

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



SPIS TREŚCI

<i>Eugeniusz Spiachowicz</i>	— Udział młodzieży warszawskiej AM w świadczeniach na rzecz regionu i kraju	101
<i>Jan Tatoń</i>	— Możliwości oddziaływania wychowawczego w toku nauczania medycyny klinicznej	105
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Akademickie zwyczaje i insygnia	111
<i>Elżbieta Łapińska</i>	— Ocena zmian osobowości studentów medycyny w trakcie pierwszych lat nauki	131
<i>Janusz Komender, Andrzej Budaj, Andrzej Nowak</i>	— Uczelnia w oczach studentów I roku	141
<i>Bertold Kassur, Jerzy Januskiewicz</i>	— Organizacja VI Międzynarodowego Kongresu Specjalistów Zakaźnych i Pasożytniczych w Warszawie	151
<i>Krzysztof Boczkowski</i>	— Genetyczna determinacja oraz różnicowanie plei	157
Sylwetki naszych uczonych		
<i>Cezary W. Korczak</i>	— Prof. Marcin Kacprzak	163
<i>Mieczysław Kaczyński</i>	— Prof. Jan Mazurkiewicz	171
<i>Halina Wardaszko-Łyskowska</i>	— Prof. Józef Handelsman	177
Wybrane prace naukowe	182

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

ROK VII

1975

NR 2

Doc. dr hab. med. Eugeniusz Spiechowicz)*

UDZIAŁ MŁODZIEŻY WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W ŚWIADCZENIACH NA RZECZ REGIONU I KRAJU

Młodzież warszawskiej Akademii Medycznej w pierwszych latach po wojnie wniosła swój wielki wkład w odbudowę i przebudowę Warszawy. Wraz z młodzieżą innych uczelni warszawskich, medycy, stomatolodzy i farmaceuci poświęcili wiele czasu i zapału w odgruzowywaniu i porządkowaniu warszawskich ulic, placów i domów. W niezmiernie trudnych, prymitywnych warunkach rozpoczynali oni swoje studia, praktycznie bez pracowni, laboratoriów, sal wykładowych, podręczników i innych pomocy dydaktycznych. Studiując, równocześnie porządkowali i pomagali w odbudowie pomieszczeń, które miały polepszyć warunki studiowania ich młodszymi kolegom. Należy w tym miejscu podkreślić rolę organizacji młodzieżowych, które były inicjatorami społecznych poczynań na rzecz odbudowy Warszawy.

Równoległe z tą działalnością, studenci warszawskiej Akademii Medycznej wraz z kadrą nauczającą rozpoczęli organizację „białych niedziel”, polegających na tym, że ekipy złożone ze specjalistów różnych dziedzin wraz ze studentami wyjeżdżały do wybranych miejscowości w województwie warszawskim, w których brak było opieki lekarskiej. Na rzecz tych wyjazdów poświęcali swój niedzielny wypoczynek, jadąc wiele kilometrów prymitywnymi środkami lokomocji do oddalonych miejscowości, w celu niesienia pomocy lekarskiej najbardziej potrzebującym. Pomoc lekarska realizowana w taki sposób, chociaż początkowo sporadyczna i nieprecyzyjnie planowana, była w ówczesnych warunkach jedyną formą pomocy lekarskiej dla ludności z odległych rejonów. Należy zaznaczyć, że nawet obecnie liczba lekarzy w województwie warszawskim jest znacznie poniżej średniej krajowej, a w okresie powojennym często droga do lekarzy wynosiła kilkadziesiąt kilometrów.

*) Prorektor ds dydaktyczno-wychowawczych

Działalność studentów polegała na badaniu i udzielaniu porad chorym, na kierowaniu najbardziej potrzebujących do okolicznych szpitali lub klinik Akademii Medycznej. Skuteczną była pomoc udzielana przez stomatologów, którzy na miejscu dokonywali zabiegów usuwania zębów czy wypełniania ubytków. Pomocy tej udzielano w pierwszym rzędzie dzieciom.

W okresie późniejszym akcja „białych niedziel” była organizowana w sposób bardziej kompleksowy i długofalowy. Zostały wytypowane określone miejscowości na terenie województwa warszawskiego, do których systematycznie przez pewien okres przyjeżdżały ekipy studentów i lekarzy. Omawiane akcje były w większości przypadków podejmowane z inicjatywy studentów i stanowiły ich wkład w poprawę stanu zdrowotności ludności regionu warszawskiego. Brak jest dokładnego rejestru wszystkich poczynań, nie mniej można szacunkowo przyjąć, że w okresie blisko 30 lat wyjazdów takich odbyło się kilkaset. Szczególne ich nasilenie przypadało na lata pięćdziesiąte. Obecnie w związku z poprawą opieki lekarskiej w województwie i szeregiem innych czynników, pomoc lekarska w formie „białych niedziel” staje się przeżytkiem i stosowane są inne rodzaje świadczeń.

