wskazującym na istnienie już w chwili obecnej dostatecznego zrozumienia konieczności przeprowadzenia reformy struktury uczel-

ni, w sensie jej unowocześnienia. Niektóre zespoły przedłożyły wersje alternatywne. W paru przypadkach przedłożono projekty tworzenia instytutów opartych na bazie jednej z istniejących katedr, co wydaje się raczej niesłuszne, bowiem nie następuje żaden istotny wzrost potencjału kadrowego i aparatury—co jest, jednym z zasadniczych warunków nowej koncepcji uzasadnionej między innymi względami ekonomicznymi. Należy tu jednak zaznaczyć, że nie wszystkie dotychczasowe jednostki organizacyjne Akademii Medycznej mogą być objęte strukturą instytutową, — przynajmniej w najbliższym czasie, np. Zakład Medycyny Sądowej.

W wyniku tych prac wyłoniły się następujące instytuty: A. międzywydziałowe: 1. Instytut Biostruktury, 2. Instytut Farmakologiczno-Fizjologiczny, 3. Instytut Podstawowych Nauk Chemicznych i Biochemii. B. na Wydziale Lekarskim: 1. Instytut Chirurgii, 2. Instytut Chorób Układu Nerwowego i Narządów Zmysłów, 3. Instytut Dermatologii i Wenerologii, 4. Instytut Pediatrii, 5. Instytut Radiologii, 6. Instytut Stomatologii; C. na Wydziale Farmaceutycznym: 1. Instytut Nauk Farmaceutycznych. W drugim etapie przewiduje się powołanie na Wydziale Lekarskim Instytutu Interny i Instytutu Ginekologiczno-Położniczego. W dalszej perspektywie przewiduje się powołanie Instytutu Zdrowia Publicznego.

Wyniki prac powołanych zespołów zostały przedstawione przez rektora i przedyskutowane na połączonym posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego w dniu 14.IV.1969 r. a następnie na posiedzeniu Senatu w dniu 21.V.1969 r. Istnieje jednak nadal wiele spraw organizacyjnych budzących żywe dyskusje. Wydaje się, że dotychczasowe wstępne prace doprowadziły do punktu, w którym zachodzi konieczność podjęcia konkretnych decyzji administracyjnych. Pozwoli to na bardziej szczegółowe opracowanie wewnętrznych form organizacyjnych przyszłych instytutów co będzie dalszym krokiem doskonalenia funkcji naszej uczelni jako ośrodka działalności dydaktyczno-wychowawczej i naukowej, spełniającej pozatem postulat wysokiego poziomu usług.

Jan Tatoń

NIKTÓRE ZAGADNIENIA REFORMY STUDIÓW

Wielki i szybki postęp nauki i techniki, przeobrażenia kulturalne, ekonomiczne i społeczne powodują zmiany w treści i w strukturze dyscyplin naukowych. Zwiększają się zadania służące rozwojowi i wdrażaniu do realizacji osiągnięć naukowych, rośnie społeczna rola szkolnictwa wyższego, a w tym i naszej Uczelni.

Wzrost zadań w dziedzinie nauki, to w ogólności wielki jej postęp, w którym nauka polska powinna nadażać i starać się zdobyć poważną rolę wśród państw przodujących, a w zakresie medycyny, to wzrastająca rola nauk medycznych dla rozwoju ekonomicznego i społecznego kraju, dla warunków życia człowieka socjalizmu. Tak ważne, decydujące zadanie, jak osiąganie właściwej wydajności pracy i odpowiedniego postępu naukowego i technicznego, zależy nie tylko od mechanicznej strony tego zagadnienia, lecz przede wszystkim od jego strony ludzkiej, od człowieka, a tu medycyna zapobiegawcza, jak i lecznicza, mają jak największe znaczenie.

Zadania szkół wyższych w rozwoju nauki, w rozwoju więzi szkół wyższych z praktyką i uczestnictwo w tej praktyce muszą, oczywiście, znaleźć wyraz w organizacji szkoły, w programie i metodach jej pracy.

Służyć temu powinno wprowadzenie w życie zasady jedności nauki, dydaktyki i wychowania. Zwłaszcza dydaktyka i wychowanie wymagają szerszego i głębszego niż dotychczas uwzględnienia w praktyce, i to nie tylko w zakresie dydaktyki ogólnej, lecz jak najbardziej dydaktyki specjalnej, dydaktyki przygotowania lekarza do zawodu. Także i wychowanie, przy jak najbardziej przepajającym całą pracę uczelni wychowaniu obywatelskim, społeczno-politycznym, i światopoglądowym, musi w pełni uwzględniać wychowanie lekarza dla naszych zadań społecznych i zawodowych, w systemie społecznej służby zdrowia — lekarza zawodowca i społecznika zarazem.

KIERUNKI REFORMY

W Akademii Medycznej w Warszawie od 4 lat wprowadza się w życie zreformowany system nauczania. Reformowanie studiów lekarskich rozumie się tutaj nie jako jednorazowe zmiany, ale jako *stałą pracę doskonalącą i przystosowującą treści i formy nauczania do przeobrażeń w medycynie, do przeobrażeń powodowanych stałym rozwojem nauk biologicznych, nowymi potrzebami społecznymi oraz wymaganiami racjonalnej dy-*

daktyki i wychowania lekarzy. Wyrazem tego właśnie jest zorganizowanie w obrębie Uczelni Pracowni Metodologii Studiów Lekarskich, której celem jest systematyczna praca badawcza nad treścią i formami nauczania medycyny, nad określeniem optymalnego społecznie profilu wiedzy, jaki w czasie studiów należy kandydatowi na lekarza przekazać oraz nad skutecznością realizacji przez naszą Uczelnię zapotrzebowania na najbardziej społecznie użytecznego lekarza.

Do głównych założeń reformy studiów należą, jak sądzimy, następujące zasady.

- a) Integracja rozdrobnionych dyscyplin w większe kursy nauczania, przekazujące studentom zespołowo większe partie tematyczne; ciągła aktualizacja i ulepszanie programu nauczania.
- b) Rozwijanie metod dydaktycznych i wychowawczych intensyfikujących proces dydaktyczno-wychowawczy, jak:
 - ograniczanie części wykładowej do podstawowych zagadnień;
 - zastosowanie w tej części najlepszych technicznych środków i intensywnych metod nauczania; dostarczenie studentom programów przygotowanej literatury i materiałów dla samodzielnego poznawania wiedzy; kierowanie i pomoc studentom w tym zakresie;
 - wyrabianie zdolności samoedukacji i samodzielności w opanowywaniu wiedzy, pogłębianie metod nauki przy łóżku chorego, wdrażanie do opieki ambulatoryjnej;
- badanie przyczyn niepowodzeń studentów w nauce oraz w wytwarzaniu właściwego stosunku do zawodu.
- c) Wdrażanie studentów do pracy naukowo-badawczej, wyrabianie krytycznego stosunku do literatury i wiedzy zawodowej, organizowanie zespołowych prac badawczych asystentów Akademii i studentów, krytyka tych prac, budzenie umiejętności wnioskowania.
- d) Większe zainteresowanie studentów stanem zdrowotnym zakładów pracy, środowisk, różnych grup ludności miast, osiedli i wsi, wprowadzenie do bezpośredniego studiowania tych zagadnień, wyrabianie zapału do ulepszeń; ułatwienie znalezienia przez studenta swej roli lekarskiej w społeczeństwie.
- e) Zbliżenie studentów do praktyki lekarskiej, do szpitalnictwa i służby zdrowia, do świata lekarskiego, do jego pracy, osiągnięć i trudności; widzenie przez studenta swego przyszłego zawodu, własnych planów doskonalenia zawodu i siebie w zawodzie lekarskim, roli w społeczeństwie, zwłaszcza wśród warstw mniej wykształconych.
- f) Widzenie medycyny w związku z innymi naukami i na tle tych nauk; jej roli w realizacji zadań gospodarczo-społecznych państwa; angażowanie wybitnych i doświadczonych praktyków do pracy ze studentami (odczyty, ćwiczenia, udział w prowadzeniu badań).
- g) Właściwe ukierunkowanie lekarza-obywatela-patrioty, aktywnie współdziałającego w tworzeniu i doskonaleniu ustroju socjalistycznego.

Wprowadzenie nowych metod wychowawczych, wychowania zbiorowego i indywidualnego.

- h) Przygotowanie pracowników dydaktyczno-wychowawczych i badawczych.

PRZYKŁADY ZMIAN

Przytoczone przykładowo założenia realizowane być mogą oczywiście w oparciu o *odpowiednie przystosowanie warunków organizacyjnych, materialnych i kadrowych*. Dlatego wdrażanie ich odbywać się będzie stopniowo. Już obecnie, przez pierwsze dwa lata studiów, student kształci się w zakresie podstawowych nauk medycznych zasadniczo w dwóch podstawowych kursach. Pierwszy z nich, to zespół nauk morfologicznych, który obejmuje anatomię prawidłową, histologię i embriologię. Drugi ciąg kształcenia obejmuje nauki biochemiczno-fizjologiczne — fizjologię, chemię ogólną i fizjologiczną, biofizykę i cytofizjologię. Do tego okresu studiów należy także nauczanie biologii ogólnej z genetyką i parazytologią oraz elementy matematyki.

Nauczanie kliniczne rozpoczyna się na trzecim roku propedeutyką chorób wewnętrznych. Jednocześnie student zapoznaje się z takimi bezpośrednio związanymi z kliniką dyscyplinami, jak anatomia patologiczna, fizjologia patologiczna, farmakologia, mikrobiologia lekarska (w ramach kursu patologii ogólnej).

Czas studenta dzieli się na zajęcia:

- a) morfologiczne,
- b) fizjologiczno-biochemiczne,
- c) kliniczne

Podczas trzech zreformowanych lat studiów lekarskich w Akademii Medycznej w Warszawie przeznaczają się na:

Treść zajęć	Liczba godzin
a) Kurs morfologiczny	510
b) Kurs fizjologiczno-biochemiczny	540
Biologia	120
Kurs patologii ogólnej	255
c) Klinika	
Chirurgia	135
Pediatria	240
d) Przedmioty humanizujące (socjologia, psychologia, nauki polityczne, język obcy)	

Lata IV, V i VI obejmują nauki kliniczne — jak choroby wewnętrzne, chirurgia, położnictwo i ginekologia, pediatria, okulistyka, neurologia, dermatologia, radiologia, choroby zakaźne i inne. Jednocześnie program obejmuje nauki z zakresu medycyny społecznej, jak higiena i zdrowie publicz-

ne, socjologia i psychologia lekarska. VI rok nauki poświęcony jest zajęciom typu seminaryjnego, ćwiczeniom klinicznym i zdawaniu egzaminów dyplomowych. Lata V i VI mają jeszcze nie zreformowany, tradycyjny program. Jest to jednak sytuacja przejściowa. Po otrzymaniu dyplomu student przechodzi 24-miesięczny staż kliniczny w oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgii, położnictwa i ginekologii oraz pediatrii. Po zakończeniu stażu, a więc w sumie po 8 latach od chwili przyjęcia do Akademii, student staje się lekarzem uprawnionym do podjęcia pracy. Przed nim staje teraz program specjalizacji i doskonalenia zawodowego. Ma on wtedy zazwyczaj 25–28 lat.

Powyższy układ nauczania wprowadzany w ramach reformy studiów będzie dalej doskonalony. *Sprawdzać się go powinno pod względem treści i metod dydaktycznych przez jego skuteczność w dążeniu do integracji nauczania, do uwzględniania w nauczaniu indywidualnych cech i zdolności studentów, przez właściwości wyrabiania potrzeby ciągłego doskonalenia zawodowego.*

Przy tego rodzaju celach nauczania bardzo istotne jest więc wytworzenie u studentów odpowiednio *silnej motywacji zawodowego doskonalenia*. Służy temu również wychowanie studenta. Do działania wychowawczego Akademia przywiązuje bardzo dużą wagę. Wpływy wychowawcze realizuje się w toku całej pracy dydaktycznej Uczelni, np. w studenckim ruchu naukowym, a także poprzez system małych grup studenckich i ich opiekunów, przez udział studentów w pracy organizacji młodzieżowych lub przez obozy społeczne.

INTEGRACJA DYDAKTYCZNA

Integracja nauczania jest jedyną drogą przekazania studentowi współczesnego zakresu medycyny nie przez zwiększenie liczby godzin zajęć i mnożenie liczby naukowych jednostek organizacyjnych prowadzących osobne kursy, ale przez reorganizację tradycyjnego układu programu. Integracja nauczania nadaje programowi studiów szereg zalet. Umożliwia ona szybsze przekazywanie wiedzy w jej naturalnym, zintegrowanym kształcie, ponadto nadaje nauczaniu elastyczność, lepsze możliwości przystosowania się do zmian, jakie ciągle zachodzą w medycynie, w znaczeniu różnych nauk medycznych dla przygotowania zawodowego lekarza. Umożliwia ona nadawanie bezpośrednio życiowego znaczenia takim dziedzinom jak anatomia makroskopowa, histologia świetlna, przez akcentowanie ich znaczenia dla dyscyplin bardziej dynamicznie się rozwijających, jak fizjologia, biochemia i wiele dziedzin klinicznych.

Można sądzić, że integracja uwalnia zakłady nauczające od konkurencji polegającej na tendencji, aby jak najwięcej nauczyć swojej dyscypliny, bez jakiegokolwiek udziału innych zakładów tak, aby egzaminy wykazały, że ten właśnie, a nie inny zakład pracuje dobrze. System tradycyjny prze-

ciężał studentów, zaprzętał ich umysł wieloma, nie zawsze niezbędnymi szczegółami, nie wiązał ze sobą różnych działów medycyny w całość – jak to dzieje się w praktycznym wykonywaniu zawodu. Był systemem dobrze przygotowującym do egzaminów a mniej do życia.

W ramach ulepszania systemu nauczania i programu na Wydziale Lekarskim przeznaczają się coraz więcej godzin na zajęcia laboratoryjne w zakresie biofizyki, chemii, biochemii, fizjologii. Przekazuje się studentom podstawy matematyki wyższej, biostatystyki, genetyki tak, aby ułatwić im zrozumienie zasad współczesnych metod badawczych i diagnostycznych stosowanych tak w naukach przedklinicznych, jak i w samej klinice. Rozszerza się liczbę godzin przeznaczoną na zajęcia dydaktyczne – laboratoryjne i zwłaszcza przy łóżku chorego, gdyż one zwiększają i pogłębiają osobiste doświadczenia studenta. Ogranicza się zajęcia werbalne z dużymi grupami studentów.

Celem Akademii jest wykształcenie studenta, który przede wszystkim będzie rozumiał postępy metodologiczne, który właściwie oceni przydatność ulepszeń technicznych w medycynie. Czyni się to poprzez wytwarzanie postawy naukowej i krytycznej. Wytworzenie tego rodzaju postawy jest bardzo ważnym zadaniem szkoły. Absolwenci nie są w stanie wynieść z uczelni takiego bagażu wiadomości, aby wystarczył im na resztę życia. Dlatego powinni oni dysponować umiejętnościami ciągłego nabywania wiedzy i jej praktycznego stosowania.

Trzeba jednak stwierdzić, że pełną realizację powyższych zasad ogranicza w naszej uczelni kilka istotnych czynników. Należy do nich między innymi konieczność posiadania większej niż w systemie tradycyjnym bazy laboratoryjnej i klinicznej. Planuje się w tym względzie rozbudowę tej bazy oraz łączenie pracy Akademii z praktyką leczniczą przez wprowadzenie studentów do odpowiednio przygotowanych szpitali miejskich.

W realizacji większości zadań Uczelni, w jej pracy dydaktyczno-wychowawczej, w przygotowaniu lekarza do zawodu i działalności społecznej dużą rolę przypada samym studentom. Zagadnienie to, ze względu na jego wagę, wymaga odrębnego omówienia.

**DZIEJE
UCZELNI MEDYCZNYCH
W WARSZAWIE
W LATACH 1944-1960**

**NAPISAŁ I OPRACOWAŁ KOMITET REDAKCYJNY
POD KIERUNKIEM JERZEGO MANICKIEGO**

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich na zlecenie Akademii Medycznej wydał w tym roku obszerną, cenną i interesującą publikację „Dzieje Uczelni Medycznych w Warszawie w latach 1944—1960”. Książka liczy 480 stron; została napisana i opracowana przez Komitet Redakcyjny pod kierunkiem doc. dr med. Jerzego Manickiego. Składa się ona z dwóch części: 1) dotyczącej ogólnych dziejów naszej Uczelni i 2) szczegółowego opracowania obejmującego sprawozdania katedr, skład osobowy, oraz życiorysy samodzielnych pracowników naukowych.

Dzieje naszej Uczelni, bliskie każdemu z nas, zainteresują niewątpliwie wielu spośród wielotysięcznej rzeszy byłych i aktualnych pracowników. Książka wydana została w niewielkim nakładzie liczącym 700 egzemplarzy i jest do nabycia w Księgarni Medycznej (Warszawa, ul. Marszałkowska 74).

Roman Jędrzejewski

REKRUTACJA NA STUDIA W NASZEJ UCZELNI

Rekrutacja na studia stanowi ważny moment w życiu uczelni, decyduje bowiem o tym, jakich kandydatów przyjmuje się na studia, a pośrednio — jakich pracowników służby zdrowia otrzyma w przyszłości społeczeństwo. Nic więc dziwnego, że przebieg i wyniki rekrutacji zasługują każdorazowo na wnikliwą ocenę.

W roku akademickim 1968/69 Akademia Medyczna w Warszawie przyjmowała młodzież na 3 kierunki studiów: ogólnolekarski, stomatologię i farmację.

Tabela 1

LICZBA ZGŁOSZONYCH KANDYDATÓW Z UWZGLĘDNIENIEM PŁCI

Wydział	Liczba miejsc	M	K	Razem	M:K
Ogólnolekarski	200	331	614	945	1:1,9
Farmacja	130	34	226	260	1:6,6
Stomatologia	40	15	101	116	1:6,7
Razem	370	380 (28,7%)	941 (71,3%)	1321	1:2,4

Tabela 2

SPOŁECZNY SKŁAD KANDYDATÓW

Pochodzenie robotnicze			chłopskie			intelig. i inni		
M	K	razem	M	K	Razem	M	K	Razem
59	172	231 (17,5%)	13	122	135 (10,2%)	308	647	955 (72,3%)

Egzaminy ukończyło 1190 kandydatów, z pośród których zdało 558 osób tj. 46,8%. Najlepiej spisali się zdający na Wydział Ogólnolekarski, gdyż zdało tu 456 osób (48,2%), gdy na farmację i stomatologię — niewiele ponad 25% (72 i 30 osób).

Przedstawione liczby charakteryzują znamienne tendencje, cechujące od wielu lat profil młodzieży, zabiegającej o przyjęcie do akademii medycznej:

1) Przygniatającą przewagę kobiet (w roku 1968/69 ponad 70% zgłoszeń) szczególnie widoczną na farmacji i stomatologii,

2) Niski odsetek zgłoszeń młodzieży robotniczo-chłopskiej (zwłaszcza mężczyzn),

3) Niewielkie zainteresowanie młodzieży farmacją i stomatologią oraz niski poziom i słabe przygotowanie kandydatów na te kierunki studiów. Poza dużym odsiewem egzaminacyjnym (75%) ilustrują to jeszcze następujące dane: na wydział ogólnolekarski przyjęto tylko 2 kandydatów, którzy uzyskali po 24 punkty, stanowiące minimum na tym wydziale, na farmację zakwalifikowano 50 osób (69%), które uzyskały mniej niż 24 punkty, 29 osób poniżej 20 punktów i 10 — poniżej 15 punktów.

Przewagę liczbową kobiet oraz niewielkie zainteresowanie młodzieży pochodzenia robotniczo-chłopskiego studiami w akademii medycznej można wytłumaczyć uciążliwością, długotrwałością studiów i, co ważniejsze, gorszymi warunkami materialnymi, jakie uzyskują absolwenci tej uczelni w zestawieniu z innymi uczelniami, np. o kierunku technicznym.

Nieuzasadniony natomiast wydaje się być niechętny stosunek młodzieży do farmacji i stomatologii. Niemalą winę zapewne ponosi tu mylne mniemanie, że w tych zawodach „kręci” się tylko proszki lub „wrywa” zęby. A przecież współczesna stomatologia jest częścią medycyny ogólnej, obejmuje specjalności o dużych możliwościach, jak chirurgia stomatologiczna, protetyka, farmacja zaś przygotowuje specjalistów wysokiej klasy, poszukiwanych przez przemysł farmaceutyczny i laboratoria chemiczne. Warto tu dodać, że w roku bieżącym limit na wydziale ogólnolekarskim zmniejszono do 160 miejsc, przy niezmiennych limitach na pozostałych 2 wydziałach. Szanse przyjęcia na studia lekarskie zmniejszyły się więc wydatnie. Sądzę, że powinno to stanowić zachętę dla zdolniejszej i lepiej przygotowanej młodzieży, zwłaszcza mężczyzn, do zainteresowania się farmacją lub stomatologią.

Ocenę kandydatów dokonywano na podstawie liczby uzyskanych punktów: 1) za egzamin i 2) za dodatkowe kryteria kwalifikacyjne.

Anonimowo przeprowadzony egzamin konkursowy polegał na udzieleniu pisemnej od powiedzi na 7 pytań lub zadań z każdego z 4 przedmiotów — biologii, języka obcego, chemii i fizyki. Zakres tematów nie przekraczał poziomu szkoły średniej. Czas przeznaczony na udzielenie odpowiedzi był wystarczający: 2 godziny na język obcy, 4 godziny na każdy z pozostałych przedmiotów. Ocenę za całość pracy przeliczano na punkty. O zdaniu egzaminu i przyjęciu na studia decydowała liczba uzyskanych punktów, jednak niedostateczna ocena z jednego z przedmiotów kierunkowych (biologia, chemia, fizyka) dyskwalifikowała kandydata niezależnie od liczby uzyskanych punktów.

Tylko niedostateczną ocenę z języka obcego można było poprawić na dodatkowym egzaminie ustnym.

Niezależnie od ocen egzaminacyjnych kandydat mógł otrzymać dodatkowe punkty na podstawie następujących kryteriów:

1) Absolwentom z 1968 r., którzy uzyskali z przedmiotów egzaminacyjnych co najmniej dobre oceny w X i XI klasie i na maturze przyznawano po 1 punkcie za każdy przedmiot.

2) Absolwenci lat ubiegłych, których uprzednio nie przyjęto na studia do akademii medycznej pomimo zdanego egzaminu, otrzymywali 3 punkty pod warunkiem, że co najmniej 6 miesięcy pracowali w społecznej służbie zdrowia.

3) Młodzieży pochodzenia robotniczego i chłopskiego przyznawano 7 punktów.

4) W toku indywidualnej rozmowy z kandydatem komisja wydziałowa, oceniając postawę społeczną kandydata, jego inteligencję, zainteresowanie obranym kierunkiem studiów, przydatność do zawodu mogła mu przyznać do 3 punktów.

Egzaminy wstępne i kwalifikacje kandydatów przeprowadziły komisje wydziałowe, nad całością prac czuwała komisja uczelniana. W pracach komisji uczestniczyli delegaci kuratorium oraz przedstawiciel Wojewódzkiej Komisji Związków Zawodowych i Organizacji młodzieżowych – ZMS i ZSP. Czynny udział delegatów w pracach komisji pozwala ocenić ich pracę w rekrutacji bardzo pozytywnie. Nie obojętny wydaje się tu być fakt, iż obecność osób spoza uczelni stanowi pożyteczną formę kontroli społecznej, godną polecenia i w przeszłości.

Organizacja egzaminów nie budziła zastrzeżeń. Skrupulatnie przestrzegana zasada anonimowości gwarantowała obiektywną ocenę prac i uniemożliwiła wprowadzenie ubocznych elementów, nie związanych z wartością odpowiedzi egzaminacyjnej. Stosunek komisji do młodzieży nacechowany był życzliwością i staraniem o stworzenie optymalnych warunków pracy. Wykazano też dużą troskę o utrzymanie porządku, uniemożliwienie korzystania z niedozwolonych pomocy.

Tabela 3

WYNIKI EGZAMINÓW Z POSZCZEGÓLNYCH PRZEDMIOTÓW, WYRAŻONE
W PROCENTACH UZYSKANYCH OCEN

Przedmiot	Bdb	Db.	Dost.	Ndst.
j. obcy	8,1	25,3	48,5	17,9
biologia	0,2	9	34,5	55,6
chemia	3,1	20,3	32,1	44,1
fizyka	3,5	19,5	34,4	42

Najlepiej wypadł więc egzamin z języka, najgorzej z biologii, wyniki z chemii i fizyki kształtowały się podobnie.

Słabsze wyniki egzaminów na farmację i stomatologię spowodowały, że na tych kierunkach studiów nie było konkursu. Pomimo, że przyjęto tu wszystkich kandydatów, którzy zdali egzamin nawet z minimalną liczbą punktów nie wypełniono limitu miejsc. Spowodowało to konieczność urzędzenia ponownego egzaminu w II terminie na farmację, a na stomatologię przyjęto 10 kandydatów nie zakwalifikowanych na Wydział Ogólnolekarski.

Na trzech kierunkach studiów młodzieży pochodzenia robotniczego i chłopskiego zdały 123 osoby tj. 22⁰/₀ (w roku 1967 bez stomatologii – 18,3⁰/₀), pochodzenia inteligenckiego i innego – 435 osób (78⁰/₀).

Tabela 4

OSTATECZNE WYNIKI EGZAMINU NA A. M. Z UWZGLĘDNIENIEM PŁCI I POCHODZENIA SPOŁECZNEGO

Wydział	Pochodzenie					
	robotniczo-chłopskie			inteligentkie		
	m	k	razem	m	k	razem
Lekarski	24	58	82	24	47	118
Farmacja	1	25	26	71	80	104
Stomatologia	0	9	9	12	19	31
Razem	25	92	117 (31,6 ⁰ / ₀)	107	146	253 (68,4 ⁰ / ₀)

Niemal całą młodzież (95⁰/₀) pochodzenia robotniczo-chłopskiego, która zdała egzamin przyjęto na studia. W porównaniu z 1967 r. przyjęto tej młodzieży więcej o 11,7⁰/₀. Wzrost ten należy przypisać najbardziej atrakcyjnemu Wydziałowi Lekarskiemu, na którym znalazło się 82 kandydatów (41⁰/₀), gdy w 1967 r. tylko 17⁰/₀, a po uwzględnieniu przyjęć poza limitem wskutek interwencji Ministerstwa Zdrowia – jeszcze mniej. Na farmacji natomiast procent ten wydatnie się zmniejszył z 24 do 11,3.

