

# KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



## SPIS TREŚCI

	str.
<i>Ksawery Rowiński</i> — Rola uczelni w przygotowaniu lekarzy do społecznej służby zdrowia . . . . .	103
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i> — Testowa ocena zapamiętywania wiadomości z cytofizjologii w zależności od czasu . . . . .	113
<i>Włodzimierz Januszewicz</i> — Sprawozdanie z działalności Rady Pedagogicznej IV kursu Wydziału Lekarskiego . . . . .	119
<i>Leon Stelmachów</i> — Niektóre problemy szkolenia studentów w Studiach Wojskowych Akademii Medycznych . . . . .	123
<i>Władysław Rusiecki</i> — Przyszłość i nowe zadania Wydziału Farmaceutycznego . . . . .	129
<i>Jerzy Sekulski</i> — „Mister Warszawy — 1970” — budynki Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej . . . . .	139
<i>Zofia Obuchowicz-Łożyńska</i> — Działalność Studium Wychowania Fizycznego . . . . .	143
Wybrane prace naukowe . . . . .	151
Wykaz prac doktorskich Wydziału Lekarskiego . . . . .	163
Wykaz prac doktorskich Wydziału Farmaceutycznego . . . . .	164
<i>Witold Zawadowski</i> — Powojenna odbudowa i rozwój radiologii lekarskiej Wydziału Lekarskiego . . . . .	165
Ci, którzy odeszli — Prof. dr farm. Władysław Wiśniewski . . . . .	175
Dr med. Zygmunt Misiewicz . . . . .	178

**Kwartalnik niniejszy ukazywał się w latach 1969 i 1970 pod tytułem: „Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie”**

# KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

---

ROK III

1971

NR 2

---

*Prof. dr med. Ksawery Rowiński \*)*

## **ROLA UCZELNI W PRZYGOTOWANIU LEKARZY DO SPOŁECZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

Nasze akademie medyczne szkolą lekarzy, którzy w znacznej części będą pracować w lecznictwie otwartym i lecznictwie zamkniętym stopnia podstawowego, tj. w szpitalach rejonowych i powiatowych.

Wynika to z faktu, że nasycenie lekarzami w miastach wojewódzkich wydzielonych i w województwach, na których terenie znajdują się uczelnie medyczne, jest przeważnie znacznie większe, niż w pozostałych województwach. To też nic dziwnego, że młody lekarz, po studiach, w czasie których nie wyróżnił się szczególnymi uzdolnieniami, będzie znajdował zatrudnienie po większej części tam, gdzie to nasycenie jest mniejsze, nie stając się przez to bynajmniej mniej ważnym członem społecznej służby zdrowia.

Przyjrzyjmy się konkretnej rzeczywistości — sytuacji i liczbom z roku 1965 (wg „Rocznika Statystycznego Min. Zdrowia i Op. Społecznej”, wydanego w 1967 r.). Zmiany, jakie zaszły w międzyczasie, nie są na tyle istotne, ażeby zmieniły proporcje w całości obrazu.

Lekarzy, pracujących w pionie resortu zdrowia, było wtedy ogółem 38.875, z tego w dziesięciu miastach wojewódzkich, siedzibach akademii medycznych pracowało — 16.645 lekarzy. Reszta pracowała na pozostałym obszarze kraju, a więc w miastach wojewódzkich, nie posiadających akademii medycznej, w innych miastach i na wsi. Wskaźnik lekarzy w województwach, nie posiadających na swoim terenie akademii medycznej, wahał się od 6,6 na 10.000 ludności (woj. kieleckie) do 10,8 (woj. opolskie), podczas gdy wskaźnik ten w województwach, będących siedzibami uczelni, wynosił średnio 23,4 (najniższy wskaźnik był w województwie lubelskim: 8,4, a najwyższy w m.st. Warszawie: 45,1). Lekarzy pracujących poza 22 miastami wojewódzkimi, a więc poza zasięgiem szpitala klinicznego, czy wojewódzkiego, było wówczas — 19.612, a zatem wię-

---

\*) Kierownik Katedry Radiologii Pediatricznej.

cej niż połowa ogółu lekarzy, zatrudnionych w społecznej służbie zdrowia. Przeważnie pracowali oni w lecznictwie otwartym, znajdującym się głównie w zasięgu oddziaływania szpitali rejonowych, czy powiatowych.

Dla lepszego zrozumienia wagi tej sytuacji należy sobie uprzytomnić znaczenie tego lecznictwa w naszym kraju. W całym lecznictwie otwartym (poradniach, przychodniach, ośrodkach i w placówkach przyzakładowych) było w 1965 r. zatrudnionych 22.476 lekarzy, a tylko niewielka część z nich pracowała równocześnie w lecznictwie zamkniętym odpowiedniego stopnia. Lekarze ci udzielili w ciągu tego roku — 97.147.925 porad. Część chorych leczonych w lecznictwie otwartym musiała być hospitalizowana. Hospitalizacją w szpitalach rejonowych i powiatowych objętych zostało 1.107.078 chorych, a więc przeszło jedna trzecia wszystkich obłożnie chorych. Ogółem leczonych w szpitalach chorych było w tym roku — 2.896.743, z tego w szpitalach o najwyższym standardzie wyposażenia i przez kadrę wysoko specjalizowanych lekarzy, a więc przede wszystkim w szpitalach wojewódzkich, szpitalach klinicznych i w klinikach instytutów naukowo-badawczych było leczonych 767.990 osób. Pozostali chorzy byli leczeni w szpitalach miejskich.

O ile w szpitalach rejonowych i powiatowych na jednego chorego przypadało średnio około pięciu badań pracownianych i jedno badanie rentgenowskie, o tyle na jednego chorego w najwyżej kwalifikowanych szpitalach przypadało średnio czterdzieści jeden badań pracownianych i powyżej siedmiu badań rentgenowskich. Oczywiście chory ze szpitala rejonowego, czy powiatowego, u którego proces chorobowy wymagał pogłębionych metod rozpoznawczych czy leczniczych, był przekazywany do szpitala wyższego poziomu, w ręce wyżej kwalifikowanych specjalistów.

Wszyscy ci lekarze, o których mowa, a więc zarówno lekarze pracujący w lecznictwie otwartym, jak i lekarze pracujący w szpitalach wszystkich szczebli, są wychowankami akademii medycznych i w praktykę przenoszą przede wszystkim to, co wynieśli z uczelni, a dodatkowo to, czego nauczyli się już po ukończeniu studiów, czy to w czasie stażu, czy w trakcie specjalizacji, czy na kursach Studium Doskonalenia Lekarzy (obecnie: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego), czy też w inny sposób. Ale jest niezbędne, ażeby wszyscy lekarze wynieśli z uczelni pewne cechy wspólne i podstawowy zasób wiedzy i umiejętności, stanowiących o tym, że mogą podjąć pracę w społecznej służbie zdrowia.

Jednak jest oczywiste, że już w okresie studiów ujawniają się pośród studentów różnice uzdolnień, różnice w umiejętności przyswajania sobie wiedzy, w zainteresowaniu problematyką studiów, różnice w pracowitości i sumienności a także postawie, jednym słowem — ujawniają się znaczne różnice — osobowości. W wyniku tych różnic — różne bywają praktyczne efekty studiów.



Podstawową zasadą pedagogiki nauczania w naszych warunkach, przy istnieniu dużych zespołów studenckich na każdym roku studiów powinno być, ażeby nauczający nie kierowali się w swym nauczaniu zdolnością percepcji tych najzdolniejszych — powinni oni pamiętać, że ich zasadniczym obowiązkiem jest przygotować jak najlepiej dla służby zdrowia — przeciętnie dobrych lekarzy, którzy w sposób wystarczająco poprawny sprostali by swoim obowiązkowi lekarza rejonowego, czy lekarza lecznictwa podstawowego, tj. tego lecznictwa, które ma największe znaczenie dla zdrowia społeczeństwa, bo korzystają z niego i powinny być pod jego czynną opieką największe masy ludności.

Obrazowo mówiąc, kiedy nauczający poddaje się „urokowi” najzdolniejszych, najaktywniejszych, najbardziej zainteresowanych słuchaczy, zajmujących przeważnie pierwsze ławki audytorium, wpatrzonych w wykładającego i chłonących jego słowa, kiedy spotyka się z ich pytaniami, ich czynnym udziałem w zajęciach seminaryjnych, wtedy łatwo może popaść w przesadę, dotyczącą wymagań stawianych studiującym. Wybitni specjaliści jakiejś dziedziny mają, może nieuświadomioną, tendencję egzekwowania wszystkiego ze swojej dziedziny, a w każdym razie wiedzy o zagadnieniach najważniejszych, tylko że ocena tego co rzeczywiście jest najważniejsze dla przyszłego lekarza lecznictwa otwartego jest często wypaczana przez ich własną wielką kompetencję w danej dziedzinie. Znany jest fakt, że już dwadzieścia lat temu w Wielkiej Brytanii postulowano włączenie lekarzy ogólnopraktykujących w tok nauczania studentów dla uprządkowania studiów. Trzeba być pedagogiem z urodzenia czy wykształcenia, ażeby nie zapominać w ferworze nauczania, że zdolność percypowania i pojemność pamięci bywa wśród ludzi bardzo różna. Należy pamiętać o podstawowym zadaniu uczelni — przygotowania głównej masy studiujących do pracy w lecznictwie otwartym. Oczywiście należy studentom podawać informacje o postępach nauk medycznych, o najnowszych osiągnięciach w dziedzinie medycyny, ale należy to robić w sposób możliwie przystępny, nie nadużywając języka zbyt specjalistycznego, który dla wielu studentów — zdajmy sobie z tego sprawę — jest językiem niezrozumiałym, niedostępnym, „hermetycznym”, bo wtedy najbardziej uczone i skądinąd pożyteczne wywody — wpadają w próżnię.

Nauczanie przyszłych lekarzy w akademiach medycznych z całą pewnością stanowi problem bardzo złożony. Zważywszy, że nasze uczelnie medyczne stanowią równocześnie — i przecież powinny stanowić — ośrodki medycyny klinicznej o najwyższym, osiągalnym u nas poziomie, a więc, że w klinikach pracuje się najnowszymi metodami, przy użyciu możliwie najnowocześniejszej techniki diagnostycznej i stosuje się możliwie najlepsze, czasami nowatorskie, techniki terapeutyczne, leczenia zachowawczego czy zabiegowego i rehabilitacji, że ponadto w tychże klinikach prowadzi się w oparciu o nauki biomedyczne prace badawcze, do których impuls daje obserwacja przebiegu procesów chorobowych i pro-

cesów zdrowienia u hospitalizowanych chorych, powiązana ze znajomością najnowszego piśmiennictwa światowego — nie można się dziwić, że w tych klinikach przeciętni studenci, przeważnie nie mogą zapoznać się z tym wszystkim, z czym będą mieli do czynienia w swej codziennej praktyce. To co widzą i słyszą, u większości z nich może być w dalszym ich życiu zawodowym źródłem niepokoju, niezadowolenia, poczucia bezsilności i frustracji.

Opinię, którą wypowiadam, potwierdzają badania przeprowadzone przez wychowanka Akademii Medycznej w Krakowie, dra Janusza Bejnarowicza, lekarza i socjologa, który w latach 1962—1964 z inicjatywy profesora Leona Tochowicza, ówczesnego rektora tej uczelni, zbadał sytuację i opinie absolwentów różnych uczelni, z roczników 1958—1963. Praca J. Bejnarowicza pt. „Młodzi lekarze o swoim przygotowaniu do zawodu” (Międzyuczelniany Zakład Badań nad Szkolnictwem Wyższym Min. Ośw. i Szk. W., Warszawa 1970, str. 222), potwierdza wrażenia odbierane w czasie rozmów z absolwentami naszych uczelni i opinie wypowiedziane swego czasu przez Studium Doskonalenia Lekarzy i opinie kierowników wojewódzkich wydziałów zdrowia. Bejnarowicz twierdzi, że młodzi lekarze subiektywnie odczuwają niedostatki wiedzy medycznej w swej praktyce, szczególnie w zakresie chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa oraz pediatrii, a także w zakresie postępowania leczniczego, przede wszystkim farmakoterapii. Jeden z lekarzy wiejskich, absolwent z rocznika 1959, stwierdził, że „studia nie dają nic, jeśli chodzi o przyszłą pracę, od strony praktycznej w ogóle nie przygotowują”. Inny lekarz wiejski z tego samego rocznika ocenia swoje studia słowami: „Brak praktycznych wiadomości ze wszystkich prawie zagadnień, dużo teorii nie przydatnej w tego rodzaju pracy”. Bejnarowicz w wyniku swoich badań dochodzi do wniosku, że „uświadomienie sobie przez lekarzy braków w wykształceniu następuje w trakcie działalności zawodowej — w placówkach lecznictwa otwartego, szczególnie w placówkach wiejskich i w pogotowiu ratunkowym”. Zdaniem ankietowanych lekarzy — nie uczelnia, a staż dyplomowy dał im jakie takie przygotowanie do pracy w lecznictwie otwartym.

Eksperci, zapytywani przez Bejnarowicza, stwierdzają u młodych lekarzy przede wszystkim duże braki w umiejętności prawidłowego stosowania leczenia farmakologicznego.

Napisałem za Bejnarowiczem, że młodzi lekarze odczuwają braki w dziedzinie chorób wewnętrznych. Otóż, jak wynika z opinii zebranych przez autora wśród lekarzy „jest to przedmiot wprawdzie dobrze nauczany, jednak, przy obecnej strukturze zatrudnienia lekarzy, zakres i rodzaj wiedzy z tego przedmiotu nie zawsze jest dostosowany do wykonywania zadań praktycznych, zwłaszcza w lecznictwie otwartym”. Jeżeli chodzi o pediatrię spotkał się Bejnarowicz m.in. ze stwierdzeniem, że „bardzo mały nacisk kładzie się na studiach na mikropediatrię, a teraz ciągle się

z tym trzeba stykać". W ogóle zajęcia praktyczne z pediatrii w czasie studiów nie są wystarczające. Również praktyczne zajęcia z zakresu ginekologii w czasie studiów okazują się w praktyce leczenia otwartego zupełnie nie wystarczające.

Eksperci stwierdzają, że uderza u młodych lekarzy „nieumiejętność zbierania wywiadu i niewystarczające oglądanie pacjenta”. Większość ekspertów, którymi w tym przypadku byli ordynatorzy interny i pediatrii oraz kierownicy przychodni obwodowych, stwierdza wydawanie przez młodych lekarzy „nadmiernej ilości zleceń na badania dodatkowe oraz przesadne zaufanie do wyników tych badań” a także zbyt częste wysyłanie pacjentów do badań rentgenowskich. „Zlecenie badań dodatkowych ma charakter mechaniczny bez uzasadnienia wynikami badania fizykalnego”. Młodzi lekarze często kierują pacjenta na badania dodatkowe bez ustalenia wstępnego rozpoznania. Zdaniem ekspertów — 50—90% skierowań na „badania rutynowe” było nieuzasadnionych, a około 60% badań rentgenowskich było niepotrzebnych.

Eksperci uważają, że „z punktu widzenia typowych sytuacji zawodowych, w jakich znajdują się młodzi lekarze, szczególny nacisk w czasie studiów należy położyć na następujące zagadnienia: choroba reumatyczna, kardiologia, elektrokardiografia, radiologia, nefrologia, endokrynologia, hormonoterapia, dietetyka, medycyna przemysłowa, profilaktyka, rehabilitacja, fizykoterapia, balneologia, zabiegi pielęgniarstwa”. Innych postulatów jest jeszcze dużo: nagłe stany, urazy, orzecznictwo, zagadnienia prawne, specyfika leczenia otwartego (symulacja, agraacja), kontakt z pacjentem, socjologia, psychologia, filozofia, etyka. Warto podkreślić, że 86,8% zapytywanych lekarzy podkreślało potrzebę znajomości psychologii.

Eksperci postulują wprowadzenie obowiązkowych ćwiczeń w klinicznym laboratorium analitycznym, uzupełnienie w programie studiów problematyki nerwic, seksuologii, świadomego macierzyństwa. Widzą wyraźny brak nauczania onkologii. Są zdania, że wysoko specjalistyczne przedmioty kliniczne należało by nauczać z bardziej praktycznym nastawieniem. Według nich za mało uwagi poświęca się jednostkom chorobowym powszechnym i dynamice procesu chorobowego.

Osobiście sędzę, że to wyliczenie zagadnień, w których zdaniem ekspertów, zapytywanych przez J. Bejnarowicza młodzi lekarze wykazują duży brak wiedzy i umiejętności, mimo że z pewnością nie jest pełne — jest charakterystyczne. W każdym razie niezaprzeczalnym faktem pozostaje, że „znaczny procent lekarzy zwrócił uwagę na konieczność uprządkowania studiów medycznych”.

Interesujące są też wypowiedzi ankietowanych lekarzy o korzyściach wyniesionych ze stażu: z chorób wewnętrznych najczęściej skorzystali w dużych szpitalach i klinikach, z ginekologii i położnictwa w szpitalach

małych i nieco większych, z chorób dziecięcych w dużych szpitalach, a z chirurgii zdecydowanie w małych szpitalach.

Nauczanie przyszłych lekarzy w akademiach medycznych, które przecież m.in. muszą się troszczyć o rozwój młodej lekarskiej kadry naukowej, jest problemem złożonym i dlatego z całą pewnością — jak to widzi duża część światłej profesury — należy pewną część zajęć praktycznych dla studentów z zakresu medycyny wewnętrznej, pediatrii, ginekologii i położnictwa przenieść do szpitali o niższym standardzie wyposażenia i hospitalizujących powszednich chorych oraz do placówek leczenia otwartego. Nauczanie studentów w akademiach medycznych powinno być przede wszystkim podstawowe, dostępne i przekonywające dla wszystkich słuchaczy, dające im zakres wiedzy i umiejętności, potrzebnych każdemu lekarzowi, uczące wnikliwej i sumiennej obserwacji i tak niezbędnego w praktyce dialogu lekarza z chorym, wskazujące na potrzebę wczuwania się w sytuację chorego i na konieczność podejmowania przemyślanych decyzji w zakresie postępowania lekarskiego.

Jednak to podstawowe nauczanie powinno być w miarę pogłębiane zarówno w dziedzinie nauk biomedycznych, jak i w dziedzinie nauk klinicznych dla wszystkich studentów. A dla wybranych grup studiujących, wyróżniających się głębszymi zainteresowaniami i zdolnościami percepcji oraz pracowitością — należy organizować wykłady fakultatywne wprowadzające w nowe zagadnienia, seminaria dotyczące trudnych problemów i koła naukowe poświęcające się określonej problematyce międzydyscyplinarnej. Określając tę sytuację lapidarnie należy powiedzieć, że w akademiach medycznych powinny istnieć dwa nurty nauczania studentów, jeden odpowiadający szkoleniu, obejmujący wszystkich studentów a drugi odpowiadający studiowaniu, czyli samokształceniu, jako dodatkowy dla studentów, którzy potrafią bez większego uszczerbku dla toku studiów „wygospodarować” sobie czas na ukierunkowane pogłębianie studiów. Mrzonką bowiem jest chcieć nauczyć wszystkich — wszystkiego, tym bardziej, że z jednej strony mamy do czynienia z przeważającą częścią młodzieży, która pragnie przede wszystkim uzyskać dyplom lekarza i podjąć pracę w zawodzie pracownika służby zdrowia, z drugiej strony z mniej liczną częścią młodzieży o uzdolnieniach i aspiracjach znacznie głębszych. Dla uniknięcia nieporozumień podkreślam: równy start początkowy daje w każdym biegu do celu rozciągnięcia się startujących na dość dużej przestrzeni, a ponieważ cel tego „biegu” — dyplom lekarza — może być przez wszystkich osiągnięty w jednakowym czasie (aktualnie po sześciu latach studiów), „szybsi biegacze” mogą w obrębie tego okresu zaoszczędzić czas na pogłębienie studiów.

Nauczanie podstawowe wymaga od nauczających poważnego wysiłku, oderwania się od przyzwyczajęń i subiektywnych odczuć. Dodać należy, że czeka nas perspektywa — ale także wypracować ją trzeba niemałym wysiłkiem — nauczania zobiektywowanego, w dużym zakresie zaprogram-

mowanego. Wiedza będzie w niedalekiej może przyszłości przekazywana studentom przy pomocy metod nauczania zautomatyzowanego, metod audio-wizualnych, wykorzystujących najnowsze osiągnięcia techniki.

Jest jasne, że tego rodzaju przyszłościowe metody będą po części pobawione ważkiego czynnika osobistego wpływu nauczającego, wpływu jego osobowości, jego intelektu, jego inteligencji. Ale będzie to nauczanie podstawowe, które znajdzie swoje uzupełnienie w seminaryjnych rozmowach i dyskusjach. Z drugiej strony tego rodzaju zaprogramowane nauczanie spowoduje wyłączenie z procesu podstawowego nauczania m.in. tych uczonych, którzy pomimo swojej nieraz bardzo wielkiej wiedzy, nie umieją jej w sposób przystępny masie „przeciętnych” studentów przekazać. Wiemy chyba wszyscy z własnego doświadczenia, z okresu naszych własnych studiów i ze skarg dzisiejszych studentów — że tego rodzaju fakty istnieją.

Problem kształcenia lekarzy jest problemem wciąż jeszcze szeroko dyskutowanym, zarówno w poszczególnych krajach, jak i na forum międzynarodowym. Światowa Organizacja Zdrowia, w ramach Międzynarodowego Roku Oświaty — roku 1970, zorganizowała szereg konferencji, przeprowadziła szeroką ankietyzację i zebrała obfitą bibliografię, dotyczącą piśmiennictwa na temat reformy studiów lekarskich. Materiały te zostały przekazane wszystkim uczelniom medycznym świata. M.in. został zarejestrowany na taśmie przebieg narady dotyczący lekarza „jutrzejszego”. Powinniśmy sobie uprzytomnić, że przecież nasi dzisiejsi studenci będą jako lekarze pracowali w odmiennych od dzisiejszych warunkach i powinni być przez uczelnię do tego przygotowani. Należy wprowadzić w odpowiednim zakresie wykłady i zajęcia seminaryjne z zakresu „futurologii”, aby otworzyć przed przyszłymi lekarzami, pracownikami społecznej służby zdrowia, szersze horyzonty perspektyw ich zadań w społeczeństwie.

Od samego zarania Polski Ludowej powtarzamy, że profilaktyka jest pierwszym i głównym zadaniem naszej służby zdrowia. Niestety w ciągu tego dwudziestopięcioletnia w rzeczywistości niewiele zdziałano w tym zakresie. Nie chcę pomniejszać znaczenia szczepień, zapobiegających konkretnym chorobom. Dzięki tym szczepieniom zmniejszyła się niewątpliwie zapadalność i umieralność na wiele chorób zakaźnych, głównie pochodzenia bakteryjnego, i zaczyna się zmniejszać zapadalność na niektóre choroby wirusowe. Ale w dalszym ciągu — mimo dość znacznych wysiłków w zakresie oświaty zdrowotnej i mimo niemałych osiągnięć w sprawach zdrowia społecznego dzięki działalności pionu sanitarno-epidemiologicznego — prowadzi nasze społeczeństwo w swej masie tryb życia, sprzyjający powstawaniu i rozwojowi chorób zwyrodnieniowych, które powodują przewlekające się niedomagania, zmniejszają żywotność osobniczą i w końcu prowadzą do przedwczesnych zgonów, niejednokrotnie w pełni „wieku produkcyjnego”, a więc wieku, w którym człowiek nie tylko może przysparzać dobra społecznego, ale cieszyć się także pełnią życia.

Jeżeli poprzednio cytowałem wyniki ankiety, J. Bejnarowicza, to uczyniłem to dla obiektywnego zobrazowania pewnego etapu dotychczasowego rozwoju naszej służby zdrowia, ale obecnie musimy spojrzeć w przyszłość. Nie można wątpić, że w coraz większym stopniu jesteśmy w stanie — mimo wielu szkodliwości mających źródło w naszym środowisku przyrodniczym i wynikających z technicznych przeobrażeń naszego środowiska społecznego — ulepszać zdrowie ludzkie i chronić ludzi od przewlekłych chorób zwyrodniających. Główne zadania przypadają tu nie lecznictwu, ale ochronie zdrowia. Moim zdaniem fakt ten powinien znaleźć odbicie w nazwie tego masowego działania absolwentów naszych uczelni, którzy w swej olbrzymiej części, zatrudnieni w placówkach lecznictwa otwartego, pracować będą przede wszystkim nad szerzeniem kultury zdrowia, nad uświadamianiem swojego kręgu społecznego o właściwym trybie życia, o sposobach unikania szkodliwości, o jak najlepszym wykorzystaniu osobniczych możliwości i prowadzić będą okresowe badania masowe, względnie nadzorować przeprowadzanie tych badań, pozwalających wykryć pierwsze odchylenia od średniej normy biologicznej i psychicznej. Na nich będzie spoczywać obowiązek zapobiegania w miarę możliwości dalszemu rozwojowi tych odchyżeń. Mamy już przykład częściowych osiągnięć w tym zakresie w dziedzinie ochrony matki i dziecka. Staramy się już rozwijać, ale na pewno jeszcze niedostatecznie, ochronę zdrowia uczniów, studiujących i ludzi pracujących zawodowo. Ale niestety dotąd przeważa w tych kręgach społecznych zapotrzebowanie na lecznictwo nad odczuwaniem potrzeby racjonalnej ochrony zdrowia. Częściowo winę za ten stan rzeczy ponoszą sami lekarze. Potrzebującymi rzeczywiście opieki leczniczej zajmie się przede wszystkim tzw. lecznictwo zamknięte, do którego obowiązków powinno należeć oddanie społeczeństwu człowieka przywróconego do zdrowia, zrehabilitowanego, nie stając się ciężarem ani dla społeczeństwa ani dla rodziny.

Świat się starzeje w tym znaczeniu, że na świecie żyje coraz więcej ludzi w starszym wieku. I nasz kraj nie stanowi wyjątku. Fakt ten nakazuje wprowadzenie na naszych uczelniach wykładów z gerontologii, nauki o prawidłowym starzeniu się i zajęć z geriatry, wskazującej na specyfikę leczenia ludzi starych. Rola lekarza i w tej dziedzinie jest bardzo ważna, gdyż opieka nad starzejącym się człowiekiem może mu na długo pozwolić zachować czerstwość i pogodę ducha.

Tytuł mojego artykułu brzmi: „Rola uczelni w przygotowaniu lekarzy do społecznej służby zdrowia”, a ponieważ w ramach „społecznej służby zdrowia” olbrzymią przewagę stanowią placówki lecznictwa otwartego i szpitale stopnia podstawowego (rejonowe i powiatowe) a właśnie na tym terenie mamy największe niedociągnięcia, ale równocześnie największe możliwości skutecznego działania, dlatego też w niniejszym artykule zająłem się przede wszystkim niedostatkami nauczania w zakresie medycyny, potrzebnej lekarzowi pracującemu w lecznictwie otwartym.

*Проф. доктор Ксаверы Ровински*

## РОЛЬ ВУЗА В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ К ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Большинство врачей Народной Польши работает в открытых амбулаториях и диспансерных пунктах общественного здравоохранения.

Работа этих врачей имеет основное значение для охраны здоровья всего общества так как они оказывают врачебную помощь широким массам нуждающимся в лечении.