W początkach lat pięćdziesiątych zaczęto również wprowadzać inne formy działania, w postaci wakacyjnych obozów społeczno-naukowych, o szerszych i ambitniejszych zamierzeniach. Pierwsze, na dużą skalę organizowane obozy, w których brały udział grupy studenckie liczące ponad sto osób, odbywały się w latach 1954, 1955 i 1956 w Broku, Czerwińsku i Strzegowie. Głównym ich celem, poza działalnością dydaktyczno-wychowawczą, było prowadzenie badań na temat oceny stanu zdrowia ludności wiejskiej. W akcjach tych przebadano kilka tysięcy osób, a opracowania statystyczne oraz wypływające z nich opinie i wnioski były publikowane, bądź przesyłane odnośnym władzom. Oprócz badań, studenci i lekarze prowadzili zachowawcze leczenie chorych i wykonywali drobne zabiegi chirurgiczne. Działalność taka spotykała się z dużym uznaniem ze strony środowiska.

W ciągu ostatnich pięciu lat większość studenckich obozów naukowo-społecznych była ukierunkowana na badania z dziedziny ochrony środowiska. W pracach tych szczególną aktywność wykazali studenci Wydziału Farmaceutycznego. Można tu wymienić następujące imprezy zorganizowane z inicjatywy studentów i pracowników Wydziału:

- 1) Studenckie obozy naukowo-społeczne w Głogowie w 1970 i 1971 roku, których celem było badanie zanieczyszczeń powietrza i wody w głogowskim zagłębiu miedziowym. Wyniki prac były przedmiotem kilku publikacji naukowych, a ich wartość oceniona na kilkadziesiąt tysięcy złotych. Za swoją działalność studenci otrzymali nagrodę władz powiatowych.

- 2) Studencki obóz naukowo-społeczny w Dęblinie w 1971 r., na którym zainicjowano „Akcję Wisła”. Celem jej była ocena stanu zanieczyszczenia środkowej Wisły, Wieprza i ich dopływów. Obozy w Dęblinie organizowano dwukrotnie w roku 1972, a sama akcja jest kontynuowana nadal. Wyniki badań przekazano Wydziałowi Gospodarki Wodnej i Ochrony Powietrza WRN. Wartość prac została oceniona na ponad 100 tys. złotych. Za udział w wymienionej akcji, studenci otrzymali nagrodę i podziękowanie przewodniczącego Prezydium WRN w Warszawie.

W roku 1973 pod patronatem Zarządu Stołecznego ZSSP został zorganizowany obóz, w którym rozpoczęto kompleksowe badania na temat ochrony środowiska naturalnego i zdrowia ludności w rejonie Kozienic, gdzie następuje szybkie uprzemysłowienie regionu (elektrownia w Kozienicach i rozbudowujące się szybko zakłady chemiczne w Pionkach).

Badania prowadzone były przez zespoły studentów zrzeszonych w studenckich kołach naukowych 5 wyższych uczelni Warszawy: Politechniki Warszawskiej, Akademii Rolniczej, Uniwersytetu Warszawskiego, Szkoły Głównej Planowania i Statystyki oraz Akademii Medycznej. Każde koło opracowało szczegółowy program badania pod kierunkiem odpowiedniej katedry. Wykonywanie badań w terenie przebiegało pod stałym kierunkiem i nadzorem opiekunów kół, pracowników naukowo-badawczych odpowiednich katedr i zakładów. Koordynatorem badań i współorganizatorem obozu była Akademia Medyczna w Warszawie.

Studenci naszej uczelni prowadzili badania dotyczące następujących zagadnień: zanieczyszczenie wód i gleby, badania ogólnolekarskie, stomatologiczne, ginekologiczne i psychiatryczne ludności zamieszkującej dany rejon.

Zakres badań uzgodniono z władzami administracyjnymi powiatu kozienickiego. Wykazały one żywe zainteresowanie zarówno kompleksowością opracowania zagadnień ochrony środowiska naturalnego i zdrowia ludności, jak i ich organizacją. Szczególne zainteresowanie stwarza możliwość przedstawienia wniosków, które mogą pomóc w rozwiązaniu ważnych problemów środowiskowych w rejonie Puszczy Kozienickiej, a nawet i całego powiatu. Prace te były kontynuowane również w roku 1974.

Oprócz wymienionych, organizowane są również obozy pilotowane przez poszczególne jednostki naszej uczelni a powiązane tematycznie i organizacyjnie z działalnością studenckich kół naukowych. Ponadto młodzież była inicjatorem i uczestnikiem wielu innych obozów w czasie trwania których wykonywała prace społecznie użyteczne.

Przedstawione wyżej uwagi nie stanowią pełnego i dokładnego sprawozdania, są jednak dowodem dużego wkładu pracy młodzieży

warszawskiej Akademii Medycznej na rzecz społeczno-gospodarczego rozwoju regionu i kraju.

Organizacja i uczestnictwo w obozach społeczno-naukowych ma również duże znaczenie dydaktyczno-wychowawcze. Doceniając tę ich funkcję, nasza Rada Szkoły ds. Młodzieży zajęła się problemem obozów i praktyk wakacyjnych aby włączyć je w pełni i planowo w realizację kompleksowego planu dydaktyczno-wychowawczego uczelni.