Z przedstawionych liczb widać, że w 1968 r. zmienił się profil przyjęć do Akademii Medycznej w Warszawie: wzrosła liczba młodzieży robotniczo-chłopskiej oraz liczba mężczyzn. Nie dokonało się to jednak drogą naturalnego napływu lepiej przygotowanych kandydatów, lecz dzięki przyznaniu niezależnie od 7 preferencyjnych punktów, 10⁰/₀ limitu na Wydziale Lekarskim wyłącznie dla młodzieży robotniczo-chłopskiej oraz klauzuli dzielącej miejsca tego wydziału w równej liczbie pomiędzy mężczyzn i kobiety.

Wzrost liczby mężczyzn wiąże się również z napływem dobrze przygotowanych kandydatów pochodzenia inteligenckiego. Stanowią oni przeszło

46% przyjętych w swojej grupie, gdy wśród młodzieży robotniczo-chłopskiej przeważają wybitnie dziewczęta, stanowiąc 79% przyjętych. Mężczyźni, zwłaszcza zdolniejsi i lepiej do studiów przygotowani, pomimo czynionych ułatwień nadal stronią od studiów medycznych, wybierając inne zawody, dające możliwość szybszego ukończenia wyższej uczelni i uzyskania stanowiska zawodowego w krótszym okresie (nauki techniczne i humanistyczne 5-6 lat, medyczne 8-9 lat łącznie ze stażem) i o lepszych warunkach materialnych.

W bieżącym roku nie należy się spodziewać większych zmian w zasadach rekrutacji. Podstawę kwalifikacji będzie stanowił egzamin w takim samym zakresie jak w roku ubiegłym.

Dla wyrównania składu socjalnego studentów uczelni przyznawane będą punkty dodatkowe dla młodzieży robotniczo-chłopskiej. Utrzymane będą także punkty za dobrą naukę w szkole, przy czym mają je otrzymywać również absolwenci z lat ubiegłych.

Uczelnia będzie starać się o utrzymanie bezpośredniego kontaktu z kandydatami – w postaci rozmów, – których prawdopodobnie nie będzie się jednak punktować.

Na Wydziale Ogólnolekarskim utrzymana będzie zasada preferowania mężczyzn, przez przeznaczenie tylko połowy miejsc dla kobiet, niezależnie od liczby uzyskanych punktów, natomiast wątpliwe jest, czy na farmację i stomatologię będą przyjmowani wszyscy, którzy zdali egzamin, niezależnie od punktacji. Powinno to stanowić zachętę dla lepszych kandydatów do składania podań do tych dziekanatów.

Stanisław Barański i Kazimierz Ostrowski

KORELACJA WYNIKÓW ZE SPRAWDZIANÓW WIADOMOŚCI METODAMI TESTOWYMI I USTNYMI W ŚWIETLE DANYCH WŁASNYCH *

We wcześniejszym artykule autorzy przedstawili analizę stosowanych testów na egzaminach z histologii i kolokwium zaliczeniowym z cytofizjologii. Wydawało się również koniecznym, jako dalszy etap tych rozważań, skorelowanie wyników z przeprowadzonych sprawdzianów testowych z ocenami uzyskanymi na ćwiczeniach z cytofizjologii i kolokwium z histologii. Taka analiza, naszym zdaniem, pozwala obiektywnie ocenić wartość obu rodzajów tych sprawdzianów. Interesującą jest również korelacja wyników z egzaminów ustnych i testowych na I kursie (histologia) z ocenami testowego kolokwium zaliczeniowego z cytofizjologii (II kurs). Rozszerzenie takiej analizy o przedmioty pokrewne na danym kursie, tj. dla I kursu uwzględnienie ocen z anatomii i biologii, a dla II kursu ocen z fizjologii i biochemii stało się wskazanym ze względu na możliwość uzyskania danych o postępie w nauce danego studenta jak i porównanie stosowanych metod oceniania wyników z różnych przedmiotów. Wreszcie autorzy uważali za celowe zestawienie porównawcze średnich ocen z egzaminów ustnych z histologii w ciągu 3 lat ze średnimi sprawdzianów testowych z 2 ostatnich lat.

Liczba studentów uwzględnianych przy analizie ocen zarówno na I jak i na II kursie przeciętnie wahała się w granicach 250—300 osób. W opracowaniu statycznym wyników posługiwano się małą próbą statystyczną oraz określano współczynnik korelacji λ_{xy} wg Pearsona i współczynnik zgodności ocen wg A. Robisona.

W tabeli 1 przedstawiono przykładowo korelacje poszczególnych wyników testu z ocenami z kolokwium ustnego z histologii w roku 1967/68. Dane te wykazują stosunkowo dużą korelację dla ocen dostatecznych, nieco mniejszą dla ocen dobrych i najniższą dla ocen bardzo dobrych. Współczynnik korelacji dla całości ocen jest stosunkowo wysoki, wykazujący prawie średni stopień korelacji. Zestawienie ocen poszczególnych osób z kolokwium ustnego z wynikiem egzaminu testowego wykazało, że połowa studentów otrzymała identyczne oceny na kolokwium i egza-

* Na podstawie badań Katedry Histologii i Embriologii AM.

minie testowym, wyższe około 22% a niższe 28%. Zgodność tą i różnice dla poszczególnych ocen przedstawia tabela 2.

Tabela 1

KORELACJA OCEN Z KOŁOKWIUM I TESTU (HISTOLOGIA 1967/68)

<i>ocena test. z. kolok.</i>	2	3	4	5	<i>Razem</i>	<i>sr. oc. test. przy danej oc. z. kolok.</i>
3	26	80	31	3	140	3,08
4	2	27	26	13	68	3,74
5	—	2	3	3	8	4,12
<i>Razem</i>	28	109	60	19	216	$r_{xy} = +0,41$

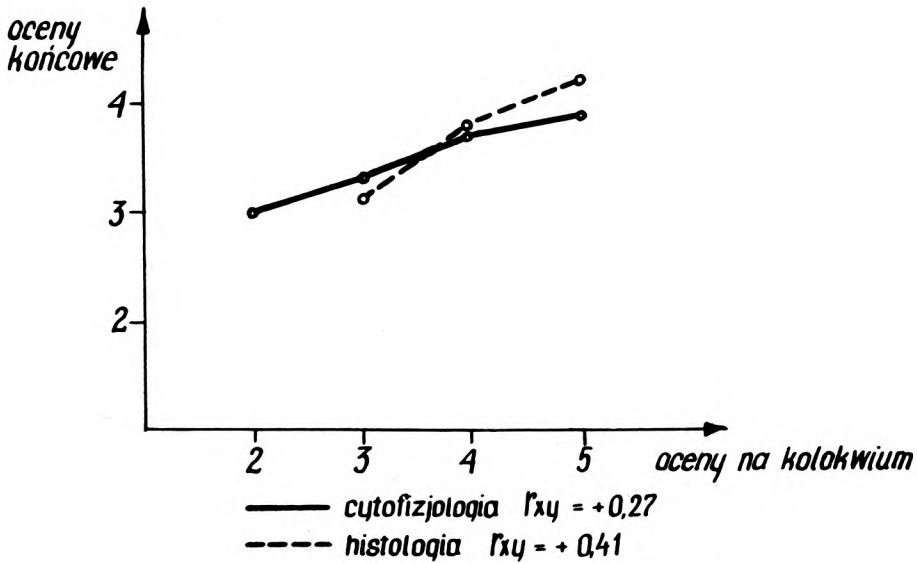
Tabela 2

ZESTAWIENIE OCEN Z KOŁOKWIUM USTNEGO Z WYNIKAMI EGZAMINU TESTOWEGO Z HISTOLOGII (W %)

<i>ocena test. z kolok</i>	<i>niższa niż z kolokwium</i>	<i>taka sama</i>	<i>wyższa niż z kolokwium</i>
3	18,6	57,1	24,3
4	42,6	38,2	19,2
5	62,8	37,2	—
<i>Razem</i>	27,8	50,4	21,8

Znacznie niższy stopień korelacji otrzymano dla ocen uzyskanych w czasie ćwiczeń z cytofizjologii, które prowadzone są głównie metodą seminaryjną. Różnice te ilustruje wykres (rys. 1). Przebieg linii regresji charakteryzującej rozkład ocen z cytofizjologii jest bardziej poziomy niż krzywej dla histologii.

KORELACJA OCEN Z EGZAMINU TESTOWEGO
ZE SPRAWDZIANAMI USTNYMI (1967/68)

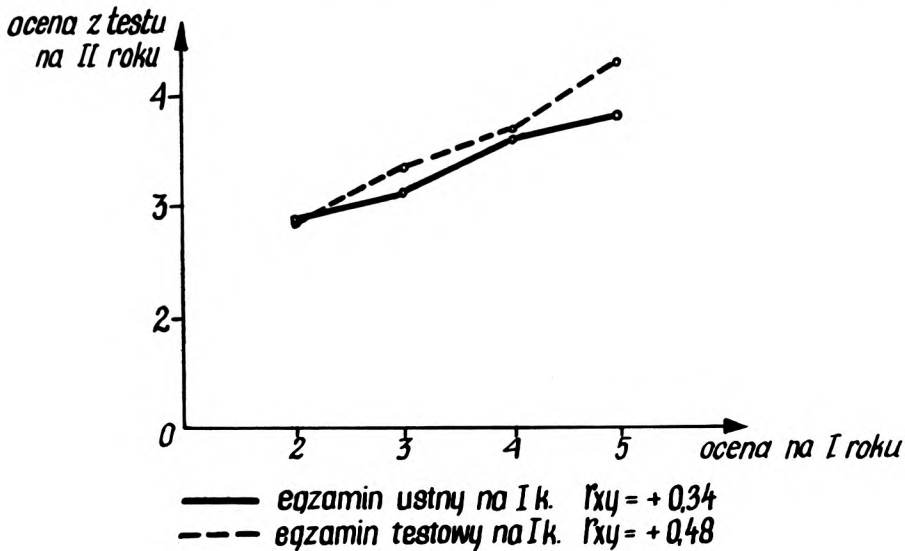


Rys. 1

Już powierzchowna analiza wykresu wykazuje brak korelacji dla ocen niedostatecznych i bardzo dobrych z cytofizjologii. Fakt ten może być uzależniony od nierównomiernego przygotowania się studentów do poszczególnych ćwiczeń i kolokwium oraz od indywidualnego oceniania wiadomości przez asystentów. Należy jednakże podkreślić, że korelacja ta była wyższą w roku 1967/68 niż w roku 1966/67. Biorąc pod uwagę fakt, że cytofizjologia jako oddzielny przedmiot została wprowadzona w roku 1966/67, można przyjąć iż zarówno systematyczność przygotowania się studentów jak i proces dydaktyczny uległ poprawie. Własne obserwacje pozwalają sądzić, że niski stopień korelacji może być uzależniony od słabego przygotowania studentów z biochemii. Przedmiot ten wykładany jest dopiero w trzecim semestrze, i w tej sytuacji brak jest możliwości odpowiedniego skorelowania w nauczaniu tych dwóch dziedzin. Należy również podkreślić, że współczesna cytofizjologia opiera się głównie na danych biochemicznych. Uwzględniając jednakże stosunkowo niski stopień korelacji dla ocen bardzo dobrych, co uwidocznilo się zarówno dla histologii jak i cytofizjologii, należy wziąć również pod uwagę możliwość zbyt ostrego kwalifikowania przez asystentów.

Analiza korelacji pomiędzy ocenami z egzaminów ustnych z histologii a sprawdzianami testowymi z cytofizjologii u tych samych studentów, wykazała stosunkowo słabą korelację (rys. 2). Natomiast znacznie lepiej przedstawia się korelacja wyników z egzaminów testowych na I i II kursie (rys. 2).

KORELACJA OCEN ZE SPRAWDZIANÓW ROCZNYCH NA I i II KURSIE



Rys. 2

Przebieg linii regresji dla egzaminów testowych na I i II kursie jest bardziej skośny, niż w przypadku korelacji dla egzaminów ustnych i testowych. Współczynnik korelacji dla egzaminów testowych osiąga $+0,48$ co wskazuje na średni stopień korelacji. Zestawienie wyników dla poszczególnych ocen (tabela 3 i 4) wykazuje również większe rozbieżności w przypadku egzaminów ustnych i testowych niż testowych na obu kursach (tabela 3).

Tabela 3

KORELACJA OCEN Z EGZAMINU USTNEGO NA I KURSIE
Z OCENAMI TESTU NA II KURSIE (W %)

Ocena na II roku \ Ocena na I roku	2	3	4	5	Sr. ocena na II r. przy danej ocenie z I r.
2	30,8	53,8	9,2	6,2	2,91
3	21,3	51,8	23,2	3,7	3,09
4	9,8	40,8	36,6	12,8	3,52
5	7,1	25,0	53,6	14,3	3,75

Tabela 4

KORELACJA OCEN Z EGZAMINU TESTOWEGO NA I i II KURSIE (W %)

<i>Test 1965/66 \ Test 1966/67</i>	2	3	4	5	<i>Średnia ocena testu 1966/67 przy danej ocen. testu</i>
2	32,0	42,0	24,0	2,0	2,96
3	12,3	47,9	37,0	2,8	3,30
4	1,4	42,8	42,8	13,0	3,68
5	—	10,7	53,6	35,7	4,25

Należy zaznaczyć, że wykazane oceny w obu tabelach dotyczą tej samej grupy studentów, tj. w tabeli 3 uczęszczających na I kurs w roku 1965/66, a na II kurs 1966/67, natomiast w tabeli 4 uczęszczających na I kurs w roku 1966/67, a na II — 1967/68. Średnie oceny z egzaminów na II kursie w obu tabelach są wyższe dla studentów z ocenami niedostatecznymi na I kursie. Wydaje się, iż może to być uzależnione od lepszego przygotowywania się do sprawdzianów rocznych. Natomiast wyraźne różnice zarysowały się dla korelacji ocen bardzo dobrych. I tak przy ocenach bardzo dobrych z egzaminu ustnego na I kursie, średnia ocena dla tej grupy na II kursie wypadła poniżej dobrej. Znacznie lepszą korelację dla ocen dobrych i bardzo dobrych dały egzaminy testowe po I i II kursie. Procentowe zestawienie ocen zgodnych, wyższych lub niższych przedstawia tabela 5.

Tabela 5

ZESTAWIENIE OCEN Z EGZAMINÓW TESTOWYCH
NA I KURSIE (1966/67) i II KURSIE (1967/68)

<i>Ocena na I roku</i>	<i>ocena na II roku</i>		
	<i>niższa niż na I roku %</i>	<i>Taka sama %</i>	<i>wyższa niż na I roku %</i>
2	—	32,0	68,0
3	12,3	47,9	39,8
4	44,2	42,8	13,0
5	64,3	35,7	—
<i>Razem</i>	26,8	41,2	32,0

Dodatkowo porównano ogólną zgodność ocen ze sprawdzianami testowymi z cytofizjologii i histologii w roku 1966/67 oraz 1967/68. (tabela 6).

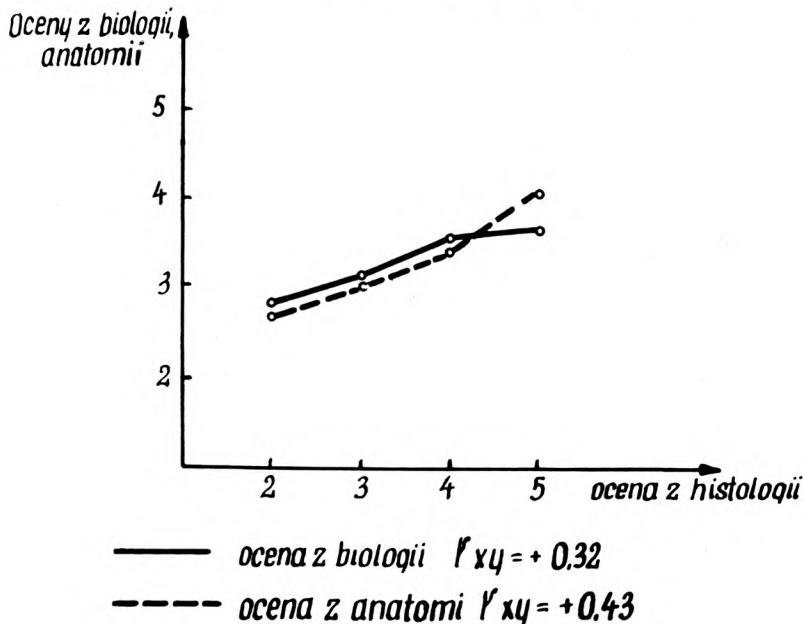
Tabela 6

ZGODNOŚĆ OCEN NA I ROKU Z OCENAMI NA II ROKU

I k \ II k	1966/67		1967/68	
	2	3 i lepsza	2	3 i lepsza
2	30,8	69,2	32,0	68,0
3 i lepsza	15,4	84,6	5,6	94,4
Współczynnik zgodności ocen na I i na II roku			$A = 0,639$	
			$A = 0,581$	

Dane zamieszczone w tej tabeli odnoszą się do dwu różnych grup studenckich, uczęszczających na I i II kurs w tym samym roku. Współczynnik zgodności ocen jak widać z tabeli jest lepszy dla roku 1967/68. Interpretacja tych różnic jest trudna, gdyż może być uzależniona zarówno od cech testu jak i doboru studentów. Korelacja ocen ze sprawdzianów testowych z histologii z wynikami egzaminów ustnych z anatomii i biologii przedstawiona jest na rys. 3.

WYKRES KORELACJI OCEN Z BIOLOGII I ANATOMII Z WYNIKAMI TESTU Z HISTOLOGII (1967/68)



Rys. 3

Przebieg linii regresji charakteryzującej korelację histologii z anatomią wykazuje stosunkowo znaczną współzależność w ocenach z tych przedmiotów (wskaźnik + 0,43). Natomiast krzywa dla ocen z biologii ma początkowo przebieg równoległy wykazując jednak nieco wyższe wartości dla wyników niedostatecznych, dostatecznych i dobrych. Spada ona znacznie przy ocenach bardzo dobrych. I tak średnia ocena z biologii dla oceny niedostatecznej z histologii jest stosunkowo wyższa (2,81), natomiast dla oceny bardzo dobrej jest znacznie niższa (3,63). Różnice te wpłynęły niewątpliwie na ogólny wskaźnik korelacji, który dla tych przedmiotów wynosi + 0,32. Procentowe różnice i zgodność w ocenach przedstawione są w tabeli 7.

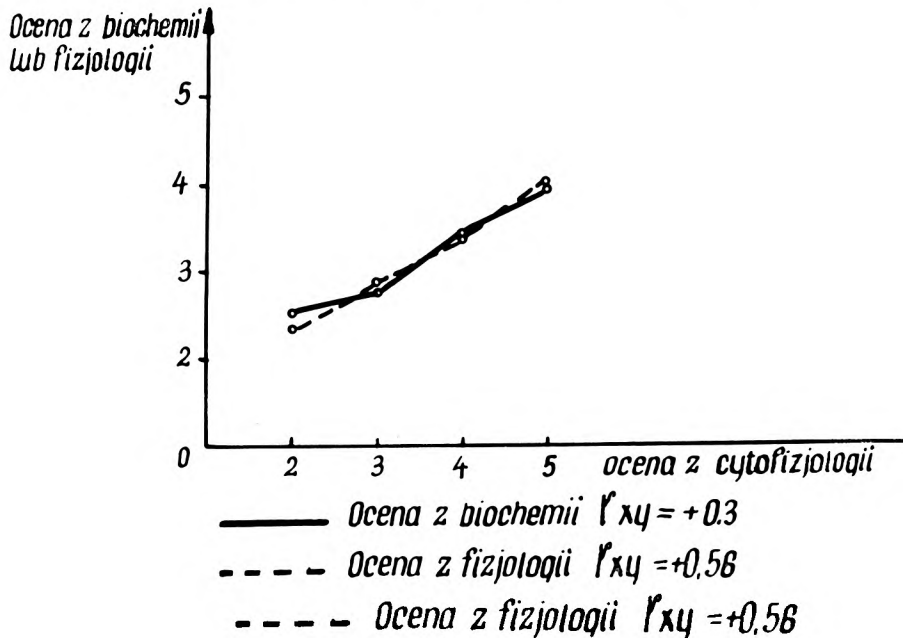
Tabela 7

ZESTAWIENIE OCEN Z BIOLOGII I ANATOMII
Z WYNIKAMI TESTU Z HISTOLOGII 1967/68 (W %)

<i>oceny</i> <i>histol.</i>	<i>niższe</i>		<i>takie same</i>		<i>wyższe</i>	
	<i>biolog.</i>	<i>anat.</i>	<i>biolog.</i>	<i>anat.</i>	<i>biolog.</i>	<i>anat.</i>
2	—	—	29,6	32,0	70,4	68
3	11,0	19,4	59,6	55,6	29,4	25
4	49,1	59,3	39,0	33,9	11,9	6,8
5	84,2	57,9	15,8	42,1	—	—
<i>Razem</i>	26,6	31,7	46,3	45,5	27,1	22,8

Z przedstawionych danych wynika, że najwyższa zgodność ocen z anatomii i histologii występuje przy ocenie dostatecznej, nieco niższa przy ocenie bardzo dobrej, a przy dobrej i dostatecznej w około 30%. Natomiast z biologii zgodność ocen dostatecznych i dobrych jest nawet wyraźniejsza ale przy pozostałych ocenach a w szczególności bardzo dobrej występują duże różnice. I tak np. studenci z ocenami bardzo dobrymi z histologii, w 84 przypadkach otrzymali niższe oceny z biologii. Większą korelację jak i zgodność ocen z anatomii być może należy łączyć ze ściślejszym powiązaniem tych dwóch przedmiotów. Słabszy stopień korelacji ocen z biologii i histologii może być również uzależniony od surowszych kryteriów oceniania wiadomości z biologii. Na II kursie większą korelację ocen z cytofizjologii stwierdza się dla fizjologii (współczynniki + 0,56). Natomiast średnie oceny z biochemii odpowiadające poszczególnym ocenom z histologii są niższe z wyjątkiem oceny niedostatecznej. Różnice te są bardziej wyraźne szczególnie dla oceny bardzo dobrej i nieco mniej

zaznaczone dla oceny dobrej. Z tych też względów współczynnik korelacji ocen z histologii i biochemii jest znacznie niższy (współczynnik + 0,3). Dane powyższe charakteryzuje wykres na rysunku 4.



Rys. 4

Zgodność ocen jak i ich różnice obrazuje tabela 8.

Tabela 8

ZESTAWIENIE OCEN Z BIOCHEMII I FIZJOLOGII
Z WYNIKAMI TESTU Z CYTOFIZJOLOGII (W %))

histol.	niższa		bez zmian		wyższa	
	biochem.	Fizjol.	biochem.	Fizjologia	biochem.	Fizjolog.
2	—	—	58,3	68,2	41,7	31,8
3	38,8	34,4	44,3	45,2	16,9	20,4
4	55,7	57,1	30,4	32,2	13,9	10,7
5	65,2	69,6	34,8	30,4	—	—
Razem	47,7	43,2	38,3	41,0	14,0	15,8

Dane zamieszczone w tej tabeli wykazują największą zgodność dla ocen niedostatecznych z fizjologii i cytofizjologii oraz w mniejszym stopniu ocen dostatecznych i dobrych. Natomiast zgodność ocen z biochemii i cytofizjologii jest nieco mniejsza.

Porównanie ilości studentów o identycznych ocenach z egzaminów ustnych i testowych wykazało różny rozkład. Dane procentowe charakteryzujące rozkład ten zestawiono w tabeli 9.

Tabela 9

ROZKŁAD OCEN Z EGZAMINÓW USTNYCH W LATACH 1963—66
I WYNIKÓW TESTU Z HISTOLOGII W LATACH 1966—68 (W %)

<i>Ocena</i>	<i>egzamin ustny</i>	<i>egzamin testowy</i>	<i>znamien. różnic</i>
2	29,4	13,0	$p < 0,01$
3	47,8	45,0	$p > 0,05$
4	17,2	32,9	$p < 0,01$
5	5,6	9,1	$p > 0,05$
<i>Razem</i>	100,0	100,0	

Analiza tej tabeli wykazuje jedynie zbliżone liczby studentów z ocenami dostatecznymi z egzaminów ustnych i testowych. Natomiast szczególne różnice uwidoczniły się w odsetku ocen niedostatecznych i dobrych, i są one statystycznie znamienne. Z zestawień tych wynika, że kryteria oceny na egzaminach ustnych były bardziej rygorystyczne. Porównanie natomiast rozkładu ocen z cytofizjologii u studentów 1966/67 i 1967/68 roku wykazuje znaczne różnice przy wynikach niedostatecznych i dobrych (tabela 10).

Wydaje się, że różnice te mogą być uzależnione od stopnia trudności testu oraz od zakresu wymaganego materiału. W latach 1966/67 jak już uprzednio zaznaczono cytofizjologia została wyodrębniona jako przedmiot. W tym też roku po raz pierwszy wprowadzono sprawdziany testowe.

Tabela 10

ROZKŁAD OCEN U STUDENTÓW II KURSU
ZE SPRAWDZIANÓW TESTOWYCH (W %)

<i>ocena</i>	<i>1966/67</i>	<i>1967/68</i>	<i>Istotność różnic w ocenach między testami</i>
2	11,7	20,9	$p < 0,01$
3	40,5	43,5	$p > 0,05$
4	38,2	27,7	$p < 0,01$
5	9,6	7,9	$p > 0,05$

WNIOSKI

1. Analiza korelacji jak i zgodności ocen ze sprawdzianów testowych i kolokwiów ustnych jest zadawalająca.
2. Niższy stopień korelacji sprawdzianów testowych z cytofizjologii uzależniony jest być może od seminaryjnej metody kontroli wiadomości, jak również od braku wiadomości podstawowych z biochemii.
3. Korelacja sprawdzianów rocznych ustnych i testowych jest wyraźniejsza dla tych ostatnich metod.
4. Zestawienie rozkładu ocen z egzaminów ustnych i testowych wykazuje przesunięcie liczby ocen na korzyść wyników dobrych i bardzo dobrych w sprawdzianach testowych.
5. Analiza korelacji i zgodności ocen dla wszystkich sprawdzianów przemawia za większą obiektywizacją, powtarzalnością i bardziej prawidłowym rozkładem wyników testu.
6. Wyższy stopień korelacji wykazują wyniki egzaminów z anatomii i fizjologii niż z biologii i bochemii.

Autorzy bardzo dziękują kierownikom omawianych w tekście Katedr za udostępnienie ocen z egzaminów rocznych, jak również p. mgr Czerwińskiej B. za pomoc w opracowywaniu danych.

