

BIULETYN AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



KWARTALNIK

ROK II

WARSZAWA 1970

Nr 2

SPIS TREŚCI

	str.
Od Redakcji	
<i>Wincenty Kwapiszewski</i> — Reorganizacja Wydziału Farmaceutycznego AM	123
<i>Maria Kapuścińska, Marian Mikos</i> — Nowe aspekty nauczania fizyki na Wydziale Farmacji AM	131
<i>Józef Towpik</i> — Aktualne problemy wenerologii	139
<i>Maria Gajewska</i> — Chemia środków przeciwnowotworowych	147
<i>Jerzy Jarzębiński</i> — Nowoczesna analiza aminokwasów i kwasów nukleiny- wych za pomocą automatycznego analizatora JLC — 3BC ₂ — „JEOL”	157
<i>Bożena Brach, Zdzisław Sztajer</i> — Wynalazczość i racjonalizacja	165
Wybrane prace naukowe	169
Wykaz prac habilitacyjnych Wydziału Lekarskiego	185
Wykaz prac doktorskich Wydziału Lekarskiego i Wydziału Farmaceutycznego	188
<i>Maria Ziemska</i> — Rola rodziny w życiu człowieka	189
<i>Michał Hanecki</i> — Szkoły lekarskie w Warszawie	193
<i>Anna Radziwiłłowicz</i> — Katalog filmów Biblioteki AM w Warszawie	199

BIULETYN
AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE
KWARTALNIK

ROK II

1970

NR 2

OD REDAKCJI

Redakcja Biuletynu pragnie zwrócić uwagę Szanownych Czytelników na zamieszczony w numerze bieżącym katalog filmów naukowo-dydaktycznych, zarówno krajowych jak i zagranicznych, będący jedyną w kraju filmoteką. Skatalogowane filmy znajdują się w Bibliotece Głównej AM, w bibliotekach przy katedrach naszej Uczelni oraz w bibliotekach innych Akademii Medycznych: łódzkiej, białostockiej i lubelskiej. Obok zasadniczego wykazu filmoteki, Autorka opracowania podaje przepisy dotyczące wypożyczenia filmów przez Katedry i Zakłady. W zależności od kategorii filmu istnieją różne przepisy wypożyczenia. Opracowanie filmoteki zawiera przeszło 200 filmów naukowych 8 lub 16 mm, podanych w układzie alfabetycznym oraz w skorowidzu przedmiotowym.

Rozszerzając ramy tematyczne, a więc realizując postulaty wielu naszych czytelników — Komitet Redakcyjny Biuletynu AM postanowił wprowadzić nowy cykl publikacji, dotyczący historii nauczania medycyny w Warszawie. Artykuł dr habil. med. Michała Haneckiego pt. „Szkoly Lekarskie w Warszawie” jest pierwszym rozpoczynającym ten cykl. Dotyczy on początków nauczania, powstania i rozwoju zakładów dydaktyczno-medycznych w wieku XVIII i XIX.

Artykuł doc. dr farm. Wincentego Kwapiszewskiego pt. „Reorganizacja Wydziału Farmaceutycznego AM” omawia zmiany związane z wprowadzeniem w życie nowej struktury uczelni.

Wielu Czytelników zainteresuje napewno artykuł B. Brach i Z. Sztajera pt. „Wynalazczość i racjonalizacja”. Autorzy przedstawiają wszystkie wynalazki Uczelni zgłoszone w latach 1967—69. Z artykułu wynika, że ruch wynalazczy w A.M. jest przodującym w resorcie zdrowia.

*Doc. dr farm. Wincenty Kwapiszewski **

REORGANIZACJA WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO A.M. W WARSZAWIE

Aby zrozumieć istotę proponowanej nowej struktury organizacyjnej warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego A.M. należy na wstępie odpowiedzieć na pytanie czym jest współczesna farmacja i jakie są jej kierunki rozwoju?

Uspołecznienie aptek w zasadniczy sposób zmieniło oblicze zawodu, apteka przestała być placówką służby zdrowia, gdzie zysk był jedną z głównych sił napędowych. Z drugiej strony wywodzący się z apteki przemysł farmaceutyczny również w poważnym stopniu zmienił rolę apteki i wymagania nie tylko w stosunku do aptekarza, ale i całego zawodu. Aczkolwiek apteka pozostaje nadal główną bazą zawodu, rola magistra farmacji jest stopniowo ograniczana do kierownictwa i niektórych innych czynności wymagających głębokiej wiedzy o leku. Pozwala to na pełniejsze wykorzystanie farmaceuty przede wszystkim w produkcji, kontroli i ocenie oraz dystrybucji leku.

Konieczność znajomości problematyki leku wymaga studiowania całego szeregu specjalistycznych dyscyplin chemicznych i biologicznych. Znajomość tych przedmiotów czyni farmaceutę przydatnym do pracy w całej chemii związanej z profilaktyką i leczeniem. Ten kierunek rozwoju zawodu i zgodny z nim rozwój nauk farmaceutycznych spowodował powstanie różnych dziedzin farmacji i stworzył konieczność specjalizacji, co znalazło odbicie w aktualnym zatrudnieniu farmaceutów i przeprowadzonej ostatnio reformie studiów farmaceutycznych. Obecnie zakres pracy farmaceutów obejmuje wszystkie dziedziny związane z lekiem: wytwarzanie i dystrybucję oraz chemiczną i biologiczną kontrolę leków. Ponadto absolwenci farmacji pracują dziś z powodzeniem w różnych dziedzinach ochrony zdrowia jak toksykologia środowiska (a zwłaszcza toksykologia przemysłowa), badanie żywności i wody, badania kliniczne i inne dziedziny badań laboratoryjnych służby zdrowia.

Rozwój przemysłu farmaceutycznego będzie w dalszym ciągu powodował zmniejszanie się zakresu prac recepturowych w aptece na korzyść

* Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego.

gotowych form leku. W wyniku tego zatrudniony w przemyśle farmaceuta musi być przygotowany do nowoczesnej technologii formy leku, do oceny środków leczniczych i leków a zwłaszcza ich trwałości.

Olbrzymi asortyment leków gotowych wymaga od farmaceuty już nie tylko znajomości receptury, ale nowoczesnej dystrybucji leku, a także zwiększonego zakresu wiedzy o samym leku. Farmaceuta staje się powoli doradcą i informatorem lekarza w dziedzinie działania i trwałości leku, jego toksyczności, niebezpieczeństwa nadużywania itp.

Postępująca chemizacja środowiska stwarza zagrożenie dla organizmu i pociąga za sobą konieczność stałych badań toksykologicznych. Mając przygotowanie biologiczne i chemiczne farmaceuci odgrywają już w tej chwili poważną rolę w badaniu skażenia powietrza zakładów, ośrodków przemysłowych i miast, zanieczyszczenia wód, ochrony właściwego składu żywności itp.

Współczesna medycyna kliniczna i zapobiegawcza nie może się obejść bez wielu, coraz to bardziej specjalistycznych badań analitycznych, opartych na głębokiej znajomości nauk chemicznych. Ciągłe przedłużające się studia lekarskie nie są w stanie dać absolwentowi medycyny należytego przygotowania biochemicznego. Służba zdrowia odczuwa coraz bardziej brak kadr mogących sprostać temu zadaniu. Wychodząc na przeciw społecznym potrzebom służby zdrowia na tego typu specjalistę, w ramach ostatniej reformy studiów farmaceutycznych również i ten problem został rozwiązany w postaci powołania kierunku analityki klinicznej.

W tym miejscu warto odpowiedzieć na jeszcze jedno pytanie — jaką bazą naukową dysponuje Wydział? Otóż z pewnym marginesem błędu wszystkie dyscypliny wykładane na farmacji można zgrupować w trzy zasadnicze piony: pion chemii podstawowej, pion nauki o leku i pion biofarmacji. Pozostaje jeszcze botanika farmaceutyczna, która będąc dyscypliną również biologiczną i dając przygotowanie do farmakognozji, nie może być jednak zaliczona do tego pionu.

Należy nadmienić, że ze względu na niezmiernie trudne warunki lokalowe nie wszystkie te dyscypliny były na Wydziale reprezentowane — dopiero teraz, w związku z realizacją budowy na Polu Mokotowskim, mogą być powołane.

Wprowadzana obecnie reforma studiów farmaceutycznych wyodrębniła i wprowadziła do programu dydaktycznego nowe dyscypliny, np. analizę leków czy technologię form leku. A więc zaistniała znowu konieczność powołania nowych jednostek dydaktyczno-naukowych.

Obliczając wg obowiązującego pensum zajęć, pełna realizacja nowego programu będzie wymagała zatrudnienia ok. 140 pracowników naukowo-dydaktycznych (obecnie jest ok. 100) nie licząc personelu technicznego, a więc nie jest to liczba pozwalająca na zbyt wielkie rozdrobnienie i tworzenie kilku instytutów. Z drugiej strony opinia Sekcji Medycznej Rady

Główniej przeciwstawia się wyrażonym tu i ówdzie tendencjom powołania na Wydziale jednego instytutu, co było by tylko formalną zmianą szyldu.

Tworzenie w uczelni instytutów, jako objaw procesu integracji nauki, stawia na porządku dnia problem jednostek jednoimiennych znajdujących się na obu wydziałach. Wspomniana opinia Sekcji Medycznej Rady Głównej nakazuje łączenie tych jednostek i włączenie ich do jednego z wydziałów, obarczając go obowiązkami dydaktycznymi i naukowymi na rzecz drugiego wydziału.

W naszej uczelni sprawa dotyczy trzech jednostek: mikrobiologii, lekarskiej i farmaceutycznej, farmakodynamiki i farmakologii oraz biochemii i chemii fizjologicznej. Sprawa łączenia tych jednostek nie jest taka prosta, gdyż są one na obu wydziałach niezbędne do kompleksowego podejmowania badań i dydaktyki. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że nie poszczególne instytuty mają być samowystarczalne ale cała uczelnia, a także i to że instytuty będą musiały podejmować wspólną problematykę, koordynowaną a przez władze uczelni, fuzja tych jednostek jest aktualna.

Wspomniane kierunki rozwoju farmacji wymagają poza realizacją systemu dydaktycznego na studiach farmaceutycznych również ściślejszej integracji z medycyną, przede wszystkim na płaszczyźnie biochemii. Proces ten może znaleźć swoje odbicie właśnie w przejęciu przez Wydział Farmaceutyczny łącznie z odpowiednimi katedrami szkolenia studentów Wydziału Lekarskiego w zakresie chemii ogólnej i biochemii.

W związku z powyższym najwłaściwszą koncepcją byłoby powołanie na Wydziale Farmaceutycznym dwu instytutów: Nauki o Leku i Biofarmacji. Trzeba zaznaczyć, że decyzją władz uczelni Katedra Mikrobiologii i Higieny ma być włączona jako Zakład Genetyki Molekularnej do Instytutu Biostruktury Wydziału Lekarskiego, Katedra Farmakodynamiki jako Zakład Instytutu Farmakologiczno-fizjologicznego Wydziału Lekarskiego, natomiast Katedra Chemii Ogólnej i Katedra Chemii Fizjologicznej mają być włączone do Instytutów Wydziału Farmaceutycznego.

Instytut Nauki o Leku obejmując technologię chemiczną środków leczniczych, chemię farmaceutyczną i analizę leku, a więc pion nauki o leku syntetycznym, farmakognozę jako pion nauki o leku naturalnym, co razem z farmacją stosowaną i technologią form leku tworzy zwarty zespół nauk stosowanych, pozwala na kompleksowe rozwiązywanie zagadnień związanych z produkcją kontrolną i dystrybucją leków.

Włączenie do tego instytutu pionu chemii podstawowych pozwoli zwiększyć jego potencjał naukowy profilując jednocześnie problematykę naukową tych jednostek w kierunku niektórych zagadnień z dziedziny analityki leku (chemia nieorganiczna). Włączenie chemii fizycznej i ogólnej do Instytutu Nauki o Leku stworzy możliwość zaangażowania tych dyscyplin do rozwiązywania zagadnień fizykochemicznych związanych z no-

woczesną technologią form leku i trwałością leku. W analogiczny sposób botanika farmaceutyczna zwiększa potencjał farmakognozji.

Do zadań naukowo-badawczych Instytutu Nauki o Leku będzie należało prowadzenie badań w zakresie produkcji, dystrybucji, trwałości, kontroli itp. zagadnień związanych z lekiem roślinnym i syntetycznym. W zakresie farmakologicznej i mikrobiologicznej oceny leku instytut będzie współpracował z Zakładem Farmakologii i Zakładem Farmakodynamiki Instytutu Farmakologiczno-Fizjologicznego oraz Zakładem Mikrobiologii Instytutu Biostruktury A. M.

Realizując swoje podstawowe zadania naukowe instytut ten będzie współpracował z instytutami resortowymi zajmującymi się podobną problematyką badawczą (Instytut Leków, Instytut Farmaceutyczny, Instytut Antybiotyków) oraz jednostkami gospodarki uspołecznionej (Polfa, Herba-pol) itp. na ogólnie przyjętych zasadach.

Instytut może prowadzić szkolenie podyplomowe w zakresie reprezentowanych dyscyplin.

Wewnętrzna struktura Instytutu Nauki o Leku byłaby następująca:

1. Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej
2. „ Chemii Organicznej
3. „ Chemii Fizycznej
4. „ Chemii Ogólnej
5. „ Farmakognozji (z pracownią preparatyki fitochemicznej i ogrodem farmakognostycznym)
6. „ Botaniki Farmaceutycznej
7. „ Chemii Farmaceutycznej
8. „ Analizy Leku
9. „ Farmacji Stosowanej (z apteką kliniczną)
10. „ Technologii Chemicznej Środków Leczniczych
11. „ Technologii Form Leku
12. Pracownia Organizacji i Ekonomiki Farmaceutycznej.

Instytut Biofarmacji obejmuje chemię toksykologiczną z toksykologią środowiska oraz bromatologię łącznie z badaniem substancji obcych, a więc cały kompleks zagadnień których problematyka wymaga stosowania metod z pogranicza biologii, biochemii i analityki chemicznej związanych z chemiczną i toksykologiczną oceną środowiska. Włączenie do tego instytutu chemii fizjologicznej (z Wydziału Lekarskiego) oraz biochemii (z Wydziału Farmaceutycznego) sprofilowanej na badanie metabolizmu leku a także chemii klinicznej pozwoli na możliwość prowadzenia kompleksowych badań. W Instytucie Biofarmacji znajdzie się także Zakład Biosyntezy Leku, który dla swego funkcjonowania wymaga współpracy z biochemią i dlatego powinien znaleźć się w tym instytucie.

Do instytutu włączono Zakład Unikalnych Metod Analitycznych, który

w zasadzie będzie pełnił rolę naukowo-usługową dla obu instytutów Wydziału Farmaceutycznego.

Główne kierunki naukowo-badawcze Instytutu Biofarmacji obejmują zagadnienie toksykologii środowiska i podstawowych badań biochemicznych uwzględniających aktualne potrzeby Służby Zdrowia. Instytut będzie mógł opracowywać metodykę badań chemiczno-klinicznych. Ponadto będzie on mógł prowadzić szkolenie podyplomowe w zakresie reprezentowanych dyscyplin dla fachowych pracowników stacji san.-epid., laboratoriów klinicznych, przemysłowych laboratoriów toksykologicznych itp.

Instytut powinien współpracować z PZH, stacjami san.-epid., Instytutem Medycyny Pracy, laboratoriami klinicznymi itp.

Wewnętrzna struktura Instytutu Biofarmacji byłaby następująca:

1. Zakład Chemii Toksykologicznej
2. Zakład Bromatologii
3. Zakład Analityki Klinicznej
4. Zakład Biochemii (z pracownią badania metabolizmu leku)
5. Zakład Chemii Fizjologicznej
6. Zakład Biosyntezy Leków
7. Zakład Unikalnych Metod Analitycznych.

Wybrana koncepcja wydaje się najsluszniejsza, gdyż pozwala w maksymalnym stopniu wykorzystać potencjał dyscyplin podstawowych, angażując je do kompleksowych badań instytutów, czego nie dałoby się osiągnąć wyodrębniając je w samodzielny instytut.

Do omówienia pozostaje jeszcze jedno dość istotne zagadnienie — uzasadnienie powołania w ramach nowej struktury Wydziału nowych jednostek naukowo-dydaktycznych.

Dotkliwe braki lokalowe Wydziału Farmaceutycznego A.M. uniemożliwiły dotychczas jego normalny rozwój. Wynikiem tego była konieczność realizowania poważnej części zajęć dydaktycznych w postaci zleceń często nawet na zewnątrz Wydziału i Uczelni. Niewłaściwość tego stanu rzeczy jest oczywista. Prowadzona na Wydziale analiza potrzeb etatowych wynikających tylko z pensum zajęć dydaktycznych wykazała braki sięgające kilkudziesięciu etatów.

Po objęciu nowo budowanych obiektów na Polu Mokotowskim zaistnieją warunki na stopniową poprawę. Ponadto przyjęta obecnie forma studiów farmaceutycznych wprowadziła obok kierunku analityki klinicznej szereg nowych dyscyplin. A zatem realizacja zreformowanego programu będzie ponadto wymagała uzupełnienia kadr dydaktycznych.

Wniosek o powołanie Zakładu Chemii Fizycznej został przyjęty przez Senat A.M. i przesłany ministrowi Zdrowia i Op. Społ. w ubiegłym roku. Zakład ten będzie prowadzić zajęcia dydaktyczne dla studentów Wydziału Farmacji oraz będzie współuczestniczyć w rozwiązywaniu niektórych zagadnień fizykochemicznych związanych z problematyką leku. Dotych-

czas zajęcia z chemii fizycznej prowadzone były przez Katedrę Chemii Fizycznej Politechniki Warszawskiej w formie zleceń.

Zakład Analityki Klinicznej — Niedobór kadr fachowych wyspecjalizowanych w analityce klinicznej jest obecnie bardzo wysoki i jest w zasadzie główną przeszkodą w rozwoju szerokiej sieci laboratoriów wykonujących analizy, bez których nie może się obejść nowoczesna diagnostyka lekarska. Nowy zreformowany program studiów farmaceutycznych przewiduje możliwość kształcenia tego typu specjalisty w ramach studiów farmaceutycznych.

Dla szkolenia studentów w zakresie chemii klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej, cytomorfologii itp., powinien być powołany Zakład Analityki Klinicznej, ściśle związany z Centralnym Szpitalnym Laboratorium Analitycznym. Zakład ten będzie jednostką wiodącą w szkoleniu studentów farmacji w zakresie analityki klinicznej.

Pracownia Organizacji i Ekonomiki Farmaceutycznej. — Zreformowany program studiów farmaceutycznych przewiduje na roku IV kierunku aptecznego dwa przedmioty — ekonomiczne i organizacyjne zagadnienia farmacji w liczbie 75 godzin, ustawodawstwo farmaceutyczne — 30 godzin oraz na IV roku kierunku technologicznego i zielarskiego ekonomikę przemysłu — 15 godzin oraz zagadnienia bhp — 15 godzin. Zagadnienia organizacji ekonomiki farmacji były i są niedoceniane w praktyce zawodowej, co znajduje swój wyraz również w programie studiów. Zagadnienia te nie są rozwijane i działalność naukowa w tym zakresie jest również dalece niewystarczająca. Zajęcia dla studentów są prowadzone przede wszystkim w formie zleceń. Powołanie pracowni poza ułatwieniem dydaktyki umożliwi działalność naukową i kształcenie kadr w tej dziedzinie.

Zakład Analizy Leków — Konieczność wyodrębnienia takiej jednostki organizacyjnej wynika zarówno z potrzeb dydaktyki jak i rozwoju analityki farmaceutycznej. Analiza środków leczniczych jest przedmiotem zajęć praktycznych studentów III roku i nie obejmuje analizy form recepturowych. Tematyka ta jest objęta ćwiczeniami na roku V kierunku analitycznego, a wg nowego zreformowanego programu roku IV i V w łącznym wymiarze 240 godzin.

Analiza leku jest więc w programie dydaktycznym zagadnieniem wyodrębnionym. Słuszność takiego wyodrębnienia wynika ze złożoności problematyki analitycznej, polegającej na konieczności ilościowego rozdzielania nieraz bardzo spokrewnionych ze sobą środków leczniczych, wchodzących w skład leku złożonego; ilościowego rozdzielania mieszanin zawierających środki zlepiające, korygujące smak itp.

W analityce farmaceutycznej istnieje poważne zapotrzebowanie na opracowania metodyczne. Tematyka ta nie mieści się w klasycznym ujęciu chemii środków leczniczych i jest niewątpliwie jednym z powodów za-

niedbań w tej dziedzinie. Wyodrębnienie więc kilkusobowego zespołu, który specjalizowałby się w tej tematyce jest ze wszechmiar pożądane.

Zakład Technologii Postaci Leku — W zreformowanym programie studiów przedmiot ten został wyodrębniony i jest jedną z głównych dyscyplin na kierunku technologicznym. Problematyka związana z nadawaniem środkom leczniczym odpowiednich form recepturowych jest w nowoczesnym leczeniu bardzo istotna, a w przemyśle stanowi wyłączną domenę farmacji.

Zakład Unikalnych Metod Analitycznych — Utworzenie zakładu obejmującego pracownię z unikalną lub bardzo kosztowną aparaturą pozwoli przez koncentrację tej aparatury na jej pełniejsze wykorzystanie, udostępni korzystanie z niej całemu wydziałowi, a w razie potrzeby całej uczelni. Zakład i jego pracownię pełniłyby rolę usługową dla innych zakładów rozwijając wspólną tematykę badań. Ponadto niektóre pracownię prowadziłyby również dydaktykę. Utworzenie takiego zakładu bardzo elastycznego w swoim założeniu wydaje się bardzo korzystne, gdyż w miarę rozwoju nauki pozwala powoływać nowoczesne i wysoko specjalistyczne pracownię udostępniając szerszemu ogółowi korzystanie z pojedynczych egzemplarzy przeważnie bardzo kosztownej aparatury.

Pracownia Biosyntezy — We współczesnej farmakoterapii obserwuje się coraz większy arsenał leków wytwarzanych na drodze biosyntezy (witaminy, antybiotyki itp.). W aktualnym programie zagadnienia te znalazły swoje odbicie w postaci samodzielnych dyscyplin o niewielkim zakresie godzin. Jednak ze względu na specyfikę dyscypliny łączącą zagadnienia technologiczne z mikrobiologią istnieje konieczność wyodrębnienia samodzielnej jednostki.

Apteka Kliniczna — Do Zakładu Farmacji Stosowanej włącza się na prawach pracowni aptekę szpitala klinicznego. Zakład jako jednostka wiodąca na kierunku aptecznym powinien być związany z apteką szpitalną tak jak nauczanie przedmiotów klinicznych z kliniką. Apteka kliniczna musi się stać jednostką opracowującą naukowo niektóre zagadnienia farmacji szpitalnej przy ścisłej współpracy z klinikami. W bardzo wielu krajach zachodnich właśnie tak są ustawione apteki szpitali klinicznych. Organizacyjne ustawienie apteki szpitala klinicznego i powiązanie z Zakładem Farmacji Stosowanej może być analogiczne jak akademickiej kliniki na obcej bazie łóżkowej.

Ponadto zachodzi konieczność powołania w ramach istniejących zakładów:

W Katedrze Farmakodynamiki — pracowni teratogenności leku.

W Katedrze Biochemii — pracowni metabolizmu leku.

W pełnej ocenie leku przy współczesnych wymaganiach zagadnienia metabolizmu leku i jego teratogennego działania są bardzo istotne i nie

mogą być pominięte. Dlatego też problematyka ta musi być rozwijana zwłaszcza wobec braku tego rodzaju placówek w kraju.

W Katedrze Chemii Toksykologicznej i Sądowej — pracowni toksykologii środowiska.

W Katedrze Bromatologii — pracowni badania substancji obcych w żywności.

Obserwowana w ostatnim okresie i ciągle rosnąca chemizacja środowiska powoduje zagrożenie zdrowia i życia człowieka. Występowanie różnego rodzaju schorzeń uczuleniowych oraz ostrych, przewlekłych i utajonych zatruc stwarza pilną potrzebę przeciwdziałania i profilaktyki przez podjęcie szerokich badań toksykologicznych środowiska i wykrywania substancji obcych w żywności.

W Zakładzie Farmakognozji należy powołać pracownię preparatyki fitochemicznej.

W zreformowanym programie studiów „Analiza i preparatyka fitochemiczna” jest głównym przedmiotem kierunkowym i łącznie z „Przetwórstwem zielarskim do celów nielecniczych” obejmuje ok. 300 godzin zajęć. Przewiduje się zatrudnienie absolwentów tego kierunku w przemyśle zielarskim, stąd konieczność ścisłego powiązania programowego z kierunkiem technologicznym. Analiza fitochemiczna włączona jest obecnie do ogólnego programu zajęć farmakognostycznych. Natomiast preparatyka fitochemiczna stanowi odrębne zagadnienie, dlatego konieczne jest szerokie uwzględnienie problematyki fitochemicznej, która jest dziś dziedziną szczególnie ważną w produkcji leku roślinnego.

Należy zaznaczyć, że w Katedrze Farmakognozji przed kilku laty pracownia taka została zorganizowana a jej obecne powołanie będzie zatwierdzeniem istniejącego stanu faktycznego.

Należy nadmienić, że obsada personalna wszystkich nowo powołanych jednostek mieści się w ogólnych potrzebach etatowych a kadry fachowe potrzebne do realizowania nowego programu w większości przypadków są albo już przygotowane, albo istnieją możliwości ich zaangażowania.

Jak widać proponowane zmiany są dość duże i z pewnością trudne w realizacji, a wprowadzanie ich będzie wymagało dość dużego wysiłku. Jednak zmiana struktury organizacyjnej Wydziału, przy równoczesnym obejmowaniu nowej bazy lokalowej na Polu Mokotowskim, stwarza niebywałą ku temu okazję. Zaprzepaszczenie takiej okazji może być błędem nie do naprawienia w najbliższej przyszłości, ponieważ zawsze lepiej jest poprawiać zupełnie nową strukturę niż przeżywać ciągle małe reorganizacje.

*Maria Kapuścińska i Marian Mikos **

NOWE ASPEKTY DYDAKTYKI FIZYKI NA WYDZIALE FARMACJI A.M.

Szybki rozwój nauki stwarza wiele problemów dla placówek dydaktyczno-wychowawczych. Aktywność naukowa wzrasta w tempie czterokrotnie większym niż aktywność ludzka, w pozostałych dziedzinach życia społecznego.²⁾ Dorobek naukowy ludzkości podwaja się przeciętnie co 7 — 8 lat.⁴⁾ Corocznie ukazuje się na kuli ziemskiej około miliona publikacji tylko z zakresu nauk przyrodniczych i technicznych.

To szybkie tempo rozwoju nauki i techniki warunkuje zadania współczesnej szkoły wyższej — określa profil wykształcenia kadr specjalistycznych. Absolwent współczesnej uczelni ma być przygotowany do rozwiązywania zadań w swojej działalności zawodowej, ma służyć swoją wiedzą rzeczową wzrastającym wciąż potrzebom społecznym.

Zasadniczym kryterium doboru treści kształcenia są potrzeby społeczno-polityczne, które wzrastają na bazie nauki i techniki, a jednocześnie na zasadzie sprzężenia zwrotnego potrzeby te inspirują rozwój określonych dyscyplin nauki.

Uczelnia z racji swej działalności dydaktyczno-wychowawczej staje przed dość istotnym problemem: jakie wybrać treści do nauczania akademickiego z ogromu wiedzy nagromadzonej przez ludzkość, i jakie stosować zabiegi organizacyjno-dydaktyczne, aby nauczanie było skuteczne w aspekcie społecznych wymogów kształcenia.

Problemy te stara się rozwiązać współczesna dydaktyka podejmując liczne w tym zakresie badania.¹⁰⁾ Prace nad modernizacją treści i metod nauczania prowadzone są w oparciu o najnowsze zdobycze psychologii z zakresu procesów nauczania i uczenia się z wykorzystaniem osiągnięć teorii informacji i aparatu metodologicznego cybernetyki.⁹⁾

Zgodnie z zaleceniem dydaktyki ogólnej uczelnia ma wyposażyć studenta w takie treści rzeczowe i osobowościowe, aby stał się on aktywnym twórcą postępu, aby był przygotowany do posługiwania się wiedzą w przekształcaniu warunków życia.⁶⁾

* Katedra Fizyki Lekarskiej

Absolwent szkoły wyższej ma więc legitymować się funkcjonalną wiedzą rzeczową i wysokim poziomem intelektu. W tym celu uczelnia podejmuje wychowanie w szerokim rozumieniu. ⁷⁾

Zasadniczym narzędziem realizacji zadań uczelni są odpowiednie programy nauczanych przedmiotów i zabiegi organizacyjno-metodyczne, podejmowane w celu podniesienia efektywności nauczania. Miarą efektywności nauczania będzie nie tylko ilość przyswojonych informacji z różnych dyscyplin nauki, ale przede wszystkim wartość tych informacji z punktu widzenia ich funkcjonalności dla potrzeb praktyki.

Spełnienie postulatu — funkcjonującej wiedzy — wiąże się integralnie z szeroko pojętym rozwojem intelektualnym studenta — z oddziaływaniem na instrumentalną sferę jego psychiki — z doskonaleniem jego zdolności poznawczych.

Aby działalność dydaktyczno-wychowawcza uczelni była adekwatna do społecznych zadań kształcenia — wzrastających proporcjonalnie do szybkiego tempa rozwoju nauki i techniki — należy podjąć modernizację treści i metod nauczania. Zagadnienie to podejmują nie tylko specjalistyczne placówki naukowo-badawcze, ale również szerokie rzesze nauczycieli, od szczebla podstawowego do akademickiego. Coraz liczniej ukazują się publikacje, w których autorzy postulują nauczanie struktury przedmiotu. ¹⁾ Z ogromu nagromadzonych informacji należy uczyć tego, co jest podstawowe, zasadnicze, z czego wynika szereg informacji szczegółowych, co stanowi o strukturze informacyjnej danego tematu, czy działu. Jerome S. Bruner¹⁾, który jest niejako prekursorem idei nauczania struktury przedmiotu pisze: „...wiadomości nabyte bez wiążącej je struktury stanowią wiedzę, która prawdopodobnie ulegnie zapomnieniu. Niepowiązany zbiór faktów żyje w pamięci żałośnie krótko. Łączenie faktów według pewnych zasad i pojęć ogólnych, z których można je wyprowadzić, jest jedynym znanym sposobem zwolnienia tempa zapominania”. Zbiór wiadomości niepowiązanych ze sobą logicznie i funkcjonalnie stanowi wiedzę statyczną której pożytek dla potrzeb somokształcenia i praktycznej działalności zawodowej jest wątpliwy.

Treści przekazywane studentowi w czasie jego studiów powinny odzwierciedlać przynajmniej w ogólnych zarysach strukturę danej dyscypliny jako nauki, jej systemy pojęciowe, logiczną spójność, metodologię, aktualną i perspektywiczną problematykę badań, a nade wszystko te treści, które spełniają organizującą funkcję dla samokształcenia.

Problem przeciążenia studenta uwarunkowany jest między innymi i tym, że programy bywają nadmiernie przeładowane wiadomościami. Program przeładowany informacjami będących zbiorem a nie systemem treści może rzeczywiście przekraczać możliwości percepcji studenta, obciąża szczególnie jego pamięć, ale nie rozwija w nim w dostatecznym stopniu innych

zdolności poznawczych bardziej wartościowych dla samokształcenia i rozwoju intelektu jak: operacje poznawcze, myślenia i wartościowania.³⁾

Informacje można skondensować, wyeksponowując tylko to, co odzwierciedla strukturę i funkcję zjawisk i rzeczy w danym przedmiocie nauczania. Do wyjaśnienia może wystarczyć tylko kilka dobrze wybranych przykładów. Materiał można wtedy ująć zwięźle, a jednak dostatecznie głęboko z punktu widzenia jego znaczenia dla dalszej nauki.

Umiejętność posługiwania się wiedzą — rozumiana jako zdolność do wytwarzania nowych informacji wykorzystując w tym celu wiadomości już posiadane — uwarunkowana jest przede wszystkim strukturą tej wiedzy i sposobem jej nabywania. Stanowisko takie podziela wielu pedagogów i psychologów. Tadeusz Tomaszewski⁹⁾ wyraża w tej kwestii swój pogląd następująco: „...potrzebna nam jest wiedza o procesach uczenia się i to w odniesieniu do tego właśnie rodzaju wiadomości, które dobrze funkcjonują w praktyce działalności ludzkiej. Wiele wskazuje na to, że odpowiednie funkcjonowanie wiadomości zależy od sposobu, w jaki zostały one nabyte. Nawet najlepiej dobrane wiadomości mogą okazać się bezużyteczne lub nieaktywne, jeśli popełnimy błędy metodyczne w procesie nauczania”.

Aby usprawnić proces nauczania należy przede wszystkim poddać go wszechstronnej analizie, wysunąć pewne propozycje, które powinny być następnie sprawdzone w toku nauczania. W związku z tym staje się nieodzowne podjęcie przez niektórych pracowników naukowo-dydaktycznych badań nad zagadnieniami dydaktyki i szczegółowych metodyk gałęzi wiedzy będących przedmiotem studiów w akademiach medycznych.

Próby analizy procesu dydaktycznego podjęto w Zakładzie Fizyki Lekarskiej A.M. w Warszawie. Przedmiotem szczegółowych badań jest nauczanie fizyki na I roku Wydziału Farmaceutycznego (obecnie w wymiarze 165 godzin w ciągu I i II semestru). Przeprowadzana analiza dotyczyła możliwie wszechstronnego prześledzenia toku procesu dydaktycznego w ciągu roku akademickiego. Dotyczyła ona również następujących zagadnień: zbadania w różnych aspektach korelacji między wynikami z fizyki uzyskanymi w szkole (w oparciu o oceny z tego przedmiotu na maturze) i na egzaminie wstępnym a wynikami całorocznej pracy na uczelni uwieńczonej egzaminem końcowym.

Analiza taka pozwala na sformułowanie konkretnych wniosków mających na celu usprawnienie procesu kształcenia w miarę możliwości i środków będących w dyspozycji katedry. Starano się zweryfikować ponadto wysunięte wnioski i propozycje przy pomocy eksperymentu naturalnego.

Na podstawie badań zebranego dotychczas materiału okazało się, że korelacja między wynikami z fizyki na maturze i na egzaminie wstępnym a wynikami po I roku studiów jest znikoma (współczynnik korelacji wynosi 0,1—0,2). Ponadto średnia ocena z egzaminu końcowego jest z reguły niższa niż ocena maturalna. Przyczyny tego stanu rzeczy możnaby podzie-

lić na dwie zasadnicze grupy: przyczyny wynikające z niedostatków wykształcenia szkolnego oraz z niedociągnięć występujących w procesie kształcenia na poziomie akademickim.

Daje się zauważyć słabe przygotowanie wyniesione ze szkoły. Świadczą o tym wyraźnie wyniki ankiet — testów, przeprowadzonych na początku roku akademickiego, dość słabe nawet dla osób, które uzyskały dobre lub b.dobre oceny na maturze. Obecnie nie będziemy jednak zatrzymywać się na rozpatrywaniu przyczyn tego stanu rzeczy, gdyż nie mamy możliwości bezpośredniego wpływu na poziom nauczania szkolnego. Rozpoczynając pracę na uczelni z nowo przyjętymi studentami musimy jednak zakładać przynajmniej dostateczne opanowanie programu szkolnego.

Stosunkowo niska średnia na egzaminie końcowym z fizyki ma również inne przyczyny, do których zaliczyć można w poszczególnych przypadkach przerwę w nauce oraz brak „motywacji indywidualnej”, która wynika z przesuwania niektórych studentów z innych wydziałów (np. ogólnolekarskiego), na które nie dostali się z powodu braku miejsc. Częstokroć traktują oni studia na Wydziale Farmacji jako stan przejściowy, co nie sprzyja rzetelnej pracy.

Wysiłek pracowników naukowo-dydaktycznych powinien iść w kierunku poszukiwania takich metod nauczania i zabiegów organizacyjnych, aby w miarę możliwości podnieść ogólny poziom wykształcenia studentów w dziedzinie fizyki. W roku akad. 66/67 i następnych podjęto próby wprowadzenia do procesu dydaktycznego pewnych modyfikacji mających na celu podniesienie jego efektywności.

Jak już podkreślono na wstępie jednym z najważniejszych, lecz niewątpliwie trudnych zagadnień, jest odpowiedni dobór materiału nauczania. W wykładzie kursowym z fizyki, realizowanym w ramach ogólnego programu, słuchacze muszą otrzymać pewien całokształt wiedzy z tej dziedziny. Powstaje więc problem optymalnego wyboru z punktu widzenia ogólnego rozwoju naukowego oraz przyszłych zainteresowań studentów Farmacji. Wykłady powinny pomóc studentom w uświadomieniu sobie miejsca i roli fizyki w nauce i świecie współczesnym oraz jej kolosalnego wpływu bezpośredniego, jak i przez zastosowania techniczne nie tylko na inne gałęzie wiedzy, lecz również na stosunki gospodarcze, kulturalne, społeczno-polityczne (np. znaczenie elektryfikacji, środków masowego przekazu informacji, wykorzystania pokojowego i militarnego energii jądrowej). Wykłady fizyki dla studentów farmacji powinny również uwypuklać ścisłe związki fizyki z chemią, biologią i medycyną, wskazać na zastosowanie metod fizycznych w tych gałęziach nauki, będących głównym przedmiotem studiów.

W toku prowadzenia eksperymentu naturalnego, starano się wprowadzić do wykładów postulatę nauczania struktury przedmiotu. Strukturę przedmiotu można traktować jako logicznie uporządkowany zbiór elementów,

pozwalający jednocześnie wskazać miejsce danego elementu w zbiorze oraz istniejące między tymi elementami związki.

Pomocą w poglądowym przedstawieniu struktury przedmiotu mogą służyć opracowywane przez wykładowcę specjalne schematy tzw. szkielety, przedstawione graficznie na planszach, lub powielane i rozdawane studentom.

W wykładzie systematycznie omawia się elementy tematyczne zawarte w schemacie. Warto wówczas powracać do niego, aby na bieżąco wskazywać miejsce omawianego tematu w strukturze. „Wypełnianie” struktury szczegółowymi wiadomościami należy przede wszystkim do wykładowcy, ale także do ćwiczeń laboratoryjnych zajęć seminaryjnych, wiadomości uzyskanych z podręcznika, konsultacji itp.

Struktury — „szkielety” można opracowywać dwustopniowo. Pierwszy stopień struktury zawiera bardziej ogólne elementy danego działu. Drugi stopień obejmuje rozwinięcie wybranego elementu struktury pierwszej, co można by obrazowo nazwać „oglądaniem przez lupę” tego elementu, pozwalającym dostrzec więcej szczegółów. Oczywiście, struktury te nie mogą być nadmiernie szczegółowe, wówczas bowiem znacznie się komplikują i tracą na pogładowości.

Strukturę stopnia I można przedstawiać słuchaczom przed rozpoczęciem omawiania większego działu, strukturę zaś stopnia II raczej po przedstawieniu odpowiedniej części materiału, jako pewnego rodzaju podsumowanie. W schemacie II stopnia można pozostawiać puste „klatki”, które studenci powinni zapełnić samodzielnie na podstawie szczegółowego wykładu. Mogą one zawierać np. hasło: „Przykłady i zastosowania”.

Gdy student ogarnie całość zagadnienia i pozna związki pomiędzy elementami struktury, wówczas łatwiej mu będzie nawet samodzielnie „wypełnić wiedzą” poszczególne jej elementy, jeśli nauczymy go posługiwania się pomocami naukowymi.

Badania prowadzone na gruncie teorii informacji każą wnioskować, że łatwiej jest przyswoić sobie mniejszą liczbę symboli, z których każdy zawiera wiele informacji, niż dużą liczbę symboli zawierających mało informacji.⁵⁾ Elementy struktury starają się spełniać rolę symboli nowego kodu, przy czym w każdym z nich zawarta jest duża porcja informacji. „Szkielety” pozwalają więc ogarnąć całość omawianego tematu lub większego działu, dostrzec najważniejsze elementy wchodzące w jego skład, a także związki między nimi. Przeciwdziała to „zagubieniu się”, szczególnie studentów I roku, w powodzi informacji, porządkując je pod względem funkcji i przydatności dla dalszego procesu studiów. Schematy takie spełniają również rolę konspektu wykładowego i mogą stanowić dobrą pomoc w systematycznym powtarzaniu i przyswajaniu materiału.

Ponieważ istotnym elementem procesu kształcenia jest przekazywanie informacji to proces ten wtedy funkcjonuje prawidłowo, gdy oprócz pro-

stego, istnieje w nim sprzężenie zwrotne, należy przeto dążyć do usprawnienia tego typu sprzężenia w procesie dydaktycznym. Sprzężenie zwrotne realizowane jest tutaj przede wszystkim przez bieżącą kontrolę wyników nauczania jak również przez konsultacje, ankiety itp. W tym celu na wykładach wprowadzono krótkie testy (5–10 minutowe) sprawdzające, tak pomyślane, aby słuchacze musieli korzystać z wiadomości nabywanych na wykładzie. Podczas opracowywania odpowiedzi na pytania testowe studenci mogą korzystać z notatek. Chodzi bowiem o to, aby umieli twórczo posługiwać się zdobytą wiedzą, a nie tylko gromadzić pewną sumę wiadomości. Wyniki testów są na bieżąco udostępniane studentom, każdy zaś test omawiany (zresztą formy tych sprawdzianów ulegają w miarę potrzeby modyfikacji). W ten sposób wykładowca jest stale informowany (sprzężenie zwrotne) o percepcji słuchaczy, co ma duże znaczenie dla dalszego toku wykładu. Ponadto punkty wystawiane za testy są jedną z podstaw oceny całorocznej pracy studentów.

Drugą formą realizacji sprzężenia zwrotnego jest sprawdzanie wiadomości przeprowadzane obecnie podczas zajęć laboratoryjnych. Dotyczy ono wykonywanego ćwiczenia i związanego z nim zagadnienia teoretycznego oraz zasad działania używanych przyrządów. Podczas ćwiczeń studenci mają ponadto dobrą sposobność do zadawania pytań i uzyskiwania wyjaśnienia bardziej skomplikowanych zagadnień: istnieje więc okazja do obustronnego przekazywania informacji, co jest oczywiście korzystne z punktu widzenia procesu dydaktycznego.

Dodatkową formą pomocy dla studentów słabszych są stałe godziny konsultacji, w czasie których asystenci objaśniają trudniejsze problemy, udzielają różnego rodzaju wskazówek a nawet pomagają w uzupełnianiu braków wykształcenia szkolnego. Niestety ta forma pomocy wciąż nie jest jeszcze zbyt popularna wśród studentów, stąd słaba frekwencja. Wzrasta ona dopiero bezpośrednio przed sesją egzaminacyjną.