Środek przeciw dychawicy oskrzelowej i dusznicy bolesnej

LUMIDRINAL

t a b l e t k i

SKŁAD: <i>Phenazonum</i>	0,3
<i>Coffeinum purum</i>	0,05
<i>Phenobarbitalum</i>	0,015
<i>Ephedrinum hydrochloricum</i>	0,02

LUMIDRINAL działa rozkurczowo i przeciwbólowo. Rozszerza oskrzela, obniża napięcie mięśni gładkich, znosi stany skurczowe jelit, moczowodów, pęcherzyka żółciowego, przewodu pokarmowego i żółciowego. Powoduje ustąpienie bólów wywołanych skurczami.

WSKAZANIA:

- dychawica oskrzelowa
- stany dychawicze
- dusznica bolesna
- bóle głowy
- migrena
- choroba wieńcowa

OPAKOWANIE: 20 tabletek

FARMACEUTYCZNA SPÓŁDZIELNIA PRACY

„GALENA”

ul. Krucza 62

50-984 WROCLAW

*Doc. dr hab. med. Jan Tatoń**)

MOŻLIWOŚCI ODDZIAŁYWANIA WYCHOWAWCZEGO W TOKU NAUCZANIA MEDYCYNY KLINICZNEJ

Działanie przykładów

W medycynie klinicznej bardzo silnie wychowawczo oddziałują przykłady. Z reguły studenci, asystenci przejmują, i to nawet łatwiej aniżeli wiedzę, postawę swoich przełożonych — mistrzów — profesorów, docentów, ordynatorów, kierowników przychodni. Osoby te wywierają silny — dodatni lub ujemny — wpływ wychowawczy swoim osobistym przykładem. Działają oni własnym, żywym wzorem umiłowania pracy i wiedzy, wysokiej moralności i obowiązkowości, serdecznego, współczującego stosunku do chorych; cechy te łatwo przejmują młodzi lekarze, a także studenci, pielęgniarki, cały personel.

Wokół nauczycieli klinicznych powstawać powinna „szkoła lekarska” — tj. grupa wychowanków o istotnych walorach zawodowych i moralnych, przejmująca cechy osobowości, metody pracy, idee zawodowe nauczyciela i przenosząca raz zdobyte zasady postępowania do innych ośrodków. Potrzeba nam jak najwięcej takich szkół wiedzy i wychowania w klinikach i oddziałach szpitalnych. Oddziaływanie takiej szkoły łatwo może objąć studentów. Oczekują oni często na tego rodzaju atmosferę pracy i nauczania w klinikach i oddziałach.

Praca lekarza — asystenta, a co za tym idzie i studenta przy łóżku chorego wyróżnia się szeregiem wyjątkowych cech i okoliczności. Rodzaj i jakość decyzji powziętych przez lekarza wpływa wyraźnie na szanse utrzymania życia, zdrowia lub zdolności do pracy, na stan cierpienia i wielkość stresu osoby oddanej jego opiece. Praca ta odbywa się w okolicznościach związanych z największymi napięciami intelektualnymi i emocjonalnymi przeżywanymi przez chorego, jego rodzinę i otoczenie, a także przez zespół leczący. Znaczne postępy organizacyjne i techniczne w opiece zdrowotnej w niczym nie umniejszają znaczenia tych twierdzeń. W istocie rzeczy chory człowiek w łóżku domowym lub

*) Prodzikan Wydziału Lekarskiego

szpitalnym albo na stole operacyjnym powierza lekarzowi, tak jak dawniej, największe wartości swojego bytu — życie, zdrowie, zdolność do pracy, często związany z tymi wartościami los rodziny, nadzieje na szczęście, na sukcesy życiowe. Lekarz a także jego pomocnik student jest więc obowiązany realnie i skutecznie wykorzystać wszystkie możliwości naukowe i społeczne jego czasów dla dobra człowieka cierpiącego.

W rezultacie można stwierdzić, że kliniczne zadania lekarza — asystenta, rodzaj jego pracy, nakładają szczególne rygory. W zasadzie lekarz jest osobiście odpowiedzialny za ilość i jakość swojej wiedzy, jaką dysponuje w działalności zawodowej oraz za umiejętność jej zastosowania w praktyce, w konkretnych warunkach. W tego rodzaju działalności największe znaczenie ma wzorzec osobowy — przykład nauczyciela, który powinien inspirować studentów, pozostawiając trwałe ślady w ich formującej się osobowości zawodowej.

Myślenie i działanie

Medycyna cechuje się szerokim zakresem problematyki i wykorzystuje w pełni różne typy uzdolnień, od humanistycznych do matematycznych. Cechuje ją także szczególnie ważna okoliczność — łatwość realizacji tezy o łączeniu teorii z praktyką badawczą lub kliniczną. Umożliwia to spełnienie tak istotnego postulatu samokształcenia jak kształtowanie myślenia w działaniu. Aby zrealizować ten cel, program i organizacja nauczania oraz pracy lekarza muszą wyzwolić inicjatywę, angażować studenta w problematyce praktycznej, pokazać mu wyzwanie, jakie przedstawia zawodowi lekarskiemu życie. Tak szkoła, jak i praca muszą też dawać możliwość wykazywania motywów i tworzenia nowych inicjatyw oraz rozwoju aspiracji twórczych.