Antoni Sobotka

MATEMATYKA NA WYDZIALE LEKARSKIM NASZEJ UCZELNI

Od wprowadzenia matematyki jako przedmiotu obowiązkowego na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie minęło 5 lat. Zorganizowanie i prowadzenie zajęć dydaktycznych tego przedmiotu powierzono Zakładowi Fizyki Lekarskiej.

Początek był trudny, gdyż była to praca pionierska w całym tego słowa znaczeniu. Nie mieliśmy żadnych wzorów, nie mieliśmy programu zajęć i nie było także wyspecjalizowanych kadr dydaktycznych. Mieliśmy natomiast około 300 studentów i tylko 24 godziny wykładowe odstąpione przez Zakład Fizyki na zajęcia z matematyki. No i mieliśmy jeszcze grupę osób pełnych entuzjazmu i przekonania, że matematyka jest medycznie potrzebna.

Zdawaliśmy sobie sprawę, że sposób nauczania matematyki w Akademii Medycznej powinien być inny, niż np. na Wydziale Matematycznym uniwersytetu, że trzeba koniecznie zrezygnować z pewnych szczegółów matematycznych i prowadzić zajęcia w pewnym sensie popularnie. Wobec tego zrezygnowaliśmy z przeprowadzania dowodów niektórych twierdzeń matematycznych i wprowadzaliśmy nowe pojęcia matematyczne na tle przykładów wziętych z różnych dziedzin, by studenci widzieli potrzebę prowadzenia tego przedmiotu.

PROGRAM

Przy układaniu programu matematyki zwróciliśmy szczególną uwagę na dwie kwestie: wdrażanie do ścisłego myślenia, co jest niezwykle ważne dla studentów Wydziału Lekarskiego AM oraz podanie studentom pewnego zapasu wiedzy matematycznej, niezbędnej do zrozumienia wykładów innych dyscyplin, głębszego wniknięcia w problemy medyczne i ułatwienia dalszego samokształcenia się podczas studiów i po ich ukończeniu. Nie chodziło nam o to, aby lekarz stał się matematykiem. Chodziło tylko o to, aby wiedział, że istnieją matematyczne sposoby badania i rozwiązywania zagadnień, z którymi się spotyka i poznał choć niektóre metody rozwiązywania tych zagadnień. W przypadkach bardziej skomplikowanych lekarz będzie mógł zawsze zwrócić się o pomoc do matematyka.

Chodzi tylko o to, by lekarz wiedział z czym się zwracać i by mógł jakoś z matematykiem dyskutować – by znał język matematyki. W przeciwnym razie współpraca lekarza z matematykiem nie będzie owocna.

Zdawaliśmy sobie sprawę, że zasób wiedzy matematycznej, przydatnej medycynie jest jednak ogromny. Wspomnę tu tylko o równaniach różniczkowych, ujmujących wiele zjawisk biologicznych w stosunkowo prostą formułę matematyczną, o teorii błędów i rachunku różniczkowym, badającym szybkość zmian procesów, o rachunku prawdopodobieństwa, statystyce i cybernetyce medycznej. Doszliśmy do wniosku, że opanowanie tego materiału w ciągu jednego semestru jest prosto niemożliwe, że trzeba koniecznie część materiału, i to tę trudniejszą, przenieść na dalsze lata studiów i podawać ją w formie wykładów monograficznych, bądź w formie referatów, wygłaszanych na posiedzeniach studenckich kół naukowych.

Zgodnie z tymi założeniami, w porozumieniu z innymi zakładami Akademii Medycznej, ułożyliśmy program matematyki. Jak się później okazało wybór tematów by właściwy, przynajmniej w pierwszej fazie wprowadzania matematyki do medycyny. Na konferencji wrocławskiej zorganizowanej przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1966 r. ustaliliśmy ramowy program matematyki, który pokrywał się z programem realizowanym w Akademii Medycznej w Warszawie.

Przy realizowaniu ramowego programu matematyki opieraliśmy się, jak wspomniałem, na konkretnych żądaniach poszczególnych katedr, na zdobytym doświadczeniu oraz na wynikach ankiet przeprowadzonych wśród studentów. Wyniki ankiet były dla nas szczególnie cenne, bo informowały o możliwościach przyswajania materiału podawanego na wykładach.

KADRY DYDAKTYCZNE

Drugim podstawowym zagadnieniem, które musieliśmy rozwiązać była sprawa kadr. Wyszliśmy z założenia, że zajęcia z matematyki powinni prowadzić doświadczeni matematycy i fizycy, związani organicznie z akademią medyczną, znający przynajmniej naważniejsze problemy medyczne, w których matematyka może być pomocna medycynie.

Na konferencji programowej we Wrocławiu w 1966 r. podkreślono konieczność przygotowania stałych kadr dydaktycznych i uznano, że jest to możliwe tylko wtedy, gdy w akademiach medycznych utworzone zostaną zakłady matematyki. Wykładowcy matematyki i prowadzący ćwiczenia delegowani z innych uczelni lub instytutów naukowych, dla których zajęcia w akademiach medycznych będą pracami zleconymi, mogą często traktować te zajęcia drugoplanowo.

PODRĘCZNIK

Istotną trudnością w nauczaniu matematyki do 1966 r. był brak podręcznika napisanego specjalnie dla studentów Wydziału Lekarskiego. Nauka z notatek prowadzonych własnoręcznie przez studentów I roku nie ułatwiała przyswajania materiału podanego na wykładach. Wydany w 1967 r. podręcznik usunął te kłopoty i przyczynił się w znacznym stopniu do uzyskania lepszych wyników nauczania.

Od roku akademickiego 1968/69 obowiązuje nowy program matematyki wykraczający częściowo poza ramy istniejącego podręcznika. Powstała więc konieczność uzupełnienia go. Prace nad tym zagadnieniem są obecnie w toku.

Wydaje mi się jednak, że nowy program jest zbyt obszerny, aby można go zrealizować w 30 godzinach wykładów oraz pogłębić i uzupełnić w 30 godzinach przeznaczonych na ćwiczenia. W pierwszym roku realizowania tego programu (1968/69) zabrakło nam ok. 10 godzin i nie mogliśmy przedstawić studentom teorii informacji, pojęcia dyskryminacji i nomogramów. Jedną z przyczyn był niewątpliwie brak podręcznika przystosowanego do nowego programu, ale wcale nie jesteśmy pewni, że przy pomocy podręcznika uda się nam program ten w pełni zrealizować.

SPOSOBY PROWADZENIA ĆWICZEŃ

W Akademii Medycznej w Warszawie stosowaliśmy kilka sposobów prowadzenia ćwiczeń. Wszystkie te sposoby miały jednak wspólną cechę. Na każdym ćwiczeniu poświęciliśmy ok. 15 minut na pisemne sprawdzanie przygotowania studentów do ćwiczeń. W przeprowadzonej w 1968 i 1969 r. ankiecie studenci stwierdzili, że mogą w ten sposób sami sprawdzić w jakim stopniu umieją posługiwać się zdobytymi wiadomościami, a jednocześnie zmuszeni są do systematycznej pracy.

Jeden ze sposobów prowadzenia ćwiczeń, który nazwaliśmy seminaryjnym, polegał na podaniu studentom tematu pracy w formie konkretnego zadania i rozwiązywania tego zadania na tablicy przez jednego ze studentów, a następnie komentowania sposobu rozwiązania i otrzymanych wyników przez pozostałych członków grupy studenckiej. Sposób ten jest jednak bardzo czasochłonny. Stosując tę metodę nie mogliśmy na ćwiczeniach przerobić przykładów, ilustrujących cały materiał podany na poprzednim wykładzie. Poza tym nie wszyscy studenci brali czynny udział w dyskusji, co stanowiło poważny mankament tej metody nauczania. Dlatego też stosowaliśmy ją stosunkowo rzadko.

Często natomiast stosowaliśmy metodę pracy indywidualnej. Postawione zagadnienie komentował krótko prowadzący ćwiczenia, a następnie polecał rozwiązywać je każdemu studentowi samodzielnie. Podczas rozwiązywania podchodził do każdego ze słuchaczy i w miarę potrzeby udzielał

rad i wskazówek lub podkreślał popełnione błędy. Ten sposób prowadzenia zajęć dawał dobre wyniki, lecz tylko w przypadku zagadnień stosunkowo łatwych i wtedy, gdy w grupie ćwiczeniowej nie było bardzo słabych pod względem matematyki studentów. Jeśli natomiast zagadnienie było trudne to prowadzący ćwiczenia nie nadążał z radami i niektórzy studenci czekali zbyt długo na pomoc. W takich przypadkach dzieliliśmy grupę 10 osobową na trzy lub cztery mniejsze zespoły i polecaliśmy rozwiązywać zadania kolektywnie, nie narzucając sposobu rozwiązania. Przy doborze tych zespołów zwracaliśmy uwagę, by do jednego zespołu należeli i dobrzy i słabi matematycy. Prowadzący ćwiczenia miał wtedy więcej czasu na udzielanie wskazówek i dyskusję z każdą grupą.

Wprowadziliśmy również współzawodnictwo. Każda z grup, po rozwiązaniu zagadnienia, zapisywała otrzymane wyniki na tablicy, członkowie grup, które rozwiązały lepiej i szybciej otrzymywali więcej punktów niż pozostali. Po wypisaniu na tablicy wyników przez wszystkie grupy, otwieraliśmy dyskusję nad sposobami rozwiązania i otrzymanymi wynikami.

KONSULTACJE

Aby studenci lepiej mogli zrozumieć i przyswoić sobie trudniejsze partie materiału podawanego na wykładach lub rozwiązywać interesujące ich zagadnienia, wprowadziliśmy dodatkowe konsultacje, poświęcając na nie, zależnie od potrzeby cztery lub sześć godzin tygodniowo. Niestety okazało się, że frekwencja, zarówno w latach ubiegłych jak i w tym roku, była niewielka.

W zakończeniu chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę.

Jestem prawie przekonany, że zasób wiedzy matematycznej, jaką wyniesie młody lekarz, opuszczając akademię medyczną, będzie niewielki jeśli o matematyce będzie słyszał tylko na pierwszym roku studiów. Ale jestem również przekonany, że jeśli z matematyką będzie się stykał na wszystkich latach studiów, to znaczy, jeśli inne dyscypliny wiedzy medycznej będą korzystały z zapasu matematyki jakim dysponuje student pierwszego roku i zmuszały go do posługiwania się nią, to poznane pojęcia i metody matematycznych badań staną się mu pomocne w dalszej lekarskiej pracy naukowej i zawodowej.

Anatol Sidorczuk

CYBERNETYKA — NOWY ELEMENT W KSZTAŁCENIU LEKARZA

W nauce współczesnej istnieją dwie zasadnicze tendencje rozwojowe. Jedną z nich jest coraz bardziej pogłębiająca się specjalizacja i związane z tym powstawanie wąskich dziedzin nauki, drugą to integracja poszczególnych nauk, łącząca się z powstawaniem nowych nauk, na pograniczu, wydawałoby się dalekich od siebie specjalności. W wyniku syntetycznego uogólnienia, takich do niedawna odległych od siebie nauk, jak matematyka i fizjologia, logika i elektronika, automatyka i psychologia powstała cybernetyka, która zaczęła przenikać prawie do wszystkich dyscyplin naukowych.

Współczesną medycynę charakteryzuje tendencja do wyjaśniania wszelkiego rodzaju zjawisk w ustroju człowieka przy pomocy praw fizyki i chemii. Problemami tymi zajmuje się biofizyka i biochemia. Jednakże analiza zjawisk zachodzących w ustroju człowieka tylko w ramach biofizyki i biochemii nie daje pełnych możliwości syntetycznego ujmowania obrazu zjawisk. Ilościowe wyjaśnienie działania poszczególnych układów regulacji, a zwłaszcza działania systemu nerwowego możliwe jest tylko na drodze analizy cybernetycznej.

Nauczanie cybernetyki w akademiach medycznych zostało wprowadzone w minimalnej ilości, w związku z reformą studiów, w ramach programu nauczania biofizyki na drugim roku. Program ten przewiduje zaznajomienie się z dwoma zasadniczymi działami cybernetyki, a mianowicie z teorią informacji i teorią regulacji automatycznej oraz podstawowymi pojęciami o maszynach matematycznych. Jednocześnie na pierwszym roku studiów zostało wprowadzone nauczanie matematyki, stanowiącej podstawę zarówno cybernetyki jak i biofizyki.

Przydatność cybernetyki we współczesnym wykształceniu lekarza można rozpatrywać w różnych aspektach. Wśród większej liczby ludzi pojęcie zastosowań cybernetyki wiązane jest wyłącznie z użyciem różnego rodzaju maszyn matematycznych. Jest to nieco jednostronne ujmowanie sprawy. Analizę cybernetyczną poszczególnych, zwłaszcza prostych, układów można dokonywać bez użycia maszyn matematycznych. Może ona dotyczyć szeregu obiektów sterowanych nie będących maszynami matematycznymi. Ten punkt widzenia jest szczególnie ważny dla pokazania przydatności cybernetyki we współczesnym wykształceniu lekarza.

Pierwszym aspektem przydatności cybernetyki w wykształceniu medycznym jest zastosowanie jej do analizy zjawisk zachodzących w ustroju człowieka i matematyczno-fizycznego ich formułowania oraz analizy postępowania lekarza w jego codziennej praktyce.

Cybernetyczna analiza zjawisk zachodzących w ustroju człowieka posługuje się głównie metodami teorii regulacji automatycznej w oparciu o modelowanie matematyczne zjawisk.

Liczne prace z tej dziedziny w literaturze światowej, dotyczą analizy układów regulacji w fizjologii prawidłowej i patologicznej; dotyczą one oddychania, układu krążenia, regulacji temperatury, układu nerwowego, hormonalnego, zagadnień związanych z farmakoterapią i szeregu innych. Ujęcie to jednolicie systematyzuje wszystkie układy regulacji w ustroju człowieka i pozwala na wykorzystanie szeroko rozwiniętych metod matematycznych stosowanych w teorii regulacji automatycznej.

Odrębnego omówienia wymaga zastosowanie cybernetyki do analizy postępowania lekarskiego w ramach praktycznej działalności lekarza. Może tu mieć zastosowanie teoria informacji oraz inne działy cybernetyki jak: teoria badań operacyjnych, teoria gier, teoria masowej obsługi i związane z nimi metody programowania matematycznego, które nie są jeszcze objęte programem nauczania. Przedstawienie działalności diagnostycznej i terapeutycznej lekarza, przy pomocy odpowiednich programów i związanych z nimi algorytmów, powinno znacznie skrócić i uściślić nauczanie diagnostyki i terapii. Przyporządkowanie odpowiedniej wartości informacyjnej poszczególnym objawom i badaniom pozwala ściśle ilościowo określić ich przydatność diagnostyczną, przy czym ilościowa ocena skuteczności działania leków może posłużyć dla optymalizacji procesu leczenia np. zmniejszenia kosztów i czasu leczenia. W ten sposób można rozpatrywać również czynności odpowiednich jednostek służby zdrowia, obejmujących swym działaniem masową obsługę.

Praca lekarza w służbie zdrowia wymaga zarówno zdolności manualnych jak i poprawnego kierowania procesem leczenia w różnych okolicznościach, np. w przychodni, w szpitalu, w przypadkach nagłych, w miejscu zachorowania. Przyswojenie tych umiejętności możnaby znacznie ułatwić, wprowadzając ujęcie cybernetyczne. Stworzyłoby to podstawy teoretyczne praktyki lekarskiej, umożliwiające nabycie pewnych wiadomości jeszcze w trakcie studiów, nie odkładając tego do okresu pracy zawodowej.

Drugim aspektem przydatności cybernetyki jest zastosowanie jej do samego procesu nauczania. W nauczaniu bowiem chodzi o sterowane kształtowanie i rozwijanie procesów psychologicznych oraz cech osobo-

wości studenta, co również można traktować jako proces cybernetyczny. Ten sposób ujęcia zapewnia następujące korzyści:

— Cybernetyczna analiza nauczania przyczynia się do lepszego zrozumienia istoty tego złożonego procesu. Wiele zjawisk, traktowanych dotychczas tylko opisowo, cybernetyka potrafi wyjaśnić.

— Cybernetyczna analiza pozwala skuteczniej formułować praktyczne reguły nauczania, gdyż reguły te rozpatruje i interpretuje niejako z wyższego punktu widzenia.

— Cybernetyczna analiza wskazuje nowe problemy dla badań pedagogicznych, problemy, których rozwiązaniem mogą się trudnić pracownicy nauki.

— Cybernetyczna analiza prowadzi do racjonalizacji nauczania, co ma dla procesu nauczania w praktyce decydujące znaczenie.

Z przytoczonych względów cybernetyczna analiza procesu nauczania powinna być niewątpliwie uwzględniana przy realizacji obecnej reformy studiów.

Trzeba zaznaczyć, że nawet wstępne wiadomości z cybernetyki są dość trudne, przyswojenie ich i uaktywnienie w przedmiocie różnych dziedzin zagadnień i prac nie odbędzie się rewolucyjnie, ale drogą szybkiej jednak ewolucji, początek której już istnieje, głównie w kształceniu naszego młodego pokolenia.

**Wskazówki dla autorów kwartalnika pt.
„Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie”**

1. „Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie” zamieszcza artykuły z zakresu:
 - a) dydaktyki i wychowania
 - b) działalności naukowej
 - c) działalności leczniczo-usługowej
 - d) działalności społecznej
 - e) działalności organizacyjno-administracyjnejZ wymienionych działów zamieszczane będą: prace referatowo-programowe, streszczenia ew. tytuły zakończonych prac naukowych, sprawozdania z pobytów naukowo-szkoleniowych za granicą i artykuły bądź informacje związane z działalnością Uczelni.
2. O przyjęciu artykułu do druku decyduje Komitet Redakcyjny.
3. Artykuły należy nadsyłać na adres: Redakcja Biuletynu Akademii Medycznej — Warszawa, ul. Filtrowa nr 30, pok. 45.
4. Artykuły należy nadsyłać w 2 egz., napisanych na maszynie jednostronnie, wg wymagań wydawniczo-drukarskich.

Części wydzielone maszynopisu jak: tabele, wzory, rysunki, fotografie itp. powinny być ponumerowane.

Wszelkie ilustracje — fotografie, wykresy, rysunki w tekście artykułu nazywać należy rysunkami (a nie figurami, rycinami, szkicami, diagramami) i numeruje się je kolejno. Ilustracje załącza się do artykułu oddzielnie w jednym egzemplarzu.

Objętość pracy nie powinna przekraczać 10 stron maszynopisu (dotyczy pktu 1a, c, d, e).
5. Maszynopis pracy powinien zawierać:
 - pełne imię i nazwisko autora lub autorów
 - tytuł pracy
 - podpis autora(ów), adres miejsca pracy lub zamieszkania.
6. Maszynopis streszczenia pracy naukowej powinien zawierać:
 - a) pełne imię i nazwisko autora lub autorów
 - b) tytuł pracy
 - c) streszczenie o objętości około 100 słów (dotyczy pktu 1b)
 - d) podpis autora(ów), adres miejsca pracy
 - e) jeżeli praca została zgłoszona do publikacji, należy podać tytuł czasopisma w którym ma być ona opublikowana.
7. Redakcja zastrzega sobie prawo:
 - a) dokonywania poprawek stylistycznych pracy
 - b) dokonywania poprawek merytorycznych pracy po uzgodnieniu z autorem
 - c) ustalania kolejności druku
 - d) zamieszczania tytułu pracy bez nadesłanego streszczenia.
8. Honoraria autorskie:

Autor opublikowanego artykułu otrzymuje honorarium, płatne po ukazaniu się czasopisma, w wysokości ustalonej w Tabeli Wynagrodzeń Autorskich.

Autorzy opublikowanych artykułów otrzymują odpłatnie po 20 egz. odbitek drukarskich.

W przypadku nie wydrukowania zamówionego artykułu autorowi zostanie wypłacone 50% honorarium.

Stanisław Kalman

CZY AKADEMIE MEDYCZNE UWZGLĘDNIAJĄ W SWOJEJ REFORMIE STUDIÓW PRZEDMIOT FILOZOFII?

Ostatnimi czasy wiele wypowiedzi publicystycznych poświęcono problemowi wychowania i nauczania w szkołach wyższych. Wszystkie one, nie poruszały jednak jednej ważnej sprawy: jakie treści i zakres materiału powinien zawierać program zagadnień filozoficznych na uczelniach zawodowych, jeżeli uwzględnić konkretny profil uczelni. Wszystkie dyskusje mające za swój cel reformę nauczania troszczą się o sprawy pragmatyki zawodowej. Z pewnością ważnym jest np. to czy radiologia powinna wyprzedzać inne rodzaje diagnostyczne, a biofizyka uzupełniać biochemię, czy uczelnia medyczna powinna kształcić lekarza ogólnego, a specjalizację wprowadzić po studiach? Doceniam w dyskusji nad reformą nauczania zagadnienie, jak uzbroić technicznie absolwenta medycyny dla sprawnego działania w zakresie ochrony zdrowia pacjenta. Kiedy jednak rozmawiamy z drugą stroną — tj. z tym, kto korzysta z usług lekarza, to mniej go interesuje zawodowy profil lekarza, a więcej ludzki stosunek przedstawiciela nauk medycznych do chorego. Na ogół nie lubimy być traktowani jako numer statystyczny z wykazu chorób. Spodziewamy się od przedstawiciela medycyny, iż spojrzy on na chorego jak na człowieka, któremu ulegają zaburzeniu nie tylko funkcje somatyczne, ale który poprostu cierpi jako człowiek.

Patrząc z tego punktu widzenia na rolę lekarza, w jego stosunku do pacjenta, nie wydaje mi się słusznym, że reforma nauczania w akademii medycznej — gubi humanistyczny aspekt tego zawodu. Przecież jest to zawód, którego racją istnienia jest drugi człowiek, oczekujący pomocy i opieki w ludzkim a nie tylko technicznym sensie.

Innymi słowy — uważam, że zawód lekarza wymaga przepojenia treściami humanistycznymi. Rolę taką, moim zdaniem, może spełnić nauczanie podstaw filozoficznych. Jednak program, który obowiązuje z tego przedmiotu na akademii, opracowany został bez uwzględnienia specyfiki tej uczelni. Jest on wspólny dla SGGW, SGPiS i politechniki. A przecież na pewno czego innego chciałby dowiedzieć się od filozofii lekarz, a czego innego inżynier, jakkolwiek są i wspólne tematy, które z pożytkiem mogą wysłuchać obaj. Wydaje mi się także, że student medycyny bardziej jest zainteresowany sprawami społecznymi, etycznymi, psychologicznymi, aniżeli ontologią. Łatwiej zrozumie problem styku filozofii

z naukami przyrodniczymi, jeżeli powiążemy ją z historią medycyny co unaocznia mi, że medycyna i filozofia to „rodzone siostry” choć często boczają się na siebie. Chodzi mi więc o to aby treść programu filozofii zintegrować z treściami zajęć zawodowych.

Problem ten łączy się jeszcze z inną sprawą, a mianowicie na którym roku powinny być prowadzone zajęcia z filozofii. Sprawa ta uzależniona jest od punktu widzenia, z którego spojrzymy na rolę tego przedmiotu w jego funkcji wychowawczej. Jeżeli funkcją filozofii jest kształtowanie światopoglądu, to należy przyjąć, że na ogół najwięcej interesuje ten problem młodzież w wieku 16—18 lat. Uwzględniając ten fakt postulowałbym wprowadzenie zajęć z filozofii na pierwszym roku, a najdalej na drugim. Wiadomo przecież, że szkoła średnia, rozbudza refleksje na temat własnej osobowości, sensu życia itd. i nie może ze względów czasowych przedłużyć swego oddziaływania w tym zakresie. Abiturient otrzymuje maturę i szkołę opuszcza. Jest jednak rozbudzony intelektualnie i w naturalny sposób ma prawo oczekiwać dalszych odpowiedzi na temat swego miejsca w nowych warunkach życia, w powiązaniu z kierunkiem obranego zawodu. Tymczasem z filozofią spotyka się w połowie swoich studiów, kiedy wymaga się od niego przede wszystkim opanowania przedmiotów zawodowych. Filozofia w tych warunkach wydaje mu się przedmiotem zgoła niepożądanym, bo przerywającym tok studiów zasadniczych, co więcej, przypuszczam, że grono nauczające zawodu, nie potrafi również w sposób przekonujący wytłumaczyć studentowi trzeciego roku korzyści z nauk filozoficznych. Dla nauczających, profil przyszłego absolwenta zamyka się w wypowiedzi — ma być dobrym lekarzem. Do tego jak wiadomo filozofia nie jest potrzebna. Owszem, można mieć swoje hobby, jak kogoś na taki luksus stać i interesować się filozofią — ale żeby jej się uczyć — po co?

Jeżeli jednak rozumiemy sprawę głębiej, to musimy dokonując reformy studiów medycznych, znaleźć miejsce dla tego przedmiotu nie tam, gdzie student ma mniej przedmiotów zawodowych (trzeci rok — jest rokiem luźniejszym) ale tam, gdzie może ona z większym pożytkiem spełnić swoją rolę.

Z tym wszystkim wiąże się pytanie, na czym uczyć i jak prowadzić zajęcia? Dotychczasowe materiały obowiązujące studentów są przygotowane przez autorów wykładających filozofię na Wydziale Filozofii uniwersytetu, a ich treść obraca się wokół polemiki z przedstawicielami innych poglądów niż materializm dialektyczny. W polemice, jak wiadomo, nie musi się uwzględniać całego korpusu myśli przeciwnika, a jedynie explikuje się zagadnienie kontrowersyjne. Komuś, kto nie zna historii filozofii trudno zrozumieć skąd wynika źródło sporu. A zwalczany kierunek jawi mu się w sposób zupełnie niezrozumiały. Wynika stąd konieczność jakościowej zmiany podręcznika i jego treści. Wydaje się, że musi

on przyjąć formę pozytywnego wykładu. Jak wiadomo, marksizm w aspekcie historycznym i współczesnym, nie rozwija się na bezludnej wyspie. Trzeba uwzględnić cały kontekst problemów w których powstał i w których tkwi. I tu postulowałoby wprowadzenie wyboru tekstów — antologii, co służyłoby właśnie jako oparcie polemiczne i wartościujące. Wszak dopiero w kontrowersji umacniamy swoje poglądy. W innym przypadku mamy do czynienia z nauczaniem „katechizmowym”. Chodzi również o to, by student stykając się w tej, czy innej formie z innymi światopoglądami (w filmie, w sztuce teatralnej, powieści) umiał je rozumieć i ocenić. Łączy się z tym zagadnieniem historyczność i teraźniejszość w problematyce światopoglądu filozoficznego. I tu zaczyna się nowa trudność. Jak pogodzić w nauczaniu filozofii elementy historyczne z aktualnymi? A wiadomo profesjonalistom tego zawodu, że wiele poglądów aktualnych nie można zrozumieć nie uwzględniając historii. Wprowadzenie wyboru tekstów mogłoby ułatwić rozwiązanie tego problemu i powiązać historię ze współczesnością.