Studenci pierwszych lat studiów napotykają w swej pracy szczególne trudności, gdyż do innych czynników występujących na wszystkich latach dołącza się znany problem „progu dydaktycznego”, który polega m.in. na zmianie sposobu uczenia się i nauczania oraz na konieczności przystosowania się do nowego środowiska. Nieznajomość nowej techniki uczenia się jest często przyczyną niepowodzeń w nauce, zwłaszcza na I roku. Dlatego też wprowadzenie, wykładów z technologii pracy umysłowej⁸⁾ na Wydziale Farmacji Krakowskiej Akademii Medycznej jest niewątpliwie pozytywne i godne naśladowania przez inne ośrodki.

Bardzo ważną sprawą, związaną z adaptacją do nowego środowiska, jest wytworzenie odpowiedniej atmosfery studiów. Słuchacze powinni odczuwać życzliwość ze strony pracowników naukowo-dydaktycznych, powinni darzyć ich zaufaniem w przeświadczeniu, że uczestniczą we wspólnej pracy katedry a nie są tylko petentami. Jest rzeczą jasną, że życzliwość nie

może przekształcać się w pobłażliwość, a wszelkie próby nadużywania przez studentów okazanego im zaufania powinny się spotkać ze stanowczym przeciwdziałaniem. Nie możemy bowiem ograniczyć się do nauczania lecz powinniśmy także wychowywać.

Pewną formą tego rodzaju oddziaływań są przeprowadzane — w miarę potrzeby — indywidualne rozmowy ze studentami. W wielu przypadkach stają się zrozumiałe powody zaniedbań w nauce, będące często wynikiem różnych kłopotów życiowych. W takich przypadkach rada, czy po prostu słowo otuchy wiele znaczy, szczególnie dla tych osób, które po raz pierwszy znalazły się z dala od domów i rodziny. Duże znaczenie w rozwiązywaniu konkretnych trudności ma współpraca wykładowcy, opiekuna grupy studenckiej i organizacji młodzieżowych. Inną formą oddziaływania typu wychowawczego, zmierzającego do podkreślania wysiłków i osiągnięć studenta jest stosowane u nas okresowe wywieszanie list osób wykazujących się dobrymi postępami w nauce, wykresów charakteryzujących postępy wszystkich studentów, np. w postaci histogramów.

Wprowadzenie omówionych prób modernizacji procesu kształcenia dało pozytywne wyniki. Tak na przykład średni wynik z całorocznej pracy (w roku akademickim 66/67) wzrósł w porównaniu z rokiem poprzednim (tj. 65/66 z 2,2 pkt. na 3,7 pkt., a średni wynik egzaminu końcowego z fizyki odpowiednio z 2,5 pkt. na 3,4 pkt. (w skali dziesięciostopniowej) przy takiej samej ocenie średniej na maturze w obu latach.

Wyniki te zachęcają do dalszych usiłowań. Badania i próby są kontynuowane nadal i dostarcza zapewne również wiele ciekawego materiału.

Jak widać z tego przeglądu dużo interesujących problemów czeka na dalsze opracowanie i dyskusję. Jest dla nas rzeczą bardzo cenną, że obecnie stawia się dydaktykę na właściwym miejscu, podnosi jej rangę w szkole wyższej, a co za tym idzie trud i wysiłek pracowników dydaktycznych. Wielu z nich zajmuje się tymi problemami. Wysiłki ich są jednak rozproszone, brak informacji nad czym pracują obecnie koledzy z innych katedr. Wydaje się celowe zintegrowanie tej działalności, przez nadanie jej odpowiedniej formy organizacyjnej.

LITERATURA:

1. J. Bruner, „Proces kształcenia”. PWN, 1964.
2. Z. Gackowski. Główne zagadnienia i kierunki filozofii. 1966, s. 399.
3. J. Koziński. Zagadnienia psychologii myślenia. PWN, 1966, s. 119.
4. G. Meyer. Cybernetyka a proces nauczania. PZWS, 1969, s. 87.
5. P. Niewielski. Bionika, Nauka. Moskwa 1965.
6. W. Okoń. Zarys dydaktyki ogólnej, PZWS, 1965, s. 61.
7. Pedagogika na usługach szkoły, pod redakcją F. Korniszewskiego. PZWS 1966.
8. L. Sędziwy. Życie szkoły wyższej. 1967, nr 2, s. 122.
9. T. Tomaszewski. Kwartalnik pedagogiczny. 1966, nr 1, s. 21.
10. J. Zborowski. Unowocześnienie metod nauczania. 1966.

KOMUNIKAT

W związku z 20-leciem istnienia Akademii Medycznej w Warszawie oraz 25-leciem oddania do użytku Domu Medyków — powołany został do życia komitet, którego zadaniem jest opracowanie i opublikowanie w Biuletynie A. M. materiałów dotyczących odbudowy Zakładów Naukowych Wydziału Lekarskiego, Farmaceutycznego i Stomatologii Uniwersytetu Warszawskiego, odbudowy życia naukowego i społecznego młodzieży medycznej w latach 1944—1950.

Wszyscy koledzy, którzy posiadają materiały i wspomnienia z tego okresu proszeni są o nadsyłanie, ewentualnie wypożyczenie materiałów na ręce niżej wymienionych, zajmujących się opracowaniem poszczególnych zagadnień:

1. Dom Medyków i Koło Medyków
Dr med. Zbigniew Warakomski — Warszawa, ul. Falęcka 5/7 m. 4, tel. 45-59-28.
2. Odbudowa Zakładów Naukowych Wydziału Lekarskiego
Dr Miron Paciorkiewicz — Warszawa, ul. Grójecka 35 m. 4 tel. 22-17-27.
3. Odbudowa Zakładów Naukowych Wydziału Farmaceutycznego
Mgr Tadeusz Szymański — Warszawa, ul. Długa 16
Mgr Antoni Tryjarski — Warszawa, ul. Płocka 29 m. 9, tel. 32-24-58.
4. Działalność Koła Naukowego Farmaceutycznego
Dr Bogusław Kamiński — Warszawa, ul. Orła 6a m. 6, tel. 20-32-74.
5. Odbudowa Zakładów Naukowych Wydziału Stomatologii i Koło Stomatologiczne.
Doc. dr Mieczysław Jesionowski — Warszawa, ul. Barska 11/13, tel. 22-17-64.
6. Działalność wydawnicza
Dr Jerzy Jonczyk — Warszawa, ul. Filtrowa 35 m. 2
Dr Zdzisław Zakrzewski — Katedra Chemii Farmaceutycznej, Warszawa, ul. Oczki 3, tel. 28-10-41 w. 2
7. Samopomoc studencka
Mgr Irena Gwizdalewicz — Warszawa, ul. Coraziego 4 m. 4
Dr Waclaw Leśkiewicz — Warszawa, ul. Niemcewicza 7/9 m. 138
Mgr Barbara Tryjarska — Warszawa, ul. Płocka 29 m. 9, tel. 32-24-58.
8. Akcja krwiodawstwa
Dr Helena Amatuni — Warszawa, ul. Wiejska 20 m. 11, tel. 21-10-80.
9. Działalność kulturalna i obozy wypoczynkowe Koła Medyków
Dr Tadeusz Grigo — Warszawa ul. Wejnerta 21/28 m. 38, tel. 44-70-07.

SEKRETARZ
Dr Miron Paciorkiewicz

PRZEWODNICZĄCY
Dr Zbigniew Warakomski

*Prof. dr med. Józef Towpik **

AKTUALNE PROBLEMY WENEROLOGII

Wenerologia przeżywa ostatnio okres przewartościowywania wielu dawnych i tradycyjnych sposobów myślenia i działania. Stało się to pod naporem nowych zjawisk epidemiologicznych, które zmuszają do rewizji niektórych metod zwalczania i profilaktyki chorób wenerycznych.

Po opanowaniu powojennej epidemii chorób wenerycznych, rozpoczął się w latach pięćdziesiątych ponowny wzrost zachorowań prawie w całym świecie, pomimo istnienia skutecznych i dostępnych środków leczniczych. Wzrost ten wkrótce przybrał tak gwałtowne tempo, że w wielu krajach wystąpiła ponowna groźba epidemii.

W Polsce najniższy wskaźnik zachorowań na kiłę uzyskano w 1954 r. (8,0/100.000 mieszkańców). W 1959 r. wskaźnik ten wynosił 16,5, w 1967 — 40,2, w 1969 r. — 52 a łącznie z przypadkami kiły wczesnej bezobjawowej 67/100.000. Tylko w okresie 3 lat (1965—68) wystąpił globalny wzrost przeszło dwukrotny a na terenie niektórych województw 5—6—7-krotny. W 1969 r. w porównaniu do roku poprzedniego zaznaczyło się pewne zmniejszenie tempa wzrostu zachorowań w grupie chorych na kiłę wczesną objawową, natomiast bardzo znaczny wzrost, bo o 26% w grupie chorych z kiłą wczesną bezobjawową, czyli u chorych u których: a) kiła z różnych przyczyn nie została rozpoznana w okresie wczesnym objawowym i u których choroba trwa już od 1—2 lat, b) którzy pomimo braku objawów są nadal zakaźni, c) których wyleczenie jest znacznie trudniejsze niż chorych z kiłą wczesną objawową, d) u wielu z pośród nich stwierdza się już czynne zmiany kiłowe w układzie nerwowym.

Ponieważ tego rodzaju chorych wykrywa się raczej tylko przypadkowo w następstwie badań serologicznych wykonywanych np. z okazji przyjęcia do pracy, przy badaniu serologicznym krwiodawców, kobiet ciężarnych, itp., należy sądzić, że rzeczywista liczba chorych z kiłą bezobjawową jest znacznie większa.

Drugim zmiennym dla naszego terenu, a bardzo niepomysłnym zjawiskiem epidemiologicznym jest późne rozpoznawanie kiły objawowej. W 1969 r. u około 39% chorych z kiłą objawową choroba została rozpozna-

* Instytut Wenerologii A.M.

na po okresie dłuższym niż 6 miesięcy od zakażenia (6—9—12 mies.). Na terenach niektórych województw odsetek ten dochodzi do 59—60—68‰.

Stały wzrost zachorowań oraz późna diagnostyka kiły objawowej i wzrost grupy chorych z kiłą wczesną bezobjawową jest zjawiskiem epidemiologicznym, świadczącym o ciężkim kryzysie istniejącego systemu zwalczania chorób wenerycznych. Zachorowania na rzeżączkę utrzymują się od szeregu lat na wysokim poziomie a liczba zgłoszonych przypadków wynosi około 50 tysięcy rocznie. Należy sądzić, że rzeczywista liczba zachorowań jest dwukrotnie wyższa.

Tak powszechny i znaczny wzrost zachorowań na choroby weneryczne zmusza do wnikliwej analizy wszystkich aktualnych aspektów tego zjawiska powiązanego przyczynowo z różnymi przejawami współczesnego życia.

Badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia w skali światowej jak i badania na terenie poszczególnych regionów i krajów wykazują wielką dynamikę i złożoność tego zjawiska, co powoduje nie nadążanie i małą skuteczność stosowanych dotychczas metod epidemiologicznych. Wśród przyczyn wzrostu zachorowań wymienia się między innymi:

1. Duże migracyjne ruchy ludności związane z ogromnym rozwojem różnych środków komunikacji, z masową turystyką, z urbanizacją i przemysłowieniem, powodującymi czasową lub trwalszą zmianę warunków bytowania dużych mas ludności. Wszystko to sprzyja kontaktom przypadkowym i anonimowym, o zmiennym miejscu pobytu, a więc uniemożliwiającym w razie zachorowania uchwycenie źródeł zakażenia, co ma przecież podstawowe znaczenie w zwalczaniu każdej choroby zakaźnej.

2. Nadmierny liberalizm w zakresie norm obyczajowych i przedwczesna „erotyzacja” młodzieży powodująca znaczne obniżenie granicy wieku rozpoczynania życia płciowego przez młodzież jeszcze niedojrzałą i nieświadomą o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych (wzrost zachorowań w grupie wieku 15—19 lat jest stosunkowo większy niż w innych grupach).

Rozluźnienie norm obyczajowych stwarza pomyślne warunki dla rozwoju różnych form prostytucji jawnej i zamaskowanej.

3. Rola alkoholizmu w szerzeniu się chorób wenerycznych jest już od dawna ustalona, 60—70‰ zakażeń odbywa się pod wpływem alkoholu.

4. Jedną z najważniejszych przyczyn w skali światowej to niedostateczny stan uświadomienia społeczeństwa o stale grożącym niebezpieczeństwie chorób wenerycznych oraz o możliwości ich zwalczania i zapobiegania.

5. Ostatnio zwrócono uwagę na rolę epidemiologiczną stosowanych masowo różnych środków antykoncepcyjnych, szczególnie doustnych. Środki te znoszą obawę przed ciążą i przyczyniają się do zwielokrotnienia kontaktów seksualnych zwiększając pośrednio ryzyko i możliwości zachorowania.

Obok tych przyczyn ogólnych istnieją jeszcze liczne przyczyny lokalne w mniej lub więcej ścisły sposób związane ze służbą zdrowia.

6. Zdarzają się ostatnio dość liczne przypadki błędów diagnostycznych popełnianych najczęściej przez lekarzy nie dermatologów. Wynikają one nieraz z tego, że przebieg kiły bywa nietypowy ale również i z tego, że zapomina się o symptomatologii klinicznej kiły wczesnej i późnej. Praktyka codzienna dostarcza niestety wielu przykładów takich błędów. Zmusza to do zrewidowania planu szkolenia zarówno przed- jak i podyplomowego lekarzy.

7. Duże braki wykazuje również na niektórych terenach diagnostyka laboratoryjna, szczególnie w zakresie nowoczesnych metod badań bakteriologicznych i serologicznych. Poza zwiększeniem zasięgu i ilości obecnie już stosowanych metod, zachodzi konieczność opracowania i wprowadzenia w życie nowoczesnych metod diagnostycznych, zwłaszcza nadających się do badań masowych.

8. Jedną z niewątpliwie słabych stron naszego aparatu epidemiologicznego na niektórych terenach to jest mała wydajność wywiadu epidemiologicznego oraz trwające zbyt długo wykrywanie kontaktów tam, gdzie są one w ogóle osiągalne.

Nieuchwytność kontaktów i źródeł zakażenia jest jedną z głównych przyczyn niepowodzenia w zwalczaniu chorób wenerycznych. Trudności w wykrywaniu kontaktów są uwarunkowane z jednej strony brakiem odpowiednio przeszkolonego w tym zakresie personelu, a z drugiej brakiem odpowiedniego zrozumienia i współpracy ze strony pacjentów.

9. Nie zgłaszanie nowych zachorowań i kontaktów przez niektórych lekarzy jest również zjawiskiem epidemiologicznie szkodliwym. Trudny jest do ustalenia jego zasięg w naszym kraju. Natomiast w Stanach Zjednoczonych, gdzie leczenie chorych jest w głównej mierze oparte o praktykę prywatną, przeprowadzona ankieta przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie wykazała, że w 1968 r. oprócz 26.000 przypadków kiły zgłoszonych przez publiczną służbę zdrowia — przeszło 80.000 chorych na kiłę było leczonych w gabinetach prywatnych. Oczywiście postępowanie epidemiologiczne w tych przypadkach było bardzo ograniczone, lub wręcz niedostateczne.

ZAGADNIENIE PROFILAKTYKI

Profilaktyka chorób wenerycznych posiada swoją odrębną specyfikę różniącą się w sposób istotny od metod profilaktyki stosowanych w innych zakaźnych chorobach społecznych. Różnica ta polega głównie na tym, że: a) choroby weneryczne szerzą się drogą kontaktów seksualnych a więc tzw. „wektorem” zakażenia jest sam człowiek a nie ogniwa pośrednie, na które zwykle jest łatwiej oddziaływać w sensie epidemiologicznym; b) jak

dotychczas nie rozporządzamy możliwością szczepień ochronnych i uodpornieniem przed zachorowaniem, pomimo prowadzonych od szeregu lat badań w tym kierunku.

Z powyższych powodów w profilaktyce chorób wenerycznych musimy posługiwać się metodami oddziaływania wielokierunkowego, uwzględniającego całą złożoność tego zjawiska epidemiologicznego.

ZAPOBIEGANIE INDYWIDUALNE

Do upowszechnienia właściwej profilaktyki indywidualnej można dojść tylko poprzez odpowiednie oddziaływanie wychowawcze i uświadamiające. Tylko jednostka posiadająca odpowiedni stopień uświadomienia co do niebezpieczeństwa i następstw choroby wenerycznej, co do dróg i sposobów jej szerzenia się oraz postępowania w razie zachorowania ma pełną szansę dla uniknięcia zachorowania lub w razie zachorowania, szybkiej likwidacji choroby własnej i partnera.

Przeprowadzone przez nas badania ankietowe wśród chorych wykazały, że u 70% spośród nich brak odpowiedniego uświadomienia odegrał istotną rolę w zakażeniu się chorobą weneryczną.

Do indywidualnej profilaktyki należy również zaliczyć sprawę wyboru partnera. Wg naszych badań w 67% przypadków zachorowań u mężczyzn zakażenie nastąpiło w wyniku kontaktów przygodnych i najczęściej pod wpływem alkoholu. Tego rodzaju kontakty, najczęściej nieuchwytnie, sprawiają ogromne trudności dla postępowania epidemiologicznego.

Również wspomniane na wstępie zjawisko późnego rozpoznawania kiły w dużej mierze jest następstwem braku uświadomienia społeczeństwa.

ZAPOBIEGANIE W ASPEKTCIE SPOŁECZNYM

Wprawdzie odpowiednia postawa wobec niebezpieczeństwa chorób wenerycznych jest postawą indywidualną lecz jej formowanie należy do działalności społecznej służby zdrowia oraz instytucji oświatowych i wychowawczych.

Formowanie właściwego światopoglądu u młodzieży opartego z jednej strony o odpowiednie dane przyrodnicze, a więc o wiadomości z zakresu biologii, fizjologii, nauki o człowieku i higieny, a z drugiej o odpowiednie motywacje moralne, należy do szkoły oraz do oddziaływania wychowawczego w domu. W odniesieniu do osób, które w szkole nie otrzymały odpowiedniego przygotowania konieczne jest prowadzenie stałej akcji informującej za pomocą różnych środków tzw. masowego przekazu. Jest to zagadnienie, które u nas obecnie przedstawia się bardzo niezadawalająco, a które ze względu na swoją złożoność i doniosłość wymaga osobnego omówienia.

Prawidłowe, szerokie działanie profilaktyczne w sensie lekarskim musi być oparte o dobre rozeznanie epidemiologiczne na terenie całego kraju. Chodzi nie tylko o liczby ogólne nowych zachorowań lecz o dokładną analizę nasilania zachorowań na różnych terenach i w różnych środowiskach i grupach ludności. Chodzi o wykrycie dróg szerzenia się choroby (np. miasto — wieś) oraz o możliwie dokładne rozeznanie zagrożenia poszczególnych grup ludności wg ich wieku, zawodu, stanu socjalnego itp.

Z tak dokładnej analizy epidemiologicznej będą wynikały wyraźne wskazania co do celowości i rodzaju podejmowanych akcji profilaktycznych.

Dla skutecznego prowadzenia akcji profilaktycznej konieczne jest stworzenie odpowiedniej atmosfery psychologicznej. Chodzi o to, aby potencjalny pacjent był przeświadczony o zachowaniu dyskrecji i jego tajemnicy przez służbę zdrowia w razie jego zachorowania oraz aby miał pełne zaufanie do służby zdrowia i mógł zwracać się bez zahamowań w razie wątpliwości lub nawet najmniejszego podejrzenia co do swojego stanu zdrowia.

Jednym z głównych założeń profilaktyki społecznej to stworzenie takich warunków aby rozpoznawanie i leczenie choroby postępowało szybciej aniżeli jej szerzenie się na inne osoby. Chodzi o posiadanie odpowiedniej sieci dobrze wyposażonych placówek diagnostyczno-leczniczych oraz odpowiedniego aparatu epidemiologicznego, któryby szybko i sprawnie wykrywał źródła zakażenia i kontakty osób chorych.

W współczesnym zapobieganiu szerzenia się chorób wenerycznych (kiły) istotną rolę mogą spełnić odpowiednio zaplanowane i realizowane serologiczne badania masowe pewnych grup ludności.

W Polsce obowiązują badania serologiczne kobiet ciężarnych. Niestety przepis ten mający na celu likwidację kiły wrodzonej nie jest w pełni przestrzegany i według ostatnich danych tylko około 33% kobiet ciężarnych przechodzi te badania. W związku z tym w 1969 r. zgłoszono w Polsce 83 przypadki wczesnej kiły wrodzonej. Wśród kobiet zbadanych stwierdzono w 1968 r. około 0,19% odczynów dodatnich.

Obowiązujące w Polsce badania serologiczne na kiłę wszystkich krwiodawców ma na celu zapobieganie przeniesieniu kiły drogą transfuzji. Jest ono również dość interesującym wskaźnikiem epidemiologicznym występowania kiły wśród tej grupy ludności. Zebrane przez nas ostatnio dane statystyczne wykazują wśród kandydatów na krwiodawców od 0,015 do 0,14% odczynów dodatnich świadczących o zakażeniu kiłą.

Ocena wartości epidemiologicznej okresowych badań serologicznych i klinicznych w kierunku chorób wenerycznych osób zatrudnionych w pewnych zawodach (piastunki, opiekunki w domach dziecka, fryzjerzy, osoby zatrudnione w gastronomii, w hotelach etc.) jest trudna, gdyż brak jest bardziej wyczerpujących opracowań statystycznych. Przewidziana jest

pewna rewizja zarządzeń w tym zakresie mająca na celu nadanie im większej efektywności. Serologiczne badania masowe szerszych grup ludności tylko wtedy znajdują uzasadnienie jeżeli są dobrze „celowane” to znaczy obejmują te grupy, wśród których na podstawie uprzedniego dobrego rozpoznania epidemiologicznego stwierdza się wysoki odsetek zachorowań.

W latach 1947—49, kiedy zapadalność na choroby weneryczne w Polsce była bardzo wysoka, masowe badania serologiczne były bardzo efektywnym instrumentem epidemiologicznym. W wymienionym okresie (3 lat) zbadano 4 212 000 osób wykrywając w ten sposób 23 700 przypadków kiły. Natomiast tego rodzaju badania wykonywane w latach późniejszych, kiedy zapadalność była stosunkowo mała, okazały się tak mało wydajne, że nie usprawiedliwiały związanych z nimi kosztów i wysiłków organizacyjnych. W związku z czym zostały zaniechane w 1957 r.

Ostatnio w latach 1968—69 w związku z powtórnym znacznym wzrostem zachorowań wykonano próbne badania masowe w pewnych wybranych grupach ludności na określonych terenach. Przebadano około 80.000 osób. Odsetek wykrytych przypadków kiły wahał się od 0,03% do 0,62%. Te próbne badania potwierdziły słuszność zasady, że wydajność epidemiologiczna serologicznych badań masowych zależy przede wszystkim od odpowiedniej selekcji badanego materiału.

Serologiczne badania chorych hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych i chirurgicznych (na terenie województwa białostockiego) wykazały na 14.079 chorych zbadanych 84 przypadki kiły.

Ostatnio zaczynają odgrywać istotną rolę epidemiologiczną badania pewnych grup najbardziej podejrzanych o szerzenie chorób wenerycznych. Dotyczą one osób zatrzymanych przez organa M.O. z powodu włóczęgostwa, pijaństwa i jawnego lub utajonego uprawiania nierządu, a doprowadzonych przymusowo do badania lekarskiego. Odsetek osób chorych wykrytych w tego rodzaju przychodniach jest bardzo wysoki i wynosi do 18% osób chorych na kiłę i 45% chorych na rzeżączkę. Zwrócono także uwagę na zjawisko epidemiologiczne bardzo istotne w szerzeniu się rzeżączki. Mianowicie jedną z przyczyn szerzenia się tej choroby, to utajona rzeżączka kobiet, o przebiegu przewlekłym i nieraz mało objawowym, sprawiająca duże trudności diagnostyczne, wymagająca wielokrotnych badań laboratoryjnych, lecz równocześnie — zakaźna dla partnera.

W niektórych krajach w celu ujawnienia przypadków rzeżączki utajonej przeprowadza się badania w kierunku rzeżączki u kobiet zgłaszających się do poradni ginekologicznych z różnych powodów, jak np. konsultacje w związku z planowaniem rodziny, badania profilaktyczne przeciwrakowe lub z powodu różnych dolegliwości ginekologicznych. Wyniki tego rodzaju badań uzasadniają w pełni ich celowość, gdyż nie wymagają specjalnych nakładów finansowych, natomiast mogą mieć istotne znaczenie epidemiologiczne.

W ostatnich latach coraz większą rolę epidemiologiczną odgrywa tzw. leczenie profilaktyczne — to znaczy leczenie partnera osoby chorej, który mógł ulec w następstwie kontaktu płciowego zakażeniu chorobą weneryczną, a u którego nie wystąpiły jeszcze objawy choroby. Leczenie takie może mieć w wielu przypadkach szczególne znaczenie epidemiologiczne, np. w grupach młodzieżowych, gdzie kontakty płciowe odbywają się w pewnym określonym i zamkniętym środowisku a źródło zakażenia jest często wspólne.

Wprawdzie leczenie profilaktyczne jest w pewnej mierze sprzeczne z ogólnie przyjętą zasadą nie rozpoczynania leczenia bez uprzedniego rozpoznania choroby, to jednak od zasady tej obecnie często świadomie robi się odstępstwo, ze względów epidemiologicznych i z uwagi na dobro pacjenta, gdyż leczenie w okresie ewentualnego wylegania choroby — daje gwarancje szybkiego zupełnego wyleczenia.

Istnieją doniesienia o stosowaniu leczenia profilaktycznego w niektórych armiach, gdzie żołnierz bezpośrednio po podejrzanym kontakcie seksualnym przyjmuje pewną ilość antybiotyków w celu zlikwidowania ewentualnego zakażenia.

W pewnym stopniu podobna jest motywacja leczenia zapobiegawczego stosowanego przez zawodowe prostytutki, które co jakiś czas stosują u siebie antybiotyki, najczęściej penicylinę o powolnym wchłanianiu, jako zabezpieczenie przed możliwością infekcji.

Tego rodzaju profilaktyka nasuwa oczywiście szereg zastrzeżeń, gdyż nadmierne indywidualne stosowanie antybiotyków musi doprowadzić albo do różnego rodzaju powikłań, albo do powstawania szczepów drobnoustrojów opornych na te antybiotyki. Występowanie oporności lub zmniejszonej wrażliwości gonokoków na antybiotyki już obecnie stwarza wiele trudności leczniczych. Wprawdzie krętki pozostają jeszcze nadal wrażliwe na penicylinę — lecz jej stosowanie w coraz liczniejszych przypadkach bywa ograniczone ze względu na występowanie uczulenia.

Nie sposób w tak krótkim artykule wyczerpać wszystkie problemy współczesnej wenerologii: Zwłaszcza do problemów naukowych trzeba będzie powrócić. Jednak na jeszcze jedną sprawę chcę zwrócić uwagę. Tradycyjne ujmowanie wenerologii wydaje się być już anachronizmem, zarówno co do terminologii jak i co do zawężonej definicji klinicznej chorób wenerycznych. Obok kiły i rzeżączki istnieje przecież cały szereg innych stanów chorobowych wywołanych przez zakażenia przenoszone również drogą płciową lub występujące w następstwie kontaktu płciowego (zakażenia pierwotniakami, drożdżakami, wirusami, liczne i różnorodne zakażenia bakteryjne a nawet schorzenia alergiczne). Sam termin „choroba weneryczna” jest w istocie dziwolgiem językowym, uświęconym jednak wiekową tradycją, nadającą mu znaczenie w pewnej mierze społecznie dyskryminujące i negatywne, co niewątpliwie ma bardzo niekorzystne kon-

sekwencje epidemiologiczne. W związku z tym coraz powszechniej jest odczuwana wśród specjalistów konieczność reorientacji w tym zakresie. Reorientacja taka powinna uwzględnić z jednej strony sprawy terminologiczne, a z drugiej sprawę nastawiania i stosunku społeczeństwa do tej grupy chorób zakaźnych.

Reasumując należy stwierdzić, że problematyka naukowa organizacyjna i społeczna współczesnej wenerologii jest bardzo rozległa i złożona. W znacznie większym stopniu niż inne działy medycyny musi uwzględniać również problemy pozamedyczne: socjologiczne, oświatowo-wychowawcze, psychologiczne a nawet obyczajowe. Tak pojęta wenerologia nie może pomieścić się w tradycyjnych ramach dyscypliny wspólnej z dermatologią, która zresztą również odeszła od dawnych koncepcji dyscypliny morfologicznej a znajduje coraz więcej powiązań z innymi dyscyplinami klinicznymi.

Przytoczone wyżej względy zdecydowały o tym, że powołano w ramach Akademii Medycznej w Warszawie Instytut Wenerologii, jako jednostkę wiodącą i specjalistę krajowego w zakresie zwalczania chorób wenerycznych, któremu między innymi wyznaczono następujące zadania:

- planowanie, organizowanie i prowadzenie badań w zakresie wenerologii oraz koordynowanie prac z tego zakresu prowadzonych przez inne jednostki podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.
- prowadzenie działalności dydaktycznej dla studentów, lekarzy i innych pracowników służby zdrowia,
- opracowywanie metod związanych ze zwalczaniem chorób wenerycznych i przekazywanie ich do praktycznej działalności służby zdrowia,
- inicjowanie, opracowywanie i publikowanie materiałów oświatowych i propagandowych w zakresie walki z chorobami wenerycznymi,
- sprawowanie nadzoru specjalistycznego nad zakładami społecznymi służby zdrowia w zakresie zwalczania chorób wenerycznych, oraz szeregu innych zadań statutowych.

Powołanie do życia Instytutu Wenerologii stwarza zupełnie nowe perspektywy zarówno rozwoju naukowego tej dyscypliny jak i możliwości rozwiązywania praktycznego tak złożonych i trudnych problemów epidemiologicznych i klinicznych związanych ze zwalczaniem stale grożącego niebezpieczeństwa chorób wenerycznych.

Dr farm. Maria Gajewska

CHEMIA ŚRODKÓW PRZECIWNOWOTWOROWYCH

Część I. Cytostatyka i antymitotyka

Etiologia nowotworów jest jeszcze mało znana, a z wielu hipotetycznych teorii powstawania nowotworów na czoło wysuwają się: chemiczna, wirusowa i mutacyjna.

Wg teorii chemicznej – powstawanie tkanek nowotworowych dokonuje się pod wpływem działania niektórych związków chemicznych. Liczba tych związków ciągle wzrasta i obecnie brak jest jeszcze pełnego rozeznania, które z nich rzeczywiście wywołują choroby nowotworowe.

Wg teorii wirusowej zmiany w komórkach prowadzące do ich nieograniczonego rozmnażania spowodowane są swoistymi wirusami. Nie są to wirusy typu zakaźnego, lecz przedostają się z krwi matki do płodu i dopiero w sprzyjającym dla siebie czasie mogą powodować chorobę nowotworową (stąd dziedziczenie).

Wg teorii mutacyjnej komórki nowotworowe są mutantami komórek prawidłowych. W organizmie liczba ich wynosi 1 na 100 000 komórek prawidłowych. Wydawało się, że jest niemożliwe aby tak olbrzymia liczba mutantów, jaka znajduje się w organizmie, mogła powodować tak proporcjonalnie małą liczbę schorzeń nowotworowych. Dopiero dalsze prace wyjaśniły, że większość z nich są to komórki letalne, tzn. takie, które giną pod wpływem działania mechanizmów regulujących przemiany ustrojowe. Nieliczne tylko mutanty wsprzyjających dla siebie okolicznościach szybko się rozmnażają, powodując schorzenie nowotworowe.

Farmakoterapia nowotworów u człowieka, mimo wielu niepowodzeń (brak równoległości między wynikami u zwierząt i u człowieka) ciągle oczekuje na właściwe środki lecznicze, które trwale zahamowałyby rozwój nowotworów (spontanicznych jak i przeszczepialnych). Do tej pory syntetyzowano wiele związków chemicznych, otrzymano wiele antybiotyków i uzyskano w chemioterapii nowotworów znaczne postępy.

Środki lecznicze, które wchodzi w rachubę przy leczeniu nowotworów, można podzielić na następujące grupy:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| I. Cytostatyczne i antymitotyczne | } (zostaną omówione w następnym artykule, zamieszczonym w n-rze 3/1970 r. Biuletyn A. M.) |
| II. Antymetabolity. | |
| III. Hormony. | |
| IV. Antybiotyki. | |

I. Pierwsza grupa tzw. cytostatica i antimitotica wywierają wpływ hamujący na procesy mitotyczne; na powstawanie nowych i dojrzewanie młodych komórek.

* Katedra Chemii Farmaceutycznej

Mechanizm działania tych preparatów polega prawdopodobnie na reagowaniu ich z kwasami nukleinowymi komórek (RNA cytoplazmy i DNA jądra) a z drugiej strony na hamowaniu aktywności dehydrogenazy i glikolizy.

Cytostatyki niezależnie od uszkodzania chromozomów w stadium mitozy atakują w okresie bezpodziałowym zarówno jądra jak i cytoplazmę komórki.

Antymitotyki blokują mitozę w stadium metafazy, ale nie oddziałują na komórki pozostające w stadium spoczynku. Procesy te są hamowane silniej w tkance nowotworowej niż prawidłowej; gdyż bardziej wrażliwa na środki cytostatyczne i antymitotyczne jest cytoplazma młodych komórek szybciej mnożących się.

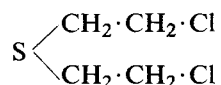
Środki lecznicze tej grupy stosowane są szczególnie w chorobach nowotworowych szpiku kostnego i układu krwiotwórczego (w białaczkach szpikowych i limfatycznych, w czerwienicy, w mięsakach tkanki limficznej i układu siateczkowo-nabłonkowego). Olbrzymia większość z nich odznacza się bardzo dużą toksycznością.

Z punktu widzenia chemicznego cytostatyki i antymitotyki można podzielić na trzy grupy:

1. Iperyty azotowy i jego pochodne
2. Pochodne etylenoiminy
3. Środki o różnej budowie.

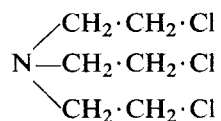
1. Pochodne iperytu azotowego

Punktem wyjściowym do syntezy pochodnych iperytu azotowego był iperyt siarkowy czyli siarczek bis- β -chloroetylowy.



Jest on bardzo silnie toksyczny i z tego względu podczas pierwszej wojny światowej był używany jako gaz bojowy. Związek ten wykazuje bardzo silne właściwości antymitotyczne.

W iperycie azotowym znajduje się azot (na miejscu siarki) i stąd jego nazwa.

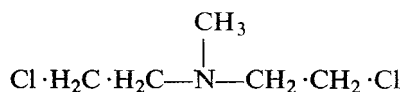


Jest on Tris- β -chloroetylo/-aminą; w lecznictwie jest stosowany w postaci chlorowodoru pod nazwą Lekamin. Trichlormethinum** lub Trillekamin.

W badaniach nad mechanizmem działania iperytu azotowego i jego pochodnych okazało się, że działanie tych preparatów wiąże się z ich własnościami alkilującymi, tzn. zdolnością wprowadzenia rodników alkilowych. Szczególnie łatwo reagują one z grupami sulfhydrylowymi enzymów inaktywując je. Również łatwo reagują one z nukleoproteidami chromatyny jądrowej uszkodzając jądra komórkowe, przez co hamują procesy mitotyczne. Ostatnio wysuwa się pogląd, że posiadają one zdolność wielostronnego wpływu na procesy metaboliczne komórki.

Pośród wielu zsyntetyzowanych pochodnych iperytu azotowego zastosowanie w lecznictwie znalazły: nitrogranulogen, mitomen, novembichin.

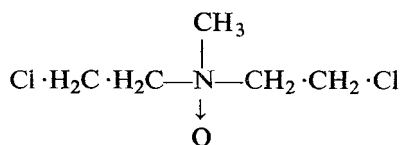
Nitrogranulogen czyli Metylo-bis-/β-chloroetylo/-amina. Mustargen. Chlormethine**.



W lecznictwie stosowany jest w postaci wolnej a także jako chlorowoderek; stosowany jest przede wszystkim w leczeniu ziarnicy złośliwej i w białaczce szpikowej. Podaje się go dożylnie w dawkach dziennych 0,05–0,1 mg na kg wagi ciała. Ponieważ roztwory jego są nietrwałe, przyrządza się je ex tempore.

Stwierdzono, że wprowadzenie tlenu do nitrogranulogenu powoduje obniżenie toksyczności, a nie obniża siły działania.

Wprowadzono zatem do leczenia N-tlenek metylo-bis-/β-chloroetylo/-aminy pod nazwą Mitomen lub Nitromin. Mechlorethamine Oxide.

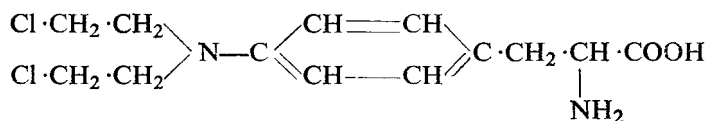


Mitomen jak i **Novembichin** [N, N-bis-/β-chloroetylo/-N-/β-chloropropilo/-amina] stosuje się podobnie jak nitrogranulogen.

Ponieważ grupa chloroetylowa okazała się bardzo aktywna chemicznie i biologicznie i jej przypisuje się działanie cytostatyczne iperytu azotowego i jego pochodnych, zsyntetyzowano szereg preparatów zawierających te aktywne ugrupowanie przy innych nośnikach, np. aminokwasach, kwasach, dwuamidzie kwasu fosforowego, antybiotykach, cukrach. Związki te można również uważać za pochodne iperytu azotowego, w których na miejsce jednej grupy β-chloroetylowej wprowadzono resztę np. aminokwasu, czy też innego związku.

Do preparatów wywodzących się z kwasów względnie aminokwasów należą: sarkolizyna, chlorambucil, chlorfenacil.

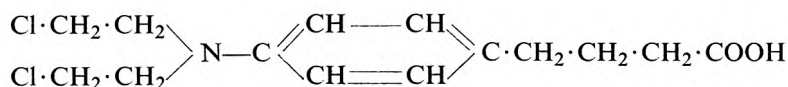
Sarkolysin czyli kwas p-[bis-/β-chloroetylo/-amino]-β-fenilo-α-aminopr opionowy. Alkeran. Melphalan**.



Stosowany jest w leczeniu niektórych postaci nowotworów złośliwych (np. w siatkówce płazmocytowym, nasieniaku i w niektórych postaciach czerniaka); w dawkach ok. 0,1 mg/kg dziennie.

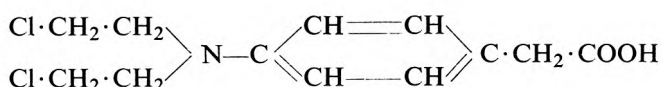
W leczeniu stosuje się również o-sarkolizynę, która ma ugrupowanie bis-β-chloroetyloaminowe w położeniu orto do reszty kwasu propionowego.

Chlorambucil** czyli kwas p-[bis-/β-chloroetylo/-amino]-fenylomasłowy. Leuke-
ran.



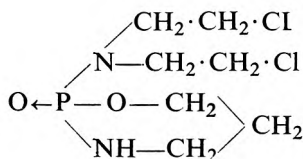
Jest mniej toksyczny od iperytu azotowego; stosuje się go w dawkach 0,15 mg/kg dziennie.

Podobnie działa **chlorphenacil** czyli kwas p-[bis-/β-chloroetylo/-amino]-fenylooctowy.

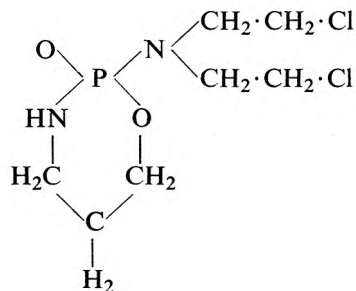


Z pochodnych amidów wprowadzono do leczenia dwa preparaty: endoksan i mitarson.

Endoxan, Cytosan. Sendoxan. Cyclophosphamid** jest dwuamidem kwasu fosforowego. Wzór jego można odczytać jako pochodną dwuamidu kwasu fosforowego lub jako pochodną cykloheksanu.



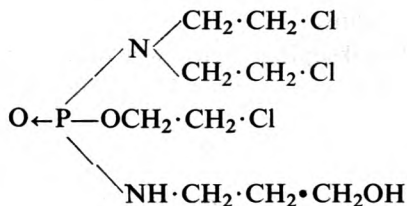
Dwuamid kwasu N, N-bis-β-chloroetylo/-N,O-trójmetylenofosforowego.



2-Tlenek 2-[bis-/β-chloroetylamino]-1-oksa-2-fosfa-3-azacykloheksanu.

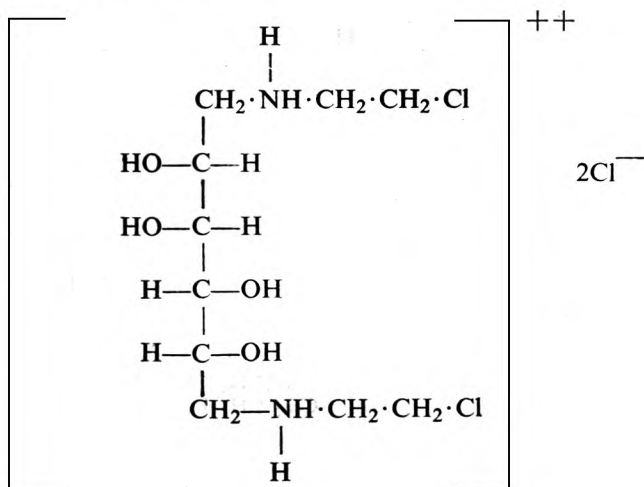
Endoksan jest środkiem cytostatycznym stosunkowo najmniej toksycznym od poprzednio wymienionych. Stosowany jest w nowotworach układu krwiotwórczego, w nowotworach jajników, sutka (przed i po menopauzie) i w innych rodzajach raka (żołądka i odbytnicy). Ponadto podaje się go zapobiegawczo przeciw przerzutom nowotworowym oraz jako lek uzupełniający leczenie chirurgiczne, a także promieniami jonizującymi. Cytoksan podaje się dożylnie lub doustnie w dawkach 2-3 mg/kg dziennie lub doguzowo ok. 200 mg dziennie. Roztwory do wstrzykiwań przygotowuje się ex tempore.

Podobnie do endoksanu wykazuje działanie Mitarson czyli dwuamid kwasu N, NO-tris- β -chloroetylo/-N γ -hydroksypropylofosforowego. Desmophosphamid. Defosfamidum**.



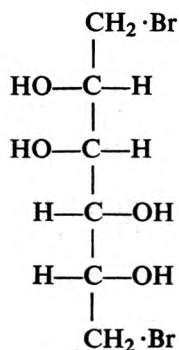
Z preparatów, w których nośnikiem dla grup chloroetylowych jest alkohol należy wymienić degranol i myelobromol.