Приготовлены ли эти врачи к своей работе медицинскими вузами? Автор цитирует данные по монографии врача-социолога И. Бейнаровича под заглавием «Молодые врачи о своей подготовке к профессии».

Эта работа касается выпускников с 1958 по 1963 год. Автор обсуждает процесс обучения врачей в медицинских вузах и делает выводы касающиеся обучения в настоящее время, подчеркивая, что обучаемые теперь студенты будут вести широкую профилактическую деятельность в лечебных заведениях.

*Prof. dr. Ksawery Rowiński*

## THE ROLE OF THE MEDICAL ACADEMY IN PREPARING PHYSICIANS FOR SOCIAL HEALTH SERVICE

Majority of physicians in Poland work in the outpatient medical service, in dispensaries and ambulatory units of social health service. The work of these physicians is of basic importance for the health of the population as the largest numbers of patients seeking medical advice call on them. Are these physicians properly prepared for the work by the Medical Schools? Data are presented from a monograph by J. Bejnarowicz, the sociologist and physician, entitled "Young physicians on their preparation for the profession", which point to serious shortcomings in the training. This refers to the graduates between the years 1958—1963.

The author has discussed the process of instruction for physicians in Medical Schools and puts forward definite conclusions concerning instruction in the present situation emphasizing that the students instructed at present will, as physicians, in majority conduct planned on a wide scale prophylactic programmes in the outpatient medical service.



# MEDIMPEX

WĘGIERSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO  
HANDLU ZAGRANICZNEGO  
DLA PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO — BUDAPEST

EKSPORTUJE

preparaty znanych fabryk Chemiczno-Farmaceutycznych:

CHINOIN  
GEDEON RICHTER  
EGYT

**jak: Penicyliny półsyntetyczne**  
**Preparaty półsyntetyczne**  
**Preparaty tuberkulostatyczne**  
**Preparaty cytostaticzne**  
**Glukozydy nasercowe**  
**Leki nasenne**  
**Trankwilizatory i inne**

Eksportuje również produkty Fabryk:

REANAL:  
**Chemikalia laboratoryjne**  
**Produkty radioaktywne**

PHYLAXIA i HUMAN:  
**Szczepionki i surowice**

*Mgr Michał Sołowicz*  
*przedstawiciel naukowy na Polskę*  
*Warszawa, ul. Raszyńska 54/3*

Informacja naukowa, literatura fachowa do dyspozycji P.T.  
Lekarzy w naszym Biurze Naukowym



*Doc. dr med. Stanisław Barański \**

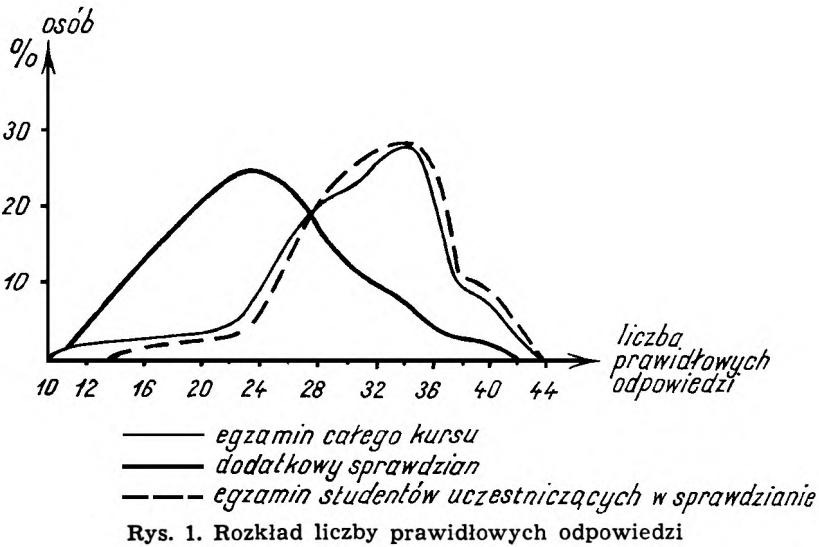
*Prof. dr med. Kazimierz Ostrowski \*\**

### **TESTOWA OCENA ZAPAMIĘTYWANIA WIADOMOŚCI Z CYTOFIZJOLOGII W ZALEŻNOŚCI OD CZASU**

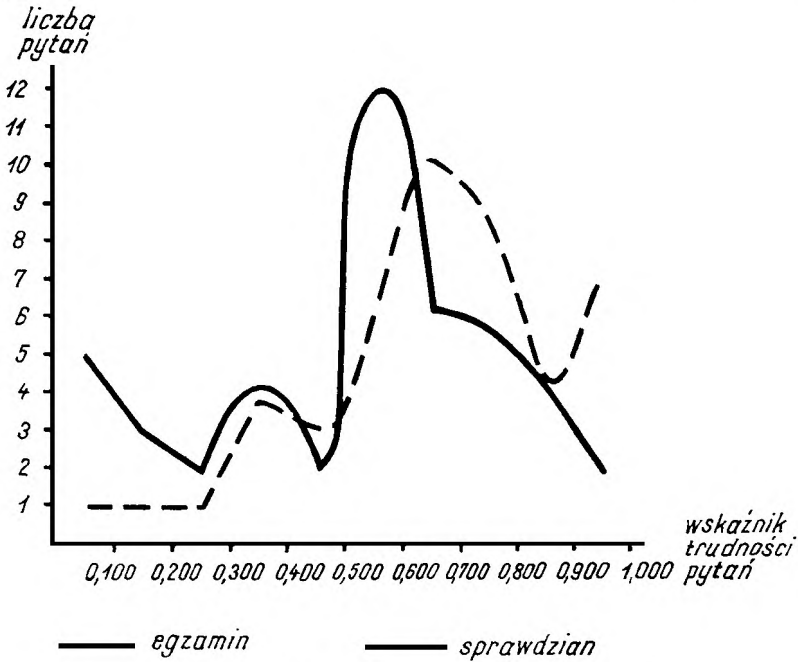
Sprawdziany testowe z histologii i cytofizjologii w naszym zakładzie prowadzone są od pięciu lat. Zasady ich konstrukcji są zawsze jednakowe (Biuletyn Akademii Medycznej 1969, 1). Ostatnio przeprowadzona ocena komputerowa była pomyślna (Biuletyn Akademii Medycznej 1970, 3). Natomiast stopień korelacji sprawdzianów testowych z kolokwiami ustnymi był przeważnie wyższy dla histologii a niższy dla cytofizjologii (Biuletyn Akademii Medycznej 1969, 2). Analiza tego zjawiska wskazywała na za małe przygotowanie studentów z biochemii w okresie nauczania cytofizjologii. W świetle powyższego celowym wydawało się sprawdzenie w jakim stopniu utrwalają się wiadomości z cytofizjologii u studentów w pewnym okresie po egzaminach obowiązujących na II kursie. Z tych też względów przeprowadzono sprawdzian testowy po 1/2 rocznym okresie od letniej sesji egzaminacyjnej. Sprawdzian ten obejmował 165 studentów i był zorganizowany na zasadzie pełnej dobrowolności. Testy identyczne z egzaminacyjnymi wypełniano anonimowo. Otrzymane wyniki porównywano przede wszystkim z wynikami egzaminu tej samej grupy osób oraz całego kursu. Rozkład liczb prawidłowych odpowiedzi uzyskanych w czasie egzaminu i sprawdzianu przedstawiono na rys. 1. Przebieg krzywych obrazujących wyniki egzaminów wszystkich studentów II kursu oraz tylko uczestniczących później w sprawdzianie są prawie identyczne. Natomiast wyniki tej ostatniej grupy na sprawdzianie były znacznie gorsze. Krzywa rozkładu liczb prawidłowych odpowiedzi na sprawdzianie ma charakter zupełnie odmienny od dwu pozostałych. Szczyt krzywej przesunął się w kierunku mniejszych liczb prawidłowych odpowiedzi. I tak widać, że na sprawdzianie najwyższy odsetek studentów osiągnął 23 prawidłowe odpowiedzi, natomiast na egzaminie aż 34 prawidłowe odpowiedzi. Z rozkładu liczb prawidłowych odpowiedzi można sądzić, iż przy stosowaniu kryteriów oceny z egzaminów na sprawdzianie wyniki niedostateczne otrzymałoby ponad 50%. Jest to 9-krotnie więcej niż na egzaminie tej samej grupy studentów. Studenci najlepsi, jak widać z przebiegu krzywej, odpowiadali znacznie lepiej, odsetek prawidłowych odpowiedzi w tej grupie studentów zmalał około 4-krotnie.

*\*) Instytut Biostruktury — Zakład Histologii i Embriologii.*

*\*\*\*) Kierownik Zakładu Histologii i Embriologii*



Uległ również znacznej zmianie wskaźnik trudności dla poszczególnych pytań (rys. 2).

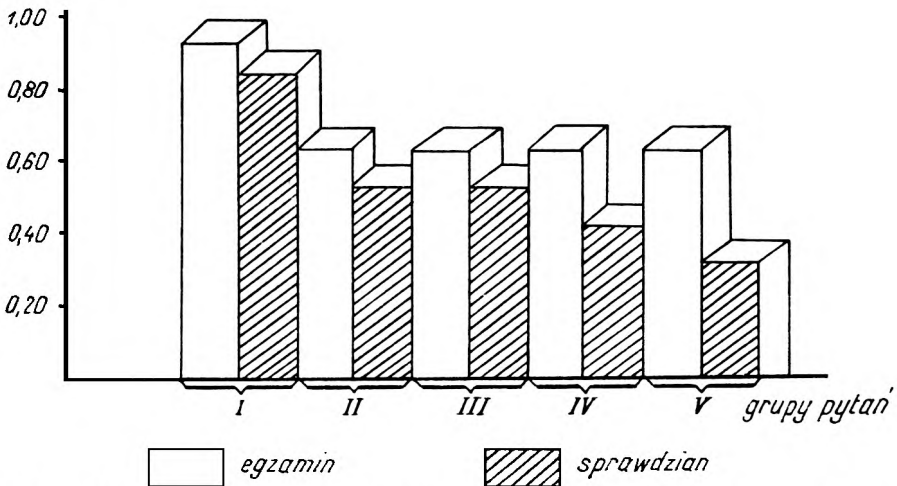


Przebieg krzywych rozkładu wskaźnika wyraźnie wykazuje wzrost stopnia trudności tego samego testu na sprawdzianie. I tak dla 62% pytań wskaźnik ten zmniejszył się. Za wzrostem trudności testu egzaminacyjnego na sprawdzianie przemawia także dwukrotny wzrost liczby pytań

zatrudnych (wskaźnik  $< 0,3$ ) oraz aż 3,5-krotne zmniejszenie odsetka pytań zbyt łatwych (wskaźnik  $> 0,9$ ) na sprawdzianie. Tylko dla 8% pytań wskaźnik trudności wzrósł, a więc zaledwie kilka pytań łatwiej rozwiązano na sprawdzianie. W 32% pozostał on bez zmian. Analiza zmian wskaźników trudności dla różnych działów cytofizjologii wykazała, że znacznie słabiej utrwalony był materiał o podłożu biochemicznym. Do tych działów można zaliczyć: energetykę komórki, budowę chemiczną materiału genetycznego, kod genetyczny a synteza białek oraz mechanizmy regulujące metabolizm komórkowy. Odpowiedzi z histochemii było mniej trafnych tylko dla pytań, które uwzględniały przebieg biochemicznej reakcji.

Pytania obejmujące materiał morfologiczny, np. ultrastruktura komórki, histofizjologia nefronu i tkanki kostnej oraz zagadnienie związane ze wzrostem i różnicowaniem się, miały tylko nieznacznie zmniejszone wskaźniki trudności. Można więc sądzić, że rozdziały z przewagą zagadnień morfologicznych sprawiały mniejszą trudność w zapamiętywaniu. Fakty powyższe, wydają się potwierdzać wcześniejsze spostrzeżenia, że do właściwego nauczania cytofizjologii niezbędne jest opanowanie biochemii.

Należy zaznaczyć, że zaobserwowano również zależność zmian wskaźnika trudności od konstrukcji pytania. Różnice te zostały przedstawione na histogramie (rys. 3).



Ryc. 3. — Wskaźnik trudności różnych grup pytań na egzaminie i sprawdzianie.

Na zestawieniu tym wyraźnie jest uwidoczniiony znaczny spadek wskaźnika dla pytań grupy IV i V. Sposób konstrukcji pytań w tych grupach odpowiadał wzorowi V i VI, omówionym we wcześniejszej publikacji\*. Obie grupy pytań charakteryzowały się większą możliwością kombinacji niż w pozostałych wzorach.

\* Biuletyn A.M. (Warszawa), 1969, 1 : 28

Analiza wskaźnika znanych odpowiedzi (tabela 1) dla całości testu i poszczególnych grup pytań wykazała częstsze zgadywanie na sprawdzianie niż na egzaminie.

WSKAŹNIK ZNANYCH ODPOWIEDZI DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP PYTAŃ

Tabela 1.

<div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg);"> sprawdzian grupa </div>	egzamin	sprawdzian
I	0,86	0,94
II	0,97	0,77
III	0,81	0,79
IV	0,89	0,81
V	0,97	0,93
ogólny	0,91	0,86

Wydaje się to zrozumiałym w świetle poprzednich danych. Słabe opanowanie i zapominanie wiadomości poprzednio wyuczonych zmuszało do częstszego zgadywania. Nie udało się jednak stwierdzić wyraźnych różnic zależnych od konstrukcji pytań.

Na podstawie całokształtu przedstawionych danych należy stwierdzić, że powtórzenie testu po półrocznej przerwie od egzaminu, uwidocznilo stosunkowo szybkie zapominanie wcześniej wyuczonego materiału. Może to być uzależnione od ogólnie słabego przygotowywania się, a zatem i gorszego opanowania materiału. Bardziej prawdopodobnym jest, iż w tym przypadku uzależnione było od braku podstawowych wiadomości z biochemii, co uniemożliwiło zrozumienie wielu faktów. Stąd też wyniki egzaminów mogły być uzależnione od powierzchownego opanowania części materiału. Za słuszością tego rodzaju przypuszczeń, może przemawiać również niższy stopień korelacji sprawdzianów ustnych z testowymi dla cytofizjologii niż histologii.

WNIOSKI

1. Stwierdzono stosunkowo duże zapominanie wykładanego materiału z cytofizjologii.
2. Właściwe przyswajanie wiadomości z cytofizjologii wymaga podstaw biochemicznych, a więc nauczanie cytofizjologii powinno odbywać się po kursie biochemii.
3. W procesie nauczania cytofizjologii należy zwrócić uwagę na seminaryjne wyjaśnianie i powtarzanie głównie działów o podłożu biochemicznym.

4. Słusznym jest stosowanie w teście różnych wzorów pytań o bardziej skomplikowanym sposobie rozwiązań.

Autorzy dziękują bardzo za pomoc w organizacji sprawdzianu testowego kierownikowi Studium Wojskowego płk dr med. L. Stelmachowi.

*Доцент — доктор медицины Станислав БАРАЊСКИ*

*Профессор — доктор медицины Казимеж ОСТРОВСКИ*

ТЕСТОВАЯ ОЦЕНКА ЗАПОМИНАНИЯ СВЕДЕНИЙ ПО ЦИТОФИЗИОЛОГИИ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ

Авторы провели тестовый критерий после 1/2 годичного периода времени от летней экзаменационной сессии. Критерий был организован на добровольном принципе, а тест идентичный с экзаменационным выполняли анонимно.

Анализ проведенного критерия показал значительное снижение правильных ответов, повышение их степени трудности, а также частое отгадывание. Обнаружено, что плохие результаты на проверке могут в значительной мере зависеть от плохого приготовления по биохимии. Авторы обращают внимание, что цитофизиология должна быть введена после приготовления курса по биохимии.

*Stanisław Barański M. D., assoc. prof. of histology*

*Kazimierz Ostrowski M. D., professor of histology*

EVALUATION BY TEST EXAMINATION OF MEMORY RETENTION OF DATA  
LEARNED DURING CYTOPHYSIOLOGIC COURSE IN DEPENDENCE ON TIME

Following a half year interval a voluntary repeat test examination was given. Identical tests were answered anonymously. The analysis of results demonstrated a marked decrease in correct answers, increase in difficulty degree and increase in frequency of answers based on guessing. This deterioration in knowledge may be explained by insufficient biochemical knowledge. The authors stress the necessity of teaching cytophysiology after a course in biochemistry.

# RETIAZID—POLFA

## Tabletki

### Skład:

Retiazid — Hydrochlorotiazyd	0,01 g
Reserpina	0,0001 g
Retiazid forte: Hydrochlorotiazyd	0,025 g
Reserpina	0,00025 g

### Właściwości:

Lek o synergistycznym, hipotensyjnym działaniu składników.

Reserpina — działa ośrodkowo hipotensyjnie poprzez deprymujący wpływ na ośrodki sympatyczne podwzgórza i obwodowe hamując wiązanie i magazynowanie katecholamin. Rozszerza naczynia krwionośne.

Hydrochlorotiazyd — działając moczopędnie, obniża ciśnienie krwi.

### Wskazania:

Stosowany w nadciśnieniu tętniczym samoistnym i objawowym, we wczesnych okresach (I — II), może być stosowany w współistniejącej niewydolności krążenia.

### Dawkowanie:

Przeciętnie, początkowo duże dawki 1 — 2 tabletek forte 3 razy dziennie, po uzyskaniu spadku ciśnienia 1 — 2 tabletek Retiazid 2 — 3 razy dziennie. W przewlekłym podawaniu 1 — 2 tabletek Retiazid dziennie.

### Opakowanie:

50, 250 tabletek

### Producent:

**Starogardzkie Zakłady Farmaceutyczne „POLFA”**



*Prof. dr med. Włodzimierz Januszewicz \*)*

### **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RADY PEDAGOGICZNEJ IV KURSU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**

W skład Rady Pedagogicznej IV roku wchodzi przedstawiciele: II Kliniki Chorób Wewnętrznych, II i III Kliniki Chirurgicznej, Kliniki Diagnostyki Chorób Dzieci, Kliniki Terapii Chorób Dzieci, Kliniki Dermatologicznej, Zakładu Higieny Środowiska, Zakładu Farmakologii, Zakładu Anatomii Patologicznej, Zakładu Radiologii, Kliniki Chorób Zakaźnych, Studium Wojskowego oraz przedstawiciele KU PZPR i opiekunów grup studenckich. Ponadto w skład Rady wchodzi przedstawiciele ZU ZMS, RU ZSP i ZU ZMW.

Rada Pedagogiczna w obecnym roku dużo uwagi poświęciła sprawom dydaktycznym. Na jednym z pierwszych posiedzeń Rady przeprowadzono szczegółową analizę wyników sesji letniej studentów obecnego IV roku studiów. Analiza ta wykazała, że spośród 225 studentów III roku na IV rok przeszło 213, odsiew wynosił więc około 5%. W obecnej chwili studiuje 276 studentów. Średnie wyniki egzaminów były następujące: z mikrobiologii 3,5 (8% powtarzało egzamin), z patofizjologii 3,6 (27% powtarzało egzamin), z filozofii 4,3 (6% powtarzało) i ze studium wojskowego 3,7 (powtarzało 15%).

W obecnym roku przybyło z innych akademii medycznych oraz wznowiło studia 33 osoby, w związku z czym pełna liczba studentów IV roku wynosi 276 osób. Na posiedzeniach Rady Pedagogicznej przeanalizowano również doświadczenia ubiegłego roku pracy pedagogicznej w oparciu o opinię jej członków i przedstawicieli studentów.

Dużo uwagi Rada Pedagogiczna poświęciła rozkładowi zajęć i kolokwium, co było przedmiotem styczniowego posiedzenia Rady.

Nowym ważnym momentem jest uczestniczenie przedstawicieli dziekanatu na zebraniach Rady, co umożliwi sprawniejsze ustalanie planu zajęć.

W bieżącym roku po raz pierwszy został wprowadzony w życie szczegółowy plan integrujący nauczanie interny na wszystkich latach przez 4 kliniki. W ramach integracji II Klinika Chorób Wewnętrznych prowadząc ćwiczenia dla IV roku studiów, prowadzi wykłady dla studentów IV, jak i III roku. Zdaniem Rady Pedagogicznej jest to ważny krok na

---

\*) Przewodniczący Rady Pedagogicznej IV Kursu Wydziału Lekarskiego

drodze unowocześnienia dotychczasowych form nauczania. Jednocześnie następuje w coraz większym stopniu upracticznienie wykładów i ćwiczeń, wprowadzanie form seminaryjnych, szersze korzystanie z pomocy audiowizualnych. Zaznacza się też tendencja do zmniejszenia liczebności grup studenckich. Dla przykładu można podać, że liczebność przeciętnej grupy na ćwiczeniach z interny, prowadzonych dla IV roku nie przekracza obecnie na ogół 5—6 studentów, podczas gdy jeszcze przed paru laty wynosiła około kilkunastu. Jest to praktyczna realizacja postulatów wysuwanych przez rady pedagogiczne. Dalszy postęp w tej dziedzinie będzie możliwy po rozszerzeniu dotychczasowej bazy łózkowej o łóżka szpitalne wybranych oddziałów miejskich, co zostanie zrealizowane odnośnie interny w semestrze wiosennym.

Na posiedzeniu grudniowym Rada Pedagogiczna omówiła sprawę związane z przygotowaniem do zimowej sesji egzaminacyjnej. Wyrażona została opinia, że egzaminy powinny odbywać się w okresie właściwej sesji egzaminacyjnej, gdyż zdawanie ich w innych terminach zakłóca normalny tok zajęć. Zdaniem Rady tzw. terminy zerowe w dyscyplinach, w których egzamin ma charakter testowy nie są wskazane. Egzamin testowy powinien obejmować cały kurs.

Należy podkreślić, że rozkład zajęć budzi zastrzeżenia, mimo że został przygotowany lepiej niż w latach poprzednich. Wydaje się, że w niedostatecznym stopniu uwzględniono wnioski i doświadczenia ubiegłorocznej pracy Rady Pedagogicznej. Zastrzeżenia budzi fakt, że grupy odbywające ćwiczenia przy końcu semestru zimowego rozpoczynają jako pierwsze w semestrze wiosennym w tej samej klinice. Zdaniem studentów pierwsze grupy mają lepszy rozkład zajęć, niż grupy następne. Należy tu dodać, że ostatnio odbył się egzamin testowy z dermatologii pozytywnie oceniany przez studentów. Wnioski z tego egzaminu zostały przedstawione przez przedstawiciela kliniki i przedyskutowane na ostatnim zebraniu Rady.

Rada Pedagogiczna omówiła także sprawę planowanych kolokwium zaliczeniowych, w tym kolokwium testowego z farmakologii, będącego jedynym kolokwium testowym na IV roku. Zarówno Rada Pedagogiczna, jak i uczestniczący na zebraniu studenci, byli zgodni co do celowości tej formy kolokwium. Studenci uważają, że jest ono dobrym przygotowaniem do egzaminu.

Na ostatnich posiedzeniach Rada Pedagogiczna rozpoczęła przeprowadzanie systematycznej oceny działalności dydaktycznej poszczególnych zakładów i klinik. Omówiono takie sprawy, jak formy prowadzenia ćwiczeń i wykładów, przygotowanie studentów do ćwiczeń, formy zaliczeń oraz przyczyny słabej frekwencji na wykładach. Przedstawiciel studentów poinformował Radę, że ostatnio przeprowadzona została wśród wybranych studentów ankieta opracowana przez Ministerstwo Zdrowia i

Opieki Społecznej, dotycząca toku studiów, której wyniki będą pomocne dla usprawnienia dydaktyki.

Do trudności odbijających się niekorzystnie na toku studiów należy zaliczyć zły stan sal wykładowych i niektórych pomieszczeń dydaktycznych. Dla przykładu można tu wymienić nierozwiązaną ciągle sprawę remontu sali im. Gluzińskiego oraz przedłużający się remont w Zakładzie Anatomii Patologicznej, utrudniające normalne odbywanie zajęć w tym zakładzie. Odczuwa się również niedostatek sprzętu dydaktycznego, jak epidiaskopy, rzutniki, mikroskopy projekcyjne, aparatury do odtwarzania zjawisk akustycznych serca oraz aparatury umożliwiającej jednocześnie osłuchiwanie serca przez większą grupę.

Zdaniem Rady Pedagogicznej wnioski i doświadczenia tegorocznej pracy powinny być odpowiednio wcześnie przekazane władzom uczelni, celem jak najlepszego wykorzystania ich dla opracowania programu dydaktycznego przyszłego IV roku studiów.

# HYDROCORTISONUM— —AEROZOL—POLFA

*Skład:*

*Hydrocortisonum 0,1*

*Vehiculum ad 75,0*

*Właściwości i działanie:*

*Aerozol do stosowania zewnętrznego. Zawiera hydrokortyzon, działający miejscowo przeciwzapalnie, przeciwalergicznie, przeciwwysiękowo, przeciwświądowo.*

*Wskazania:*

*Choroby alergiczne skóry, pokrzywka, liszaj pokrzywkowy, wyprysk, dziecięcy, świerzbiączka, rumień wielopostaciowy trwały, świąd, oparzenia.*

*Dawkowanie:*

*Spryskiwać przez 2—3 sekundy strumieniem aerozolu miejsca chorobowo zmienione. Flakon z aerozolem należy trzymać w odległości 12—15 cm od powierzchni skóry. Stosować 1 — 3 razy dziennie.*

*Producent:*

**Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „POLFA”**

*Plk dr med. Leon Stelmachów \*)*

### **NIEKTÓRE PROBLEMY SZKOLENIA STUDENTÓW W STUDIACH WOJSKOWYCH AKADEMII MEDYCZNYCH**

Studia wojskowe przy wyższych uczelniach spełniają nader istotną rolę, szkoląc studentów na przyszłych oficerów rezerwy różnych specjalności wojskowych. Studia wojskowe akademii medycznych szkolą natomiast na przyszłych oficerów rezerwy służby zdrowia tę część młodzieży, która po przejściu komisji poborowych okazała się zdolną fizycznie do odbycia szkolenia wojskowego — innych zaś, zwolnionych ze względu na stan zdrowia — szkolą na lekarzy obrony cywilnej kraju. Szkoleniem medyczno-wojskowym objęci są więc wszyscy słuchacze akademii medycznych.

Obrona kraju jest powszechnym obowiązkiem wszystkich obywateli. Obronność Polski Ludowej wyrasta z istoty naszego ustroju — którego zaprzeczeniem jest wojna, ale który nie neguje walki zbrojnej w wypadku zagrożenia socjalizmu. Agresywnym siłom imperializmu przeciwstawiamy front, w którym żołnierzem będzie każdy obywatel naszej ojczyzny. Podstawą zaś obronności jest u nas połączony wysiłek robotnika, chłopca i żołnierza, trud i praca wszystkich Polaków. W wysiłku tym nie może braknąć również studenta akademii medycznej — przyszłego lekarza czy farmaceuty — oficera rezerwy służby zdrowia.