Praca zawodowa powinna wykazać, jak z praktyki wynikają impulsy badawcze i jak badania umożliwiają rozwiązywanie kolejnych problemów praktycznych. Problem integracji teorii i praktyki będzie się w przyszłości pogłębiał i rozszerzał — obejmuje cały system ochrony zdrowia. Dlatego też kształcąc w taki sposób lekarzy, dzisiaj już przygotowuje się przyszłe przeobrażenia systemu ochrony zdrowia; między innymi dotyczy one będą nowej roli szkoły medycznej w obrębie regionalnego środowiska zawodowego. Coraz ściślejsza integracja teorii z praktyką oraz szybki rozwój stosowania skomplikowanej technologii medycznej w praktyce i konieczność ciągłego doskonalenia się zawodowego lekarzy pracujących poza szkołą, stwarzają potrzebę zatrudnienia pracowników naukowych w praktycznej ochronie zdrowia. Jednocześnie, w szkole medycznej coraz bardziej odczuwa się potrzebę udziału w procesie nauczania wybitnych praktyków. Zacieśnia się różnica pomiędzy środowiskiem szkoły, środowiskiem naukowym a środowiskiem działalności praktycznej.

Student i środowisko zawodowe

Uczelnia medyczna, różne zinstytucjonalizowane formy kształcenia poddyplomowego, naukowe towarzystwa lekarskie, staże zawodowe mają zadanie przede wszystkim nauczania metody przyswajania wiedzy i umiejętności zawodowych, stworzenia podstaw dalszego samokształcenia oraz samowychowania. Żadna instytucja nie jest natomiast w stanie zastąpić tych dwóch zasadniczych funkcji, integralnie związanych z osobowością studenta a później lekarza.

Formalne możliwości doskonalenia zawodowego są rozliczne i łatwo dostępne. Twórczy stosunek studenta lub młodego lekarza do obserwacji związanych z zawodem, samokrytyczna ocena swoich braków w wykształceniu, które chociażby w związku z postępem wiedzy lekarskiej są nieuchronne oraz samodzielne ich usuwanie zależy od sylwetki osobowej lekarza, od motywów jego pracy. Można stwierdzić, że już sam wybór zawodu lekarza, to wybór drogi stałego doskonalenia się zawodowego i kulturalnego, ciągłej pracy nad swoją efektywnością zawodową, ciągłe staranie się o utrzymanie w fali postępu naukowego. Skutki braków w wiedzy i umiejętnościach lekarskich upoważniają do stwierdzenia, że doskonalenie zawodowe jest moralne, a brak takiej postawy jest — z punktu widzenia etyki zawodu — moralnie negatywny.

Związek: lekarz — chory

Skuteczne działanie lekarza jest proporcjonalne do aktualnego stanu wiedzy biologicznej i społecznej, do możliwości przemysłowych i technicznych kraju, a z drugiej strony zależy wybitnie od stosunków społecznych, w jakich się ono realizuje. Od wieków bowiem takie podstawowe wartości jak życie, zdrowie, prawo do radości, do doskonalenia swego bytu — w powszechnym, odczuciu społecznym — przysługiwały wszystkim ludziom jednakowo. Znaczenie tego stwierdzenia można prześledzić w niezliczonych dokumentach naukowych, historycznych, literackich, w dziełach sztuki z wielu epok. Przydawało ono roli lekarza dwuznaczność. Dlatego nie sposób przecenić także tych walorów zawodowo-etycznych, które wynikają z elementu sprawiedliwości społecznej w działalności lekarza i systemu ochrony zdrowia. Z całym przekonaniem można stwierdzić, że system ochrony zdrowia realizujący równość prawa do zdrowia obywateli wybitnie zmienia indywidualny kontakt lekarza z chorym. Kontakt ten staje się normalnie lepszy przez to, tylko, że jest sprawiedliwie rozdzielany.

Uczący się lekarz musi łączyć w sobie walory fachowe i ideowe — jak najlepszą, nowoczesną wiedzę medyczną, postawę intelektualną i zaangażowanie społeczne, postawę naukową i wrażliwość społeczną, wiedzę specjalistyczną i ogólną o człowieku. Przy czym — trzeba pod-

kreślić — przede wszystkim o człowieku naszego pokolenia i naszego społeczeństwa. Człowiek ten przybywający do instytucji służby zdrowia, do lekarza uczy go zarówno medycyny jak i ogólnej wiedzy o życiu, o jego realnych praktycznych problemach. Sprawy te przynoszone przez chorych do klinik i szpitali mają potężne oddziaływanie wychowawcze zwłaszcza, że przedstawiane są w sposób prawdziwy i konkretny w toku zbierania wywiadów. Nauczyciel musi je komentować i wykorzystywać do wpływania na osobowość studenta.