Degranol czyli dwuchloroderek 1,6-bis- β -chloroetyloamino/-1,6-dezoksy-D-mannit. Mannomustinedihydrochlorid**.



Degranol jest stosowany w leczeniu białaczki szpikowej, limfatycznej, ziarnicy i mięku limfatycznym. Działa on ok. 5 \times silniej niż nitrogranulogen. Podaje się go doustnie lub dożylnie w dawce ok. 50 mg co drugi dzień.

Podobnie do poprzedniego działa Myelobromol jest to 1,6-dwubromo-1,6-dwudezoksy-D-mannit.



Podaje go się doustnie w dawce ok. 25 mg.

Z innych preparatów zawierających ugrupowanie β -chloroetylowe wprowadzonych do lecznictwa należy wymienić pochodne pirymidyny, naftalenu, indolu, mocznika, penicyliny i tetracykliny.

Z pochodnych 2,6-dwuoksopirymidyny wprowadzono do lecznictwa związki posiadające podstawniki w położeniu C_4 i C_3 . (p. tabela 1).

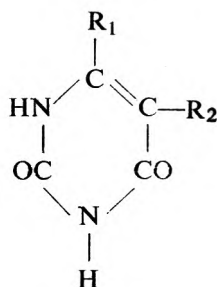


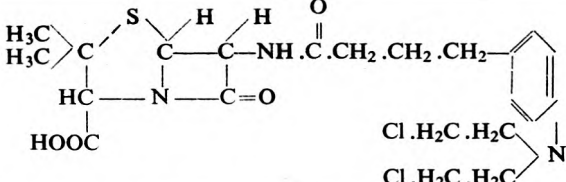
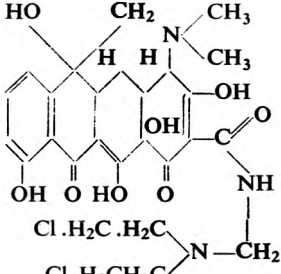
Tabela 1.

Nazwa preparatu	R ₁	R ₂	
4-Metylo-5-[bis-/ β -chloroetylo/-amino]-2,6-dwuoktocyterohidropirymidyna. Dopan. Chlorethylaminouracyl.	-CH ₃	-N<CH ₂ .CH ₂ .Cl CH ₂ .CH ₂ .Cl	Związek bardzo toksyczny. Podaje się go w dawkach ok. 1,0 mg dziennie
4-Metylo-5-/chloroetylo-fluoroetyloamino/-uracyl. Fluorodopan. Fluorpan.	-CH ₃	-N<CH ₂ .CH ₂ .Cl CH ₂ .CH ₂ .F	Działanie i zastosowanie jak przy Dopanie.
Chlorowodorek 5-[bis-/2-chloroetylo/-aminometylo]-uracyl. Ypenyl. Thyminalkylamin.	-H	-H ₂ C-N<CH ₂ .CH ₂ .Cl CH ₂ .CH ₂ .Cl	Działanie słabsze niż Dopanu

W tabeli 2 przedstawiono następne preparaty posiadające aktywne ugrupowanie β -chloroetylowe przy różnych układach chemicznych (naftalenie, indolu, moczniku, penicylinie i tetracyklinie).

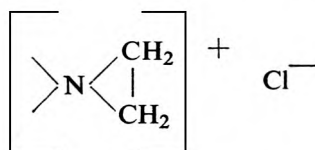
Tabela 2.

N,N-Bis-/ β -chloroetylo/-2-naftyloamina. Chloronaptazin**. Chloronaptina	
Kwas 5-/bis-/2-chloroetylo/-amino/-indolo-2-arboksylowy. AT 346.	

1,3-Bis-/β-chloroetylo/-1-nitrozomocznik. BCNU.	$\text{Cl} \cdot \text{H}_2\text{C} \cdot \text{H}_2\text{C} \cdot \text{N} \begin{array}{c} \text{N}=\text{O} \\ \\ \text{C} \\ \\ \text{O} \end{array} \cdot \text{NH} \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{Cl}$
p-[Bis-/β-chloroetylo/-amino]-fenylopropylopenicylina. Chlorbutinpenicillin.	
1-Dwumetyloamino-3-/β-chloroetylo/-amino-metylokarbamylo]-15-metylo-2,5,6,10,15-pięciohydroksy-4,8-dwuketo-ośmiohydronaftacen-1,4,5,8,15,16,17,18. Tetracyklin-Mustard. TCM.	

2. Pochodne etylenoiminy

Doświadczalnie stwierdzono, że związki posiadające grupy chloroetylowe ulegają w roztworach wodnych przy pH ok. 7,5 jonizacji dając związki typu iminowego (etylenoiminowe.)

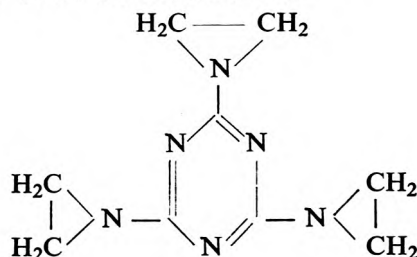


To stwierdzenie stało się punktem wyjściowym do syntezy pochodnych etylenoiminy. Mechanizm ich działania jest bardzo zbliżony do pochodnych iperytu azotowego. Do tej grupy należą: Tretamine. Benzodet. TEPA. Thio-TEPA, Trenimon, Bayer E 39, Bayer E 39 soluble.

Tretamine. Thio-TEPA i Trenimon są stosowane podobnie jak endoksan w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego oraz w nowotworach płuc, sutka, jajników, narządów rodnych itp.

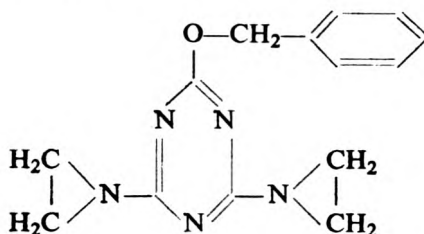
Bayer E 39 i Bayer E 39 soluble są stosowane głównie w przewlekłej białaczce szpikowej i limfatycznej oraz w czerwienicy.

Do preparatów wywodzących się z triazyny należą **Tretamine**** czyli 2,4,6-tris-/etylenoimino-/triazyna. T. E. M. Hoechst 193.



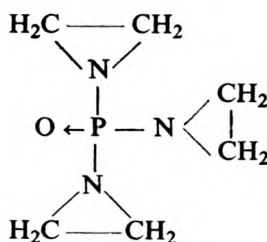
Jest on mniej toksyczny od iperytu azotowego. Podaje go się doustnie lub dożylnie w dawkach 0,1–0,2 mg/kg.

Podobne działanie i zastosowanie jak TEM wykazuje **Benzodet** czyli 2-benzylloksy-4,6-bis-/etylenoimino-/triazyna-1,3,5.



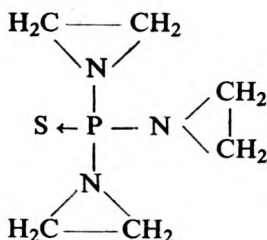
Ponadto należą tu etylenoiminowe pochodne trójamidu kwasu fosforowego i kwasu tiofosforowego.

Trójamid kwasu N, N', N'' -tris(etylene)-fosforowego. **TEPA**.



Preparat ten wykazuje podobne działanie do nitrogranulogenu i TEM-u.

Trójamid kwasu N, N', N'' -tris(etylene)-tiofosforowego. **Thio-TEPA****. Thiophosphamidum. Tiofosyl. Triethylene tiophosphoramidum.



Thio-TEPA posiada działanie bardzo zbliżone do TEM-u, ale odznacza się mniejszą toksycznością. Preparat ten stosuje się w terapii raka sutka, jajników, pęcherza moczowego i gruczołu krokowego; często jako lek uzupełniający leczenie chirurgiczne i radioterapię. Podaje się go dożylnie w dawkach 10–20 mg; roztwory do iniekcji przyrządza się ex tempore.

W tabeli 3 przedstawiono następujące preparaty tej grupy wywodzące się z p-chinonu o ogólnym wzorze:

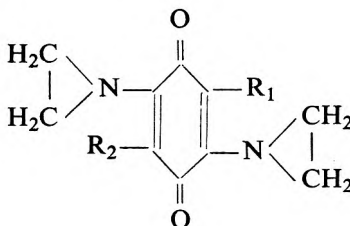


Tabela 3.

Nazwa preparatu	R ₁	R ₂	
2,3,5-Tris-/etylenoimino/-p-benzochinon. Trenimon. Traziquonum*. Bayer 3231.	$\begin{array}{c} \text{CH}_2 \\ \\ \text{N} \\ \\ \text{CH}_2 \end{array}$	- H	Wykazuje silne działanie cytostatyczne. Dzienna dawka 0,20–1,0 mg. Roztwory do iniekcji przyrządza się ex tempore.
2,5-bis-/etylenoimino/-3,6-bis-/propoksy/-p-benzochinon. Inproquone**. Bayer E 39.	$\begin{array}{c} \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_3 \end{array}$	$\begin{array}{c} \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_3 \end{array}$	Działa słabiej niż Trenimon. Podaje się w dawkach ok. 5 mg.
2,5-Bis-/etylenoimino/-3,6-bis-metoksy-etoksy/-benzochinon-1,4. Bayer E 39 solubile	$\begin{array}{c} \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_3 \end{array}$	$\begin{array}{c} \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{CH}_2 \\ \\ \text{O} \\ \\ \text{CH}_3 \end{array}$	Wykazuje działanie jak Bayer E 39, lecz lepiej jest rozpuszczalny w wodzie.

3. Środki o różnej budowie

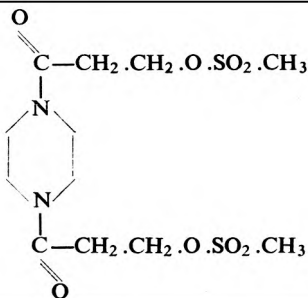
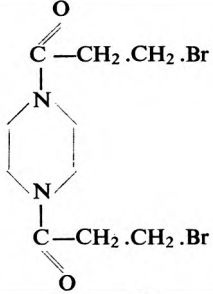
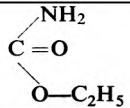
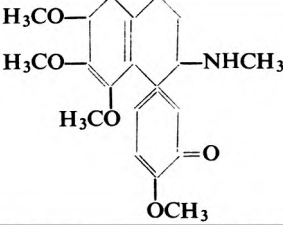
Trzecia grupa leków cytostatycznych i antymitotycznych obejmuje preparaty o różnej budowie chemicznej. Mechanizm działania tych związków nie został jeszcze wyjaśniony. Wiadomo, że niektóre z nich jak demekolcyna, winkaleukoblastyna czy proresid hamują podział komórki w stadium metafazy. Ponadto przy winkaleukoblastynie obserwowano hamowanie syntezy DNA bez wpływu na RNA. Demekolcyna wykazuje działanie przy przewlekłej białaczce granulocytowej, a winkaleukoblastyna wykazuje aktywność cytostatyczną w ziarnicy złośliwej i w białaczce monocytowej.

Preparatem o dużej rozpiętości działania terapeutycznego, o najlepszym współczynniku terapeutycznym i dobrej tolerancji okazał się proresid. Stosuje się go w raku żołądka, oskrzeli, narządu rodnego, sutka; zapobiega przerzutom i wzno-

wom. Podaje się go przy równoczesnym naświetlaniu jak i w leczeniu skojarzonym z preparatami alkilującymi.

W tabeli 4 zestawiono najbardziej znane i stosowane preparaty tej grupy.

Tabela 4.

Nazwa preparatu	Wzór	
1,4-Bis-metylosulfonyloksybutan. Mitostan. Sulfabutian. Busulfan**. Myleran.	$H_3C \cdot O_2S \cdot O(CH_2)_4O \cdot SO_2 \cdot CH_3$	Silny cytostatyk. Podaje się go doustnie w dawkach ok. 0,1 mg/kg.
1,4-Bis-/metylosulfonyloksypropionylo-/piperazy-na. Puposulfan*. Ancyte.		Stosuje się podobnie jak Pipobroman.
1-4-Bis-(3-Bromopropionylo)piperazy-na Pipobroman*. Vercyte.		Podaje się go doustnie
Uretan etylowy. Karbaminian etylowy. Urethan**.		Stosowany w przewlekłej białaczce; w dawkach 2-6 g dziennie.
Demekolcyna. Dezacetylo-N-metylokolchicy-na. Demecolcin**. Colcemid.		Silny antymitytyk. Działa 30 x mniej toksycznie od kolchicyzny.
Vincalucoblastine. Vinblastinum**, Velbe. Vinblastine sulfate. Welban.	Alkaloid otrzymany z barwnika (Vincaca rosea). Stosowany w postaci siarcz-anu.	Środek bardzo toksyczny. Podawany w dawce ok. 0,02 - 0,1 mg/kg tylko u chorych hospitalowanych.
Protesid. SP-G. SP-I.	Zawiera związki kompleksowe benzyldynowych pochodnych glikozydu podofilotoksyny zawartej w „Podophyllum emodi”.	Środek mało toksyczny podawany w dawkach ok. 200 mg dziennie.

** - nazwa międzynarodowa zatwierdzona

* - nazwa międzynarodowa proponowana

Piśmiennictwo u autorki

Kierownikowi Katedry Farmakologii A. M. w Warszawie Prof. dr Piotrowi Kubikowskiemu składam serdeczne podziękowanie za przejrzenie artykułu i poczynione uwagi.

*Dr farm. Jerzy Jarzębiński **

**NOWOCZESNA ANALIZA AMINOKWASÓW I KWASÓW
NUKLEINOWYCH ZA POMOCĄ AUTOMATYCZNEGO
ANALIZATORA JLC—3BC₂—„Jeol”**

Znaczenie jakie obecnie posiada kolumnowa chromatografia jonowymienna dla analizy aminokwasów zostało w pełni wykazane w licznych pracach Moore'a, Steina i Hirsa (1—7) oraz innych autorów (8—13). Przewiedzone w ostatnich latach intensywne badania w tej dziedzinie, a w szczególności dotyczące jakościowych i ilościowych metod badania chromatogramów płynnych, umożliwiły wprowadzenie pełnej automatyzacji do analizy aminokwasów i kwasów nukleinowych (5—6, 8—9, 14—17).

Zarówno biochemia jak i nauki pokrewne zawdzięczają obecnie swój szybki rozwój nie tylko intensywnym badaniom prowadzonym w zakresie różnych specjalności, ale przede wszystkim możliwościom korzystania z nowoczesnej aparatury, zapewniającej szybko i dokładną analizę seryjną. Warunki te spełniają m.in. stosowane w licznych ośrodkach naukowych i laboratoriach badawczych różnego typu automatyczne analizatory aminokwasów.

Prawie każdy z produkowanych obecnie tego rodzaju aparatów składa się z trzech zasadniczych funkcjonalnie odrębnych części, a mianowicie: 1. układu pomp połączonych z regulatorem przepływu roztworów buforowych i ninhydryny, 2. układu rozdzielającego wyposażonego w kolumny chromatograficzne, system ogrzewczy utrzymujący stałą temperaturę kolumn i umożliwiający wywoływanie chromatogramów oraz 3. układu wykrywającego (detekcyjnego) zsynchronizowanego z automatycznym rejestratorem.

Zasada działania automatycznych analizatorów aminokwasów jest oparta na metodzie Moore'a, Steina Spackmanna (14, 15), przewidującej chromatograficzny rozdział mieszanin na kolumnach jonowymiennych, przy zastosowaniu cytrynianowych roztworów buforowych (o zmiennych wartościach pH) jako eluentów oraz roztworu ninhydryny w eterze jednometylowym glikolu do wywoływania chromatogramów. Pomijając istotne różnice wynikające z rodzaju stosowanych jonowymienników i roztworów

* Katedra Chemii Farmaceutycznej A.M.

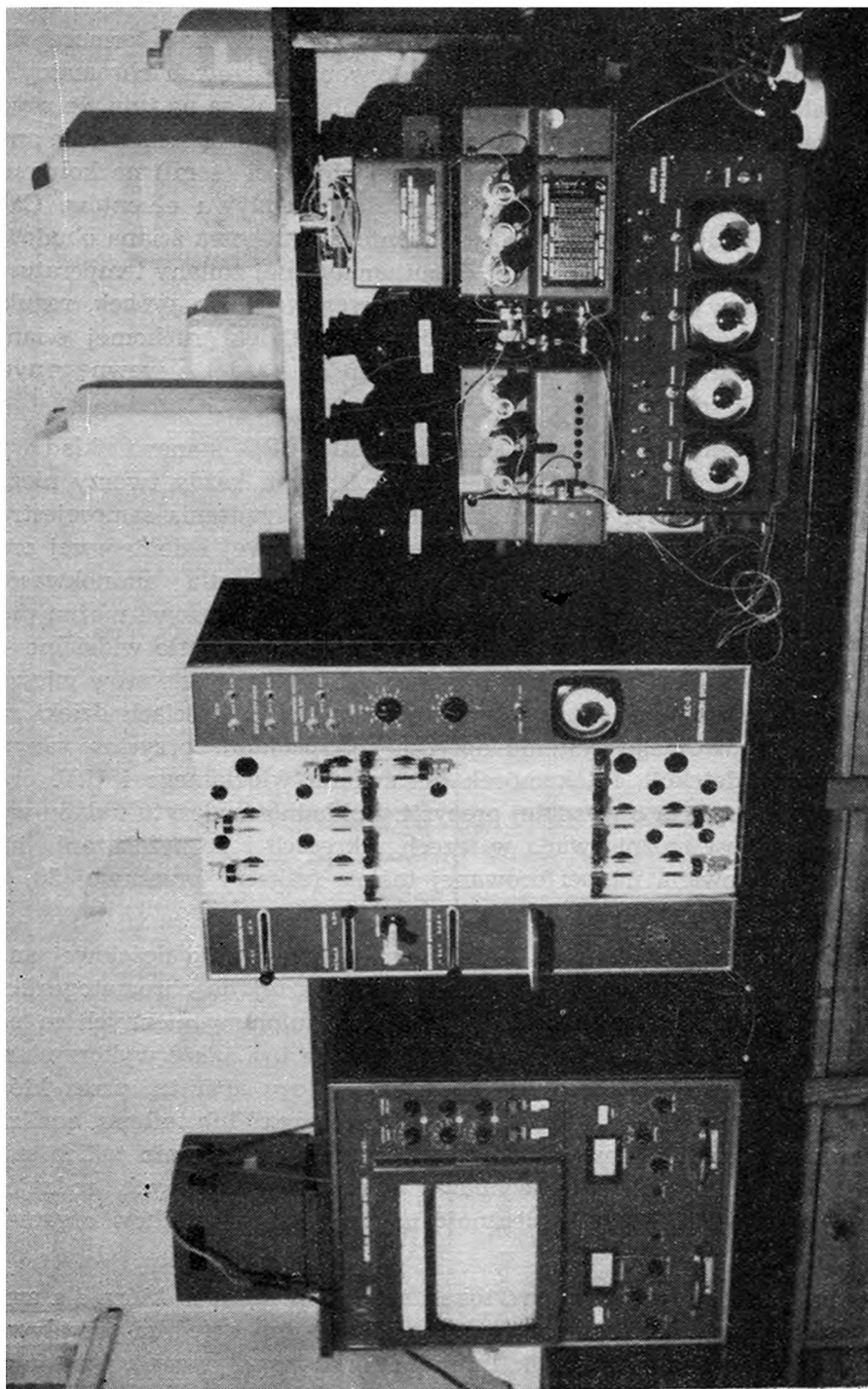
buforowych, wymiarów kolumn chromatograficznych, szybkości elucji, temperatury, itp., zasadnicze cechy decydujące o zaletach automatycznych analizatorów aminokwasów, takie jak czułość i dokładność pomiarów, szybkość dokonywania ilościowych oznaczeń, możliwość wszechstronnego zastosowania, a ponadto prostota obsługi i konserwacji są zależne od ich konstrukcji.

Automatyczny analizator aminokwasów i kwasów nukleinowych, produkcji japońskiej firmy „Jeol” typu JLC-3BC₂, będący obecnie w posiadaniu Katedry Chemii Farmaceutycznej Akademii Medycznej w Warszawie łączy w sobie cechy nowoczesności, uniwersalności i wysokiej precyzji. Aparat ten jest specjalnie przystosowany do szybkiego chromatografowania roztworów mieszanin i kolorymetrycznego oznaczania rozdzielonych substancji na drodze pomiarów absorpcji promieniowania w świetle widzialnym lub U.V.

Automatyczny analizator JLC-3BC₂ składa się również z trzech zasadniczych części, z których każda stanowi zestaw oddzielnych podzespołów, co usprawnia jego obsługę, nadzór i konserwację (rys. 1).

Część pierwszą analizatora stanowi automatyczny regulator zmian eluentów typu JLC-5G₅ (zakres programowania 1—12 godzin), wyposażony w cztery urządzenia przełącznikowe, silnik sterujący zaworem zmian i lampy sygnalizacyjne dla odpowiednich kanałów przepływowych. Układ programowania buforów jest również przystosowany do obsługi ręcznej. Urządzenie to jest połączone z dwiema pompami ssąco-tłoczącymi typu JLC-P₃, z których jedna umożliwia przepływ eluentów, druga natomiast — roztworu ninhydryny. W pompach tych zainstalowano unikalne wentyle mechaniczne, utrzymujące stałą szybkość przepływu (zmiany w 12 zakresach, w granicach 0,31—1,54 ml/min.), przy maksymalnym wyeliminowaniu możliwości wydzielania się pęcherzyków gazu, lub cofania się roztworów przepływających pod zwiększonym ciśnieniem. Dla uniknięcia strat wynikających z użycia nadmiaru dość kosztownych odczynników, szybkość przepływu roztworu ninhydryny jest o połowę mniejsza niż roztworów buforowych; z tego też względu pojemność cylindra pompy ninhydrynowej jest o połowę mniejsza od cylindra pompy przepływu eluentów. Działanie obydwu pomp jest całkowicie zsynchronizowane, co zabezpiecza przepływ ściśle zaprogramowanych ilości roztworów. Analizator jest dodatkowo zaopatrzony w pompę regeneracyjną typu JLC-P₁ (szybkość w 5 zakresach, w granicach 0,24—0,98 ml/min.) przystosowaną do przygotowywania kolumn chromatograficznych, lub ich regeneracji za pomocą roztworu wodorotlenku sodowego, który w innego typu aparatach włączany jest pod ciśnieniem gazu.

Drugą (środkową) część automatycznego analizatora stanowi układ rozdzielający. Składa się on z kolumn chromatograficznych z płaszczami wodnymi, które łącznie z kąpielą wodną, pompą cyrkulacyjną i termoregula-



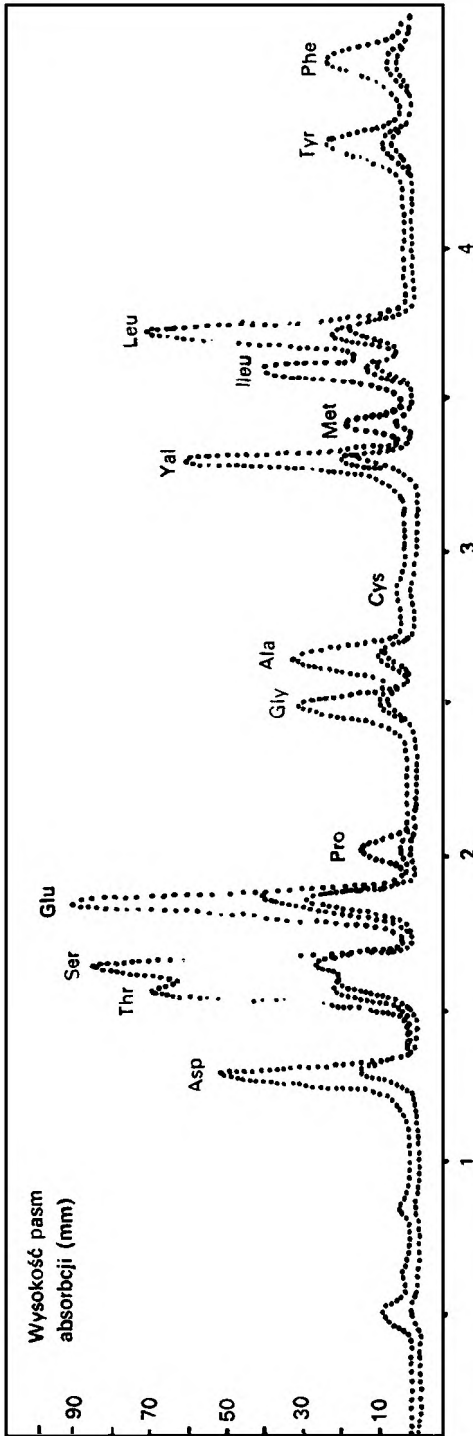
Rys. 1. Automacyjny analizator aminokwasów i kwasów nukleinowych JLC-3BC₂ „Jeol”.

torem tworzą obwód grzejny utrzymujący stałą temperaturę w zakresie 20—70°. Układ rozdzielający uzupełniają dwa urządzenia, a mianowicie: zmiany kolumn i wprowadzanie próbek oraz kąpiel wodna z termoregulatorem (zakres temp. 80—120°) do wywoływania płynnych chromatogramów. Zaleta urządzenia do wprowadzania próbek polega na tym, że zmiana położenia jego dźwigni powoduje w ciągu 10 sekund przeniesienie analizowanej mieszaniny w ściśle odmierzonej objętości (1 ml) na kolumnę, nie powodując zaburzeń w stałej szybkości przepływu eluentów. Cały układ rozdzielający jest obudowany a frontowa, ruchoma ściana obudowy wyposażona jest w kolumny, zegar do automatycznej zmiany temperatury, dźwignie zmiany kolumn i urządzenia do wprowadzania próbek, regulatory temperatury oraz lampy sygnalizacyjne. Dzięki ruchomej ścianie obudowy umożliwiony jest swobodny dostęp do każdej z wewnętrznych części układu rozdzielającego.

Część trzecią automatycznego analizatora JLC-3BC₂ stanowi układ wykrywający złożony z dwóch fotometrów, z których każdy tworzy niezależny system optyczny, wzmacniaczy detekcji i urządzenia samorejestrującego. Przy odpowiednim doborze lamp wolframowej i deuterowej oraz filtrów interferencyjnych (570 mu, 480 mu — dla aminokwasów i 260 mu — dla kwasów nukleinowych), oznaczenia ilościowe można prowadzić w trzech różnych kombinacjach: U.V.—U.V. światło widzialne — U.V. i światło widzialne — światło widzialne. Analizę roztworów mieszanin aminokwasów można przeprowadzać w mikroobjętościach dzięki zastosowaniu podwójnego systemu optycznego, specjalnie przystosowanych wzmacniaczy detekcji, fotokomórek dla światła widzialnego i U.V. oraz stabilizatora napięcia o wysokiej precyzji. Dokładność odczytu układu wykrywającego jest zróżnicowana w trzech zakresach i po przekazaniu impulsów rejestrowana na perforowanej taśmie (zakresy przesuwu: 30, 60 i 120 mm/godz.) za pomocą trójbarwnie punktującego pisaka.

Automatyczny analizator JLC-3BC₂, przystosowany do ilościowej analizy aminokwasów i kwasów nukleinowych opartej na chromatograficznym rozdzielaniu na kolumnach kationo- lub anionowymiennych za pomocą kwaśnych lub zasadowych eluentów, może być także wykorzystany do innych celów. Ponieważ wszystkie części tego aparatu, przez które przepływają roztwory są wykonane ze szkła „Pyrex” lub teflonu, analizator można również stosować do ilościowej analizy mieszanin takich substancji, których rozdzielanie wymaga wprowadzenia innych rodzajów chromatografii i zachodzi konieczność użycia rozpuszczalników organicznych.

Analizator ten odznacza się wysoką czułością pomiarów, która dla aminokwasów wynosi 5×10^{-10} mola (zakres 3; 10 mm komórka przepływowa) i $2,5 \times 10^{-9}$ mola (zakres 3; 2 mm komórka przepływowa), powtarzalnością wyników ($\pm 2\%$ w ciągu 10 godz.; zakres 2 w świetle U.V.).



Czas rozwijania chromatogramu (godz.)

Rys. 2. Analiza mieszaniny aminokwasów kwaśnych i obojętnych

Warunki

Faza stała: Aminex A-4

Eluent: 0,2N bufor cytrynianowy (pH = 3,25).

0,2N bufor cytrynianowy (pH = 4,25).

Zmiana buforu (3,25 – 4,25) po 2,5 godz.

Szybkość przepływu: Roztw. bufor. 0,72 ml/min.

Roztw. ninhydr. 0,36 ml/min.

Wymiary kolumny i temp.: 70,0 × 0,8 cm; 55°C.

Długość drogi światła: 2,0 mm.

Długość fali: 570 m μ , zakres 1570 m μ , zakres 2440 m μ , zakres 3

Temperatura kąpieli do wywoływania chromatogramów: 95°C.

Długość rurki do reakcji barwnej: 15 m.

Szybkość przesuwny taśmy: 120 mm/godz.

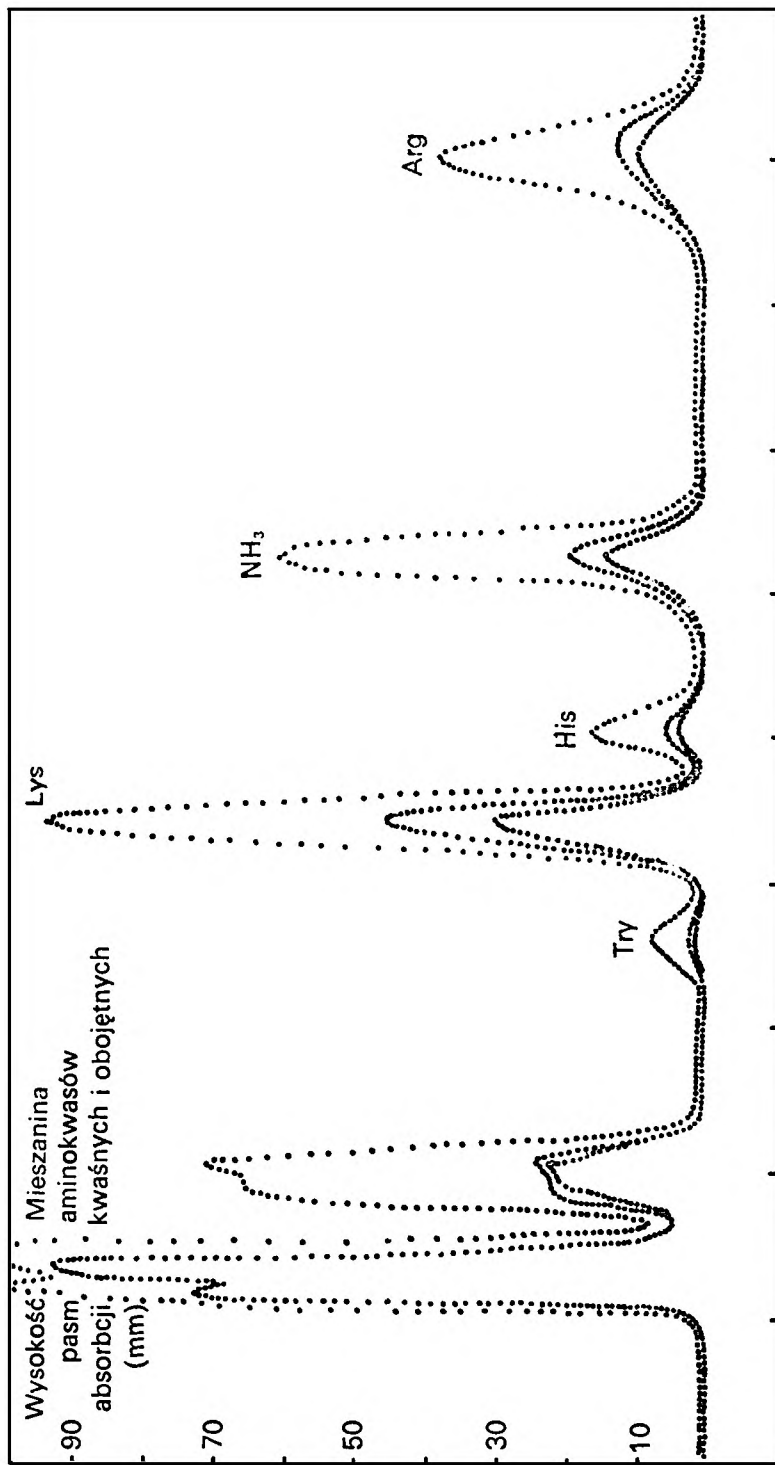
Rozdzielanie aminokwasów przeprowadza się na kolumnach zawierających dwie sferyczne żywice kationowymienne, specjalnie przystosowane do przyspieszonej analizy aminokwasów na automatycznych analizatorach: Aminex A-4 (kol. o wym. $70 \times 0,8$ cm — aminokw. kwaśne i obojętne) i Aminex A-5 (kol. o wym. $15 \times 0,8$ cm — tryptofan i aminokw. zasadowe). Delikatne ziarno żywicy całkowicie wypełnia kolumny, które za pomocą zastawek (nieprzepuszczalnych dla rozpuszczalników i odpornych na ciśnienie) połączone są rurkami z teflonu z pompą przepływu eluentów. Przy właściwym zestawie eluentów i określonej szybkości przepływu, czas wykonania analizy mieszaniny o zawartości przeciętnie około 20 aminokwasów nie przekracza 5 godzin.

W wyniku uzyskuje się zapis chromatogramu (rys. 2, 3) w postaci pasm absorpcji („pików”), których położenie maksimum jest charakterystyczne dla każdego aminokwasu a powierzchnia proporcjonalna do stężenia substancji zawartych w analizowanym roztworze. Zazwyczaj ilość poszczególnych aminokwasów określa się przez porównywanie powierzchni „pików” na chromatogramie badanej próbki z powierzchnią „pików” mieszaniny wzorcowej. Powierzchnię „pików” wylicza się przeważnie w przybliżeniu z iloczynu: $H \times W$, w którym H stanowi wysokość „piku”, natomiast W — ilość punktów połowy jego szerokości. Szerokość „piku” (odpowiadająca impulsom absorpcji) stanowi linia prostopadła do wysokości i przecinająca ją w połowie ($W = \frac{1}{2} H$).

Przeprowadzone w Zakładzie Chemii Farmaceutycznej oznaczenia niektórych hydrolizatów białkowych stosowanych w leczeniu wykazały niewątpliwe zalety automatycznego analizatora JLC-3BC₂ — „Jeol”. Należy przypuszczać, że aparat ten dzięki swej konstrukcji będzie mógł być wykorzystany, nie tylko do analizy aminokwasów i kwasów nukleinowych, ale również do rozdzielania i ilościowego oznaczania w skali mikroinnych grup związków, m.in. leków.

OBJAŚNIENIE SKRÓTÓW:

Ala — alanina;	Lys — lizyna;
Asp — kwas asparaginowy;	Met — metionina;
Arg — arginina;	Phe — fenyloalanina;
Cys — cystyna	Pro — prolina;
Glu — kwas glutaminowy;	Ser — seryna;
His — histydyna;	Thr — treonina;
Ileu — izoleucyna;	Try — tryptofan;
Leu — leucyna;	Tyr — tyrozyna;
	Val — walina.



Czas rozwijania chromatogramu (godz.)

1

2

Rys. 3. Analiza mieszaniny aminokwasów zasadowych.

Warunki

Faza stała: Aminex A-5.

Eluent: 0,35N bufor cytrynianowy (pH = 5,28).

Szybkość przepływu: Roztwór bufor. 0,72 ml/min.

Roztwór ninhydr. 0,36 ml/min.

Wymiary kolumny i temp.: 15,0 × 0,8 cm; 55°C.

Długość drogi światła: 2,0 mm.

Długość fali: 570 mμ, zakres 1

570 mμ, zakres 2

440 mμ, zakres 3

Temperatura kąpieli do wywoływania chromatogramów: 95°C.

Długość rurki do reakcji barwnej: 15 m.

Szybkość przesuwny taśmy: 120 mm/godz.

PIŚMIENNICTWO

1. Stein W. H., Moore S.: Cold Spring Harbor Symp. Quant. Biol., 1950, 14, 179.
2. Hirs C. H. W., Moore S., Stein W. H.: J. Am. Chem. Soc., 1951, 73, 1893.
3. Hirs C. H. W., Moore S., Stein W. H.: J. Biol. Chem., 1952, 195, 669.
4. Hirs C. H. W., Moore S., Stein W. H.: J. Biol. Chem. 1953, 200, 493.
5. Moore S., Stein W. H.: J. Biol. Chem., 1954, 211, 893.
6. Moore S., Stein W. H.: J. Biol. Chem., 1954, 211, 907.
7. Hirs C. H. W., Stein W. H., Moore S.: J. Biol. Chem., 1956, 219, 623.
8. Hamilton P. P.: Anal. Chem., 1958, 30, 914.
9. Hamilton P. P., Anderson R. A.: Anal. Chem., 1959, 31, 1504.
10. Thompson A. R., Morris C. J.: Arch. Biochem. Biophys., 1959, 82, 380.
11. Tallan H. H., Moore S., Stein W. H.: J. Biol. Chem., 1954, 211, 927.
12. Camprell P. N., Jacobs S., Work T. S.: Chem. and Ind., 1955, 117.
13. Keil B.: Chem. Listy, 1957, 51, 1927.
14. Moore S., Spackman D. H., Stein W. H.: Anal. Chem., 1958, 30, 1185.
15. Spackman D. H., Stein W. H., Moore S.: Anal. Chem., 1958, 30, 1190.
16. Hannig K.: Clin. Chim. Acta, 1959, 4, 51.
17. Simmonds D. H., Rowlands R. J.: Anal. Chem., 1960, 32, 259.
18. Hori S., Aoki J.: Japan Analyst, 1966, 15, 9.

Bożena Brach, inż. Zdzisław Sztajer

WYNALAZCZOŚĆ I RACJONALIZACJA

W kręgu tak różnorodnych i złożonych funkcji jakie spełnia współczesna uczelnia medyczna, inicjowanie i organizacja ruchu wynalazczości i racjonalizacji jest na pewno działaniem marginesowym. Trudno w chwili obecnej porównywać szeroko rozwinięty ruch wynalazczy w dużych zakładach przemysłowych i instytucjach gdzie ma on wypracowane, na wysokim poziomie stojące formy organizacyjne z działalnością prowadzoną w tym zakresie w naszej Uczelni. Dlatego też należy dążyć do podniesienia rangi zagadnień związanych z wynalazczością i racjonalizacją w Uczelni, rozszerzyć działalność propagandową wśród wszystkich pracowników, zapewnić właściwą pomoc techniczną i prawną dla twórców i racjonalizatorów.

Należy zdawać sobie sprawę, że ruch wynalazczy w medycynie ma poza aspektami natury ekonomicznej, ogromne często niewymierne znaczenie społeczne.

W 1966 r. rektor A.M. powołał komórkę d/s wynalazczości i racjonalizacji w Dziale Zaopatrzenia oraz komisję rektorską do rozpatrywania zagadnień wynikających z działalności tej komórki. Do podstawowych zadań komórki wynalazczości należy:

- 1) inicjowanie, organizowanie i kierowanie ruchem wynalazczym w Uczelni
- 2) opracowywanie planów nakładów na wynalazczość i ich realizację
- 3) przyjmowanie zgłoszeń projektów wynalazczych oraz prowadzenie rejestru tych projektów
- 4) organizowanie pomocy wynalazcom i racjonalizatorom w opracowywaniu projektów wynalazczych przy udziale innych jednostek organizacyjnych
- 5) dokonywanie analizy materiałów dotyczących wynalazków, wzorów użytkowych i projektów racjonalizatorskich zgłoszonych przez pracowników Uczelni
- 6) przygotowywanie materiałów na posiedzenia komisji dokonującej oceny projektów wynalazczych oraz wniosków dotyczących realizacji tych projektów

- 7) dokonywanie czynności związanych ze zgłaszaniem w Urzędzie Patentowym PRL wynalazków i wzorów użytkowych w celu zastrzeżenia prawa pierwszeństwa i opatentowania lub dokonania rejestracji, jak również zawiadamianie Ministerstwa ZiOS o dokonywanych zgłoszeniach
- 8) wydawanie wynalazcom i racjonalizatorom książeczek racjonalizatorskich, prowadzenie ewidencji wydanych książeczek i dokonywanie w nich wpisów
- 9) organizowanie w porozumieniu z zainteresowanymi komórkami organizacyjnymi danej jednostki przeprowadzenia prób i badań oraz realizacji projektów wynalazczych, jak również kontroli stosowania tych projektów
- 10) organizowanie akcji mających na celu rozwój wynalazczości w Uczelni
- 11) opracowywanie okresowych analiz i sprawozdań dotyczących stanu wynalazczości i realizacji projektów wynalazczych oraz prowadzenie ewidencji nakładów finansowych związanych ze zgłoszonymi projektami
- 12) współpraca z komórką wynalazczości w Ministerstwie, zwłaszcza w zakresie projektów wynalazczych oraz wniosków dotyczących realizacji tych projektów.

W okresie ostatnich dwóch lat dał się zaobserwować znaczny wzrost zgłaszanych projektów wynalazczych i wzorów użytkowych co stworzyło konieczność zapewnienia stałej pomocy prawnej. W końcu 1969 r. został zaangażowany na $\frac{1}{2}$ etatu rzecznik patentowy mgr inż. Hubert Radecki, który zabezpiecza w imieniu Uczelni interesy twórców i na bieżąco współpracuje z komórką wynalazczości.

Należy podkreślić, że mimo istniejących trudności organizacyjnych Uczelnia ma duże osiągnięcia na odcinku opracowanych i zgłoszonych do Urzędu Patentowego projektów wynalazczych i wzorów użytkowych.