Zadaniem studium wojskowego akademii medycznej jest między innymi wyrobienie zrozumienia, u przyszłych lekarzy, dla trudu żołnierskiego, zarówno w okresie pokojowym jak też w czasie wojny. Stale pamiętamy słowa Karola Kaczkowskiego\*\*), że „dobra i szybka pomoc lekarska na polu walki wpływa na podtrzymanie ducha żołnierza a rani go zaniedbanie jej i pozostawienie w krytycznej chwili na wolę losu”. W dobie dzisiejszej zadanie to rozszerza się wielokrotnie, gdyż służba zdrowia musi przygotować się do udzielenia pomocy na zagrożonym obszarze kraju, milionom ludności cywilnej. Każdy obywatel bowiem jak walczący żołnierz, musi w razie potrzeby otrzymać pomoc lekarską. Zadanie to

\*) Kierownik Studium Wojskowego

\*\*) Kaczkowski Karol (1797—1867) polski lekarz wojskowy w 1829 r. objął Katedrę Chorób Wewnętrznych U.W. W czasie powstania listopadowego (1830—31) powołany na naczelnego lekarza W.P. i mianowany generałem. Pierwszy w Europie zorganizował grupę sanitariuszy noszowych.

jest najistotniejsze dla obronności i istnienia państwa, gdyż stawia sobie za cel utrzymanie sił biologicznych narodu.

Jak więc należy rozumieć sprawę szkolenia w studium wojskowym akademii medycznej — i jak należy podnosić poziom tego szkolenia? Aby osiągnąć wysoki poziom szkolenia trzeba:

1. Wysokiego poczucia dyscypliny;
2. Odpowiedniego poziomu moralno-politycznego;
3. Wysokiego poziomu wiedzy fachowej.

Trudno sobie wyobrazić jakąkolwiek oraganizację społeczną bez ujęcia jej w pewne zasady porządku i dyscypliny. Nie ma społeczeństwa bez podporządkowania się przepisom i normom prawnym — nie ma wojska bez przestrzegania dyscypliny. Dyscyplina jest poza tym środkiem wychowania nie tylko żołnierzy ale również młodego pokolenia — a więc i młodzieży akademickiej. Wpajając zasady dyscypliny uczymy poszanowania nie tylko regulaminów wojskowych ale i ogólnych praw społeczno-moralnych obowiązujących w naszym społeczeństwie, tym samym przygotowujemy do prawidłowego wypełniania przyszłych obowiązków społecznych i fachowych.

Można by rozdzielić dyscyplinę na dwie składowe części — na dyscyplinę wewnętrzną, inaczej określaną jako dyscyplinę świadomą, która jest niejako wewnętrzną cechą osobowości człowieka — oraz na dyscyplinę zewnętrzną, która cechuje się raczej ogólnym przestrzeganiem rozkazów, norm i przepisów prawnych — reguluje ona układ stosunków pomiędzy rozkazodawcami a wykonawcami. Zaznaczyć jednak wypada, że obydwie części składowe dyscypliny są ściśle ze sobą związane i ogólnie biorąc regulują w prawidłowy sposób ogólne utrzymanie porządku i posłuszeństwa. Idąc dalej można by dyscyplinę podzielić na dyscyplinę społeczną i państwową, a biorąc pod uwagę, że wojsko jest częścią składową społeczeństwa i państwa — dyscyplina wojskowa jest jedną z form dyscypliny społecznej i państwowej. A więc dochodzimy do tego, że dyscyplina to nie sprawa sentymentu — to raczej sprawa rozważli, rozsądku i hartu psychiki. Młodzieży akademickiej — jak w ogóle młodemu pokoleniu bliższe jest uczuciowe ustosunkowanie się do wielu spraw — w szkoleniu wojskowym, które między innymi kształtuje psychikę młodego obywatela — tego rodzaju ustosunkowanie nie może istnieć. Stare łacińskie przysłowie mówi, że „najsprawiedliwsze prawa to surowe prawa”. W szkoleniu wojskowym obowiązują one w całej rozciągłości.

Wśród młodzieży akademickiej obserwuje się zachwianie poziomu dyscypliny. Szkoleniem w studium wojskowym chcemy pomóc władzom uczelni w prawidłowym kształtowaniu sylwetki lekarza społeczności socjalistycznej — jak również przygotować odpowiednio przygotowane rezerwy osobowe — wojskowej służby zdrowia.

Wojskowa służba zdrowia stanowi jedną z rodzajów służb nowoczesnej armii — która spełnia ściśle określoną rolę na ogólnym teatrze działań

bojowych i od jej prawidłowych działań zależy jest sukces tych działań. Brak dyscypliny, względnie jakiegokolwiek nieprawidłowości wynikające z nieprzestrzegania dyscypliny w którejkolwiek ze służb wchodzących w skład formacji wojskowych, działających na polu bitwy natychmiast odbije się na gotowości i sprawności wojsk. Współczesne pole walki — to zgrane działanie kolektywów — a w miarę narastania zespołowej działalności znaczenie dyscypliny wojskowej nabiera szczególnego znaczenia. Przy zespołowej działalności jednocześnie zwiększa się również rola żołnierza — a zwłaszcza jego psychiczno-moralnych predyspozycji. Stąd też konieczność stałego doskonalenia organizacji procesu wykształcenia — nieustannej walki o dyscyplinę — a jednocześnie przeciwdziałania wszelkim przejawom uproszczeń, osłabiania wymagalności i samospokojenia. Studia wojskowe akademii medycznych przygotowują rezerwę kadry dowódczej wojskowej służby zdrowia. Przygotowują więc do działalności kierowniczej — dowódczej — przyszłych lekarzy i farmaceutów. Dowodzenie jest szczególnym rodzajem kierowania. Normalne kierowanie organizuje zespół ludzi do działania społecznego, ściśle określonego w danej sytuacji — i w czasie trwania — aż do osiągnięcia zamierzonych rezultatów. Dowodzenie natomiast poza wymienionymi cechami — dotyczy zespołów ludzi zorganizowanych w specyficznej strukturze wojskowej — a więc kierowanie nimi odbywa się w warunkach najsurowszych z rygorów społecznych — dyscypliny wojskowej — oraz w obliczu zjawisk na ewentualnym polu walki — wywołującym najwyższe napięcia zarówno psychicznych jak i fizycznych sił ludzkich. Dowodzenie i kierowanie różnią sytuacje działania. Kierowanie zasadniczo odbywa się w jednakowych warunkach — dowodzenie natomiast pozbawione jest tych kryteriów — gdyż nawet w warunkach pokojowych — szkolenie i wychowanie odbywa się w warunkach ćwiczebnych — wprawdzie znacznie różniących się od rzeczywistego pola walki — tym niemniej nakładających na dowódców odpowiedzialność za przygotowanie podwładnych do ewentualnych działań bojowych. Można by powiedzieć, że dowodzenie obciąża jednocześnie umysł, system nerwowy i siły fizyczne. Dowódcy ponoszą całkowitą odpowiedzialność za szkolenie, wychowanie i dyscyplinę podwładnych — korzystają jednak i z szerokich prerogatyw — mają prawo wydawania rozkazów — które muszą być bezwzględnie wykonane. Wprawdzie kierowanie i dowodzenie różnią się w konkretnych sposobach i metodach działania ale w swym społecznym i funkcjonalnym działaniu są do siebie podobne. Zarówno kierowanie jak i dowodzenie realizują postawione zadania poprzez wysiłek innych ludzi — i powinny zawierać te same funkcje składowe jakimi są: planowanie, organizowanie, pobudzanie do działania i kontrolowanie.

Studia wojskowe jako jedna z form wychowania i szkolenia przyszłych rezerwowych kadr dowódczych — stosują formę pobudzania szkolonych studentów do działania. Zasadniczą formą oczywiście są rozkazy, które



powinny być natychmiast wykonywane. Uczymy poza tym tego, że istotnym motywem sumiennego wykonywania rozkazów powinna być pełna i świadoma chęć współuczestniczenia i współdziałania w osiągnięciu odpowiedniego przygotowania do przyszłych działań jako lekarzy czy farmaceutów i jako dowódców jednostek służby zdrowia. To współuczestniczenie i współdziałanie powoduje zwykle u szkolonych wyzwolenie energii i inicjatywy, zapału i poświęcenia — zalet, które zwykle dopiero w boju są widocznym źródłem odwagi i bohaterstwa — a w naszych konkretnych warunkach uwidaczniają się najwyraźniej w czasie przeszkolenia w jednostce wojskowej.

Podstawowymi i decydującymi środkami kształtowania wysokich zalet zarówno moralnych jak i bojowych u szkolonych jest praca polityczno-wychowawcza. Praca ta powinna być wielostronna — przygotowująca do kształtowania nie tylko hartu ideowego, ale i przygotowująca do fizycznego i psychicznego uodpornienia we współczesnej wojnie.

Podnoszenie świadomości politycznej powinno się odbywać poprzez wyjaśnianie charakteru współczesnego pola walki. Dokładne przedstawienie obrazu współczesnej walki — znajomość specyfiki umacniają przekonanie o możliwościach obrony przed działaniem broni masowego rażenia — pomagają w zwalczaniu strachu atomowego. Praca polityczno-wychowawcza powinna umiejętnie podkreślać znaczenie inicjatyw aparatu dowódczego. Wyrabianie samodzielności u wszystkich szkolonych ma przyczyniać się do przyszłych ich działań i wyrabiania inicjatywy. Regulaminy wojskowe wyraźnie podkreślają, że na naganę zasługuje nie ten, kto w skomplikowanych warunkach zdecydował — lecz ten, kto w obawie przed odpowiedzialnością i w oczekiwaniu na rozkazy nie przejawiał inicjatywy i nie podjął decyzji. Należy również w związku z kształtowaniem u szkolonych cech dowódczych wspomnieć o autorytecie.

Między autorytetem a dyscypliną istnieje bardzo ścisły związek. Autorytet to potencjalna możliwość sztucznego mobilizowania podwładnych do efektywnego działania. Dowódca cieszący się autorytetem łatwiej utrzymuje porządek wojskowy i dyscyplinę — natomiast nie posiadający autorytetu wpływa niekorzystnie na stan dyscypliny w jednostce dowodzonej. Gen. Tonaut — rozprężenie w armii francuskiej w 1917 roku tak scharakteryzował: „Najgłębsze powody zła, te, które karności największy zadały cios, były tylko dwa: pierwszy, to brak zaufania do naczelnego dowództwa i brak zaufania do niższych dowódców”. Autorytet nigdy nie jest abstrakcją — związany jest zawsze z osobą, która w swoim postępowaniu kieruje się określonymi intencjami. Autorytet dowódcy zwykle wyzwala siły duchowe, pobudza inicjatywę i samodzielność, kształtuje świadomą dyscyplinę — będącą zawsze podstawą zwartości i karności każdej socjalistycznej armii oraz podstawową metodę pobudzania podwładnych do efektywnego działania. Natomiast nie zdaje zupełnie egzaminu przymus fizyczny — który był podstawową metodą

pobudzania w poprzednich epokach. Najbardziej efektywnym sposobem pobudzania do działania jest stwarzanie wokół siebie (posiadając autorytet) atmosfery dobrowolnego posłuchu i zapału. Możliwe to jest jedynie wtedy — kiedy posiada się walory osobiste — które pozwalają narzucać swoją wolę podkomendnym w taki sposób, aby zachowali oni poczucie swobodnego poddania się kierownictwu i czynili to chętnie.

Szkoląc przyszłych dowódców winniśmy nie tylko bazować na indywidualnych cechach charakteru ale musimy podawać im odpowiednie przesłanki teoretyczne naświetlając na tle historycznym znajomość ludzkich spraw i umiejętne współzycie w zbiorowości. Z racji pełnienia swoich obowiązków każdy dowódca — czy kierownik powinien być aktywnym działaczem społecznym, do tych między innymi zadań studia wojskowe przygotowują szkolonych studentów.

ŚRODEK NASENNY I USPOKAJAJĄCY

# SEDACORN

DRAŻETKI

Skład:

<i>winian dwuhydroergotaminy</i>	0,16 mg
<i>bromowodorek skopolaminy</i>	0,08 mg
<i>dwuetylobarbituran sodu</i>	45,0 mg
<i>fenyloetylobarbituran sodu</i>	35,0 mg

*Minimalne dawki barbituranów wywierają synergetyczne silne działanie uspokajające i nasenne wspomagane przez skopolaminę porażającą zakończenia nerwów parasympatycznych i przez dwuhydroergotaminę dzięki jej działaniu na układ symptyczny.*

Wskazania:

*Stany niepokoju i podniecenia  
Napięcie psychiczne i nerwowe  
Bezsenność na tle nerwicowym*

Opakowanie: 10 drażetek

**Chemiczno-Farmaceutyczna  
Spółdzielnia Pracy „Filofarm”  
Bydgoszcz, ul. Sienkiewicza 5**

*Prof. dr farm. Władysław Rusiecki \*)*

## **PRZYSZŁOŚĆ I NOWE ZADANIA WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO**

Po 26 latach oczekiwania, kilkunastu latach starań, uzgodnień, zwalczania trudności i wielu innych kłopotach — Wydział Farmaceutyczny otrzymał dwa pierwsze budynki na terenie osiedla Akademii Medycznej na Polu Mokotowskim. W budowie są dwa duże gmachy: poliklinika i blok dla klinik chirurgicznych oraz rozpoczyna się budowę trzeciego budynku dla Wydziału Farmaceutycznego.

Tragiczne ruiny Warszawy po uzyskaniu wolności w styczniu 1945 r. objęły również trzy gmachy Wydziału Farmaceutycznego: przy ul. Przemysłowej 25, ul. Oczki 3 i na terenie Uniwersytetu Warszawskiego. Mimo całkowitego zniszczenia Wydział podjął swą pracę dydaktyczną korzystając z ocalałej części gamchu przy ul. Oczki oraz lokali adaptowanych (ul. Złota) lub grzecznościowo użyczonych (PZH).

W latach 1946—48 nastąpiła odbudowa gmachów przy ul. Przemysłowej i ul. Oczki, które stały się główną siedzibą Wydziału. Ale od początku ich użytkowania było jasnym, że nie odpowiadają one współczesnym potrzebom Wydziału, a trudności pracy w tych budynkach pogłębiały się każdego roku.

Gmach przy ul. Przemysłowej a później przy ul. Oczki zostały zakupione, rozbudowane i przystosowane dla potrzeb Wydziału kosztem wysiłku i ofiarności zawodu farmaceutycznego. Powstały w r. 1925 Komitet Budowy Gmachów, przekształcony później na Towarzystwo Przyjaciół Wydziału i Oddziałów Farmaceutycznych przy Uniwersytetach w Polsce z inicjatywy i pod przewodnictwem prof. dr Bronisława Koskowskiego rozpoczął swą akcję społeczną i organizacyjną. Prof. B. Koskowski, kierownik Katedry Farmacji Stosowanej, człowiek o wielkim autorytecie w zawodzie farmaceutycznym i rzadko spotykanych zdolnościach organizacyjnych i zapale do pracy społecznej — rzucił hasło zbiórki funduszków przez cały zawód na budowę gmachów dla Wydziału Farmaceutycznego. Wszyscy aptekarze zadeklarowali zbiórkę po 5 groszy od każdej recepty, a personel — składkę po 6 zł rocznie. Również przemysł farmaceutyczny i hurtownie leków wzięły aktywny udział w akcji prof. B. Koskowskiego.

---

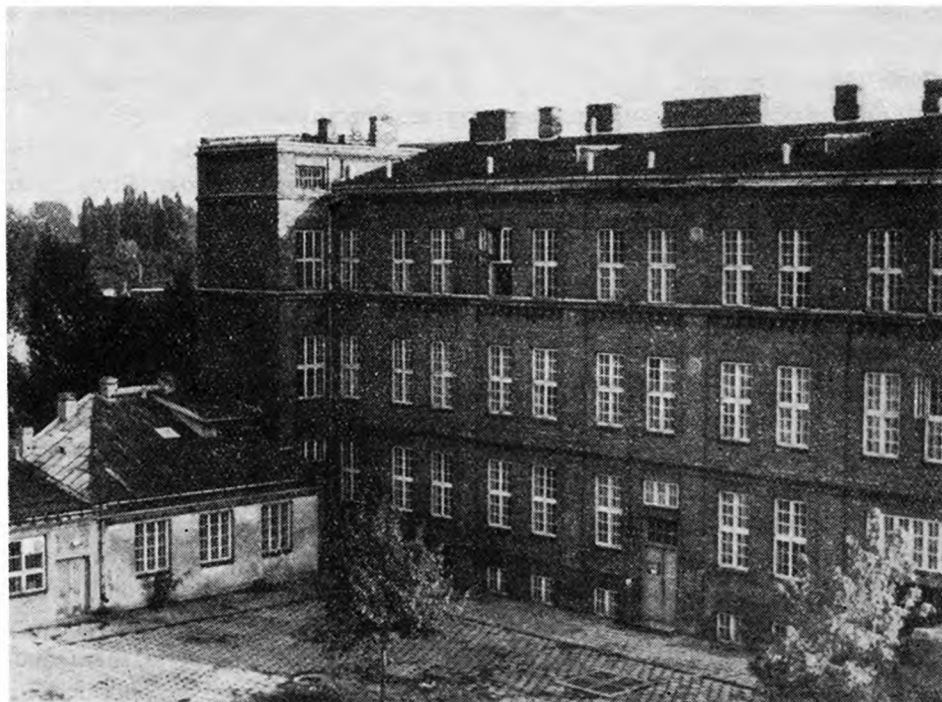
\*) Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Wkrótce zebrano fundusze umożliwiające kupno gmachu przy ul. Przemysłowej 25 za cenę 225.000 złotych. Przy pomocy dodatkowych dotacji państwowych do zbieranych składek społecznych, zostało nadbudowane III piętro na tym gmachu oraz nadbudowano dwa piętra na budynku przy ul. Oczki 3. Razem z budynkiem na terenie Uniwersytetu Warszawskiego potrzeby lokalowe Wydziału były zaspokojone. Jest to zrozumiałe, gdyż w tym czasie studia farmaceutyczne trwały trzy lata, a na każdym roku studiów było nie więcej niż 30—50 studentów. Czwarty rok studiów nie był obowiązkowy i liczył zwykle kilkanaście osób, które zamierzały później doktoryzować się.

W gmachu przy ul. Przemysłowej mieścił się Zakład Chemii Analitycznej dla studentów I i II roku oraz dla studentów Wydziału Lekarskiego, a ponadto Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, Nauki o Środkach Spożywczych oraz pracownia chemii toksykologicznej i sądowej dla stosunkowo niewielkiej grupy studentów IV roku. W tych warunkach zarówno sala wykładowa jak i pracownie laboratoryjne były wystarczające. Pierwsze trudności powstały gdy w r. 1934 studia farmaceutyczne zostały przedłużone do lat czterech, a liczba studentów na IV roku wzrosła do kilkudziesięciu. Trzeba było wykorzystywać większe sale ćwiczeń przez dwa zakłady oraz zwiększyć liczbę miejsc na sali wykładowej.

Właściwe trudności, a nawet tragiczne warunki pracy wystąpiły po zakończeniu wojny. Wypalony gmach przy ul. Przemysłowej został wyremontowany ale już bez trzeciego piętra, limit przyjęć na I rok powiększony został dwukrotnie (z 65 do 130 osób), studia zostały przedłużone do lat pięciu wraz z wprowadzeniem prac magisterskich, wykonywanych eksperymentalnie. Kadra naukowo-dydaktyczna wzrosła przeszło dwukrotnie, znacznie rozwinęła się analityka aparaturowa, powodując znaczny wzrost aparatów naukowych, które wymagają również przestrzeni i specjalnych warunków zabezpieczających sprawność ich użytkowania. Przeciążenie kabli elektrycznych, nie dostosowanych do potrzeb współczesnej aparatury, powodowało stale powtarzające się awarie, paraliżujące ciągłość pracy. Sala wykładowa, bez szatni, nie mogła pomieścić wszystkich studentów, a w okresach jesieni i zimy już po 2 godzinach wykładów wskutek braku wentylacji stwarzała warunki trudne do wytrzymania. Zajęcia praktyczne ze studentami musiały być powtarzane w kilku grupach ze względu na małą liczbę miejsc pracy przy stołach laboratoryjnych.

Dziś, po opuszczeniu gmachu przy ul. Przemysłowej, mimo wyjątkowo trudnych i bardzo męczących warunków pracy zarówno dla studentów jak i personelu zakładów — należy pozytywnie ocenić rolę jaką spełnił ten gmach dla Wydziału Farmaceutycznego. Głęboko społeczna i perspektywiczna twórcza myśl i energia prof. B. Koskowskiego stworzyła bazę, która przez blisko 45 lat służyła Wydziałowi. Szkoliło się w nim kilka-



Gmach przy ul. Przemysłowej 25, w którym mieściła się część Zakładów Wydziału Farmaceutycznego (fot. T. Późniak)

dziesiąt pokoleń magistrów farmacji, z których wielu zajmuje obecnie wysokie stanowiska akademickie, zawodowe lub społeczne. Kilkadziesiąt osób wykonało w tym gmachu swą pracę doktorską lub habilitacyjną.

Gmach przy ul. Przemysłowej 25 dobrze przysłużył się Polskiej Farmacji.

Otrzymanie nowych gmachów w gruntowny sposób zmienia warunki pracy naukowej i dydaktycznej. Pracownie laboratoryjne dla personelu naukowo-dydaktycznego jak i dla studentów są dostosowane do współczesnych potrzeb laboratoryjnych. Są one wyposażone w nowoczesne stoły laboratoryjne i wyciągi; zaopatrzone na każdym stanowisku pracy w urządzenia wodno-kanalizacyjne, gazowe, elektryczne, dopływ wody gorącej, próżni, sprężonego powietrza. Każde digestorium posiada indywidualny przewód wentylacji mechanicznej. Szerokie okna na całej przestrzeni zewnętrznej strony gmachu zapewniają dobre oświetlenie pomieszczeń, a system żaluzji chroni przed zbyt jaskrawym światłem. Dobrze rozmieszczony system oświetlenia elektrycznego zapewnia bezpieczną pracę w godzinach wieczornych. Na podkreślenie zasługuje system urządzeń klimatyzacyjnych zabezpieczający równomierny przepływ powietrza o temperaturze automatycznie regulowanej. Łącznie z rozpoczętą budową trzeciego bloku cały Wydział za kilka lat będzie skupiony

w jednym miejscu. Wówczas będą również wybudowane sale wykładowe, które obecnie mieszczą się w tymczasowo zaadaptowanych pomieszczeniach. Mimo to są one znacznie obszerniejsze i lepiej wyposażone niż dotychczas użytkowane w gmachu przy ul. Przemysłowej.

Objęcie nowych gmachów na Polu Mokotowskim zbiegło się ze zmianą struktury organizacyjnej Wydziału oraz reformą studiów. Stwarza to łącznie dobrą podstawę do kształcenia farmaceuty dostosowanego do współczesnych potrzeb służby zdrowia, do poprawienia warunków nauki i nauczania oraz do podniesienia sprawności nauczania.

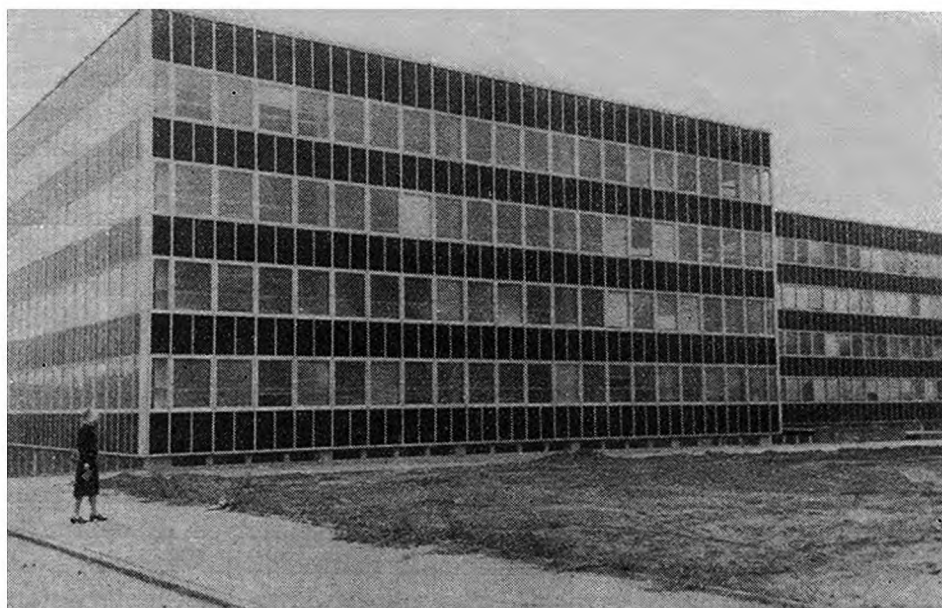
W ostatnich latach nastąpił zasadniczy zwrot w działalności i roli farmaceuty w służbie zdrowia. Uspołecznienie aptek umożliwiło przekształcenie indywidualnych aptek w zbiorowo zorganizowane placówki służby zdrowia. Szereg ważnych czynności jak ocena jakości leków chemicznych i roślinnych, preparatyka leków galenowych itp. zostały scentralizowane w odpowiednich laboratoriach. Dynamicznie rozwijający się przemysł farmaceutyczny wpłynął w znacznym stopniu na pracę aptek. Zmniejszyło się przygotowanie indywidualnych leków recepturowych na rzecz mieszanek produkowanych fabrycznie. W tych warunkach uwytkła się rola magistra farmacji nie jako wykonawcy leku, ale jako znawcy leku. Olbrzymia liczba coraz to nowych leków jakie przemysł farmaceutyczny wprowadza do lecznictwa stwarza duże trudności w opanowaniu znajomości ich właściwości farmakodynamicznych, chemicznych, trwałości, działania ubocznego itp. Apteka społeczna jak i apteka szpitalna stają się coraz bardziej ośrodkiem wiedzy o leku. Zarówno znaczenie leku jako potężnej broni do walki o zdrowie jak i jego złożoność i różnorodność stwarzają konieczność głębokiej współpracy lekarza z farmaceutą w tej dziedzinie. W aptece, zarówno lekarz jak i chory, powinni znaleźć wyczerpujące informacje o nowych lekach, ich działaniu i zastosowaniu, trwałości, działaniu ubocznym i toksycznym na organizm człowieka, prawidłowym dawkowaniu, synergizmie, itp. Koniecznym stała się dobra informacja chorego o prawidłowym stosowaniu leku, jego ewentualnym działaniu ubocznym, trwałości, sposobie przechowywania itp. W niektórych krajach w szpitalnych zespołach konsultacyjnych biorą udział farmaceuci z apteki szpitalnej, jako doradcy w sprawie doboru leku lub zastosowania leków alternatywnych. Do tych zadań szkolony jest współczesny farmaceuta, jak również do prawidłowej organizacji pracy w aptece, w której coraz więcej czynności powierza się pomocniczemu personelowi technicznemu.

Ale praca farmaceuty to nie tylko apteka, lek wyszedł bowiem poza ramy apteki i stanowi odrębny problem naukowy i gospodarczy. Praca nad nowym lekiem jest ważnym ogniwem w podnoszeniu poziomu lecznictwa i wpływa często na metody leczenia jak np. wprowadzenie antybiotyków, witamin, kortykosterydów, leków przeciwcukrzycowych, przeciwgruźliczych i wielu innych.