Ostatnie pytanie, nad którym widziałbym konieczność dyskusji tego zagadnienia, to sprawy czysto techniczne. Tradycyjnie w nauczaniu filozofii opieramy się na żywym słowie i pisany tekście. Metoda, jak wiadomo, sięgająca swą tradycją starożytności. I jak dotychczas nie wymyślono tu nic nowego i chyba na żadną rewolucję w tym względzie się nie zanoszą. Można jednak spróbować wprowadzić coś innego. Chodzi oto, żeby wykład nie pokrywał się z treścią ćwiczeń i podręcznika. Powinien on wychodzić poza materiał podręcznikowy, co znaczy, że całe nauczanie powinno być problemowe. Dane zagadnienie może więc być pokazane od innej strony na wykładzie, a od innej strony na ćwiczeniach z tym, by ćwiczenia dokonywały pełnej syntezy problemu.

Na zakończenie postuluję aby przedstawiciele przedmiotu filozofii, nauczający w akademiach medycznych, wspólnie rozważyli treść i zakres swych zajęć oraz zastanowili się nad najlepszym sposobem zaintegrowania tego przedmiotu z profilem uczelni i potrzebami wychowawczymi. A jeśli wolno marzyć, to przyszłość filozofii jawi mi się na medycynie, nie tylko na pierwszym roku, ale w całym pięcioletnim pobycie studenta w akademii. Z tym, że na wyższych latach widziałbym ją w funkcji nie tylko światopoglądowej, ale i metodologicznej, jako nadbudowę nad studiami przyrodniczymi w formie wykładów, bez ćwiczeń i egzaminów. Jestem bowiem zdania, że filozofia towarzyszy nam przez całe życie.

Ponieważ marzenia bardzo rzadko się spełniają, to zmniejszając ich zakres do wymiarów możliwych. Oto na uczelniach działają różne organizacje. Czy nie mogłyby one zmieścić w swych programach aktualnych problemów i pytań pod adresem filozofii i uczynić je jednym z aspektów swoich zainteresowań? Myślę, że obie strony wyniosłyby z tych spotkań wiele pożytku.

Jan Nielubowicz

POZAUSTROJOWA PERFUZJA WĄTROBY

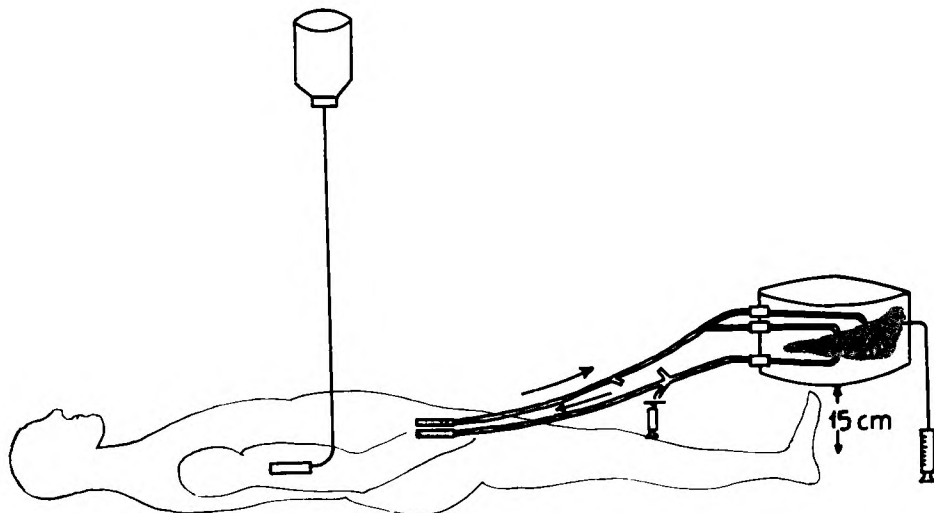
Pierwszą pozaustrojową perfuzję wątroby u psa wykonał w 1855 r. Claude Bernard (1), pragnąc udowodnić powstawanie w niej glikogenu. Odtąd stosując różną technikę perfuzji izolowanej wątroby psa, świni, królika, cielęcia i szczura w licznych pracowniach świata powtarzano wielokrotnie ten typ doświadczenia, którego głównym celem było badanie czynności metabolicznej wątroby. Badano w ten sposób rolę wątroby w przemianie węglowodanów (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 34), białka (15, 17, 18, 19, 20, 34), syntezie chlolesterolu (21), działanie odtruwające wątroby na alkohol (22), bromsulfoftaleinę (23, 24, 25), detubokurarynę (26) i amoniak (27, 35, 36). Już bardzo prędko w czasie tego typu perfuzji wątroby spostrzeżono, że w izolowanej wątrobie u różnych zwierząt i w różnym natężeniu i czasie powstaje utrudnienie odpływu z wątroby tzw. „blok odpływu”. Zjawisko o zależne od obkurczania się zwieracza nadwątrobowego (2) jest nawyrażniejsze w wątrobie psa i z tego powodu już po 30 minutach perfuzja u tego zwierzęcia staje się niemożliwą. Dla poznania tego wykonano liczne badania na perfundowanych, izolowanych wątrobach różnych zwierząt (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Perfuzję obcogatunkowej wątroby dla leczenia ostrej niewydolności tego narządu u człowieka zwanej niesłusznie „śpiączką wątrobową” zaproponował w 1961 r. Eiseman (27). Oparł się on na następującym założeniu: u chorego z marskością ostra niewydolność wątroby powstaje wskutek zatrucia amoniakiem, który można usunąć z krwi (27) za pomocą perfuzji przez obcogatunkową wątrobę. Perfundowana wątroba zastąpi okresowo własną wątrobę chorego, stwarzając w ten sposób u chorych z odwracalnymi zmianami możliwość odnowy uszkodzonego mięszu wątrobowego. Jest to założenie podobne do tego, na którym opiera się leczenie mocznicy dializą pozaustrojową.

W 1965 r. Eiseman ogłosił wyniki, leczonych w ten sposób pierwszych ośmiu chorych (37). Wszyscy chorzy byli w beznajdziejnym stanie, nieprzytomni w ciężkiej, ostrej niewydolności wątroby, która powstała w przebiegu alkoholowej marskości wątroby, powikłanej ostrym masywnym krwotokiem z żyłaków przełyku. Wszyscy chorzy zmarli w ciągu 1—12 dni po perfuzji. Uderzające jednak było, że większość z nich w czasie, pod koniec, lub po perfuzji odzyskiwała przytomność. Prace Eisemana zapoczątkowały na całym świecie dalsze próby tego typu. Wykonano wiele

prac doświadczalnych (25, 46, 47, 48, 49, 50, 39, 40, 41, 42, 43, 56, 52, 53, 57, 58) oraz szereg prób klinicznych, w wyniku których ustalono najlepsze warunki wykonywania perfuzji u ludzi.

U człowieka łączy się za pomocą przewodów tętnicę udową, promieniową, łokciową lub ramieniową z tętnicą wątrobową i żyłą wrotną,

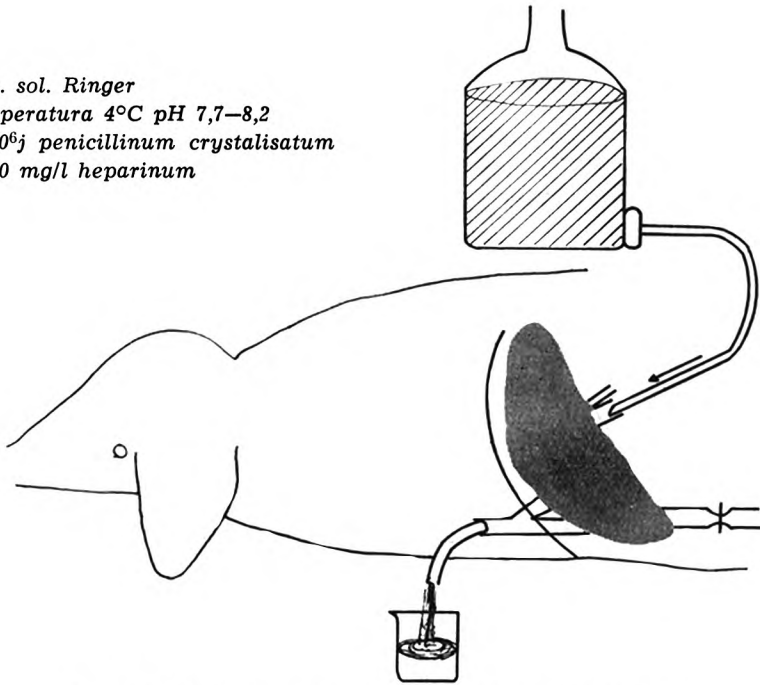


Rys. 1. Schemat pozaustrojowej perfuzji wątroby obcogatunkowej u człowieka

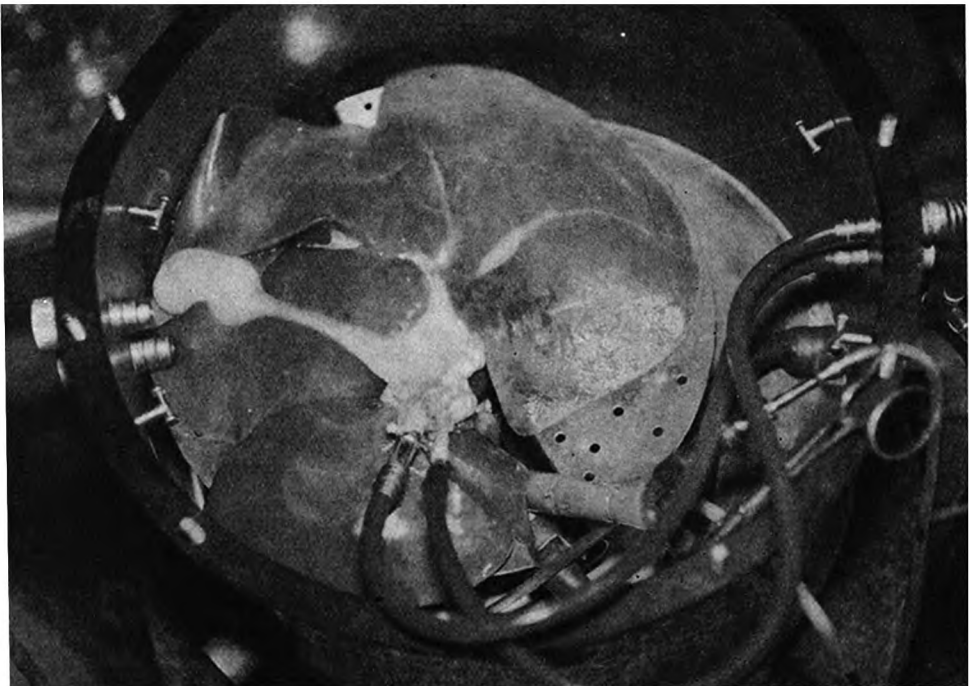
umieszczonej w pojemniku świeżo, jałowo pobranej wątroby świni. Żyłę główną dolną wątroby łączy się z odpowiednią, najczęściej towarzyszącą wypreparowanej tętnicy żyłą człowieka. Choremu wstrzykuje się odpowiednią (dawkowaną stale kontrolowanym czasem krzepnięcia) ilość heparyny. Po zwolnieniu zacisków krew chorego płynie przez wątrobę świni, poczem powraca do człowieka przez odpowiednią żyłę. Już po kilku, kilkunastu minutach z przewodów wątrobowych perfundowanej wątroby zaczyna się wydzielać żółć, co uważa się za pewien ogólny sprawdzian dobrej czynności funkcjonowania wątroby zwierzęcej. Zwykle wydziela się 1–10 ml żółci na godzinę.

Po wielu próbach, grupa warszawska (38) przyjęła następujące zasady: wątrobę pobiera się jałowo ze świni uśpionej eunarkonem. Jeszcze w czasie pobierania wątroby, przez wprowadzony do przeciętej żyły wrotnej gruby dren, wypłukuje się narząd 10–12 l. zimnego płynu Reingera, zawierającego 50mg/l. heparyny, 300–400 j./l. penicyliny oraz odpowiednią dla zbuforowania do pH=8 ilość dwuwęglanu sodu. Przeciętny czas niedokrwienia wątroby, tj. od chwili przerwania dopływu krwi zwierzęcia, do chwili połączenia z krążeniem człowieka wynosi 20–45 minut. Aby nie wywołać hemolizy, nie stosuje się żadnego układu wspomaganego

10 l. sol. Ringer
temperatura 4°C pH 7,7–8,2
+ 10⁶j penicillinum crystalisatum
+ 50 mg/l heparinum



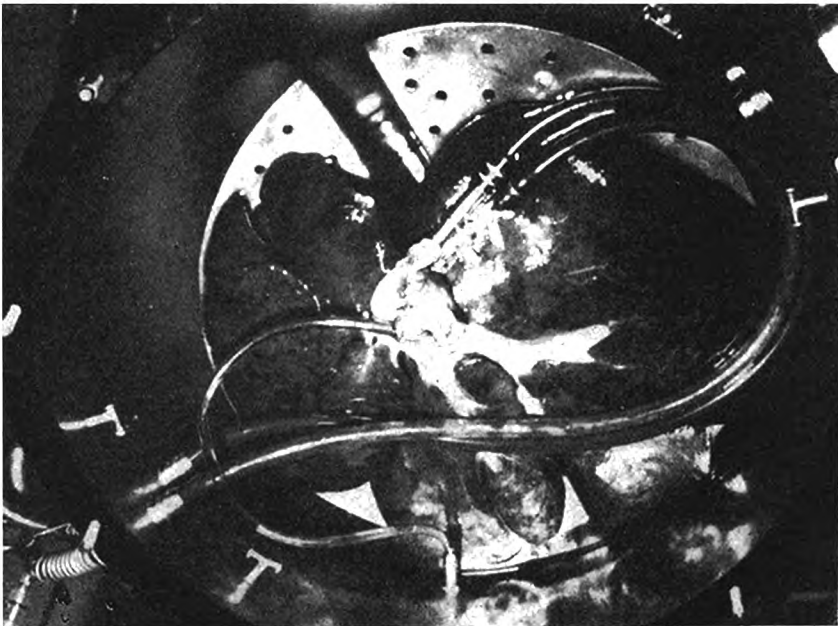
Rys. 2. Płukanie wątroby przed jej pobranie u świni



Rys. 3. Wątroba świni w pojemniku

i utleniaczów (39, 40, 41, 42) a krew z wątroby odpływa siłą ciężkości z umieszczonego o 10 cm wyżej zbiornika. Pojemnik wątroby napełnia się płynem używanym do dializy otrzewnowej (nr 1. Polfa). Stałą temp. 38° — utrzymuje się przy użyciu termostatu. Połączone manometry wskazują przez cały czas ciśnienie w tętnicy wątrobowej i żyły wrotnej wątroby w pojemniku; oznacza się też przepływ lub wypływ krwi z wątroby. Dąży się do stworzenia takich warunków, aby przepływ krwi przez izolowaną wątrobę wynosił 0,75 — do 1 ml/g wątroby na minutę; przy przepływie poniżej 0,5 ml/g/min. czynność perfundowanej wątroby ulega znacznemu upośledzeniu, a przy przepływie poniżej — 0,2 ml/g/min. wydzielanie żółci ustaje całkowicie.

Zgodnie z wynikami prac doświadczalnych, prowadzonych już dawniej (2, 28, 29, 30, 31, 32, 33), w czasie tego typu perfuzji wzrasta stopniowo opór naczyniowy tak, że w ciągu pierwszych 5-ciu godzin przepływ krwi zmniejsza się przeciętnie o 30%. Dzieje się tak pomimo podawania heparyny i, jak się przekonano, przy drożnych nie zawierających zakrzepów żyłach perfundowanej wątroby. Równoległe z tym po 6 godzinach perfuzji obniża się stopień zużycia tlenu przez wątrobę o 0,03 ml/g/min. Przy temperaturze poniżej 38° powstają zaburzenia przemiany kwasu mlekowego, zwiększa się stosunek mleczanów do pyrogromianów. W większości przypadków nawet przy bardzo dobrym przepływie powyżej 1 ml/g/min. obwodowe części perfundowanej wątroby są zasinione za-



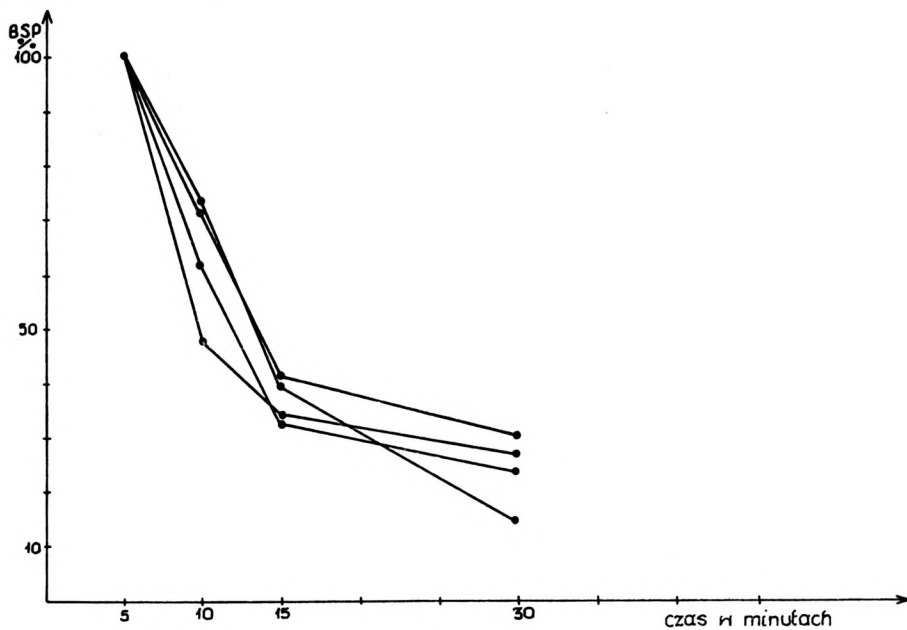
Rys. 4. Wątroba w pojemniku po 4 godzinach perfuzji, widać zasinienie na wątrobie

pewne wskutek niedokrwienia, może trudności odpływu, obniżonego pH krwi, spadku temperatury krwi i być może, ciał powstających z rozpadu płytek krwi obcogatunkowej. Zmiany te nasilają się nieraz równoległe z czasem trwania perfuzji. Jest to zapewne powodem kwasicy metabolicznej, która powstaje bardzo często u człowieka i zwierzęcia perfundowanego. Kwasica ta rozwija się szczególnie łatwo przy małym, mniejszym niż 0,5 ml/g/min. przepływie przez wątrobę. Powstaje w ten sposób błędne koło, ponieważ kwasica zwiększając opór naczyniowy perfundowanej wątroby pogarsza jeszcze bardziej niedokrwienie. W daleko posuniętych zmianach tego typu przetaczanie dużych ilości płynów buforującego i glukozy nie jest w stanie wyrównać tych zaburzeń. Z tych względów perfuzji przez wątrobę świń nie prowadzi się zwykle dłużej niż przez 6 godzin. Każda perfuzja wymaga też stałej, co 15 minut, kontroli pH krwi tak, aby przy najmniejszym odchyleniu w kierunku kwaśnym (pH poniżej 7,35) można było podać odpowiednią ilość roztworu dwuwęglanów.

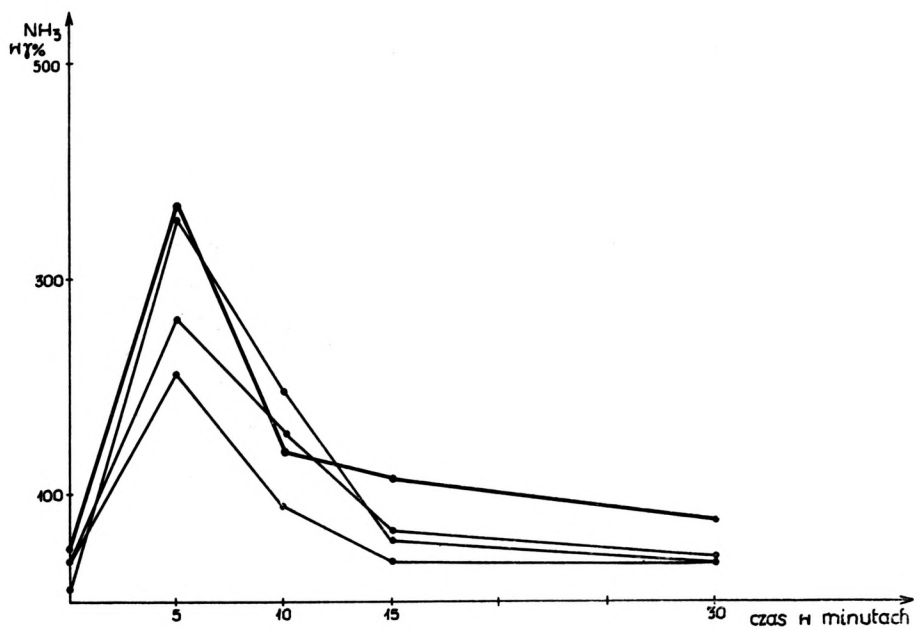
U świń perfundowanych przez homologiczną wątrobę po kilku godzinach perfuzji, równoległe z narastaniem kwasicy, spada nieraz ciśnienie, czego nie można z reguły wyrównać przetaczaniem dużej ilości krwi, płynów krwiozastępczych jak i płynów buforujących. Przyczyny tego spadku ciśnienia nie są jeszcze zupełnie jasne. Bardzo groźne i trudne do opanowania są też zaburzenia krzepliwości, których nieraz niesposób jest opanować, pomimo stałej kontroli fibrynolizy w euglobulinach, poziomu fibrynogenu, czasu trombionowego i protrombionowego. Stale kontrolowane podawanie heparyny, czasu krzepnięcia, podawanie inhibitorów (EACA, AMCHA) plazmy mrożonej i świeżej krwi jest nieraz niewystarczające i duża część zwierząt perfundowanych ginie z powodu skazy krwotocznej.

Po 10–15 minutach od rozpoczęcia perfuzji z powierzchni wątroby zaczyna się wydzialać kroplami płyn, który należy uważać za odpowiednik płynu puchlinowego. Ilość tego płynu jest proporcjonalna do ciśnienia w żyłę wątrobowej. Gdy nie ma oporu w odpływie powstaje około 4–8 ml/min. płynu, przy utrudnionym odpływie i podniesieniu ciśnienia w żyłę wątrobowej o 5 mm Hg ilość płynu zwiększa się prawie trzykrotnie (51).

Działanie oczyszczające perfundowanej wątroby na obciążenie amoniakiem jest bardzo wyraźne i jednorazowe obciążenie 2 g cytrynianu amonu (4,6 mg amoniaku) zostaje oczyszczone w ciągu 20–30 minut. Jest to działanie bardzo skuteczne, ponieważ powstające wówczas stężenie amoniaku we krwi jest 100-krotnie większe od prawidłowego i przynajmniej 20 razy większe niż spotykane u ludzi w końcowym okresie marskości wątroby. W ciągu 4–6 godzin perfundowana wątroba zdolna jest oczyścić 11 g cytrynianu amonu, po 15 minutach oczyszcza ona też BSP, a po 60–70 minutach galaktozę.



Rys. 5 Oczyszczanie amoniaku krwi w czasie pozaustrojowej perfuzji obogatunkowej wątroby u świni



Rys. 6. Oczyszczanie BSP w czasie pozaustrojowej perfuzji obogatunkowej wątroby u świni

Badania immunologiczne, prowadzone przez okres do 3 tygodni po perfuzji (52) wykazują, że białko znajdujące się w żółci wydzielanej przez wątrobę jest w większości białkiem ludzkim. Płyn puchlinowy jest przesączem osocza ludzkiego z niedużą ilością alfa i beta makroglobulin, przy utrzymanej zdolności tworzenia przeciwciał. Po kilku kolejnych perfuzjach w surowicy człowieka znajduje się dużo alfa₁ i alfa₂ globulin świni, co jednak, jak można sądzić z piśmiennictwa, ani razu nie wywołało reakcji klinicznej. Nie było jej nawet u człowieka poddanego 5-krotnej perfuzji. Perfuzja wątrobową świni krwią ludzką wykazuje (52), że surowica świni aglutynuje krwinki ludzkie grupy A, B, O, i AB, natomiast u człowieka tylko surowica grupy B nie aglutynuje krwinek świni.

W świetle licznych badań doświadczalnych i pierwszych prób klinicznych, przyjęte dziś wskazania do pozaustrojowej perfuzji wątroby obcogatunkowej są następujące: 1) ostra niewydolność wątroby w przebiegu: a) marskości, b) ostrego wirusowego zapalenia, c) ostrego zatrucia (np. grzybami), 2) jako zabieg wspomagający przed, w czasie i po przeszczepieniu wątroby. To ostatnie wskazanie jest praktycznie bardzo ważne, ponieważ przeszczepienie wątroby u człowieka jest bardzo trudne i jak dotychczas, udało się to tylko u trojga dzieci. Powodem niepowodzeń jest przede wszystkim bardzo długi czas niedokrwienia wątroby, w której powstaje szereg nieodwracalnych zmian. Całkowite niedokrwienie we wspomnianych przypadkach udanych przeszczepów wątroby wynosiło 311, 282 i 271 minut. Dzieje się tak, ponieważ przeszczepienie wątroby jest długą i trudną operacją, a sama wątroba jest bardzo wrażliwa na niedotlenienie i już po 30 minutach niedokrwawienia ustaje w niej zdolność utlenienia glukozy (w normotermii). Powoduje to wyczerpanie mięszu i wpadnięcie czynności narządu ze wszystkimi ujemnymi następstwami metabolicznymi i z ciężkimi zaburzeniami krzepliwości krwi. Wydaje się, że przy przeszczepieniu wątroby u człowieka trzeba będzie wykonać pozaustrojową perfuzję wątroby biorcy i dawcy. Pierwszą dla uchronienia biorcy przed ujemnymi skutkami wypadnięcia czynności wątroby w czasie jej usuwania, drugą dla skrócenia czasu niedokrwawienia i usunięcia lub zmniejszenia niebezpieczeństwa martwicy z niedokrwienia.

Wyniki perfuzji wątroby obcogatunkowej u ludzi nie są dobre. Jak wynika z tabeli wykonano dotychczas 41 perfuzji u 29 ludzi, z których żyje trzech. W większości przypadków perfuzje wykonywano u chorych, w końcowym okresie ostrej niewydolności wątroby, na ogół w bardzo ciężkim stanie ogólnym. U 5 chorych zamiast wątroby świni perfundowano wątrobę ludzką, pobraną ze zwłok, wkrótce po zgonie (55).