W 1966 r. zostały zgłoszone:

Projekt wynalazczy pt. „Sposób wytwarzania dwusiarczkowego analogu acetylocholiny — twórca mgr inż. chem. dr med. Ireneusz Janczarski — adiunkt Zakładu Chemii Ogólnej

Projekt wynalazczy pt. „Sposób wytwarzania chlorków estrów acetylocholiny podobnych z grupami hydroksylowymi i tiolowymi” — twórca mgr inż. chem. dr med. Ireneusz Janczarski — adiunkt Zakładu Chemii Ogólnej

W 1967 r. został zgłoszony:

Wzór użytkowy pt. „Stolik wibracyjny do zagęszczania mas formierskich i gipsu” — twórca dr Symcha Wajs i mech. prec. Mieczysław Marczak z Kliniki Protetyki

W 1968 r. zostały zgłoszone:

1. Wzór użytkowy pt. „Kołnierz dwuczęściowy ochronny dla aparatu rentgenowskiego dla prześwietlania zębów” — twórca laborant rtg Kliniki Ortodontycznej Józef Walczak
2. Projekt wynalazczy pt. „Sposób synchronizacji implantowanych stymulatorów serca oraz urządzenie do stosowania tego sposobu” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii
3. Projekt wynalazczy pt. Sposób uzyskiwania par impulsów z zaimplantowanych stymulatorów serca o sztywnym rytmie oraz układ połączeń do stosowania tego sposobu” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii
4. Projekt wynalazczy pt. „Sposób uzyskiwania stymulacji synchronizowanej czynnością komór serca z zaimplantowanych stymulatorów serca o sztywnym rytmie oraz układ połączeń do stosowania tego sposobu” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii
5. Projekt wynalazczy pt. „Sposób stymulacji wiązanej z zaimplantowanych stymulatorów serca o sztywnym rytmie oraz układ połączeń do stosowania tego sposobu” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii. Wymienione projekty wynalazcze niezależnie od zgłoszenia do opatentowania w Urzędzie Patentowym zostały zgłoszone do „PolSERVICE” w celu przeprowadzenia postępowania patentowego oraz utrzymania ochrony patentowej za granicą w następujących krajach: Austrii, CSRS, Holandii, Japonii, NRF, Szwecji, USA.
- 6) Projekt wynalazczy pt. „Sposób samodzielnego stosowania sterowania przez kwadryplegika urządzeniem służącym do przemieszczania oraz przykład urządzenia do stosowania tego sposobu” twórcy: profesor dr Marian Weiss i mgr inż. Roman Pańniczek z Kliniki Rehabilitacji. Projekt wynalazczy poza zgłoszeniem do opatentowania w Urzędzie Patentowym został zgłoszony do „PolSERVICE” w celu przeprowadzenia postępowania patentowego oraz utrzymania ochrony patentowej za granicą w: Austrii, Italii, Francji, NRF, W. Brytanii.
7. Wniosek racjonalizatorski pt. „Przystosowanie do zastosowania zewnętrznego zużytych lub uszkodzonych stymulatorów wewnętrznych, uprzednio implantowanych chorym z blokiem całkowitym serca” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii
- 8) Wniosek racjonalizatorski pt. „Urządzenie do stymulacji parami impulsów” — twórcy: mgr inż. Bohdan Bukowiecki i docent dr Mariusz Stopczyk z Instytutu Kardiologii. Obydwa wnioski racjonalizatorskie są wykonywane na zasadzie powołania brygady racjonalizatorskiej,

w skład której wchodzi zespół pracowników Instytutu i innych specjalistów.

W 1969 r. zostały zgłoszone:

1. Wzór użytkowy pt. „Przyrząd do pomiaru dokładnego małych odległości na planach i wykresach” twórcą — mgr inż. Zbigniew Choroszczak z Katedry Radiologii Lekarskiej
2. Wzór użytkowy pt. „Prostnica kątowna” — twórcy: dr med. stomat. Symcha Wajs i mech. prec. Mieczysław Marczak z Kliniki Protetyki
3. Projekt wynalazczy pt. „Sposób zamykania odbytu przy uszkodzonym zwieraczu...” — twórcy: lek. med. Józef Zwinogrodzki oraz Aleksander Łoktiew z Przyklinicznych Warsztatów Ortopedycznych AM w Warszawie
4. Projekt wynalazczy pt. „Sposób uzyskiwania stymulacji elektrycznej serca parami impulsów oraz układ połączeń do stosowania tego sposobu” — twórca: mgr inż. Bohdan Bukowiecki z Instytutu Kardiologii
5. Projekt wynalazczy pt. „Układ elektryczny zabezpieczający lampę rentgenowską przed przeciążeniem powtarzanymi obciążeniami” — twórca: mgr inż. Zbigniew Choroszczak z Katedry Radiologii Lekarskiej
6. Wzór użytkowy pt. „Suszarka do błon rentgenowskich” — twórca mgr inż. Zbigniew Choroszczak z Katedry Radiologii Lekarskiej
7. Wzór użytkowy pt. „Urządzenie termostatyczne do ciemni rentgenowskich” — twórca: mgr inż. Zbigniew Choroszczak z Katedry Radiologii Lekarskiej
8. Wzór użytkowy pt. „Napęd i sterowanie pojazdów mechanicznych, zwłaszcza wózków inwalidzkich” — twórcy: mgr inż. Józef Andukowicz i mgr inż. Roman Pańniczek z Kliniki Rehabilitacji w Konstancinie
9. Wzór użytkowy pt. „Zestaw sprzętów ułatwiających niektóre podstawowe czynności chorym o ograniczonej sprawności” — twórca: prof. dr Marian Weiss — kierownik Kliniki Rehabilitacji, mgr Zofia Galińska, mgr Danuta Duszniak i mgr Józef Misztel pracownicy Instytutu Szkła i Ceramiki
10. Wzór użytkowy pt. „Uchwyt dźwigni do ekstrakcji zębów i korzeni zębowych” — twórcy: dr med. stomat. Symcha Wajs i mech. precyz. Mieczysław Marczak z Kliniki Protetyki
11. Projekt wynalazczy pt. „Sposób zabezpieczania lampy rtg diagnostycznej przed przeciążeniem, przy obciążeniach sumujących się i samoczynne urządzenie do stosowania tego sposobu” — twórca: mgr inż. Zbigniew Choroszczak z Katedry Radiologii Lekarskiej.

Według posiadanych informacji stwierdzić należy, że rozwój ruchu wynalazczego na terenie naszej Uczelni jest przodującym w resorcie zdrowia. Wyniki dotychczasowej działalności pozwalają sądzić, że ruch wynalazczy będzie szedł w kierunku dalszego rozwoju.

WYBRANE PRACE NAUKOWE

BEM JERZY, PAWŁOWSKI ANDRZEJ, FRYSZMAN ALEKSANDRA — „*Nowotwory skóry w hodowli tkankowej*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W jednakowych warunkach hodowano tkankę uzyskaną z nabłoniaka podstawno-komórkowego, raka kolczystokomórkowego i guza indukowanego pędzłowaniem IMBA skóry królika. Komórki nabłoniaka są wielopostaciowe i wzrastają zachowując między sobą ścisły kontakt. Komórki raka kolczystokomórkowego i komórki guza wywołanego pędzłowaniem IMBA wykazują cechy atypii, poruszają się szybko, pojedynczo lub w luźnych grupach.

Prace złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

* BINKIEWICZ-SYSKA BARBARA — „*Skuteczność substytucyjnego leczenia feminizującego w różnych postaciach dysgenезji gonad*”.

Zakład Endokrynologii Klinicznej A.M.

Wśród zespołów z pierwotnym brakiem miesiączki wyróżnia się grupę przypadków, z gonadami dysgenetycznymi. Ponieważ niemożliwym jest spowodowanie cyklicznej czynności hormonalnej w dysgenetycznej gonadzie jedynym sposobem leczenia tego rodzaju zaburzeń jest terapia substytucyjna. Cel pracy:

1. Ocena skuteczności hormonalnej terapii substytucyjnej w różnych postaciach dysgenезji gonad.

2. Porównanie reaktywności ustroju na podawaną terapię substytucyjną w zależności od kariotypu.

Materiał obejmuje 26 przypadków dysgenезji gonad (11 przypadków czystej dysgenезji, 3 przypadki mieszanej dysgenезji oraz 12 przypadków zespołu Turnera). Stosowano terapię opartą o hormony naturalne i syntetyczne preparaty estrogenno-progestagenne. Czas terapii od roku do 25 lat. Najlepsze efekty osiągnięto w czystej dysgenезji gonad. Obecność chromosomu Y zarówno w czystej i mieszanej dysgenезji nie zmienia reaktywności na podawaną terapię.

W żadnym przypadku nie obserwowano powikłań w postaci nadmiernych krwawień i przerostów błony śluzowej macicy.

FRYSZMAN ALEKSANDRA, BUDULSKA BOŻENA, PAWŁOWSKI ANDRZEJ — „*Wpływ MSH na melanocyty skóry królika*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Królikom rasy szynszyle wstrzykiwano w skórę ucha MSH rozpuszczony w żelatynie i jako kontrolę samą żelatynę. Na podstawie badań histochemicznych i ilościowych ustalono zwiększenie aktywności melanocytów pod wpływem MSH.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

* — praca doktorska

** — praca habilitacyjna

**** CZARNIECKI WINCENTY MARIAN** — „*Badania nad przyczynami skazy krwiotocznej w przypadkach niewydolności nerek*”.

I Klinika Chorób Wewnętrznych A.M.

Praca składa się z 8 części: I. Obecny stan wiedzy o skazie krwiotocznej w przypadkach niewydolności nerek. II. Występowanie jawnej skazy krwiotocznej. III. Układ krzepnięcia. IV. Czynniki płytkowe. V. Układ fibrynolityczny. VI. Badania nad układem fibrynolitycznym w przypadkach braku nerek. VII. Urokinaza. VIII. Ogólne omówienie wyników. Badania wykazały, że w przypadkach niewydolności nerek spotykamy się z 3 zjawiskami: skazą krwiotoczną, zahamowaniem fibrynolizy w euglobulinach i tendencją do wzmoczonej krzepliwości krwi. Poza jawną skazą krwiotoczną mocznicy towarzyszą liczne i wielokierunkowe zaburzenia w układzie równowagi krwi: zmniejszenie liczby płytek, upośledzenie zużycia protrombiny, podwyższenie poziomu fibrynogenu, przedłużenie czasu fibrynolizy w euglobulinach, przedłużenie czasu trombinowego i obniżenie poziomu urokinazy. W znacznej części przypadków obserwowano podwyższenie poziomu czynników: VIII i IX oraz niewielkie podwyższenie poziomu czynnika VII a w troboelastogramie objaw schodkowy, powiększenie wskaźnika Emx i tendencję do skrócenia czasów: „r” i „k”. U części chorych obserwowano obniżenie poziomu czynników płytkowych: 1 i 3 oraz podwyższenie poziomu czynnika 4. Skazę krwiotoczną obserwowano najczęściej u chorych z upośledzonym zużyciem protrombiny, ze zmniejszoną liczbą płytek, z przedłużonym czasem protrombinowym i z podwyższonym poziomem czynników: VIII i IX. Przyczyną skazy krwiotocznej w mocznicy może być uszkodzenie naczyń włosowatych i megakariocytów z następowym zmniejszeniem liczby płytek i upośledzeniem ich czynności lub współdziałanie niedoboru kilku czynników (angio-plasmo-thrombathia uraemica); w związku z objawami podejrzanymi o nadkrzepliwość krwi należy również myśleć o możliwości wystąpienia tzw. skazy krwiotocznej ze zużycia.

DĄBROWSKI JAN, JAKUBOWICZ KAZIMIERZ — „*Badania mikroskopowo elektronowe nad mechanizmem akantolizy w pęcherzycy zwykłej*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przeprowadzono badania mikroskopowo elektronowe w typowych przypadkach pęcherzycy właściwej. Badania te miały na celu ocenę mechanizmu akantolizy we wczesnych jej okresach. Stwierdzono zachowaną ultrastrukturę zespołu desmosomy-tonofilameny i wykazano obecność pierwotnych zmian w substancji międzykomórkowej (cementującej), co wydaje się pokrywać z współczesnymi badaniami immunopatologicznymi.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

**** GAWLIK ZBIGNIEW** — „*Histochemia i histodiagnostyka wczesnych okresów zawału mięśnia serca w materiale doświadczalnym*”.

Zakład Anatomii Patologicznej A.M.

Głównym celem pracy jest ocena przydatności wielu testów histologicznych, histochemicznych, fizykochemicznych i fluorescencyjnych dla histodiagnostyki zawałów mięśnia serca. Równocześnie podejmuje się próbę zebrania i usystematyzowania wiadomości o zmianach histochemicznych w najwcześniejszych okresach martwicy. Autor posługuje się przeważnie modelem zawału doświadczalnego, wywołwanego podwiązaniem przedniej, zstępującej gałęzi lewej tętnicy wieńcowej. Po dokonaniu szczegółowej analizy morfologicznej spostrzeganych zmian autor przeprowadza obszerną dyskusję w oparciu o materiał własny (116 szczurów) i bogate już obecnie piśmiennictwo światowe. Z rozprawy wynika, że rozpoznawanie wczesnych zawałów mięśni serca jest możliwe w oparciu o pewne metody histologiczne (barwienie metodą azan, wg Selyego i Massona) oraz technikę mikroskopowo-fluorescencyjną. Przy-

puszczalny wiek zawału można określać tylko wówczas, gdy do dyspozycji pozostają dodatkowo odpowiednie metody histochemiczne.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ, BICZYSKO WIESŁAWA, DĄBROWSKI JAN – „*Ultrastruktura komórek Langerhansa*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Omówiono morfologiczne szczegóły budowy ultrastrukturalnej komórek Langerhansa ze szczególnym zwróceniem uwagi na ich ziarna. Przedyskutowano czynność tych komórek i ich związek z układem komórek melanocytarnych.

Pracę złożono do publikacji w „*Patologii Polskiej*”.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ – „*Rola keratinosomów w procesie rogowacenia*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Omówiono istotę i rolę keratinosomów w procesie rogowacenia. Keratinosomy są to organella komórkowe (cytoplazmatyczne), które w pewnej fazie rogowacenia biorą udział w wytwarzaniu szczególnie grubej i odpornej błony komórkowej komórek w ostatnim okresie procesu rogowacenia. Zwrócono również uwagę na ich czynność zbliżoną do lisosomów naskórkowych. Omówiono zachowanie się tych elementów w niektórych procesach patologicznych.

Pracę złożono do publikacji w „*Przeglądzie Dermatologicznym*”.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ, DĄBROWSKI JAN – „*Ultrastruktura zmian pęcherzowych w chorobie Dühringa*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Badania mikroskopowo-elektronowe przeprowadzone w typowych przypadkach dermatitis herpetiformis pozwoliły na dokładne umiejscowienie pęcherza, który leży pod błoną podstawną w obrębie skóry właściwej. Najbardziej istotną zmianą ultrastrukturalną było jednak znaczne uszkodzenie błony podstawnej aż do jej całkowitego zniszczenia włącznie.

Omówiono znaczenie tych obserwacji dla patogenezy choroby Dühringa i różnicowania z pemphigoidem.

Pracę złożono do publikacji w „*Przeglądzie Dermatologicznym*”.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ, DĄBROWSKI JAN – „*Ultrastruktura zmian pęcherzowych w pemphigoidzie*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Badania mikroskopowo-elektronowe wczesnych zmian pęcherzowych w pemphigoidzie wykazały, że pęcherz umiejscowiony jest w tych zmianach pomiędzy błoną podstawną a błoną komórkową komórek podstawnych naskórka. Nie stwierdzono uszkodzenia błony podstawnej, która wykazuje tylko nieznaczne zgrubienie.

Omówiono zgodność tych obserwacji z badaniami immunopatologicznymi, wnioski dla patogenezy pemphigoidu i różnicowania z dermatitis herpetiformis.

Pracę złożono do publikacji w „*Przeglądzie Dermatologicznym*”.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ, DĄBROWSKI JAN – „*Zachowanie się keratinosomów w stanach rzekomonowotworowych, przedrakowych i rakach skóry*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Na podstawie obserwacji w mikroskopie elektronowym omówiono zachowanie się keratinosomów w rogowaceniu starczym, rakach kolczysto-komórkowych i keratoacanthoma. We wszystkich tych stanach patologicznych stwierdzono charakterystyczne zachowanie się tych organelli, właściwe dla stanów nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia.

Pracę złożono do publikacji w „*Przeglądzie Dermatologicznym*”.

JAKUBOWICZ KAZIMIERZ — „*Współczesne poglądy na powstawanie barwnika w skórze*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W pracy podano przegląd aktualnych danych dotyczących mechanizmu powstania barwnika w skórze ze szczególnym uwzględnieniem badań mikroskopowo-elektronowych. Omówiono klasyfikację komórek wytwarzających barwnik, ich możliwość identyfikacji, biochemię powstawania melaniny oraz miejsce powstawania barwnika w melanosomach. Przedstawiono fragmenty własnych badań w tym zakresie.

Pracę złożono do publikacji w „*Problemach Lekarskich*”.

KAMIŃSKI ANDRZEJ, PAWŁOWSKI ANDRZEJ, ROSZCZYŃIALSKA DANUTA — „*Morfologiczne i histochemiczne badania nerwów skórnych i naczyń krwionośnych w twardzinie uogólnionej*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Celem pracy jest ocena stanu nerwów skórnych i naczyń krwionośnych w twardzinie uogólnionej w różnych okresach rozwoju choroby. Materiał kliniczny obejmuje 23 przypadki twardziny uogólnionej, w tym 8 w okresie obrzękowym i 15 twardziny późnej. Wykazano że zmiany sieci nerwowej dotyczą głównie okolicy podnaskórkowej, gdzie w okresie zmian wczesnych obok włókien nieuszkodzonych stwierdza się włókna częściowo lub całkowicie zwyrodniałe, a w okresie zmian późnych ilość elementów nerwowych znacznie się zmniejsza.

W otoczeniu naczyń początkowo pojawiają się nacieki zapalne, ściany ich ulegają zgrubieniu, a w miarę postępu choroby ulegają zarastaniu. Procesy zwyrodnieniowe wydają się być wyraźniejsze w obrębie podnaskórkowych elementów nerwowych niż w obrębie naczyń krwionośnych.

Pracę złożono do publikacji w „*Przeglądzie Dermatologicznym*”.

* KIDAWA ANDRZEJ — „*Badania nad obkurczaniem się pęcherzyka żółciowego u psów, przed i po całkowitym przecięciu nerwów błędnych*”.

II Klinika Chirurgiczna A.M.

Celem pracy było stwierdzenie zmian w objętości i obkurczaniu się pęcherzyka żółciowego u psów po przecięciu nerwów błędnych oraz próba wyjaśnienia przyczyn tych zaburzeń.

Badania wykonano na 11 psach. Psom przed badaniem podawano dożylnie środek cieniujący i w czasie badania wykonywano zdjęcia Rtg. pęcherzyka żółciowego. Badania wykonano przed operacją, w 2–3 tyg. po operacji oraz w 6–7 mies. po operacji. Jako czynnika wywołującego obkurczanie się pęcherzyka żółciowego użyto żółtka, rozcieńzonego kwasu solnego, kwasu solnego + żółtka oraz hormonu cholecystokininy.

Stwierdzono znaczny wzrost pojemności pęcherzyka żółciowego po przecięciu nerwów błędnych oraz opóźnione i zmniejszone obkurczanie się pęcherzyka żółciowego pod wpływem bodźców pokarmowych. Podanie rozcieńzonego HCl razem z pokarmem wzmagало obkurczanie się pęcherzyka. Zmiany te zmniejszyły się w okresie 6–7 mies. po zabiegu. Cholecystokinina jednakowo obkurczała pęcherzyk żółciowy przed i po vagotomii.

Z doświadczeń wyciągnięto wniosek, że nerw błędny jest odpowiedzialny za napięcie ściany pęcherzyka, przyczyna zaś zaburzeń w jego obkurczaniu leży w zmniejszonym wydzielaniu cholecystokininy po vagotomii.

KOŹMIŃSKA ANNA, RÓŻAŃSKI JĘDRZEJ, KAMIŃSKI ANDRZEJ — „*Badania czynnościowe naczyń obwodowych w twardzinie*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przeprowadzone badania u 130 chorych z chorobą Raynauda z różnymi okresami

akrosclerodermii dają podstawę do różnicowania czynnościowych i organicznych zmian naczyniowych oraz wskazują na udział wegetatywnego układu nerwowego w patogenezie choroby Raynauda i akrosclerodermii. Wydaje się, że pletyzmografia palcowa może być użyteczna w ocenie wpływu różnych leków na naczynia krwionośne.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

KOZMIŃSKA ANNA, RÓŻAŃSKI JĘDRZEJ, LANGNER ANDRZEJ — „*Badania nad wpływem wibracji na naczynia obwodowe*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przebadano 22 osoby z objawami choroby wibracyjnej, stwierdzając zmiany w zapisie pletyzmograficznym u 18 osób. Najbardziej charakterystyczną cechą było występowanie w zapisie licznych dodatkowych załamek na ramieniu zstępującym krzywej, wskazujących na zmiany w napięciu ściany naczyniowej. Stwierdzono dużą równoległość występowania zmian uchwytnych badaniem kapilaroskopowym i pletyzmograficznym, nie stwierdzono natomiast wyraźnej zależności między nasileniem zmian naczyniowych a okresem stykania się z wibracją i wiekiem chorych.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

KOZMIŃSKA ANNA, RÓŻAŃSKI JĘDRZEJ, ROGALSKA MARIA — „*Badania pletyzmograficzne w dermatomyozitis*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przebadano 22 przypadki, stwierdzając zmiany pletyzmograficzne u 17 osób. Zmiany występowały jedynie w okresie czynnym choroby i miały dwojaki charakter: spostrzegano zmiany czynnościowe u chorych w młodszym wieku, a zmiany organiczne w grupie osób starszych. Badania kontrolne po leczeniu wykazywały stabilizację zapisów.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

KOZMIŃSKA ANNA, RÓŻAŃSKI JĘDRZEJ, ROGALSKA MARIA — „*Zastosowanie Sandovenu (DRA-363) w chorobach naczyniowych*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przeprowadzono obserwacje kliniczne osób leczonych Sandovenem (DRA-363) w przypadkach choroby Raynauda, wczesnych okresów akrosclerodermii, vasculitis nodosa, periarteritis nodosa, ulcus cruris varicosum, prowadząc badania pletyzmograficzne przed i po leczeniu Sandovenem. Zarówno w badaniach bezpośrednich po podaniu leku, jak i po leczeniu stwierdzono rozszerzający wpływ na naczynia krwionośne.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

* LAMERS JANINA STANISŁAWA — „*Znaczenie badań laboratoryjnych w konflikcie Rh dla oceny stanu noworodka i dalszego rokowania*”.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych A.M.

Na podstawie badań przeprowadzonych na materiale 96 przypadków kobiet w ciąży z konfliktem serologicznym w zakresie czynnika Rh, które odbyły poród w II Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych A.M. w Warszawie oraz na 98 noworodkach urodzonych z tych ciąż. Omówiono zagadnienia dotyczące zależności stanu klinicznego noworodka od wysokości miana przeciwciał anty Rh w krwi matek, wpływu niezgodności w układzie ABO na poziom przeciwciał anty Rh, wpływ kolejnych ciąż oraz przetoczeń krwi niezgodnej w zakresie antygenu D na dynamikę procesu immunizacji. Przedstawiono zależność między mianem przeciwciał a poziomem bilirubiny w krwi pępowinowej, poziomem hemoglobiny i krwinek czerwonych, poza tym za-

leżność między gęstością optyczną płynu owodniowego a stanem klinicznym noworodka. Ponadto omówiono rozwój fizyczny i psychomotoryczny 32 dzieci leczonych w okresie noworodkowym wymiennym przetoczeniem krwi. Wykazano, że obecność przeciwciał anty Rh w krwi matki w czasie ciąży pozwala na podejrzenie istnienia konfliktu serologicznego, nie wskazuje jednak na istnienie choroby hemolitycznej noworodka. Określenie miana przeciwciał anty Rh w krwi matki w czasie ciąży ma wartość diagnostyczną i prognostyczną w przypadkach, w których wynosi 1:64 i powyżej. Miano przeciwciał w krwi matki 1:64 i powyżej wskazuje na dużą możliwość ciężkiej postaci choroby hemolitycznej noworodka wymagającej leczenia. Badania gęstości optycznej wód płodowych nie zawsze wykazywało zbieżność ze stanem klinicznym noworodka. Wykazano, że wcześniej zastosowana transfuzja wymienna nawet w ciężkich przypadkach może zabezpieczyć dziecko przed uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

* **LADYGIN JERZY** — „*Objawy odrzucenia przeszczepionej trzustki (praca doświadczalna).*”

I Klinika Chirurgiczna A.M.

Celem pracy było uzyskanie allogennego przeszczepu trzustki sprawdzenia czy na podstawie czynności dokrewnej przeszczepionego narządu będzie można rozpoznać jego odrzucenie. Na ogólną liczbę 38 allogennych przeszczepów trzustki, w 21 przypadkach uzyskano przeszczepę o prawidłowym działaniu hormonalnym. Jedynym pewnym sposobem rozpoznania odrzucenia przeszczepionej trzustki jest badanie histologiczne wykazujące typowe dla odrzucenia przeszczepionego narządu cechy. Wzrost poziomu cukru we krwi występujący po upływie 5 dni od chwili przeszczepienia trzustki może być klinicznym objawem odrzucenia. Do takiego stwierdzenia upoważnia zbieżność czasu występowania gwałtownej hiperglikemii i zmian histologicznych typowych dla odrzucenia przeszczepionej trzustki.

LUKASIAK BOŻENA, WNOROWSKI JERZY — „*Badania kapilaroskopowe w zapaleniu mięśni i skóry, liszaju rumieniowatym oraz gościcu pierwotnie przewlekłym.*”
Klinika Dermatologiczna A.M.

Wykonano badanie kapilaroskopowe u 30 pacjentów z zapaleniem mięśni i skóry, u 60 z liszajem rumieniowatym ogniskowym, 35 z liszajem rumieniowatym narządowym oraz u 60 z gościcem przewlekłym ewolucyjnym.

Duże odchylenia od normy oraz dość charakterystyczny obraz kapilaroskopowy stwierdzono jedynie w zapaleniu mięśni i skóry, w liszaju rumieniowatym zmiany we włosniczkach występują częściej w postaci narządowej, jednak w obu odmianach mają charakter nietypowy. W większości przypadków gościca pierwotnie przewlekłego stwierdzono jedynie znacznego stopnia ścieńczenie naczyń.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

LUKASIAK BOŻENA, WNOROWSKI JERZY — „*Badania kapilaroskopowe w przypadkach zmian paznokciowych w łuszczycy i liszaju płaskim.*”
Klinika Dermatologiczna A.M.

Wykonano badanie kapilaroskopowe u 52 osób z łuszczycą, przy czym u 30 osób były zajęte także płytki paznokciowe. Jednocześnie zbadano 5 chorych z liszajem płaskim w obrębie płytek. Tak u chorych z łuszczycą paznokci, jak i u chorych z liszajem płaskim nie występowały żadne charakterystyczne cechy w obrazie kapilaroskopowym. U 3 chorych z liszajem płaskim na wałach paznokciowych zmienionych płytek naczyń wykazywały niewielkie objawy niedokrwienia.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

LUKASIAK BOŻENA, WNOROWSKI JERZY — *„Badania kapilaroskopowe po miejscowym zastosowaniu związków sterydowych”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Celem bezpośredniego wykazania naczynioskurczowego działania związków sterydowych wykonano badanie kapilaroskopowe w 67 przypadkach, po uprzednim zastosowaniu hydrocortyzonu w aerozolu 0,5%, maści hydrocortyzonowej 1% i 0,025% i 1% maści synalar.

We wszystkich badanych przypadkach stwierdzono naczynio-zwężające działanie sterydów, które zależne było od rodzaju i stężenia związku oraz sposobu zastosowania. Nie stwierdzono wyraźnej różnicy w obrazie kapilaroskopowym w grupie osób zdrowych i chorych oraz w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

LUKASIAK BOŻENA, PAWŁOWSKI ANDRZEJ, KOWALSKI JERZY, WNOROWSKI JERZY — *„Zmiany w unerwieniu skóry królików w odczynie Arthusa i Shwartzmana”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 10 białych królików wywołano odczyn Arthusa, a u 10 innych białych królików odczyn Shwartzmana metodami klasycznymi. Po 2 do 7 godzinach od wystąpienia odczynów pobierano skórę do badań neurohistologicznych. Stan elementów nerwowych skóry badano w skrawkach barwionych srebrem metodą Richardсона. Stwierdzono, że elementy nerwowe skóry nie biorą czynnego udziału w powstawaniu i przebiegu obu odczynów, a zmiany zwyrodnieniowe nerwów mają charakter wtórny w stosunku do zmian naczyniowych i postępującej martwicy.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

CZUBALSKI KRZYSZTOF, RUDZKI EDWARD — *„Współzależność pomiędzy występowaniem atopii a rolą czynników psychicznych u chorych na pokrzywkę przewlekłą”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 66 chorych na pokrzywkę przewlekłą badano zależność pomiędzy występowaniem atopii a współistnieniem nerwic i rolą czynników psychicznych w powstawaniu zmian. Stwierdzono, że sytuacje psychotraumatyzujące, zwłaszcza długotrwałe konflikty rodzinne są przyczyną pokrzywki głównie u osób nieatopowych. Natomiast nerwice oraz zaostrzenie zmian pod wpływem stressów emocjonalnych występują jednakowo często w obu porównywanych grupach. Omówiono znaczenie tych badań dla wyjaśnienia niektórych aspektów patogenezy pokrzywki.

Złożono do publikacji w „Polskim Tygodniku Lekarskim”.

MACIEJOWSKA EWA — *„Rola penicyloilo-polilizyny w wykrywaniu alergii późnej na penicylinę.”*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przebadano 232 osoby, w tym 84 stykające się zawodowo z penicyliną. Stwierdzono, że penicyloilo-polilizyna jest antygenem bardziej czułym i swoistym niż penicylina krystaliczna w wykrywaniu alergii późnej i tzw. alergii utajonej.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

MACIEJOWSKA EWA — *„Metody wykrywania wczesnego uczulenia na penicylinę”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Badania przeprowadzono u 232 osób, których część stykała się zawodowo z penicyliną. Porównując poszczególne metody diagnostyczne stwierdzono największą czu-

łoś i swoistość prób śródskórnych z penicyloilo-polilizyną. Poza tym PPL okazał się znacznie bezpieczniejszy niż penicylina krystaliczna. Antygen penicyloilo-polilizyny o stosunkowo krótkim łańcuchu reszt lizyny nie miał właściwości uczulających. W porównaniu z próbami śródskórnymi z PPL, odczyn hemaglutynacji i odwrócony odczyn Prausnitz-Küstnera okazały się metodami o małej czułości i swoistości.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

MACIEJOWSKA EWA — *„Rola komórek zasadochłonnych w zjawiskach alergicznych”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Układ mastocytarno-bazofilowy bierze udział w krzepnięciu krwi, metabolizmie lipidów i w zjawiskach alergicznych. Dwie pierwsze funkcje związane są z obecnością w komórkach heparyny, trzecia z obecnością histaminy. Komórki zasadochłonne jako odpowiedniki komórek tłuszcznych we krwi są najbogatsze w histaminę. Opierając się na tym Shelley wprowadził odczyn degranulacji bazofilów w wykrywaniu uczulenia. Odczyn ten znalazł szerokie zastosowanie w diagnostyce alergii lekowej, pyłkowej i pokarmowej.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

*** MARGIEWICZ-ŁADYGIN ELŻBIETA** — *„Ocena cytohormonalna nadmiaru androgenów u kobiet”.*

Zakład Endokrynologii Klinicznej A.M.

Praca dotyczy oceny przydatności badania cytohormonalnego rozmazów pochwo-nych w przypadkach wirilizacji u kobiet. Kryteria do oceny działania androgenów na nabłonek pochwy zostały ustalone w pracy na materiale kobiet bez endogennej czynności jajników — kobiety te stanowiły grupę kontrolną. Zmiany zachodzące w nabłonku pochwy pod wpływem endogennych androgenów oraz zmiany w nabłonku pochwy pod wpływem leczenia zmierzającego do zmniejszenia objawów wirilizacji przesłedzono na materiale 100 kobiet z objawami klinicznymi nadmiaru androgenów. W wyniku przeprowadzonych badań w grupie kontrolnej ustalono następujące kryteria działania androgenów na nabłonek pochwy: zwiększenie liczby komórek w rozmazie w wyniku proliferacji komórek w nabłonku, pobudzenie do układania się komórek w grupy, oczyszczenie rozmazów z leukocytów, pojawienie się zjawiska cytolizy. Badania cytohormonalne w grupie kobiet z objawami wirilizacji wykazały istnienie analogicznych typów komórkowych, jakie uzyskano doświadczalnie w grupie kontrolnej, stosując androgeny, oraz androgeny wraz z estrogenami na atroficzny nabłonek pochwy. Rozmazy pobierane w trakcie leczenia: deksametazonem, syntetycznymi progestagenami oraz leczenia operacyjnego wykazały, że ocena cytohormonalna rozmazów pochwo-nych może być pomocna: w rozróżnieniu pochodzenia nadmiaru androgenów, kontroli działania syntetycznych progestagenów, kontroli efektywności resekcji klinowej jajników.

**** MARZINEK KAZIMIERZ** — *„Badania histerosalpingograficzne w przypadkach pierwotnego braku miesiączki”.*

I Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Celem pracy było wyjaśnienie w jakim stopniu uszkodzenie samej macicy odgrywa w przypadkach pierwotnego braku miesiączki rolę zasadniczą, albo współistniejącą i czy można ewentualnie ocenić szanse na uzyskanie prawidłowej reaktywności słuźówki macicy na prawidłowe bodźce jajników. Następnie chodziło o ocenę ewentualnie swoitych cech obrazu radiologicznego (HSG) macicy hypoplastycznej w różnych zespołach chorobowych wchodzących w zakres przyczyn pierwotnego braku miesiączki. Materiał obejmuje 95 przypadków pierwotnego braku miesiączki, w któ-

rych wykonano HSG. Rozpoznanie ustalono na podstawie badania klinicznego, oznaczania chromatyny płciowej, a w niektórych przypadkach kariotypu, badania cytologicznego rozmazu z pochwy, biopsji endometrialnej, badania poziomu hormonów w moczu i w niektórych przypadkach laparotomii. Dla dokładnej oceny obrazów radiologicznych dokonano licznych pomiarów długości i szerokości jamy macicy oraz kanału szyi w kilku miejscach. Wykonując kilka zdjęć, a tym samym kilka pomiarów u tej samej chorej, uzyskano średnie, porównując je z pomiarami wykonanymi sondą oraz z oceną przy badaniu zestawionym i przy ewentualnej laparotomii. Uwidoczniło to w szeregu tablic.

Przy interpretacji wyników w oparciu o klasyfikację etiologiczną braku miesiączki, zastosowano podział na 2 zasadnicze grupy: I grupa obejmowała obrazy rentgenologiczne macic nieprawidłowych (zrosty śródmaciczne, zniekształcenie jamy macicy z flebografią, wady rozwojowe). II grupa dotyczyła obrazów rtg macic hypoplastycznych w zaburzeniach na osi podwzgórze — przysadka — jajnik oraz w stanach niedoczynności jajników wskutek zaburzeń nadnerczowych, pubertas tarda, lub o przyczynie nieznaney. Z podsumowania wynika, że u 50,5% badanych czynnik maciczny był główną lub współistniejącą przyczyną pierwotnego braku miesiączki. Tam zaś gdzie w grę wchodzi czynnik maciczny decydującą rolę odgrywa gruźlica narządu rodnego, głównie jako przebyty już proces doprowadzający do zarośnięcia lub zniekształcenia jamy macicy. Z badań wynika również, że istnieją pewne cechy obrazu radiologicznego, pozwalające na różnicowanie między zrostami śródmacicznymi a macicą szczątkową. Wykazano pozatem, że pewne obrazy rtg macic u kobiet z pierwotnym brakiem miesiączki odpowiadają określonym zespołom endokrynologicznym i że na takiej podstawie możliwe jest ustalenie rozpoznania, a nawet rokowania bez uciekania się do bardziej złożonych, trudniejszych i kosztowniejszych badań. Nie stwierdzono ścisłej zależności między stopniem niedoczynności jajnikowej, a stopniem niedorozwoju macicy, jednak zaobserwowano, że tam gdzie pojemność jamy macicy w obrazach radiologicznych jest pozornie większa niż w rzeczywistości (wskutek wiotkości mięśniówki) — szanse na poprawę stanu anatomiczno-czynnościowego macicy pod wpływem leczenia hormonalnego są znaczniejsze. Porównując wyniki pomiarów wykonanych na rentgenogramach w grupach różnych chorych oceniono w jakich przypadkach przeważają wąskie i krótkie szyjki, a w jakich szerokie i długie oraz starano się wyjaśnić zaobserwowaną dość znaczną szerokość cieśni.

Wartość pomiarów wykonanych na rentgenogramach oceniono pozytywnie, ponieważ zmniejszają one granicę błędu, jaka istnieje w ocenie wielkości macic hypoplastycznych metodą hysterometrii, a przede wszystkim w ocenie badaniem ginekologicznym. Wyliczając różne możliwości błędów w pomiarach podano sposoby ich unikania, aby uzyskać możliwie największą dokładność tej metody. W okolicznościach, gdzie nie można wykonać HSG — zalecono wykonanie kolpografii i omówiono jej zalety.

**** OKNIŃSKI WŁADYSŁAW — „Zachowanie się glukozyminy surowicy oraz wydalanie wolnej i związanej glukozyminy w cukrzycy”.**

W pracy oznaczono glukozyminę, ujętą w cztery parametry: zawartość w krwi, wydalanie z moczem glukozyminy wolnej, wydalanie z moczem glukozyminy związanej oraz całkowite dobowe wydalanie glukozyminy.

Badania przeprowadzono w grupie kontrolnej oraz w czterech grupach chorych na cukrzycę: wyrównanych, niewyrównanych, z powikłaniami naczyniowymi oraz z powikłaniami nerkowymi. Poza tym badano zależność między wskaźnikami wyrównania cukrzycy a przyjętymi parametrami glukozyminy.

Ważniejsze wnioski: poziom glukozyminy surowicy u chorych na cukrzycę jest podwyższony. W przypadkach niepowikłanych stan dekomensacji cukrzycy nie

znajduje odbicia w zmianie zawartości glukozaminy surowicy. Dobowe wydalanie glukozaminy wolnej wzrasta w okresie niewyrównania. Wysoka glukozaminemia w badanych powikłaniach nie odróżnia powikłań naczyniowych od nerkowych. Wzrost wydalania glukozaminy związanej występuje w powikłaniach naczyniowych i nerkowych, osiągając znamienne wyższe wartości przy współistnieniu komponenty nerkowej.

Nie stwierdzono doraźnego wpływu insuliny ani hipoglikemizujących leków doustnych na obniżenie glukozaminy surowicy. W badanych przypadkach nie stwierdzono zależności między glikemią i glukozaminemią oraz między glikozurią, a wydalaniem glukozaminy związanej.

PAWŁOWSKI ANDRZEJ, OLEJNIK DANUTA, BEM JERZY, ROSZCZYŃIALSKA DANUTA — *„Wczesne zmiany histologiczne układu nerwowego skóry królików i myszy po pędzlowaniu roztworami IMBA, benzenem i acetonem”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 10 królików i 32 myszy przebadano oddziaływanie układu nerwowego skóry na pędzlowanie 9,10 dimetyl, 1,2 benzantracenenem (DMBA) i jego rozpuszczalnikami. Wykazano, że proliferacja podnaskórkowych elementów nerwowych i wnikanie włókien do naskórka mają charakter nieswoisty i stanowią prawdopodobnie jeden z elementów obronnych skóry na bodźce drażniące. Pierwszymi charakterystycznymi zmianami w układzie nerwowym skóry, zachodzącymi pod wpływem działania DMBA, są zmiany w unerwieniu mieszków postępujące równolegle do przerostu lub zniszczenia mieszków.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

PAWŁOWSKI ANDRZEJ — *„Rola elementów nerwowych skóry w przebiegu doświadczałnej karcynogenezy, nabłoniaków podstawnkomórkowych i raków kolczystokomórkowych”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Na podstawie porównawczych obserwacji przebiegu karcynogenezy u królików na uchu odnerwionym całkowicie i nieodnerwionym stwierdzono, że unerwienie skóry odgrywa rolę obronną w procesie rozwoju nowotworu. Rolę obronną spełniają głównie nerwy skórne wywodzące się z układu rdzeniowego.

Stwierdzono, że w procesach, w których nie istnieje bezpośrednie zagrożenie rozprzestrzeniania się w skórze właściwej nieprawidłowych komórek pochodzenia nabłonkowego elementy nerwowe nie biorą udziału w reakcji obronnej. Odwrotnie, w przypadkach rogowacenia starczego, epidermodysplasia verruciformis przechodzących w chorobę Bowena oraz w chorobie Bowena — komórki Schwanna i włókna nerwowe proliferują tuż pod naskórkiem. Żywo reagują także elementy nerwowe skóry w nabłoniakach podstawnkomórkowych i wczesnych przypadkach raków kolczystokomórkowych. Wykazano dalej możliwość różnicowania na podstawie obrazu neurohistologicznego wczesnych postaci raka kolczystokomórkowego z keratoacanthoma oraz uchwycenia momentu przejścia zmiany typu brodawki w chorobę Bowena w epidermodysplasia verruciformis.

Pracę złożono do publikacji w „Neuropatologii Polskiej”.

* PUŻYŃSKA LIDIA — *„Porównawcze właściwości aminotransferaz aminokwasów aromatycznych z różnych źródeł”*.

Zakład Chemii Fizjologicznej A.M.

Wykazano, że aktywność aminotransferazy L-tyrozyny, L-feniloalaniny i L-tryptofanu zlokalizowana jest zarówno w supernatancie 30 000 g, jak i w mitochondriach z wątroby szczura. Dootrzewnowe obciążanie szczurów aminokwasami i pirydoksyną

nie wpływało na aktywność enzymów w mózgu i mitochondriach wątroby, zwiększało natomiast aktywność enzymów w supernatancie wątroby. Podanie hydrazyny obniżało aktywność w supernatancie i mitochondriach wątroby a nie wpływało na aktywność w mózgu. Na podstawie badań *in vitro* z dodawanym fosforanem pirydoksalu stwierdzono, że aminotransferazy mitochondriów wątroby i supernatantu mózgu są wysyczone przez koenzym. Natomiast enzymy supernatantu wątroby są niewysyczone i dodanie fosforanu pirydoksalu zwiększa ich aktywność. Podczas oczyszczania enzymów mitochondrialnych aktywności dla poszczególnych aminokwasów nie udało się rozdzielić.

Badane preparaty enzymatyczne zarówno z mitochondriów wątroby, jak i supernatantu wątroby czy mózgu wykazywały największe powinowactwo do tyrozyny i najmniejsze do fenyloalaniny.

* RADWAŃSKA EWA — „*Wpływ syntetycznych estrogenów i gestagenów na wydalanie androgenów nadnerczowych u osobników fenotypowo żeńskich bez hormonalnej czynności gonad*”.

Zakład Endokrynologii A.M.

W 24 przypadkach bez hormonalnej czynności gonad podawano cyklicznie 6 różnych preparatów estrogenno-gestagennych i badano wydalanie frakcji 11-dezoksy, 11-oksy-17-ketosterydów i DHA. Stwierdzono obniżenie wydalania DHA pod wpływem mestranolu 0,1 mg, mestranolu 0.1 mg + dwuocian etinodiolu 0,5 mg, mestranolu 0.1 mg + dwuocian etinodiolu 0.1 mg oraz mestranolu 0.1 mg + chlormadinon 3 mg. Pod wpływem tych preparatów stwierdzono wzrost wydalania frakcji 11-oksy-17-KS. Po podaniu mestranolu 0.1 mg + dwuocian etinodiolu 1 mg oraz mestranolu 0.1 mg + lynestrenol 2.5 mg nie zaobserwowano wpływu na wydalanie DHA, stwierdzono natomiast spadek wydalania frakcji 11-oksy-17-KS. W obrębie 11 dezoksy-17-KS jako całości nie nastąpiły istotne zmiany pod wpływem terapii. Różne pod względem składu chemicznego i dawki preparaty estrogenno-progestagenne wywierają odmienny wpływ na wydalanie androgenów nadnerczowych.