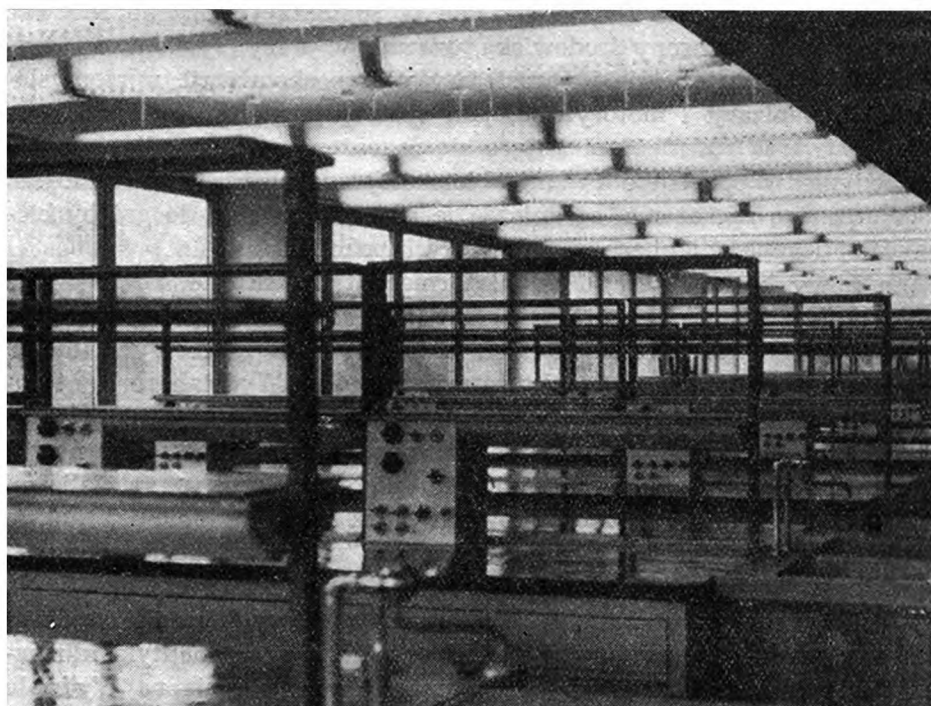
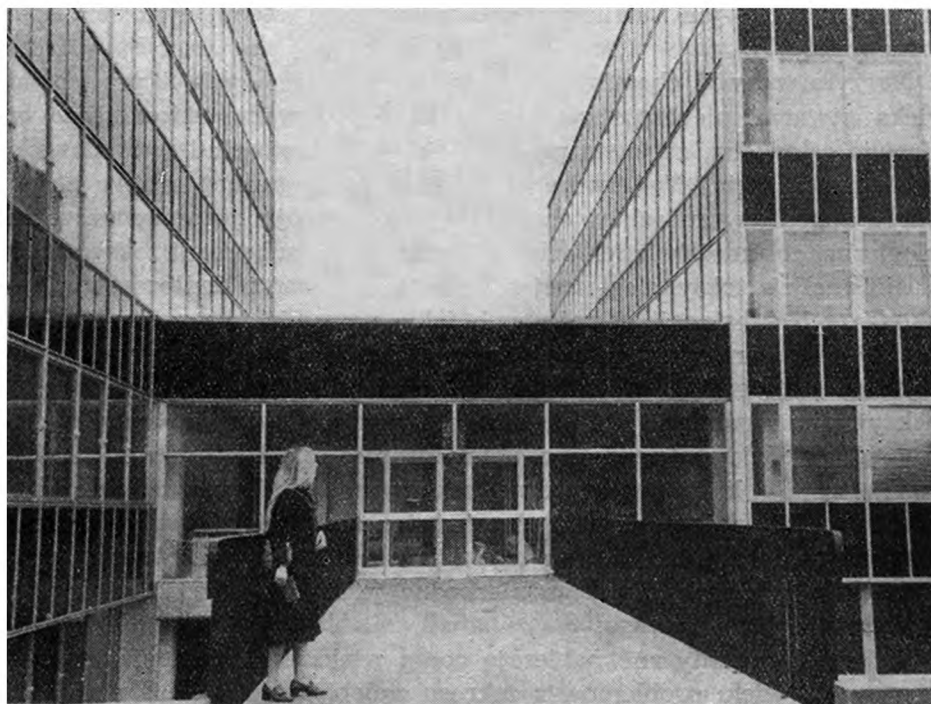


Nie jest możliwa praca nad lekiem w przemyśle bez udziału dobrze wyszkolonych farmaceutów. Praca nad lekiem składa się z dwóch zasadniczych etapów: otrzymania na drodze syntezy substancji chemicznej o określonym działaniu farmakodynamicznym oraz na opracowaniu z substancji chemicznej leku w postaciach odpowiednich dla lecznictwa. Oba etapy pracy są równie ważne, ale nie zawsze docenia się trudne i odpowiedzialne zadania związane z właściwym opracowywaniem postaci leku. Składa się na to wiele czynności jak: ustalenie stopnia czystości substancji i usuwanie ubocznych produktów syntezy, opracowanie metod analitycznych jakościowej i ilościowej czystości związku, działania farmakodynamicznego na cały organizm i poszczególne narządy, w warunkach fizjologicznych i patologicznych ustroju, przemiany biochemiczne w ustroju, mechanizm działania, wchłanianie, kumulacja i wydalanie oraz działania uboczne i toksyczność. Po przeprowadzeniu tych badań bardzo ważnym działaniem pracy nad lekiem jest opracowanie właściwych postaci leku w odpowiednich dawkach, w trwałej postaci często jałowej, utrzymującej się zarówno w czasie produkcji jak i leku gotowym z uwzględnieniem różnych warunków temperatury, wilgotności, wpływu powietrza, czynników mikrobiologicznych itp. Do tego dochodzą studia nad ew. działaniem teratogennym, karcinogennym, mutagennym, genetycznym. Do tych prac jest konieczna nie tylko dobra znajomość chemii technologicznej i analitycznej, ale także szeregu innych dyscyplin jak biochemii, farmakodynamiki, toksykologii, mikrobiologii, techniki pracy eksperymentalnej na zwierzętach, maszynoznawstwa i technologii form leków itp. Ostatnio przeprowadzona reforma studiów farmaceutycznych uwzględnia wszystkie te potrzeby szkoleniowe, co stwarza dużą rozpiętość dyscyplin naukowych jakie są wykładane na studiach farmaceutycznych.

Drugą dziedziną wykształcenia i działalności współczesnego farmaceuty jest bioanalitika. Polega ona na powiązaniu i dostosowaniu analizy chemicznej, fizyko-chemicznej, biochemicznej, mikrobiologicznej do potrzeb służby zdrowia. Bioanalitik obok dobrej znajomości wszystkich rodzajów współczesnej analizy umie powiązać przebieg i wyniki swych badań z procesami fizjologicznymi i patofizjologicznymi ustroju człowieka. Bioanalitika należy do podstawowych dziedzin pracy w diagnostyce lekarskiej oraz w zapobiegawczej służbie zdrowia. Nie jest do pomyślenia współczesna diagnostyka zdrowia bez analizy wydaliny i płynów ustrojowych. Równie podstawowe znaczenie dla zapobiegania wielu schorzeniom posiadają badania i analiza żywności i warunków żywienia. Dzięki badaniom bromatologicznym można nie dopuścić do spożywania wielu szkodliwych dla zdrowia substancji chemicznych, które przemysł chciałby dodawać do żywności, aby podnieść jej trwałość, cechy organoleptyczne lub przynieść większe korzyści ekonomiczne. Chemiczne i mikrobiologiczne badania żywności wyjaśniają przyczyny i za-



Nowe bloki Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Banacha 1



Wejście główne i sala ćwiczeń dla studentów w nowym bloku (fot. T. Późniak)

pobiegają masowym zatruciom pokarmowym występującym w ciepłej porze roku.

Olbrzymi rozwój chemizacji wszystkich dziedzin życia i pracy człowieka stwarza niebezpieczne warunki oddziaływania szkodliwego na zdrowie człowieka, zarówno przy pracy zawodowej jak i w środowisku codziennego życia. Na drodze analizy toksykologicznej można poznać wpływ szkodliwy związków chemicznych na ustrój i jego czynności fizjologiczne, co umożliwi ich selekcję i eliminację substancji toksycznych. Dzięki analizie toksykologicznej można kontrolować i limitować stężenia szkodliwych substancji chemicznych jakie powstają w przemyśle i rolnictwie. W oparciu o analizę toksykologiczną ustala się najwyższe dopuszczalne stężenia substancji chemicznych w zakładach pracy, określa maksymalną zawartość pozostałości pestycydów i innych chemikaliów w żywności, wodzie i w powietrzu, ustala granice tolerancji ustroju na substancje trujące, które bez widocznej szkody mogą być przyjmowane przez człowieka. Aby rozwiązać te trudne i złożone problemy badań toksykologicznych niezbędne jest oparcie tego działu analizy na organizmach zwierząt laboratoryjnych, do czego niezbędna jest dobra znajomość biologii i biochemii ustroju żywego.

Badania bioanalityczne nabierają coraz większego znaczenia dla rozwiązywania wielu problemów z zakresu zapobiegawczej służby zdrowia. Posiadają one również duże znaczenie w społecznej ochronie zdrowia, dotyczą bowiem ochrony środowiska, warunków pracy, żywienia każdego człowieka. Potęgujący się i narastający proces chemizacji, uprzemysłowienia, urbanizacji i motoryzacji, jaki obserwuje się obecnie na całym świecie stwarza również potęgujące się zagrożenie zdrowia dla człowieka. Jedynie w oparciu o badania bioanalityczne można poznać stopień współczesnego zagrożenia, ograniczać je i nie dopuszczać do groźby biologicznej degeneracji obecnego i przyszłych pokoleń.

Ten nowy kierunek roli i zadań farmaceuty w służbie zdrowia oraz związanych z tym zmian pracy dydaktycznej staje się obecnie możliwy do realizacji wskutek zasadniczych zmian w działalności Wydziału. Są to: reforma studiów, nowa struktura organizacyjna Wydziału, oraz otrzymanie nowych gmachów na Polu Mokotowskim.

Do najistotniejszych zmian jakie wprowadza reforma studiów należy wprowadzenie analityki klinicznej jako piątego kierunku specjalizacji oraz pogłębienie studiów kierunkowych przez wprowadzenie ich już po trzech latach. Studia farmaceutyczne kończą się po 5 latach pracą magisterską wykonywaną zgodnie z obranym kierunkiem specjalizacji. Na Wydziale Farmaceutycznym w Warszawie są cztery kierunki studiów: apteczny, analizy farmaceutycznej, technologiczny oraz analityki klinicznej. Piąty kierunek zielarski — jest prowadzony jedynie na Wydziale Farmaceutycznym w Poznaniu. Duży wpływ na dobre wyszkolenie farmaceuty będzie wywierać przedłużenie okresu studiów kierunkowych do

2 lat, co rozpocznie się już od przyszłego roku akademickiego. Układ kierunków studiów, jak również przedłużenie ich trwania, stwarzają dobrą i mocną podstawę do wykształcenia współczesnego farmaceuty, przygotowanego do nowych zadań pracy w służbie zdrowia.

Nowa struktura organizacyjna Wydziału wprowadziła dwa instytuty: Nauki o Leku i Biofarmacji. Układ wewnętrzny instytutów jest dostosowany do obu nurtów potrzeb dydaktycznych i naukowych farmacji. Instytut Nauki o Leku sprofilowany jest do badań nad lekiem chemicznym i roślinnym we wszystkich etapach produkcji począwszy od syntezy, badań związanych z opracowywaniem nowych postaci leków, kontrolą i oceną ich wartości i dobroci, warunkami obrotu i przygotowywania dla indywidualnych potrzeb chorego, aż do przepisów prawnych związanych z lekiem oraz podstaw ekonomicznych gospodarki lekiem.

Instytut Biofarmacji koncentruje zagadnienia dydaktyczne i naukowe związane z kształceniem bioanalityków wszystkich kierunków jakie są obecnie potrzebne w służbie zdrowia. W Instytucie tym została powołana Samodzielna Pracownia Metod Unikalnych, w której skoncentrowana jest nowoczesna aparatura naukowa, przeznaczona dla potrzeb wszystkich zakładów na naszym Wydziale. Badania analityczne zarówno chemiczne jak i biologiczne opierają się obecnie na precyzyjnych metodach instrumentalnych, które jedynie dają wyniki szybkie, pewne i obiektywne. Nowoczesna aparatura analityczna jest bardzo kosztowna oraz wymaga dobrze wyszkolonej obsługi i dlatego jej koncentracja na Wydziale przyczyni się do usprawnienia pracy naukowej i podniesienia poziomu dokumentacji prowadzonych badań.

Szczęśliwie składa się, że obie te podstawowe zmiany w kierunkach działalności Wydziału zbiegły się z otrzymaniem nowych budynków na Polu Mokotowskim. Realizacja nowych założeń pracy dydaktycznej i naukowej nie byłaby możliwa w poprzednich, nad wyraz uciążliwych i przykrych warunkach. Obecnie Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Warszawie wkracza w nowy, historyczny etap swej działalności, wytyczający nowe kierunki pracy w służbie zdrowia. Realizować go będziemy w oparciu o sumienną i ofiarną pracę, entuzjazm, ambicję i zapał wszystkich pracowników Wydziału.

*Проф. д-р Владислав Русецкий*

## ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ В НОВОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

### Содержание

Три новых фактора: реформа академического обучения, новая организация факультета и получение двух новых зданий, будут решающе влиять на дидактическую и научную работу Фармацевтического Факультета в течение будущих годов.

Фармацевтический Факультет может в настоящее время вполне приспособить свою работу к современным нуждам здравоохранения и роли какую должен в ней исполнять фармацевт.

Автор выясняет работу фармацевта в аптеке как работника разбирающегося в составе лекарства и его участие в работах над технологией и обработкой новых форм медикаментов.

Дидактической и научной работой в этой области заведует Институт Наук о Лекарствах.

Другой в Факультете Институт Биофармации занимается обучением биоаналитиков, приготовленных к лабораторной работе, врачебной диагностике и к профилактике охраны здоровья. Эта подготовка касается работы в области анализа и контроля качества питания, токсикологических исследований среды и условий профессиональной работы, клинической аналитики и биохимических исследований.

В этих областях работа современного фармацевта, обученного на основе новой программы и в новых условиях работы занимает все увеличивающееся значение.

*Prof. dr Władysław Rusiecki*

#### THE FUTURE AND NEW TASK OF THE FACULTY OF PHARMACY

Three new factors: reform of academic studies, new organization of the Department and the receiving of two new buildings will decide about the didactic and research work of the Faculty of Pharmacy in Warsaw Medical Academy for a number of coming years. At present the Faculty of Pharmacy can fully adjust its work to the contemporary requirements of health service and to the role which the pharmacist should play in it. The author has discussed the work of the pharmacists in the chemist's shop as a drug specialist and his participation in the work on technology and elaboration of new forms of drugs. The Institute on Drug Teaching directs didactic and research work in this field. The second institute in the Faculty of Pharmacy is the Institute of Biopharmacy. It is concerned with the education of bioanalysts prepared for the laboratory work in medical diagnostics and in the field of prophylactic protection of health. Prophylaxis concerns analysis and control of quality of foodstuffs and nutrition, toxicologic investigations of the environment and conditions of professional work, clinical analytics and biochemical investigations. In these fields the work of the contemporary pharmacist who is well prepared on the basis of the new programmes and the new conditions of work in the Faculty of Pharmacy — is becoming ever more important.

*Jerzy Sekulski \**

### **„MISTER WARSZAWY — 1970” BUDYNKI WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO A.M.**

Warszawska Akademia Medyczna od momentu powołania nie posiada właściwej bazy lokalowej, zabezpieczającej prawidłowe prowadzenie działalności dydaktycznej, naukowej i usługowej. Działalność Uczelni opierała się dotychczas o rozproszone i zlokalizowane w dwudziestu kilku punktach Warszawy obiekty. Większość z nich została wzniesiona kilkadziesiąt lat temu, co powoduje że tak ze względów funkcjonalnych, jak i technicznych nie może we właściwy sposób spełniać swojej roli. Sytuacji tej nie mogły również rozwiązać dość częste i kosztowne remonty kapitalne oraz modernizacje.

Dlatego też w latach 60-tych powstała koncepcja budowy nowej bazy lokalowej dla całej Uczelni na Polu Mokotowskim. Na inwestora bezpośredniego tej inwestycji powołano Zarząd Inwestycji Akademii Medycznej w Warszawie. Ze względu na unikalny charakter większości obiektów, zarówno w przygotowaniu inwestycji jak i w czasie realizacji budowy występowały duże trudności w rozwiązaniu wielu problemów projektowych, materiałowych i wyposażenia, co spowodowało, że pierwsze budynki dla części Wydziału Farmaceutycznego zostały oddane do użytku w końcu 1970 r.

Dobra architektura, harmonijne wkomponowanie bryły w rejon miasta, funkcjonalność i wysoka jakość robót budowlano-montażowych wpłynęły na to, że obiekty te zostały uznane jako najlepsze na terenie Warszawy w 1970 roku i uzyskały tytuł „Mister Warszawy — 1970”.

Fakt uzyskania tego tytułu przez pierwsze oddane do użytku budynki Akademii Medycznej pozwala mieć nadzieję, że dotychczasowy i dalszy wysiłek wszystkich zaangażowanych w przygotowanie i realizację inwestycji, doprowadzi do uzyskania właściwych efektów gospodarczych.

Są to 2 budynki trzypiętrowe, połączone ze sobą łącznikiem, konstrukcji prefabrykowanej opartej o specjalnie dla tych obiektów zaprojektowane ramy „H”, które produkowane były w wytwórni prefabrykatów na placu budowy. Ściany zewnętrzne wykonano w okładzinie aluminiowej i marblitowej. Ogólna kubatura budynków wynosi 43.087 m<sup>3</sup>, powierzchnia użytkowa 8,245 m<sup>2</sup>. Koszt budowy wynosi 98.025.000,— zł. Obiekty

\*) Zarząd Inwestycji

przeznaczone są dla 450 studentów. Wskaźnik kosztu na 1 m<sup>3</sup> wynosi łącznie z wyposażeniem 2.275.— zł.

Rozwiązanie funkcjonalne budynków oparte zostało na szerokich studiach potrzeb i wymagań użytkownika. W obiektach znalazły się wszelkie pomieszczenia niezbędne do prowadzenia prac naukowo-badawczych i dydaktycznych. Pomieszczenia te zostały wyposażone w odpowiednie instalacje sanitarne i elektryczne oraz w maszyny i urządzenia.

W dotychczas przekazanych do użytku obiektach znajdują się następujące zakłady Wydziału Farmaceutycznego:

- Zakład Technologii Środków Leczniczych
- Zakład Chemii Organicznej
- Zakład Chemii Farmaceutycznej
- Zakład Biochemii
- Zakład Analityki Klinicznej
- Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej
- Zakład Bromatologii
- Zakład Chemii Toksykologicznej
- Zakład Chemii Fizycznej
- Samodzielna Pracownia Unikalnych Metod Analitycznych

Autorami projektu są inż. arch. inż. arch.: T. Banaszek, S. Roszczyk i E. Sokołowski z Biura Projektów Służby Zdrowia w Warszawie, które pełni funkcję biura kierującego dla opracowania całości dokumentacji obiektów akademii. Projekt konstrukcji stalowo-aluminiowych ścian osłonowych wraz z oknami i drzwiami zewnętrznymi opracowało Biuro Studiów i Projektów Konstrukcji Stalowych „Mostostal” w Warszawie. Generalnym wykonawcą robót było Przedsiębiorstwo Budownictwa Miejskiego „Warszawa-Południe”. Nadzór inwestycyjny nad przygotowaniem i realizacją inwestycji pełnił Zarząd Inwestycji Akademii Medycznej w Warszawie. W trakcie opracowania dokumentacji i przy realizacji budowy z wymienionymi jednostkami współpracowało wiele innych jednostek gospodarczych i specjalistycznych przedsiębiorstw. Projekt realizacyjny opracowano w roku 1964, a realizację inwestycji rozpoczęto w 1965 r.

Ze względu na szybki postęp w świecie nauki, w wielu przypadkach dokumentacja wymagała odpowiedniego dostosowania do aktualnych osiągnięć wiedzy medycznej i technicznej w trakcie realizacji budowy. Uwzględnić trzeba było również możliwości produkcyjne i materiałowe przedsiębiorstw wykonawczych oraz dostawców maszyn i urządzeń.

Dużą rolę w bieżącym oddziaływaniu na jakość i terminowość realizacji obiektów odegrał Zespół d/s Inwestycji Akademii Medycznej pod przewodnictwem prorektora d/s Klinicznych i Inwestycji prof. dr med. Lucjana Stępnia. Zespół ten, poza kierowaniem całością prac programowych, zabezpieczał do udziału w bieżących pracach programowych i projektowych, odpowiednich konsultantów rekrutujących się z wysoko specjalizowanych pracowników dydaktyczno-naukowych uczelni.



Stały kontakt z przedstawicielami biur projektowych, wykonawstwa budowlanego i z załogami robotniczymi oraz z bezpośrednim nadzorem inwestycyjnym zapewnił dobry klimat, niezbędny do współpracy wszystkich realizujących to piękne i odpowiedzialne zadanie.

*Ежи Секульски*

**«МИСТЕР ВАРШАВЫ 1970 ГОДА» — ЗДАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО  
ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

В прошлом году были отданы Фармацевтическому Факультету первые здания реализованного центра Медицинской Академии в Варшаве.

Эти первые два здания являются трехэтажными зданиями, соединяющимися крытым проходом общая кубатура 43.087 м<sup>3</sup>.

Хорошая архитектура, гармоническое вменение здания в окружающую обстановку, функциональность и высокое качество строительно-монтажных работ повлияли на то, что эти здания были оценены в годовом конкурсе лучшими в Варшаве и получили звание «Мистер Варшавы — 1970 г.»

*Jerzy Sekulski*

**THE BUILDINGS OF THE FACULTY OF PHARMACY  
„MISTER WARSAW — 1970”**

Last year for the use of the Faculty of Pharmacy the first buildings were assigned among the buildings being put up for the Medical Academy Center in Warsaw. The said buildings comprise two buildings of 3 floors each with connecting part of total cubature of 43,087 m<sup>3</sup>.

The architecture is interesting, there is harmony with the general composition of the city, the well-planned interior and the high quality building and installation work have influenced the decision of awarding these buildings with the title of "Mister Warsaw — 1970" as the best buildings for the city of Warsaw in the yearly competition.

**ŚRODEK ROZSZERZAJĄCY NACZYNNIA  
WIEŃCOWE**

# SORBONIT

**TABLETKI**

*Skład: 2,5-dwuazotan 1,4:3,6-dwuanhydrosorbitol 0,01  
SORBONIT wyróżnia się wysoką aktywnością w za-  
pobieganiu i leczeniu bólów wieńcowych. Działa sku-  
tecznie w napadach bólowych już po 2—3 minutach  
od chwili podania.*

*W ustroju rozpada się powoli, co zapewnia długo-  
trwałe jego działanie w ciągu 4—6 godzin.*

*Wskazania:*

- niewydolność wieńcowa w różnych stadiach*
- choroba wieńcowa przebiegająca z nadciśnieniem  
i niewydolnością krążenia*
- stan po przebytych zawale serca*
- zapobiegawczo i leczniczo w atakach duszniczy  
bolesnej*
- chromanie przestankowe*

*Opakowania: 30 i 250 tabletek*

**Zakłady Chemiczne „Organica”  
Spółdzielnia Pracy  
Łódź, ul. Sarnia 3/5**

Lek. Zofia Obuchowicz-Łożyńska \*)

### **DZIAŁALNOŚĆ STUDIUM WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

W nowoczesnej koncepcji kultury, wychowania i wykształcenia ogólnego — wychowanie fizyczne nabrało szczególnego znaczenia. Powszechnie uznaje się i docenia wszechstronny wpływ ćwiczeń na cały organizm i psychikę człowieka. Teoria wychowania fizycznego jest obecnie wiedzą bardzo rozległą, jednocześnie problematyka wychowania fizycznego stała się przedmiotem żywych zainteresowań szeregu dyscyplin naukowych, przede wszystkim medycyny, pedagogiki, psychologii i socjologii.

W programie studiów lekarskich, wychowanie fizyczne jako przedmiot nauczania opiera się na wyraźnie określonych celach i zadaniach. Mianowicie do podstawowych zadań należy:

- przygotowanie studenta do przyszłej pracy lekarskiej w zakresie kultury fizycznej,
- zapoznanie z możliwościami wykorzystania kultury fizycznej w profilaktyce, rehabilitacji i leczeniu,
- usprawnienie studenta poprzez różne formy ćwiczeń ruchowych oraz zapewnienie mu stałego podnoszenia stanu zdrowia i ogólnego rozwoju fizycznego,
- wykorzystanie kultury fizycznej w działalności wychowawczej.

Istnieje wiele powiązań w przedmiocie zainteresowań współczesnej medycyny i kultury fizycznej. Lekarz niemal każdej specjalności spotyka się z koniecznością określania stanu zdrowia, wydolności organizmu i zdolności do różnych wysiłków fizycznych. Medycyna, nie tylko w dziedzinie profilaktyki, lecz również w szeregu specjalnościach klinicznych wykorzystuje środki i metody wychowania fizycznego. Usprawnianie lecznicze chorych i rekonwalescentów jest powszechnie stosowane w wielu placówkach leczenia otwartego i zamkniętego. W nowoczesnie ujętej terapii schorzeń układu ruchowego, układu krążenia i oddechowego, w chorobach neurologicznych i coraz częściej w psychiatrii, nieodzowne jest leczenie ruchem — nawet w odniesieniu do obłożnie chorych.

---

\*) Kierownik Studium Wychowania Fizycznego

## REALIZACJA PROGRAMU

W świetle znacznego postępu teorii i praktyki wychowania fizycznego istnieje potrzeba zaznajomienia wszystkich studentów z rolą i znaczeniem kultury fizycznej. Szczególnie studenci medycyny — przyszli lekarze powinni poznać medyczne problemy wychowania fizycznego, by w przyszłości zajmować właściwe stanowisko i pracować z pożytkiem dla rozwoju medycyny i kultury fizycznej.

W tym celu tematyka wszystkich ćwiczeń wychowania fizycznego (ogólna liczba na I i II roku wynosi 60 ćwiczeń = 120 godzin) została opracowana przez zespół Studium w dwóch aspektach: strona praktyczna obejmuje ćwiczenia fizyczne w ramach podstawowych dyscyplin sportowych (gimnastyka, lekkoatletyka, gry zespołowe, pływanie); strona teoretyczna zawiera szereg zagadnień z zakresu higieny fizjologii wysiłku fizycznego, biomechaniki, medycyny sportu, pierwszej pomocy i metodyki wychowania fizycznego.

Jednocześnie przyjęto zasadę, że wychowanie fizyczne stosowane w różnych formach powinno obejmować 100% uczącej się młodzieży, niezależnie od stanu zdrowia i wydolności organizmu. W związku z tym zorganizowano kilka rodzajów zajęć. Podstawową formą pracy dydaktycznej są ćwiczenia ogólnorozwojowe, prowadzone dla studentów I i II roku w wymiarze 2 godzin tygodniowo.

Dla studentów z upośledzonym stanem zdrowia zostały zorganizowane ćwiczenia usprawniania leczniczego, prowadzone przez magistra wychowania fizycznego — specjalistę w dziedzinie rehabilitacji. Studenci, którzy otrzymują całkowite zwolnienie lekarskie uczestniczą w seminariach z teorii wychowania fizycznego.