W I Klinice Chirurgicznej naszej Akademii i w Zespole Chirurgii Doświadczalnej PAN, staraniem Polskiej Akademii Nauk i Dyrekcji naszej Akademii, został zorganizowany specjalny oddział perfuzji pozaustrojowej wątroby. W dniu 8 i 9 czerwca 1969 r. wspólnym wysiłkiem

pracowników: Zespołu Chirurgii Doświadczalnej PAN, I Kliniki Chirurgicznej A.M., Katedry Chorób Zakaźnych A.M. i I Kliniki Chorób Wewnętrznych A.M., przy bardzo wydatnej pomocy dyrekcji Państwowego Szpitala Klinicznego, wykonano pierwszą w naszym kraju udaną perfuzję pozaustrojową obcogatunkowej wątroby. Perfuzję wykonano u chorego z ostrą, rokującą beznadziejnie niewydolnością wątroby, która powstała w przebiegu ostrego wirusowego zapalenia. Chory żyje już trzy miesiące po zabiegu.

Pozaustrojową perfuzję wątroby wykonuje się u ludzi dopiero od 4 lat, a ponieważ liczba tych zabiegów jest jeszcze mała należy to jeszcze uważać za eksperyment kliniczny. To, że z 37 chorych poddanych temu zabiegowi tylko 3 zostało wyleczonych nie powinno zniechęcać, ponieważ zabieg ten wykonuje się u bardzo ciężko chorych, u których według naszej najlepszej wiedzy, rokowanie co do życia jest beznadziejne.

Zabieg ten jest oparty na słusznych, jak się zdaje, podstawach teoretycznych. Wątroba jest narzędem, bez którego życie jest niemożliwe, jej czynności metaboliczne, ciągle jeszcze niedostatecznie poznane, są zbyt powiązane, aby przy daleko posuniętym uszkodzeniu możliwe było inne leczenie niż zastąpienie narządu w całości. Z drugiej strony wątroba posiada bardzo duże zdolności odnowy. Jest ona jedynym narzędem w ustroju, który jest obdarzony tak dużą zdolnością przerostu zastępczego, że przez wiele lat uważano to za prawdziwą regenerację. Liczne prace doświadczalne i wiele przykładów klinicznych mówi o tym, że przy nieuszkodzonym zrębie włókien kratkowych, zraziki wątroby mogą się odrodzić całkowicie, nawet z niedużej liczby pozostałych komórek. Znałe są liczne przykłady kliniczne rozsianej martwicy zrazików, której nie sposób jest rozpoznać histologicznie w kilka-kilkanaście miesięcy później. Uzasadnia to pozaustrojową perfuzję wątroby, jednak każe wyraźnie ograniczyć wskazania do tego zabiegu do chorych z odwracalnym uszkodzeniem wątroby. Jak dotychczas, klinicyści nie jest w stanie tego ustalić i bez badania anatomopatologicznego całej wątroby nie jesteśmy w stanie powiedzieć, u którego chorego istnieją jeszcze szanse odnowy, w której zaś zmiany są nieodwracalne. Wie o tym dobrze, każdy chirurg, który nieraz jest zdziwiony, że chory, którego wątroba w czasie operacji była mała, guzowata i całkowicie przerosnięta tkanką bliznowatą, po usunięciu groźby śmierci z krwotoku, żyje, jeszcze przez kilka lat.

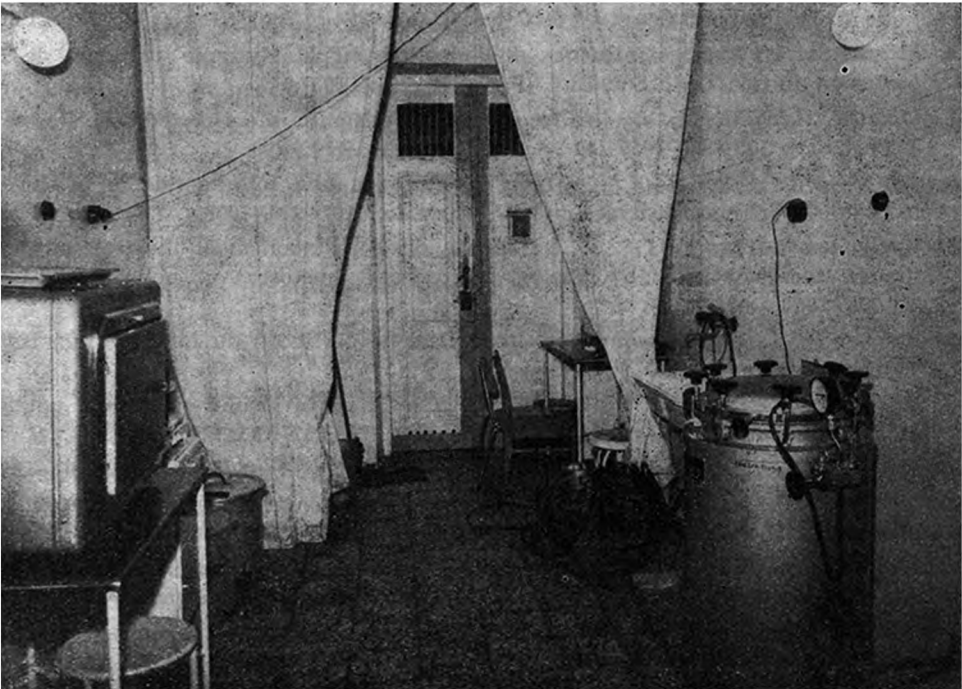
Teoretycznie największe szanse wyleczenia perfuzją mają chorzy, u których ostra niewydolność wątroby powstała w przebiegu ostrego wirusowego zapalenia wątroby. Zmiany, które powstają w tych razach w wątrobie są ostre, a martwica nigdy prawie nie jest masywną. Z trzech

chorych, którzy zostali uratowani perfuzją, u dwóch ostra niewydolność wątroby powstała w przebiegu ostrego, wirusowego zapalenia wątroby.

Pozaustrójowa perfuzja daje jeszcze jedną wielką korzyść. Być może, badania płynu spływającego z torebki wątroby oraz badania biochemiczne, przed i po perfuzji pozwolą na poznanie patomechanizmu ostrej niewydolności wątroby. Być może, perfuzję obcogatunkowej wątroby będziemy mogli wówczas zamienić rodzajem dokładnie kierowanej dializy.

Największe wątpliwości budzi fakt użycia do perfuzji obcogatunkowego narządu. Jest to teoretycznie słuszne zastrzeżenie, jednak jak wynika z badań immunologicznych, ostra reakcja kliniczna po perfuzjach nie powstaje nawet u osób, którym zabieg powtarzano kilkakrotnie, w odstępach kilkudniowych. Kliniczne doświadczenie transplantologiczne mówi też, że w heteroprzeszczepach reakcja odrzucania wyjątkowo tylko przebiega zaraz po przeszczepieniu. Zwykle w ciągu pierwszych dni przeszczepiony narząd pracuje, tak, jak przeszczep allogenny. Dokładne płukanie wątroby przed włączeniem jej do krążenia człowieka zmniejsza też możliwość natychmiastowej reakcji immunologicznej.

Pozaustrójowa obcogatunkowa perfuzja wątroby jest nie opracowaną jeszcze dokładnie metodą leczenia. Jak zawsze w tych razach, dopiero czas pokaże prawdziwą jej przydatność dla chorego człowieka.



Rys. 7. Specjalny oddział perfuzji wątroby w I Kl. Chirurgicznej naszej Akademii

WYNIKI PERFUZJI WĄTROBY U LUDZI

Norman Mc Dermott (52) — 1966	Liczba chorych	Liczba perfuzji	Liczba zgodnów
Eiseman (54) — 1966	5	15	5
Sen (55) — 1967	16	27	16
Watts (59) — 1967	5	5	4
Abouna (60) — 1968	3	6	2
Paliwoda (53) — 1967	5	5	5
Grupa Warszawska 1969	1	1	1
	2	3	1
Razem	37	62	34

PIŚMIENICTWO

1. *Bernard Claude* — Sur le mécanisme de la formation du sucre dans le foie. P. R. Acad. Sci. 41–461, 1855.
2. *Nielubowicz J., Chodkowska S.* — Badania nad zwieraczem nadwątrobowym u ludzi i zwierząt. P. T. L. 1953, nr 37, 39.
3. *Fiessinger N. i wsp.* — L'équilibre glycémique du sang defibrainé hepaticque C. R. Soc. Biol. (Paris) 116, 413, 1934.
4. *Fiessinger N. i wsp.* — L'équilibre glycémique du sang dans la perfusion hepaticque à la fois portale et arteriale. C. R. Soc. Biol. (Paris) 122–32–1936.
5. *Fiessinger N. i wsp.* — Influence de l'insuline sur la glycémie au cours de la perfusion du foie. C. R. Soc. Biol. (Paris) 124–952–1937.
6. *Sokal J. E., Miller L. L.* — Glycogen metabolism in the isolated liver. Amer. J. Physiolog. 195–295–1958
7. *Miller L. L., Sokal J. E.* — Effects of glucagon and tolbutamide on glycogen in isolated perfused rat liver Amer. J. Physiolog. 197–286–1959.
8. *Krahojeer P., Muntz J. A.* — The carbohydrate metabolism of the isolated perfused liver as studied by labelled glucose and fructose. Act. physiolog Scand. 30–258–1954.
9. *Fincker L.* — Mise au point d'une technique de perfusion du foie de lapin isolé Thèse. Strassbourg 1960.
10. *Huston C. J. W., Mc. Dermott W. V. i wsp.* — Effect of insulin on glucose uptake by the isolated perfused canine liver. Lancet — I. — 357–1962.
11. *Mortimore G. E. i wsp.* — Metabolism of insulin I 131 in diabetes. 8–307–1959
12. *Mortimore G. E. i wsp.* — Effect of insulin on potassium transfer in isolated rat liver. Amer. J. Physiolog 200–1315–1961.
13. *Mortimore G. E.* — Effect of insulin on relase of glucose and urea by isolated vat liver. Amer. J. Physiolog. 204–699–1963.
14. *Munich R., Eiseman B.* — Effect of insulin on glucose metabolism of the iso-rat liver. Amer. J. Physiolog. 204–699–1963.
15. *Brauer R. W. i wsp.* — Isolated liver preparation. Proc. Soc. Exper. Biol. (N.Y.) 18–174–1951.

16. Miller L. L. — Some direct actions of insulin-glucagon and hydrocortisone on the isolated perfused rat liver. *Recent Prog. Hormone Res.* 17—539—1961.
17. Miller L. L. *i wsp.* — The dominant role of the liver in plasma protein synthesis *J. exp. Med.* 94—431—1951.
18. Jonny M. K., Prudden J. F. — A perfusion technique for the study of liver metabolism. *J. Lab. Clin. Med.* 46—155—1955.
19. Becker D. V., Prudden J. F. — The metabolism of J 131 labelled thyroxinetriiodothyrosine and diiodothyrosine by an isolated perfused rabbit liver. *Endocrinology.* 64—136—1959.
20. Ostatever A. S. *i wsp.* — Metabolic characteristics of the isolated perfused rat liver. *Amer. J. Physiol.* 199—395—1960.
21. Werthessen N. J., Schwenk E. — Biosynthesis of cholesterol. *Amer. J. Physiol.* 171—55—1952.
22. Evans E. A. *i wsp.* — Studies in detoxication by means of the isolated perfused liver. *Toxicol. appl. Pharmacol.* 5—129—1963.
23. Chapman N. D. *i wsp.* — Studies in isolated organ physiology bromsulphthalein clearance in the isolated perfused bovine liver. *Surgery.* 48—111—1960.
24. Andrews W. H. H. — Excretory function of the liver. *Lancet I.* 166, 1955.
25. Andrews W. H. H. — A technique for perfusion of canine liver. *Ann trop. Med. Parasit.* 47—146—1956.
26. Stead A. L., Andrews W. H. H. — The role of the canine liver in the detoxication of d-tubocurarine chloride gallamine trithiodide and lauxedium. *Brit. J. Anaesth.* 29—151—1957.
27. Eiseman B. *i wsp.* — Isolated liver perfusion for reducing blood ammonia. *Arch. Surg.* 83—356—1961.
28. Nielubowicz J., Marzinek B., Pietraszkiewicz E. — O przypuszczalnej roli zwieracza nadwątrobowego we wstrząsie. *P. P. Chir.* 1955—27—7—653.
29. Lampe L. Mehes — Gefäßstudien an der überlebendes Warmblüterleber. *Arch. exp. Path. Pharmacol.* 117—115—1962.
30. Baer R., Rössler P. — Beträge zur Pharmakologie der Lebergefäße. *Arch. exp. Path. Pharmacol.* 1193—204—1926.
31. Bauer W. *i wsp.* — The control of circulation through the liver. *J. Physiolog (London).* 74—343—1932.
32. Shoemaker W. C. — Measurement of hepatic blood flow in the unanesthetized dog. *J. appl. Physiol.* 15—473—1960.
33. Condon R. F., Nyhus L. M. — Portal vein and hepatic artery interaction. Studies in the isolated perfused liver. *Gastroenterology* 43—547—1962.
34. Kestens P. J. — La perfusion du foie isolé. *Edition Arscia, Bruxelles.*
35. Otto J. J., Welch C. S. *i wsp.* — Use of perfused liver in experimental animals with elevated blood ammonia. *Surgery* 43—301—1958.
36. Kestens P. J., Mc Dermott *i wsp.* — Biochemical and Physiological studies on the viable extracorporeal liver. *Surg. Forum*, 10—255—1959.
37. Eiseman B., Liem D. S., Raffucci F. — Heterologous liver perfusion in the treatment of hepatic failure. *Ann. Surg.* 1965, Vol. 162—329.
38. Nielubowicz J., Olszewski W., Rowiński W., Bulien D., Gruchalski J., Machowski Z., Mayzner E., Polański J., Pluciński S., Sokołowski J., Skośkiewicz M., Szmidt J. — Badania doświadczalnej pozaustrojowej perfuzji wątroby. *P. P. Ch.* 1969, 50, 1.

39. *Alichniewicz A., Martin J., Zalech H., Joss A., Dziewałtowska B., Borchardt M.* – Badania doświadczalne nad nad pozaustrojową perfuzją wątroby. *P. T. L.* 1967–5–170.
40. *Alichniewicz A., Martin J., Zalech H., Joss A., Dziewałtowska B.* – Sposób pobierania i przygotowywania wątroby do pozaustrojowej perfuzji. *P. P. Ch.* 1969–41–4–4–370.
41. *Alichniewicz A., Martin J., Zalech H., Joss A., Dziewałtowska B., Czajkowski J.* – Badania doświadczalne zmian we krwi ludzkiej podczas pozaustrojowej perfuzji wątroby świń, cieląt i psów. *P. P. Ch.* 1969–41–4–373.
42. *Alichniewicz A., Martin J., Zalech H., Joss A., Dziewałtowska B.* – Pozaustrojowa perfuzja wątroby przez żyłę wrotną. *P. P. Ch.* 1969–47–4–378.
43. *Joss A., Martin J., Pruszczyńska M., Torzecki Z.* – Zmiany histopatologiczne i histochemiczne w wątrobach psów podczas pozaustrojowej perfuzji. *P. P. Ch.* 1969, 41–4–383.
44. *Bożek P., Barczyński M.* – Pozaustrojowa perfuzja wątroby w doświadczalnej żółtacze mechanicznej zagrażającej śpiączką. *P. P. Ch.* 1968–40–10–1965.
45. *Cuello Mainardi W., Raffucci Arce F. W. i wsp.* – Determinations of the optimum flow during ex vivo liver perfusion. *Surg. Forum* 1965, 16–240.
46. *Norman J. C. Mc Dermott W. V.* – Perfusion techniques in temporary human isolated ex vivo porcine liver cross circulation. *J. Surg. Res.* 1966, 6–221.
47. *Tait J. B., Wyk J. i wsp.* – Optimal hepatic function at low perfusion. *Surg. Forum.* 1965, 16–294.
48. *Tait J. B., Eiseman B.* – Perfusion dynamics for extracorporeal hepatic assist. *Arch. Surg.* 1966, 93–131.
49. *Vang J. O., Drapanas T.* – Metabolism of lactic acid and keto acids by the isolated perfused calf liver. *Ann. Surg.* 1966, 163–545.
50. *Eiseman B. i wsp.* – Heterologous liver perfusion in treatment of hepatic failure. *Ann. Surg.* 1965, 162–329.
51. *Szczerbań J.* – Badania nad mechanizmem powstawania puchliny brzusznej. Rozprawa habilitacyjna – w przygotowaniu.
52. *Norman J. C. Mc Dermott W. V. i wsp.* – Immunochemical observations in clinical heterologous liver perfusion. *Surgery* 1966, 60–179.
53. *Paliwoda T. i wsp.* – Perfuzja wątroby u chorego w śpiączce wątrobowej. *P. P. Ch.* 1967, 39–12–1281.
54. *Eiseman B. i wsp.* – Methods for extracorporeal hepatic assist. *SGO.* 1966, 123–3–522.
55. *Sen P. K. i wsp.* – Use of isolated perfused cadaveric liver in the management of hepatic failure. *Surgery.* 1966, 59–5–774.
56. *Drapanas T. i wsp.* – Hemodynamics of the isolated perfused pig. liver. *Ann. Surg.* 1966, 164–522.
57. *Buckberg G. D., Longmire W. P. i wsp.* – Hypotension following revascularisation of the anoxic liver. *Surgery* 1968, 68–446. *Ann. Surg.* 1968, 51–167.
58. *Miény C. J., Eiseman B.* – Liver preservation. *Surgery.* 1968. 63–923.
59. *I. Mc Watts, Owen J. A. i wsp.* – Heterologous liver perfusion in acute hepatic failure. *Brit. Journal. I.* 1967, 341.
60. *A. Abouna i wsp.* – Hepatic coma due to fulminating hepatitis treated with extracorporeal pig liver perfusion. *Brit. J. Surg.* 1969, 56–3–223.

Kazimierz Ostrowski

O PROBLEMACH I DZIAŁALNOŚCI CENTRALNEGO BANKU TKANKOWEGO

Samodzielne ośrodki zajmujące się przygotowaniem tkanek do użytku klinicznego, tzw. banki tkankowe są instytucjami istniejącymi we wszystkich krajach, posiadających wysoko zorganizowaną służbę zdrowia oraz wysoki poziom lecznictwa.

Zadania ich to: pobieranie odpowiednich tkanek i nadawanie im pierwotnego lub nawet ostatecznego kształtu (odpowiednie wymiary belek kostnych, szerokości paski powięzi, śruby kostne itp). specjalna konserwacja i sterylizacja oraz takie zabezpieczenie (zapakowanie), aby gwarantowało ono długi okres bezpiecznego i łatwego przechowywania, przy możliwości szybkiego ich użycia przez chirurga.

Materiałem, którym przede wszystkim zajmują się banki są tkanki ludzkie, najczęściej, i z największym powodzeniem stosowane w klinikach. Są to przeważnie tkanki kostne, chrzęstne, powięzie, ścięgna, opony twarde i zastawki serca. Szczególną działalnością banków tkankowych jest konserwacja rogówek.

Z uwagi na pochodzenie tkanek, ośrodki konserwacji (z wyjątkiem banku w NRD) nie są organizowane na zasadzie komercyjnej a oparte są o dotacje rządowe lub fundacje. Na tej samej zasadzie pracuje Centralny Bank Tkankowy przy Katedrze Histologii i Embriologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Bank Tkankowy w Warszawie został powołany w 1963 r. z inicjatywy ortopedów polskich a jego organizatorem była Polska Akademia Nauk, która go początkowo także dotowała. Faktycznie bank działał w oparciu o konsultacje naukowych pracowników Katedry, będących jednocześnie członkami Komisji Przeszczepiania i Konserwacji Tkanek i Narządów PAN. Po dokonaniu organizacji i rozpoczęciu produkcji, Polska Akademia Nauk przekazała bank Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej, które następnie powołało przy Katedrze Histologii i Embriologii Zakład Przeszczepiania i Konserwacji Tkanek i Narządów. Zakład ten ma za zadanie kierowanie Centralnym Bankiem Tkanekowym oraz prowadzenie działalności badawczej w dziedzinie transplantologii. Efektem tego drugiego zadania było opracowanie dwu testów ilościowych, pozwalających na ocenę antygenowości tkanek.

Przeszczepy przygotowane w naszym banku są tkankami martwymi (przeszczepy biostatyczne). Ich znaczenie lecznicze jest wielorakie. Uogólniając można stwierdzić, że stanowią one biologiczną protezę ulegającą z czasem stopniowej resorpcji i zastąpieniu jej nową tkanką gospodarza, pobudzającą sąsiadujące z nią tkanki własne gospodarza do intensywnej przebudowy, z drugiej zaś strony o ich wartości decydują niewiele tylko zmienione parametry mechaniczne.

W pierwszych latach działalności banku, wartość produkowanych przeszczepów oceniło wiele wysoce kompetentnych ośrodków klinicznych, np: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Poznaniu, Oddział Chirurgiczny Instytutu Onkologii, Katedra Rehabilitacji oraz Klinika Okulistyczna Akademii Medycznej w Warszawie. Po uzyskaniu pozytywnych opinii tych ośrodków, przeszczepy rozsyłane są obecnie do ponad stutrzydziestu klinik i szpitali w kraju.

Sprawy organizacyjne a także sama działalność naszego banku, jak również i innych banków na świecie, są dość skomplikowane. Głównymi problemami, ciągle jeszcze do końca nie rozwiązanymi są:

1. Strona prawna pobierania tkanek. W większości bowiem krajów, a także w Polsce nie ma co prawda przeszkód typu prawnego do pobierania tkanek ludzkich. W krajach katolickich odpowiednia bulla papieska możliwosć tę dopuściła. Jednak tylko odpowiednia świadomość społeczeństwa pozwala na prawidłowy rozwój i działalność banków tkankowych.

2. Sposoby konserwacji tkanek. Konserwacja tkanek we współczesnych bankach oparta jest głównie o technikę liofilizacyjną (zamrażanie materiału i suszenie go w wysokiej próżni) oraz na sterylizacji tego materiału promieniami jonizującymi. Nasz bank choć stosunkowo młody, od razu przyjął tę metodę. Istnieją jednak na świecie ośrodki, które ciągle przygotowują i przechowują tkanki w różnych płynach konserwujących, co powoduje obniżenie wartości przeszczepów.

3. Kontrola jałowości. Sprawdzanie jałowości jest ciągle niedostatecznie rozwiązany problemem, zarówno w bankach tkankowych jak i w przemyśle farmaceutycznym, zajmującym się produkcją organopreparatów. Nie ma bowiem obecnie opracowanej, rutynowej metody kontroli zanieczyszczenia wirusem. Oprócz tego istnieje zawsze teoretyczna możliwosć uzyskania zmutowanego szczepu bakteryjnego, wytrzymującego stosowane dawki promieniowania. Dowodem na istnienie takiego niebezpieczeństwa jest słynny szczep *Micrococcus Radiodurans*.

4. Antygenowość przeszczepów. Stosowanie przeszczepów innych niż pochodzących od tego samego osobnika, obarczone jest zawsze niebezpieczeństwem uczulenia biorcy. Dość złożone metody określania

antygenowości tkanek (różne od tych jakie stosują serolodzy), warunkują możliwość kontrolowania tej antygenowości.

5. Zmiany właściwości fizycznych tkanek. Zmiany te powstają w przebiegu procesu konserwacji i dotyczą tak oczywistych parametrów jak zmiana elastyczności, twardości oraz wytrzymałości tych tkanek na zginanie i skręcanie. W przebiegu radiosterylizacji powstają również zmiany sięgające struktury cząsteczkowej materiału biologicznego. Przykładem tego jest powstawanie wolnych rodników badanych techniką rezonansu paramagnetycznego.

Centralny Bank Tkankowy w Warszawie zdołał w sposób oryginalny rozwiązać niektóre z powyższych zagadnień, pracując wprawdzie w nieodpowiednich i ciasnych pomieszczeniach, lecz częściowo na nowoczesnym sprzęcie. Sprzęt ten został uzyskany w ubiegłym roku, dzięki poparciu władz Akademii Medycznej i życzliwości resortu.

Zapotrzebowanie na niektóre rodzaje przeszczepów przekracza nadal aktualne możliwości banku. W każdym jednak roku duża grupa chorych w całym kraju leczona jest konserwowanymi u nas tkankami. Pomijając zasadnicze korzyści ze stosowania tych tkanek, niewątpliwym sukcesem jest również fakt częstego unikania konieczności pobierania od chorego własnych tkanek dla dokonania przeszczepu. Jest to oczywiście głównie zasługą chirurgów, odpowiednio wykorzystujących konserwowane tkanki.

W celu uzupełnienia niedoborów, bank przygotowuje także pewne rodzaje tkanek zwierzęcych. Walory ich są jednak znacznie gorsze niż tkanek ludzkich. Tę jednak produkcję można wyrazić nawet w przeliczeniu finansowym i stwierdzić, że w pewnym sensie jest to produkcja antyimportowa, gdyż pojedynczy preparat tego typu, który wytwarzany u nas jest w liczbie około trzystu sztuk rocznie, według cenników zachodnioeuropejskich kosztuje średnio piętnaście dolarów.

Dotychczasowa działalność banku jest pożyteczna, gdyż w wielu przypadkach daje chirurgowi możliwość jedyne, właściwego postępowania. Przyszłość naszego banku (jak i innych na świecie) polegać będzie również na konserwowaniu i przechowywaniu narządów żywych. Organizowanie takich banków będzie niezbędne dla dalszego rozwoju transplantologii.

WYBRANE PRACE NAUKOWE

* DIETRICH-RAP ZOFIA BOGUMIŁA — „*Zmiany histologiczne w mięśni szkieletowym człowieka towarzyszące niektórym nowotworom narządów wewnętrznych*”.
Klinika Neurologiczna AM

Zadaniem pracy było ustalenie:

1) czy i jak często we wczesnym stadium rozwoju raka narządów wewnętrznych występują objawy kliniczne lub podkliniczne typu neuromiopatii nowotworowych i jakim charakteryzują się obrazem histologicznym mięśnia?;

2) czy u chorych zmarłych z powodu raka, u których nie było kłucznych objawów neuromiopatii, występują i jakie objawy morfologiczne uszkodzenia mięśnia?

W tym celu zbadano neurologicznie pacjentów z rakiem narządów wewnętrznych i oceniono pobrane od nich wycinki mięśniowe. Materiał obejmuje 139 pacjentów. W tym tylko trzy przypadki klinicznie wyrażonej neuromiopatii. W połowie pozostałych przypadków znaleziono zmiany w mięśni, bez zmian w obrazie klinicznym. Morfologiczny charakter tych zmian wg reguł klasycznej miopatologii był przeważnie miogenny jedynie w części przypadków był neurogeny.