RUDZKI EDWARD, KOHUTNICKI ZBIGNIEW, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ, KLENIEWSKA DANUTA, PROCHACKA-KOSTKIEWICZ EWA — „*Alergia na kobalt jako przyczyna wyprysku zawodowego*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W pracy starano się wykryć przyczyny uczulenia na kobalt u 105 pacjentów. Stwierdzono, że u 33% badanych alergia na kobalt występuje samoistnie, a u pozostałych współistnieje bądź z alergią na chrom (częściej), bądź z alergią na nikiel (rzadziej). Alergia na kobalt jest częstsza u osób zatrudnionych w tych zawodach, dla których charakterystyczna jest alergia na chrom, a badania spektroskopowe syntetycznych proszków do prania wykazują, że łączne uczulenie na oba te alergeny może także powstawać w warunkach pozazawodowych.

Pracę złożono do publikacji w „*Medycynie Pracy*”.

RUDZKI EDWARD, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ, KLENIEWSKA DANUTA, KOHUTNICKI ZBIGNIEW — „*Najczęstsze przyczyny wyprysku kontaktowego w Polsce i ich porównanie z alergizacją w kilku innych krajach Europy*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W pracy zbadano częstość alergii kontaktowej na 41 substancji: barwników, metali, konserwantów, środków dezynfekcyjnych, leków zewnętrznych oraz składowych gumy i tworzyw sztucznych.

Zestawienie wyników własnych z danymi dotyczącymi Szwajcarii i Skandynawii wskazują, że duży odsetek osób uczulonych jest na gumę, niektóre barwniki i kobalt,

a stosunkowo mniejsze uczulenie na nikiel, kosmetyki i część leków zewnętrznych stanowi osobliwość alergii kontaktowej w Polsce.

Pracę złożono do publikacji w „Polskim Tygodniku Lekarskim”.

RUDZKI EDWARD, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ, KLENIEWSKA DANUTA, KOHUTNICKI ZBIGNIEW – *„Poszukiwanie alergenów częstszych w Polsce niż w innych krajach”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W pracy przytoczone są wyniki poszukiwań substancji wywołujących wyprysk częściej w Polsce niż w innych krajach. W tym celu przebadano szereg składowych gumy i tworzyw sztucznych, leków zewnętrznych, konserwantów kosmetyków oraz barwników tekstylii. W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami ustalono, że do dwudziestu głównych alergenów kontaktowych należą w naszym kraju: chrom, kobalt, paraaminodwufenyloamina, parafenylenodwuamina, dziegieć drzewne, dwufenyloguanidyna, nonoxza, prodermina, balsam peruwiański, dwusiarczek czterometylo-tiuranu, anestezyna, formalina, merkaptobenzotiazol, euceryna, etylenodwuamina, nikiel, nowokaina, kalafonia, paraaminofenol i rtęć. Omówiono także dalsze badania niezbędne do opracowania zestawu alergenów standartowych.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

RUDZKI EDWARD, KLENIEWSKA DANUTA, KOHUTNICKI ZBIGNIEW, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ – *„Dalsze badania nad najczęstszymi alergenami kontaktowymi”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 500 chorych z alergicznymi zmianami skórnymi wykonaliśmy próby płatkowe z 11 substancjami (lekami bądź składnikami kosmetyków) należącymi do głównych w niektórych krajach Europy przyczyn wyprysku. Wyniki dodatnie obserwowaliśmy najczęściej z dziegciem drzewnym, a później kolejno z anestezyną, kalafonią, rtęcią, nipokambiną, rezorcyną, lanoliną, mentolem, olejkiem laurowym, vioformem i sulfanilamidem. Dane te potwierdzają wcześniejsze spostrzeżenia o częstym występowaniu w Polsce alergii na „para” grupę.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

RUDZKI EDWARD, KLENIEWSKA DANUTA, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ, PROCHACKA-KOSTKIEWICZ EWA, KOHUTNICKI ZBIGNIEW – *„Poszukiwanie najczęstszych w Polsce alergenów kontaktowych”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 690 pacjentów z wypryskiem i innymi chorobami alergicznymi skóry wykonano próby płatkowe ze standartowymi skandynawskimi alergenami kontaktowymi. Przebadane substancje wykrywały uczulenia u 48,6% chorych na wyprysk. Osobliwością alergii kontaktowej w Polsce jest stosunkowo wysoki odsetek uczuleń na parafenylenodwuaminę u ogółu badanych, przewaga uczuleń na kobalt w wyprysku zawodowym oraz jednakowa częstość dodatnich prób z balsamem peruwiańskim u mężczyzn i kobiet.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

RUDZKI EDWARD, KOHUTNICKI ZBIGNIEW, KLENIEWSKA DANUTA, BORKOWSKI WŁODZIMIERZ – *„Zawodowe i pozazawodowe źródła alergizacji na chrom”*.

Klinika Dermatologiczna A.M.

Alergię na chrom obserwuje się szczególnie często u przedstawicieli niektórych zawodów. Jednak kontakt zawodowy z chromem nigdy nie jest jedyną przyczyną

wypysku, gdyż u większości chorych uczulenie dotyczy kilku szeroko rozpowszechnionych substancji, a poza tym poszczególne nawroty wywoływane są często przez zawierające ten pierwiastek przedmioty codziennego użytku. Nie jest jasne jakie minimalne stężenia chromu mogą spowodować odczyny alergiczne. W pracy w oparciu o badania spektroskopowe, wyniki prób skórnych i dane wywiadu problem ten omówiony jest na przykładzie proszków do prania.

Złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

RUDZKI EDWARD, WYSZOMIRSKA ZOFIA — *„Odczynny krzyżowe między antygenami gronkowca białego i złocistego w opóźnionych próbach skórnych u zwierząt doświadczalnie uczulanych i w odczynie immunodyfuzji”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

U świnek morskich doświadczalnie uczulanych oraz w immunodyfuzji badano odczyny krzyżowe pomiędzy antygenami gronkowca białego i złocistego. Otrzymane wyniki wskazują, że nukleoproteiny gronkowców dają reakcje krzyżowe. Odczyny te są szczególnie wyraźne w opóźnionych próbach skórnych, ale występują też, choć słabiej w precypitacji w żelu agarowym. Natomiast kwasy tejchojowe cechują się znacznie większą swoistością gatunkową, z 10 uczulonych gronkowcami świnek tylko 1 reagowała z heterologicznym preparatem.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

RUDZKI EDWARD, WYSZOMIRSKA ZOFIA — *„Współistnienie uczulenia na gronkowiec biały i złocisty”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

U 458 badanych porównywaliliśmy nasilenie natychmiastowych i opóźnionych prób skórnych na kwas tejchojowy, nukleoproteinę i zawiesinę komórek gronkowca złocistego i białego. Dodatnim odczynom skórnym na antygeny gronkowca białego najczęściej towarzyszą równie lub bardziej nasilone próby z analogicznymi antygenami gronkowca złocistego. Jednak u pojedynczych badanych dominuje uczulenie na *Staphylococcus albus*, co wskazuje, że gronkowiec saprofityczny mogą niekiedy uczulać. W świetle tych danych przedyskutowany został całokształt badań poświęconych alergizującym właściwościom gronkowca białego.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

* **SITO ALDONA JULIA** — *„Badania kariologiczne i cytologiczne hodowli in vitro komórek krwi i szpiku w białaczkach u dzieci”.*

Klinika Terapii Chorób Dzieci A.M.

Praca miała na celu przesłedzenie obrazu chromosomów u dzieci z białaczką, badania przeprowadzono w 25 przypadkach ostrej i przewlekłej białaczki szpikowej oceniając jednocześnie wskaźnik mitotyczny i obraz morfologiczny komórek krwi i szpiku w hodowli. Nie znaleziono systematycznie powtarzających się nieprawidłowości chromosomalnych w ostrych białaczkach. W niektórych przypadkach występowały zmiany strukturalne, rzadziej liczbowe, w chromosomach. Podobne zmiany stwierdzono u dziecka z odczynem białaczkowym, które otrzymywało leczenie cytostatykami. W przypadkach przewlekłej białaczki szpikowej stwierdzono obecność chromosomu Philadelphia zarówno w komórkach krwi i szpiku niezależnie od fazy choroby i leczenia.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — *„Badania reobazy i chronaksji w zanikach pionsulinowych”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Celem wyjaśnienia patogenezy zaników poinsulinowych przeprowadzono w 24 przypadkach badania reobazy, której wartości pozwalają na ocenę stanu układu mózgowo-rdzeniowego, oraz chronaksji czuciowej, która odzwierciedla stan układu wegetatywnego. Wyniki pomiarów reobazy i chronaksji czuciowej po obciążeniu lekami działającymi na różne piętra układu wegetatywnego były takie same jak w przypadkach kontrolnych u ludzi zdrowych.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — *„Badania porównawcze nad twardziną w okresie zanikowym i atrophoderma Pasini-Pierini”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Twardzina ograniczona pod wpływem leczenia czy też samoistnie ustępuje z pozostawieniem zaników, których wygląd jest identyczny z zanikiem typu atrofodermii Pasini-Pierini. Tylko obserwacja kliniczna w okresie wcześniejszym decyduje o rozpoznaniu. W tym okresie wtórnie zanikowym twardziny nie stwierdza się odchyłań w wegetatywnym układzie nerwowym. Reaktywność układu wegetatywnego jest taka sama jak w atrofodermii P.P. Wskazuje na to wspólny mechanizm patogenetyczny i uzasadnia zaliczenie atrofodermii do grupy pierwotnie zanikowej twardziny.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — *„Atrophoderma Pasini-Pierini współistniejąca z twardziną ograniczoną w świetle obserwacji klinicznych i badań czynnościowych”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Obserwowano współistnienie atrofodermii Pasini-Pierini z twardziną ograniczoną w innej lokalizacji w 12 przypadkach oraz występowanie stwardnień w obrębie ognisk zanikowych w 14 przypadkach. Tego rodzaju przypadki już pod względem klinicznym mogą wskazywać na zbliżony charakter. Wykonane badania chronaksji czuciowej wykazały, że w przypadku współistnienia z ogniskami twardziny wskaźniki przekraczają nieznacznie górną granicę normy, w obrębie stwardnień są wyższe. Oddziaływanie na środki ganglioplegiczne jest zachowane. Wyniki te wskazują, że zmiany w obrębie układu wegetatywnego są mniejsze niż w twardzinie ograniczonej. Leczenie penicyliną, arechiną, witaminą E oraz witaminą PP nie ma wpływu na ustępowanie ognisk zanikowych.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — *„Atrophoderma Pasini-Pierini w świetle obserwacji klinicznych i badań czynnościowych”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Przeprowadzono obserwacje kliniczne w 24 przypadkach zanikowych zmian skórnych typu atrofodermii Pasini-Pierini. W większości zmiany tego rodzaju występowały u osobników młodych. Nie uzyskano korzystnego wpływu leczenia penicyliną, arechiną, witaminą E oraz witaminą PP. Celem wyjaśnienia patogenezy tego rodzaju zmian przeprowadzono badania chronaksji czuciowej. Nie stwierdzono zmian w wegetatywnym układzie nerwowym, przy pomocy pomiarów chronaksji czuciowej, po obciążeniu lekami działającymi na różne piętra układu wegetatywnego.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — *„Porównawcze badania histologiczne różnych okresów twardziny ograniczonej i atrophoderma Pasini-Pierini”.*

Klinika Dermatologiczna A.M.

Na podstawie przeprowadzonych badań histologicznych w 39 przypadkach stwierdzono, że zachowanie się podścieliska i włókien sprężystych nie może decydować

o uznaniu atrofodermii Pasini-Pierini jako samodzielnej jednostki chorobowej. Zmiany mogą być takie same jak w twardzinie, a zwłaszcza jej zanikowym okresie. Badania histologiczne wskazują na wspólny mechanizm patogenetyczny i na związek atrofodermii z twardziną.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

* WALSKI MICHAŁ — „*Aktywność i rozdział izozymów dehydrogenazy mleczanowej i dehydrogenazy jablczanowej w mięśniach niedokrwionych płodów*”.

Zakład Anatomii Patologicznej A.M.

Celem przeprowadzonej pracy było wykazanie w jakiej mierze przewlekłe niedokrwienie matki i związane z tym niedotlenienie płodu wpływa na proces dojrzewania enzymatycznego dehydrogenazy mleczanowej i jablczanowej w dwóch typach metabolicznych mięśni. Zastosowałem metody histochemiczne dla ujawnienia rozdzielonych, metodą elektroforezy, frakcji izoenzymatycznych oraz analizy biochemiczne dla określenia aktywności badanych enzymów. Zdrowe osobniki rodzą się ze zróżnicowanymi enzymatycznie mięśniami i posiadają dojrzałość izoenzymatyczną. Przewlekłe niedokrwienie matki i z tym związane niedotlenienie płodu ma zasadniczy wpływ na różnicowanie się izozymów dehydrogenazy mleczanowej i jablczanowej, zarówno w mięśniach białych, jak i czerwonych. Widoczny jest spadek aktywności enzymów w badanych mięśniach w stosunku do kontroli. Zanika różnica w budowie izoenzymatycznej włókien białych i czerwonych. Przewlekłe niedokrwienie matki i z tym związane niedotlenienie płodu, wpływa w zasadniczej mierze na niedorozwój izoenzymatyczny w przebadanych tkankach.

WASYŁYSZYN JERZY, PAWŁOWSKI ANDRZEJ — „*Unerwienie znamion*”.

Klinika Dermatologiczna A.M.

W 28 znamionach barwnikowych określano stan i układ elementów nerwowych. W znamionach łączących nie stwierdzono elementów nerwowych, chociaż tuż pod naskórkiem było ich dużo, a pojedyncze włókna wydawały się nawet wnikać do naskórka. Gniazda komórek w znamionach mieszanych i skórnych tworzą się w powiązaniu z pniami nerwowymi. Komórki Schwanna początkowo związane z nerwem stopniowo tracą z nim łączność przekształcając się w komórki znamionowe, a włókna wydornieją. Im bliżej naskórka umiejscowione były gniazda, tym więcej było w nich komórek barwnikowych i ziaren melaninu, a tym mniej elementów nerwowych.

Pracę złożono do publikacji w „Neuropatologii Polskiej”.

WYSZOMIRSKA ZOFIA, STACHÓW ALEKSANDRA, RUDZKI EDWARD — „*Właściwości uczulające gronkowców saprofitycznych*”.

Klinika Dermatologiczna A. M.

Ze szczepu gronkowca białego wyizolowano kwas tejchojowy, oraz frakcję nukleoproteinową. Skład chemiczny kwasu tejchojowego był zbliżony do preparatu otrzymanego przez Morse. Nukleoproteina w elektroforezie wykazywała obecność kwasów nukleinowych, białek i ślady lipidów, a w immunodyfuzji dawała dwie linie precypitacyjne. Wyodrębnione preparaty oraz zawiesina komórek gronkowca białego były czynne w próbach skórnych. Odsetek osób uczulonych był jednak niewielki a alergię nie osiągała dużego nasilenia.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

WYSZOMIRSKA ZOFIA, RUDZKI EDWARD — „*Aktywność frakcji nukleoproteinowej Staphylococcus aureus w próbach skórnych*”.

Klinika Dermatologiczna A. M.

Wyodrębnioną metodą Verwey'a nukleoproteina gronkowca złocistego zawiera 13,5% azotu, 2,34% fosforu całkowitego. W elektroforizie w żelu agarowym wykazuje obecność kwasów nukleinowych, białek i ślady lipidów. W odczynie immunodiffuzji daje jedną linię precipitacyjną z homologicznymi immunosurowicami królika. Frakcja ta w próbach skórnych dobrze wykrywa zarówno alergię natychmiastową jak i opóźnioną i jest bardziej czuła pod tym względem od kwasu tejchojowego otrzymanego z tego samego szczepu.

Pracę złożono do publikacji w „Przeglądzie Dermatologicznym”.

*** ZAJĄC STANISŁAW JÓZEF — „Naturalne połączenia chłonno-żylnie między zbiornikiem mleczu (cisterna chyli) a żyłą główną dolną”.**

I Klinika Chirurgiczna A. M.

Celem pracy było znalezienie morfologicznych i bezpośrednich dowodów naturalnego połączenia między zbiornikiem mleczu a żyłą główną dolną oraz w jakich warunkach udaje się je stwierdzić. Wykonano doświadczenia u 57 psów. Autor posługiwał się badaniami limfograficznymi, wykonywał preparaty stereoskopowe naczyń chłonnych wg metody D. Zerbino, preparaty histologiczne, wnikliwe sekcje. Część doświadczeń wykonano u psów w warunkach fizjologicznych, część — po uprzednim operacyjnym podwiązaniu i przecięciu przewodu piersiowego, co doprowadziło do zastoju i nadciśnienia chłonki poniżej podwiązki.

Wyniki: między zbiornikiem mleczu a żyłą główną dolną istnieją naturalne bezpośrednie połączenia chłonno-żylnie. Połączenia te udaje się stwierdzić w warunkach zastoju i nadciśnienia chłonki. W wynikach pracy autor podaje budowę histologiczną naturalnych połączeń chłonno-żylnych.

**WYKAZ NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
I ZATWIERDZONYCH PRZEZ MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI
SPOŁECZNEJ STOPNI NAUKOWYCH:
DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH**

1. CAPIŃSKI TADEUSZ ZBIGNIEW: „*Krytyczna ocena obecnego systemu zwalczania kiły w Polsce*”. — 20.VI.1969 r.
Wykonano w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Krakowie.
2. CZARNECKI WINCENTY: „*Badania nad przyczynami skazy krwiotocznej w przypadkach niewydolności nerek*” — 22.X.1969 r.
Wykonano w I Klinice Chorób Wewnętrznych A. M.
3. GAWLIK ZBIGNIEW: „*Histochemia i histodiagnostyka wczesnych okresów zawału mięśnia serca w materiale doświadczalnym*” — 10.X.1969 r.
Wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej A. M.
4. MARZINEK KAZIMIERZ: „*Badania histerosalpingograficzne w przypadkach pierwotnego braku miesiączki*” — 21.III.1969 r.
Wykonano w I Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych A. M.
5. OKNIŃSKI WŁADYSŁAW: „*Zachowanie się glukozy w surowicy oraz wydalenie wolnej i związanej glukozy w cukrzycy*” — 23.V.1969 r.
Wykonano w III Klinice Chorób Wewnętrznych A. M.
6. STROJNOWSKI JERZY: „*Psychofizjologia w ujęciu Jędrzeja Śniadeckiego* — 23.V.1969 r.
Wykonano w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim.

**WYKAZ NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
STOPNI NAUKOWYCH: DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH, DOKTORA
NAUK PRZYRODNICZYCH**

1. BĄKOWSKA ZOFIA: „*Aspekty immunologiczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w świetle badań własnych*” – 28.I.1970 r.
Wykonano w Klinice Gastrologii SDL
Promotor: doc dr M. Kopec
2. BINKIEWICZ SYSKA BARBARA: „*Skuteczność substytucyjnego leczenia feminizującego w różnych postaciach dysgenezji*” – 17.XII.1969 r.
Wykonano w Zakładzie Endokrynologii A.M.
Promotor: doc. dr J. Teter
3. KIDAWA ANDRZEJ STANISŁAW: „*Badania nad obkurczaniem się pęcherzyka żółciowego u psów przed i po całkowitym przecięciu nerwów błędnych*” – 28.I.1970 r.
Wykonano w II Klinice Chirurgicznej A.M.
Promotor: prof. dr Z. Łapiński
4. LAMERS JANINA STANISŁAWA: „*Znaczenie badań laboratoryjnych w konflikcie Rh, dla oceny stanu noworodka i dalszego rokowania*” – 11.II.1970 r.
Wykonano w II Klinice Położnictwa i Chorób Kobiecych A.M.
Promotor: prof. dr I. Roszkowski
5. ŁADYGIN JERZY: „*Objawy odrzucenia przeszczepionej trzustki*” – 17.XII.1969 r.
Wykonano w I Klinice Chirurgicznej A.M.
Promotor: prof. dr J. Nielubowicz
6. MARGIEWICZ-ŁADYGIN ELŻBIETA: „*Ocena cytohormonalna nadmiaru androgenów u kobiet*” – 17.XII.1969 r.
Wykonano w Zakładzie Endokrynologii Klinicznej A.M.
Promotor: doc. dr J. Teter
7. NAŁĘCZYŃSKA ANGELA: „*Wiązania czynnika VIII i fibrynogeny z niektórymi wielocukrami oraz inhibitory tych reakcji*” – 14.I.1970 r.
Wykonano w Instytucie Hematologii
Promotor: prof. dr S. Pawelski
8. PIETRAK ANTONI: „*Hydrokortyzon i hialuronidaza w leczeniu odosobnionych krwiałaków stawów kolanowych*” – 28.I.1970 r.
Wykonano w Oddz. Chir. Szpitala Powiatowego w Wyszкові i w Klin. Chirurgii Urazowej i Ortop. Szpit. Klin. WAM
Promotor: prof. dr J. Szulc

9. PONIKOWSKA IRENA: „*Zachowanie się wolnych kwasów tłuszczowych u osób zdrowych i chorych na cukrzycę w warunkach obciążenia insuliną, glukozą i tolbutamidem*” – 14.I.1970 r.
Wykonano w Cukrzycowym Ośrodku Naukowo-Badawczym Uzdrawiska Kołobrzeg
Promotor: doc. dr A. Czyżyk
10. PUŻYŃSKA LIDIA: „*Porównawcze właściwości aminotransferaz aminokwasów aromatycznych z różnych źródeł*” – 14.I.1970 r.
Wykonano w Zakładzie Chemii Fizjologicznej A.M.
Promotor: prof. dr I. Mochnacka
11. RADWAŃSKA EWA: „*Wpływ syntetycznych estrogenów i gestagenów na wydalenie androgenów nadnerczowych u osobników fenotypowo żeńskich bez hormonalnej czynności gonad*” – 17.XII.1969 r.
Wykonano w Zakładzie Endokrynologii Klinicznej A.M.
Promotor: doc. dr J. Teter
12. REIPERT DANUTA IRENA: „*Gościec przewlekły postępujący u młodzieży żeńskiej, jego cechy kliniczne i biologiczne – na podstawie materiału własnego*” – 11.II.1970 r.
Wykonano w Instytucie Reumatologii
Promotor: prof. dr E. Reicher
13. ROJSZYKOWA EUGENIA: „*Wpływ furosemidu na przemianę węglowodanową u osób zdrowych i chorych na cukrzycę*” – 14.I.1970 r.
Wykonano w Cukrzycowym Ośrodku Naukowo-Badawczym Uzdrawiska Kołobrzeg
Promotor: doc. dr A. Czyżyk
14. SITO ALDONA JULIA: „*Badania kariologiczne i cytologiczne hodowli in vitro komórek krwi i szpiku w białaczkach u dzieci*” – 11.II.1970 r.
Wykonano w Klinice Terapii Chorób Dzieci A.M.
Promotor: prof. dr H. Zapaśnik-Kobierska
15. WALSKI MICHAŁ: „*Aktywność i rozdział izozymów dehydrogenazy mleczanowej i dehydrogenazy jabłczanej w mięśniach niedokrwionych płodów*” – 17.XII.1969 r.
Wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej A.M.
Promotor: prof. dr J. Groniowski
16. ZAJĄC STANISŁAW JÓZEF: „*Naturalne połączenia chłonno-żyłne między zbiornikiem mleczu (cisterna chyli) i żyłą główną dolną*” – 28.I.1970 r.
Wykonano w I Klinice Chirurgicznej A. M.
Promotor: prof. dr J. Nielubowicz

**WYKAZ NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU
FARMACEUTYCZNEGO STOPNI NAUKOWYCH
DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH**

1. ERNEST KRYSZYNA AGNIESZKA: „*Badania farmakologiczne niektórych pochodnych etylenodwuaminy ze szczególnym uwzględnieniem ich działania antyarytmicznego (ROM-131, ROM-126 i MK-142)*” – 19.I.1970 r.
Wykonano w Instytucie Farmaceutycznym
Promotor: prof. dr P. Kubikowski
2. KOBYLİŃSKA MARIA BARBARA: „*Wpływ inhibitorów histaminazy na jej aktywność i poziom histaminy w niektórych tkankach i frakcjach subcelularnych u szczura i świnki morskiej*” – 19.I.1970 r.
Wykonano w Instytucie Farmaceutycznym
Promotor: prof. dr J. Jeske
3. SZCZEPAŃSKI WŁADYSŁAW: „*Apteki częstochwskie do końca XIX wieku*” – 19.I.1970 r.
Wykonano w Katowickim Zarządzie Aptek
Promotor: prof. dr St. Konopka.

*Doc. dr fil. Maria Ziemska **

ROLA RODZINY W ŻYCIU CZŁOWIEKA

W ramach ustalonych przez ONZ obchodów roku 1970 jako Międzynarodowego Roku Oświaty z inicjatywy Polski ma się odbyć w Warszawie (w listopadzie) międzynarodowe sympozjum poświęcone wychowawczej funkcji rodziny. Komisja K.O. Rady Uczelnianej ZZPSZ przy Akademii Medycznej i Państwowych Szpitalach Klinicznych w Warszawie włączyła się w ramy krajowego nurtu obchodów, podejmując akcję oświatową, wskazującą na rolę rodziny w życiu człowieka.

Od 12 stycznia do 23 lutego br. odbył się cykl wykładów pod powyższym tytułem. Cykl ten zorganizowany został staraniem Komisji KO RU Akademii Medycznej, RU ZSP wraz ze Stowarzyszeniem Studenckich Kół Naukowych przy Akademii Medycznej oraz Sekcją Gamologii i Psychohigieny Rodziny Pol. Tow. Higieny Psychiczej. Wprowadzając ten cykl wykładów w ramy swej działalności Komisja KO uznała tę tematykę jako interesującą i dostępną dla każdego z uwagi na osobiste doświadczenia współżycia w rodzinie przez siebie założonej, a uprzednio w rodzinie matczynej. Równocześnie tematyka ta nasuwała także pewne aspekty wychowawcze wobec młodych osób, przed którymi stoi problem założenia własnej rodziny. Zagadnienie wydało się tak istotne, że postanowiono rozszerzyć uczestnictwo w cyklu wykładów także na środowisko młodzieży studiującej, co spotkało się z pełną aprobatą Rady Uczelnianej ZSP. Równocześnie ze strony młodzieży akademickiej postulowano formę cotygodniowych, dwugodzinnych wykładów, z możliwością dyskusji. Sekcja Gamologii i Psychohigieny Rodziny, dobierając prelegentów, miała na względzie uwypuklenie tych elementów wiedzy o rodzinie współczesnej, które pozwolą słuchaczom przyswoić pewną sumę wiadomości i ukształtować pogląd na czynniki sprzyjające zachowaniu, a także wzmaganie, sił zdrowia psychicznego w gronie rodziny.

W ramach cyklu poruszono następującą tematykę: Wpływ rodziny na rozwój społeczny dziecka — doc. dr Maria Ziemska (AM). Rola rodziny w życiu młodzieży — dr Czesław Czapów (Uniwersytet Warszawski). Znaczenie okresu dojrzewania dla kształtowania postaw seksualnych — dr med.

* Katedra Propedeutyki Pediatrii

Andrzej Jaczewski (AM). Współzycie uczuciowe i seksualne w małżeństwie — dr med. Kazimierz Imieliński (Inst. Mat. i Dziecka). Role małżeńskie we współczesnej rodzinie a praca kobiet — doc. dr Magdalena Sokółowska (PAN). Problemy człowieka starego a rodzina — doc. dr Jerzy Piotrowski (Inst. Gosp. Społ.).

W słowie wstępnym do cyklu wykładów, wygłoszonym w imieniu organizatorów, doc. M. Ziemska podkreśliła, że wykłady przeznaczone są dla obecnych i przyszłych pracowników służby zdrowia oraz dla osób zainteresowanych zdrowiem psychicznym społeczeństwa. Dlatego obecnie staramy się uwzględniać nie tylko aspekt biologiczny choroby, ale i społeczny. Stąd mówimy o chorobach cywilizacji, o zawodowych itp., a więc o schorzeniach związanych z wpływem środowiska, w którym człowiek żyje. Nasilenie sytuacji konfliktowych i działanie człowieka w sytuacjach silnych, lub długotrwałych stressów i przeciążeń odbija się ujemnie na jego stanie zdrowia. W leczeniu powinno się dostrzegać nie tylko schorzenia, z jakimi zwraca się pacjent, ale i samego pacjenta, jego środowisko, najbliższe otoczenie społeczne, a więc przede wszystkim rodzinę. Zwrócenie uwagi na rodzinę pacjenta, otwiera drogę do włączenia jego rodziny w system leczenia. Dawniej chory pozostawał stale w ścisłej łączności z rodziną i dopiero rozwój szpitalnictwa łączność tę przerwał.

Rodzina przygotowuje dziecko do życia w społeczeństwie, przyczynia się do jego siły i odporności fizycznej i psychicznej, bądź do jego słabości, niedojrzałości emocjonalnej i społecznej. Zaś człowiek w wieku dojrzałym albo czerpie gratyfikacje emocjonalne i siłę ze współzycia w rodzinie, albo w sytuacji kryzysu rodzinnego jest dodatkowo obciążony trudnościami i troskami. Pracownik służby zdrowia powinien więc wzbogacać swą wiedzę i doświadczenie elementami wiedzy o współczesnej rodzinie.

Wiedza o rodzinie wydaje się także potrzebna i dla celów czysto osobistych każdego ze słuchaczy. Każdy wywodzi się z jakiejś rodziny, założył, zakłada, ma zamiar założyć, lub wstrzymał się od założenia własnej rodziny, ale zazwyczaj związany jest pewnymi więzami z szerszą rodziną. Elementy wiedzy o rodzinie współczesnej pozwolą na oświetlenie i refleksję nad własnymi stosunkami rodzinnymi i lepsze zrozumienie własnej sytuacji czy problemów, jakie niesie życie.

W wygłoszonym cyklu wykładów stawiano sobie za cel podanie pewnych danych o rodzinie, z uwzględnieniem relacji rodziny wobec jednostki w różnych okresach życia: gdy osobnik jest dzieckiem, dorasta, zakłada własną rodzinę, która rozszerza się poprzez powoływanie do życia drugiego a potem i trzeciego pokolenia, a zakładający ją staje się człowiekiem starszym i starym. W każdym z tych okresów życia rodzina spełnia nieco inną rolę w życiu człowieka. W dzieciństwie i w okresie dorastania zaspakaja jego potrzeby psycho-społeczne, stymuluje jego rozwój i przygotowuje młodego obywatela do wejścia w społeczność dorosłych. W okresie doro-

słości zaspakaja potrzeby w zakresie współżycia emocjonalnego i seksualnego, stając się oparciem przy trudach pracy zawodowej, zapewniającej mu środki utrzymania rodziny. Poczucie więzi rodzinnej nabiera nowego zabarwienia w okresie starości, kiedy społeczne role pozarodzinne człowieka stopniowo tracą na znaczeniu, zaś role rodzinne babci i dziadka pozwalają na pośrednie uczestnictwo w życiu szerszej społeczności, poprzez działalność dzieci i wnuków, które dostarczają dziadkom także poczucia własnej trwałości, widząc w nich kontynuatorów własnego istnienia, bądź swej działalności.

W pierwszym z cyklu wykładów omówiono znaczenie rodziny dla rozwoju psycho-społecznego dziecka. Przedstawiono wyniki eksperymentów Harlowa nad rozwojem małpiątek pozbawionych opieki matek, wskazując na okres krytyczny dla kształtowania się zdolności do trwałego uczuciowego przywiązania. Naświetlano problemy rozwoju uczuć i kontaktów społecznych. Zwrócono uwagę na warunki rozwoju osobowości społecznej dziecka w rodzinie oraz przygotowanie do pełnienia ról małżeńskich.

W kolejnym wykładzie omówiono okres wczesnej młodości i jego etapy rozwojowe. Przedstawiono dawną i obecną rolę rodziny w systemie oddziaływań socjalizujących młodzież. Wskazano na narastające tendencje w sferze potrzeb i dążeń młodzieży współczesnej, a także na zakres i przyczyny konfliktów dzieci z rodzicami. Zwrócono uwagę na rolę rodziny egalitarnej w społecznym wychowaniu człowieka przyszłości.

W dalszych wykładach omówiono problem kształtowania się postaw seksualnych w okresie dojrzewania, wskazując na rozwój popędu seksualnego u dzieci, uwzględniając dwoistość tego popędu manifestującą się jako popęd do rozładowania i potrzebę więzi. Zaznaczono specyfikę procesu dojrzewania we współczesnej cywilizacji, uwzględniając takie aspekty, jak przyspieszenie rozwoju fizycznego i dojrzewania seksualnego oraz dojrzewanie psychiczne i społeczne. Wskazano na znaczenie pierwszych doświadczeń seksualnych dla kształtowania się postaw seksualnych. Omówiono psychoprofilaktykę zaburzeń seksualnych, poprzez wychowanie seksualne w okresie dzieciństwa i w okresie dojrzewania.

Omawiając współżycie uczuciowe i seksualne w małżeństwie, przedstawiono zasady doboru w małżeństwie współczesnym, podkreślając znaczenie uczuć, więzów erotycznych oraz rozsądku (ale nie wyrachowania). Poruszono problem uczucia miłości erotycznej, a także zagadnienia: prawidłowości i taktyki współżycia uczuciowego, dynamiki życia małżeńskiego oraz jego racjonalizacji i kultury. Następnie treścią wykładu były zasady współżycia seksualnego oraz problemy higieny i kultury w tym zakresie.

Koncentrując się na socjologicznych aspektach problematyki małżeństwa, część cyklu poświęcono omówieniu ról małżeńskich we współczesnej rodzinie w związku z pracą kobiet. Szczególnie zaś, omawiając dwa prze-

ciwstawne przykłady ról małżeńskich w rodzinie patriarchalnej i egalitarnej, podkreślano układ demokratycznego partnerstwa, współzrządzenie i współwykonywanie jako charakterystyczne cechy współczesnych rodzin egalitarnych. Wskazano na pracę kobiet jako czynnik przeobrażający tradycyjne układy ról małżeńskich. Przytoczono także dane o modelu „idealnego męża” i „idealnej żony”, ukształtowanych w świadomości społeczeństwa polskiego.

Cykl zakończono omówieniem problemów człowieka starego. Skoncentrowano się na takich sprawach, jak: sprawność, problem pracy, sytuacja mieszkaniowa i materialna oraz zagadnienie niezależności. Szczególnie dwa ostatnie zagadnienia wiązały się blisko z problemem roli rodziny w życiu ludzi starych. Wykłady oparte były o uprzednio przeprowadzone badania na próbie reprezentatywnej dla populacji mieszkańców miast w naszym kraju, a więc zawierały interesujące informacje charakteryzujące aktualny niemal stan warunków życia człowieka starego.

Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem, choć niektórzy słuchacze wybierali sobie tylko poszczególne wykłady zgodnie z ich zainteresowaniami. Grupa młodych akademików, stałych słuchaczy cyklu, zwróciła się z inicjatywą zorganizowania jeszcze specjalnego wieczoru dyskusyjnego z udziałem prelegentów, celem omówienia wybranych zagadnień, najczęściej poruszanych przez wszystkich wykładowców. Inicjatywa ta jest interesująca ze względu na wielość dyscyplin reprezentowanych przez poszczególnych wykładowców, jak pediatria i seksuologia (z dyscyplin medycznych) oraz psychologia społeczna, pedagogika, socjologia. Dyskusja będzie więc miała charakter interdyscyplinarny, pozwalający naświetlić omawiane zagadnienia z różnych stron, podobnie zresztą jak i cały cykl wykładów.

Charakterystyczna była obecność na wykładach przedstawicieli prasy, radia i telewizji, którzy potraktowali je także jako materiał szkoleniowy, ukierunkowujący ich własną pracę, np. w radiowej redakcji pedagogicznej, czy w zamierzonym w jesieni cyklu audycji poświęconym problematyce rodziny w TV.

*Dr habil. Michał Hanecki **

SZKOŁY LEKARSKIE W WARSZAWIE

Początki szkolnictwa lekarskiego w Warszawie sięgają roku 1736. Pierwszą próbą było otwarcie na Podwalu szkoły chirurgicznej przez przybyłego z Prus do Warszawy lekarza Henryka z Loewensprung Loelhoeffla, mianowanego nadwornym lekarzem króla Augusta III i przeznaczonego na wykładowcę tejże szkoły z teatrem anatomicznym. Henryk Loelhoeffel był dziadkiem naszego znakomitego historyka Joachima Lelewela. W szkole tej uczył on młodzież anatomii, na podstawie sekcji zwłok osób skazanych sądownie na śmierć. Zgorszeni tym mieszkańcy Podwała i okolicy napadli na szkołę z zamiarem zburzenia jej. Z pomocą marszałka i jego pachołków udało się uwolnić doktora Loelhoeffla i jego uczniów z tej opresji. Chcąc uniknąć dalszych przykrości ze strony ciemnego pospółstwa zaprzestano dalszego nauczania anatomii.

Następną próbę założenia uczelni lekarskiej, również za Augusta III, podjął Wawrzyniec Mitzler de Koloff, konsyliarz dworu królewskiego, który w 1752 r. wyjednał u króla przywilej na założenie Collegium Medicum Varsoviense. Według brzmienia tego projektu Collegium miało być czymś pośrednim między towarzystwem lekarskim, komisją egzaminacyjną a urzędem lekarskim. Do stowarzyszenia tego mieli należeć lekarze, chirurdzy i aptekarze zamieszkali w Warszawie, mieli się zbierać okresowo, wygłaszać odczyty, omawiać sprawy zawodowe. Collegium miało także sprawdzać kwalifikacje praktykujących w Warszawie i egzaminować pragnących rozpocząć praktykę. Projekt Mitzlera nie przewidywał szkolenia lekarzy. Nie jest jednak wykluczone, że był taki zamiar zaplanowany na przyszłość. Wobec częstego zrywania sejmów projekt ten nie doczekał się sankcji prawnej i nie był wprowadzony w życie.

Trzecią z kolei próbą był projekt Wilhelma Ritscha, lekarza przybocznego króla Stanisława Augusta Poniatowskiego. Projekt powstał między rokiem 1765 a 1769. Głównymi jego założeniami były: otwarcie Collegium Medico-Chirurgicum przy szpitalu św. Łazarza w Warszawie, nauczanie anatomii, chirurgii i położnictwa, nadzorowanie personelu medycznego, wydawanie świadectw dla wolnej praktyki, sądowe ściganie szarlatanów itp.

* Katedra Historii Medycyny.

W tym samym mniej więcej czasie powstał jeszcze jeden projekt Jana Fryderyka Herrenschwanda, nadwornego lekarza Stanisława Augusta. Projekt zawierał m.in. plan uspołecznienia służby zdrowia. Memoriał Herrenschwanda dotyczący utworzenia Akademii Lekarskiej w Warszawie, wniesiony na sejm 1768 r. spotkał się z aprobatą posłów i uchwałą sejmu, wyasygnowano na ten cel 400 000 zł ze skarbu koronnego. Uchwała ta nie została jednak zrealizowana z powodu zaburzeń politycznych w kraju.

Tragiczne skutki rozbiorów, upadek gospodarczy, naukowy i polityczny pozbawiły kraj wielu zakładów naukowych. Warszawa była nadal pozbawiona uczelni lekarskiej. Wszelkie projekty złożone w Komisji Edukacji Narodowej, a zmierzające do utworzenia w Warszawie wyższej szkoły lekarskiej, spotkały się ze sprzeciwem Wszechnicy Jagiellońskiej, do terenu działania której należała Warszawa.

W 1789 r. w okresie Sejmu Czteroletniego, otworzona została w Warszawie szkoła chirurgiczna. Inicjatorami jej byli: Walenty Gagatkiewicz, Jacek August Dziarkowski, prawdopodobnie Jan Gotfryd Stoll. Szkoła ta mieściła się przy szpitalu św. Łazarza i miała głównie na celu szkolenie cyrulików wojskowych. Przerwała swoją działalność z powodu wypadków politycznych w 1793 r., ale była podobno na nowo otwarta w 1794 r. i prawdopodobnie istniała do 1796 r., czyli do zajęcia Warszawy przez Prusaków.

Należy jeszcze wspomnieć o projekcie z 1791 r. Autorami jego byli: Jan Boekler, Józef Marya Revelli, Walenty Gagatkiewicz i Paweł Czenpiński. Miało to być Collegium Medicum Stanislao-Augustinum. I tym razem Szkoła Główna Koronna (U.J. w Krakowie) odmówiła swojej zgody, a wypadki polityczne przekreśliły niebawem wszystkie projekty.

Dopiero na początku XIX w. doczekała się Warszawa pierwszej akademii lekarskiej. Myśl założenia jej zrodziła się wśród lekarzy warszawskich, a pierwszym projektodawcą był Hyacynt Dziarkowski. Tym razem sprzyjały inicjatywie obiektywne warunki polityczne i katastrofalny brak lekarzy w kraju. Przepelnienie szpitali chorymi i rannymi w okresie kampanii napoleońskiej w latach 1806—1807 stało się bodźcem do zastanowienia się nad sprawą szkolenia lekarzy Polaków i zastąpienia nimi zalewu cudzoziemców i szarlatanów w lecznictwie i na urzędach. Do projektu przychylnie ustosunkowała się Komisja Rządząca. Wielu lekarzy zaofiarowało swoje usługi, zobowiązując się prowadzić bezpłatnie zajęcia ze studentami.

W lipcu 1807 r. po powołaniu przez Napoleona I Rady Stanu i Izby Edukacyjnej, Dziarkowski wspólnie z Augustynem Ferdynandem Wolffem, Franciszkiem Brandtem i Józefem Czekierskim opracowali memoriał, w którym wyłuszczone były argumenty, uzasadniające konieczność otwarcenia wyższego zakładu naukowego do szkolenia lekarzy wojskowych i cywilnych.

Rząd Księstwa Warszawskiego doceniał powagę sytuacji w obliczu toczącej się wojny i w czerwcu 1809 r. upoważnił Dziarkowskiego do opracowania szczegółowego memoriału „względem ustanowienia szkoły lekarsko-chirurgicznej”. Projekt rozpatrywali: Staszic, Linde, Dziarkowski, Wolff i Czekierski. Dziarkowski, wybrany na dziekana, rozwinął energiczną działalność organizacyjną, a dzięki autorytetowi Staszica w rządzie osiągnięto zamierzony cel.