Lekarz leczy chorego, a nie chory narząd czy układ narządów. Ta integrująca postawa lekarza występuje w każdym przypadku nawiązania kontaktu lekarza z chorym. Ma ona swoją odrębną psychologię. Jej ważnym elementem jest np. wiara lekarza w możliwość ratowania chorego; udziela się ona choremu. Lekarzowi nie wolno tracić nadziei, bo chory natychmiast uchwyci to z jego zachowania, z tonacji słów, z wyrazu twarzy. Dlatego lekarza obowiązuje nadzieja na ocalenie chorego i walka o jego życie do samego końca, chociażby dlatego, aby chory mógł do końca utrzymać zaufanie. Wynika z tego, że lekarz musi znaleźć w sobie tyle cierpliwości ile wymaga od niego chory. Starania o przywrócenie zdrowia somatycznego i psychicznego winny być konsekwentne, nacechowane inwencją, studiami i umiejętnością realizacji, nie może tu pojawiać się zniechęcenie lub znudzenie. Tego rodzaju zachowanie się lekarza może umożliwić lepsze poznanie chorego, jego problematyki zarówno biologicznej, jak psychologicznej i społecznej. Każdy pacjent stanowi odrębną jednostkę.

Uczący się lekarz jest tym człowiekiem, który musi to zrozumieć i przyjąć, że z chwilą kiedy rozpoczął leczenie dochodzi do procesu wymiany myśli, dążeń i uczuć między nim a chorym. Jednym z ważnych pytań na które zarówno lekarz, jak i chory starają się znaleźć odpowiedź jest pytanie „kim jest ten drugi człowiek?”.

Osobowość lekarza

Negatywna, niez zaangażowana postawa lekarza powoduje często „wycofanie się” chorego. Negatywność postawy lekarza może wyrażać się nie tylko w braku miłych i układnych słów lub zewnętrznej manieri zachowania się, ale w braku właściwej postawy uczuciowej wobec chorego. Dopiero w oparciu o tę postawę możliwe jest bowiem pełne wykorzystanie ściśle z nią złączonej w postaci współczesnego lekarza postawy naukowej, intelektualnej, krytycznej i obiektywnej. Student więc musi wytworzyć i okazać pozytywną uczuciową postawę wobec chorego i jego spraw.

Należy dążyć do tworzenia takiej osobowości lekarza, aby korzystnie oddziaływała ona na chorego, aby gwarantowała najlepsze i najstaranniejsze wykonanie wszystkich zadań zawodu lekarskiego, wynikają-

cych ciągle w nowej formie zależnie od rodzaju biologicznej, psychicznej i społecznej odrębności chorego, warunków społecznych, materialnych i okoliczności, w jakich lekarz te zadania realizuje. Kontakt z chorym jest twórczą pracą ciągłego poznawania chorego, w którym zarówno lekarz, jak i chory powinni okazać się szczerymi, oddanymi sobie partnerami.

Indywidualizacja zajęć

Zasada głosząca, że szkoła wyższa powinna być społecznością tak uczących, jak i nauczanych na prawach partnerstwa (*universitas tam doctorum, quam discipulorum*) należy do wypróbowanych cech systemu kształcenia.

Likwidacja sprzecznego z podstawowymi założeniami szkoły wyższej zjawiska anonimowości studentów — występowania ich w życiu uczelni w masowych grupach bez rozpoznawania cech indywidualnych wynika także z ducha obecnej reformy studiów. Młodzież studencka ma aspiracje „partnerstwa” z nauczającymi, wynika to także z charakterystyki psychologicznej tego okresu rozwoju człowieka; dlatego trzeba młodzież tak traktować. Jest to najlepsza forma prowadzenia młodego człowieka ku samodzielności i odpowiedzialności za swoje poglądy i czyny. Coraz bardziej należy więc rozwijać te warunki studiów, które umożliwiają lepsze poznawanie i kształcenie cech indywidualnych oraz wprowadzenie coraz pełniejszej indywidualizacji nauczania i wychowania. Tego rodzaju działanie jest wprost konieczne w nauczaniu klinicznym. Do tych warunków należy, między innymi, intensyfikacja osobistego oddziaływania wychowawców i nauczycieli na studentów i vice versa — studentów na metody pracy uczelni. Pokazanie młodzieży, jak pracują zespoły naukowe i kliniczne, jakie prawa dyscypliny, odpowiedzialności i hierarchii obowiązują w zespołach nauczających, bezpośrednio i rzeczywista wymiana poglądów na tematy naukowe, kulturalne i społeczne, spotkania i aktywne współuczestnictwo młodzieży i nauczających w życiu kliniki i szpitala może mieć bardzo duży wpływ. Nauczający kliniczną medycynę powinni zdobyć wśród młodzieży, którą uczą, pozycję autorytetów nie tylko w sprawach fachowych, ale także kulturalnych i społecznych.

Student ma prawo — a nawet obowiązek — do własnego zdania na tematy naukowe i społeczne, ma także prawo do dyskusji. Trzeba jednak, aby w tej dyskusji napotkał w pierwszym rzędzie na odpowiadającego celom uczelni, łatwo dostępnego, cieszącego się ogólnym autorytetem nauczyciela i wychowawcę.