Dokładna analiza badanego materiału, w oparciu o dane piśmiennictwa o neuro-miopatiach nowotworowych oraz o doświadczalnym odnerwieniu mięśni, pozwoliły na wysunięcie wniosku, że tkankę, która jest przede wszystkim uszkodzona w przebiegu *nowotworu złośliwego* jest tkanka nerwowa. Spotykane zmiany w mięśniach zatem, pomimo pozornego miogenego charakteru, są neurogenne.

* FRANKIEWICZ-KOY EWA TERESA — „*Limfadenografia w diagnostyce rozrostowych chorób układu chłonnego i siateczki*”.

Klinika Neurochirurgii AM

Celem pracy była ocena przydatności limfadenografii w diagnostyce rozrostowych chorób układu chłonnego i siateczki, dokładna lokalizacja zmian oraz określenie rozległości procesu chorobowego. Dane te mają ścisły związek w planowaniu taktyki leczenia oraz w wyciąganiu wniosków prognostycznych.

Limfadenografia jest metodą bezpośredniego badania układu chłonnego i umożliwia stwierdzenie typowych zmian charakterystycznych dla poszczególnych chorób rozrostowych. Wykonano limfadenografię u 110 chorych, w przypadkach rozrostowych chorób układu chłonnego i siateczki, ze szczególnym uwzględnieniem: ziarnicy złośliwej, przewlekłej białaczki limfatycznej, mięsaka limfatycznego oraz mięsaka siateczki i na podstawie obrazu limfadenograficznego określono ich cechy charakterystyczne.

* — prace doktorskie

** — prace habilitacyjne

* GIOVANOLI-JAKUBCZAK TERESA — „Redukcja izomerów fenylopirydylobutadienu oraz fenylopirydylo-, pirydylochinolilo-, pirydyloizochinolilo-etenów na elektrodach rtęciowych”.

Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej

Stosując metodę polarografii klasycznej i woltamperometrii cyklicznej zbadano aktywność elektrodową kilkunastu izomerów fenylopirydylobutadienu, fenylopirydyloetyleny, pirydylowinylocholinoliny oraz pirydylowinyloizochinoliny.

Badania prowadzono z zastosowaniem różnych elektrolitów podstawowych, ustalono charakter otrzymanych prądów granicznych i mechanizm reakcji elektrodowych, stwierdzono zależność pomiędzy strukturą związków a ich zdolnością do redukcji.

Wszystkie badane izomery redukują się na kropłowej elektrodzie rtęciowej w procesie nieodwracalnym, dając dobrze wykształcone fale, których potencjał półfali oraz prąd graniczny (wielkość i charakter) znacznie zależą od pH roztworu, rodzaju i stężenia rozpuszczalnika oraz od struktury chemicznej związku. Stwierdzono, że badane związki obniżają znacznie nad napięcie wodoru na elektrodzie, a niektóre z nich są powierzchniowo-aktywne.

Z równania Hammetta i Tafta obliczono stałe podstawnika σ^* dla grup α -, β -, γ -pirydylowej oraz 2-chinolinowej i 1-izochinolinowej. Wynoszą one odpowiednio +1,18, +0,76, +1,30 oraz +1,15 i +1,19, a więc wprowadzenie ich do cząsteczki znacznie ułatwia redukcję grupy polarograficznie aktywnej. Fakt ten związany jest z ujemnym tautomerycznym efektem heterocyklicznego atomu azotu.

* GORZKOWSKI BOGDAN — „Biosynteza puryn u Helik pomatia”

Zakład Chemii Fizjologicznej AM

Celem pracy było wykazanie jaką drogą ślimaki lądowe syntezują puryny. Ślimakom podawano prekursorzy puryn znakowane ^{14}C mrówczan, dwuwęglan i glicynę. Po trzech dniach od iniekcji, izolowano z nerki zmagazynowane tam wydalone puryny: kwas moczowy, ksantynę i gwaninę i oznaczano ich aktywność właściwą. Kwas moczowy poddawano chemicznej degradacji, aby ustalić radioaktywność poszczególnych węgli w pierścieniu purynowym. Przez porównanie miejsc wbudowania się prekursorów do kwasu moczowego u ślimaka *Helix pomatia* z wcześniejszymi wynikami badań innych autorów u ptaków wykazano, że biosynteza puryn u ślimaków przebiega tą samą drogą jak u ptaków.

Oprócz biosyntezy puryn badano wbudowanie się zasad purynowych adeniny i gwaniny oraz ich nukleozydów, adenozyiny i gwanozyny do kwasu rybonukleinowego w wątrobotrzustce ślimaka.

* GÓRSKI WIKTOR EDWARD — „Badania nad wydatkiem energetycznym jako czynnikiem oceny mechanizmów adaptacyjnych u amputowanych”.

Klinika Rehabilitacji AM

Praca miała na celu stwierdzenie wartości badania wydatku energetycznego dla oceny ogólnego usprawniania osób amputowanych. Ogółem przebadano 232 amputowanych, w tym 65 amputowanych nioplastycznie oraz grupę kontrolną 10 zdrowych. Badania przeprowadzono w spoczynku i w czasie chodu z szybkością użytkową. Stwierdzono większe przyspieszenie tętna i wzrost ciśnienia tętniczego krwi u osób amputowanych w porównaniu z grupą kontrolną.

Wydatek energetyczny w spoczynku był wyższy średnio u amputowanych o 10%, przy amputacjach jednostronnych poniżej stawu kolanowego, a o 30% wzrastał u amputowanych w przypadku amputacji obustronnej powyżej stawu kolanowego. W czasie chodu amputowani poruszając się o połowę wolniej od zdrowych musieli przeciętnie wydatkować w czasie chodu w jednostce czasu od 8 do 40% więcej energii niż zdrowi. Różnice te były jeszcze bardziej niekorzystne dla amputowanych w przypadku wyrażenia wydatku energetycznego w powiązaniu z przebytą drogą w cal/kg/metr drogi. Skrócenie czasu usprawnienia i poprawę efektywności ruchów lokomocyjnych u amputowanych uzyskiwano w przypadku amputacji nioplastycznej, wczesnego zaprotezowania i usprawniania.

* GWIAZDZIŃSKA STEFANIA: „*Kolometryczna metoda oznaczania atropiny w liściach i korzeniu pokrzyki *Atropa belladonna* Linne oraz w preparatach z nich otrzymanych*”

Zakład Farmacji stosowanej AM

Istnieje cały szereg metod oznaczania atropiny w preparatach i surowcach. Metody te dają różne wyniki oznaczenia. Ze względu na dobrą ocenę preparatu potrzebna jest metoda dająca właściwe wyniki. W tym celu opracowano metodę kolorymetryczną, której wyniki skonfrontowano z wynikami metodą Brit. Ph. 63, uważaną za jedną z lepszych metod, jak również z metodą F. P. III, przy czym stwierdzono, że wyniki uzyskane metodą Brit. Ph. 63 są zgodne z wynikami opracowanej metody kolorymetrycznej.

Kolorymetryczna metoda oznaczania atropiny oparta jest na strąceniu alkaloidu, w postaci wielojodków stężonym roztworem jodu w jodku potasowym, rozpuszczeniu osadu w acetonie i pomiarze ekstynkcji roztworów acetonowych. Alkaloidy ekstrahowano według przepisu F. P. III. Po usunięciu rozpuszczalnika ogrzewano suchą pozostałość zawierającą wyekstrahowane alkaloidy w suszarce w temp. 105° przez 2 godziny w celu usunięcia zanieczyszczeń lotnych oraz tropiny, po czym oznaczano atropinę kolorymetrycznie w kolorymetrze Pulfricha. Oznaczano korzeń i liście pokrzyki, nalewkę i wyciąg suchy z liści pokrzyki oraz wyciąg płynny z korzeni pokrzyki.

Wyniki badań ekperymentalnych wskazują na konieczność korekty oznaczeń atropiny w nalewce z liści pokrzyki metodą F. P. III.

* IGNACIUK ALINA – „*Badania zachowania się wolnych kwasów tłuszczowych i glukozy w stanie głodzenia i po podaniu insuliny u dzieci z niedoczynnością tarczycy*”

II Klinika Pediatria AM

Rozprawa doktorska dotyczy zagadnienia czynności układu podwzgórzowo-przysadkowego u dzieci z wrodzoną niedoczynnością tarczycy (dotychczas nieleczonych).

W badanej grupie dzieci oceniano zachowanie się glikemii i wolnych kwasów tłuszczowych (WKT) – będących podstawowymi substratami energetycznymi ustroju – w warunkach głodu i hipoglikemii poinulinowej. Celem badań było wyjaśnienie czy u dzieci z niedoczynnością tarczycy występują zaburzenia czynności układu podwzgórzowo-przysadkowego warunkujące nieprawidłową przemianę węglowodanową i lipidową. Otrzymane wyniki porównywano z wynikami grupy kontrolnej – dzieci zdrowych.

Wykazano odmienną regulację glikemii i WKT w czasie głodzenia u dzieci z niedoczynnością tarczycy. W drugiej fazie hipoglikemii poinsulinowej stwierdzono niewielki wzrost glikemii i brak wzrostu stężenia WKT, co wskazuje na nieprawidłową w komórkach mostu i rdzenia przedłużonego oraz śródmózgowia. W komórkach odpowiedź układu podwzgórzowo – przysadkowego na ten bodziec u dzieci z niedoczynnością tarczycy.

* KOMENDER JADWIGA – „*Badania doświadczalne nad zachowaniem się kwasów nukleinowych w ośrodkowym układzie nerwowym, pod wpływem podawania neuroleptyków*”

Klinika Psychiatryczna

Przebadano wpływ chloropromazyny podawanej przez trzydzieści dni w dawce 1 mg/100 g wagi ciała i haloperidolu w dawce 0,4 mg/100 g wagi ciała, na zawartość kwasów nukleinowych w różnych częściach mózgowia szczurów oraz na metabolizm RNA w komórkach nerwowych.

Kwasy nukleinowe rozdzielono według metody Schmidta i Tannhausera. Zawartość RNA oznaczano metodą orcynową, a DNA według metody Tsaneva i Markova. Wykazano, że chloropromazyna powoduje wzrost poziomu kwasu rybonukleinowego w komórkach mostu i rdzenia przedłużonego oraz śródmózgowia. W komórkach przedmózgowia powoduje obniżenie poziomu kwasu rybonukleinowego. Autoradiograficznie wykazano, że oba leki obniżają wbudowywanie ³H- urydyny do komórek piramidowych.

* KOWALSKI MIECZYŚLAW, ANDRZEJ – „*Czynnościowe przystosowanie przeszczepów kostnych po operacyjnym pokryciu rozległych ubytków kości piszczelowej u dzieci*”.

Klinika Rehabilitacji AM

Praca opiera się na materiale 12 przypadków dużych ubytków kości piszczelowej u dzieci, ubytków powstałych po zapaleniu kości, po złamaniach otwartych, po wycięciu stawu rzekomego wrodzonego lub jako ubytki wrodzone.

We wszystkich przypadkach dokonano przeszczepienia w miejsce ubytku strzałki z tej samej nogi. W świetle piśmiennictwa i obserwacji własnych autor dokonał analizy przebiegu wgajania i procesów przebudowy oraz przystosowania czynnościopreszczepu strzałkowego, w zależności od rodzaju techniki operacji. Autor wyciągnął wnioski odnoszące się do zasad postępowania przed operacją, wyboru typu zabiegu oraz postępowania pooperacyjnego.

* MEDYŃSKA LUCYNA: „*Analiza schizofrenii przedpokwitaniowej i młodzieńczej*”.

Klinika Psychiatryczna AM

Przeprowadzono analizę obrazu klinicznego oraz czynników rodzinno-środowiskowych w 2 grupach pacjentów przedpokwitaniowej (18 chorych) i młodzieńczej (47 chorych).

Stwierdzono większą różnorodność urojeń i częstsze występowanie omamów słuchowych w grupie starszej niż w grupie młodszej (różnice istotne statystycznie). Częstsze występowanie formalnych zaburzeń myślenia i przebieg choroby z pobudzeniem w grupie starszej jest na granicy istotności statystycznej. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między obu grupami w prognozie bliskiej, obciążeniu genetycznym, osobowości przedchorobowej, atmosferze domowej oraz w zaburzeniach adaptacji kresu przedchorobowego.

Rozpatrując obie grupy łącznie wyższy stopień poprawy stwierdzono u chorych obciążonych chorobami psychicznymi – różnica nagranicy istotności statystycznej.

W omawianych grupach najwyższa zachorowalność przypada na okres ok. 14 roku życia.

* MÉSZAROS JÓZEF, JERZY: „*Wpływ niektórych związków cholinomimetycznych na hamowanie presynaptyczne w jądrze kolankowatym bocznym*”

Zakład Farmakologii Eksperymentalnej AM

W pracy badano wpływ nikotyny, fizostygminy, pilokarpiny, LSD-25, skopolaminy oraz d-tubokuraryny na amplitudę odpowiedzi anty – i ortodromowych z jądra kolankowatego bocznego oraz na nasilenie hamowania presynaptycznego, wywołanego drażnieniem tworzącego siatkowatego lub kory mózgowej. Nikotyna od 1 mcg do 250 mcg powodowała znaczne zmniejszenie lub całkowite zniesienie hamowania presynaptycznego. Dawki nikotyny nie przekraczające 10 mcg jednocześnie powodowały znaczny wzrost spoczynkowej komponenty hamowania presynaptycznego. Fizostygmina powodowała zmiany zbliżone do obserwowanych po nikotynie. Pilokarpina nie powodowała istotnych statystycznie zmian ani w amplitudach odpowiedzi ani też w nasileniu hamowania presynaptycznego.

Uzyskane wyniki zostały zinterpretowane jako przemawiające za obecnością cholinergicznego neuronu nikotynowego w drodze hamującej, prowadzącej z drażnionych struktur do jądra kolankowatego bocznego.

* MOSKALEWSKA KRYSTYNA: „*Test transformacji limfocytów przy użyciu streptolizyny O w wykrywaniu alergii na paciorkowce, ze szczególnym uwzględnieniem grupy rumieni*”.

Klinika Dermatologiczna AM

Testem transformacji limfocytów przy użyciu antygeny streptolizyny O badano przypadki rumienia guzowatego i rumienia wielopostaciowego w okresie czynnych zmian klinicznych oraz po ich ustąpieniu. Wykazano, że przy pomocy testu transformacji limfocytów, przy użyciu streptolizyny O, można wykazać istnienie uczulenia późnego na paciorkowce oraz jego prawdopodobną rolę patogenetyczną w powstawaniu rumienia guzowatego. W etiopatogenezie rumienia wielopostaciowego nie potwierdzono wyłącznej roli uczulenia na paciorkowce, wykazano natomiast rolę interrelacji pomiędzy czynnikami bakteryjnymi a uczuleniem na leki w powstawaniu zmian.

* NIEWIADOMSKI KRZYSZTOF: „*Synteza β -(1-azacyklooktylo)- β -ketoetyloamin β -(1-azacyklooktylo)- β -ketoizopropiloamin i γ -(1-azacyklooktylo)- β -hydroksypropiloamin*”

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

Przedmiotem pracy było otrzymanie aminowych pochodnych azacyklooktanu, o budowie analogicznej do stosowanych w leczeniu pochodnych β -fenyloizpropiloamin.

W celu otrzymania β -azacyklooktylo- β -ketoetyloamin kondensowano azacyklooktan (również zsyntetyzowany w toku pracy) z chlorkiem kwasu chlorooctowego, a następnie atom chloru wymieniono na grupę aminową, metyloaminową i dwumetyloaminową.

Pochodne β -azacyklooktylo- β -ketoizopropyloaminy otrzymano poprzez kondensację azacyklooktanu z bromkiem kwasu α -bromopropionowego i następną wymianę atomu bromu w N-(β -bromo- α -keto)-propylo)-azacyklooktan na grupy aminową, metyloaminową i dwumetyloaminową.

W celu otrzymania hydroksylowych pochodnych azacyklooktanu, kondensowano azacyklooktan z 1-chloro-3-bromopropanolem-2 uzyskując N-[γ -chloro- β -hydroksy]-propylo]-azacyklooktan, w którym atomo chlor wymieniono na grupy: aminową, metyloaminową, dwumetyloaminową i hydroksyetyloaminową. W pracy niniejszej otrzymano także 1, 3-bis (azacyklooktylo)-propanol-2 w wyniku kondensacji azacyklooktanu z 1-chloro -3-bromopropanolem-2 wobec alkoholowego roztworu KOH.

Obecność grup funkcyjnych w zsyntetyzowanych związkach potwierdzono analizę widmową w podczerwieni. Wstępne badania farmakologiczne wykazały, że zsyntetyzowane związki posiadają działanie hipotensyjne.

* PIOTROWSKI MARIAN, MARCELI: „Białka i immunoglobuliny surowicy krwi i chorobie Besnier-Boeck-Schaumanna (Sarcoidosis)”

Klinika Ftizjatrii AM

Na zaburzenia immunologiczne w przebiegu sarcoidosis wskazują badania białek i immunoglobulin surowicy krwi tych chorych. Ilościowe i jakościowe zmiany białek surowicy krwi są zarówno wyrazem jak i następstwem tych złożonych procesów immunologicznych w przebiegu tego schorzenia.

Wykonane w tym zakresie badania u 91 chorych pozwoliły ustalić, że:

1. Najczęściej spostrzegano podwyższenie frakcji globulin gamma — 56,0% ogólnej liczby przypadków. Zwiększenie globulin gamma najczęściej występuje w okresie aktywności choroby. Następnie stwierdzono podwyższenie frakcji globulin alfa₂ — w 39,0%, alfa₁ — w 29,2%, a w skojarzeniach frakcji alfa₂ i gamma w 24,3%.

2. U chorych z sarcoidosis analiza immunoelektroforetyczna w zakresie widma immunoglobulin nie jest charakterystyczna dla fazy, jedynie dla okresu rozwoju choroby.

3. Podwyższenie wszystkich 3 frakcji immunoglobulin w surowicy w najwyższych odsetkach stwierdza się w okresie aktywności procesu. Najczęściej w tym okresie spostrzegano nasilenie precypitacji w zakresie frakcji ix IgA.

4. Analiza wyników badania elektroforetycznego i immunoelektroforetycznego białek surowicy krwi w zespole danych klinicznych może stanowić pomocnicze kryterium rozpoznawcze i wnieść pewne dane w ocenę aktywności procesu chorobowego.

** RACZEW ZOFIA: „Badania morfometryczne i histochemiczne nad wpływem hypofizektomii kastracji i wstrzykiwania estrogenów na ślinianki podżuchwowe szczurów”

Klinika Stomatologii Zachowawczej AM

W pierwszej części pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego klinicznych obserwacji i doświadczalnych badań na temat wzajemnej zależności między śliniankami i gruczołami dokrewnymi oraz między śliniankami a próchnicą zębów i paradontopatiami. W piśmiennictwie wymienia się 3 zespoły kliniczne, których patogeniza może zależeć od zmian w domniemanej czynności dokrewnej ślinianek. Są to:

1. Zaburzenia rozwojowe chrząstek i kości wiążące się ze zmianami w gospodarce wapniowo-fosforowej

2. Zespół Sjogrena

3. Samoistne sialadenozy

Domniemanym hormonem działającym leczniczo w tych chorobach jest parotyna.

Następnie przytoczono dane z piśmiennictwa dotyczące zagadnienia dymorfizmu płciowego ślinianek oraz wpływu hypofizektomii kastracji i hormonów płciowych na ślinianki małych gryzoni laboratoryjnych.

W drugiej części pracy przedstawiono własne badania morfometryczne i histochemiczne dotyczące zagadnienia dymorfizmu płciowego oraz wpływu hypofizektomii, kastracji i wstrzykiwania estrogenów na ślinianki podżuchwowe szczurów samic. Z badań tych wynika, że czynność wydzielnicza ślinianek zależy od pobudzeń hormonalnych. 1) U szczurów, tak jak u innych gryzoni laboratoryjnych występuje dymorfizm płciowy, który łatwo może być wykazany metodami morfometrycznymi. 2) Morfologia i czynność ślinianek podżuchwowych szczurów zależy od czynności przysadki i gruczołów płciowych. 3) Zmianom zanikowym w śliniankach podżuchwowych szczurów występujących po hypofizektomii i kastracji można zapobiec przez wstrzykiwanie estrogenów.

I. ROSZKOWSKI, J. WÓJCICKA, D. PISAREK-MIEDZIŃSKA, E. JANCZEWSKA: —
„Analiza biochemiczna i kliniczna uszkodzeń wątroby współistniejących z zakażeniem dróg moczowych u kobiet ciężarnych”

II Klinika Położniczo-Ginekologiczna AM

Autorzy przedstawili obraz zaburzeń biochemicznych we krwi u 40 ciężarnych kobiet z uszkodzeniem wątroby współistniejącym z zakażeniem dróg moczowych (grupa badana) oraz przebadali wpływ tego skojarzonego powikłania ciąży na dalszy jej przebieg i stan noworodka.

Grupę kontrolną stanowiło 40 kobiet ciężarnych, u których jedynym powikłaniem ciąży było zakażenie dróg moczowych. Na podstawie analizy uzyskanych wyników laboratoryjnych, dotyczących zaburzeń funkcji wątroby w przebiegu zakażenia dróg moczowych w ciąży, autorzy doszli do następujących wniosków: a) hiperbilirubinemię stwierdzono u 62,5%, w tym żółtaczkę manifestującą się klinicznie u 20,0%, natomiast u 37,5% uszkodzenie wątroby przebiegało w postaci utajonej klinicznie (przy wybitnej aminotransferazemii), świąd skóry wystąpił u 45% ciężarnych. W wykonywanych badaniach biochemicznych uzyskano: wzrost AlAT, AspAT, AP, Cu oraz spadek stężenia Fe++ w surowicy. U 3 kobiet grupy badanej zakażenie dróg moczowych doprowadziło do żółtaczki nerkowo-toksycznej (pyelonephritis — icterus). Na podstawie analizy danych klinicznych autorzy doszli do następujących wniosków: uszkodzenie wątroby współistniejące z zakażeniem dróg moczowych jest poważnym zagrożeniem dla płodu, co objawia się przede wszystkim:

- 1) zwiększeniem występowania wcześniactwa (27%),
- 2) zwiększeniem śmiertelności okołoporodowej (14%),
- 3) zwiększeniem liczby dzieci urodzonych w średnim i ciężkim stanie klinicznym (16%),
- 4) częstszym ukończeniem ciąży przed czasem, tj. przed 36 tygodniem u 22,5%, przed 38 tygodniem u 37,5% ciężarnych z tym skojarzonym powikłaniem.

Uzyskane wyniki badań biochemicznych i analiza danych klinicznych sugerują konieczność sprawdzania laboratoryjnego stanu czynnościowego wątroby u wszystkich ciężarnych z zakażeniem dróg moczowych.

* RZEPECKI JERZY, JÓZEF: „*Badania poligraficzne nad obrazem snu fizjologicznego i marzeniami sennymi u dzieci z zaburzeniami zachowania*”

Klinika Psychiatryczna

Na podstawie wyników własnych badań klinicznych, EEG odczuwania i całonocnych badań poligraficznych w stanie snu fizjologicznego przeprowadzonych u 55 dzieci z zaburzeniami zachowania w wieku 7–14 lat, autor rozważa zagadnienia korelacji między obecnością organicznego uszkodzenia mózgu i obrazem psychopatologicznym zaburzeń zachowania a obecnością, lokalizacją i charakterem zmian patologicznych EEG czuwania, chronologicznym wzorcem EEG całonocnego snu fizjologicznego, oraz aktywacją zapisu EEG w czasie snu. Zajmuje się również korelacją między rodzajem faz snu a obecnością marzeń sennych.

Po poddaniu wyników analizie statystycznej (test „t” studenta i X^2 (dochodzi do następujących wniosków:

1) zmiany patologiczne EEG u dzieci z zaburzeniami zachowania występują najczęściej w okolicy skroniowej;

2) nie ma korelacji między obecnością, charakterem i lokalizacją zmian patologicznych EEG czuwania a obrazem psychopatologicznym u dzieci z zaburzeniami zachowania;

3) faza RO ma bardzo długi a faza IV bardzo krótki okres tajenia, co jest wynikiem reakcji na zmęczenie fizyczne;

4) marzenia senna występują statystycznie istotnie częściej w fazie RO niż w fazach snu wolnego;

5) nie ma korelacji między występowaniem tzw. iglic jednofazowych 6 i 14 c/sek a obecnością organicznego uszkodzenia mózgu, obrazem zmian patologicznych EEG czuwania, chronologicznym wzorcem EEG całonocnego snu fizjologicznego i obrazem psychopatologicznym u dzieci z zaburzeniami zachowania.

* USZYŃSKI HUBERT: „*Wpływ vagotomii na czynność wydzielniczą wątroby*”
II Klinika Chirurgiczna AM

Celem pracy, która jest częścią badań nad przyczynami powstawania biegunek powagotomijnych, było określenie wpływu vagotomii na czynność wydzielniczą wątroby. Jako kryterium ewentualnych zmian przyjęto porównanie pomiarów niektórych właściwości fizycznych żółci przed i po vagotomii. Badano następujące właściwości fizyczne żółci: gęstość, lepkość, napięcie powierzchniowe, pH, współczynnik załamania światła i odsetek pozostałości suchej. Pracę wykonano na 14 psach. Jak wynika z przeprowadzonych doświadczeń, właściwości fizyczne żółci nie zmieniają swych wartości w sposób statystycznie znamienny po vagotomii. We wnioskach poddaje się w wątpliwość wpływ nerwów błędnych na wydzielanie żółci. Tak często po vagotomii występujące biegunki, zaburzenia we wchłanianiu tłuszczów mogą zależeć od ewentualnych zmian w dynamice dróg żółciowych i czynności pęcherzyka.

* WILCZAK HANNA, MARIA – „*Badania poligraficzne nad snem fizjologicznym i marzeniami sennymi u chorych na padaczkę*”.