Otwarcie szkoły nastąpiło 25.XI.1809 r., a uroczysta inauguracja 17.VI.1810 r. Uchwałą Izby Edukacyjnej Staszic został mianowany prezesem, a więc rektorem akademii. Zajęcia odbywały się w jezuickim budynku szkolnym przy ul. Jezuickiej. Dzięki zabiegom Staszica urządzono tam audytorium, teatr anatomiczny, pracownię chemiczną i farmaceutyczną. Dzięki ofiarności społeczeństwa zaczęto zakładać bibliotekę. Oficjalna nazwa uczelni brzmiała: „Wydział Akademicko-Lekarski Warszawski”. Zorganizowano ją na wzór wydziałów lekarskich uniwersytetów. Akademia nauczala nie tylko medycyny, ale i farmacji. W pierwszym roku zapisało się na studia lekarskie 44 kandydatów, na farmację — 14. Pierwsze dyplomy otrzymało 18 osób 30.XII.1813 r. Dzięki opiece Staszica po 2 latach uczelnia była już zupełnie urządzona, a po 4 latach mogła już dostarczyć krajowi pierwszych lekarzy.

Gdy w 1817 r. powstał Królewski Uniwersytet Warszawski, Wydział Akademicko-Lekarski został do niego włączony jako wydział lekarski. W roku akademickim 1817/18 liczba studentów wynosiła 69, w 1818/19 r. — 73, na Wydziale Lekarskim 61, na Farmaceutycznym — 12. W następnych latach liczba studentów Wydziału Lekarskiego wzrastała i wahała się w granicach od 80 — 136.

Wykładowcami byli: Roliński, Celiński, Mile, Nowicki, Dybek, Freyer, Szczucki i inni. Studia trwały 5 lat. Młodzież akademicka rekrutowała się przeważnie ze sfer niezamożnego mieszczaństwa. Stosunkowo niewielki był więc napływ kandydatów na lekarzy. Nic dziwnego, że w 1830 r. było w całym Królestwie Kongresowym 169 lekarzy, a w samej Warszawie 53.

Po powstaniu listopadowym car Mikołaj I wydał rozkaz: „*Uniwersytet zamknąć zaraz, również i wszystkie szkoły wyższe, co będzie potrzebnem, później rozkażę*”. Wkrótce potem, 13.V.1832 r. zostały zamknięte Uniwersytet Wileński i Szkoła Krzemieniecka. W ciągu całego ćwierćwiecza młodzież polska była pozbawiona szkoły lekarskiej i musiała (kto mógł) studiować za granicą. Mimo to czyniono starania, choć bezskutecznie, o powołanie akademii lekarskiej.

Dopiero w 1855 r. sytuacja polityczna sprzyjała pozytywnemu załatwieniu starań. Wojna krymska, choroby epidemiczne i poważne ich następstwa w cesarstwie przyczyniły się m.in. do zorganizowania uczelni lekarskiej. Ustawa o nowej akademii została zatwierdzona 4.VI.1857 r. W dniu 23.IX.1857 r. rozpoczęły się zapisy studentów, nadciągających tłumnie

z różnych zakątków kraju. 1.X.1857 r. odbyło się uroczyste otwarcie nowego przybytku wiedzy medycznej. Zarządzaniem akademią pod względem naukowym i administracyjnym zajął się komitet tymczasowy, w skład którego weszli: jako przewodniczący — inspektor główny Służby Zdrowia w Królestwie Polskim, Wiktor Kochański, jako członkowie: Jan Bęciewicz i Andrzej Janikowski. Spośród wykładowców należeli do komitetu: chemik Teofil Lesiński, farmaceuta Ferdynand Werner, mineralog Ludwik Zeiszner, ginekolog — położnik Ludwik Adolf Neugebauer i inni.

Dnia 10 stycznia 1858 r. zwierzchnictwo nad akademią objął, jako jej prezydent, dr Teodor Cycuryn, b. profesor Uniwersytetu Kijowskiego. Stroną naukową akademii zajęła się tzw. Konferencja, utworzona 5.IX.1860 r. składająca się z profesorów. Sekretarzem naukowym Konferencji był prof. Andrzej Janikowski, który po ustąpieniu Cycuryna aż do zamknięcia Akademii Medyko-Chirurgicznej (oficjalna nazwa akademii) zastępował prezydenta. Studia trwały 5 lat. Pierwsze 2 lata były poświęcone nauczaniu dyscyplin przyrodniczych (kurs przygotowawczy), następne 3 lata — przedmiotom lekarskim.

W początkowym okresie akademii mieściła się w zabudowaniach kolegium jezuickiego przy ul. Jezuickiej, w którym od 1840 r. znalazła schronienie Szkoła Farmaceutyczna. Drugim lokalem akademii była sala posiedzeń b. uniwersytetu w pałacu Kazimierzowskim. W 1858 r. przeznaczono na siedzibę akademii b. Pałac Staszica, gdzie już akademii pozostała po odpowiedniej adaptacji pomieszczeń. Liczba zapisanych studentów wynosiła 252, w tym farmaceutów 68.

Na wykładowców zostali m.in. powołani: Stanisław Przysański — fizyk, Teofil Lesiński — chemik, Jerzy Aleksandrowicz — botanik i zoolog, Ludwik Zeiszner — mineralog, Ferdynand Werner — farmaceuta, Ludwik Neugebauer — anatom-położnik, w następnych latach: Polikarp Girsztowt — chirurg, Ludwik Hirschfeld — anatom, Andrzej Janikowski, Aleksander Antoni Le Brun, Władysław Tyrchowski, Tytus Chałubiński, Włodzimierz Dybek, Wiktor Szokalski, Henryk Hoyer.

Akademia Medyko-Chirurgiczna była dobrze wyposażona. Z otwarciem jej biorą początek kliniki. Pierwsza klinika została urządzona w dawnym Instytucie Położniczym Szpitala Dzieciątka Jezus. Składała się ona z 2 oddziałów klinicznych, po 20 łóżek każdy: internistyczny i chirurgiczny. Od 1.X.1857 r. do 1.X.1862 r., tj. do czasu włączenia Akademii Medyko-Chirurgicznej do nowo powstałej Szkoły Głównej Warszawskiej odbywało studia lekarskie 413 osób, studia farmaceutyczne — 184 osoby. Stopień doktora medycyny uzyskało 10 osób, stopień lekarza — 19, dwuletni kurs farmacji ukończyły 132 osoby. Młodzież uczyła się pilnie, wielu słuchaczy odznaczało się wybitnymi zdolnościami i położyło wielkie zasługi dla medycyny polskiej.

W 1862 r. powołano do życia Szkołę Główną Warszawską, do której włączono jako wydział lekarski Akademię Medyko-Chirurgiczną. W 1861 r.

została w Królestwie Polskim przywrócona Komisja Rządowa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, na czele której stanął, mianowany przez rząd carski, Aleksander hr. Wielopolski. Dzięki jego inicjatywie zajęto się reformą szkolnictwa i zakładaniem nowych szkół. W 1862 r. zgodził się rząd carski na projekt założenia w Warszawie wyższego zakładu naukowego z czterema wydziałami: prawno-administracyjnym, filologiczno-historycznym, matematyczno-fizycznym i lekarskim. Nowa uczelnia otrzymała nazwę Szkoły Głównej Warszawskiej, celem podkreślenia do- brych tradycji z okresu Sejmu Czteroletniego, kiedy po reformie dokonanej w dziedzinie szkolnictwa przez Hugona Kołłątaja, nadano tę nazwę akademii krakowskiej i wileńskiej.

Niezwłocznie po otwarciu Szkoły Głównej została do niego wcielona Akademia Medyko-Chirurgiczna jako wydział lekarski. W odróżnieniu od innych wydziałów, wydział lekarski był w korzystniejszym położeniu, gdyż w ciągu 5 lat istnienia Akademii Medyko-Chirurgicznej zdołano zorganizować zakłady, gabinety, pracownie, klinikę, skompletować zespół profesorski, pracowników nauki i wykładowców, personel techniczny, przyjęć i przeszkolić studentów. Z całym dobytkiem i kadrą naukową wraz ze studentami na pięciu kursach, przeniosła się Akademia do Szkoły Głównej.

Szkoła Główna mieściła się w dawnym Pałacu Kazimierzowskim, Wydział Lekarski — w pałacu Sztaszica, część wykładów i zajęć odbywała się w szpitalu Dzieciątka Jezus przy ul. Szpitalnej i Zgoda. Rektorem został mianowany Józef Mianowski, dziekanem Wydziału Lekarskiego był znakomity chirurg Aleksander Le Brun. W pierwszym roku akademickim 1862/63 było ok. 100 studentów medycyny i 33 studentów farmacji. Studia trwały 5 lat. Wykłady odbywały się w języku polskim. Liczba studentów stale wzrastała, tak że w roku ak. 1868/69 było ponad 300 studentów medycyny i 48 studentów farmacji. Z biegiem lat wydział rozporządzał kilkoma klinikami. Spośród wielu znakomitych profesorów i wykładowców należy wymienić Tytusa Chałubińskiego, najpopularniejszego lekarza w Warszawie i najbardziej lubianego — obok Mianowskiego — przez młodzież studiującą. Następnym wybitnym lekarzem, badaczem i nauczycielem był Henryk Hoyer, niezwykle sumienny naukowiec, histolog, fizjolog na miarę światową, autor projektu instytutu medycyny doświadczalnej. Niepospolitymi badaczami i nauczycielami byli także: Herman Fudakowski, Ludwik Hirschfeld, Feliks Nawrocki, Romuald Płaskowski, Wiktor Szokalski, Włodzimierz Brodowski, Polikarp Girsztowt, Aleksander Le Brun, Adam Glisczyński, Henryk Łuczkiwicz, Teofil Wisłocki.

Młodzież gorliwie korzystała z wykładów i ćwiczeń, bardzo przykładała się do nauki i odznaczała się dobrym zachowaniem oraz postawą patriotyczną. Między profesorami a młodzieżą zadzierżgnęła się ścisła więź. Nad wszystkim górowała głęboka ideowość, cel służenia dobru publicznemu i narodowi jak najlepszymi wynikami w pracy. Gdy wybuchło powstanie

styczniowe, najliczniejszy był udział w nim studentów medycyny, chociaż byli świadomi grożącej im relegacji i utraty placówki naukowej.

Siedmioletnie istnienie Szkoły Głównej i Wydziału Lekarskiego to piękna karta w dziejach medycyny polskiej. Dzięki profesorom i wychowankom Szkoły Głównej i Wydziału Lekarskiego powstało kilka czasopism lekarskich propagujących nowe kierunki w medycynie. Za piśmiennictwem periodycznym podążał ruch wydawniczy książkowy. Działalność Akademii Medyko-Chirurgicznej i Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej wpłynęła wybitnie na całokształt pracy umysłowej lekarzy polskich. Osiągnięcia naukowe obu uczelni przetrwały wiele burz dziejowych i klęsk narodowych.

Klęska powstania, represje polityczne i zniesienie Szkoły Głównej Warszawskiej odbiły się fatalnym echem na życiu naukowym i kulturalnym Warszawy i Królestwa Kongresowego.

20 czerwca 1869 r. cesarz Aleksander II wydał ukaz, mocą którego zniesiono Szkołę Główną i założono w Warszawie Cesarski Uniwersytet Warszawski, rozciągając na niego ustawę innych uniwersytetów rosyjskich, na mocy której uniwersytet powierzony był kuratorowi okręgu naukowego, pod naczelnym zawiadywaniem ministra oświaty. Rektor był mianowany przez ministra. Językiem urzędowym i wykładowym był język rosyjski. Z końcem roku akademickiego 1868/69 Szkoła Główna przestała istnieć, a dnia 24 października 1869 r. nastąpiło otwarcie uniwersytetu. 21 profesorom pozostawiono termin dwuletni, po którym mieli rozpocząć wykłady po rosyjsku pod groźbą opuszczenia katedry. 17 spośród nich zaczęło wykładać po rosyjsku, a 4 opuściło uniwersytet (m.in. Chałubiński). Ustrój uniwersytetu nosił na sobie piętno centralizacji i biurokracji, nic nie pozostało z autonomii akademickiej, wszystko opierało się o ministra w Petersburgu i przechodziło przez wszystkie instancje, od fakultetu do rady, od rady do zarządu, od zarządu do kuratora, od kuratora do ministra a tam tonęło. Zamiana Szkoły Głównej na uniwersytet cesarski była strąceniem uczelni z jej wybitnego stanowiska, zahamowaniem jej szybkiego postępu naukowego, zepchnięciem na stanowisko ostatniego pod względem wartości uniwersytetu w państwie, uniwersytetu, który w czasie niezwykle szybkiego postępu wiedzy na świecie, ledwie wegetował, a spokój jego zakłócały jedynie powtarzające się zaburzenia studenckie. Profesorami cesarskiego uniwersytetu byli Polacy i Rosjanie.

Cesarski Uniwersytet Warszawski w chwili otwarcia (1869/70) liczył 1073 studentów, lecz liczba ta zaczęła się stopniowo obniżać aż spadła w r. 1876/77 do 445. Liczbę tę powiększono w następnych latach stypendiami dla studentów Rosjan. Uniwersytet przestał istnieć dla młodzieży polskiej, która wolała raczej studiować na uniwersytetach za granicą.

Dopiero w czasie I wojny światowej w 1915 r. nastąpiły zmiany na Uniwersytecie Warszawskim, który z rosyjskiego przemienił się w polski, by wraz z odzyskaniem niepodległości w 1918 r. w pełni się odrodzić.

Mgr Anna Radziwiłłowicz

KATALOG FILMÓW BIBLIOTEKI AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE *

Filmoteka Biblioteki Akademii Medycznej została założona 26.X.1954 r. Jest to data zapisania do inwentarza pierwszego filmu przesłanego do naszej Biblioteki przez GBL, zrealizowanego przez Ośrodek Dokumentacji Naukowo-Lekarskiej. Obecnie filmoteka Biblioteki liczy 182 filmy, w tym: 177 filmów naukowo-dydaktycznych, 3 filmy przeznaczone dla średniego personelu medycznego i 2 filmy popularno-naukowe (otrzymano: 86 filmów od GBL, 66 filmów od PZWL — w tym 3 zakupiono z własnych funduszy — 30 filmów od Min. Zdr. i Op. Społ.).

Filmy wykorzystywane są przez licznych odbiorców, przede wszystkim przez kliniki i zakłady Akademii Medycznej i Studium Doskonalenia Lekarzy oraz organizacje studenckie. Poza tym filmy wypożyczają wszystkie zainteresowane instytucje Warszawy i województwa warszawskiego. Liczba wypożyczeń wzrasta z roku na rok zwłaszcza w ostatnich latach, co świadczy o szybkim rozwoju tego rodzaju przekazu informacji w procesie dydaktycznym i zapotrzebowaniu na filmy. W 1966 r. mieliśmy 40 zgłoszeń z różnych instytucji z prośbą o wypożyczenie filmów, a w 1969 r. — 82 zgłoszenia. Chcąc ułatwić odbiorcom korzystanie z filmów naszej filmoteki, postanowiono zamieścić w Biuletynie Akademii Medycznej w Warszawie spis tytułów tych filmów z krótką charakterystyką oraz poinformować o warunkach wypożyczenia. Korzystający z filmoteki zwracali się do nas wielokrotnie z prośbą o przygotowanie takiego katalogu — czemu obecnie czynimy zadość.

Niżej zamieszczony katalog filmów składa się z trzech części: I, II, III.

Część I — zawiera wykaz filmów znajdujących się w Bibliotece Akademii Medycznej (otrzymanych od GBL i PZWL).

Część II — zawiera wykaz filmów produkcji zagranicznej. Filmy te przydzielone zostały przez Min. Zdr. i Op. Społ. akademiom medycznym w Warszawie, Lublinie, Łodzi i Białymstoku w celu umożliwienia wymiany tych filmów między katedrami, klinikami i zakładami w/w akademii.

Część III — zawiera wykaz filmów znajdujących się w klinikach i zakładach Akademii Medycznej w Warszawie.

Tytuły filmów w każdej części katalogu ułożone są w porządku alfabetycznym z załączonym indeksem działowym na końcu katalogu. Opis zawiera: tytuł filmu i podtytuł (w przypadku wersji obcojęzycznej — tłumaczenie tytułu i podtytułu na język polski, a za nim w nawiasach tytuł oryginalny), numer inwentarzowy filmu oznaczony symbolem „F” (w cz. I), skrót nazwy instytucji posiadającej film (w cz. II i III), nazwę producenta, rok produkcji, miejsce wykonania, nazwisko kierownika lub konsultanta naukowego i realizatora, dane techniczne, wersję językową oraz krótkie

* W katalogu zamieszczone są również filmy znajdujące się w klinikach i zakładach Akademii Medycznej oraz filmy zagraniczne przydzielone przez Min. Zdr. i Op. Społ. innym akademiom.

streszczenie. Niektórych danych brak, zwłaszcza dotyczących starych, niemych filmów produkcji zagranicznej adaptowanych *) przez Ośrodek Dokumentacji Naukowo-Lekarskiej w latach 1952–1956. Ponieważ daty produkcji tych filmów oraz ich producenci są nieznani, podany jest rok, w którym Biblioteka otrzymała dany film z GBL i pochodzenie produkcji. Do kilku z tych filmów brak streszczeń. W opisie niektórych filmów nie podane jest miejsce wykonania bądź nazwisko konsultanta naukowego lub realizatora z powodu braku danych w czołówce filmu. Przy niektórych też filmach w cz. II i III nie zamieszczono roku produkcji, długości taśmy, miejsca wykonania, autora, a czasem producenta z powodu braku danych lub niemożliwości ich uzyskania.

WARUNKI WYPOŻYCZANIA

Filmy wypożycza się bezpłatnie wszystkim zainteresowanym instytucjom Warszawy i województwa warszawskiego.**) Pierwszeństwo mają kliniki i zakłady Akademii Medycznej w Warszawie. Ogólna ilość filmów wypożyczonych równocześnie przez jedną instytucję nie może przekroczyć trzech.

1. Należy dostarczyć do Biblioteki Akademii Medycznej zapotrzebowanie o wypożyczenie filmów podpisane przez kierownika kliniki lub zakładu, zaopatrzone w stempele (kliniki lub zakładu). Zapotrzebowanie należy rokrocznie aktualizować.

2. Zapotrzebowania instytucji spoza Akademii Medycznej powinny ponadto być podpisane przez księgowego, zobowiązującego się w razie uszkodzenia lub zagubienia filmu pokryć jego wartość.

3. Film należy odebrać i zwrócić przez osobę upoważnioną. Filmu nie wolno przesyłać pocztą, ze względu na możliwość uszkodzenia przesyłki.

4. Na każdy film należy na miejscu tj. w Bibliotece wypełnić rewers na ustalonym formularzu.

5. Wypożyczający powinien zgłosić tytuły filmów o kilka dni wcześniej przed zaplanowaną projekcją lub porozumieć się w tej sprawie telefonicznie (tel. 28-22-37), aby umożliwić przygotowanie zamówionych pozycji.

Wypożyczalnia filmów mieści się w Bibliotece Akademii Medycznej przy ul. Oczerki 1 (gmach Zakładu Medycyny Sądowej, wejście od tyłu), czynna jest codziennie prócz sobót od godz. 9 do godz. 14.

Po wykorzystaniu filmu należy przewinąć taśmę i włożyć do właściwego pudełka. Wypożyczający przy zwrocie filmów zgłasza zauważone uszkodzenia.

Filmy zamieszczone w części II katalogu Biblioteka wypożycza wraz ze specjalnie do nich przystosowanymi projektorami i fachową obsługą. Wypożyczenie filmów znajdujących się w innych akademiach medycznych (w łódzkiej, lubelskiej i białostockiej) realizowane jest wyłącznie za pośrednictwem Biblioteki Akademii Medycznej w Warszawie. Warunki wypożyczenia jak wyżej.

Filmy zamieszczone w części III katalogu nie są przeznaczone do wypożyczenia indywidualnego. Dopuszcza się możliwość udostępniania niektórych kopii wyjątkowo na sympozja i zjazdy naukowe. W tych przypadkach należy porozumieć się bezpośrednio z odpowiedzialną kliniką lub zakładem posiadającym filmy.

*) Tytuł i komentarz na taśmie filmowej podane są w języku polskim.

**) Poza Akademię Medyczną wypożyczane są tylko filmy zamieszczone w pierwszej części katalogu.

SKRÓTY UŻYTE W TEKŚCIE

cz.-b. — czarno-biały
czas proj. — czas projekcji
dług. — długość
dźw. magn. — zapis magnetyczny dźwięku
dźw. opt. — zapis optyczny dźwięku
GBL — Główna Biblioteka Lekarska
kier. nauk. — kierownictwo naukowe
kolor. — kolorowy
konsult. nauk. — konsultacja naukowa
m. wyk. — miejsce wykonania
oprac. nauk. — opracowanie naukowe
PZWL — Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
prod. — produkcja
realiz. — realizacja
szer. — szerokość
w. ang. — wersja angielska
w. pol. — wersja polska
w. ros. — wersja rosyjska

SKRÓTY OZNACZAJĄCE BIBLIOTEKI GŁÓWNE AKADEMII MEDYCZNYCH

B — Biblioteka Akademii Medycznej w Białymstoku
L — Biblioteka Akademii Medycznej w Lublinie
Łd — Biblioteka Akademii Medycznej w Łodzi
W — Biblioteka Akademii Medycznej w Warszawie

SKRÓTY NAZW KLINIK I ZAKŁADÓW AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE

APr — Zakład Anatomii Prawidłowej
Ch₂ — II Klinika Chirurgiczna
Ch₃ — III Klinika Chirurgiczna
DZ — Klinika Dentystyki Zachowawczej
Fal — Zakład Farmakologii Eksperymentalnej
K₁ — I Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa
K₂ — II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa
Ok — Klinika Okulistyczna
Or — Klinika Ortodoncji
RD — Zakład Rentgenodiagnostyki
Reh — Klinika Rehabilitacji
W₄ — IV Klinika Chorób Wewnętrznych

CZEŚĆ I

Szerokość taśmy niżej zamieszczonych filmów wynosi 16 mm

1. AKROMEGLIA — (F-88): prod. PZWL, 1963 r., dług. 53 m., czas proj. 5 min., cz.-b., dźw. opt., w. pol.
Przypadek akromegalii oraz wyniki sekcji zwłok.

2. AMPUTACJA MYOPLASTYCZNA. PROTEZOWANIE NA STOLE OPERACYJNYM — (F-108): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, dług. 360 m., czas proj. 36 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Amputacja podudzia, opatrunek po zabiegu, protezowanie na stole operacyjnym. Na drugi dzień chory jest stawiany, na dziesiąty zmieniony opatrunek na protezę tymczasową. Rehabilitacja, założenie protezy stałej, powrót chorego do domu.
3. AMPUTACJA SPOSOBEM CALLANDERA — (F-11): prod. GBL, 1955 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Jan Mossakowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 123 m., czas proj. 12 min., cz-b., niemy.
Amputacja uda metodą podaną przez Callandera. Wskazania i zalety tej metody.
4. AUTOMATYZM SERCA — (F-42): prod. niemiecka, 1956 r., dług., 100 m., czas proj. 10 min., cz-b., niemy.
Doświadczenie prowadzone na wyizolowanym sercu królika. Sposoby zwalniające i zatrzymujące czynność serca: podwiązanie na granicy zatoki i przedsionka, ochładzanie i ogrzewanie.
5. BADANIA RENTGENOKIMOGRAFICZNE TAMPONADY SERCA KOCIEGO — (F-41): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Rentgenologii, Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Bonn, zdjęcia i kier. nauk.: prof. dr R. Janker, dług. 100 m., czas proj. 10 min., cz-b., niemy.
Sposób badania z użyciem środka cieniującego, wpływającego na czynność serca.
6. BADANIE GINEKOLOGICZNE — (F-59): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Zygmunt Misiewicz, dług. 130 m., czas proj. 13 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol.
Sposób badania narządu rodnej kobiety.
7. BERI-BERI U GOŁĘBIA — (F-36, F-40): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Klinika Dziecięca Uniwersytetu w Berlinie, dług. 47 m., czas proj. 5 min., cz-b., niemy.
Napady kurczów wywołane zapaleniem wielonerwowym.
8. CHIRURGICZNE LECZENIE OPARZEŃ PROMIENIAMI RTG — (F-54): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, oprac. nauk. i realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 110 m., czas proj. 11 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol.
Usunięcie uszkodzonych tkanek i zastąpienie ich płatem skóry. Leczenie i rehabilitacja.
9. CHIRURGICZNE LECZENIE ZŁAMAŃ PRZEDNIEGO DOŁU CZASZKOWEGO — (F-61): prod. GBL, 1958 r., m. wyk.: Klinika Neurochirurgiczna Akademii Medycznej w Poznaniu, kier. nauk.: Gabriel Büttner, Jan Małecki (laryngologia), Hieronim Powiertowski (neurochirurgia), realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Anna Zwierzchowska, dług. 400 m., czas proj. 40 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol.
Technika leczenia chirurgicznego różnego typu złamań podstawy przedniego dołu czaszkowego. Diagnostyka przypadków.
10. CHORIONEPITHELIOMA Z PRZERZUTAMI — (F-55): pro. GBL, 1958 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Zygmunt Misiewicz, dług. 60 m., czas proj. 6 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol.

Objawy choroby i metody leczenia zaniedbanego przypadku nabłoniaka kosmówkowego.

11. **CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH** — (F-76): prod. GBL, 1961 r., m. wyk.: I Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: Maria Kowalska, Andrzej Krotkiewski, Alfred Siciński, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Anna Zwierzchowska, dług. 108 m., czas proj. 18 min., kolor., dźwięk. pol., w. pol.
Diagnostyka chorób (choroba Bürgera, zakrzepowe zapalenie żył), przyczyny chorób, leczenie za pomocą leków rozkurczowych oraz leczenie balneologiczne.
12. **CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH. LECZENIE CHIRURGICZNE** — (F-77): prod. GBL, 1961 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: doc. dr med. Stefan Grabowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Wiesława Olszak, Anna Zwierzchowska, dług. 200 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. pol., w. pol.
Leczenie chirurgiczne kończyn dolnych w chorobie naczyń obwodowych. Objawy chorób, zabieg operacyjny, wyniki leczenia.
13. **CZĘŚCIOWE WYCIECIE NERKI W LECZENIU KAMICY NERKOWEJ** — (F-113): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Oddział Urologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Warszawie, konsult. nauk.: doc. dr med. Tadeusz Krzeski, dług. 190 m., czas proj. 19 min., kolor., dźwięk. pol., w. pol.
Nowa metoda leczenia operacyjnego kamicy polegająca na resekcji bieguna nerki wraz z uszkodzonym przez kamień dolnym kielichem.
14. **CZYNNOŚĆ SERCA I ODDYCHANIE** — (F-14): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Oddział Rentgenowski Kliniki Chirurgicznej w Bonn, kier. nauk.: prof. dr med. R. Janker, dług. 65 m., czas proj. 6 min., niemy.
Wzajemny wpływ czynności serca i oddychania u dzieci i człowieka dorosłego (przedstawiono oddychanie żebrowe i przeponowe u dorosłych oraz powierzchowne i głębokie u dzieci).
15. **CZYNNOŚĆ STATYCZNA BŁĘDNIKA** — (F-33): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Fizjologii Uniwersytetu w Berlinie, kier. nauk.: W. Trendelenburg, dług. 100 m., czas proj. 10 min., cz.-b., niemy.
Reakcje żaby po jednostronnym i dwustronnym wycięciu błędnika na tle zachowania się żaby normalnej.
16. **DIAGNOSTYKA BRONCHOSKOPOWA U DOROSŁYCH** — (F-125): prod. PZWL, 1967 r., m. wyk.: Instytut Gruźlicy w Warszawie, konsult. nauk.: doc. dr med. Paweł Krakówka, współpraca nauk.: prof. dr med. Krystyna Ossowska, prof. dr med. Wiwa Jaroszewicz, czas proj. 28 min., kolor., dźwięk. pol., w. pol., dług. 277 m.
Anatomia drzewa oskrzelowego, badania bronchoskopowe w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, środki znieczulające, aparatura, metody badania, wskazania do bronchoskopii, znaczenie oceny bronchoskopowej.
17. **DIALIZA OTRZEWNOWA** — (F-143): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: I Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Tadeusz Orłowski, realiz.: Witold Ramotowski, dług. 198 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. pol., w. pol.
Wyposażenie sali zabiegowej, przygotowanie do zabiegu, zasady wykonywania dializy.
18. **DOSZCZĘTNE USUNIĘCIE SUTKA WRAZ Z WĘZŁAMI CHŁONNYMI PRZYMOSTKOWYMI** — (F-60): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Instytut Onkologii

- w Warszawie, konsult. nauk.: doc. dr med. Tadeusz Koszarowski, dług. 200 m., czas proj. 20 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Technika operacyjna doszczętnego usunięcia sutka.
19. **DYSPLAZJA STAWU BIODROWEGO** — (F-74): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna i Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Poznaniu, konsult. nauk.: prof. dr med. Wiktor Dega, dług. 250 m., czas proj. 25 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Przyczyny i powstawanie zwichnięcia stawu biodrowego u noworodka, profilaktyka, diagnostyka i wczesne leczenie.
20. **DYSTROFIA MIĘŚNIOWA POSTĘPUJĄCA** — (F-101): prod. PZWL, 1965 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Irena Hausmanowa-Petrusewicz, realiz.: Witold Ramatowski, dług. 275 m., czas proj. 27 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Rozpoznawanie dystrofii mięśniowej z zastosowaniem nowoczesnych badań. Istota schorzenia, dziedziczność.
21. **DZIAŁANIE ADRENALINY** — (F-31): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Farmakologii Uniwersytetu w Berlinie, oprac.: dr H. Oettel, dług. 70 m., czas proj. 7 min., cz-b., niemy.
Wpływ adrenaliny na tętnice i naczynia włosowate.
22. **DZIAŁANIE ODURZAJĄCE MAGNEZU I BUDZĄCE WAPNIA U KRÓLIKA** — (F-39): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Farmakologii Akademii Medycznej, Düsseldorf, kier. nauk.: prof. dr O. Grindt, dług. 30 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
Odurzenie i natychmiastowe ożywienie po dożylnym wstrzyknięciu glukonianu wapnia.
33. **DZIAŁANIE ŚRODKÓW ZWIOTCZAJĄCYCH** — (F-136): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: Zakład Farmakologii Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Piotr Kubikowski, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Zastosowanie środków zwiotczających we współczesnej technice operacyjnej. Budowa leków, dawki, powikłania, wskazania.
24. **ECTOPIA CORDIS (WYPADNIĘCIE SERCA)** — (F-89): prod. PZWL, 1963 r., m. wyk.: Klinika Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Jan Kossakowski, realiz.: Stefan Karliński, Jacek Rożyński, dług. 100 m., czas proj. 10 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Przypadek wypadnięcia serca u noworodka, próba umiejscowienia serca w śródpiersiu za pomocą operacji i wyniki sekcji.
25. **ELEKTROKARDIOGRAFIA. PODSTAWY ELEKTROKARDIOGRAFII** — (F-68): prod. GBL, 1956 r., kier. nauk.: prof. dr med. Zdzisław Askanas, konsult. nauk. doc. dr med. Jan Kwoczyński, inż. Ekiel, realiz.: Witold Ramotowski, dług. 240, czas proj. 24 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Omówienie i wyjaśnienie zjawisk bioelektrycznych w komórce mięśnia sercowego. Sposób wykonania badania EKG za pomocą aparatu „Triplex”.
26. **FAGOCYTOZA (CIAŁKA KRWI LUDZKIEJ)** — (F-9): prod. francuska, 1954 r., m. wyk.: Instytut Pasteura, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz-b., niemy.
Proces fagocytozy.
27. **FARMAKOLOGIA UKŁADU KRAŻENIA. REGULACJA CZYNNOŚCI WEGE-TATYWNEJ** — (F-102): prod. PZWL, 1965 r., m. wyk.: Zakład Farmakologii Aka-

- demii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Piotr Kubikowski, dług. 245 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Działanie podstawowych środków leczniczych i ich stosowanie szczególnie w czasie choroby nadciśnieniowej. Stosowanie środków pobudzających i hamujących układ współczulny w celu regulacji czynności serca i naczyń krwionośnych.
28. FARMAKOLOGIA UKŁADU KRĄŻENIA. ŚRODKI OBNIŻAJĄCE CIŚNIENIE KRWI O PRZEWAŻAJĄCYM DZIAŁANIU CENTRALNYM — (F-117): prod. PZWL, 1967 r., m. wyk.: Zakład Farmakologii Doświadczalnej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Piotr Kubikowski, dług. 260 m., czas proj. 26 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Za pomocą schematu mózgowia i rdzenia kręgowego zwierząt i człowieka omówiono znaczenie centralnego układu nerwowego dla regulacji czynności układu krążenia. Działanie leków.
29. FIZYCZNE PODSTAWY BADANIA INTERNISTYCZNEGO — (F-82): prod. GBL, 1961 r., kier. nauk.: prof. dr med. Marian Tulczyński, realiz.: Witold Ramotowski, Irena Zelechowska, dług. 230 m., czas proj. 23 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Zjawiska w aspekcie porównawczym spostrzegane podczas badania za pomocą osłuchiwania, obmacywania, oglądania pacjenta w warunkach fizjologicznych i patologicznych.
30. GIMNASTYKA LECZNICZA W ORTODONCJI — (F-84): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: Katedra Ortodoncji Akademii Medycznej w Krakowie, konsult. nauk.: prof. dr med. Kazimierz Dominik, realiz.: Elżbieta Mazurkiewicz, Jacek Rożyński, dług. 245 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Leczenie wad zgryzu u dzieci za pomocą ćwiczeń gimnastycznych połączonych z zabawą. Zapobieganie podwstawiania wad.
31. GROMADZENIE FIOLETU METYLOWEGO W MIĘŚNIU SERCOWYM — (F-27): prod. niemiecka, 1956 r., dług. 60 m., czas proj. 6 min., cz.-b., niemy.
32. HIGIENA TRANSPORTU NIEKTÓRYCH ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH — (F-130): prod. PZWL, 1967 r., konsult. nauk.: prof. dr med. M. Nikonorow, dług. 306 m., czas proj. 30 min., cz.-b., dźwięk. opt., w. pol.
Przygotowanie środków transportu i przewożenie niektórych artykułów spożywczych.
33. HODOWLA TKANEK — (F-46): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Fizjologii Uniwersytetu w Greifswald, kier. nauk.: prof. dr Steinhausen, dług. 30 m., czas proj. 3 min., cz.-b., niemy.
Ruchy nibynózek, temperatura 37°, przyspieszenie zdjęć 160 ×, długość 250 mikronów.
34. INTUBACJA DRÓG ŁZOWYCH — (F-73): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku, oprac. nauk.: Rufin Mirecki, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Wiesława Olszak, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Przebieg leczenia za pomocą intubacji różnych przypadków niedrożności dróg łzowych.
35. KAMICA DRÓG ŻÓLCIOWYCH — (F-92): prod. PZWL, 1963 r., m. wyk.: Szpital Wojskowy w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Zdzisław Łapiński, dług. 210 m., czas proj. 21 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Zapalenie pęcherzyka żółciowego. Anatomia i fizjologia, diagnostyka i leczenie przez zabieg operacyjny.

36. KAMICA GÓRNYCH DRÓG MOCZOWYCH. LECZENIE CHIRURGICZNE — (F-71): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: Klinika Urologiczna Akademii Medycznej w Warszawie i Oddział Urologiczny Instytutu Gruźlicy w Warszawie, kier. nauk. prof. dr med. Stefan Wesołowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Anna Zwierzchowska, dług. 280 m., czas proj. 28 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Demonstracja różnych sposobów usuwania kamieni z nerki i dróg moczowych uzależnionych od umiejscowienia złoju.
37. KAMICA GÓRNYCH DRÓG MOCZOWYCH. LECZENIE CHIRURGICZNE. (POCZECZNO-KAMIENNAJA BALEZŃ) — (F-78): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: Klinika Urologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, Oddział Urologiczny Instytutu Gruźlicy w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Stefan Wesołowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Anna Zwierzchowska, dług. 280 m., czas proj. 28 min., kolor., dźwięk. opt., w. ros.
Demonstracja różnych sposobów usuwania kamieni z nerki i dróg moczowych uzależnionych od umiejscowienia złoju.
38. KARIOKINEZA KOMÓREK MACIERZYSTYCH KRWINEK TRYTONA — (F-10): prod. francuska, 1954 r., m. wyk.: Instytut Pasteura, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz.-b., niemy.
Za pomocą rysunku i filmu przedstawiono ruchy komórek krwi trytona, podział cytoplazmy, tworzenie się nowych komórek.
39. KRWINKI BIAŁE — (F-15): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Instytut Filmowy Naukowo-Oświatowy, dług. 90 m., czas proj. 9 min., cz.-b., niemy.
Ruchy własne krwinek białych, rozmnażanie się paciorkowców, fagocytoza. Przyspieszenie zdjęć 6-krotne.
40. LECZENIE KRWIĄ I LEKAMI KRWIOPOCHODNYMI — (F-126): prod. PZWL 1967 r., m. wyk.: Instytut Hematologii w Warszawie, dług. 185 m., czas proj. 18 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Wskazania do przetaczania pełnej krwi konserwowanej i środków krwipochodnych, powikłania po leczeniu krwią, objawy, sposoby przygotowania różnych preparatów krwi, przechowywanie.
41. LECZENIE OPERACYJNE ZMIAN ZNIEKSZTAŁCAJĄCYCH STAWÓW BIODROWYCH — (F-139): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Garlicki, dług. 279 m., czas proj. 28 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Różnorodne postacie zmian zniekształcających stawów biodrowych o różnym stopniu nasilenia, odmiennych cechach morfologicznych i radiologicznych zmian chorobowych, niejednorodnej etiologii i zmiennej lokalizacji, metody i wyniki leczenia operacyjnego.
42. LECZENIE OPERACYJNE ZWĘŻENIA AORTY — (F-127): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Gdańsku, konsult. nauk.: prof. dr med. Kazimierz Dębicki, dług. 235 m., czas proj. 23 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Przypadki, badanie przedoperacyjne, rozpoznanie i leczenie.
43. LECZENIE ZŁAMAŃ KOŚCI PROMIENIOWEJ W MIEJSCU TYPOWYM — (F-64): prod. GBL, 1958 r., m. wyk.: II Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Witold Ramotowski, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz.-b., dźwięk. opt., w. pol.
Diagnostyka, nastawianie złamania kończyny górnej, nałożenie opatrunku gipsowego i rehabilitacja.

44. LECZNICZA REHABILITACJA ODDECHOWA W CHOROBYCH PŁUC – (F-100): prod. GBL, 1965 r., m. wyk.: Instytut Gruźlicy i Klinika Ftyzjatryczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Wiwa Jaroszewicz, dług. 260 m., czas proj. 26 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Rehabilitacja w przypadkach rozszerzenia oskrzeli, zapalenia wysiękowego opłucnej oraz po torakoplastyce.
45. MACICA PODWÓJNA (OPERATIO M. STRASSMAN) – (F-53): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Zygmunt Misiewicz, dług. 60 m., czas proj. 6 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol.
Leczenie operacyjne macicy podwójnej. Wynik pomyślny.
46. MAŁOGŁOWIE U 4 I PÓL-LETNIEJ DZIEWCZYNIKI – (F-45): prod. niemiecka, 1956 r., dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz.-b., niemy.
Obserwacja wyrazu twarzy dziewczynki podczas snu i budzenia się, reakcji na bodźce smakowe, objawów niezadowolenia – pozwala stwierdzić chorobę.
47. METODYKA BADANIA INTERNISTYCZNEGO – (F-86): prod. GBL, 1961 r. kier. nauk.: prof. dr med. Marian Tulczyński, realiz.: Irena Żelechowska, Witold Ramotowski, dług. 380 m., czas proj. 38 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Badanie za pomocą oglądania, obmacywania, osłuchiwania. Diagnoza, typowe przykłady schorzeń.
48. MIKROMANIPULATOR DE FONBRUNE'A – (F-35): prod. francuska, 1956 r., m. wyk.: Instytut Pasteura, dług. 100 m., czas proj. 10 min., cz.-b., niemy.
Budowa aparatu, działanie i zastosowanie.
49. MIKROMANIPULATOR PNEUMATYCZNY DE FONBRUNE'A – (F-37): prod. francuska, 1956 r., m. wyk.: Instytut Pasteura, dług. 75 m., czas proj. 7 min., cz.-b., niemy.
Ze względu na możliwość przekazywania ruchów ręki na odległość mikromanipulator pneumatyczny nadaje się doskonale do mikrokimografii.
50. NAPADOWE DRŻENIE GAŁEK OCZNYCH – (F-131): prod. PZWL, 1958 r., m. wyk.: Klinika Chorób Oczu i Klinika Neurologiczna Instytutu Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, konsult. nauk.: doc. dr med. M. Merz, dług. 80 m., czas proj. 8 min., cz.-b., dźwięk. opt., w. pol.
Badanie oczu chorego na podstawie kilku różnych postaci ruchów gałek ocznych oraz za pomocą zapisu elektromiograficznego mięśni i elektronystagmografii. Badanie potwierdza odrębność przypadków od ruchów mimowolnych.
51. NATYCHMIASTOWE POSTĘPOWANIE W PRZYPADKACH OPARZEŃ – (F-137): prod. PZWL, 1968 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Witold Rudowski, dług. 246 m., czas proj. 25 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Dotyczy opatrunku rany (środki lecznicze i sposób zakładania opatrunku). Podkreśla znaczenie właściwego postępowania na miejscu wypadku, przedstawia sposób badania, kliniczną ocenę oparzeń, leczenie w szpitalu.
52. NAWYKOWE ZWICHNIĘCIE STAWU BARKOWEGO – (F-116): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Garlicki, dług. 230 m., czas proj. 23 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Mechanizm zwichnięcia. Znaczenie prawidłowego leczenia. Metoda leczenia chirurgicznego z zastosowaniem przeszczepu kostnego. Rehabilitacja.