Młodzież uzdolniona ruchowo, zgłaszająca chęć specjalizacji w wybranej dyscyplinie sportowej zgłasza się na treningi grup sportowych, które są jednocześnie sekcjami klubu AZS AM. Studium Wychowania Fizycznego prowadzi 9 sekcji sportowych: lekkoatletykę, siatkówkę, koszykówkę, piłkę nożną, pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo, narciarstwo, tenis stołowy. W treningach sekcji uczestniczą zarówno studenci objęci obowiązkowym wychowaniem fizycznym, jak i studenci lat wyższych. Studenci i pracownicy, entuzjaści wychowania fizycznego — niezrzeszeni, mogą brać udział w ćwiczeniach, w ramach akcji „sportowych sal otwartych” dla wszystkich chętnych.

Jest zasadą, że co roku przed przystąpieniem do ćwiczeń nowo przyjętych studentów, dokonuje się przeglądu lekarskiego, celem zakwalifikowania do odpowiednich grup ćwiczebnych. Jednocześnie zostaje przeprowadzony test sprawności fizycznej. Również warunkiem zaliczenia programowych ćwiczeń wychowania fizycznego po II roku studiów jest uzyskanie przynajmniej dostatecznych rezultatów w kolejnych testach sprawności fizycznej.

WYNIKI WYBRANYCH PRÓB Z TESTU SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ W ROKU  
AKADEMICKIM 1968/69 i 1969/70

Tabela 1

Grupa ćwiczeń	Liczba studen- tów  %	Średni czas biegu na 100 m w sek. mężczyźni		Średni czas biegu na 60 m w sek. kobiety		Średnia dłu- gość skoku w dal w cm mężczyźni		Średnia dłu- gość skoku w dal w cm kobiety		Liczba umiejących przeplłynąć 25 m	
		I sem	IV sem	I sem	IV sem	I sem	IV sem	I sem	IV sem	I sem	IV sem
Ćwiczenia programowe ogólnoroz- wojowe	$\frac{322}{72,1}$	14,56	14,38	11,16	11,03	444	448	307	310	202	307
Ćwiczenia usprawnia- nia leczni- czego	$\frac{24}{5,8}$	17,95	—	14,32	—	323	—	186	—	5	15
Seminaria z teorii wych. fiz.	$\frac{15}{3,8}$	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
Treningi sportowe	$\frac{46}{11,3}$	13,68	13,43	10,28	10,02	470	479	332	347	42	46
Razem	$\frac{407}{100}$										

Wyniki testów wykazują, że młodzież studiująca na naszej uczelni stanowi grupę o bardzo niskiej sprawności fizycznej, odbiegającej wyraźnie od norm określonych dla młodzieży w tej grupie wieku. Najlepsze wyniki Studium uzyskuje w zakresie nauki pływania, gdyż od szeregu lat przy poparciu władz uczelni zaliczenie przedmiotu uzależniono od zdobycia przez studenta umiejętności pływania. Przeciętnie na każdym I roku studiów w semestrze zimowym tylko 60% studentów umie pływać, natomiast w semestrze letnim II roku umiejętność pływania zdobywa 90% ogółu.

Zamiłowanie do ćwiczeń fizycznych i zainteresowanie sportem wśród większości studentów jest niewielkie. Najczęstszym tłumaczeniem jest brak czasu i potrzeby ruchu, czyli brak nawyków uprawiania różnych form kultury fizycznej. Postępy sprawności fizycznej uzyskane po dwóch latach ćwiczeń, są nieznaczne, jednak systematyczny udział w tego typu zajęciach stanowi dla studentów niezwykle pożyteczny rodzaj odprężenia i czynnego wypoczynku w warunkach intensywnej pracy umysłowej i nauki. Po upływie tego czasu cechuje studentów świadoma postawa i docenianie roli wychowania fizycznego. Z roku na rok obserwuje się

większe zainteresowanie i liczniejszy udział studentów lat wyższych w zajęciach fakultatywnych.

Najpopularniejszą formą działalności Studium są programowe obozy wychowania fizycznego, organizowane w okresie ferii letnich i zimowych. Co roku średnio 300 studentów bierze udział w tej pożytecznej akcji, korzystając z najrozmaitszych form czynnego wypoczynku sportu i turystyki. Na obozach letnich Studium zapoznaje studentów z najrozmaitszymi dyscyplinami sportowymi, jak np.: wioślarstwo, kajakarstwo, żeglarstwo, turystyka piesza i rowerowa, łucznictwo, badminton; na obozach narciarstwo i łyżwiarstwo. Na każdym obozie tw. medyczno-sportowym, obok ćwiczeń prowadzone są przez pracowników naukowych akademii medycznej wykłady i seminaria w zakresie fizjologii wysiłku fizycznego, higieny pracy i wypoczynku, traumatologii i teorii wychowania fizycznego.

Programowe obozy wychowania fizycznego przynoszą młodzieży olbrzymie korzyści nie tylko dla zdrowia i sprawności fizycznej — jednocześnie pozwalają oddziaływać wychowawczo przez kształcenie takich cech osobowości jak dyscyplina, wytrwałość, solidarność, odwaga, przedsiębiorczość, poczucie odpowiedzialności.

#### PRACA ORGANIZACYJNA

W rzeczywistości Studium Wychowania Fizycznego odpowiada za całość spraw związanych z wychowaniem fizycznym i sportem studentów na uczelni. Jednak właściwą komórką sportową jest klub uczelniany Akademickiego Związku Sportowego. AZS wykazuje wiele cennej inicjatywy szczególnie w planowaniu i organizowaniu imprez sportowych. Studium Wychowania Fizycznego bierze udział we wszystkich poczynaniach młodzieży. W ciągu roku akademickiego wszystkie sekcje sportowe biorą udział w warszawskiej lidze międzyuczelnianej AZS. Główną imprezą są ogólnopolskie mistrzostwa klubów AZS akademii medycznych, które odbywają się co dwa lata. Studenci naszej uczelni we współzawodnictwie z medykami z innych miast nieraz uzyskiwali bardzo dobre wyniki, jak np. trzykrotne drużynowe mistrzostwo Polski akademii medycznych w pływaniu 1966, 1968, 1969 rok; w siatkówce mężczyzn 1967 r. oraz mistrzostwo w lekkiej atletyce mężczyzn 1969 r.

Najpopularniejszą imprezą sportową na uczelni są coroczne międzyrocznikowe mistrzostwa pływackie o puchar Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej.

#### PRACA NAUKOWO - BADAWCZA

Istnieje wiele kwestii wymagających stałej obserwacji i badania młodzieży objętej obowiązkowymi ćwiczeniami wychowania fizycznego. Studium Wychowania Fizycznego systematycznie prowadzi badania

zmierzające do oceny stanu zdrowia i wydolności fizycznej. Po linii tych zainteresowań została nawiązana współpraca z Zakładem Fizjologii Pracy i Katedrą Rehabilitacji AM. W badaniach bierze udział cały zespół pracowników dydaktycznych, lekarz Studium oraz członkowie studenckiego Koła Naukowego Fizjologii Stosowanej i Medycyny Sportu.

Od wielu lat charakterystycznym zjawiskiem w naszej uczelni była duża liczba zwolnień lekarskich z programowych ćwiczeń wychowania fizycznego.

**DANE LICZBOWE DOTYCZĄCE ZWOLNIEŃ LEKARSKICH  
Z ĆWICZEŃ WF W LATACH 1960—1970.**

Tabela 2.

Rok akademicki	Liczba studentów objętych programem ćwiczeń wf	Liczba zwolnień lekarskich	Liczba zwolnień w %
1960/61	1153	216	18,7
1961/62	2122	210	18,4
1962/63	1207	168	13,9
1963/64	1328	222	16,8
1964/65	1277	217	16,9
1965/66	831	185	22,2
1966/67	822	174	21,1
1967/68	702	89	12,7
1968/69	863	68	7,8
1969/70	818	94	11,5

Na podstawie przytoczonych obliczeń z okresu 10 lat stwierdzono, że na ogólną liczbę studentów I i II roku średnio 18% otrzymuje zwolnienia. Ten stan rzeczy wymagał dokładnej analizy oraz przeciwdziałania wyłączeniu z ćwiczeń wychowania fizycznego dużej grupy studentów. Co roku prowadzone są przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji dodatkowe badania, w wyniku których znaczna liczba studentów z upośledzonym stanem zdrowia jest kierowana do grup usprawniania leczniczego. Studium prowadzi kilka takich grup:

- I. Grupa ćwiczeń ogólnorozwojowych o małej intensywności dla studentów słabych fizycznie, niewydolnych, niesprawnych.
- II. Grupa ćwiczeń dla studentów ze schorzeniami układu krążenia i oddechowego.
- III. Grupa ćwiczeń dla studentów ze schorzeniami narządów ruchu.

Grupy usprawniania leczniczego są otoczone szczególną troską. Z reguły w tych zespołach znajdują się studenci, którzy od szeregu lat nie brali udziału w żadnych ćwiczeniach. Systematycznie są prowadzone badania wpływu ćwiczeń fizycznych na organizm. Uzyskiwane wyniki zdecydowanie dowodzą, że stosowanie ćwiczeń fizycznych dla osób z

**ZESTAWIENIE LICZBOWE ZWOLNIEŃ LEKARSKICH  
W ROKU AKADEMICKIM 1969/70**

Tabela 3

Rodzaj choroby	Liczba zwolnień	%	Kwalifikacja do grup
choroby narządów ruchu urazy, stany pooperacyjne	20	21,2	III
choroby układu krążenia	16	17,0	II
choroby układu oddechowego	12	12,7	II
choroby reumatyczne	10	10,6	I
choroby układu pokarmowego	8	8,5	I
choroby układu moczowo-płciowego	7	7,4	I
choroby oczu	6	6,2	II
choroby nosa, gardła, uszu	5	5,3	I
choroby układu nerwowego	4	4,2	I
choroby skóry	3	3,0	I
inne przyczyny	3	3,0	I
<b>Razem</b>	<b>94</b>		

upośledzonym stanem zdrowia przynosi widoczne korzyści pod postacią lepszej adaptacji do wysiłku fizycznego i wyższej wydolności organizmu. Adaptacja do wysiłku, po odbyciu cyklu ćwiczeń, dotyczy przede wszystkim układu krążenia, co wyraża się wystąpieniem istotnych statystycznie różnic, w sensie zwolnienia częstości tętna po wysiłku oraz większej stabilności ciśnienia tętniczego krwi.

**ZMIANY W CZĘSTOŚCI TĘTNA U 44 STUDENTÓW Z GRUP USPRAWNIANIA  
LECZNICZEGO PO CYKLU 18 ĆWICZEŃ W CIĄGU 6 MIESIĄCY**

Tabela 4

Kolejność badania	Grudzień		Maj		t
	$X \pm S_x$	S	$X \pm S_x$	S	
I przed rozpoczęciem ćwiczeń	74,24 ± 0,82	5,35	70,86 ± 0,57	3,76	3,385**
II po 20 min. ćwiczeń	182,48 ± 2,81	18,48	146,96 ± 2,12	13,42	10,091**
III po 40 min. ćwiczeń	118,22 ± 1,92	12,60	100,10 ± 2,30	15,11	6,048**
IV po zakończeniu ćwiczeń	86,27 ± 1,05	6,86	72,48 ± 0,81	5,30	10,399**

Następnym problemem w pracy Studium jest rozpoznawanie u studentów wad postawy i zapobieganie dalszemu pogłębianiu się zniekształceń, poprzez właściwy dobór ćwiczeń korektywnych oraz wyrobienie



nawyków autokorekcji. Jednocześnie studenci zapoznają się z najnowszymi metodami w zakresie diagnostyki wad postawy i leczenia ruchem. W ramach badań prowadzonych przez studium, wykonano między innymi badania wydolności stóp u studentów I roku Wydziału Lekarskiego i farmacji. Analiza prób wydolności i plantokonturografów 804 stóp wykazała w 87% różnego stopnia odchylenia od normy w kształcie i czynności. U kobiet najczęstszą wadą była stopa poprzecznie płaska ze znacznie wyrażonym paluchem koślawym, a u mężczyzn podłużne płaskostopie.

W oparciu o uzyskane informacje dotyczące stanu zdrowia i wydolności organizmu, opracowuje się metodykę ćwiczeń fizycznych dla młodzieży dorosłej oraz odpowiednie testy pozwalające ocenić sprawność i wydolność. Co roku w piśmiennictwie fachowym ukazuje się kilka publikacji, których autorami są pracownicy studium. Ostatnio zostały otwarte dwa przewody doktorskie.

#### WARUNKI PRACY

Studium Wychowania Fizycznego pracuje w ciężkich warunkach, ponieważ uczelnia nie posiada żadnego własnego obiektu sportowego. W tej sytuacji co roku wynajmuje się w różnych punktach miasta sale i urządzenia, zdobywając zaledwie minimum warunków. W stolicy powszechnie jest odczuwany niedostatek obiektów sportowych. Naszej uczelni brak jest nie tylko własnej hali sportowej i pływalni, ale również boisk i terenów otwartych oraz przystani i pomieszczeń dla sprzętu żeglarskiego, wioślarskiego i turystycznego. Ostatnio plany budowy obiektów sportowych na terenach nowej akademii medycznej zaczynają nabierać coraz więcej cech realnych.

Studium od szeregu lat znajduje wielkie zrozumienie i poparcie władz uczelni dla potrzeb wychowania fizycznego i sportu. Właściwa atmosfera dla spraw kultury fizycznej sprzyja dalszemu pozytywnemu rozwojowi osobistych upodobań, nawyków i przekonań w tej tak ważnej dziedzinie życia wśród studentów — przyszłych lekarzy i pracowników służby zdrowia.

*Врач 3. Обухович-Ложиньска*

#### ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФИЗКУЛЬТУРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

##### Содержание

В статье представлены результаты работы Физкультурного Отделения Медицинской Академии. Они опираются на введение предлагаемых задач, которые сводятся к следующему: — подготовке студентов к введению физкультуры в профилактике, реабилитации и здравоохранении — повышение общего состояния здоровья и общего физического развития студента. Даются предпосылки и директивы реализации программы организационной и научно-исследовательской работы в Отделении Физкультуры.

---

*Zofia Obuchowicz-Łożyńska, M. D.*

THE ACTIVITY OF THE PHYSICAL CULTURE DEPARTMENT

Summary

The results of the activity of the Department of Physical Culture of the Medical Academy in Warsaw are presented on the basis of the realized planned tasks:

- preparation of the students in introducing of physical culture in prophylaxis, rehabilitation and therapeutics
- improvement of the state of health and the general physical development of a student.

The plans and suggestions for the realization of the programme, organization and research work carried by the Department of Physical Culture are presented.

## WYBRANE PRACE NAUKOWE

ASKANAS ZDZISŁAW, STOPCZYK MARIUSZ, BUKOWIECKI BOHDAN, KORCZAK LEONARD — „*Postępy w zakresie automatyzacji diagnostyki zaburzeń rytmu serca*”.

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy omawiają nowoczesne metody i aparaturę służącą do automatycznej diagnostyki zaburzeń rytmu serca w ośrodkach intensywnej opieki i przy wykonywaniu testów wysiłkowych.

Przedstawiono własnego pomysłu urządzenie opracowane w Zakładzie Techniki Medycznej Instytutu Kardiologii A.M. w Warszawie, służące do telemetrycznego przekazywania i automatycznej analizy elektrokardiogramów zapisywanych na taśmie magnetycznej oraz podano możliwości jego zastosowań.

Praca została opublikowana w „Kardiologii Polskiej” 1970, XIII nr 3, str. 219.

ASKANAS ZDZISŁAW, KRASKA TADEUSZ, PIENIAK MARIAN, RADECKI ANTONI, SADOWSKI ZYGMUNT, STOPCZYK MARIUSZ, ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK — „*Leczenie zaburzeń rytmu serca w ośrodku intensywnej opieki kardiologicznej*”.

IV Klinika Chorób Wewnętrznych A.M.

Autorzy przedstawiają wyniki trzyletnich doświadczeń leczenia zaburzeń rytmu obserwowanych u chorych leczonych w ośrodku intensywnej opieki kardiologicznej. Obserwowano trzy główne grupy chorych: a) hospitalizowanych z powodu ostrej niewydolności wieńcowej, zawału zagrażającego i świeżego zawału serca; b) hospitalizowanych z powodu innych chorób układu krążenia, u których głównym problemem klinicznym były zaburzenia rytmu; c) hospitalizowanych z powodu stwierdzonych zaburzeń stymulacji, czy innych komplikacji przyczynowo mogących mieć związek z implantacją stymulatora.

Obserwowano bardzo wysoki odsetek występowania zaburzeń rytmu u chorych z zawałem serca, co było możliwe do stwierdzenia dzięki stałemu monitorowaniu tych chorych w ostrej fazie choroby. Występowanie zaburzeń rytmu z wielu ośrodków istotnie pogarsza prognozę przebiegu klinicznego choroby. Wyniki leczenia stwierdzanych zaburzeń rytmu obejmują obserwacje stosowania następujących leków: ksylokaina, prokainamid, diphenylhydantoina, propranolol, chinidyna, naparstnica, potas. Stwierdzono szczególnie wysoką skuteczność terapeutyczną ksylokainy w leczeniu heterotopii i częstoskurczu komorowego. Podane wyniki podają potrzebę i skuteczność elektroterapii, która w szczególności w zaburzeniach przewodzenia — mimo postępu leczenia zachowawczego — jest docelowo skuteczną metodą postępowania u około 90% chorych.

Praca opublikowana w „Kardiologii Polskiej” 1970, XIII, nr 3, str. 211.

---

\*) — praca doktorska

\*\*) — praca habilitacyjna

ASKANAS ZDZISŁAW, SADOWSKI ZYGMUNT, KRASKA TADEUSZ, STOPCZYK MARIUSZ, BOROWICZ JERZY, PIENIAK MARIAN, ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK — „*Stymulacja wewnątrzkomorowa serca w ostrym bloku zawałowym*”.

Instytut Kardiologii A.M.

W latach 1968—69 leczono w Instytucie Kardiologii 14 chorych z ostrym blokiem zawałowym. 9 chorych rekrutowało się spośród 200 chorych ze świeżym zawałem leczonych w Instytucie (4,5%), 5 chorych zostało przepisanych z innych klinik i oddziałów z powodu ostrego bloku zawałowego. 11 chorych w okresie poprzedzającym stymulację elektryczną wykazywało objawy zespołu MAS.

Po wystąpieniu bloku tak szybko, jak było to możliwe wprowadzono jedno — lub dwubiegunową elektrodę wewnątrzsercową drogą żylną pod kontrolą radiologiczną, albo na łóżku chorego pod kontrolą zapisu elektrokardiograficznego z wprowadzanej elektrody. Stosowano stymulację elektryczną przy użyciu zewnętrznego stymulatora bateryjno-sieciowego o rytmie stałym, albo stymulatora bateryjnego „on demand”.

Zmarło 5 chorych z powodu rozległych zmian martwiczych (pęknięcie serca u 1 chorego). We wszystkich przypadkach o pomyślnym przebiegu blok zawałowy miał charakter przemijający.

Przedstawiono propozycję wskazań do zastosowania stymulacji elektrycznej serca w ostrym bloku zawałowym.

Praca została opublikowana w *Kardiologii Polskiej* 1970, XIII, nr 3, str. 237.

ASKANAS ZDZISŁAW, RUDNICKI STANISŁAW, TYLKA JAN, OSTROWSKA HENRYKA, BARYLAK JADWIGA, TYMIŃSKA KATARZYNA — „*Ocena efektywności metody szpitalnej rehabilitacji psychicznej chorych ze świeżym zawałem serca*”.

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy przedstawiają projekt testu rokowniczego, którego założeniem jest ocena skuteczności postępowania psychologicznego w okresie rehabilitacji wewnątrzszpitalnej.

Test zawiera w sobie 4 klasy prognostyczne i 4 grupy kliniczne — zwane końcowymi grupami klinicznymi.

Wartość metody sprawdzono na grupie 79 chorych rehabilitowanych w IV Klinice Chorób Wewnętrznych i wykazano zgodność prognozy z efektem końcowym (powyżej 75%).

Test może być przydatny dla ośrodków prowadzących rehabilitację kardiologiczną.

Praca została przyjęta do druku w „*Kardiologii Polskiej*”.

DZIEWULSKA WIESŁAWA, KRETOWICZ JANUSZ, WÓJCICKA JANINA, ROSZKOWSKI IRENEUSZ — „*Równowaga kwasowo-zasadowa w przypadkach zatrucia ciążowego i zakażenia dróg moczowych w czasie ciąży*”.

II Klinika Połcznictwa i Chorób Kobietych A.M.

Badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi kapilarnej przeprowadzono u 81 kobiet w III trymestrze ciąży (14 kobiet z objawami zatrucia ciążowego, 23 kobiety z zatruciem ciążowym współistniejącym z zakażeniem dróg moczowych i 44 kobiety z objawami zakażenia dróg moczowych ale bez objawów zatrucia). Grupę kontrolną stanowiło 41 kobiet w III trymestrze niepowikłanej ciąży. Stwierdzono, że w czasie ciąży powikłanej zatruciem ciążowym dochodzi do obniżenia stężenia

nia dwuwęglanów osoczowych przy pH pozostającym jeszcze w granicach prawidłowych. W przypadkach współistnienia zatrucia i zakażenia zaobserwowano obniżenie stężenia jonów  $\text{HCO}_3^-$  oraz obniżenie pH. Takie same nieprawidłowości w zakresie parametrów równowagi kwasowo-zasadowej stwierdzono w grupie kobiet u których czynny proces zapalny w drogach moczowych był jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego. Wydaje się więc, że za zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej u badanych kobiet można uczynić odpowiedzialnym obecność czynnego ogniska zakażenia w nerkach i drogach moczowych, być może ma to związek z uszkodzeniem funkcji kanalików odnośnie regulacji stężeń jonów  $\text{HCO}_3^-$ .

Praca została opublikowana w Ginekologii Polskiej, 1971, tom 42, str. 173

\* GEDE KRYSZYNA — „Badania immunopatologiczne w schorzeniach naczyniowych skóry”.

Klinika Dermatologii A.M.

Celem pracy było zbadanie czy metody immunopatologiczne mogą mieć zastosowanie w rozpoznawaniu zmian naczyniowych pochodzenia immunologicznego. W pierwszej części pracy badania immunofluorescencyjne (IF) wykonane w zjawisku Arthusa i zjawisku Shwartzmana wskazują, że jest to metoda, która wykrywa immunoglobuliny i komplement w ścianach naczyń oraz pozwala na różnicowanie zmian naczyniowych immunologicznych i nieimmunologicznych u zwierząt doświadczalnych. W drugiej części pracy wykonano badania immunofluorescencyjne w chorobach naczyniowych skóry.

Stwierdzenie obecności immunoglobulin i komplementu w ścianach naczyń wykazujących objawy zwyrodnienia włóknikowatego, a nie stwierdzenie ich w zmianach naczyniowych innego typu wskazuje, że jest to metoda, która może okazać się bardzo pożyteczna dla oceny, mechanizmu patogenetycznego schorzeń drobnych naczyń krwionośnych skóry.

\* GRALIŃSKA KRYSZYNA — „Wpływ stężonych roztworów mocznika i mannitolu na zachowanie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych z guzami mózgu”.

Klinika Neurologii A.M.

W pracy starano się zaobserwować jaki wpływ na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego ma podawanie stężonych roztworów mocznika i mannitolu, jak długo utrzymuje się obniżone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz czy po kilku lub kilkunastu godzinach pojawia się wtórne podwyższenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego ponad poziom wyjściowy. Starano się porównać czy występują istotne różnice w czasie działania mocznika i mannitolu. Obserwacje prowadzono u chorych z wyraźnymi objawami wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego spowodowanego guzami umiejscowionymi nadnamiotowo. Materiał obejmuje 52 obserwacje. 40 dotyczy wczesnego wpływu mocznika i mannitolu na zachowanie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, prowadzono je w czasie operacji do momentu otwarcia czaszki (40—80 min.). Pozostałych 12 obserwacji przeprowadzono u chorych po operacjach odbarczających wykonując pomiary w 1 godzinnych odstępach czasu przez okres 22—24 godzin. Na podstawie danych uzyskanych wynika, że: 1. Roztwory hipertoniczne mocznika i mannitolu obniżają ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego niezależnie od wartości wyjściowej już po 10 min od rozpoczęcia podawania roztworu. Ciśnienie osiąga najniższe wartości po upływie 50 min. i utrzymuje się na tym poziomie przez okres 1—2 godzin. 2. Po zastosowaniu mocznika wyraźne obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego występuje nieznacznie wcześniej niż po mannitolu utrzymuje się wyraźnie dłużej. 3. Wtórny

wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego powyżej wartości wyjściowej występuje częściej i jest znaczniejszy po moczniku. 4. Biorąc pod uwagę mniejszą toksyczność mannitolu, brak objawów ubocznych, brak przeciwwskazań do jego stosowania, dostępność i jego stabilność można polecać szersze stosowanie mannitolu niż mocznika w leczeniu obrzęków mózgu.

\* JUSZCZYK-POPOWSKA BARBARA — „Rak dziąsła dolnego — studium epidemiologiczno-kliniczne”.

Klinika Chirurgii Stomatologicznej A.M.

Z przeprowadzonych badań epidemiologicznych wynika, że średnia roczna zachorowalność za okres 5 lat wynosi 18 przypadków. Procentowy udział zachorowań na raka dziąsła dolnego w ogólnej liczbie zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1963—1967 wynosi 0,048 oraz 9,5% liczby zachorowań na nowotwory złośliwe jamy ustnej. Średnia roczna zapadalność w przeliczeniu na 100.000 ludności wynosi 0,057. Średni wiek zachorowań na raka dziąsła dolnego stanowi u mężczyzn 56 i u kobiet 58 lat. Zachorowania wśród ludności wiejskiej wynoszą 41% i 59% wśród ludności miejskiej.

Badania kliniczne obejmują grupę 65 chorych. Materiał ten został podzielony w zależności od stopnia zaawansowania miejscowego T i klinicznego podejrzenia przerzutów w układzie chłonnym szyi N. Klasyfikacja ta posłużyła również do badań porównawczych w celu ustalenia zależności pomiędzy stopniem zaawansowania choroby i jej wyleczalnością.

Na podstawie analizy materiału klinicznego stwierdzono że:

1. średnia arytmetyczna długości anamnezy wynosi 6 miesięcy,
2. nie stwierdzono wyraźnych przyczyn powodujących powstawanie raka dziąsła dolnego,
3. w 84% lekarze dentyści nie rozpoznali choroby nowotworowej i stosowali leczenie niewłaściwe, a w 50% wręcz szkodliwe wykonując ekstrakcję zębów,
4. stopień zaawansowania choroby wg klasyfikacji TNM przedstawia się następująco: I° — 0, II° — 8, III° — 14 i IV° — 43 chorych, a więc większość chorych zgłosiła się do leczenia w późnym, a nawet bardzo późnym okresie choroby,
5. wyniki leczenia w omawianym materiale są znacznie niższe od uzyskiwanych w ośrodkach zagranicznych i wynoszą 26% 5-letnich wyleczeń,
6. leczenie energią promienistą (rad i RTG) rokuje dobrze jedynie w wczesnych okresach choroby, natomiast w przypadkach kiedy zajęta jest kość żuchwy lub podejrzewane są kliniczne przerzuty do układu chłonnego szyi, leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne.