Organizowanie toku klinicznych studiów w małych zespołach studentów lub w oparciu o indywidualne programy, powinno należeć do obowiązków pracowników naukowo-dydaktycznych, a czas poświęcony

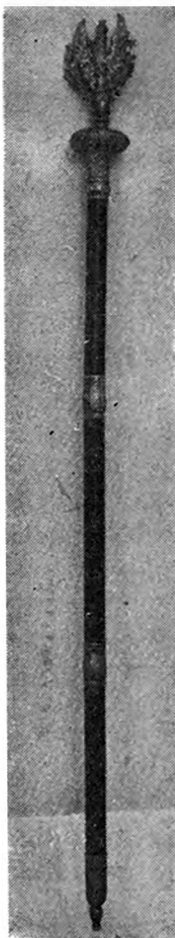
na te zajęcia powinien być odpowiednio uwzględniony w ich budżecie czasowym. Są to zadania pracochłonne. Jeżeli jednak uczelnia przyjmuje odpowiedzialność za właściwy, to znaczy zgodny z potrzebami naszego społeczeństwa i systemu ochrony zdrowia, proces formowania lekarza, to musi sięgać po bardziej podstawowe i bardziej docierające do każdego studenta formy wychowawcze. Byłoby dobrze, gdyby między studentami a lekarzami — wychowawcami wykształciły się stosunki życzliwości i przyjaźni, które mogłyby rozciągnąć się na wiele lat i objąć także ich chorych i całe otoczenie.

PIŚMIENNICTWO

Biegański W.: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej; wyd. IV. Warszawa, PZWL 1957. 2. Dydaktyka przedmiotów klinicznych w strukturze instytutowej akademii medycznych, Materiały Konferencji; Wrocław 1973, wyd. AM we Wrocławiu 1974. 3. *Górnicki B., Tatoń J.*: Określenie celów nauczania w studiach medycznych; Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1971, 1, 75. 4. *Kacprzak M.*: O wychowaniu młodzieży medycznej; Warszawa, PZWL 1954. 5. *Kępiński A.*: Psychopatologia nerwic; Warszawa, PZWL, wyd. II. 6. *Maryczusz Szymon z Pilzna*: O szkołach czyli akademiach; Ossolineum — PAN, Wrocław 1955. 7. *Orłowski W.*: Szkic postępowania lekarskiego; Warszawa, PZWL, 1973. 8. Pamiętniki lekarzy — wybór; *Słomczyńska H.* red.; Warszawa, PZWL, 1956. 9. *Tatoń J.*: Medycyna w USA; PZWL, Warszawa 1967. 10. *Tatoń J.*: Niektóre zagadnienia reformy studiów; Biuletyn Akademii Medycznej w Warszawie, 1969, 2, 123.

Mgr Jerzy Celma-Panek

AKADEMICKIE ZWYCZAJE I INSYGNIA



Laska pedłowska

Tradycje zwyczajów akademickich stanowią w naszym kraju o szczególnej roli uczelni w życiu narodu podnosząc jej wartość ideową oraz nadając jej wyjątkowego znaczenia społecznego. Przywiązanie do tradycji sprawiło, że kulturowane przez całe wieki zwyczaje przetrwały nawet trudne lata niewoli i okupacji, wiążąc zwycięsko przeszłość z teraźniejszością państwową. W historii polskiego szkolnictwa wyższego mamy liczne przykłady, świadczące o roli symboli akademickich — sztandarów czy insygni rektorskich, w imię których składali jakżeś często ofiarę krwi profesorowie i studenci.

„*Bez tych symboli gasły promienie nauki a uczelnia ledwie dawała oznaki życia*” — pisał wielki polski humanista prof. J. M u c z k o w s k i, autor tekstu aktu promocji doktorskiej, ułożonej w 1850 r. na podstawie średniowiecznych wzorów.

Insygnia władzy szkolnej dokumentują na przestrzeni 500 lat wysoko rangę kierownictwa uczelni akademickiej, należny jemu szacunek i uznanie. Zarówno zwyczaje, jak i insygnia, ubiory czy pieśni akademickie stworzyły tradycję, związaną tak silnie z edukacją i wychowaniem, że stały się narzędziem cywilizacji i kultury, nieodzownym i dziś w życiu uczelni.

Świeckie szkoły wyższe, którymi do XII w. były jednowydziałowe studium generale, przekształciły się w XIII w. w wielowydziałowe uniwersytety, nazwane tak od skrótowej nazwy korporacji wykładowców i scholarów: *universitas magistrorum et scholarium*. Wyposażone one zostały w pełnię swobód i przywilejów monarszych bądź papieskich, m. in. we własne sądownictwo, spoczywające w ręku rektora, stwarzając autonomiczny ustrój

szkoły. Wiele z tych przywilejów przejęła pierwsza polska szkoła wyższa — Alma Mater Cracoviensis, czyli akademia a późniejszy uniwersytet w Krakowie. Reforma kołłątajowska (1778—81) dokonała pewnych ograniczeń atrybutów rektora, swobód akademickich i autonomii uczelni, usunęła przestarzały jej ustrój, tj. awans wykładowców wg starszeństwa, uprzywilejowanie teologów, wprowadziła język polski jako wykładowy, umocniła organizację szkoły i podniosła znaczenie nauczycieli akademickich, zachowując jedynie te tradycje, które odpowiadały duchowi narodowemu. Uniwersytety utrzymywane teraz z funduszy państwowych musiały same rezygnować z dawnych przywilejów, modyfikując dotychczasowe zwyczaje i symbole, które w prawie niezmienniej formie przetrwały do dziś.