53. NERKA, JEJ BUDOWA I CZYNNOSCI — (F-135): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: Katedra Fizjologii Człowieka Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: doc. dr med. A. Trzebski, dług. 227 m., czas proj. 23 min., kolor., dżw. opt., w. pol. Przy pomocy schematów przedstawiono i omówiono szczegółowo anatomię i fizjologię nerki.
54. NIEKTÓRE POMOCE ORTOPEDYCZNE RĘKI — (F-146): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Stołeczne Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu w Konstancinie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, dług. 143 m., czas proj. 14 min., cz-b., dżw. opt., w. pol. Demonstracja przypadków niewydolności ręki oraz aparatów ortopedycznych wspomagających jej funkcje.
55. NIEKTÓRE PRZYCZYNY I MECHANIZMY USZKODZENIA CZŁOWIEKA PRZED URODZENIEM — (F-112): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Zygmunt Misiewicz, dług. 217 m., czas proj. 22 min., kolor., dżw. opt., w. pol. Wpływ na stan zdrowia urodzonego dziecka czynników zewnętrznych działających na kobietę ciężarną.
56. NIEKTÓRE TYPOWE ZABURZENIA CHODU W CHOROBAH UKŁADU NERWOWEGO — (F-58a): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. A. Dowżenko, dług. 60 m., czas proj. 6 min., cz-b. niemy. Zaburzenia chodu, wiađ rdzenia po zapaleniu opon mózgowych u dzieci, chód chorego z niedowładem statycznym, z niedowładem obu kończyn dolnych, chód brodzący.
57. NISKA TEMPERATURA W CHIRURGII ZAĆMY (CRYOEXTRACTIO CATARACTAE) — (F-133): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: Klinika Okulistyczna Akademii Medycznej w Lublinie, konsult. nauk.: prof. dr med. T. Krwawicz, dług. 201 m., czas proj. 20 min., dżw. opt., w. pol., kolor. Kolejne etapy przygotowania do operacji oraz najistotniejsze momenty usuwania różnych rodzajów zaćmy.
58. NOWOCZESNA FARMACJA — (F-105): prod. PZWL, 1965 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Stanisław Krauze, realiz.: Danuta Wejroch, Stefan Karliński, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dżw. opt., w. pol. Film przeznaczony dla kandydatów na studia. Rozwój farmacji, studia na tym wydziale oraz perspektywy pracy.
59. NOWOCZESNE METODY SEROLOGICZNEGO ROZPOZNAWANIA KILY — ODCZYN IMMUNOFLUORESCENCJI KRĘTKÓW FTA — (F-107): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Klinika Dermatologiczna Akademii Medycznej w Białymstoku, konsult. nauk.: prof. dr med. Janusz Lesiński, dług. 245 m., czas proj. 24 min., kolor., dżw. opt., w. pol. Znaczenie odczynu dla diagnostyki i terapii. Składniki i technika wykonania.
60. NOWOCZESNE METODY SEROLOGICZNEGO ROZPOZNAWANIA KILY — ODCZYN UNIERUCHAMIANIA KRĘTKÓW wg. NELSONA — (F-106): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Klinika Dermatologiczna Akademii Medycznej w Białymstoku, konsult. nauk.: prof. dr med. Janusz Lesiński, dług. 106 m., czas proj. 10 min., kolor. dżw. opt., w. pol. Technika wykonania badania oraz odczytywanie wyników wyjaśniając ich istotę.

61. OBJAWY I MECHANIZMY POWSTAWANIA ZMIAN ZNIEKSZTAŁCAJĄCYCH — (F-119): prod. PZWL, 1967 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Garlicki, dług. 210 m., czas proj. 21 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Objawy choroby, metody badania chorego, rozpoznawanie. Za pomocą rysunku anatomicznego przedstawiono prawidłowe ułożenie stawu biodrowego na tle zniekształconego. Omówiono przyczyny powstawania zmian zniekształcających.
62. OBRÓT I WYDOBYCIE PŁODU W POŁOŻENIU POPRZECZNYM — (F-5): prod. niemiecka, 1954 r., m. wyk.: Klinika Uniwersytecka Położnictwa i Chorób Kobięcych, kier. nauk.: prof. dr K. Günter, prof. dr F. Schultze, dług. 85 m., czas proj. 8 min., cz.-b., niemy.
Badanie zewnętrzne rodzącej oraz przebieg wydobycia płodu.
63. OPERACJA WYCIĘCIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO — (F-32): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Berlinie, operację wykonał dr med. W. Haase, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz.-b., niemy.
Przebieg operacji.
64. OPERACJE W NADCIŚNIENIU W UKŁADZIE ŻYŁY WROTNEJ — (F-140): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Józef Dryjski, dług. 251 m., czas proj. 25 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Patofizjologia krążenia w dorzeczu żyły wrotnej, objawy choroby, diagnostyka, wskazania i przeciwwskazania do leczenia operacyjnego, przebieg operacji.
65. OPERACYJNE LECZENIE ZESPOŁU LERICHE'A — (F-93): prod. PZWL, 1964 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Józef Dryjski, zdjęcia i realizacja: Hanna Cybulska, dług. 180 m., czas proj. 18 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Skuteczny zabieg operacyjny zamiany tętnicy protezą naczyniową, objawy choroby, diagnostyka, wyniki leczenia.
66. OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO — (F-81): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Jacek Rożyński, dług. 245 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Diagnostyka, rodzaje zapalenia, objawy, przebieg operacji. Zmiany zapalne wyrostka robaczkowego.
67. OŚRODKI AUTOMATYZMU SERCA ŻABY — (F-25): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Zakład Fizjologii Uniwersytetu w Jenie, kier. nauk.: prof. dr E. von Skramlik, dług. 60 m., czas proj. 6 min., cz.-b., niemy.
68. OŻYWIANIE NOWORODKÓW — (F-133): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. W. Poradowska, dług. 190 m., czas proj. 19 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Wielorakie przyczyny zamartwicy płodu i noworodka oraz sposoby postępowania resuscytacyjnego. Ocena stanu noworodków jest przeprowadzana wg skali Apgar. Znaczenie szybkości działania, przygotowanie sprzętu, postępowanie wg opracowanego schematu przyżywiania. Leczenie farmakologiczne, wyniki skutecznegożywiania.
69. PIERWOTNE WYCIĘCIE I ZESZYCIE RANY — (F-20): prod. GBL, 1956 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 180 m., czas proj. 18 min., cz.-b., niemy:

Znieczulanie, wycinanie brzegów rany, technika zeszcycia jej oraz zasady posługiwania się narzędziami chirurgicznymi.

70. PIES BEZ PÓLKUL MÓZGOWYCH I PRAŻKOWIA — (F-40): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: II Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu w Berlinie, oprac.: dr H. Autrum z Instytutu Zoologii Uniwersytetu w Berlinie, dług. 30 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
Jednostronne i dwustronne usunięcie półkul i prążkowie. Zachowanie się psa w obu przypadkach.
71. PLASTYKA PIERWOTNA — (F-51): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Jan Mossakowski, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 120 m., czas proj. 12 min., kolor., niemy.
Metoda plastycznej operacji kciuka. Pokrycie ubytku wycinkiem ze skóry brzucha w celu uratowania przed amputacją. Skuteczna rehabilitacja po operacji.
72. PLAZMAFEREZA — (F-142): prod. PZWL, m. wyk.: Instytut Hematologii w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Witold Rudowski, dług. 205 m., czas proj. 20 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Pobieranie krwi, przygotowywanie preparatu, przechowywanie oraz zastosowanie plazmoferezy.
73. PŁASAWICA PRZEWLEKŁA HUNTINGTONA — (F-19): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Uniwersytecka Klinika Chorób Nerwowych w Berlinie, kier. nauk.: J. Kirchhof, dług. 90 m., czas proj. 9 min., cz-b., niemy.
Dwa przypadki choroby.
74. PŁAT WĘDRUJĄCY — (F-69): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, oprac. i realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 260 m., czas proj. 26 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Metoda przeszczepiania skóry oraz wyniki zabiegu.
75. POBUDZENIE AUTOMATYZMU MIĘŚNIA POPRZECZNIE PRAŻKOWANEGO — (F-29): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Zakład Fizjologii Uniwersytetu w Jenie, kier. nauk.: prof. dr E. von Skramlik, dług. 25 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
76. PODSTAWOWA METODYKA HODOWLI BAKTERII — (F-149): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Henryk Walecki, współpr. nauk.: dr nauk biolog. Halina Rdułtowska, dr med. Andrzej Dworczyński, dług. 220 m., czas proj. 22 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Badanie mikroskopowe różnego rodzaju bakterii, orientacyjne rozpoznanie polegające na ocenie morfologicznej preparatu mikroskopowego. Podłoże wzrostu bakterii.
77. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA W LECZENIU CHORÓB ODBYTU I ODBYTNICY — (F-99): prod. PZWL, 1964 r., m. wyk.: Szpital Bielański w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Witold Rudowski, prof. dr med. Igor Dziaczkowski, realiz.: Kazimierz Wejroch, dług. 305 m., czas proj. 30 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Dokładnie i jasno przedstawiono zagadnienia związane z chorobami odbytu i odbytnicy. Rozpoznanie choroby za pomocą badania fizykalnego i rektoskopowego, leczenie ogólne i chirurgiczne.

78. PODSTAWY CYTOGENETYKI LEKARSKIEJ — (F-141): prod. PZWL, 1969 r. m. wyk.: Katedra Histologii i Embriologii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, konsult. nauk.: doc. dr med. L. Cieciora, dług. 250 m., czas proj. 25 min. kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Typowe anomalie wrodzone, które w chwili obecnej dzięki technice cytogenetycznej mogą być rozpoznane za pomocą diagramu. Omówiono najczęstsze przypadki.
79. PODSTAWY EMBRIOLOGII — (F-151): prod. PZWL, 1969 r., konsult. nauk.: doc. dr med. Leszek Cieciora, współpraca nauk.: dr nauk med. Hieronim Bartel, dług. 205 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Wczesne okresy rozwoju zarodka człowieka i porównanie z organizmem zwierzęcym.
80. PODSTAWY MIKROSKOPOWYCH BADAŃ W MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ — (F-144): prod. PZWL, 1969 r., konsult. nauk.: H. Walecki, dług. 198 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Badanie w laboratorium bakteriologicznym materiału pobranego od chorego. Kolejne czynności: rejestracja, wykonanie preparatu mikroskopowego, barwienie preparatu. Znaczenie znajomości morfologii dla umiejętnego rozpoznawania preparatu.
81. PODSTAWY MORFOLOGICZNEGO ROZBIORU KRWI — (F-11): prod. PZWL, 1966 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Stanisław Bober, realizacja: Stefan Karliński, dług. 230 m., czas proj. 23 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Wykonanie rozmazu, oznaczenie wskaźnika barwnego i poziomu hemoglobiny
82. PODSTAWY ROZPOZNAWANIA I LECZENIA ZŁAMAN KOŚCI DŁUGICH — (F-80): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: Szpital Miejski Nr 8 w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Zygmunt Ambros, dług. 360 m., czas proj. 36 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Metoda ustalania wielkości i rodzajów urazu, jego leczenie zachowawcze i operacyjne oraz rehabilitacja.
83. POŁOGOWE ZAPALENIE SUTKA (MASTITIS PUERPERALIS) — (F-21): prod. GBL, 1954 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: dr Kazimierz Anusiak, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 500 m., czas proj. 50 min., cz.-b., niemy.
Przyczyny choroby, sposoby zapobiegania, metody rozpoznawania, leczenie operacyjne.
84. POOPERACYJNE USPRAWNIENIE PO AMPUTACJI KOŃCZYN DOLNYCH — (F-91): prod. PZWL, 1963 r., m. wyk.: Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, konsult. nauk.: doc. dr med. Marian Weiss, realiz.: Wiesława Olszak, dług. 245 m., czas proj. 24 min., cz.-b., dźwięk. opt., w. pol.
Ćwiczenia różnego rodzaju po amputacji kończyny dolnej celem usprawnienia kikutu. Stosowanie protezy tymczasowej zamienionej później na stałą.
85. PORAZENIE ETEREM SERCA ŻABY — (F-26, F-57): produkcja niemiecka, m. wyk.: Instytut Farmakologii Akademii Medycznej w Düsseldorfie, kier. nauk.: prof. dr O. Grindt, dług. 30 m. czas proj. 3 min., cz.-b., niemy, 1956 r.

86. PORÓD MIEDNICOWY — (F-4): prod. niemiecka, 1954 r., m. wyk.: Klinika Uniwersytecka Położnictwa i Chorób Kobietych, kier. nauk.: prof. dr K. Günter, prof. dr F. Schultze, dług. 80 m., czas proj. 8 min., cz-b., niemy.
Badanie zewnętrzne rodzącej, wydobywanie płodu oraz zeszytanie kroczka.
87. PORÓD PRAWIDŁOWY — (F-63): prod. GBL, m. wyk.: I Klinika Chorób Kobietych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Tadeusz Bulski, realiz.: Zespół Ośrodka Dokumentacji Naukowo-Lekarskiej, dług. 430 m., czas proj. 43 min., kolor., niemy.
Metody dokładnego badania rodzącej przed porodem, przebieg prawidłowego porodu oraz sposób jego prowadzenia.
88. PORÓD SIŁAMI NATURY W UŁOŻENIU TWARZOWYM — (F-6): prod. niemiecka, 1954 r., m. wyk.: Klinika Uniwersytecka Położnictwa i Chorób Kobietych, kier. nauk.: prof. dr K. Günter, prof. dr F. Schultze, dług. 65 m., czas proj. 6 min., cz-b., niemy.
Badanie zewnętrzne rodzącej i przebieg porodu.
89. PORÓD W POŁOŻENIU GŁÓWKOWYM I PIERWSZY OKRES PORODU — (F-7): prod. niemiecka, 1954 r., m. wyk.: Klinika Uniwersytecka Położnictwa i Chorób Kobietych, kier. nauk.: prof. dr K. Günter, prof. dr F. Schultze, dług. 125 m., czas proj. 13 min., cz-b., niemy.
90. PORÓD W POŁOŻENIU MIEDNICOWYM — (F-8): prod. niemiecka, 1954 r., m. wyk.: Klinika Uniwersytecka Położnictwa i Chorób Kobietych, kier. nauk.: prof. dr K. Günter, prof. dr F. Schultze, dług. 80 m., czas proj. 8 min., cz-b., niemy.
Przebieg porodu w położeniu miednicowym.
91. POSTĘPUJĄCY ZANIK MIĘŚNI — (F-58 c): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. A. Dowżenko, dług. 50 m., cz-b., czas proj. 5 min., niemy.
Różne objawy postępującego zaniku mięśni.
92. POŚREDNI ODCZYNNY ANTYGLOBULINOWY COOMBSA — (F-120): prod. PZWL, 1967 r., konsult. nauk.: doc. dr med. Halina Seyfried, realiz. i zdjęcia: Stefan Karliński, dług. 155 m., czas proj. 15 min., dźwięk, kolor., w. pol.
Sposoby wykrywania niektórych rodzajów przeciwciał niekompletnych, niezlepiających krwinek w próbie krzyżowej koloidowej i papainowej za pomocą odczynu antyglobulinowego Coombsa. Przypadki: osoby po wielokrotnej transfuzji i kobiety wieloródki.
93. POTENCJAŁY BIOELEKTRYCZNE — (F-104): prod. PZWL, 1966 r. m. wyk.: Pracownia Elektrofizjologii Zakładu Patologii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, konsult. nauk.: doc. dr med. Witold Karczewski, dług. 170 m., czas proj. 17 min., cz-b., dźwięk, w. pol.
Prosto i przystępnie omówiono podstawy elektrofizjologii, elektrokardiografii i encefalografii. Wyjaśniono istotę stanu spoczynku i pobudzenia komórki.
94. PREPARAT HISTOLOGICZNY ZĘBÓW — (F-48): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Pracownia Histologiczna Instytutu Stomatologicznego we Wrocławiu,

oprac. nauk.: dr med. i stomat. Martin Hermann, dług. 240 m., czas proj. 24 min., cz-b., niemy.

Preparaty histologiczne zębów otrzymane metodą szlifowania i metodą cięcia.

95. PROFILAKTYKA ORTOPEDYCZNA ZMIAN ZNIEKSZTAŁCAJĄCYCH – (F-134): prod. PZWL, 1968 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Garlicki, dług. 134 m., czas proj. 13 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
96. PROTEZY NATYCHMIASTOWE, CZĘŚCIOWE I CAŁKOWITE – (F-94): prod. PZWL, 1964 r., m. wyk.: Klinika Protetyki Stomatologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, Klinika Chirurgii Stomatologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Janina Galasińska-Landsbergerowa, prof. dr med. Marian Górski, realiz.: Elżbieta Mazurkiewicz-Rożyńska, dług. 325 m., czas proj. 32 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
97. PRÓBA KRZYŻOWA KRWI – (F-115): prod. PZWL, 1966 r., konsult. nauk.: doc. dr med. Halina Seyfried, dług. 198 m., czas proj. 20 min., dźwięk. opt., w. pol. Podano sposób pełnej próby krzyżowej krwi. Próba dokonywana jest w środowisku chlorku sodu, koloidowym i papainowym, a dodatkowo w niektórych przypadkach użyto pośredni odczyn antyglobulinowy Coombsa.
98. PRÓBY CZYNNOŚCIOWE W ORTODONCJI – (F-147): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Antonina Orlik-Grzybowska, dług. 198 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol. Budowa anatomiczna stawów skroniowo-żuchwowych i ich sprzężenia czynnościowe. Metody badania dzieci, próby testowe, czynnościowe, rozpoznawanie zaburzeń czynności motorycznych narządu żucia. Przypadki, sposoby leczenia wad twarzowo-zgryzowych.
99. PRZEWÓD POKARMOWY W OBRAZACH RENTGENOWSKICH – (F-17): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Oddział Rentgenowski Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Bonn, kier. nauk.: prof. dr R. Janker, dług. 110 m., czas proj. 12 min., cz-b., niemy. Żucie i połykanie u człowieka. Czynności żołądka, jelit cienkich i jelita grubego u kota.
100. PRZYKURCZ DUPUYTRENA – (F-62): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, oprac. i realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 260 m., czas proj. 26 min., kolor., dźwięk. magn., w. pol. Anatomia i fizjologia ręki, pochodzenie i rozwój choroby. Demonstruje leczenie operacyjne, podaje wskazania postępowania pooperacyjnego.
101. PRZYMUS GRYZIENIA U KRÓLIKA POD WPLYWEM APOMORFINY – (F-23): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Farmakologii Akademii Medycznej, Düsseldorf, kier. nauk.: prof. dr O. Grindt, dług. 60 m., czas proj. 6 min., cz-b., niemy.
102. RADIOIZOTOPY W DIAGNOSTYCE CHORÓB WĄTROBY I NEREK – (F-114): prod. PZWL, 1966 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Tulczyński, dług.

- 255 m., czas proj. 25 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Czynnościowa i statyczna metoda badania nerek i wątroby przy pomocy aparatury.
103. RAK SUTKA — (F-1): prod. GBL, 1954 r., m. wyk.: Instytut Onkologii w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Tadeusz Koszarowski, dług. 659 m., czas proj. 60 min., cz-b., niemy.
Możliwości wczesnego wykrywania raka sutka oraz jego leczenie chirurgiczne z zastosowaniem radioterapii.
104. REHABILITACJA LECZNICZA CHOREGO Z ZAWAŁEM SERCA — (F-98): prod. PZWL, 1964 r., m. wyk.: IV Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, PP Uzdrawisko Inowrocław, Kardiologiczny Ośrodek Naukowo-Badawczy Rehabilitacji Poszpitalnej IV Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Zdzisław Askanas, dług. 410 m., czas proj. 40 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Skuteczna rehabilitacja chorego za pomocą ćwiczeń gimnastycznych przy współpracy lekarza, magistra rehabilitacji i psychologa w klinice, a następnie w sanatorium.
105. REHABILITACJA LECZNICZA I SOCJALNA PO AMPUTACJI KOŃCZYN DOLNYCH — (F-90): prod. PZWL, 1963 r., m. wyk.: Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, konsult. nauk.: doc. dr med. Marian Weiss, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Wiesława Olszak, dług. 360 m., czas proj. 36 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Połączenie ćwiczeń usprawniających po amputacji kończyn dolnych z rehabilitacją socjalną (wyuczenie nowego zawodu).
106. REHABILITACJA NARZĄDU ŻUCIA W PRZYPADKU BEZZĘBIA — (F-124): prod. PZWL, 1967 r. (cz. I), 1968 r. (cz. II), m. wyk.: Klinika Protetyki Stomatologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Janina Galasińska-Landsbergerowa, dług. 375 m. (cz. I), 235 m. (cz. II), czas proj. 37 min. (cz. I), 23 min. (cz. II), kolor., dżw. opt., w. pol.
Sposób przygotowania modelu, osadzenia modelu w zgryzadle, modelowanie płyty protezy, ocena przymiarki, metody doboru zębów, kontrola, korekta.
107. REHABILITACJA PSYCHICZNIE CHORYCH — (F-97): prod. PZWL, 1964 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Stanisław Cwynar, dr med. Tadeusz Gnat, dług. 225 m., czas proj. 22 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Rehabilitacja psychicznie chorych w zakładzie zamkniętym.
108. REHABILITACJA RĘKI — (F-96): prod. PZWL, 1964 r., m. wyk.: Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, realiz.: Witold Ramotowski, dług. 195 m., czas proj. 19 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Rehabilitacja ręki za pomocą ćwiczeń, prądu galwanicznego, okładów rozgrzewających, terapii zajęciowej.
109. RENTGENOKIMOGRAMIA DRZEWA OSKRZELOWEGO — (F-18): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Oddział Rentgenowski Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Bonn, kier. nauk.: prof. dr R. Janker, dług. 90 m., czas proj. 9 min., cz-b., niemy.
Anatomia, fizjologia i rentgenografia.

110. RESUSCYTACJA — (F-145): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu, kier. nauk.: prof. dr med. Witold Rudowski, dług. 229 m., czas proj. 30 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Wzorowe sposoby ożywiania podczas śmierci klinicznej spowodowanej zaburzeniem czynności krążenia, oddychania i centralnego układu nerwowego.
111. ROPIEŃ TARCZYCY — (F-44): prod. GBL, 1956 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, dług. 60 m., czas proj. 6 min., cz.-b., niemy.
Leczenie chirurgiczne ropnia tarczycy. Przebieg zabiegu i leczenie pooperyacyjne.
112. ROZPOZNAWANIE I LECZENIE OPERACYJNE ZESPOŁU MARTORELLA FABREA — (F-109): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Józef Dryjski, dług. 205 m., czas proj. 20 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Objawy, przebieg operacji i wyniki leczenia zmian zarostowo-zakrzepowych w tętnicach odchodzących od łuku aorty.
113. ROZPOZNAWANIE I LECZENIE PRZEWLEKŁEGO NIEDOKRWIENIA JE-LIT — (F-128): prod. PZWL, 1967 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Józef Dryjski, dług. 245 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
114. ROZWÓJ JAJA BIAŁEJ MYSZY — (F-12): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk. Naukowe Laboratorium Filmowe Instytutu Zoologicznego Uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem, kier. nauk.: W. Kühn, dług. 99 m., czas proj. 10 min., cz.-b., niemy.
Ośmiodniowy cykl podziału komórki jajowej w pęcherzyku Graafa.
115. ROZWÓJ JEŻOWCA — (F-13): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Naukowe Laboratorium Filmowe Instytutu Zoologicznego Uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem, Państwowy Zakład Biologii, Helgoland, kier. nauk.: W. Kühn, G. Kühn, dług. 109 m., czas proj. 10 min., cz.-b., niemy.
48 — godz. cykl rozwoju jeżowca (od jaja niedojrzałego do larwy).
116. RUCHY KOMÓREK NOWOTWOROWYCH — (F-2): prod. węgierska, 1954 r., m. wyk.: Biologiczna Stacja Badawcza w Alsogod, Węgry, kier. nauk.: prof. dr Th. Husella, dług. 134 m., czas proj. 13 min., cz.-b., niemy.
Proces podziału komórek raka u myszy na pożywce z osocza oraz na pożywce płynnej i zachowanie się komórek mięsaka myszy.
117. RUCHY MIMOWOLNE. KRĘCZ SZYI, PŁASAWICA — (F-49): prod. GBL, 1956 r., m. wyk.: Klinika Chorób Nerwowych Akademii Medycznej w Warszawie, dług. 200 m., czas proj. 20 min., cz.-b., niemy.
Ilustracja przypadków ruchów mimowolnych pozapiramidowych pochodzenia mózdkowego, płasawica, ruchy połowicze, choreoatetozą.
118. RUCHY PŁASAWICZE — (F-58 b): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. A. Dowżenko, dług. 50 m., czas proj. 5 min., cz.-b., niemy.
119. RUCHY STAWÓW W OBRAZACH RTG — (F-3): prod. niemiecka, 1954 r., m.

- wyk.: Oddział Rentgenowski Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Bonn, kier. nauk.: prof. dr R. Janker, dług. 115 m., czas proj. 11 min., cz-b., niemy.
Ruchy stawów: ramienia, łokciowego, ręki, kolanowego, stopy.
120. RUCHY ŻOŁĄDKA U ŻABY — (F-30): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Zakład Fizjologii Uniwersytetu w Jenie, kier. nauk.: prof. dr E. von Skramlik, dług. 35 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
Trzy rodzaje ruchu: w okolicy wpustu, robaczkowy, odźwiernika.
121. SPORYSZ. HISTORIA PASOŻYTUJĄCEGO GRZYBA — (F-72): prod. angielska, 1961 r., m. wyk.: The Wellcome Building, Euston Road, London, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dżw. opt., w. ang.
122. SZEŚĆSET LAT KRAKOWSKIEJ SZKOŁY MEDYCZNEJ — (F-95): prod. PZWL, 1964 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Leon Tochowicz, dr med. Zbigniew Woźniakowski, dług. 325 m., czas proj. 32 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Rozwój historyczny i działalność w latach powojennych Akademii Medycznej w Krakowie.
123. SZKOŁA RODZENIA. ĆWICZENIA PRZEDPORODOWE — (F-129): prod. PZWL, 1967 r., m. wyk.: Państwowa Medyczna Szkoła Położnych w Pabianicach, konsult. nauk.: doc. dr med. Włodzimierz Fijałkowski, dług. 205 m., czas proj. 20 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Lekcja ćwiczeń wybranych na odpowiedni tydzień.
124. SZTUCZNA NERKA — (F-65): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: I Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: Zbigniew Fałda, Andrzej Krotkiewski, Alfred Siciński, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, Anna Zwierchowaska, Halina Chromińska, dług. 280 m., czas proj. 28 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Budowa i fizjologia nerki, zaburzenia elektrolitów. Budowa aparatu Alvala. Zabieg, wskazania, postępowanie podczas zabiegu.
125. SZYCIE KROCZA — (F-83): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: II Klinika Położnicza Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Elżbieta Mazurkiewicz, Wiesława Olszak, dług. 115 m., czas proj. 10 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Za pomocą zdjęć i rysunków przedstawiono przebieg prawidłowego nacięcia i zeszyca krocza.
126. ŚLEDZIONA ZBIORNIKIEM KRWI — (F-16): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Instytut Fizjologii Uniwersytetu w Getyndze, kier. nauk.: prof. dr H. Rein, dług. 30 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
Procesy fizjologiczne zachodzące podczas działania adrenaliny i elektryczności.
127. TASIEMCZYCE. ROZWÓJ I CYKL ŻYCIOWY TASIEMCÓW — (F-148): prod. PZWL, 1969 r., kier. nauk.: Wiesław Ślusarski, realiz.: Witold Ramotowski, dług. 185 m., czas proj. 18 min., kolor., dżw. opt., w. pol.
Cykl życiowy tasiemca uzbrojonego i nieuzbrojonego, rozmieszczenie na świecie, przenikanie, sposoby zakażenia, rozpoznawanie gatunków.
128. TECHNIKA NAKŁUCIA LĘDŹWIOWEGO — (F-22): prod. GBL, 1956 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz-b., niemy.

Kolejne etapy nakłucia lędźwiowego w pozycji pionowej i poziomej. Wskazania diagnostyczne i terapeutyczne.

129. **TECHNIKA OPATRUNKÓW GIPSOWYCH** — (F-43): prod. GBL, m. wyk.: III Klinika Chirurgiczna (Ortopedyczna) Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Adam Gruca, realiz.: Witold Ramotowski, dłu. 480 m., czas proj. 48 min., cz-b., niemy.
Przygotowanie i sposób nakładania opatrunków gipsowych na kończynę górną i dolną, biodro oraz zakładanie „gorsetu”.
130. **TECHNIKA PRZETACZANIA KRWI** — (F-132): prod. PZWL, 1967 r., konsult. nauk.: doc. dr med. P. Nowicki, dłu. 145 m., czas proj. 14 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Przygotowanie się pielęgniarki do zabiegu oraz jej czynności podczas przetaczania krwi. Badanie chorego.
131. **TECHNIKA SEKCJI ZWŁOK** — (F-50): prod. GBL, 1956 r., kier. nauk.: prof. dr med. Ludwik Paszkiewicz, prof. dr med. Janina Dąbrowska, dłu. 600 m., czas proj. 60 min., cz-b., niemy.
Sala operacyjna, jej urządzenie, instrumenty oraz przebieg wykonania sekcji.
132. **TECHNIKA TRACHEOTOMII** — (F-87): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Praskiego w Warszawie, konsult. nauk.: Stanisław Czernic, dłu. 100 m., czas proj. 10 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Prawidłowe zakładanie rurki tracheotomijnej, wskazania, pielęgnacja chorego.
133. **TECHNIKA ZDJĘĆ RENTGENOWSKICH CZASZKI** — (F-123): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Zakład Radiologii Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Leszek Zgliczyński, dłu. 205 m., czas proj. 20 min., cz-b., dźwięk opt., w. pol.
Technika wykonania zdjęć rtg. Znajomość anatomii rentgenowskiej.
134. **TECHNIKA ZDJĘĆ RENTGENOWSKICH DUŻYCH STAWÓW** — (F-122): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Leszek Zgliczyński, realiz.: Danuta Wejroch, dłu. 230 m., czas proj. 23 min., cz-b., dźwięk opt., w. pol.
Technika otrzymywania zdjęć rtg. Zwrócono uwagę na błędy często przy tym popełniane.
135. **TECHNIKA ZDJĘĆ RENTGENOWSKICH KRĘGOSŁUPA** — (F-121): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Zakład Radiologii Lekarskiej Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Leszek Zgliczyński, dłu. 220 m., czas proj. 22 min., cz-b., dźwięk opt., w. pol.
Metody otrzymywania zdjęć rentgenowskich.
136. **USUNIĘCIE PRZYTARCZYC U KOTA** — (F-28): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Zoologii Uniwersytetu w Berlinie, oprac. dr H. Autrum, dłu. 30 m., czas proj. 3 min., cz-b., niemy.
Wpływ operacji na czynność fizjologiczną ustroju (zaburzenia ruchu, napięcia mięśniowego, utrata łaknienia).
137. **VACUUM-EXTRACTOR. MODO MALMSTRÖM** — (F-56): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Zygmunt Misiewicz, dłu. 90 m., czas proj. 9 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.

Budowa, zasady działania, sposób posługiwania się przyrządem Vacuum-extractor oraz wskazania do zastosowania go.

138. **WCZESNA DIAGNOSTYKA NOWOTWORÓW** — (F-103): prod. PZWL, 1965 r., m. wyk.: Instytut Onkologii w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Tadeusz Koszarowski, realiz.: Andrzej Kułakowski, Otokar Bardoń, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Odpowiednie leczenie chorób nowotworowych wcześniej rozpoznanych. Badania histologiczne. Konieczność wczesnego wykrywania choroby.
139. **WCZESNE LECZENIE USPRAWNIAJĄCE PARAPLEGII POURAZOWEJ** — (F-85): prod. GBL, 1962 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Poznaniu, kier. nauk.: Hieronim Powiertowski, realiz.: Witold Ramotowski, Hanna Cybulska, dług. 330 m., czas proj. 33 min., cz.-b., dźwięk. opt., w. pol.
Skuteczne leczenie paraplegii pourazowej za pomocą ćwiczeń gimnastycznych, fizykoterapii i aparatów ortopedycznych.
140. **WOLNY PRZESZCZEP SKÓRY** — (F-75): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: Kliniki i Szpitale Warszawskie, kier. nauk.: prof. dr med. Wanda Poradowska, realiz.: Hanna Cybulska, Tadeusz Dąbrowski, dług. 300 m., czas proj. 30 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Przypadki, wskazania, sposób przeszczepiania skóry. Przygotowanie miejsca do przeszczepu, przygotowanie i wycinanie skóry, opatrunki.
141. **WPLYW NERWU BŁĘDNego NA SERCE** — (F-16): prod. niemiecka, 1955 r., m. wyk.: Instytut Fizjologii Uniwersytetu w Getyndze, kier. nauk.: prof. dr H. Rein, dług. 30 m., czas proj. 3 min., cz.-b., niemy.
Podrażnienie elektryczne prawego nerwu błędnego. Podnieta silna wywołuje zatrzymanie się serca, słaba — zwolnienie jego czynności.
142. **WPLYW PRĄDU ELEKTRYCZNEGO NA SERCE I NACZYNIYA** — (F-34): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Dział Kimografii, Klinika Chirurgiczna, Instytut Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Bonn, kier. nauk.: prof. dr R. Janker, prof. dr Fr. Pietruski, dług. 100 m., czas proj. 10 min., cz.-b., niemy.
Reakcja serca i naczyń krwionośnych kota na działanie prądu.
143. **WSPÓLZALEŻNOŚĆ DZIAŁANIA KANAŁÓW PÓLKOLISTYCH I RUCHÓW OBROTOWYCH CIAŁA** — (F-47): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Fizjologii w Greifswald, kier. nauk.: W. Steinhausen, dług. 240 m., czas proj. 24 min., cz.-b., niemy.
144. **WSTRZĄS OLIGOWOLENICZNY** — (F-118): prod. PZWL, 1967., m. wyk.: Szpital Praski w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Jan Oszacki, realiz.: Danuta Wejroch, Kazimierz Wejroch, dług. 190 m., czas proj. 19 min., kolor., dźwięk. opt., w. pol.
Objawy kliniczne wstrząsu, mechanizmy powstawania, skutki, pomoc doraźna, leczenie.
145. **WYPADNIĘCIE MACICY** — (F-52): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, dług. 30 m., czas proj. 3 min., kolor., niemy.
Wypadnięcie macicy.

146. ZABIEGI MIKROCHIRURGICZNE NA KRWINKACH ŻABY ZAKAŻONYCH HEMOGREGARYNĄ — (F-38): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Instytut Pasteura, dług. 100 m., czas proj. 10 min., cz-b., niemy.
Wykonanie zabiegu przy pomocy mikromanipulatora pneumatycznego. Obserwacja zjawiska hemolizy.
147. ZAKAŻENIA SZPITALNE — (F-66): prod. amerykańska, 1960 r., m. wyk.: Peter Bant Brigham Hospital, Boston, dług. 330 m., czas proj. 33 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Drogi przenoszenia bakterii, środki zapobiegawcze zakażeniu wewnątrz szpitala.
148. ZAPOBIEGANIE CHOROBY PRZYŻĘBIA — (F-152): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Klinika Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej w Poznaniu, konsult. nauk.: prof. dr med. Kazimierz Stawiński, współpraca nauk.: dr habilit. Maria Kobylańska, dług. 235 m., czas proj. 23 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Przypadki chorób, zagadnienie profilaktyki, przyczyny wywołujące schorzenia, znaczenie wczesnego uzupełnienia protetycznych braków zębów bocznych.
149. ZASTRZAŁ I ZANOKCICA — (F-150): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Zdzisław Łapiński, dług., 225 m., czas proj. 22 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Anatomia palców, powstawanie zastrzału, rozwój choroby, różne postaci anatomiczno-patologiczne zastrzału i zanokcicy, demonstracja przypadków, badanie, sposoby leczenia, rehabilitacja.
150. ZESPÓŁ PARKINSONIZMU PO ŚPIĄCZKOWYM ZAPALENIU MÓZGU — (F-58 e): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. A. Dowżenko, dług. 42 m., czas proj. 4 min., cz-b., niemy.
Demonstracja dwóch przypadków choroby.
151. ZMIANY CIŚNIENIA W KLATCE PIERSIOWEJ — (F-24): prod. niemiecka, 1956 r., m. wyk.: Oddział Rentgenowski Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Bonn, kier. nauk.: prof. dr R. Janker, dług. 65 m., czas proj. 6 min., cz-b., niemy.
Doświadczenia na zwierzętach. Otwarcie klatki piersiowej, znaczne migotanie śródpiersia, zamknięcie kleszczykami, serce znowu ustawia się w położeniu środkowym.
152. ZMIANY SKÓRNE W PRZEBIEGU NOWOTWORÓW NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH — (F-110): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Klinika Dermatologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Stefania Jabłońska, dług. 295 m., czas proj. 29 min., kolor., dźwięk opt., w. pol.
Powstawanie zmian skórnych, rozpoznanie na ich podstawie nowotworów narządów wewnętrznych i ustalanie metody leczenia za pomocą badań histologicznych. Znaczenie wczesnego wykrywania nowotworów.

153. ZNIECZULENIE OGÓLNE DOTCHAWICZE — (F-70): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, oprac. nauk.: Tadeusz Otto, realiz.: Tadeusz Otto, Irena Malarczyk, dług. 280 m., czas proj. 28 min., kolor., dźwięk magn., w. pol.
Czynności lekarza w czasie znieczulania ogólnego, dotchawiczego. Potrzebna aparatura oraz stosowane leki.
154. ZWYRODNIENIE WĄTROBOWO-SOCZEWKOWE — (F-58 d): prod. GBL, 1959 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, kier. nauk.: prof. dr med. A. Dowżenko, dług. 68 m., czas proj. 7 min., cz.-b., niemy.
155. ŻYCIE NA NOWO — (F-79): prod. GBL, 1961 r., m. wyk.: Klinika Neurologiczna Akademii Medycznej w Krakowie, kier. nauk.: dr med. Stanisław Grochmal, realiz.: Wiesława Olszak, dług. 350 m., czas proj. 35 min., cz.-b., dźwięk opt., w. pol.
Rehabilitacja chorego po udarach mózgowych w domu i przychodni rehabilitacyjnej. Pozytywne wyniki leczenia.

CZĘŚĆ II

Tytuły filmów produkcji zagranicznej znajdujące się w Bibliotekach Głównych Akademii Medycznych w Łodzi, Wrszawie, Lublinie i Białymstoku.

Wszystkie filmy są kolorowe, nieme, szerokość taśmy — 8 mm

1. AKTYWNOŚĆ MIKROORGANIZMÓW. BADANIE MIKROSKOPOWE BAKTERII METODĄ KOCHA (AKTIVITIES OF MICRO-ORGANISMS. PRACTICAL DEMONSTRATION OF KOCH'S POSTULATES) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 3 min.
Hodowla bakterii pobranych z zakażonej łądgi pomidora i wstrzyknięcie ich do łądgi zdrowej. Badania mikroskopowe potwierdzają istnienie tej samej bakterii, która była przyczyną infekcji.
2. AKTYWNOŚĆ MIKROORGANIZMÓW. FAGOCYTOZA LEUKOCYTÓW (ACTIVITIES OF MICRO-ORGANISMS. PHAGOCYTOSIS BY A WHITE BLOOD CORPUSCLE) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 1 min.
Przegląd mikroskopowy bakterii we krwi oraz przyczyny i wzrost fagocytów. Powstawanie przeciwciał i ich rozwój.
3. ANATOMIA I FIZJOLOGIA UCHA (THE EAR-STRUCTURE IN RELATION TO FUNCTION) — (Łd): prod. angielska
4. ARCHEOPTERYX (HOW THE ARCHEOPTERYX MOVED) (L, B, Łd, W): prod. angielska (Macmillan, London), 1968 r., czas proj. 1 min.
Charakterystyka ptaka żyjącego przed około 150 milionów lat w Centralnej Europie. (Schemat i rekonstrukcja).
5. CHROMATOGRAFIA BIBUŁOWA (PAPER CHROMATOGRAPHY WITH THE UNIKIT) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 4 min.
Przebieg badań za pomocą chromatografii bibułowej łącznie z przygotowaniem

sprzętu, roztworów oraz wyniki badań. Określono chromatografię wstępującą i zstępującą.