Klinika Psychiatryczna AM

Celem pracy było poznanie zależności aktywacji zmian patologicznych EEG u chorych na padaczkę, od różnych rodzajów snu i poszukiwanie korelacji między tymi zmianami, a rodzajem napadów padaczkowych. Przeprowadzono całonocne

badania paligraficzne u 48 chorych na padaczkę w wieku 8–55 lat. Z tych 48 badanych osób, u 9 występowały napady pierwotnie uogólnione, zaś u 39 osób napady częściowe. Przed wykonaniem badania całonocnego u wszystkich badanych wykonano rutynowe badanie EEG. U 44 osób zapis EEG był potologiczny, zaś u 4 osób prawidłowy. Z grupy 44 osób ze zmianami patologicznymi EEG, u 20 osób zmiany były uogólnione, zaś u 24 osób zlokalizowane. U wszystkich 48 badanych wystąpiła podczas snu wolnego aktywacja zmian patologicznych, zarówno uogólnionych, jak i zlokalizowanych, przy czym aktywacja ta była niekiedy wybitniejsza w fazie I i II, niekiedy w fazie III i IV. Natomiast nie u wszystkich wystąpiła aktywacja wyładowań napadowych w czasie snu szybkiego (z marzeniami sennymi). Aktywowały się tylko w tej fazie wyładowania zlokalizowane jednostronnie, zachowując się tu podobnie jak podczas snu wolnego. Natomiast wyładowania obustronnie cymetryczne i synchroniczne, które aktywowały się podczas snu wolnego, zanikały w tej fazie. Podczas fazy snu szybkiego zmniejszała się także liczba wyładowań obustronnie niesymetrycznych i niesynchronicznych. Wyniak stąd, że odmienny jest mechanizm wyładowań napadowych symetrycznych i synchronicznych, a odmienny wyładowań zlokalizowanych w jakiejś okolicy korowej i że wyładowania obustronnie symetryczne i synchroniczne charakteryzujące padaczkę pierwotnie uogólnioną pozostają w ścisłym związku z mechanizmami powodującymi desynchronizację obrazu EEG w fazie snu szybkiego.

J. WÓJCICKA, I. ROSZKOWSKI — „*Zmiany biochemiczne we krwi w czasie ciąży powikłanej żółtaczką samoistną*”.

II Klinika Położniczo-Ginekologiczna AM

Przedstawiono niektóre zaburzenia biochemiczne we krwi u 50 kobiet ciężarnych, u których ciąża była powikłana w III trymestrze żółtaczką samoistną. Z badań biochemicznych wykonano: bilirubinę ogólną, bezpośrednią i pośrednią, próbę tymolową, Kunkela, kadmowa, poziom kwasu moczowego i cholesterolu. Poza tym oznaczono aktywność enzymów AlAT, AspAT, AP i ChE. Wykonano także pomiar stężenia Fe^{++} i Cu^{++} . Wszystkie analizy dotyczyły surowicy. Uzyskane wyniki dla grupy żółtaczek samoistnych porównano (statystycznie) z normami pracownianymi tych badań dla III trymestru ciąży prawidłowej. U ciężarnych z żółtaczką samoistną stwierdzono dość znaczne uszkodzenie podstawowych komórek wątrobowych (hepatocytów), co objawiło się wzrostem: bilirubiny ogólnej i bezpośredniej, AlAT, AspAT i poziomu Fe^{++} . Upośledzenie czynności wydzielniczej wątroby laboratoryjnie manifestowało się wzrostem aktywności AP i Cu^{++} . Stwierdzono poza tym wzrost poziomu cholesterolu. Próby „kłaczkujące” surowicy: tymolowa, Kunkela i kadmowa oraz aktywność ChE i poziomu kwasu moczowego u ciężarnych z żółtaczką samoistną były w normie.

J. WÓJCICKA, I. ROSZKOWSKI — „*Badania nad żelazem, miedzią, fosforem całkowitym i fosfatązą alkaliczną we krwi pełnej, osoczu i erytrocytach w ciąży prawidłowej i powikłanej żółtaczką samoistną*”.

II Klinika Położniczo-Ginekologiczna AM

Przebadano stężenie Fe^{++} , Cu^{++} i fosforu całkowitego (Pc) oraz oznaczono aktywność fosfatazy alkalicznej (AP) we krwi pełnej, osoczu i erytrocytach. Badania te wykonano u ciężarnych (13 przypadków), u których ciąża była powikłana żółtaczką samoistną (grupa badana) oraz u ciężarnych (13 przypadków) z pra-

widlowym przebiegiem ciąży (grupa kontrolna). Żółtaczkę samoistną ciężarną rozpoznawano na podstawie danych klinicznych, wywiadów i kompleksu badań biochemicznych, które załączono do pracy. Najbardziej wyraźne przesunięcie w równowadze dotyczącej Fe^{++} , Cu^{++} , P_c i AP stwierdzono w osoczu kobiet grupy badanej. Wzrost ten w porównaniu do uzyskanych wartości w grupie kontrolnej wyniósł: Fe^{++} o 61,6%, Cu^{++} o 31,3%, P_c o 10,8% i AP o 116,3%. We krwi pełnej ciężarnych z żółtaczką, zaobserwowano wzrost aktywności AP o 22,6%. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w ilościach Fe^{++} , Cu^{++} i P_c we krwi pełnej między grupą badaną i kontrolną. W erytrocytach kobiet ciężarnych z żółtaczką samoistną stwierdzono tylko wybitny spadek aktywności enzymów o typie działania AP, co wyniosło 72% poniżej normy. Przedyskutowano możliwe przyczyny obserwowanych zaburzeń biochemicznych. Wykazano, iż uszkodzona krwinka czerwona w przebiegu żółtaczki samoistnej może być dodatkowym źródłem wzrostu w surowicy aktywności enzymów oznaczonych jako AP (wyższe wartości AP w surowicy zhemolizowanej o 16,7%).

* ZIELINSKI ANDRZEJ TADEUSZ — „Zagadnienie przewodzenia impulsów w przedsionkach serca królika, w warunkach zwiększonego stężenia potasu w płynie zewnątrzkomórkowym”.

Zakład Fizjologii Człowieka AM

Praca dotyczy kontrowersyjnej do niedawna sprawy istnienia w przedsionkach wyspecjalizowanych dróg przewodzących impulsy od węzła zatokowego. Opublikowane w ostatnich latach prace autorów amerykańskich i brazylijskich dostarczyły danych świadczących o istnieniu między węzłem zatokowym a przedsionkowo-komorowym oraz między prawym a lewym przedsionkiem pęczków włókien cechujących się wyższą prędkością przewodzenia oraz opornością na podwyższone stężenia potasu w płynie zewnątrzkomórkowym. Niniejsza praca zawiera wyniki świadczące o istnieniu innych jeszcze dróg zawierających komórki o podobnych cechach jak opisane przez przytoczonych autorów. Drogi takie rozsiane są dość równomiernie w obrębie obu przedsionków. Dyskutowana jest rola systemu włókien opornych na podwyższone stężenia potasu w płynie zewnątrzkomórkowym.

WYKAZ PRZEPROWADZONYCH PRZEWODÓW HABILITACYJNYCH
NA WYDZIALE LEKARSKIM ZATWIERDZONYCH PRZEZ RADĘ
WYDZIAŁU ORAZ MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

1. ADAMCZAK TEOBALD: „Zastosowanie wolnych przeszczepów skóry w leczeniu oskalpowań, ze szczególnym uwzględnieniem własnej odwarstwionej skóry” – 18.X.1968 r.
Wykonano w II Klinice Chirurgicznej AM
2. BARDADIN TADEUSZ: „Otoskleroza z punktu widzenia badań biochemicznych i klinicznych” – 8.XI.1968 r
Wykonano w Instytucie Reumatologii.
3. BORKOWSKI ROMAN: „Wpływ chlorpromazyny i hydroksyzyny na przebieg ciąży, na rozwój płodów oraz urodzonego pokolenia u szczurów białych” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Centralnym Szpitalu Kolejowym.
4. DIPONT MARIAN: „Badania nad możliwością stosowania sparteiny w porodzie kierowanym” – 26.IV.1968 r.
Wykonano w Klinice Chorób Kobięcych i Położnictwa SDL.
5. KROTKIEWSKI ANDRZEJ: „Zachowanie się kurczliwości mięśnia serca, krzywej elektrokardiograficznej i ciśnienia krwi po bezpośrednim wprowadzeniu do tętnic wieńcowych roztworu KCL – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Szpitalu Praskim.
6. MISIEWICZ LESZEK: „Badania nad wpływem niektórych hormonów płciowych na płyn jamy macicy u szczurów” – 4.X.1968 r.
Wykonano w Instytucie Matki i Dziecka.
7. RACZEW ZOFIA: „Badania morfometryczne i histochemiczne nad wpływem hypofizektomii kastracji i wstrzykiwania estrogenów na ślinianki podżuchwowe u szczurów” – 24.V.1968 r.
Wykonano w Klinice Dentystyki Zachowawczej A.M.
8. SAWICKI WOJCIECH: „Kinetyka proliferacji migracji i różnicowania komórek tucznych indukowanego brodawczaka skóry” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Histologii i Embriologii A.M.
9. TOŁŁOCZKO TADEUSZ: „Rozpoznawanie i leczenie pierwotnej nadczynności przytarczyc” – 4.X.1968 r.
Wykonano w I Klinice Chirurgicznej A. M.
10. ZELMAN IRMINA: „Bariera krew – mózg dla Na J-131 w warunkach prawidłowych i w patologii naczyniowej mózgu” – 12.I.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Neuropatologii PAN

WYKAZ PRZEPROWADZONYCH PRZEWODÓW DOKTORSKICH NA
NA WYDZIALE LEKARSKIM ZATWIERDZONYCH PRZEZ RADĘ
WYDZIAŁU ORAZ MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

1. BIELECKI BOLESŁAW: „Zwalczanie inhibicji proprioceptycznej w porażeniach kurczowych operacjami na układzie ścięgnisto-mięśniowym” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Rehabilitacji A. M.
Promotor: prof. dr M. Weiss
2. CHWAŁIŃSKA-SADOWSKA HANNA: „Lizosomy w limfocytach w niektórych przypadkach chorób tkanki łącznej” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Instytucie Reumatologii
Promotor: doc. dr E. Małyk
3. CZECHOWICZ-JANICKA KRYSZYNA: „Pole widzenia a adaptacja u chorych podejrzanych o jaskrę i z jaskrą pierwotną” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Okulistycznej SDL
Promotor: prof. dr W. Arkin
4. DIETRICH-RAP ZOFIA: „Zmiany histologiczne w mięśniach szkieletowych człowieka towarzyszące niektórym nowotworom narządów wewnętrznych” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Klinice Neurologicznej A.M.
Promotor: prof. dr I. Hausmanowa-Petrusewicz
5. GORZKOWSKI BOHDAN: „Biosynteza puryn u *Helix pomatia*” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Chemii Fizjologicznej A. M.
Promotor: prof. dr I. Mochnacka
6. GUZIKOWSKA-BULIŃSKA MARIA: „Limforetikularne rozrosty w świetle ich histogenezy i wzajemnych powiązań” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Dermatologicznej A.M.
Promotor: prof. dr S. Jabłońska
7. IGNACIUK ALINA KRYSZYNA: „Badanie zachowania się kwasów tłuszczowych i glukozy w stanie głodzenia i po podaniu insuliny u dzieci z niedoczynnością tarczycy” – 20. XII. 1968 r.
Wykonano w II Klinice Pediatrycznej A. M.
Promotor: prof. dr T. Lewenfisz-Wojnarowska
8. JELIŃSKA STANISŁAWA: „Czynność i morfologia autoprzeszczepionej nerki u psów po normotermicznej i hipotermicznej perfuzji” – 22. XI.1968 r.
Wykonano w I Klinice Chorób Wewnętrznych A.M.
Promotor: prof. dr T. Orłowski
9. KOMENDER JADWIGA WANDA: „Badania doświadczalne nad zachowaniem się kwasów nukleinowych w ośrodkowym układzie nerwowym pod wpływem podawania neuroleptyków” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Psychiatrycznej A. M.
Promotor: prof. dr A. Jus

10. KONTOWT ADAM: „Ocena wydolności fizycznej metodą spiroergometryczną u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego przed i po leczeniu chirurgicznym” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Kardiologii SDL
Promotor: prof. dr E. Żera
11. KORTHALS JAN KAZIMIERZ: „Doświadczalne niedokrwienie mózgu u królika – klinika i morfologia” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Centrum Med. Dośw. i Klin. PAN – Pracownia Neuropatologii Doświadczalnej.
Promotor: prof. dr E. Osetowska
12. KOWALSKI MIECZYSLAW ANDRZEJ: „Czynnościowe przystosowanie przeszczepów kostnych po operacyjnym pokryciu rozległych ubytków kości piszczelowej u dzieci” – 20.XII.1968 r.
Wykonano: w Klinice Rehabilitacji A.M.
Promotor: prof. dr M. Weiss
13. KRÓLIKOWSKA IRENA: „Badania nad zachowaniem się witaminy B₁₂ w surowicy krwi w ostatnim trymestrze ciąży” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Instytucie Hematologii – Klinika Hematologii
Promotor: prof. dr W. Ławkowicz
14. KWARECKI KRZYSZTOF: „Wpływ wibracji na stan czynnościowy kory nadnercza” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Histologii i Embriologii A.M. i Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej.
Promotor: prof. dr K. Ostrowski
15. MARCINIAK MARIANNA: „Doświadczalna przewlekła encefalopatia alkoholowa u psów” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Neuropatologii PAN
Promotor: doc. dr M. Dąmbska
16. MAY KAZIMIERZ: „Nadreaktywność oskrzelowa i jej określanie” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w II Klinice Chorób Wewnętrznych SDL
Promotor: prof. dr E. Rużyło
17. MÉSZÁROS JÓZEF JERZY: „Wpływ niektórych związków cholonomimetycznych na hamowanie presynaptyczne w jądrze kolankowatym bocznym – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Farmakologii A.M.
Promotor: prof. dr P. Kubikowski
18. MICHALAK ELIGIA HELENA: „Pobudzenie biosyntezy białka w fagocytyzujących leukocytach wielojądrowych” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Radiobiologii i Ochrony Zdrowia Instytutu Badań Jądrowych.
Promotor: prof. dr K. Zakrzewski
19. MOSKALEWSKA KRYSZYNA MARIA: „Test transformacji limfocytów przy użyciu streptolizyny O w wykrywaniu alergii na paciorkowce ze szczególnym uwzględnieniem grupy rumieni (erythema multififorme i erythema nodosum)” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Dermatologicznej A. M.
Promotor: prof. dr S. Jabłońska

20. PAZDUR JACEK ANDRZEJ: „Zaburzenia czynności płytek krwi w goścu przewlekłym postępującym” – 20.XII.1968 r.
Wykonano w Instytucie Reumatologii
Promotor: doc. dr M. Kopec
21. PILIPOWSKA TERESA: „Zaburzenia prostych operacji arytmetycznych, występujących po ogniskowych uszkodzeniach półkul i ich mechanizm” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Zespole Neurochirurgii Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN.
Promotor: prof. dr L. Stępień
22. PIOTROWSKI MARIAN MARCELI: „Białka i immunoglobuliny surowicy krwi w chorobie Besnier-Boeck-Schaumanna (Sarcoidosis)” – 20. XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Ftizjatrycznej A. M.
Promotor: prof. dr W. Jaroszewicz
23. POWOLNY MICHAŁ: „Przebieg zaawansowanej ciąży, porodu i porodu kobiet z wadą narządu rodowego” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Oddz. Położ. Ginek. Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie i I Klinice Położniczej i Chorób Kobięcych A.M.
Promotor: prof. dr M. Bulska
24. RZEPECKI JERZY JÓZEF: „Badanie poligraficzne nad obrazem snu fizjologicznego i marzeniami sennymi u dzieci z zaburzeniami zachowania” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Klinice Psychiatrycznej A. M.
Promotor: prof. dr K. Jusowa
25. SOKOŁOWSKI JERZY WOJCIECH: „Ocena przydatności urografii czynnościowej w diagnostyce nadciśnienia naczyniowo-nerkowego” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Radiologii Lekarskiej A. M.
Promotor: prof. dr S. L. Zgliczyński
26. USZYŃSKI HUBERT: „Badanie żółci psa przed i po wagotomii” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w II Klinice Chirurgicznej A. M.
Promotor: prof. dr Z. Łapiński
27. WAGNER TERESA: „Obraz mikroskopowy błon maziowych stawów w przypadkach gościa przewlekłego postępującego” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Instytucie Reumatologii
Promotor: doc. dr E. Małyk
28. WESOŁOWSKI JERZY: „Badanie temperatury skóry reoangiograficzne, oscylograficzne, pletysmograficzne i arteriograficzne przed i po operacjach obwodowego układu tętniczego” – 6.XII.1968 r.
Wykonano w II Klinice Chirurgicznej A.M.
Promotor: prof. dr J. Dryjski
29. ZIELINSKI ANDRZEJ: „Zagadnienie przewodzenia impulsów w przedsionkach serca królika w warunkach zwiększonego stężenia potasu w płynie zewnątrzkomórkowym” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Zakładzie Fizjologii Człowieka A. M.
Promotor: doc. dr B. Lewartowski.
30. ŻUPANSKA BARBARA: „Badanie nad aktywnością katalazy w krwinkach białych w stanach prawidłowych i w niektórych schorzeniach rozrostowych układu krwiotwórczego” – 22.XI.1968 r.
Wykonano w Klinice Hematologii Instytutu Hematologii
Promotor: prof. dr W. Ławkowicz

Jadwiga Osuch

ZOBOWIAZANIA PRACOWNIKÓW AKADEMII MEDYCZNEJ DLA UCZCZENIA XXV-LECIA PRL

W pierwszych dniach marca br., na wezwanie załogi huty „Warszawa” Rektor Akademii Medycznej, Komitet Uczelniany PZPR i Rada Uczelniana Zw. Zaw. Prac. Śl. Zdr. wystosowali do wszystkich pracowników naszej uczelni apel o podejmowanie czynów społecznych. Na apel odpowiedzieli pracownicy akademii, państwowych szpitali klinicznych i studiująca młodzież. Wymowa tego faktu świadczy o pełnym zrozumieniu i poparciu dla Rządu i Partii w ich dążeniu do pełnego rozwoju naszej socjalistycznej Ojczyzny.

Wezwanie załogi huty „Warszawa” zapoczątkowało ogólnonarodowy czyn, którym całe społeczeństwo pragnie uczcić jubileusz Polski Ludowej. Wśród podjętych w całym kraju zobowiązań nie zabrakło również ludzi nauki i kultury, pracowników służby zdrowia i młodzieży studenckiej.

Zobowiązania mają znaczenie nie tylko gospodarcze i społeczne, ale także polityczne. Są świadectwem zaangażowania ludzi pracy w budowę ukształtowanej przed ćwierćwieczem Polski — państwa demokracji ludowej, państwa budującego socjalizm. Są one afirmacją jakiejś udzielają wszyscy ludzie pracy polityce swego Rządu i swojej Partii. 25 lat Polski Ludowej to okazja do podsumowania naszych sukcesów i osiągnięć, podkreślenia wielkiej różnicy jakościowej, która zaszła w naszej gospodarce, a tym samym w warunkach życiowych każdego z nas. W pełni uzasadniona może być nasza duma z bilansu ćwierćwiecza naszego Kraju, co podkreślili robotnicy huty „Warszawa” w swoim apelu: „Niech nasz czyn będzie wyrazem dumy klasy robotniczej i wszystkich ludzi pracy z osiągnięć minionego XXV-lecia”.

Ogólna wartość podjętych przez warszawską Akademię Medyczną zobowiązań wynosi około 1.260.000 zł. Część z nich jest trudno wymierna, wartości więc na razie nie można dokładnie obliczyć. Do tych zobowiązań należy zaliczyć: objęcie patronatem (stałe konsultacje, szkolenie lekarzy, laborantów itp) Szpitala Miejskiego w Otwocku i szpitali powiatowych w Sierpcu, Płocku, Sochaczewie, Działdowie, Nadarzynie, Ostrołęce, Zakładu dla Ociemniałych w Laskach, stała opieka nad ludnością wiejską i służbą weterynaryjną.

Poszczególne grupy zobowiązań kształtują się następująco:

1. Udział w honorowym krwiodawstwie 153 osoby	ok.	64.000 zł
2. Udział w ekipach lekarskich w ramach „białych niedziel” na wsi 523 osoby	ok.	17.000 zł
3. Udział w pracach porządkowych 2360 osób	ok.	72.000 zł
4. Masowe badania lekarskie dzieci szkolnych i ludności z terenu m.st. Warszawy i okolic (przeciwgruźlicze, ortopedyczne itp)	ok.	178.000 zł
5. Leczenie stomatologiczne (zachowawcze, chirurgiczne, ortodontyczne, protetyka) pracowników PGR Krasne i okolicznych wsi	ok.	450.000 zł
6. Masowe badania służby weterynaryjnej w kierunku brucelozy	ok.	9.000 zł
7. Dyżury konsultacyjne dla studentów, seminaria, szkolenie lekarzy itp.	ok.	35.000 zł
8. Pomoce naukowo-dydaktyczne dla studentów i uczniów szkół średnich	ok.	34.000 zł
9. Badania skryningowe dla Zjednoczenia Przemysłu Farmaceutycznego POLFA	ok.	28.000 zł
10. Opracowanie skryptów dla studentów AM	ok.	60.000 zł
11. Opracowanie części zbiorów Biblioteki AM	ok.	30.000 zł
12. Własna produkcja płynów wieloelektrolitowych jałowych przez Aptekę PSK 1	ok.	268.000 zł
13. Prace warsztatowe i rzemieślnicze	ok.	15.000 zł
		Razem: 1.260.000 zł

Część podjętych zobowiązań została już wykonana, inne są w trakcie realizacji. Szczególnie cenne jest zacieśnienie współpracy ze szpitalami powiatowymi i stała opieka lekarska nad ludnością wiejską i służbą weterynaryjną.

Podjęte zobowiązania będą stanowić trwały dorobek czynu 25-lecia.

Leszek Kryst

RADA UCZELNIANA AKADEMII MEDYCZNEJ I PAŃSTWOWYCH SZPITALI KLINICZNYCH

W kwietniu 1966 r. na miejsce rad zakładowych powstała z inicjatywy grupy działaczy z Komitetu Uczelnianego PZPR, przy pomocy ówczesnego przewodniczącego Zarządu Okręgu dr J. Biernacika — Rada Uczelniana ZZSP Akademii Medycznej i PSK.

Powołanie Rady Uczelnianej stanowiło nowum i nie miało odpowiednika w żadnej strukturze organizacyjnej w kraju. Z jednej strony przełamano dotychczasowe przepisy statutowe, z drugiej wszystkie jednostki organizacyjne rozrastającej się akademii medycznej, jak i grupy zawodowe zyskiwały wspólne przedstawicielstwo w jednolitej instalacji związkowej. Radzie Uczelnianej podlegało początkowo pięć a następnie sześć oddziałowych organizacji związkowych, powiązanych terytorialnie z poszczególnymi szpitalami klinicznymi, zarządem inwestycji i warsztatami oraz administracją, zakładami teoretycznymi i klinikami oddziału stomatologicznego. Rady oddziałowe z kolei nadzorują prace grup związkowych zrzeszających członków związku bezpośrednio zatrudnionych w jednostkach i komórkach podstawowych (zakładach, klinikach, warsztatach, pracowniach itp.).

W referacie wygłoszonym na zerabniu konstytucyjnym Rady Uczelnianej czytamy, że obok współdziałania w szerokim zakresie z władzami uczelni, do zadań Rady Uczelnianej powinna należeć:

- ochrona interesów członków w odniesieniu do problemu zatrudnienia, płac, bezpieczeństwa i higieny pracy,
- interwencje w wypadkach nadużyć i przekroczeń norm moralnych i etycznych,
- kierowanie problematyką socjalno-bytową,
- pomoc w zakresie uzyskiwania mieszkań,
- organizacja akcji kulturalno-oświatowych,
- udział w instancjach kolegialnych szkoły,
- współpraca z uczelnianą organizacją partyjną.

Budżet Rady Uczelnianej oparto na zasadzie: 65⁰/₀ wpływów ze składek odprowadzanych jest na rzecz Zarządu Głównego Związku, 17⁰/₀ pozostaje w Radach Oddziałowych, stanowiąc ich budżet, natomiast 18⁰/₀ pozostaje w kasie Rady Uczelnianej z przeznaczeniem na zaspokojenie

głównie potrzeb socjalno-bytowych zrzeszonych członków. Dotychczas cała suma stanowiąca owe 18% wracała tradycyjnie do poszczególnych rad, w zależności od ich faktycznych potrzeb. W ten sposób organizację naszą można zaliczyć do nielicznych instancji związkowych, nie obciążających swoim istnieniem budżetu składkowego.

W bieżącym roku Rada Uczelniana jako organizacyjnie okrzepły, sprawdzony praktycznie organizm wchodzi w kolejną, drugą swoją kadencję. Zrzesza 4102 członków, co stanowi 82% zatrudnionych w AM. Posiada 131 grup związkowych oraz 236 aktywistów pełniących odpowiedzialne funkcje nie tylko na własnym terenie, ale i w wielu ważnych agendach Zarządu Okręgu i Zarządu Głównego.

W okresie ostatniej kadencji podjęto wiele cennych i oczekiwanych inicjatyw: przede wszystkim ustalono i zaktualizowano potrzeby mieszkaniowe pracowników AM i PSK. Załatwiono ponad 50 interwencji, w wyniku których 15 osób otrzymało mieszkania, bądź dodatkowe izby.

W zakresie problematyki pracowników naukowo-dydaktycznych przedstawiciele związku aktywnie uczestniczyli we wszystkich komisjach dokonujących przeglądów corocznych, opiniujących stypendia, studia doktoranckie, nagrody pieniężne oraz zagraniczne wyjazdy szkoleniowe. Z inicjatywy RU wszystkim opuszczającym akademię medyczną zapewniono pracę w placówkach Stołecznego Wydziału Zdrowia. Tylko w roku bieżącym rozdysponowano sumę ponad 1 mln zł na podwyżki uposażenia, ze szczególnym uwzględnieniem personelu bezpośredniej obsługi chorych, technicznego, administracyjno-porządkowego oraz dydaktycznego.

Komisja do spraw średniego personelu zajęła się problemami dokształcania kadr pielęgniarskich, głównie siostr funkcyjnych nie posiadających pełnego średniego wykształcenia, ponadto sprawami rozmieszczenia i wykorzystania etatów pielęgniarskich oraz godzin nadliczbowych.

Problematyka socjalno-bytowa obejmuje: letnie kolonie dziecięce, zimowiska i obozy dla młodzieży, przyznawanie zapomóg, współuczestniczenie w rozdziale miejsc wczasowych i sanatoryjnych, sprawowanie opieki nad emerytami, pomoc w staraniach o miejsce w przedszkolach i żłobkach. W planach przyszłościowych znajduje się budowa własnego ośrodka wczasowo-wypoczynkowego nad Zalewem Zegrzyńskim oraz organizacja Domu Pracy Twórczej pracowników AM w Zalesiu k. Warszawy.