Powstała w 1950 r. Akademia Lekarska w Warszawie, przemianowana wkrótce na akademię medyczną, zorganizowana nota bene na bazie Wydziału Lekarskiego i Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego, zaczęła z czasem wprowadzać zwyczaje i symbole panujące w uniwersytecie. Tym bardziej, że ustrój nowo powstałej uczelni, określony ustawą z dn. 15.XII.1951 r., opierał się na formach uniwersyteckich, tym samym więc uczelnia stała się szkołą typu uniwersyteckiego. Zadokumentowali to z miejsca studenci akademii, przybывая na inaugurację nowego roku akademickiego 1951/52 w czapkach uniwersyteckich, których noszenie wkrótce zarzucono. Powrócono jednak do tego zwyczaju znów w końcu lat sześćdziesiątych.

Warto tu, przy okazji nadmienić, że inicjatorzy pierwszej nazwy akademii lekarskiej, nawiązywali także do tradycji historycznej, albowiem już w 1767 r. Sejm Rzeczypospolitej podjął uchwałę o powołaniu akademii lekarskiej, do otwarcia której niestety nie doszło, wskutek przedrozbiorowej sytuacji, jaka wkrótce zapanowała w Polsce.

INAUGURACJA ROKU AKADEMICKIEGO

Sposób postępowania podczas inauguracji odmienny nieco od uroczystości takich w innych uczelniach, stworzył w Akademii Medycznej w Warszawie własny protokół zwyczajowy, różniący się od pierwotnego paryskiego fakultetu medycyny, skąd przeniesiono do Polski większość zwyczajów.

Inauguracja (łac. inauguro) oznaczała u dawnych Rzymian uwolnienie przeznaczonych bogom, uwięzionych ptaków. W tradycjach uniwersyteckich inauguracją określano dzień otwarcia czyli rozpoczęcia nowego roku szkolnego, w którym obdarzano scholarów wieloma przywilejami i dużą stosunkowo swobodą.

W Polsce inauguracja roku akademickiego wyznaczana jest zwykle na dzień 1 października. Uroczystość ta ma w naszym kraju długą tradycję sięgającą XV w. Biorą w niej udział oprócz wszystkich stu-

dentów i nauczycieli akademickich, przedstawiciele władz państwowych, organizacji społecznych oraz rodziny i znajomi, w szczególności nowo kreowanych studentów.

Podczas tej uroczystości uwydatniają się najbardziej tradycje akademickie. „*Poszanowanie tradycji przyczynia się bowiem do wiązania społeczności akademickiej z uczelnią; szanując dawne zwyczaje i wnosząc do nich nową treść wiąże się uczelnię z Państwem i całym społeczeństwem*” — mówił w pierwszym inauguracyjnym przemówieniu rektor akademii prof. dr Fr. C z u b a l s k i. Fragment tego przemówienia jest o tyle znamieny, że choć wówczas rektor i senat wystąpili jeszcze w ubraniach cywilnych a nie togach, była to zapowiedź wprowadzenia tradycyjnych zwyczajów. I istotnie rektorat zwrócił się w tej sprawie do dyrekcji administracyjnej UW o przekazanie insygnii i tóg b. wydziału lekarskiego. Niestety UW nie posiadał niczego, albowiem nic z pozogi wojennej nie ocalało.

Pierwsze więc uroczystości inauguracyjne dalekie były od tradycyjnych, które w innych uczelniach odbywały się już wg specjalnego ceremoniału. Zmieniała się także obyczajowość społeczna, inaczej więc musiały przebiegać i zwyczaje inauguracyjne.

Dawniej bowiem inauguracja rozpoczynała się nabożeństwem kościelnym, po którym formował się orszak, udający się w pełnym splendoru pochodzie do gmachu uniwersyteckiego, w którym znajdowała się największa sala zwana po łacinie audytorium maximum. Odpowiedzialnym za sformowanie orszaku był zwykle najstarszy nominacją profesor zwyczajny zwany ceremoniarzem. Prawidłowe sformowanie orszaku, wg godności, starszeństwa, posiadanych odznaczeń i stanu było dawniej sprawą niezmiernie trudną i wymagało wielkiego taktu, by nikogo z dostojnych uczonych nie urazić, przez przyznanie mu nieodpowiedniego miejsca. Istniał więc w tym względzie specjalny protokół.

Na czele orszaku kroczył sługa rektorski, zwany pedlem, w czarnej todze i czapce lub berecie na głowie, z ozdobną laską rektorską, trzymaną oburącz przed sobą. W stołecznej AM zwyczaj ten nie jest stosowany. Orszak otwiera tu poczet sztandarowy, za którym idą parami profesorowie i docenci; najpierw farmacji, jako wydziału młodszego a następnie wydziału lekarskiego. Wejściu na salę pocztu sztandarowego towarzyszy melodia „*Gaude Mater Polonia*”, w wykonaniu chóru lub orkiestry. Poczet zajmuje miejsce na podium, z boku, po prawej stronie.