6. CHROMATOGRAFIA CIENKOWARSTWOWA (THIN LAYER CHROMATOGRAPHY WITH THE UNIKIT No. 2) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 4 min.
Przebieg badania cienkowarstwowym chromatografem.
7. CZYNNOŚĆ SERCA (THE HEART IN ACTION) — (Łd): prod. angielska.
8. CZYNNOŚĆ UKŁADU NERWOWEGO. ŁUK ODRUCHOWY (NERVE ACTION. THE REFLEX ARC) — (B): prod. angielska (London), czas proj. 1 min. 50 sek.
9. DYFUZJA (DIFFUSION) — (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), 1967 r., czas proj. 4 min.
Eksperyment modelowy, przykładowy histogram.
10. EKSPERYMENTY Z MUCHĄ OWOCOWĄ (EXPERIMENTING WITH DROSOPHILA) — (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), 1967 r., czas proj. 4 min.
Badania doświadczalne, krzyżowanie, wyniki.
11. ELEKTROFOREZA BIBUŁOWA (PAPER ELECTROPHORESIS WITH THE UNIKIT No. 1) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 4 min. Przebieg typowej elektroforezy. Przygotowanie się do badania, wyniki.
12. FALE TEMPERATURY (TEMPERATURE WAVES) — (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), czas proj. 4 min.
Eksperyment modelowy, przykładowy histogram.
13. FORMOWANIE SIĘ FAL UDERZENIOWYCH POWIETRZA (FORMATION OF SHOCK WAVES) — (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), 1964 r., czas proj. 3 min. 45 sek.
Eksperyment modelowy, sposób obliczania siły uderzeniowej i szybkości formujących się pod jej wpływem fal powietrza.
14. GŁONY. ZAPŁODNIENIE (CONJUGATION IN A GREEN ALGA) — (L): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 1,5 min.
15. KRAŻENIE KRWI (BLOOD CIRCULATION) — (Łd): prod. angielska
16. MEIOTYCZNY PODZIAŁ KOMÓREK PYŁKU KWIATOWEGO (MEIOTIC DIVISION OF POLLEN CELLS) — (B): prod. angielska, (London), czas proj. 2 min. 50 sek.
17. MITOZA I MEIOZA. CYKLICZNY PODZIAŁ JĄDRA (MITOSIS AND MEIOSIS. NUCLEAR DIVISIONS IN THE LIFE CYCLE) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
Barwne preparaty komórki jajowej rozgwieżdżonej: w czasie zapłodnienia, w prze-

- biegu następných podziałów, w okresie blastuli oraz w późniejszych okresach aż do wytworzenia się tkanki.
18. MITOZA I MEIOZA. MITOZA W KOMÓRKACH ZWIERZĘCYCH: ZARODEK BIAŁEJ RYBY (MITOSIS AND MEIOSIS. MITOSIS IN ANIMALS CELLS: WHITEFISH EMBRYO) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
Preparaty mikroskopowe zarodka białej ryby obrazujące dokładnie podział jądra w czasie zapłodnienia. Poszczególne okresy przebiegu zapłodnienia i podziału.
 19. MITOZA I MEIOZA. PODZIAŁ MITOTYCZNY KOMÓRKI: WŁOSKI PRĘCIKA KWIATU TRADESKANCI (MITOSIS AND MEIOSIS. MITOTIC CELL DIVISION: STAMINAL HAIRS OF TRADESCANTIA) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2,5 min.
Proces mitozy i podziału komórki włosków pręcika podczas rozchylania się pąków kwiatu tradeskancji. Do badania użyto mikroskopu fazowo-kontrastowego.
 20. MITOZA I MEIOZA. PODZIAŁ MITOTYCZNY: KOMÓRKI ZAKOŃCZEŃ KORZENIA CEBULI (MITOSIS AND MEIOSIS. MITOTIC DIVISION: CELLS OF ONION ROOT-TIP) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2,5 min.
Przegląd preparatów barwionych zakończeń korzenia cebuli w czasie podziału mitotycznego.
 21. OKO — KOREKTA DALEKOWZROCZNOŚCI (THE EYE — CORRECTION OF LONG SIGHT) — (B): prod. angielska (London), czas proj. 1 min.
 22. OKO — KOREKTA KRÓTKOWZROCZNOŚCI (THE EYE — CORRECTION OF SHORT SIGHT) — (B): prod. angielska (London), czas proj. 1 min.
 23. OŻYWIANIE METODĄ USTA—NOS (MOUTH-TO-NOSE RESUSCITATION) — (L): prod. angielska (Macmillan, London), czas proj. 3 min.
Sposób ożywiania człowieka za pomocą stosowania sztucznego oddychania metodą usta-nos.
 24. OŻYWIANIE METODĄ USTA—USTA (MOUTH-TO-MOUTH RESUSCITATION) — (L): prod. angielska (Macmillan, London), czas proj. 3 min.
Sposób ożywiania człowieka za pomocą stosowania sztucznego oddychania metodą usta-usta.
 25. PŁCIOWY I BEZPŁCIOWY ROZWÓJ HYDRY SŁODKOWODNEJ (SEXUAL AND ASEXUAL REPRODUCTION IN FRESH WATER HYDRA) — (L, B, Łd, W): prod. angielska, (Macmillan, London), 1968 r., czas proj. 4 min.
 26. MITOZA I MEIOZA. PORÓWNANIE ZACHOWANIA SIĘ CHROMOSOMÓW W PROCESIE MITOZY I MEIOZY (MITOSIS AND MEIOSIS. COMPARISON OF CHROMOSOME BEHAVIOUR IN MITOSIS AND MEIOSIS) — (L, B, Łd, W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
(Schemat). Tworzenie się komórek płciowych, podział chromosomów.
 27. ODDYCHANIE (BREATHING) — (Łd): prod. angielska
 28. PODZIAŁ KOMÓRKI (CELL DIVISION) — (Łd): prod. angielska

29. PORÓWNANIE ZĘBÓW SSAKÓW (COMPARISON OF TEETH IN MAMMALS) — (L, B, Łd, W): prod. angielska (Gateway, London), czas proj. 4,5 min.
Porównanie budowy anatomicznej zębów psa, lwa morskiego, konia i szympansa.
30. POSTĘPOWANIE PRZED I PO INJEKCJI (PRE AND POST INJECTION TECHNIQUE) — (B): prod. angielska (London), czas proj. 4,5 min.
31. POWSTAWANIE KOMÓRKI PŁCIOWEJ I JEJ PODZIAŁ (CELL DIVISION AT GAMETOGENESIS) — (B): prod. angielska (Gateway, London), czas proj. 1,5 min.
32. ROZMNAŻANIE SIĘ ORGANIZMÓW SPOSOBEM PROSTEGO ROZSZCZEPIANIA (ORGANISMS REPRODUCING BY SIMPLE FASSION) — (L): prod: angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
Rośliny i bakterie.
33. ROZMNAŻANIE SIĘ PŁCIOWE. ZAPŁODNIENIE I PODZIAŁ JAJA ASKARYDY WE WCZESNYM OKRESIE ROZWOJU (SEXUAL REPRODUCTION. FERTILISATION AND EARLY DIVISION OF THE EGG OF ASCARIS ROUNDWORM) — (L, B, Łd, W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 1 min.
34. ROZMNAŻANIE SIĘ SALAMANDRY (REPRODUCTION IN THE NEWT) — (L): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
35. ROZMNAŻANIE SIĘ WEGETATYWNE ZWIERZĄT I ROŚLIN (VEGETATIVE REPRODUCTION IN PLANTS AND ANIMALS) — (L): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 2 min.
36. ROZWÓJ PLEMNIKÓW KONIKA POLNEGO (SPERMATOGENESIS OF GRASSHOPPER) — (B): prod. angielska (Gateway, London), czas proj. 2,5 min.
37. SKALA VERNIERA. (THE VERNIER SCALE) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 3 min.
Proste pomiary krótkich odległości i odczytywanie liczb centymetrów oraz części milimetrów za pomocą skali Verniera.
38. SKORUPIAKI (CRUSTACEANS) — (L, B, Łd, W): prod. angielska, (Gateway, London), czas proj. 3 min.
Dziewięć gatunków skorupiaków żyjących w warunkach naturalnych.
39. SZTUCZNE ODDYCHANIE (ARTIFICIAL RESPIRATION) — (Łd): prod. angielska.
40. SZYBKOŚĆ WYDZIELANIA SIĘ GAZÓW. KRZYWA MAXWELLA (MAXWELLIAN SPEED DISTRIBUTION) — (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), 1967 r., czas proj. 4 min.
Eksperyment modelowy, przykładowy histogram.
41. TECHNIKA CEWNIKOWANIA U KOBIETY (TECHNIQUE OF FEMALE CATHETERISATION) — (Łd): prod. angielska.

42. TECHNIKA INJEKCJI DOMIĘŚNIOWEJ (TECHNIQUE OF INTRAMUSCULAR INJECTION) – (B): prod. angielska (London), czas proj. 1 min.
43. TECHNIKA INJEKCJI DOŻYLNEJ (INJECTION TECHNIQUE INTRAVENOUS) – (B): prod. angielska (London), czas proj. 3 min.
44. TECHNIKA INJEKCJI PODSKÓRNEJ (INJECTION TECHNIQUE SUBCUTANEOUS) – (B): prod. angielska (London), czas proj. 1,5 min.
45. TECHNIKA INJEKCJI ŚRÓDSKÓRNEJ (TECHNIQUE OF INTRADERMAL INJECTION) – (Łd): prod. angielska
46. TECHNIKA ODŻYWIANIA PRZEZ PRZETOKEŻ ŻOŁĄDKOWO-JELITOWĄ (TECHNIQUE OF GASTROSTOMY FEEDING) – (Łd): prod. angielska
47. TWORZENIE SIĘ CHROMOSOMÓW PRZED I PO ZAPŁODNIENIU (CHROMOSOME BEHAVIOUR BEFORE AND AFTER FERTILISATION) – (L, B, Łd, W): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 3,5 min.
Zjawisko wyjaśnione jest za pomocą schematu.
48. UCHO – PERCEPCJA FAL DŹWIĘKU (THE EAR – PERCEPTION OF SOUND WAVES) – (Łd): prod. angielska
49. USTAWIANIE WAGI (SETTING UP THE BALANCE) – (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 2 min.
Czynności związane z ustawianiem wagi przed jej użyciem.
50. WICIOWCE. PORUSZANIE SIĘ I ROZMNAŻANIE SIĘ PŁCIOWE (LOCOMOTION AND SEXUAL REPRODUCTION IN VOLVOX) – (L, B, Łd, W): prod. angielska (Macmillan, London), 1968 r., czas proj. 2,5 min.
51. WŁAŚCIWOŚCI FIZYCZNE GAZÓW. ENERGETYKA (EQUIPARTITION OF ENERGY) – (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), 1967 r., czas proj. 3 min.
Eksperyment modelowy. Przykładowy histogram.
52. WŁAŚCIWOŚCI FIZYCZNE GAZÓW I RUCHY BROWNA (RANDOM WALK AND BROWNIAN MOTION) – (L, B, Łd, W): prod. amerykańska (Ealing, Cambridge, Mass.), czas proj. 4 min.
Eksperyment modelowy, schemat, przykładowy histogram.
53. WYPADEK KRWOTOKU. PIERWSZA POMOC (FIRST AID – BLEEDING) – (W): prod. angielska (First Aid and Road Safety, London), czas proj. 1,5 min.
Sposób zakładania opatrunku, bandażowanie rany, zakładanie temblaka.
54. WYPADEK OPARZENIA. PIERWSZA POMOC (FIRST AID – SCALDS) – (W): prod. angielska (First Aid and Road Safety, London), czas proj. 1 min.
Pierwsza pomoc w domu w wypadku oparzenia nogi.
55. WZORY VERNIERA (VERNIER EXAMPLFS) – (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 2 min.
Podano 5 przykładów czytania wzorów Verniera.

56. ZAPYLANIE I ZAPŁODNIENIE ROŚLIN OKRYTONASIENNYCH (POLLINATION AND ANGIOSPERM) — (L): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 1 min.
57. ZARODNIKI GRZYBÓW. (FUNGAL SPORES) — (L): prod. angielska (Gateway, London), 1964 r., czas proj. 1,5 min.
58. ZASTOSOWANIE WAGI (USING THE BALANCE) — (W): prod. angielska (Gateway, London), 1965 r., czas proj. 2,5 min.
Przebieg dokładnego ważenia.
59. ZEWNĘTRZNY MASAŻ SERCA (EXTERNAL CARDIAC MASSAGE) — (L): prod. angielska (Macmillan, London), czas proj. 4 min. Ożywianie człowieka za pomocą zewnętrznego masażu serca.

CZEŚĆ III

Tytuły filmów znajdujących się w klinikach i zakładach Akademii Medycznej w Warszawie.

Szerokość taśmy niżej wymienionych filmów wynosi 16 mm.

1. AKTYWNOŚĆ MIĘŚNI UDA W POSZCZEGÓLNYCH FAZACH. (MUSKULAR PHASIC ACTIVITY IN THE LOWER EXTREM) — (Reh): prod. amerykańska, 1961 r., m. wyk.: Institut of Neurological Diseases and Blindness, National Institutes of Health Research, The Department of Orthopaedic Surgery, Highland-Alameda Coun Hospital, Oacland, California, realiz.: J. R. Close, czas proj. około 50 min., cz-b., dźwięk. w ang.
Badania elektromyograficzne aktywności mięśni w poszczególnych fazach.
2. AMPUTACJA MYOPLASTYCZNA POWYŻEJ KOLANA (ABOVE — KNEE MYOPLASTIC OPERATION) — (Reh): prod. amerykańska, po r. 1960, m. wyk.: Department of Orthopaedic Surgery University of St. Andrews, dłu. 100 m., czas proj. 10 min., kolor., niemy.
Przebieg operacji.
3. AMPUTACJA MYOPLASTYCZNA. PROTEZOWANIE NA STOLE OPERACYJNYM — (Reh) — zob.: cz. I poz. 2.
4. AMPUTACJA PODUDZIA, cz. 1, 2 — (Ch₂): prod. GBL, realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dłu. 150 m., czas proj. 15 min., kolor., niemy.
Przebieg operacji.
5. AMPUTACJA PODUDZIA SPOSOBEM WOLSZCZANA — (Ch₂): prod. GBL, około 1960 r., m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, oprac. nauk. i realiz.: Tadeusz Dąbrowski, dłu. 120 m., czas proj. 12 min., cz-b., niemy
Przebieg operacji.
6. AMPUTACJA PONIŻEJ KOLANA (BELOW — KNEE AMPUTATION) — (Reh): prod. amerykańska, po r. 1960, m. wyk.: Department of Orthopaedic Surgery University of St. Andrews, dłu. 100 m., czas proj. 10 min., kolor., niemy.
Przebieg operacji. Pierwsze ćwiczenia mięśni kikuta po zagojeniu się rany.

7. BADANIE GINEKOLOGICZNE – (K₂) – zob.: cz. I poz. 6.
8. BADANIE NEUROLOGICZNE DZIECKA JEDNOROCZNEGO – (K₂): prod. angielska, dług. 320 m., czas proj. 32 min., cz.-b., dźwięk magn., w. pol.
Odruchy mięśniowe, okostnowe, ścięgniste, rogówki itp. u dziecka jednorocznego.
9. BADANIE NEUROLOGICZNE NOWORODKA – (K₂): prod. angielska, dług. 320 m., czas proj. 32 min., cz.-b., dźwięk magn., w. pol.
Odruchy mięśniowe, okostnowe, ścięgniste, rogówki itp. u noworodka.
10. BUDOWA NERWU RDZENIOWEGO – (APr): prod. Zakład Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej w Warszawie, 1965 r., realiz.: prof. dr med. Witold Sylwanowicz, Krzysztof Sylwanowicz, Irena Bertig, dług. 60 m., czas proj. 6 min., kolorowy, rysunkowy, odwrotka.
Budowa rdzenia kręgowego, korzenie nerwu rdzeniowego, nerw rdzeniowy, zwój rdzeniowy, gałęzie nerwu rdzeniowego.
11. CHIRURGICZNE LECZENIE ZŁAMAŃ PODSTAWY PRZEDNIEGO DOŁU CZASZKOWEGO – (Ch₂) – zob.: cz. I, poz. 9.
12. CHORIONEPITHELIOMA Z PRZERZUTAMI – (K₂) – zob.: cz. I poz. 10.
13. CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH. LECZENIE CHIRURGICZNE – (Ch₂) – zob.: cz. I, poz. 12.
14. CZYNNOŚĆ NIEKTÓRYCH MIĘŚNI PRAWIDŁOWYCH I PRZESZCZEPIONYCH KOŃCZYNY DOLNEJ (THE ACTION OF SOME NORMAL AND TRANSFEREND MUSCLES IN THE LOWER EXTREMITY) – (Reh): prod. amerykańska, po r. 1960, cz.-b., dźwięk opt., w. ang.
15. DOSZCZĘTNE USUNIĘCIE TRZONU MACICY PRZY RAKU SZYJKI (OPERATIO RADICALIS PROPTER CA COLLI UTERI) – (K₂): prod. GBL, 1963 r., m. wyk.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Leszek Misiewicz, dług. 240 m., czas proj. 24 min., kolor., dźwięk opt., w. pol. i w. ang.
16. DYSTROFIA MIĘŚNIOWA POSTĘPUJĄCA – (Reh) – zob.: cz. I poz. 20.
17. DZIAŁANIE ŚRODKÓW ZWIOTCZAJĄCYCH – (Fal) – zob.: cz. I poz. 23.
18. INSTRUMENTALNE ODRUCHY WARUNKOWE O WZMOCNIENIU SEKSUALNYM U SZCZURÓW – (K₂): prod. II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, 1959 r., realiz.: Leszek Misiewicz, dług. 80 m., czas proj. 8 min., cz.-b., niemy, odwrotka.
19. KLESZCZE – (K₂): prod. niemiecka, około 1955 r., cz.-b., niemy.
Sposoby zakładania kleszczy (przestarzałe).
20. MACICA PODWÓJNA. OPERACJA m. STASSMAN – (K₂) – zob.: cz. I poz. 45.
21. MIĘŚNIAKI MACICY (MYOMA UTERI) – (K₂): prod. II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, 1956 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Leszek Misiewicz, dług. 200 m., czas proj. 20 min., cz.-b., niemy, (napisy w języku angielskim, odwrotka).
Traktuje o różnych sposobach usunięcia mięśniaków z macicy.

22. MIĘŚNIAKI SZYJKI MACICY (MYOMA COLLI UTERI) — (K₂): prod. II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Leszek Misiewicz, dług. 150 m., czas proj. 15 min., kolor., niemy, odwrotka.
Traktuje o postępowaniu przy mięśniakach szyjki macicy.
23. MIĘŚNIE UDA (THE MUSCLES OF THE THIGH) — (Reh): prod. amerykańska, po r. 1960, realiz.: J. R. Close, cz-b., dżw., opt., w. ang.
Badania elektromyograficzne.
24. NARCIARSTWO AMPUTOWANYCH. CZYNNY WYPOCZYNEK INWALIDÓW SPÓŁDZIELCÓW — (Reh): prod. PZWL, 1963 r., konsult. nauk.: Aleksander Kabsch, realiz. Witold Ramotowski, dług. około 200 m., czas proj. około 20 min., cz-b., dżw. opt., w. pol.
Cykl ćwiczeń ogólnie usprawniających inwalidów z amputowanymi kończynami dolnymi oraz sposoby nauczania jazdy na nartach.
25. NATYCHMIASTOWE PROTEZOWANIE PO OPERACJI (IMMEDIATE POST SURGICAL PROSTHESES) — (Reh): prod. amerykańska (zdjęcia do filmu wykonywane były w Klinice Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie), po r. 1960, kolorowy, dżw. opt., w. ang.
Przebieg amputacji myoplastycznej z zastosowaniem natychmiastowej protezy na stole operacyjnym. Rehabilitacja.
26. NIEKTÓRE POMOCE ORTOPEDYCZNE I ICH ZASTOSOWANIE W REHABILITACJI KOŃCZYNY DOLNEJ — (Reh): prod. PZWL, 1969 r., m. wyk.: Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, cz-b., dżw., opt., w. pol.
Aparaty ortopedyczne i ich zastosowanie.
27. NIEKTÓRE POMOCE ORTOPEDYCZNE RĘKI — (Reh): — zob.: cz. I poz. 54.
28. NIEKTÓRE PRZYCZYNY I MECHANIZMY USZKODZENIA CZŁOWIEKA PRZED URODZENIEM (w. pol. i ang.) — (K₂) — zob.: cz. I poz. 55.
29. NIEKTÓRE TYPY GUZÓW JAJNIKA — (K₂) — prod.: II Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: Leszek Misiewicz, dług. 250 m., czas proj. 25 min., kolor., niemy, odwrotka.
Postępowanie przy guzach jajnika.
30. NISKA TEMPERATURA W CHIRURGII ZAĆMY (CRYOEXTRACTIO CATARACTAE) — (Ok) — zob.: cz. I poz. 57.
31. OBRÓT I WYDOBYCIE PŁODU W POŁOŻENIU POPRZECZNYM — (K₂) — zob.: cz. I poz. 62.
32. OPERACJA m. BECKA. MODYFIKACJA ROSZKOWSKIEGO (OPERATIO m. BECK. MODYFIC. ROSZKOWSKI) — (K₂): prod. Wyższa Szkoła Filmowa w Łodzi, 1964 r., Film dyplomowy dra Józefa Kierskiego, dług. 120 m., czas proj. 12 min., kolorowy, niemy.
Operacja przyszcicia macicy do powłok brzusznych sposobem Becka (repozycja macicy tyłozgiętej).

33. PIELĘGNACJA CHOREGO W ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO – (W₁): prod. PZWL, 1966 r., m. wyk.: Szpital Wojewódzki w Warszawie, konsult. nauk.: dr med. Stanisław Rudnicki, Aleksandra Kłosińska, dług. 299 m., czas proj. 30 min., cz.-b., dźw. opt., w. pol.
Urządzenie sali przeciwwstrząsowej, przygotowanie sprzętu do zabiegu. Prawidłowa pielęgnacja chorego.
34. PIERWOTNE WYCIĘCIE I ZESZYCIE RANY – (Ch₂) – zob.: cz. I poz. 69.
35. PLASTYKA PIERWOTNA – (Ch₂) – zob.: cz. I poz. 71.
36. PŁAT WĘDRUJĄCY – (Ch₂) – zob.: cz. I poz. 74.
37. POŁOGOWE ZAPALENIE SUTKA – (Ch₂) – zob.: cz. I poz. 83.
38. POMOC RĘCZNA – (K₂): prod. niemiecka, około 1955 r., cz.-b., niemy.
Pomoc ręczna klasyczna.
39. POOPERACYJNE USPRAWNIENIE PO AMPUTACJI KOŃCZYN DOLNYCH – (Reh) – zob.: cz. I poz. 84.
40. PORÓD MIEDNICOWY. WYDOBYCIE PŁODU – (K₂) – zob.: cz. I poz. 86.
41. PORÓD PRAWIDŁOWY – (K₁, K₂) – zob.: cz. I poz. 87.
42. PORÓD W POŁOŻENIU MIEDNICOWYM – (K₂) – zob.: cz. I poz. 90.
43. POWRÓT – ZNACZY POCZĄTEK – (Reh): prod. Wytwórnia Filmów Dokumentalnych, około 1968 r., m. wyk.: Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, reżyser J. Kadan, cz.-b., dźw. opt., w. pol.
Przebieg leczenia pacjenta po wypadku złamania kręgosłupa.
44. PROSEKTORIUM (THEATRUM ANATOMICUM) – (APr): prod. Zakład Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej w Warszawie, 1955 r., realiz.: prof. dr med. Witold Sylwanowicz, Krzysztof Sylwanowicz, dług. 120 m., czas proj. 12 min., cz.-b., niemy, odwrotka (unikalny).
Zaznajomienie studentów z ćwiczeniami sekcijnymi, (ubiór, narzędzia, meble prosektoryjne, metody preparowania, technika preparowania, higiena pracy).
45. PROTEZOWANIE NA STOLE OPERACYJNYM – (Reh): po r. 1960, m. wyk.: Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, reżyser: A. Ptaszyński, kolor., dźw. opt., w. pol.
Cz. 1. Amputacja kończyny dolnej, protezowanie u pacjenta z chorobą Bürgera. Rehabilitacja. Cz. 2. Rehabilitacja 2 osób: dorosłego i dziecka.
46. PROTEZY NATYCHMIASTOWE, CZĘŚCIOWE I CAŁKOWITE – (ProD) – zob.: cz. I poz. 96
47. PROTEZY PODKOLANOWE: ODLEW KIKUTA PRZY UŻYCIU STOJAKA (ABOVE – KNEE PROSTHETICS: STUMP CASTING WITH THE USE OF CASTING STAND) – (Reh): prod. V-A Prosthetics Center Veterans Administration, po r. 1960, czas proj. około 17 min., kolorowy, niemy.
Przedstawia przyrządy i sposób wykonania odlewu protezy tymczasowej na podudzie.

48. PRÓBY CZYNNOSCIOWE W ORTODONCJI – (Or) – zob.: cz. I poz. 98.
49. PRÓBY ROZPOZNAWANIA NIETRZYMANIA MOCZU SYSTEMEM KINO RTG – (K₂): prod. Wyższa Szkoła Filmowa w Łodzi, 1964 r., film dyplomowy dra Zygmunta Misiewicza, dług. 120 m., czas proj. 12 min., kolorowy, niemy.
50. PRZYKURCZ DUPUYTRENA – (Ch₂) – zob.: cz. I poz. 100.
51. RADIOLOGICZNE BADANIE TRZUSTKI – (RD): prod. czeska, realiz.: dr. med. Resz, cz-b.
52. RAK SUTKA – (Ch₂) – zob.: cz. I, poz. 103.
53. REHABILITACJA CHORYCH NA GRUŻLICĘ PŁUC – (Reh): prod. PZWL, 1965 r., m. wyk.: Sanatorium Rehabilitacyjne im. H. Sawickiej w Otwocku, konsult. nauk.: doc. dr med. Aleksander Nauman, czas proj. 36 min., cz-b., dźwięk. opt., w. pol.
54. REHABILITACJA LECZNICZA CHOREGO Z ZAWAŁEM SERCA (w. pol. i ang.) – (W₄) – zob.: cz. I poz. 104.
55. REHABILITACJA LECZNICZA I SOCJALNA PO AMPUTACJI KOŃCZYN DOLNYCH – (Reh) – zob.: cz. I poz. 105.
56. REHABILITACJA NARZĄDU ŻUCIA W PRZYPADKACH BEZZĘBIA – (ProD) – zob.: cz. I poz. 106.
57. REHABILITACJA PACJENTA AMPUTOWANEGO DO POŁOWY CIAŁA (REHABILITATION APROACH TO THE HEMICORPECTOMIZED PATIENT) – (Reh): prod. amerykańska, po r. 1960, kier. nauk.: Kenneth Gaulin, Muriel Zimmerman, dług. 300 m., czas proj. 30 min., kolorowy, dźwięk. opt., w. ang.
Pacjent z usuniętą miednicą. Skuteczna rehabilitacja: wzmacnianie mięśni kończyn górnych, proteza tymczasowa, proteza stała. Pacjent o własnych siłach jeździ wózkiem, chodzi przy pomocy kul.
58. REHABILITACJA PARAPLEGII DZIECIĘCEJ – (Reh): prod. Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, po r. 1960, reżyser A. Zajączkowski, cz-b., dźwięk. opt., w. pol.
Przebieg rehabilitacji do chwili powrotu dziecka do szkoły. Wzmacnianie mięśni kończyn górnych.
59. REHABILITACJA PSYCHICZNIE CHORYCH – (Reh) – zob.: cz. I poz. 107.
60. REHABILITACJA RĘKI – (Reh) – zob.: cz. I poz. 108.
61. RESEKCJA ŻOŁĄDKA METODĄ RYDYGIERA-ZAORSKIEGO – (Ch₃): dług. 250 m., czas proj. 25 min., cz-b., niemy.
62. ROZSZERZONE USUNIĘCIE MACICY PRZY RAKU SZYJKI – (K₂): prod. II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, 1965 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, realiz.: dr Budzyński, dług. 160 m., czas proj. 16 min., cz-b., niemy, odwrotka.
Radykalne usunięcie trzonu macicy wraz z gruczołami chłonnymi i z uwzględnieniem dołu dozasłonowego gruczołów chłonnych tętnicy głównej.

63. RUCHY KOMÓREK NOWOTWOROWYCH — (Ch₂) — zob.: cz. I poz. 116.
64. SZUKAMY CZŁOWIEKA — (Reh): prod. Wytwórnia filmów oświatowych w Łodzi, po r. 1960, cz-b., dźwięk. opt. w pol.
Film propagandowy. Dotyczy akcji pobierania krwi.
65. SZYCIE KROCZA — (K₂) — zob.: cz. I poz. 125.
66. TECHNIKA NAKŁUCIA LĘDŹWIOWEGO — (Ch₂) — zob.: cz. I poz. 128.
67. USPRAWNIENIE AMPUTOWANYCH PO NATYCHMIASTOWYM PROTEZOWANIU NA STOLE OPERACYJNYM — (Reh): prod. Wytwórnia filmów dokumentalnych, po 1960 r. m. wyk.: Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie, konsult. nauk.: prof. dr med. Marian Weiss, cz-b., niemy.
Rehabilitacja po natychmiastowym protezowaniu aż do chwili powrotu chorego do domu.
68. USUNIĘCIE MACICY METODĄ ROSZKOWSKIEGO — (EXTRIPATIO UTERI m. ROSZKOWSKI) — (K₂): prod. II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, 1957 r., konsult. nauk.: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski, długi. 150 m., czas proj. 15 min., kolor., niemy, odwrotka.
Sposób usunięcia macicy w/g prof. Roszkowskiego polegający na wszyciu więzadeł do kikuta pochwy utrzymującego jej statykę.
69. VACUUM — EXTRACTOR. MODO MALMSTRÖM — (K₂) — zob.: cz. I poz. 137.
70. WCZESNE LECZENIE USPRAWNIAJĄCE PARAPLEGII POURAZOWEJ — (Reh) — zob.: cz. I poz. 139.
71. WYŁUSZCZANIE MIĘŚNIAKÓW TRZONU MACICY — (K₂): prod. GBL, 1960 r., m. wyk.: II Klinika Położniczo-Ginekologiczna Akademii Medycznej w Warszawie, realiz.: Leszek Misiewicz, długi. 240 m., czas proj. 24 min., kolorowy, niemy.
Wszechstronne postępowanie zachowawcze przy mięśniakach trzonu macicy, wyłuszczenie (postępowanie wybitnie zachowawcze).
72. WYPADNIĘCIE MACICY — (K₂) — zob.: cz. I poz. 145.
73. ZAKAŻENIA SZPITALNE — (Ch₂) — zob.: cz. I poz. 147.
74. ZAPOBIEGANIE CHOROBY PRZYŻĘBIA — (ProD) — zob.: cz. I poz. 148.
75. ZNIECZULENIE OGÓLNE DOTCHAWICZE — (Ch₂) — zob.: cz. I poz. 153.
76. ZWYCIĘZCY — (Reh): prod. Stołeczne Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie, po 1960 r., reżyser A. Zajązkowski, cz-b., dźwięk. opt., w. pol.
Obrazuje rehabilitację dzieci w Konstancinie opartą na formie psychozabawy.
77. ŻYCIE NA NOWO — (Reh) — zob.: cz. I poz. 155.
78. ŻYLAKI ODBYTU — (Ch₂): prod. i m. wyk.: II Klinika Chirurgiczna Akademii Medycznej w Warszawie, ok. 1957 r., realiz.: Tadeusz Dąbrowski, długi. 200 m., czas proj. 20 min., cz-b., niemy.

INDEKS DZIAŁOWY

- ANALITYKA: I – 59, 60, 81, 97
- ANATOMIA: I – 34, 53, 99, 109, 119, 124, 141, 142; II – 3, 15., 48; III – 1, 4, 10, 23;
- ANATOMIA PATOLOGICZNA: I – 48, 49, 99, 131, 149; III – 44
- ANATOMIA PRAWIDŁOWA: I – 48, 49; III – 10, 44
- ANESTEZJOLOGIA: I – 23, 68, 110, 153; II – 59, 75; III – 17
- BIOLOGIA: I – 4, 14, 26, 33, 39, 67, 93, 114, 115, 120, 141, 142; II – 1, 2, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 47, 50, 56, 57; III – 18
- CHEMIA: II – 5, 6, 11, 40, 51, 52, 58
- CHIRURGIA: I – 2, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 35, 36, 37, 40, 42, 43, 51, 63, 64, 65, 66, 69, 74, 77, 82, 83, 97, 100, 103, 111, 112, 113, 128, 129, 130, 132, 138, 140, 144, 149, 153; II – 23, 24, 30, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 59; III – 2, 3, 4, 5, 6, 11, 24, 34, 36, 37, 45, 50, 52, 61, 66, 75, 78
- CHIRURGIA ORTOPEDYCZNA: I – 19, 41, 43, 52, 61, 95, 129; III – 3, 26
- CHIRURGIA PLASTYCZNA: I – 71, 74, 140; III – 35, 36
- CHOROBY WEWNĘTRZNE: I – 11, 12, 14, 16, 17, 25, 29, 35, 40, 44, 47, 77, 93, 97, 102, 104, 113, 124, 127, 128, 130, 132, 138, 147, 152; II – 7, 15, 27, 30, 39, 42, 43, 44, 45, 59; III – 13, 33, 53, 54, 66, 73
- CHOROBY ZAKAŻNE: I – 147; III – 73
- DERMATOLOGIA: I – 59, 60, 152
- EMBRIOLOGIA: I – 39, 79, 114; II – 31
- ENDOKRYNOLOGIA: I – 1
- FARMACJA: I – 58
- FARMAKOLOGIA: I – 21, 22, 23, 27, 28, 85, 101, 121; III – 17
- FIZJOLOGIA: I – 4, 5, 14, 15, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 38, 39, 53, 67, 70, 75, 81, 85, 93, 99, 109, 114, 119, 120, 124, 136, 141, 142, 143, 151; II – 3, 7, 8, 15, 27, 48
- FIZYKA: II – 9, 12, 13, 31, 37, 40, 49, 51, 52, 55, 58
- GENETYKA: I – 78, 114, 115; II – 31
- GINEKOLOGIA: I – 6, 10, 20, 55, 83, 145; II – 41; III – 7, 12, 15, 19, 21, 22, 28, 32, 37, 62, 68, 71, 72
- HEMATOLOGIA: I – 40, 51, 72, 81, 92, 93, 97, 130; III – 64
- HIGIENA: I – 7, 107; III – 59, 73
- HIGIENA SZKOLNA: II – 21, 22
- HIGIENA ŻYWNOSCI I ŻYWIENIA: I – 32
- HISTOLOGIA: I – 33, 38, 39, 48, 49, 78, 79, 94, 114, 116, 138, 146, 152; II – 28; III – 63
- HISTORIA: I – 122
- IMMUNOLOGIA: I – 59, 60
- KARDIOLOGIA: – 25, 104; II – 7, 15, 59; III – 33, 54
- MEDYCYNA SĄDOWA: I – 131; III – 44
- MIKROBIOLOGIA: I – 76, 80

NEUROCHIRURGIA: I – 139; III – 70
NEUROLOGIA: I – 7, 20, 46, 50, 56, 73, 91, 93, 117, 118, 139, 144, 150, 154; II – 8;
III – 8, 9, 10, 16, 58, 70
OKULISTYKA: I – 34, 50, 57; II – 21, 22; III – 30
ONKOLOGIA: I – 18, 103, 138, 152; III – 15, 21, 22, 29, 52, 62
ORTODONCJA: I – 30, 98; III – 48
OTOLARYNGOLOGIA: I – 15, 16, 34, 132, 143, II – 3, 48
PARAZYTOLOGIA: I – 127
PATOLOGIA: I – 1, 4, 5, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 67, 70, 75, 85, 93, 101, 110, 123, 136,
141, 142, 143, 144, 146, 151; II – 8, 46
PEDIATRIA: I – 14, 68; III – 8, 9, 58, 76
PIEŁĘGNIARSTWO: II – 30, 42, 43, 44, 45, 53, 54
POŁOŻNICTWO: I – 55, 62, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 137; III – 9, 28, 31, 37, 38, 40, 41, 42,
65, 69
PROTETYKA STOMATOLOGICZNA: I – 106; III – 46, 56
PSYCHIATRIA: III – 24, 33, 53, 76
RADIOLOGIA: I – 102, 133, 134, 135
REANIMACJA: I – 68, 110; II – 23, 24, 39, 59
REHABILITACJA: I – 3, 20, 44, 54, 82, 84, 95, 104, 105, 139, 155; III – 1, 2, 3, 4, 5, 6,
14, 16, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 39, 43, 45, 47, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 67, 70, 76, 77
RENTGENOLOGIA: I – 5, 8, 14, 99, 109, 119; III – 49, 51,
SEROLOGIA: I – 59
SOCJOLOGIA: I – 94; III – 53
STOMATOLOGIA: I – 30, 98, 106, 148; III – 46, 48, 56, 74
STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA: I – 148; III – 74
UROLOGIA: I – 13, 36, 37; II – 41; III – 49
WENEROLOGIA: I – 59, 60

Piśmiennictwo znajduje się u autora.

* Wszystkim osobom, które pomogły w opracowaniu filmoteki serdecznie dziękuję.

Wskazówki dla autorów

BIULETYNU 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-administracyjnej

Z 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. 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 publikowana.

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.

M E D I M P E X

WĘGIERSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO
HANDLU ZAGRANICZNEGO
DLA PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO — BUDAPESZT



*Mgr Michał Sołowicz
przedstawiciel naukowy na Polskę
Warszawa, ul. Raszyńska 54/3
tel. 22-01-07*

**INFORMACJA NAUKOWA, LITERATURA FACHOWA
DO DYSPOZYCJI P.T. LEKARZY I FARMACEUTÓW
W NASZYM BIURZE NAUKOWYM.**

BIPRESSIN – Polfa

Chlorowodorek N₁ – karboetoksy – N₂ – ftalazyno-
hydrazyny
(Binazin) 0,02 g
Reserpina 0,0002 g

Działanie: Lek o skojarzonym, synergicznym działaniu hipotensyjnym składników.

Binazin obniża ciśnienie ośrodkowo, tętnicze i żylnie, rozszerza naczynia krwionośne, zwiększa przesączanie kłębuszkowe nerek. Reserpinum działa hipotensyjnie ośrodkowo i przez hamowanie amin biogennych, rozszerza naczynia. Działa poza tym uspakajająco, łagodząc objawy neuropatyczne nadciśnienia.

Wskazania: Stosowany w nadciśnieniu tętniczym pierwszego i drugiego stopnia, zwłaszcza w okresie nie utrwalonym (chwiejnym), w nadciśnieniu samostnym i objawowym, głównie w przebiegu miażdżycy i schorzeń endokrynologicznych.

Przeciwwskazania: Niewydolność nerek, czynna choroba wrzodowa, stany depresyjne. Nie podwać leku łącznie z barbituranami.

Toksyczność: Działanie uboczne, niekiedy w postaci bólów i zawrotów głowy, bardzo rzadko, zespół hydralazynowy.

Dawki: Przeciętnie 3 razy dziennie 1 tabletk.

Postać: Tabletki.

Opakowanie: 30 tabletek.

Producent: Pabianickie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”

ERYTHROMYCINUM INTRAVENOSUM – Polfa

Erythromycin lactobionate Erythromycinum lactobionatum.

Skład: Lactobionian erytromycyny.

Działanie: Ester erytromycyny, antybiotyku makrolidowego o działaniu bakteriostatycznym w zakresie drobnoustrojów Gram-dodatnich i niektórych Gram-ujemnych, także na szczepy penicylinooporne. W formie zastrzyków dożylnych przydatny w leczeniu stanów zakaźnych ciężkich, gdzie należy uzyskać szybko wysokie stężenie bakteriostatyczne we krwi.

Wskazania: Wskazaniem do stosowania są ciężkie zakażenia układowe, gronkowcowe, paciorkowcowe, pneumokokowe, także w przypadkach ze wskazań powyższych w nietolerancji doustnej i oporności na penicylinę i streptomycynę.

Przeciwwskazania: Osobnicza nadwrażliwość.

Toksyczność: Rzadko nudności, wymioty.

Dawki: Dorośli – dożylnie 300 mg co 6–8 godzin, w kroplówce (ciągłej), w stanach ciężkich dawkę dobową można zwiększyć do 4 g.

Dzieci: przeciętnie 15–20 mg/kg na dobę w dawkach podzielonych co 6–8 godzin.

Przygotowanie roztworu do wlewu dożylnego: Rozpuścić zawartość fiolki w Aqua pro injectione lub 5% glukozie do 1% stężenia antybiotyku. Rozcieńczyć do 250–500 ml roztworem 5% glukozy lub soli fizjologicznej.

Postać: Fiolka zawiera 0,3 g (zawiera równowartość erytromycyny zasady 0,3 g).

Opakowanie: 1 sztuka

Producent: Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”

СОДЕРЖАНИЕ

От Редакции	стр.
<i>Винценты Квапишевски</i> — Реорганизация Фармацевтического факультета Медицинской Академии	123
<i>Мария Капустинска, Марьян Микос</i> — Новые аспекты по дидактике физики на факультете фармации Медицинской Академии	131
<i>Юзеф Товник</i> — Актуальные проблемы венерологии	139
<i>Мария Гаевска</i> — Химия противоопухолевых средств	147
<i>Ежи Яжембински</i> — Современный анализ аминокислот и нуклеиновых кислот при помощи автоматического анализатора	157
<i>Божена Брах, Здислав Штаер</i> Изобретательность и рационализация	165
Избранные научные работы	185
Перечень доцентских работ Общественно-медицинского факультета	
Перечень докторских работ Общественно-медицинского и фармацевтического факультетов	188
<i>Мария Земска</i> — Роль семьи в жизни человека	189
<i>Михал Ханецки</i> — Медицинские школы в Варшаве	193
<i>Анна Радзивиллович</i> — Каталог фильмов Библиотеки Медицинской Академии в Варшаве	199

CONTENTS

	Page
From the Editor	
Wincenty Kwapiszewski – Reorganization of the Department of Pharmacy of the Medical Academy	123
Maria Kapuścińska, Marian Mikos – New aspects of physics didactics in the Department of Pharmacy of the Medical Academy	131
Józef Towpik – Present problems of venerology	139
Maria Gajewska – The chemistry of anti-neoplasm agents	147
Jerzy Jarzębiński – Modern analysis of aminoacids and nucleinic acids by means of the automatic analyzer JLC – 3BC ₂ – „Jeol”	157
Bożena Brach, Zdzisław Sztajer – Inventiveness and raising the standard of efficiency	165
Summaries of selected scientific works	169
A list of thesis presented to qualify as assistant professor for the Department of Medicine	185
A list of doctor's thesis for the Department of Medicine and the Department of Pharmacy	188
Maria Ziemska – The role of family in man's life	189
Michał Hanecki – Schools of Medicine in Warsaw	193
Anna Radziwiłłowicz – Catalogue of films of the Library of the Medical Academy in Warsaw	199

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Redaktionsnote	
Wincenty Kwapiszewski — Reorganisation der pharmazeutischen Fakultät der Medizinischen Akademie	123
Maria Kapuścińska, Marian Mikos — Neue Auffassung der Physikdidaktik an der pharmazeutischen Fakultät	131
Józef Towpik — Aktuelle Probleme der Geschlechtskrankheiten	139
Maria Gajewska — Chemie der Antigeschwulstmittel	147
Jerzy Jarzębiński — Neuzeitliche Analyse der Amino- und Nukleinsäuren mit Anwendung des automatischen Analysators JLC — 3BC ₂ — „Jeol”	157
Bożena Brach, Zdzisław Sztajer — Erfindungsgabe und Rationalisierung	165
Zusammenfassung der auserwählten wissenschaftlichen Werke	169
Verzeichnis der medizinischen Habilitationsschriften	185
Verzeichnis der Doktorarbeiten der medizinischen und pharmazeutischen Fakultät	188
Maria Ziemska — Rolle der Familie im menschlichen Leben	189
Michał Hanecki — Die Medizinschulen in Warszawa	193
Anna Radziwiłłowicz — Filmverzeichnis der Bibliothek der Medizinischen Akademie — Warszawa	199

TABLE DES MATIERES

	Page
Note de Rédaction	
Wincenty Kwapiszewski — Réorganisation de la Faculté de Pharmacie de l'Académie de Médecine	123
Maria Kapuścińska, Marian Mikos — Les nouveaux aspects de l'enseignement de physique à — Faculté de Pharmacie	131
Józef Towpik — Problèmes actuels de vénéréologie	139
Maria Gajewska — La chimie des produits anticancéreux	147
Jerzy Jarzębiński — Analyse moderne des aminoacides et des acides nucléiques au moyen de l'analyseur automatique JLC — 3BC ₂ „Jeol”	157
Bożena Brach, Zdzisław Sztajer — Découvertes et perfectionnements	165
Résumés des travaux scientifiques choisis	169
Liste des thèses d'habilitation de la Faculté de Médecine	185
Liste des thèses de doctorat de la Faculté de Médecine et Faculté de Pharmacie	188
Maria Ziemska — Le rôle de la famille dans la vie de l'homme	189
Michał Hanecki — Ecoles de Médecine à Varsovie	193
Anna Radziwiłłowicz — Catalogue des films de la Bibliothèque de l'Académie de Médecine à Varsovie	199

KOMITET REDAKCYJNY:

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

ADRES REDAKCJI:

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

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

WARUNKI PRENUMERATY:

Cena prenumeraty krajowej: — rocznie 60 zł.

Prenumeraty przyjmowane są do 10 dnia miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty.

Prenumeratę na kraj dla czytelników indywidualnych przyjmują urzędy pocztowe oraz listonosze.

Czytelnicy indywidualni mogą dokonywać wpłat również na konto PKO Nr 1-6-100020 — Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch” Warszawa, ul. Towarowa 28.

Wszystkie instytucje państwowe i społeczne mogą zamawiać prenumeratę wyłącznie za pośrednictwem oddziałów i delegatur „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, tel 20-46-88.

Egzemplarze archiwalne można nabyć w Punkcie Wysyłkowym Prasy Archiwalnej „Ruch” — Warszawa, ul. Nowomiejska 15/17, na miejscu lub na zamówienie za załiczeniem pocztowym oraz w Redakcji Biuletynu A. M. — Warszawa, ul. Filtrowa 30.