\* KAMIŃSKI WOJCIECH — „Operacyjne zwężenie pnia płucnego w leczeniu niektórych wad wrodzonych serca u dzieci”.

Klinika Chirurgii Dziecięcej A.M.

Praca oparta jest na obserwacji 32 dzieci leczonych przy pomocy operacji Dammann-Müllera (zwężenia pnia płucnego) z powodu nadciśnienia płucnego w przebiegu niektórych wad wrodzonych serca. W części ogólnej autor szeroko omawia patogenезę nadciśnienia płucnego, jego postaci kliniczne, postępowanie zachowawcze, technikę operacyjną i wskazania do operacji. W części szczegółowej podane są obserwacje kliniczne leczonych dzieci, omówione i skomentowane objawy, wreszcie podana jest analiza wyników bezpośrednich i odległych. Z 25 dzieci z ubytkiem przegrody komór przeżyło 14 dzieci i w 3—5 lat po operacji wszystkie są w bardzo dobrym stanie, nie mają objawów niewydolności oddechowo-krażeniowej i nadają się obecnie do ostatecznej operacji naprawczej. Z 7 dzieci z wadami złożonymi żyje

tylko 1. W tej grupie dzieci, gdzie śmiertelność naturalna jest bliska 100% operacja Dammana-Müllera jest zabiegiem ostatecznym i tylko przedłużającym życie. W tekście pracy znajduje się 20 rycin, rentgenogramów oraz krzywych, a ponadto 16 tabel i wyciągi z historii chorób. Literatura zawiera 94 pozycje.

**KRASKA TADEUSZ, PIENIAK MARIAN, STOPCZYK MARIUSZ, ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK** — *„Zastosowanie stymulacji parami impulsów w przypadku postaci wstrząsowej zawału serca”*.

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy przedstawiają przypadek postaci wstrząsowej zawału serca powikłanego całkowitym blokiem przedsionkowo-komorowym i groźnymi komorowymi zaburzeniami rytmu serca, który prowadzono stymulacją parami impulsów elektrycznych. Metodę tę zastosowano wobec nieskuteczności konwencjonalnych sposobów postępowania farmakologicznego i elektroterapeutycznego. Uzyskano wzrost ciśnienia tętniczego w ciągu kilku minut od rozpoczęcia stymulacji parami impulsów i w dalszym przebiegu poprawę stanu krążenia pacjenta. Stymulację parami prowadzono przez 3 doby. 77-letni pacjent opuścił klinikę w dobrym stanie.

Dla wyboru optymalnego odstępu impulsów w parze użyto zapisów ekg i sfigmograficznego z tętnicy ramieniowej. Migotania komór, które obserwowano 5 razy w czasie stymulacji parami były natychmiast defibrylowane i nie pogarszały stanu pacjenta. Zmiana czasu repolaryzacji po każdej defibrylacji wymagała odpowiedniej regulacji odstępu impulsów w parze.

Przedyskutowano wartości metody dla polepszenia kurczliwości serca we wstrząsie kardiogennym.

Praca została opublikowana w „Kardiologii Polskiej” 1970, XIII, nr 3, str. 245.

**KRASZEWSKA ZYTA, STOPCZYK MARIUSZ, RUDNICKI STANISŁAW, ŚLI-DZIEWSKI KONSTANTY** — *„Radioelektrokardiograficzna kontrola w czasie rehabilitacji chorych z zawałem serca w szpitalu”*.

Instytut Kardiologii A.M.

Przedstawiono aparaturę elektrokardiograficzną radiowo-telefoniczną o dwóch systemach transmisji — bezprzewodowej i przewodowej — dla celów długotrwałej kontroli rehabilitacji chorych ze świeżym zawałem serca.

Stosowano specjalne urządzenie dla rejestracji magnetofonowej i analizy rytmu. Przedstawiono wyniki obserwacji r-ekg rehabilitacji fizycznej u 300 pacjentów. Przedstawiono również przykłady ciągłej obserwacji całodziennych czynności chorych.

Połączenie systemu radiowego i telefonicznego umożliwia ponadto monitorowanie wysiłku fizycznego z dala od miejsca obserwacji. Całokształt zastosowania kontroli radioelektrokardiograficznej u chorego ze świeżym zawałem serca umożliwia wnikliwszą ocenę odpowiedzi serca na wysiłek oraz zapewnia bezpieczeństwo przebiegu ćwiczeń.

Praca została zakwalifikowana do druku w Cor et Vasa — suplement poświęcony sympozjum „Hemodynamika dozowanego wysiłku” — Warszawa-Jabłonna, kwiecień 1970 r.

\* **KRZYWDZIŃSKI KRZYSZTOF** — *„Wybór terapii hormonalnej w braku dojrzewania płciowego spowodowanego izolowaną niedomogą gonadotropin”*.

Zakład Endokrynologii Klinicznej A.M.

Udowodniono konieczność prowadzenia dwu-fazowej terapii w zespole izolowanej niedomogi gonadotropowej przysadki mózgowej. Jako pierwszej: terapii substytu-

cyjnej dla uzyskania pełnego rozwoju cieleśnie-płciowego, a jako drugiej: terapii stymulacyjnej. Dopiero po uzyskaniu pełnego rozwoju cieleśnie-płciowego celem jest dążenie do uzyskania owulacji.

Stwierdzono, że najlepsze i najszybsze efekty feminizacji można uzyskać przy stosowaniu terapii sekwencyjnej estro-progestagennej o formule 14:7, a najkrótszy okres dla uzyskania pełnego rozwoju cieleśnie-płciowego u kobiet z pierwotnym brakiem miesiączki winien wynosić 4 lata, a z wtórnym — 2 lata.

Na podstawie badań biotypologicznych, cytogenetycznych, cytologicznych i biochemicznych ustalono kryteria rozpoznania zespołu izolowanej niedomogi gonadotropowej przysadki mózgowej.

LIEBHART MARIA, KRETOWICZ JANUSZ, WÓJCICKA JANINA, DZIEWULSKA WIESŁAWA, ROSZKOWSKI IRENEUSZ — „*Obrazy histopatologiczne płodów w przypadkach zatrucia ciążowego i zakażenia dróg moczowych w czasie ciąży*”.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Dokonano oceny histopatologicznej płodów pochodzących od kobiet ciężarnych z: 1) zatruciem ciążowym jako jedynym powikłaniem ciąży, 2) zatruciem ciążowym skojarzonym z zakażeniem dróg moczowych oraz 3) zakażeniem dróg moczowych bez objawów zatrucia ciążowego.

Analizowano mikrostrukturę: płyty kosmkowej i doczesnowej, kosmków, podścieliska, trofoblastu, naczyń krwionośnych, pępowiny i błon płodowych. Najmniej nieprawidłowości w budowie płodu znaleziono w grupie zatruc ciążowych. Współistnienie zatrucia ciążowego i zakażenia dróg moczowych pogłębiało uszkodzenia płodu. W płodach pochodzących od ciężarnych, u których zakażenie dróg moczowych było jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego (brak objawów zatrucia ciążowego) zaobserwowano zmiany świadczące o zakażeniu mogące rzutować na zwiększenie zakaźności płodów.

Omówiono prawdopodobne mechanizmy mogące brać udział w powstawaniu tych nieprawidłowości.

Pracę złożono do publikacji w Ginekologii Polskiej.

LIEBHART MARIA, WÓJCICKA JANINA — „*Obrazy histopatologiczne łożysk pochodzących z ciąż powikłanych żółtaczką ciążową (wewnątrzwartrobową cholestazą)*”.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Opracowano histopatologiczne łożyska pochodzące z 57 ciąż powikłanych żółtaczką ciążową. Nie znaleziono cech morfologicznych w pełni typowych dla tego powikłania ciąży, jednak pewne zmiany występowały dość często. Należały do nich: zbyt duża dojrzałość łożysk w stosunku do wieku ciąży co dotyczyło zarówno podścieliska (włóknienie) jak i trofoblastu (nadmiar pączków zespólniowych) oraz upośledzenie unaczynienia włókniczkowego kosmków i nadmiar komórek żernych obładowanych hemosyderyną.

Zmiany patologiczne w łożyskach były największe w przypadkach nawracającej żółtaczki ciężarnych. Dodatkowe powikłanie żółtaczki ciążowej odmiedniczkowym zapaleniem nerek nasilało odsetek obserwowanych zmian zapalnych w płodzie i sprzyjało znacznemu włóknieniu kosmków łożyska.

Praca została opublikowana w Ginekologii Polskiej 1970, tom 41, str. 405.

MODLIŃSKI LESZEK — „*Wyniki leczenia farmakologicznego 500 chorych na kamice narządu moczowego*”.

Centralne Laboratorium Zespołu Klinik P.S.K. Nr 1.



Na podstawie przeprowadzonych badań 500 chorych na kamicę narządu moczowego według własnej metody w warunkach ambulatoryjnych autor stwierdza, że po podaniu od 3 do 6 tabletek preparatu „Nephrolith” dziennie w okresie od 3 do 6 tygodni i dłużej:

1. wzmagają się diureza, dobową ilość moczu i zawartość w nim składników mineralnych;
2. miernie, ale trwale, obniża się współistniejąca w niektórych przypadkach kamicy moczowej, chwiejnie podwyższone, ciśnienie tętnicze krwi;
3. obniża się niekiedy dość znacznie podwyższony poziom mocznika u niektórych z zakażoną kamicą moczową, powikłaną azocją;
4. obniża się kwasota moczu i jego ciężar właściwy, ten ostatni odwrotnie proporcjonalnie do zwiększania się dobowej ilości moczu;
5. wzrasta aktywność koloidalna moczu chorych, przy czym bardziej u kobiet niż u mężczyzn;
6. zmniejsza się ropomocz lub ustępuje zupełnie, a tym samym stan zapalny nerek i wyprowadzających dróg moczowy ulega poprawie lub wyleczeniu;
7. maleje częstość i nasilenie dolegliwości bólowych, a wydalanie większości kamieni odbywa się prawie bez bólu;
8. bez względu na chemiczny skład uwalniają się złoże przyczepione do brodawek nerkowych, uruchamiają kamienie bezobjawowe, a nawet zaklinowane, a wydalanie ich zostaje znacznie ułatwione, zwłaszcza tych, które znajdują się w dolnym odcinku moczowodu;
9. poprawia się czynność wydzielnicza nerek w obrazie rentgenowskim;
10. poprawia się stan ogólny chorych w 90,4% przypadków;
11. autor nigdy nie zauważył rozpuszczenia się kamieni moczowych.

Praca została przedstawiona na XII Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Warszawie w dniu 10.X.1970 r. i złożona do publikacji w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym.

\* MAYZNER EWA — „Wpływ spadku ciśnienia tętniczego na zachowanie równowagi kwasowo-zasadowej krwi tętniczej”.

I Klinika Chirurgiczna A.M.

Znieczulenie ogólne i zabieg operacyjny wpływają depresyjnie na układ krążenia, często prowadząc do spadku ciśnienia tętniczego. Znajduje to odbicie w stanie równowagi kwasowo-zasadowej. Aby ustalić tę zależność zbadałam 50 chorych. We krwi tętniczej oznaczałam poziom  $pO_2$ ,  $pCO_2$ ,  $p_4$  zasad buforujących, standardowych dwuwęglanów i nadmiaru zasad. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziłam, że spadek ciśnienia tętniczego w następstwie hipowolemii względnej prowadzi do niewielkiej kwasicy metabolicznej w czasie wzrostu ciśnienia. Natomiast jeśli przyczyną spadku RR jest hipowolemia bezwzględna umiarkowana kwasica metaboliczna pojawia się w czasie spadku ciśnienia tętniczego i ustępuje w miarę jego wzrostu. Wnioski te mają duże znaczenie praktyczne, ponieważ odnoszą się do postępowania anestezjologa w czasie znieczulenia, w okresie pooperacyjnym i ewentualnych kwalifikacji chorych do zabiegu operacyjnego.

\* PACHECKA JAN — „Badania nad regulacją biosyntezy cytochromu  $b_2$  u *Saccharomyces cerevisiae*”.

Instytut Biofarmacji A.M. — Zakład Biochemii.

Celem pracy było poznanie niektórych mechanizmów regulacji biosyntezy cytochromu  $b_2$  w drożdżach piekarskich hodowanych w warunkach tlenowych oraz poddawanych adaptacji oddechowej.

Stwierdzono, że poziom cytochromu  $b_2$  zależy od fazy wzrostu hodowli oraz rodzaju źródła energii w pożywce wzrostowej. Najniższy poziom enzymu obserwuje się w komórkach z logarytmicznej fazy wzrostu, maksymalny z fazy stacjonarnej. Represyjny wpływ na syntezę cytochromu  $b_2$  wywiera glukoza, mleczan natomiast powoduje indukcję syntezy tego enzymu. Wyniki badań z antybiotykami wybiórczo hamującymi biosyntezę białka w mitochondriach i na rybosomach cytoplazmatycznych wskazują, że w syntezie cytochromu  $b_2$  nie uczestniczy mitochondrialny system biosyntezy białek. Potwierdzenie tego uzyskano również w badaniach z cytoplazmatycznymi mutantami oddechowymi, które mają zmutowany mitochondrialny DNA. Cytochrom  $b_2$  jest syntetyzowany na rybosomach cytoplazmatycznych a jego biosynteza nie jest ściśle skorelowana z syntezą innych cytochromów.

W warunkach adaptacji oddechowej zachodzi biosynteza cytochromu  $b_2$  de novo a nie konwersja dehydrogenazy D(—) mleczanowej występującej w drożdżach hodowanych w warunkach beztlenowych. Otrzymano mutanty pozbawione cytochromu  $b_2$ , szczepy te posiadają pozostałe dwie dehydrogenazy mleczanowe, co wskazuje, że cytochrom  $b_2$  i te enzymy są różnymi białkami.

\* POTOCKI JERZY — *„Zagadnienie terapii estrogenami w zespole klimakterycznym”*.

Zakład Endokrynologii A.M.

Opracowano technikę cyklicznej, estrogennej terapii substytucyjnej u kobiet po menopauzie, która zapobiega krwotokom i eliminuje ryzyko nowotworów oraz patologicznych rozrostów tkanek hormono-zależnych.

Udowodniono, że podawanie estrogenów u kobiet starszych działa korzystnie na zaburzenia metaboliczne wynikające z ich deficytu, podnosi sprawność psychofizyczną, powoduje cofanie się zmian atroficznych w układzie moczopłciowym i zapobiega względnie zmniejsza dolegliwości naczyniowo-sercowe.

Ustalono wskazania do leczenia i kontrolę przebiegu terapii w oparciu o zastosowanie nowoczesnych indeksów liczbowych w ocenie cyto-hormonalnej, badania histopatologiczne biopsji endometrialnych oraz oznaczenia gonadotropin w moczu.

ROSZKOWSKI IRENEUSZ, WÓJCICKA JANINA, CHOJNOWSKA IRENA — *„Analiza białek surowicy kobiet ciężarnych z uszkodzeniem wątroby współistniejącym z odmiedniczkowym zapaleniem nerek”*.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Określano stężenie białka całkowitego w surowicy krwi oraz wykonywano rozdział frakcji białkowych na drodze elektroforezy bibułowej. Badania dotyczyły kobiet ciężarnych z odmiedniczkowym zapaleniem nerek współistniejącym z uszkodzeniem komórki wątrobowej (grupa badana) oraz kobiet ciężarnych, u których zakażenie dróg moczowych było jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego (grupa kontrolna).

W grupie badanej stwierdzono wyraźne przesunięcie w składzie ilościowym białek surowicy co wyrażało się przede wszystkim hipalbuminemią i hiperglobulinemią dotyczącą frakcji  $\alpha_2$ ,  $\beta$  i  $\gamma$ . Oceniając uzyskaną konstelację białkową u badanych kobiet stwierdzono przewagę komponenty uszkodzenia wątroby nad składową procesy zapalnego toczącego się w drogach moczowych.

Praca została opublikowana w Ginekologii Polskiej 1970, tom 41, str. 1085.

ROSZKOWSKI IRENEUSZ, BRZESKI JERZY, WÓJCICKA JANINA — *„Równowaga kwasowo-zasadowa w przebiegu wymiotów we wczesnej ciąży”*.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Przebadano równowagę kwasowo-zasadową we krwi kapilarnej u 38 kobiet ciężarnych wymiotujących między 6—15 tygodniem ciąży. Grupę kontrolną stanowiły 32 kobiety będące w I trymestrze ciąży prawidłowej. Badania u kobiet z wymiotami wykonywano przed rozpoczęciem leczenia. Wymioty u badanych kobiet utrzymywały się przez okres od 1—15 tygodni a procent utraty ciężaru ciała (kliniczny objaw ciężkości stanu) wynosił od 0—21% tj. od braku przyrostu ciężaru do utraty ok. 14 kg. Wśród kobiet wymiotujących znalazły się chore z: 1) prawidłowymi wartościami parametrów równowagi kwasowo-zasadowej (4), 2) alkalozą metaboliczną (14) oraz 3) kwasica metaboliczną (20).

Zaobserwowano związek między charakterem zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej a stopniem utraty ciężaru ciała: mniejszej utracie towarzyszyła najczęściej alkalozą metaboliczną a większej kwasica. Omówiono wskazówki terapeutyczne odnośnie właściwego prowadzenia ciężarnych z alkalozą i kwasica.

Praca została wysłana na XVIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Białystok, VI.1971.

ROSZKOWSKI IRENEUSZ, WÓJCICKA JANINA, TROSYŃSKI MICHAŁ — „Czas trwania porodu w chorobach wątroby”. (*The duration of labor in liver pathology*).

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

W pracy przeanalizowano 8204 porody w tym 241 porodów dotyczących kobiet z chorobami wątroby w postaci ostrej (161 przypadków) i przewlekłej (80 przypadków).

Brano pod uwagę porody występujące w czasie, odbyte siłami natury. Grupy kobiet z patologią wątroby oraz grupę kontrolną podzielono na pierworódki i wieloródki. Wśród kobiet z chorobami wątroby znalazły się rodzące z: wirusowym zapaleniem wątroby, wewnątrzwątrobową cholestazą ciężarnych pierwszorazową i nawracającą, z uszkodzeniem wątroby w wyniku: zatrucia ciążowego, wymiotów w późnej ciąży, żółtaczki polekowej i toksycznej. Stwierdzono, że choroby wątroby w postaci ostrej wklajające przebieg III trymestru ciąży i porodu powodują występowanie szybkich porodów u 72% pierworódek i 91% badanych wieloródek. Najkrócej trwające porody zaobserwowano w grupie kobiet z przewlekłą niewydolnością wątroby (znaczny procent porodów błyskawicznych).

Praca została wygłoszona na I Kongresie Czynności Skurczowej Macicy, Brańsk, 22—25.IX.1970 i wysłana do druku w: *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, New Jersey.

RUDNICKI STANISŁAW, BARYŁAK JADWIGA, CZARNIAK STEFAN — „Dowiązany wysiłek fizyczny w rehabilitacji chorych z zawałem serca”.

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy przedstawiają metodyczne opracowanie rehabilitacji fizycznej na etapie szpitalnym i sanatoryjnym dla chorych o niepowikłanym (model A) i ciężkim przebiegu (model B) zawału serca. Określają zasady kwalifikacji chorych do poszczególnych programów i sposób końcowej oceny klinicznej.

Omawiają szczegółowo zasady kwalifikacji chorych po przebytych świeżym zawałe do submaksymalnych testów obciążeniowych i zasady treningu na ergometrze rowerowym. Podają wstępne wyniki testów i treningów u grupy 8 chorych ze szczególnym uwzględnieniem zachowania się tętna, ciśnienia i odczynów subiektywnych.

Praca została zakwalifikowana do druku w *Cor et Vasa* — suplement poświęcony sympozjum „Hemodynamika dozowanego wysiłku”, Warszawa-Jabłonna, kwiecień 1970.

SERZYSKO WIESŁAW, ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK, MALINOWSKI EDWARD, GODLEWSKI BOHDAN — *„Hemodynamiczny odczyn wysiłkowy u ludzi w wieku podeszłym”*.

Instytut Kardiologii A.M. i III Klinika Chorób Wewnętrznych A.M.

Autorzy przedstawiają hemodynamikę próby wysiłkowej w grupie 22 zdrowych mężczyzn w wieku podeszłym (od 63 do 85 lat). Badani wykonywali dozowany wysiłek fizyczny na ergometrze rowerowym, przy dwukrotnym obciążeniu pracą 40 W (przez 5 minut każde obciążenie). Określano dynamikę rzutu skurczowego, objętości minutowej serca czasów krążenia i częstości tętna, w odniesieniu do analogicznie prowadzonej próby w grupie młodych, zdrowych mężczyzn. Stwierdzono znamienne różnice w odpowiedzi na niewielki wysiłek fizyczny, w grupie mężczyzn w wieku podeszłym, w odniesieniu do młodej grupy kontrolnej, wyrażające się odpowiednio większym wzrostem objętości minutowej serca, głównie na skutek wzrostu rzutu skurczowego, którego zwiększenie odpowiadało wartościom uzyskiwanym w grupie młodych mężczyzn w czasie stosowania dwukrotnie wyższego obciążenia (80 W).

Równocześnie obserwowano znamienne wydłużenie badanych czasów krążenia (w spoczynku i w czasie wysiłku) w grupie starszej wiekowo i opóźnioną normalizacją powysiłkową wszystkich badanych parametrów hemodynamicznych w tej grupie badanych.

Zaobserwowana odpowiedź hemodynamiczna na niewielki wysiłek nie tłumaczy zmniejszenia rezerwy wysiłkowej u ludzi w wieku podeszłym i wskazuje na względną sprawność układu krążenia badanych.

Praca została opublikowana w „Kardiologii Polskiej” 1970, XIII, nr 1.

STOPCZYK MARIUSZ, PIENIAK MARIAN, KRASKA TADEUSZ, SADOWSKI ZYGMUNT, ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK — *„Stymulatory sterowane rytmem komór w leczeniu bloku przedsionkowo-komorowego”*.

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy omawiają zasady działania stymulatorów serca typu „on demand” i synchronizowanych rytmem komór, które wspólnie nazywają stymulatorami sterowanymi, podając jednakowe wskazania dla stymulacji obu typów.

Zwrócono uwagę na specyficzne dla tych typów stymulacji zapisy elektrokardiograficzne u chorych, którym implantowano te urządzenia. Zjawiska te są wynikiem swoistej „współpracy” stymulatora z rytмами własnymi serca. Przedstawiono różnego typu arytmie i obrazy zderzenia pobudzeń własnych serca z wyzwolonymi przez stymulator spotykane przy prawidłowej pracy tych urządzeń.

Autorzy podkreślają, że obrazy ekg spotykane u pacjentów z implantowanymi wymienionymi typami stymulatorów mogą nasuwać trudności interpretacyjne, wymagające wnikliwej analizy opartej na znajomości zasad działania użytego typu urządzenia oraz dokładnych pomiarach stosunków czasowych. Ma to istotne znaczenie dla ustalenia, czy stymulacja i sterowanie są prawidłowe.

Praca została opublikowana w „Kardiologii Polskiej” 1970, XIII, nr 3, str. 269.

TUBYLEWICZ HALINA, SADOWSKI ZYGMUNT — *„Badania porównawcze in vitro aktywności przeciwbakteryjnej Syntarpen 201 — „Polfa” i Orbenin — „BRL”*. Zakład Mikrobiologii Lekarskiej A.M. i IV Klinika Chorób Wewnętrznych A.M.

Przeprowadzono porównawcze badania aktywności przeciwbakteryjnej dwóch preparatów kloksacyliny: Syntarpen 201 — „Polfa” i Orbenin — „BRL”.

Oceniano działanie bakteriostatyczne w stosunku do 121 szczepów należących do różnych rodzajów i gatunków drobnoustrojów.

Stwierdzono identyczne spektrum antybakteryjne dla obu preparatów i brak istotnych różnic aktywności w stosunku do poszczególnych szczepów drobnoustrojów.

Praca została opublikowana w Polskim Tygodniku Lekarskim 1970, XXV, nr 30, str. 1123.

\* TYMIŃSKA KATARZYNA — „Ocena wpływu rehabilitacji chorych ze świeżym zawałem serca na zachowanie się PBI i 17 OHCS”.

Instytut Karidiologii A.M.

Doniesienia o korzystnym wpływie wysiłku fizycznego na adaptacyjne odczyny hormonalne ze strony kory nadnerczy i tarczycy u zwierząt i ludzi zdrowych były podstawą do podjęcia tematu. Czynność wydzielniczą kory nadnerczy określano za pomocą dobowego wydalania z moczem 17 OHCS, pomiaru aktywności tarczycy dokonywano oznaczając PBI w surowicy krwi. Oznaczenia hormonalne wykonano w rytmie cotygodniowym (1—6 tydzień od dokonania zawału), w dwóch równoległych badanych grupach chorych: 62 rehabilitowanych w IV Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie oraz 41 nierehabilitowanych, z oddziałów wewnętrznych szpitali miejskich. Dokonano porównania częstości występowania obniżonego wydalania 17 OHCS oraz podwyższonego poziomu PBI w grupach rehabilitowanych i nierehabilitowanych, w podgrupach o dobrym i złym przebiegu zawału. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że kompleksowa rehabilitacja przyspiesza powrót zaburzonej równowagi hormonalnej: w grupie chorych rehabilitowanych zaznaczyła się wyraźnie lepsza tendencja do ustępowania obniżonego wydalania 17 OHCS oraz do normalizacji wzmożonej aktywności tarczycy.

WÓJCICKA JANINA, ROSZKOWSKI IRENEUSZ, WICHRZYCKI ANDRZEJ, FRYDRYCHOWSKA TERESA — „Równowaga kwasowo-zasadowa u kobiet z żółtaczką w późnej ciąży — Acid base balance in women with jaundice in late pregnancy.”

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Przebadano równowagę kwasowo-zasadową we krwi kapilarnej u 54 kobiet z żółtaczką w przebiegu wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych oraz u 41 kobiety z niepowikłaną ciążą. Wśród kobiet z żółtaczką wyróżniono: 1) wewnątrzwątrobową cholestazą ciężarnych bez dodatkowych powikłań, 2) powikłaną dodatkowo zakażeniem dróg moczowych oraz 3) nawracającą żółtaczką ciężarnych. We wszystkich grupach badanych zaobserwowano zmiany w wartościach parametrów równowagi kwasowo-zasadowej a najbardziej były one nasilone w przypadkach nawracającej żółtaczki ciężarnych. Nieprawidłowości te polegały głównie na obniżeniu pH i stężeń jonów  $\text{HCO}_3^-$  oraz na wzroście  $\text{pO}_2$ . Stwierdzono korelację między stopniem deficytu zasad buforujących a stężeniem bilirubiny bezpośredniej. Zmiany zaobserwowane w okresie  $\text{pO}_2$  sugerują związek z nieprawidłowo przebiegającym w tych powikłaniach ciąży, metabolizmem glukozy w erytrocytach na drodze Embdena-Meyerhofa-Parnasa. Badania potwierdzają istnienie lekkiej kwasicy metabolicznej w postaci utajonej klinicznie.

Praca przyjęta do druku w Clinica Chimica Acta, Amsterdam.

WÓJCICKA JANINA, ROSZKOWSKI IRENEUSZ — „O procesach sprzęgania i detoksykacji zachodzących w wątrobie kobiety ciężarnej”.

II Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M.

Omówiono ogólnie rolę wątroby w całości przemian ustroju oraz szczegółowo (na podstawie danych z piśmiennictwa oraz obserwacji własnych) procesy sprzę-

gania i detoksykacji zachodzące w wątrobie kobiety ciężarnej. Uwzględniono także budowę i funkcje biochemiczne mikrostruktur komórki mięsaszowej odgrywających decydującą rolę w prawidłowym wewnątrzkomórkowym przebiegu tych procesów. Zwrócono uwagę na możliwość znacznego obciążenia czynnościowego wątroby kobiety ciężarnej procesami sprzęgania i detoksykacji głównie z powodu unieczynniania znacznych ilości hormonów sterydowych co może mieć miejsce głównie po 29 tygodniu ciąży.

Przedyskutowano przypuszczalne miejsca zaburzeń metabolicznych mogących brać częściowo udział w patomechanizmie cholestazy wewnątrzwątrobowej ciężarnych.

Praca została opublikowana w *Ginekologii Polskiej* 1970, tom 41, str. 659.

**ŻOCHOWSKI RYSZARD JACEK, PIENIAK MARIAN, STOPCZYK MARIUSZ** —  
*„Technika wprowadzania elektrody do stymulacji wewnątrzsercowej pod kontrolą ekg i jej zastosowanie w klinice chorób wewnętrznych”.*

Instytut Kardiologii A.M.

Autorzy omawiają technikę wprowadzania elektrod wewnątrzkomorowych pod kontrolą elektrokardiograficzną. Metoda ta jest prosta i szybka, i nie wymaga udziału chirurga, a tylko odpowiednio przeszkolonego internisty.

Przedstawiono zapisy elektrokardiograficzne z jam serca oraz omówiono kryteria prawidłowej lokalizacji elektrody wewnątrz komory prawej.

W konkluzji autorzy podkreślają, że zastosowanie tej techniki jest możliwe w ośrodkach dysponujących prostą aparaturą diagnostyczną i elektroterapeutyczną. Metoda jest mniej obciążająca dla pacjenta od stosowanej powszechnie techniki wprowadzania elektrody pod kontrolą radiologiczną, przy nie mniejszej skuteczności.

Praca została opublikowana w *„Kardiologii Polskiej”* 1970, XIII, nr 3, str. 279.

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

1. BOGACZ LEOPOLD: „Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby wśród pracowników służby zdrowia m.st. Warszawy w latach 1961—1968”. — 11.XI.1970 r.  
Wykonano w Klinice Chorób Zakaźnych A.M.  
Promotor: prof. dr B. Kassur.
2. GEDE KRYSZYNA: „Badania immunopatologiczne w chorobach naczyniowych skóry” — 9.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Dermatologicznej A.M.  
Promotor: prof. dr S. Jabłońska
3. GŁOGOWSKA IRENA: „Translokacja chromosomów autosomalnych u pacjentów głębiej upośledzonych umysłowo i ich rodzin” — 9.XII.1970 r.  
Wykonano w Zakładzie Genetyki Instytutu Psychoneurologicznego  
Promotor: doc. dr I. Wald.
4. GRALIŃSKA KRYSZYNA: „Wpływ stężonych roztworów mocznika i mannitolu na zachowanie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych z guzami mózgu” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Neurochirurgii A.M.  
Promotor: prof. dr L. Stępień.
5. JACHOWSKA-HEDEMANN ALICJA: „Miażdżyca a przedwczesna głuchota starcza” — 9.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Otolaryngologii i Centralnym Ośrodku Kolejowym Służby Zdrowia.  
Promotor: prof. dr Z. Bochenek.
6. JUSZCZYK-POPOWSKA BARBARA: „Rak dziąsła dolnego — studium epidemiologiczno-kliniczne” — 11.XI.1970 r.  
Wykonano w Klinice Chirurgii Stomatologicznej A.M.  
Promotor: prof. dr M. Górski.
7. KACZOROWSKI MIECZYŚLAW: „Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w zabiegach operacyjnych przebiegających z czasowym zamknięciem tętnicy głównej i po przywróceniu krążenia w kończynach dolnych” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Szpitalu Wojewódzkim w Warszawie  
Promotor: dr hab. A. Kowalski

8. KAMIŃSKI WOJCIECH: „Operacyjne zwężenie pnia płucnego w leczeniu niektórych wad wrodzonych serca u dzieci” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Chirurgii Dziecięcej A.M.  
Promotor: doc dr I. Giżycka.
9. KRZYWDZIŃSKI KRZYSZTOF: „Wybór terapii hormonalnej w braku dojrzewania płciowego spowodowanego izolowaną niedomogą gonadotropową” — 9.XII.1970 r.  
Wykonano w Zakładzie Endokrynologii Klinicznej A.M.  
Promotor: doc. dr J. Teter.
10. MAYZNER EWA: „Wpływ spadku ciśnienia tętniczego na zachowanie równowagi kwasowo-zasadowej krwi tętniczej”. — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w I Klinice Chirurgicznej A.M.  
Promotor: prof. dr J. Nielubowicz.
11. PATRYN ANTONI: „Analiza pourazowych uszkodzeń stawów krzyżowo-biodrowych”. — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Ortopedii A.M.  
Promotor: prof. dr M. Garlicki.
12. POTOCKI JERZY: „Zagadnienie terapii estrogenami w zespole klimakterycznym” — 9.XII.1970 r.  
Wykonano w Zakładzie Endokrynologii A.M.  
Promotor: doc. dr J. Teter.
13. SZOJLEW DYMITR: „Wartość dekortykacji kostno-mięśniowej w leczeniu zaburzeń wzrostu kości długich” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Klinice Ortopedii A.M.  
Promotor: prof. dr M. Garlicki.
14. TYMIŃSKA KATARZYNA: „Ocena wpływu rehabilitacji chorych ze świeżym zawałem serca na zachowanie się PBI i 17 OHCS” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Instytucie Kardiologii A.M.  
Promotor: prof. dr Z. Askanas.
15. ZAKRZEWSKI MIECZYŚLAW: „Zastosowanie metod rentgenologicznych w badaniach serca zawodników sportu wyczynowego” — 16.XII.1970 r.  
Wykonano w Instytucie Naukowym Kultury Fizycznej  
Promotor: prof. dr W. Czarnocka-Karpińska.

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

1. JARYMOWICZ BARBARA: „Studia nad syntezą i właściwościami chemicznymi pochodnych 1,3-dwumetylo-8-aminometyloksantyny” — 21.XII.1970 r.  
Wykonano w Instytucie Farmaceutycznym Zakład Technologii Środków Leczniczych.  
Promotor: prof. P. Nantka-Namirski.
2. PACHECKA JAN: „Badania nad regulacją biosyntezy cytochromu b<sub>2</sub> u *Saccharomyces cerevisiae*” — 21.XII.1970 r.  
Wykonano w Instytucie Biofarmacji Zakład Biochemii.  
Promotor: doc dr hab. S. Drabarek.



*Prof. dr nauk med. Witold Zawadowski \**

## **POWOJENNA ODBUDOWA I ROZWÓJ RADIOLOGII LEKARSKIEJ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**

Wydział Lekarski U.W. i jego pierwszy szpital kliniczny rozpoczął swoją działalność już w listopadzie 1944 r. przy ul. Boremlowskiej.

W gronie lekarzy szpitala klinicznego było dwóch docentów: dr Tadeusz Butkiewicz, chirurg i dr Zdzisław Michalski, internista, którzy razem z przybyłym ze Lwowa doc. dr Domaszewiczem, neurochirurgiem zaczęli gromadzić dawnych studentów medycyny i uczniów szkoły Jana Zaorskiego i rozpoczęli wykłady i ćwiczenia uniwersyteckie III i IV roku studiów. Rentgenologia reprezentowana była w tym gronie przez dr Eugenię Piętnikównę i dr Ernesta Matuszka, rentgenologów szpitala im. Przemienienia Pańskiego. Dołączyłem się do Boremlowskiego grona, jako czwarty docent i zacząłem brać udział w pracy dydaktycznej. Brak jednak było aparatury rentgenowskiej i nie można było zapewnić obsługi rentgenologicznej chorym szpitala, który już posiadał trzy oddziały chorych: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczo-ginekologiczny. Czynne było również prosektorium, które prowadziła dr Dąbrowska. Prosektorium to mieściło się w podwórzu szkoły, w otwartej szopie o trzech tylko ścianach. Ale były w jednym z pokoiów szkoły mikroskopy i dr Dąbrowska prowadziła ćwiczenia z histopatologii. Taki był skromny stan pierwszego zawiązka odradzającego się Wydziału Lekarskiego U.W. w styczniu 1945 r.

Pewnego dnia z początkiem lutego przyszedł do Boremlowskiego szpitala klinicznego pracownik jednego z pobliskich folwarków i przyniósł wiadomość, że w nocy oddział wojskowy tam zakwaterowany, został zaalarmowany i w przeciągu paru godzin odmaszerował w kierunku Wisły, a w jednym z domów pozostawił jakąś dużą i ciężką aparaturę. Dr E. Matuszek udał się tam bezzwłocznie i wrócił z kompletnym aparatem rentgenowskim szpitala im. Przemienienia Pańskiego. Wnet znalazł się rentgenotechnik, Franciszek Woźniak, który żywo zabrał się do roboty. Po paru dniach ruszył już zakład rentgenowski szpitala Boremlowskiego, jedyny czynny na całym terenie prawo i lewobrzeżnej Warszawy. Duża sala szkolna służyła jako pokój do prześwietleń i zdjęć, ale zarazem było to mieszkanie dr Piętnikówny i ogólna sala jadalna dla rentgenowskiego personelu. Prace laborantki rentgenowskiej pełniła siostra zakonna Ludwika, ze szpitala im. Przemienienia Pańskiego. Ciemnia rentgenowska znalazła pomieszczenie w końcowej części korytarza, ogrodzonej szafami.

\*) Emerytowany kierownik Zakładu Radiologii Lekarskiej

Ruszyła z miejsca praca rentgenologiczna dla obsługi nie tylko szpitala klinicznego, ale i dużej przychodni, która przyjmowała ambulatoryjnych chorych z Pragi i z całej leżącej w gruzach Warszawy. W zburzonych domach ocalały przeważnie piwnice i częściowo oficyny, tam skupiała się spora liczba powracających stałych mieszkańców Warszawy.

Warszawa jest ważnym węzłem komunikacyjnym i punktem zbieżności wielu dróg w kierunku zachodnim. Drogami tymi przeciągały znaczne masy ludności naszych kresów wschodnich i obszarów Związku Radzieckiego. Byli to wywiezieni na przymusowe roboty do Niemiec, którzy pieszo wracali do swych rodzinnych stron. W tłumach ciągnących drogami na wschód spotykało się też jeńców wojennych z armii krajów zachodnich i Ameryki, którzy w miarę posuwania się frontu wschodniego na terenie Niemiec uwalniani z obozów, nie mogli wędrować w kierunku zachodnim, bo tam wszędzie były jeszcze zawzięte walki. Wycofywali się więc na wschód i południe, aby pieszymi marszami dojść do portów Morza Czarnego. Głównym celem tej wędrówki była Odessa. Tam jeńcy z Zachodu mieli nadzieję znaleźć okazję powrotu. Wśród nich spotykaliśmy Francuzów, Anglików, a nawet Amerykanów. Niektórym udzielano pomocy lekarskiej.

W improwizowanym szpitalu klinicznym przeważali chorzy z ocalałej Pragi i jej otoczenia, z ruin Warszawy, którzy przechodzili przez zamarzną Wisłę, a także w pewnej części z mas wędrującej ludności cywilnej i w niewielkim stosunku z jeńców wojennych. Z tej ostatniej grupy gościliśmy w szpitalu przy ul. Boremłowskiej trzech chirurgów armii amerykańskiej, którzy uchodzili z jednego z obozów we wschodniej części Niemiec. Wszyscy trzej byli pracownikami kliniki chirurgicznej Mount Vernon University. Usłyszeliśmy wtedy pierwsze autentyczne wiadomości o niezwykle skutecznych środkach przeciw zakażeniu ran, o antybiotykach, będących już w powszechnym użyciu w armiach sprzymierzonych. Nasi goście zatrzymali się na kilka dni w Warszawie, nocując w jednym z sąsiadujących ze szpitalem domków, przyjmowani skromnymi posiłkami szpitalnej kuchni.

Grono lekarskie szpitala Boremłowskiego składało się z czterech poprzednio wymienionych docentów. Dr Dąbrowska prowadziła wykłady z anatomii patologicznej i z histopatologii. W gronie asystentów najbardziej czynni byli Ireneusz Roszkowski, Jan Nielubowicz, Czekalski, Swinarski, Borkowska, Anusiak, Massalski, Krzysztof, Klimkiewicz. Pediatrię reprezentował dr Bielobradek.

Wielu studentów starszych roczników pracowało również jako asystenci. Czynne było laboratorium analityki klinicznej, które podlegało doc. Zdzisławowi Michalskiemu.

Funkcję dziekana wydziału pełnił doc. Tadeusz Butkiewicz, dawny ordynator oddziału chirurgicznego szpitala im. Przemienienia Pańskiego.

Podczas gdy docenci Wydziału Lekarskiego U.W. czynni byli w pierwszym szpitalu klinicznym przy ul. Boremlowskiej, w Lublinie już rozpoczął pracę inny wydział lekarski. Do grona założycieli należeli doc. J. Węgierko z kliniki prof. Orłowskiego w Warszawie i szereg pracowników Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Prace tego wydziału rozpoczęły się już pod koniec 1944 r. Nie było jednakże decyzji, czy zawiązek uniwersytecki w Lublinie ma w przyszłości przejść do Warszawy, czy też tam pozostać. Aby wyjaśnić sprawę wznowienia warszawskiego wydziału lekarskiego, doc. dr Tadeusz Butkiewicz udał się do Lublina, gdzie w owym czasie czynne już było Ministerstwo Oświaty. Tam zapadła decyzja, że zawiązek lubelski stanie się wydziałem nowokreowanego Uniwersytetu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. Doc. Butkiewicz otrzymał zlecenie skupiania sił dydaktycznych wszystkich wydziałów Uniwersytetu Warszawskiego, którego Wydziałem Lekarskim miał się stać zawiązek w szpitalu przy ul. Boremlowskiej.

Wydział Lekarski powstający w Lublinie wszedł później w skład nowokreowanego Uniwersytetu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Organizacja i pomieszczenia wskrzeszonego Wydziału Lekarskiego, który zajął na swe potrzeby duży budynek szkolny przy ul. Boremlowskiej były następujące: duża sala gimnastyczna na parterze była salą wykładową. Lecz równocześnie był to pensjonat dla studentek medycyny. Wieczorem ustawiano na sali łóżka. Po rannej pobudce studentki składały i przesuwały łóżka pod ściany, a naokoło podium ustawiały krzesła. Po śniadaniu rozpoczynały się wykłady docentów. Studenci medycyny rozmieszczeni byli w domkach w sąsiedztwie szkoły.

Zakład Radiologii mieścił się na I piętrze, a obok sala operacyjna. Oddziały chorych: chorób wewnętrznych, chirurgii i położnictwa zajmowały częściowo I i II piętro.

Pracownie i pokój lekarza dyżurnego, był na parterze, a w podziemiu pomieszczona była część gospodarcza szpitala i kuchnia. W podziemiu był również pokój kąpielowy z licznymi natryskami. Na parterze czynna była analityka szpitalna i histopatologia. Oddział chorób zakaźnych z salami tyfusu płamistego znalazł pomieszczenie w innym budynku szkolnym przy ul. Grochowskiej.

W zakładzie rentgenologii rozpoczynaliśmy pracę wczesnym rankiem, wykonując wszystkie rutynowe badania dla oddziałów szpitalnych, a później dla licznych chorych zgłaszających się ambulatoryjnie. Około godz. 13, w czasie krótkiej przerwy obiadowej, spożywaliśmy w tej samej sali skromny posiłek. Później następowało studiowanie zdjęć i opisy. Wieczory przeważnie były przeznaczone na omawianie badanych rentgenologicznie przypadków i na konsultacje z klinicystami. Później zajmowaliśmy się nauką języków obcych. Żadnych czasopism lekarskich ówczesny wydział nie otrzymywał.

Od czasu do czasu udawałem się przez zamrażającą Wisłę na Żoliborz, aby z rozrzuconej w zniszczonym domu biblioteki wybrać ocalałe podręczniki i z pełnym plecakiem wracałem do szpitala. Po spłynięciu łódź wyprawy te były kontynuowane, bo zorganizowano przewożenie przez Wisłę w dużych łodziach. Zabierało to sporo czasu, ponieważ przewoźnik czekał, aż łódź uzyska komplet pasażerów. Od placu Szembeka można też było odbyć drogę do przeprawy za niewielką opłatą na furkach wiejskich.

W zajęciach dydaktycznych zwracało uwagę pilność i zainteresowanie nauczonymi przedmiotami ze strony młodzieży akademickiej, która w niezwykle ciężkich warunkach bytowych i w czasie trudnej pracy szpitalnej nie szczędziła wysiłków i czasu na opanowanie materiałów studiów, osiągając nie gorsze wyniki niż w normalnym, pokojowym przebiegu studiów, a może nawet lepsze. Frekwencja na wykładach i ćwiczeniach nie pozostawiała nic do życzenia, a gorliwość i zapał do nauki godzien podziwu. A trzeba dodać, że ćwiczenia z anatomii patologicznej odbywały się w czasie mrozów w otwartej szopie.

Po paru miesiącach, z początkiem wiosny do ruin Warszawy coraz liczniej zaczęli powracać dawni profesorowie Wydziału Lekarskiego: Witold Orłowski, Ludwik Paszkiewicz, Adam Czyżewicz i inni, a także wielu profesorów innych wydziałów. Grona słuchaczy zbierały się w na pół zburzonych dawnych zakładach uniwersyteckich i tam, a częściowo w mieszkaniach prywatnych profesorów wśród ruin, rozpoczynały się zajęcia uniwersyteckie.

Wiosną 1945 roku (daty nie pamiętam) ówczesny minister Oświaty prof. Bienkowski zwołał w dawnym budynku uniwersyteckim zebranie profesorów i docentów wszystkich wydziałów i, stwierdzając znaczne trudności odbudowy uniwersytetu w ruinach Warszawy, w krótkim przemówieniu zaproponował przeniesienie całego uniwersytetu do Łodzi, tj. do miasta, które bez większych zniszczeń przetrwało wojnę. W wolnych pomieszczeniach niektórych fabryk i w innych dużych budowlach można będzie uzyskać po pewnych przeróbkach odpowiednie sale na pomieszczenia poszczególnych zakładów uniwersyteckich, a także urządzić pracownię, sale seminaryjne i audytoria. Cały zespół profesorów, docentów i asystentów otrzyma odnowione, wygodne mieszkania. Dla mieszkańców ruin były to propozycje wielce kuszące. Ale gdy rozpoczęła się dyskusja, żaden z mówców nie poparł projektu przeniesienia Uniwersytetu Warszawskiego do Łodzi. W przemówieniach dominowała stanowcza wola pozostania w Warszawie, kosztem wszelkich wyrzeczeń i postanowie odbudowy uniwersytetu w stolicy kraju.

Gdy w lewobrzeżnej Warszawie martwe ruiny zaczęły się ożywiać, gdy zaczęły się zaludniać ocale piwnice i części mieszkań w zburzonych domach, uruchomienie nowych szpitali na terenie Pragi postępowało żywo naprzód. Powstało kilka improwizowanych, nowych szpitali i energicznie

zabrano się do usuwania gruzów i koniecznych remontów w dawnej obszernej i nowoczesnej budowli szpitala im. Przemienienia Pańskiego przy moście wiślanym. W ciągu lata 1945 r. już można było rozpocząć przenoszenie skromnych oddziałów szpitala przy ul. Boremłowskiej i innych improwizowanych szpitali do dawnych pomieszczeń własnego gmachu. W dawnym zakładzie rentgenowskim długo trwało usuwanie gruzów, odbudowa stropów i przygotowania do montażu aparatury. Wreszcie z końcem 1945 r. rentgenologiczny zakład przy ul. Boremłowskiej przeniósł się na swe dawne miejsce, zajmując kilka odremontowanych sal w podziemiu dawnego gmachu.

Znacznie później, w 1946 r., wraz z częścią personelu przenieśliśmy się do prowizorycznie uporządkowanych pawilonów dawnego szpitala im. Dzieciątka Jezus, który miał się stać głównym szpitalem klinicznym wznowionego Wydziału Lekarskiego U. W.

Największe trudności były z aparaturą rentgenowską. Wszystkie aparaty dawnych szpitali, a także zakładów prywatnych, jeżeli nie zostały wywiezione przez okupanta po kapitulacji Powstania, były w stanie takiego zniszczenia, że nie nadawały się do naprawy i do użytku. Odnaleziono jednak na Ziemiach Zachodnich skupienia wywożonych z Polski centralnej aparatów, których hitlerowscy rabusie nie zdołali przetransportować w głąb Niemiec, z powodu szybkiego przesuwania się frontu bojowego w kierunku zachodnim. Ówczesny Wydział Zdrowia Prezydium Warszawskiej Rady Narodowej zorganizował wyprawę na Ziemię Zachodnią, w poszukiwaniu wywiezionej aparatury pod kierunkiem inż. Gustawa Choroszczaka. Wyprawa ta dała wynik niewielki: otrzymaliśmy kilka małych aparatów rentgenowskich i jeden doskonały aparat do terapii głębokiej. Ten ostatni został zainstalowany już po przeniesieniu się Wydziału Lekarskiego do odbudowanych pawilonów dawnego szpitala im. Dzieciątka Jezus przy ul. Oczki.

Już nieco wcześniej zaczęły się pojawiać aparaty rentgenowskie nadchodzące w ramach pomocy z zagranicy. Pierwszy transport aparatury rentgenowskiej nadszedł ze Szwecji. Były to aparaty przenośne typu wojskowego, zupełnie nowe, które ofiarodawcy w sporej ilości sami dostarczyli do Warszawy. Przyjęte z dużą wdzięcznością od naszego sąsiada zza morza, umożliwiły uruchomienie obsługi rentgenowskiej w nowo powstających placówkach lecznictwa otwartego i zamkniętego. Znacznie później otrzymaliśmy liczne doskonałe, nowe aparaty rozmaitych typów, przeważnie do diagnostyki w ramach pomocy organizacji międzynarodowej UNRRA. Były to aparaty produkcji firm północno-amerykańskich Philippsa, Westinghouse'a i Picker'a. Były to przeważnie doskonałe aparaty czteroprostownikowe do diagnostyki. Jedyną ujemną ich stroną był brak niektórych urządzeń dodatkowych, jak np. urządzeń do zdjęć celowanych i seryjnych przewodu pokarmowego. Urządzenie takie niezbędne jest w zastosowaniu naszej własnej i ogólnoeuropejskiej techniki badań, pod-

czas gdy nadsyłane przez UNRRA aparaty czyniły zadość wymaganiom techniki badań będącej w użyciu w Ameryce.

Bardzo przydatne okazały się amerykańskie aparaty typu polowego firmy Picker. Ich duża wydajność przy bardzo małych rozmiarach i lekkiej konstrukcji budziła podziw. Mały kołpak ochronny lampy zaopatrzonej był w dwa motory. Jeden z nich zapewniał krążenie i równomierne nagrzewanie się oleju izolującego, zaś zadaniem drugiego było chłodzenie zewnętrzne za pomocą małego wentylatora. Zasięg twardości dochodził nieco ponad 100 kV. Jeszcze obecnie po 25 latach pracy aparaty te są u nas w użyciu. Niezwykle solidne i trwałe były również aparaty 4-prostownikowe Westinghouse. Niektóre z nich ciągle jeszcze są w użyciu.

W zespole budowli dawnego szpitala im. Dzieciątka Jezus, który wtedy już był szpitalem klinicznym, radiologia zajęła pomieszczenia dwu czynnych w okresie międzywojennym zakładów tj.:

1. Zakładu rentgenologii obsługującego oddziały szpitalne miejskie, zorganizowanego niegdyś przez pierwszego rentgenologa tego szpitala dra Grzegorza Drozdowicza, a po jego śmierci w 1934 r. prowadzonego przez dr Wacława Sitkowskiego w pawilonie VIII szpitala.

2. Zakładu dawnego Wydziału Lekarskiego zorganizowanego przez doc. Adama Elektorowicza w gmachu kliniki przy ul. Nowogrodzkiej 59. Oba te zakłady weszły w skład nowo utworzonej Katedry Radiologii Wydziału Lekarskiego.

W aparaturze nastąpiła dalsza poprawa, gdy dotychczas posiadane aparaty z darów UNRRA zostały uzupełnione zakupami w Szwecji i Francji, a znacznie później w Niemieckiej Republice Demokratycznej. Rentgenoterapia korzystała ze zdobytej przez Gustawa Choroszczaka aparatury.

W 1947 r. czynne już były w pawilonie VIII cztery sale diagnostyczne i dwie sale do terapii głębokiej, skórnej i kontaktowej. W diagnostyce duże trudności były początkowo ze zdobyciem urządzenia do zdjęć seryjnych przewodu pokarmowego. Ostatecznie otrzymaliśmy to urządzenie dzięki okazyjnemu zakupowi w Krakowie.

Na pierwszym piętrze pawilonu VIII Katedra Radiologii otrzymała oddział łóżkowy (26 łóżek), co pozwoliło na rozwinięcie racjonalnej terapii nowotworowej w jedynej wówczas na terenie Warszawy placówce. Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie przy ul. Wawelskiej był przez długi czas w gruzach i znacznie później został odbudowany.

W budynku klinicznym można było po odbudowie ciemni uruchomić dwa pokoje diagnostyczne do obsługi już czynnych dwóch klinik, chirurgicznej pod kierunkiem prof. Tadeusza Butkiewicza i wewnętrznej pod kierunkiem prof. Witolda Orłowskiego. Obsługę radiologiczną tych klinik zapewniał dr Juliusz Zabokrzycki, który właśnie powrócił do kraju po demobilizacji armii angielskiej.

Gdy już dobrze ruszyła z miejsca dydaktyka w Wydziale Lekarskim, stanęły przed Katedrą Radiologii dwa nowe, rozległe zadania:

1. Zorganizowanie specjalizacji dla odbudowy kadr radiologów, które tak ucierpiały w czasie wojny i okupacji\*), oraz doszkalanie czynnych radiologów.

2. Udział w obsłudze radiologicznej powszechnej służby zdrowia m. Warszawy, która odbudowana i rozszerzana coraz większe miała w tym kierunku potrzeby.

W Katedrze Radiologii spełnienie pierwszego zadania polegało na organizowaniu licznych kursów wstępnych do specjalizacji i kursów doskonalenia. Zadanie drugie wymagało rozwinięcia pracy ambulatoryjnej na szeroką skalę. Uruchomiona została zmiana popołudniowa pracy Zakładu w pawilonie VIII, poświęcona w całości obsłudze licznych, nowo powstających przychodni leczenia otwartego na terenie całej Warszawy.