Komisja Kulturalno-Oświatowa zewidencjonowała potrzeby członków, prowadząc metodą ankietową sondaż terenu, organizuje wycieczki krajoznawczo-turystyczne oraz weekendowe wyjazdy cotygodniowe, zajmowała się zakupem i rozprowadzaniem biletów do kin i teatrów, jak też organizacją imprez okolicznościowych dla dzieci pracowników. Ostatnio Akademia Medyczna zakupiła autobus marki „San”, co zapewne zwiększy ilość organizowanych wycieczek. Komisja patronuje również własnemu

klubowi sportowemu „Zdrowie”, którego sekcje czekają tak na dorosłych, jak i na młodzież (również członków rodzin pracowników AM).

Jak widać, zakres działania, podejmowane problemy i kierunki zainteresowań są poważne i szerokie. Realizacja ich jest natomiast możliwa w oparciu o aktywność i zainteresowanie nie tylko samych członków, ale wszystkich pracowników naszej uczelni. Pracując na rzecz ogółu zatrudnionych, związki zawodowe liczą nie tylko na powszechne zainteresowanie, ale również aktywną, twórczą krytykę, współudział i czynne zaangażowanie społeczne pracowników. Działalność pracowników naszej uczelni oparta jest na zasadach jedności w podstawowych kierunkach pracy: dydaktyce, wychowaniu i nauce. Wymaga to wypracowania i ciągłego udoskonalania systemu dydaktyczno-wychowawczego, który zapewni służbie zdrowia dobrych fachowców, jak również i obywateli o odpowiedniej postawie ideowo-politycznej, oddanych idei socjalistycznego budownictwa.

Rozwój warsztatów badawczych, podobnie jak umiejętności dydaktyczne, ukształtować powinien przyszłą osobowość pracowników nauki. W uzupełnieniu do tych form działania dodać należy konieczność podnoszenia na coraz wyższy poziom usług medycznych, w sensie zrozumienia i pełniejszego zaspokajania potrzeb ludności w tej dziedzinie. Wymaga to będzie wypracowania nowych jakościowo form współpracy z terenową służbą zdrowia i to nie tylko z jej kierowniczymi instancjami, lecz i z ogniwami związkowymi w takich ramach, które zabezpieczają zasadę sensownej wymiany personalnej, rozszerzą bazę dydaktyczno-szkoleniową, fachowemu personelowi umożliwią podniesienie kwalifikacji. Słowem — prowadzić będą do zintegrowania wysiłków, zamierzeń i środków.

Znając wartość i cele procesu dydaktyczno-wychowawczego, można podjąć sensowny plan działania, w którym organizacja związkowa odgrywać będzie niebagatelną rolę. Nowelizacja ustawy o szkolnictwie wyższym daje pełne podstawy do współgospodarzenia szkołą, poprzez czynny udział przedstawicielstw związkowych we wszystkich ogniwach uczelni. Już niedaleka przyszłość pokaże, jaką rolę odegrała nasza uczelniana organizacja związkowa w podnoszeniu i naprawie stosunków międzyludzkich, procesie wspól- i samowychowywaniu nowego, lepszego modelu strukturalnego szkoły medycznej. Przebudowa szkolnictwa wyższego zwiększa obecnie zakres obowiązków społecznych naszych członków, aktywizuje organizacje i instancje związkowe, nakłada nowe zadania, których realizacja zależeć będzie głównie od poczucia odpowiedzialności, zaangażowania i świadomości społecznej wszystkich.

W realizacji tych zadań ważnym elementem jest uświadomienie sobie reguł pracy z organizacjami młodzieżowymi, będącymi potencjalnym „dostarcycielem” przyszłych członków naszego związku. Samokrytycznie stwierdzić trzeba, że na naszym terenie problem ten nie należał dotychczas do pierwszoplanowych. W przyszłości z faktu tego należy wyciągnąć

wnioski. (Warto podkreślić w tym miejscu, że w latach 1945—68 dyplomy ukończenia szkoły wyższej wydano 453 tysiącom absolwentów, wobec 83 tysięcy uzyskanych w okresie 1919—1939. Liczby te najlepiej ilustrują znaczenie omawianych zagadnień).

Rzesze członków naszej organizacji powinny pamiętać, że socjalistyczne oblicze uczelni determinują w zasadzie trzy czynniki: treść nauczania i więź szkoły z życiem, postawa i zaangażowanie kadry oraz współdziałanie uczelni z partią i organizacjami młodzieżowymi w kształtowaniu socjalistycznego światopoglądu wychowanków. Analiza treści tego sformułowania wyznacza w sposób logicznie konsekwentny drogi poszukiwań i kierunki działania dla organizacji związkowych pracowników wyższych uczelni.

W tej sytuacji sprawą nader ważną staje się właściwe pojmowanie obowiązków zawodowych. Nie chodzi bowiem jedynie o przekazywanie studentom merytorycznej wiedzy zawodowej, ale o kształtowanie procesu wychowawczego rozpoczętego w szkole średniej, o nawiązanie i zacieśnienie bezpośrednich kontaktów, urabiania politycznego poglądów zgodnych z linią partii.

Realizacja tych postulatów i zamierzeń powinna stać się kierunkową działaniem w najbliższej kadencji nowej Rady Uczelnianej.

Cezary W. Korczak, Irena Kozarska

DOROCZNE SPOTKANIA W KOLE SENIORÓW

Rada Oddziałowa A.M. pod protektoratem ob. rektora prof. dr B. Górnickiego zainicjowała w dniu 5 marca 1966 r. akcję łączności z byłymi pracownikami uczelni w postaci organizacji spotkania twórcyckiego w Klubie Lekarza w Warszawie.

Wszyscy uczestnicy pierwszego spotkania jednomyślnie wyrazili celowość organizowania tego typu spotkań, podkreślając ich duże znaczenie dla utrzymania więzi z uczelnią i kontaktów osobistych. W trakcie dyskusji uznano za celowe założenie koła Seniorów byłych pracowników akademii medycznych i organizowanie tego typu zebrań w latach następnych.

Na pierwszym spotkaniu towarzyskim b. rektor A.M. prof. Marcin Kacprzak przekazał zebranim ufundowaną przez Związki Zawodowe księgę pamiątkową i album do zdjęć ze spotkań towarzyskich Koła Seniorów. W przemówieniu powitalnym, zacytował tekst wpisany do księgi pamiątkowej Koła Seniorów, który podajemy w całości:

„Vivat Academia Łączą nas długie lata wspólnej pracy i wzajemnej życzliwości. Akademia Medyczna w Warszawie własność Państwa Ludowego jest i naszym dorobkiem i naszą instytucją. Gorąco pragniemy i zawsze pragnąć będziemy jej dobra i rozwoju. Vivat, crescat, floreat”.

Pierwsze zebranie urozmaicone występami artystów scen warszawskich przebiegło w bardzo przyjemnej i serdecznej atmosferze, dali temu wyraz uczestnicy spotkania w wypowiedziach skierowanych pod adresem organizatorów. Atmosferę tego spotkania szczególnie wyraźnie mogły ocenić tysiące widzów w wieczornym wydaniu dziennika telewizyjnego.

W latach następnych odbywały się kolejne zebrania towarzyskie Koła Seniorów z udziałem profesorów i innych pracowników A. M. Duża frekwencja na rokrocznych spotkaniach Koła Seniorów dowiodła, że przechodzący na emeryturę pracownicy szukają kontaktu z najbliższymi ze swego środowiska pracy. Niektórzy z profesorów podkreślili, że byłoby cennym podjęcie inicjatywy pisania lub wygłaszania w czasie spotkań wspomnień, które najbardziej utrwaliły się w pamięci seniorów, gdy są one związane ściśle z życiem Akademii Medycznej w Warszawie. Wspomnienia te przede wszystkim z życia osobistego, przyczyniłyby się do zapoczątkowania innego typu rysu historycznego akademii. Pozwoliłyby

one na zbliżenie osób, faktów i zdarzeń nieraz bardzo ciekawych a nieznanymi szerszemu ogółowi.

Spotkania Koła Seniorów, które odbyło się w dniu 12.III.1969 r. było czwartym z kolei zorganizowanym przez Radę Oddziałową Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia przy Akademii Medycznej.

Przewodnicząca Rady dr E. Walewska w serdecznych słowach powitała przybyłych na spotkanie przedstawicieli władz uczelni w osobach prorektora prof. dr L. Stępnia, dyrektora mgr J. Jurkiewicza, przedstawicielkę Rady Uczelnianej mgr I. Kozarską oraz wszystkich licznych seniorów. W krótkim swym powitaniu dr Walewska mówiła o konieczności kontaktu Rady Oddziałowej z seniorami, o trosce, z jaką Rada chciałaby zapewnić opiekę nad emerytami a równocześnie apelowała do seniorów, aby w miarę chęci i możliwości zechcieli oni nadal współpracować z Radą na różnych odcinkach jej działalności.

Prorektor prof. dr L. Stępień w imieniu rektora prof. dr Górnickiego, również serdecznie prosił o stały kontakt z uczelnią zwłaszcza w dobie jej reorganizacji. Szereg cennych rad i wskazówek ludzi z tak wielkim doświadczeniem, jakie posiadają seniorzy A.M. będzie przez akademię bardzo mile widziane. Prorektor porównał doroczne spotkanie Koła Seniorów z rocznicami jak gdyby rodzinnymi. Podkreślił łączność wszystkich pracowników; obecnie pracujących i tych, którzy opuścili już akademię, łączność „rodzinną”, która powinna dać poczucie nierozzerwalnych więzi, kontaktów i potrzebę dalszej współpracy.

W miłych pogawędkach upłynął wieczór przy lampce wina, którym wznoszono toasty za wszelką pomyślność, ale nie tylko miłymi były te towarzyskie rozmowy. Organizatorzy urozmaicili spotkanie, zapraszając artystów scen polskich, którzy bezinteresownie zaprezentowali bogaty urozmaicony i ładny program artystyczny, za co im serdecznie dziękujemy.

Związki Zawodowe składają również serdeczne podziękowanie Zarządowi Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na ręce prof. dr Koszarowskiego Przewodniczącego PTL za nieodpłatne udostępnienie lokalu Klubu Lekarza na IV spotkanie towarzyskie członków Koła Seniorów A.M.



Regina Koreywo

KLUB ŻŁOTEJ ODZNAKI

Pisanie o Klubie Medyków jest rzeczą trudną dla każdego, bowiem klub sam jest mistrzem informacji. Wiele klubów studenckich w Polsce posiada znaczki firmowe i legitymacje dla swoich członków, mniej — własną informację w prasie i piękny słup ogłoszeniowy, jeszcze mniej — eleganckie drukowane programy, a na pewno już nikt poza „Medykiem” — jak klub nazywają popularnie jego bywalcy, nie wypuszcza w obieg okolicznościowych plaketek, tzw. mówiących guzików.

Dobra reklama — dobra sprzedaż. To, co oferuje „Medyk” swoim klientom jest w najwyższym gatunku i wyborze, począwszy od zespołów grających na wieczorkach tanecznych, przez koncerty muzyki poważnej, do prelegentów klubu Myśli Politycznej.

Osiemnaście działających sekcji zainteresowań i grup twórczych zapewnia każdemu możliwość rozwinięcia skrzydeł w którejs z nich. A do wyboru jest praca w teatrze „Stem”, w studio piosenkarskim, w dwu kabaretach — „Pratchawcu” i „Laubzedze”, w zespołach muzycznych, w amatorskim klubie filmowym, w klubie Myśli Politycznej, jazz-klubie, DKF-ie, w agencji reklamy, radiowęźle, w sekcji fotograficznej, filatelistycznej, brydżowej, szachowej, wreszcie w klubie miłośników muzyki poważnej.

Ramowy program imprez tygodnia jest stały — w poniedziałki — muzyka poważna, występy zaproszonych piosenkarzy i piosenkarzy Klubu Medyków, wieczory poetyckie.

wtorki — projekcje dyskusyjnego klubu filmowego, po filmie dyskusja
środy — spotkania i dyskusje klubu Myśli Politycznej, jazz-cinema i jam-session, koncerty z płyt

czwartki — klub muzyki młodzieżowej, audycje z płyt, prelekcje, prezentacja zespołów big-beatowych, wieczorek taneczny

piątki — spektakle teatru „Stem”, kabaretu Pratchawiec, studia piosenkarskiego. Rada klubu

soboty — wieczorek taneczny

— niedziele — turnieje brydżowe i szachowe, wieczorek taneczny, imprezy wymienne z innych klubów studenckich w Warszawie.

Oprócz imprez ramowych w galerii Klubu Medyków odbywają się comiesięczne wystawy malarskie i wernisaże studentów ASP stale zwią-

zanych z „Medykiem”. Wielką popularnością w środowisku studenckim cieszą się organizowane każdego roku Kiermasze Piosenki Studenckiej i Ogólnopolski Przegląd Zespołów Artystycznych Medyków.

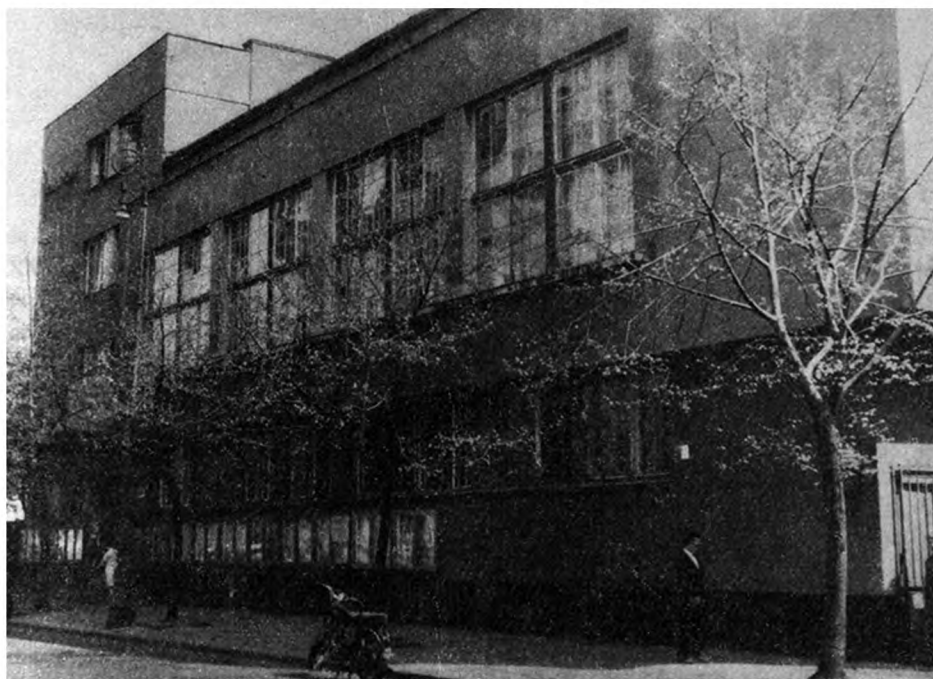
Klub Medyków mieści się w budynku na ulicy Oczki 7. Tamże znajdują się lokale organizacji młodzieżowych działających w naszej Akademii (PZPR, ZMS, ZSP, ZMW, AZS, AKT, Studencki Punkt Usługowy i inne).

Klub w ubiegłym roku obchodził dziesięciolecie swego istnienia. W 1958 r. został założony przez Radę Uczelnianą ZSP i redakcję pisma studenckiego „Nowy Medyk”. Była to właściwie kontynuacja istniejącego w latach 1945–1950 Koła Medyków przy Stowarzyszeniu Samopomocy Studentów Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. A więc to już cała historia — dziesięć lat Klubu, 5 lat Koła Medyków. Bardzo wiele osób pracowało na sławę i popularność „Medyka”, ale niesposób wprost nie wspomnieć o jednej z nich, nierozzerwalnie związanej z klubem. Wiemy wszyscy o kogo tu chodzi — o wieloletniego kierownika Klubu Zbyszka Mossakowskiego, którego właściwie personalną zasługą jest postawienie „Medyka” na obecnym poziomie. Trudne zadanie stoi teraz przed aktualnym kierownictwem, na którego czele stoi Wiesław Boniecki — nie obniżyć poziomu klubu, pokazać jeszcze więcej, działać coraz lepiej. Kilkumiesięczna działalność nowego kierownictwa daje pełne podstawy do stwierdzenia, iż to zadanie będzie dobrze wykonane.

Nie sposób byłoby wymienić na jednej stronie wszystkie sukcesy poszczególnych klubowych sekcji, poprzestańmy więc na nagrodach przyznanych całemu Klubowi Medyków: — dwukrotnie (1967 i 1968 r.) nagroda Warszawskiej Nike, nagroda komitetu uczelnianego PZPR za działalność kulturalną, wielka nagroda Czerwonej Róży w ogólnopolskim konkursie klubów, i wreszcie — najwyższe odznaczenie Zrzeszenia Studentów Polskich — Złota Odznaka ZSP.

Praca ideowo-polityczna, konstruktywna organizacja wolnego czasu studentów, zapewnienie rozwoju indywidualnych zainteresowań członkom klubu, ukierunkowanie tych zainteresowań, upowszechnienie muzyki, plastyki, teatru i poezji zarówno w sensie konsumpcyjnym jak i twórczym — to wszystko daje Klub Medyków swoim bywalcom, którymi są już nie tylko studenci (zresztą wszystkich warszawskich uczelni) ale i mieszkańcy Warszawy. Szkoda tylko, że wciąż prawie nie widzi się w klubie pracowników naukowych naszej akademii, a przecież zorientowanie i udział ich w pozanaukowych zainteresowaniach i zajęciach studentów byłoby rzeczą niezwykle cenną zarówno dla nich, jak i dla nas.

Klub Medyków przyjął założenie, że działalność jego musi kształtować właściwą postawę ideologiczną i polityczną studentów, musi wytworzyć wśród młodzieży akademickiej nawyki w kierunku niezbędnym dla kadr młodej inteligencji, mającej w niedalekiej przyszłości zasilić nau-



Budynek Koła Medyków w Warszawie przy ul. Oczki 7. Stałe miejsce spotkań studentów

kę i przemysł, stworzyć środowisko ludzi pozytywnie zaangażowanych w rozwój socjalizmu. I te właśnie założenia, ta działalność stawia Klub Rady Uczelnianej ZSP Akademii Medycznej w Warszawie, najwyżej wśród wszystkich studenckich klubów całej Polski. Bo „Medyk” to już nie tylko miejsce towarzyskich spotkań przy kawie (choć i o tej stronie jego działalności należy wspomnieć. Klub leży przecież w centrum bloku warszawskich klinik i jest właściwie jedynym miejscem, gdzie studenci naszej uczelni mogą w czasie krótkich przerw w wykładach i zajęciach wypić herbatę i coś zjeść).

Dla wielu Klub Medyków stał się ich drugim domem. Tu się uczą, bawią, tu spędzają każdą chwilę wolnego czasu. I banalny, zużyty slogan — „uczy, bawi wychowuje” nagle w przypadku Klubu Medyków młodnieje i nabiera żywego, prawdziwego znaczenia.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
XXV годовщина Народной Польши	113
Проректор Дидактично-Воспитательного Отделения	117
<i>Дос, Збигнев Бжезньский</i>	
<i>Лешек Крыст, Ежи Майковский; Ежи Шербаль</i>	
О новой организационной структуре нашего ВУЗ-а	119
<i>Ян Татонь</i>	
Некоторые вопросы реформы обучения	123
<i>Роман Енджееский</i>	
Набор в Медицинский ВУЗ	129
<i>Станислав Бараньский; Казимеж Островский</i>	
Сравнение проверки усвоенных знаний методом тестов и методом непосредственных ответов на фоне собственных данных	135
<i>Антони Сobotка</i>	
Математика в Общемедицинском факультете нашего ВУЗ-а	145
<i>Анатолий Сидерчук</i>	
Кибернетика — новый фактор в образовании врача	149
<i>Станислав Кальман</i>	
Могут ли Медицинские Академии взять во внимание предмет философии составляя новую программу обучения?	153
<i>Ян Нелюбович</i>	
Перфузия печени поза организмом	157
<i>Казимеж Островский</i>	
Проблеммы работы Центрального Тканевого Банка	169
Краткое содержание избранных научных работ	173
Перечень доюентовских работ	183
Перечень докторских работ	184
<i>Ядвига Оосух</i>	
Добавочные работы работников М А в честь 25 годовщины Народной Польши	187
<i>Лешек Крыст</i>	
Научный Совет Медицинской Академии и Клинических Госпиталей	189
<i>Цезары В. Корчак; Ирена Козарска</i>	
Ежегодная встреча в Клубе Синьоров	193
<i>Регина Корейво</i>	
Клуб золотой награды	197

CONTENTS

	page
On Polish People's Republic's XXVth Anniversary	113
Pro-Rector for Didactic-Educational Matters	
Doc. Dr Zbigniew Brzeziński	117
<i>Leszek Kryst, Jerzy Majkowski, Jerzy Szczerbien</i>	
On the New Organizational Structure of our Academy	119
<i>Jan Tatoń</i>	
Some Questions of Studies' Reform	123
<i>Roman Jędrzejewski</i>	
New Students' Admission to our Academy	129
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i>	
Correlation of the Results of Knowledge Checking by Means of Tests and Oral Examinations – in the Light of own Data	135
<i>Antoni Sobótka</i>	
Mathematics at the Medical Faculty of our Academy	145
<i>Anatol Sidorczuk</i>	
Cybernetics – a New Element in the Training of Physicians	149
<i>Stanisław Kalman</i>	
Are Medical Academies taking Philosophy into Account as a Subject in their Studies' Reform?	153
<i>Jan Nielubowicz</i>	
Extrasomatic Perfusion of the Liver	157
<i>Kazimierz Ostrowski</i>	
Problems of the Central Tissue Bank Activity	169
Summaries of Chosen Scientific Dissertations	173
List of Habilitation Dissertations	183
List of Doctor Theses	184
<i>Jadwiga Osuch</i>	
Our Staff's Pledges to Celebrate the XXVth Anniversary of the PPR	187
<i>Leszek Kryst</i>	
Council of the Medical Academy and State Clinical Hospitals	189
<i>Cezary W. Korczak, Irena Kozerska</i>	
Seniors' Annual Meeting	193
<i>Regina Koreywo</i>	
Golden Badge Club	197

I N H A L T

	Seite
Am fünfundzwanzigsten Jahrestag Volkspolens	113
Prorektor für Didaktik – und Erziehungsprobleme	
Doc. Dr. med. Zbigniew Brzeziński	117
<i>Leszek Kryst, Jerzy Majkowski, Jerzy Szczerbań</i>	
Von der neuen Organisationsstruktur unserer Hochschule	119
<i>Jan Tatoń</i>	
Manche Probleme der Studiumreform	123
<i>Roman Jędrzejewski</i>	
Rekrutation zum Studium in unserer Hochschule	129
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i>	
Korrelation der Ergebnisse mit den Kriterien der Kenntnisse mittels der Test- und mündlichen Methoden auf Grund eigener Angaben	135
<i>Antoni Sobotka</i>	
Mathematik auf dem Medizinstudium unserer Hochschulen	145
<i>Anatol Sidorczuk</i>	
Kybernetik – ein neuer Faktor in der Ärztebildung	149
<i>Stanisław Kalman</i>	
Berücksichtigen die Medizinakademien in ihrer Studiumreform Philo- sophie?	153
<i>Jan Nielubowicz</i>	
Ausserkörperliche Perfusion der Leber	157
<i>Kazimierz Ostrowski</i>	
Vom Tätigkeitsproblem einer Zentralbank für Gewebe	169
Inhaltsangabe gewählter Wissenschaftsarbeiten	173
Verzeichnis von Habilitationsabhandlungen	183
Verzeichnis von Promovierungerarbeiten	184
<i>Jadwiga Osuch</i>	
Verpflichtungen von Medizinakademiewerkträgern zu Ehren des fünf- undzwanzigsten Jahrestages Volkspolens	187
<i>Leszek Kryst</i>	
Hochschulrat der Medizinakademie und staatlicher Klinikkrankenhäuser	189
<i>Cezary W. Korczak, Irena Kozarska</i>	
Alljährliche Zusammentreffen im Seniorenzirkel	193
<i>Regina Koreywo</i>	
Klub des goldenen Abzeichens	197

TABLE DES MATIÈRES

	page
A l'occasion du XXVIème anniversaite de la République Populaire de Pologne	113
Vice-Recteur pour les questions didactiques et l'enseignement.	
Doc. dr med. Zbigniew Brzeziński	117
<i>Leszek Kryst, Jerzy Majkowski, Jerzy Szczerbań</i>	
A propos de la nouvelle structure d'organisation de notre Académie	119
<i>Jan Tatoń</i>	
Quelques problèmes de la réforme des études	123
<i>Roman Jędrzejewski</i>	
Les inscriptions de nouveaux étudiants à notre Académie	129
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i>	
La corrélation des résultats d'examens de contrôle réalisés par la méthode des tests et des épreuves orales, d'après les expériences propres des auteurs	135
<i>Antoni Sobotka</i>	
Les mathématiques à la Faculté de Médecine de notre Académie	145
<i>Anatol Sidorczuk</i>	
Cybernétique — élément nouveau dans la formation du médecin	149
<i>Stanisław Kalman</i>	
Les Académies de Médecine envisagent-elles dans la nouvelle réforme des études la philosophie comme matière?	153
<i>Jan Nielubowicz</i>	
Perfusion du foie hors de l'organisme	157
<i>Kazimierz Ostrowski</i>	
Quelques problèmes des activités de la Banque Centrale de Tissus	169
Résumés de quelques travaux choisis	173
Index des thèses d'habilitation (pour obtenir le titre de docent)	183
Index des thèses de doctorat	184
<i>Jadwiga Osuch</i>	
Les engagements pris par le personel de notre Académie pour célébrer le XXVIème anniversaire de la République Populaire de Pologne	187
<i>Leszek Krysta</i>	
Conseil de l'Académie et des Hopitaux Cliniques d'Etat	
Conseil de l'Académie de Médecine et des Hôpitaux Cliniques d'Etat	189
<i>Cezary W. Korczak, Irena Kozarska</i>	
Rencontres Annuelles dans le Cercle des Vétérans	193
<i>Regina Koreywo</i>	
Club de la décoration d'or	197

KOMITET REDAKCYJNY:

Doc. dr med. Jerzy Majkowski — redaktor naczelny
Mgr Wiesław Dziewulski — sekretarz redakcji
Dr med. Cezary Włodzimierz Korczak — redaktor działowy
Inż. Zdzisław Sztajer — redaktor działowy

ADRES REDAKCJI:

Warszawa, ul. Filtrowa 30 pok. 45
telefon 25-47-01

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

WARUNKI PRENUMERATY:

— półrocznie 30 zł, — rocznie 60 zł.

Wszelkich informacji o warunkach prenumeraty udzielają wszystkie placówki „Ruch”.
Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest o 40% droższa od krajowej
przyjmuje Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych „Ruch” — Warszawa,
ul. Wronia 23 — Konto PKO Nr 1-6-100024