Początkowo wystarczające pomieszczenia dwu czynnych pracowni na terenie szpitala klinicznego tj. zakładu głównego w pawilonie VIII i zakładu w gmachu klinik przy ul. Nowogrodzkiej stały się już po paru latach za ciasne. Wybudowanie nowego dostatecznie obszernego zakładu było pilną koniecznością. Przedstawiony projekt dotyczył nowego gmachu, który miał wypełnić przerwę istniejącą od strony ul. Chałubińskiego, pomiędzy gmachem klinik przy ul. Nowogrodzkiej i gmachem Anatomicum, od strony ul. Oczki. Budowa rozpoczęta w 1950 r. według programu, który służył inż. arch. Płoskiemu do opracowania szczegółowego planu, ukończona została w 1952 r. Powstał nowy gmach o kilku kondygnacjach, połączony od północy z gmachem klinicznym, zaś od południa z Zakładem Anatomii Patologicznej. Bezpośrednia łączność korytarzy nowego gmachu z korytarzami klinik ułatwiała znacznie obsługę radiologiczną nawet ciężko chorych. Pożyteczny był również bezpośredni dostęp do sali sekcyjnej, co sprzyjało nawiązaniu ścisłej współpracy radiologii z patomorfologią.

IV piętro nowo powstałego gmachu otrzymała Katedra Fizyki Medycznej (kierownik prof. Kapuściński). I i II piętro mieściło osiem dużych sal diagnostycznych dla obsługi klinik, z oddzielnymi ciemniami na każdym piętrze. Parter przeznaczony był dla terapii głębokiej i dla leczenia otwartego, które korzystało z czterech sal diagnostycznych i ciemni na parterze. W podziemiach znalazły pomieszczenie archiwa, warsztaty i fotografia kliniczna. Na trzecim piętrze znalazło się kierownictwo Zakładu i pomieszczenia do dydaktyki w postaci dużej sali seminaryjnej im. dr Marii Werkenthin obok pokoi lekarskich, sali bibliotecznej i sekretariatu. W pawilonie VIII pozostała rentgenoterapia i jedna sala diagnostyczna dla obsługi sąsiednich klinik. Pozostał tam również oddział chorych na nowotwory.

W działalności nowego Zakładu, obok obsługi rentgenologicznej klinik, dydaktyki i prac badawczo-naukowych, na szczególne podkreślenie za-

\*) Przed drugą wojną światową mieliśmy na terenie całego kraju około 200 radiologów, w 1945 r. było ich ogółem 50.

sługuje pomoc jaką radiologia uniwersytecka niosła szerokim warstwom ludności w odbudowującej się Warszawie. W licznych przychodniach lecznictwa otwartego, które szybko i energicznie w pierwszych latach powojennych były rozbudowywane, obsługa radiologiczna była niewystarczająca. Przyczyną tego były trudności aparaturowe, a przede wszystkim brak dostatecznej liczby wyszkolonych radiologów. Nowo wybudowany Zakład Radiologii rozporządzał wydajną aparaturą i obfitym świeżo wyszkolonym personelem. W tych warunkach uruchomienie pracy na dwie zmiany stwarzało szerokie możliwości pracy dla lecznictwa otwartego.

Frekwencja w tej części w ciągu krótkiego czasu tak się rozrosła, że w ciągu jednego dnia pracy Zakład przyjmował od 400—600 chorych dziennie. W tym początkowym trudnym dla miasta okresie, większość chorych ambulatoryjnych Warszawy korzystała z obsługi radiologicznej zarówno w radiodiagnostyce, jak i w radioterapii w Zakładzie Radiologii Wydziału Lekarskiego.

Wraz z rozwojem fizyki atomowej rozpoczęło się stosowanie energii promienistej pochodzenia jądrowego do celów pokojowych: w energetyce, w przemyśle, w badaniach naukowych, a zwłaszcza w biologii i medycynie. Metody badawcze i kliniczne zastosowania tej energii w diagnostyce i terapii stworzyły nowy dział radiologii lekarskiej, który znany jest pod nazwą medycyny nuklearnej i posługuje się izotopami promieniotwórczymi wielu pierwiastków. Dzięki metodom izotopowym uzyskano znaczne postępy w rozwoju nauk podstawowych medycyny, w biochemii, w biofizyce, w fizjologii i fizjopatologii. Rozwinięcie tego nowego działu medycyny stało się pilną koniecznością w naszym kraju. Aby udostępnić korzystanie z nowych metod diagnostycznych medycyny nuklearnej klinikom akademii medycznej, zaprojektowane zostało urządzenie Zakładu Izotopowego przeznaczonego do wykonywania głównie zabiegów diagnostycznych, a częściowo i terapeutycznych. Wymagało to adaptacji pomieszczeń w podziemiu i na parterze Zakładu Radiologii w nowo wybudowanym gmachu. Adaptacja ta ukończona została w 1960 r.

Już w 1958 r. skierowani zostali na studia zagraniczne w medycynie nuklearnej lekarze Jan Doroszewski i Henryk Kowalski. Dla obsługi nowej aparatury w dziedzinie metod izotopowych odbywał studia w Wydziale Elektrotechnicznym Politechniki Warszawskiej Albert Stefanowicz. Dzięki tym przygotowaniom w 1960 r. pełny Zakład Izotopowy z kilkoma działami i pracowniami mógł być uruchomiony na parterze, a częściowo w podziemiach Zakładu Radiologii przy ul. Chałubińskiego. Z rozwiniętych w nim metod diagnostycznych izotopowych korzystają obecnie nie tylko kliniki i przychodnie akademii medycznej, ale także w szerokim zakresie lecznictwo otwarte na terenie Warszawy.

W ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci lat w miarę rozwoju ogólnego medycyny dawne zasadnicze jej działy, tj. medycyna wewnętrzna i chirurgia zaczęły się rozdzielać na liczne, wąskie specjalności. Tej samej



ewolucji uległa też radiologia lekarska, w łonie której po pierwszym oddzieleniu się radioterapii od radiodiagnostyki, w zakresie tej ostatniej wyosobniły się gałęzie specjalne: neuroradiologia, angiokardiologia radiologiczna i radiologia pediatria.

W naszym Wydziale Lekarskim reprezentowany jest dział wydzielonej neuroradiologii, w postaci dwu oddzielnych pracowni w klinikach neurologii i neurochirurgii.

Radiologia pediatria rozwijała się w dwu zakładach w szpitalach klinicznych, grupujących kliniki pediatria. Ponieważ łączenie ich w jednej katedrze radiologii ogólnej nie było rozwiązaniem korzystnym dla rozwoju radiologii pediatria, zaproponowałem prof. Michałowiczowi połączenie dwu istniejących zakładów w nowo kreowanej Katedrze Radiologii Pediatria. Prof. Michałowicz, w którego klinice już przez okres międzywojenny byłem stałym konsultantem, poparł ten wniosek.

Z okazji rozbudowy ośrodka pediatria przy ul. Litewskiej, zostały zaprojektowane obszerne i dobrze rozplanowane pomieszczenia, a na podstawie wniosku uchwalonego przez Radę Wydziału Lekarskiego, Ministerstwo Zdrowia kreowało nową Katedrę Radiologii Pediatria, która jak się okazało, stała się pierwszą tego rodzaju placówką uniwersytecką. Na stanowisko jej kierownika powołany został prof. Ksawery Rowiński \*). Katedra ta, a także Zakład Radiologii Pediatria Instytutu Matki i Dziecka należą do placówek pierwszoplanowych w europejskiej Radiologii Pediatria.

W ten sposób w ciągu okresu powojennego odbudowana została i odpowiednio do rozwoju nauk lekarskich rozbudowana radiologia lekarska Akademii Medycznej w Warszawie. Mamy obecnie dwie katedry radiologii z głównymi siedzibami przy ul. Chałubińskiego i Marszałkowskiej.

W Katedrze Radiologii Ogólnej obok sal do badań tradycyjnych i rutynowych, czynna jest sala przeznaczona do badań naczyniowych. Oddzielne dwie placówki neuroradiologiczne czynne są w szpitalu klinicznym nr 1. Dalsze cztery zakłady obsługują kliniki położnicze, Klinikę Ortopedyczną i Klinikę Urologiczną.

Katedra Radiologii Pediatria posiada obok poprzednio wymienionej placówki głównej przy ul. Marszałkowskiej, drugą placówkę przy ul. Działdowskiej, obsługującą czynny tam ośrodek klinik pediatria. Wymienione zakłady zgrupowane w dwóch katedrach, rozporządzają zespołami doświadczonych radiologów, kształconych w kraju i w najwybitniejszych ośrodkach zagranicznych i są w stanie:

1) rozwijać coraz bardziej dydaktykę radiologiczną na Wydziale Lekarskim, która z biegiem lat w koordynacji z dydaktyką nauk podstawowych i klinicznych podnosi znajomość praktyczną radiologii, tak niezbędną dla lekarza praktyka.

\*) dopiero w kilka lat później druga Katedra Radiologii Pediatria została utworzona w Paryżu.

2) służyć klinikom wszystkimi metodami radiodiagnostycznymi i radioterapeutycznymi z zastosowaniem medycyny nuklearnej włącznie.

3) brać żywy udział w studiach lekarskich podyplomowych, tj. w specjalizacji w radiologii i w doskonaleniu i doszkalanii.

4) prowadzić w szerokim zakresie badania naukowe we wszystkich działach radiologii i przyswajać naszej medycynie każde nowe osiągnięcie radiologii ogólnoswiatowej.

Nie udało się jedynie organizowanie większego samodzielnego ośrodka radiologii doświadczalnej, mimo iż sprawa ta rozważna przez zespoły radiologów wszystkich katedr została wysunięta jako istotny warunek rozwoju radiologii w naszym kraju. Szczegółowy wniosek przedstawiony w tej sprawie spotkał się ze sprzeciwem byłego rektora akademii Marcina Kasprzaka. W tej sytuacji radiologia doświadczalna musiała się ograniczyć do możliwości stworzonych przez prof. Ludwika Paszkiewicza w Zakładzie Patomorfologii i prof. Jana Nielubowicza w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej. Stworzenie osobnego Zakładu Radiologii Doświadczalnej w niedalekiej przyszłości pozwoli na działalność organizacyjną zapewniającą dobre warunki dalszego rozwoju radiologii lekarskiej w kraju.

Dla porównania przypomnieć wypada, że pod koniec okresu międzywojennego mieliśmy we wszystkich ośrodkach naukowych medycyny, jedną katedrę radiologii, jednego profesora i pięciu docentów habilitowanych. Obecnie posiadamy 13 profesorów i 36 docentów i doktorów habilitowanych radiologii, czynnych w 12 katedrach na terenie kraju. Katedry radiologii w Warszawie przyczyniły się w najbardziej wydatnym stopniu do rozwoju i osiągnięcia stanu istniejącego u nas obecnie.

*Проф. д-р В. Завадовски*

#### ПОСЛЕВОЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВРАЧЕБНОЙ РАДИОЛОГИИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В ВАРШАВЕ

Автор обсуждает историю развития врачебной радиологии в Варшаве с ноября 1944 года.

В ретроспективной постановке вопроса представляются трудности первых послевоенных годов, относящиеся к области бытовых условий, недостатков оборудования, работников и др.

С 1952 года врачебная радиология получила новое многоэтажное здание на ул. Халу-биньского 5 и с того периода начинается полное развитие научного заведения.

*Prof. dr Witold Zawadowski*

#### THE POST-WAR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT OF MEDICAL RADIOLOGY IN THE FACULTY OF MEDICINE IN WARSAW

The development of Department Medical Radiology in Warsaw Medical Academy since 1944 (Nov.) is discussed.

In the retrospective presentation the difficult conditions of work during the first post-war years are presented and the shortage of space, equipment, personnel and others are stressed.

Since 1952 Department of Medical Radiology received a new building at Chałubiński street (No. 5) and from that time on full development of the Department followed.

## *Ci, którzy odeszli...*



Prof. dr farm. WŁADYSŁAW WIŚNIEWSKI  
1901—1970

W dniu 22 grudnia 1970 roku zmarł w Warszawie, w wieku lat 70, po długotrwałej chorobie, prof. zwyczajny dr farm. i mgr fil. WŁADYSŁAW WIŚNIEWSKI, kierownik Zakładu Farmacji Stosowanej w Instytucie Nauki o Leku Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie.

W 1926 r. prof. Wł. Wiśniewski ukończył studia na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Poznańskiego otrzymując tytuł magistra filozofii z zakresu chemii. Bezpośrednio po zakończeniu studiów rozpoczął pracę naukowo-dydaktyczną w Oddziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Poznańskiego prowadząc ze studentami zajęcia z chemii analitycznej i stechiometrii chemicznej. Równocześnie studiował farmację, którą ukończył w 1932 r. otrzymując tytuł magistra farmacji. W 1937 roku otrzymał stopień naukowy doktora farmacji.

W 1937 r. prof. Wł. Wiśniewski objął stanowisko kierownika produkcji leków w przemyśle chemiczno-farmaceutycznym CIBA w Pabianicach, gdzie pracował aż do wybuchu wojny.

W okresie okupacji objął kierownictwo produkcji w fabryce chemiczno-farmaceutycznej SYNERGA w Warszawie. To powiązanie zamiłowań naukowych z pracą zawodową w dziedzinie leku — dały dobrą podstawę

do późniejszej pracy w zakresie farmacji stosowanej. W czasie okupacji prof. Wł. Wiśniewski nie zrywa z pracą dydaktyczną, prowadząc ćwiczenia z chemii na tajnych kompletach uniwersyteckich.

Zaraz po odzyskaniu niepodległości, w listopadzie 1944 r. wyjeżdża prof. Wł. Wiśniewski do Lublina, gdzie obejmuje kierownictwo Katedry Chemii Nieorganicznej na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej, biorąc czynny udział w organizowaniu tej placówki naukowej oraz w rozwoju Stowarzyszenia Studentów „Bratnia Pomoc”.

W 1945 r. prof. Wł. Wiśniewski habilitował się na naszym Wydziale z zakresu farmacji stosowanej. W 1946 r. został mianowany profesorem nadzwyczajnym chemii nieorganicznej, a w 1947 r. profesorem farmacji stosowanej. Jednocześnie objął kierownictwo Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej po śmierci prof. B. Koskowskiego. W 1964 r. otrzymał nominację na profesora zwyczajnego.

23 lata kierowania Katedrą Farmacji Stosowanej było bardzo owocne zarówno dla tej dyscypliny nauki, jak i dla Wydziału Farmaceutycznego naszej Uczelni.

Działalność naukowa prof. Wł. Wiśniewskiego dotyczyła przede wszystkim zagadnienia szczególnie ważnego i aktualnego obecnie — trwałości leków, głównie w roztworach iniekcyjnych, a z drugiej strony opracowywania nowych metod analitycznych dla oceny jakości leków galenowych lub adaptacji metod istniejących do skali półmikro- lub mikro. Prace doświadczane dążyły do podniesienia poziomu kontroli trwałości leków oraz do lepszego oznaczania ciał czynnych w surowcach leczniczych i były przeznaczone przede wszystkim dla potrzeb Farmakopei Polskiej. Dorobek działalności naukowej prof. Wł. Wiśniewskiego składa się z dwóch podręczników, opublikowanych 85 prac doświadczalnych, 13 o charakterze monograficznym i referatowym oraz opracowaniem 85 monografii dla Farmakopei Polskiej III i IV, nie licząc prac wykonanych przez uczniów i asystentów. Pod kierunkiem prof. Wł. Wiśniewskiego zostało wykonanych 95 prac magisterskich, 12 przewodów doktorskich oraz 3 przewody habilitacyjne. Prof. Wł. Wiśniewski był wychowawcą wielu pokoleń polskich farmaceutów, wśród których szereg osób zajmuje wysokie stanowiska w życiu zawodowym i społecznym.

Prof. Wł. Wiśniewski brał również czynny udział w pracy społecznej, wysoko doceniając jej potrzebę i znaczenie zarówno dla Wydziału jak i polskiej farmacji. Na terenie naszej Uczelni pełnił funkcje prodziekana Wydziału Farmaceutycznego oraz był członkiem szeregu komisji senackich. Był członkiem rad naukowych Instytutu Leków oraz Instytutu Hodowli i Aklimatyzacji Roślin, przewodniczącym Podkomisji Galenowej Farmakopei Polskiej, koordynatorem prac naukowych z farmacji stosowanej. Ponadto był także wieloletnim przewodniczącym Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz prezesem Polskiego Związku Chemików w Poznaniu.

Za swą działalność naukową, organizacyjną i społeczną prof. Wł. Wiśniewski został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem X-lecia, odznaką 1000-lecia Państwa Polskiego. Został również wybrany na członka honorowego Pol. Tow. Farmaceutycznego oraz na członka honorowego Towarzystwa Bratnia Pomoc Studentów Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Przez 23 lata pracował prof. Wł. Wiśniewski ofiarnie na naszym Wydziale, utrzymując na wysokim poziomie autorytet Katedry i Wydziału. Był prawdziwym pracownikiem nauki, skromny, spokojny, wyrozumiały, otaczający dużą troską i opieką swych współpracowników. Odszedł od nas Człowiek o głębokiej wiedzy i kulturze akademickiej, który mógłby jeszcze służyć nauce i zawodowi swą wiedzą i doświadczeniem.

*Dziekan  
Wydziału Farmaceutycznego  
Akademii Medycznej w Warszawie  
Prof. dr W. Rusiecki*



Dr ZYGMUNT MISIEWICZ  
1909—1971

W dniu 5 lutego 1971 r. w następstwie obrażeń poniesionych w wypadku samochodowym zmarł długoletni adiunkt II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych naszej Akademii Medycznej dr Zygmunt Misiewicz. Urodzony dn. 1.XI.1909 r. w Warszawie tutaj też uczęszczał do szkół uzyskując w 1929 r. świadectwo dojrzałości w Gimnazjum im. Zamojskiego. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego i uzyskał dyplom lekarza w 1938 r. Początkowo rozpoczął pracę jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej. Podczas wojny pracował w oddziale ginekologicznym szpitala Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Czerniakowskiej. Po wojnie kontynuował pracę w oddziale ginekologicznym szpitala na Solcu. W 1953 r. przeniósł się do organizującej się II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych A.M. w Warszawie, której pozostał wierny aż do nieoczekiwanej śmierci.

Jako bardzo doświadczony praktyk-klinicysta, przez cały czas pracy w klinice zajmował się intensywnie kształceniem studentów i specjalizujących się ginekologów. Doskonała znajomość zabiegowej i operacyjnej strony ginekologii i położnictwa oraz trafne i cechujące się zdrowym rozsądkiem rozumowanie kliniczne w połączeniu z cierpliwością i niezaprzeczonymi zdolnościami pedagogicznymi stworzyły warunki, w których był idealnym opiekunem stawiających pierwsze kroki ginekologów. Był lubiany przez rzeszę pacjentek, wysoko oceniających niesioną przez niego pomoc.

Prowadząc od lat praktyczne nauczanie studentów zyskał sobie ich

uznanie łącząc nieustępliwie wysokie wymagania z dużą życzliwością dla młodzieży.

W ostatnich latach ciężka choroba ograniczyła Jego aktywność w oddziałach kliniki, jednak pracując w ambulatorium kliniki potrafił stworzyć tam warunki, w których studenci uczyli się początków diagnostyki ginekologicznej. Drugą, obok szeroko rozumianej dydaktyki, pasją dr Zygmunta Misiewicza było realizowanie filmów naukowych. Jako jeden z garstki zapaleńców był współtwórcą obecnego Zakładu Wytwarzania Filmów Naukowych — najpierw przy Głównej Bibliotece Lekarskiej a następnie przy Państwowym Zakładzie Wydawnictw Lekarskich. Duże uzdolnienia techniczne w połączeniu z dogłębną znajomością problematyki położniczo-ginekologicznej owocowały pięknie w 13 filmach, których był realizatorem lub współrealizatorem. Ostatni z tych filmów, poświęcony zagadnieniom przedurodzeniowych uszkodzeń płodu i cechujący się nowatorstwem formy i treści został nagrodzony na Międzynarodowym Festiwalu Filmu Naukowego w Sao Paolo w 1968 r. Śmierć przerwała dr Zygmunтови Misiewiczowi realizację 2 dalszych filmów naukowych.

Dobre serce oraz ujmująca i życzliwa osobowość dr Zygmunta Misiewicza przysparzały mu licznych przyjaciół. Był człowiekiem o pełnym poczuciu humoru, towarzyskim i powszechnie lubianym.

Odejście Jego okryło żalem i żałobą zespół II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Warszawie. Na zawsze zostaną z nami zrealizowane przez Niego filmy i dobra pamięć kochanego Kolegi i Przyjaciela.

*Dr med. Janusz Kretowicz*

## REGULAMIN SKŁADANIA PRAC W KWARTALNIKU AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

W kwartalniku drukowane są 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 są prace naukowe, dydaktyczno-naukowe, organizacyjne, referatowo-programowe, streszczenia prac naukowych, ew. tytuły zakończonych prac, sprawozdania z pobytów naukowo-szkoleniowych za granicą i artykuły bądź informacje związane z działalnością uczelni.

Artykuły należy nadsyłać w 3 egzemplarzach. Objętość artykułów nie powinna w zasadzie przekraczać 10 stron maszynopisu, napisanych jednostronnie z interlinią, na pojedynczych arkuszach formatu A4, z marginesem 5-centymetrowym z lewej strony. Na marginesie tekstu należy zaznaczyć miejsca, w których powinny być umieszczone rysunki i tabele. Pożądanym jest nadsyłanie tekstów streszczeń artykułów w języku angielskim i rosyjskim.

Maszynopis pracy powinien zawierać:

- imię i nazwisko autora (autorów), tytuł zawodowy, stopień naukowy, stanowisko
- tytuł pracy
- adres miejsca pracy

Wszystkie tabele oraz zestawienia (unikać zbyt dużych wymiarów) powinny być wykonane osobno (na oddzielnych arkuszach) i ponumerowane kolejno liczbami rzymskimi. Wzory i oznaczenia można wpisywać ręcznie, używając jedynie liter łacińskich i greckich.

Rysunki i wykresy powinny być wykonane zgodnie z wymaganiami Polskich Norm \*, czarnym tuszem na białym, gładkim papierze rysunkowym lub na przezroczystej kalce kreślarskiej. Napisy na rysunkach powinny być wykonane czytelnie. Wielkość rysunków i wykresów, grubość i gęstość poszczególnych linii i napisów powinny uwzględniać zmniejszenie (maksymalnie do szerokości łamu tekstu, tj. 12,5 cm.). Fotografie czarnobiałe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym.

Wszelkie rysunki, fotografie, wykresy należy nazywać rysunkami (w skrócie rys.) i nie używać takich określeń jak: figura, rycina, fotografia itp. Powinny być one ponumerowane kolejno, liczbami arabskimi. Wszelkie rysunki powinny być nadsyłane w jednym egzemplarzu oddzielnie (nie wklejone do tekstu).

Do działu „Wybrane prace naukowe” należy nadsyłać krótkie streszczenia pracy, zawierające zasadnicze jej tezy. Streszczenie nie powinno przekraczać 100 wyrazów (ok. 1/2 strony maszynopisu). Jeżeli praca została zgłoszona do publikacji, należy podać tytuł czasopisma, w którym ma być ona wydrukowana.

Redakcji przysługuje prawo przeprowadzania zmian redakcyjnych, niezbędnych skrótów, poprawek stylistycznych oraz dokonywania poprawek merytorycznych po uprzednim uzgodnieniu z autorem. O przyjęciu do druku i ustaleniu kolejności publikacji decyduje Komitet Redakcyjny.

Autorzy opublikowanych artykułów otrzymują honorarium, płatne po ich ukazaniu się w wysokości ustalonej w Tabeli Wynagrodzeń Autorskich. Autorzy wydrukowanych prac otrzymują odpłatnie po 20 egz. odbitek drukarskich.

\* Maszynopis wydawniczy PN/P-55025.



## Содержание

1. <i>Ксаверы Ровински</i> — Роль вуза в подготовке врачей к общественному здравоохранению . . . . .	
2. <i>Станислав Барански, Казимеж Островски</i> — Тестовая оценка запоминания сведений по цитофизиологии в зависимости от времени . . . . .	113
3. <i>Владимеж Янушевич</i> — Отчет по деятельности Педагогического Совета курса Общемединского Факультета . . . . .	119
4. <i>Леон Стельмахов</i> — Некоторые проблемы обучения студентов в военном отделении Медицинской Академии . . . . .	123
5. <i>Владыслав Русецки</i> — Будущее и новые задачи Фармацевтического Факультета	129
6. <i>Ежи Секульски</i> — «Мистер Варшавы» 1970 — Здания Фармацевтического Факультета Медицинской Академии . . . . .	139
7. <i>Софья Обухович-Ложинска</i> — Деятельность Отделения Физкультуры . . . . .	143
Избранные научные работы . . . . .	151
Список докторских работ Общемединского Факультета . . . . .	163
Список докторских работ Фармацевтического Факультета . . . . .	167
<i>Витольд Завадовски</i> — Послевоенное восстановление и развитие врачебной радиологии в Общемединском Факультете в Варшаве . . . . .	165
Те, которых уже нет — Проф. доктор фарм. Владислав Висневски . . . . .	175
Доктор мед. Зыгмунд Мисевич . . . . .	178

Ежеквартальный журнал издавался в 1969 и 1970 годах под заглавием „Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie”

## CONTENTS

<i>Ksawery Rowiński</i> — The role of the Medical Academy in preparing physicians for social health service . . . . .	103
<i>Stanisław Barański, Kazimierz Ostrowski</i> — Evaluation by test examination of memory retention of data learnt during cytophysiologic course in dependence on time . . . . .	113
<i>Włodzimierz Januszewicz</i> — Report on the activity of Pedagogic Council for the IV-th Year of Medicine . . . . .	119
<i>Leon Stelmachów</i> — Some problems of training the students of the Medical Academies in military subjects . . . . .	123
<i>Władysław Rusiecki</i> — The future and new tasks of the Faculty of Pharmacy	129
<i>Jerzy Sekulski</i> — The Buildings of the Faculty of Pharmacy — "Mister Warsaw — 1970" . . . . .	139
<i>Zofia Obuchowicz-Łożyńska</i> — The activity of the Physical Culture Department . . . . .	143
Selected scientific works . . . . .	151
A list of doctors' theses in the Faculty of Medicine . . . . .	163
A list of doctors' theses in the Faculty of Pharmacy . . . . .	164
<i>Witold Zawadowski</i> — The post-war reconstruction and development the Department of Medicial Radiology in the Medical Academy . . . . .	165
Obituary — Prof. Władysław Wiśniewski, Phar. D. . . . .	175
Zygmunt Misiewicz, M.D. . . . .	178

The present Quaterly appeared in 1969 and 1970 under the title „Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie”





#### 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 zł 60.—

Instytucje państwowe, społeczne, zakłady pracy, szkoły itp. mogą zamawiać prenumeratę wyłącznie w miejscowych Oddziałach i Delegaturach „Ruch”, w terminie do 25 listopada na rok następny.

Prenumeratorzy indywidualni mogą opłacać prenumeratę w urzędach pocztowych i u listonoszy, lub dokonywać wpłat na konto PKO Nr 1-6-100020 — Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch”, Warszawa, ul. Towarowa 28 (w terminie do 10 dnia miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty).

Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest o 40% droższa od prenumeraty krajowej, przyjmuje Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych „Ruch” Warszawa, ul. Wronia 23, konto PKO Nr 1-6-100024.

Sprzedaż egzemplarzy numerów zdezaktualizowanych, na uprzednie pisemne zamówienia, prowadzi Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch” Warszawa, ul. Towarowa 28.

Indeks 35430