Uroczystości inauguracyjne zunifikowane są specjalnym regulaminem. Prof. dr W. S y l w a n o w i c z pełniący przez wiele lat rolę mistrza ceremonii, przeszczepił tu zwyczaje panujące na Uniwersytecie im. Stefana Batorego w Wilnie, którego był absolwentem. Obecnie funkcję tę pełni prof. dr S t. K r a u z e, który zmienił nieco porządek ceremonii. Od 1972 r. uległa zmianie kolejność miejsc; profesorowie

emerytowani zostali przesunięci na początek orszaku. Za nimi powinni postępować profesorowie zwyczajni, nadzwyczajni, wreszcie docenci. Orszak zamykają członkowie senatu; najpierw młodszy rangą, tzw. cywilni, czyli nie noszący tóg ale ubrani w ciemne garnitury, później dziekani i prorektorzy, ubrani w togi z oznakami ich godności, tj. z łańcuchami przewieszonymi na szyi. Osobne miejsce zajmuje rektor, poprzedzany przez pedla, niosącego na aksamitnej, purpurowej poduszce berło rektorskie. Zaproszeni goście wraz z przedstawicielami władz oraz studenci i pracownicy uczelni zebrani na sali, w momencie wejścia orszaku powinni powstać z miejsc, siadając dopiero gdy Jego Magnificencja skinie głową na znak podziękowania za powitanie.

Statut UW z 1818 r. przyznawał rektorowi tytuł Magnificus rektor, a statut z 1925 r. art. 26 § 3 głosił: „Rektorowi w zakresie działalności urzędowej przysługuje tytuł — Magnificencja”.



Władze warszawskiej AM podczas uroczystości inauguracji nowego roku akademickiego 1974/75. Z boku, po lewej stronie poczet sztandarowy AM.

Różne są zwyczaje zajmowania miejsc za stołem prezydyjnym, na podium i sali. W warszawskiej AM obok rektora, po jego prawej stronie siada dziekan wydziału lekarskiego a po lewej — farmaceutycznego. Pozostali członkowie senatu zajmują miejsca w fotelach ustawionych półkolem po lewej stronie. Dla profesorów i docentów wydziału farmaceutycznego przeznaczone są fotele po prawej stronie a dla wydziału lekarskiego po lewej stronie (patrzac na podium z widowni).

W innych uczelniach kadra profesorska zajmuje miejsca w pierwszych rzędach krzeseł na sali a jedynie członkowie senatu asystują rektorowi przy stole prezydyjnym. Z przedstawicieli władz państwowych jedynie głowie Państwa i szefowi rządu przysługiwało dawniej miejsce obok rektora, chociaż liczne były przypadki, że i oni zajmowali miejsca na sali w osobnych fotelach, przed pierwszym rzędem krzeseł.

Zakończenie uroczystości inauguracyjnej ogłasza rektor, uderzając jednocześnie stopką berła o blat stołu, jest to znakiem do odśpiewania pieśni akademickiej „*Gaudeamus igitur*”.

Różne są także zwyczaje opuszczania sali. Warszawska AM nie przyjęła w tej mierze zwyczaju Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie porządek wyjścia jest identyczny jak przy wejściu. Natomiast w naszej AM opuszcza się salę w porządku odwrotnym; najpierw więc wychodzi poczet sztandarowy, rektor z berłem w ręku, pedel z poduszką, członkowie senatu, wreszcie profesorowie i docenci wydziału lekarskiego a na końcu farmaceutycznego.

IMMATRYKULACJA

Po wygłoszeniu krótkiego przemówienia przez rektora i złożeniu sprawozdania przez prorektora, następuje główna część inauguracji — immatrykulacja (łac. *in* — w, *matriculo* — metryka, rejestr), czyli zaliczenie w poczet studentów nowo przyjętych uczniów akademii. Akt immatrykulacji polega na złożeniu ślubowania studenckiego na ręce rektora lub dziekana, zgodnie z art. 40 ustawy o szkolnictwie wyższym (Dz. U. PRL nr 4/1969), po uprzednim wpisaniu studenta do albumu czyli rejestru uczelni. Powaga ślubowania wymaga, by wszyscy obecni na sali wysłuchali jej w pozycji stojącej.

Dawniej immatrykulowani studenci kładli dwa palce: wskazujący i środkowy na berle rektorskim, powtarzając tekst ślubowania:

„Otrzymując obywatelstwo akademickie, składam w ręce Jego Magnificencji Rektora uroczyste ślubowanie, że będę wytrwale dążył do zdobycia wiedzy, nie przyniosę ujemy dobremu imieniu Uczelni i w pełni poszanowania wobec profesorów i władz akademickich, będę posłuszny ustawom, przepisom i władzom uczelni”.

Sam akt inauguracji dokonywał się przez dotknięcie berłem prawego ramienia studenta, później przez podanie mu ręki, po wygłoszeniu formuły ślubowania. Tekst pierwotnego ślubowania, obowiązującego w latach 1950 — 58 był również nieco odmienny od obecnego:

Współczesne ślubowanie studenckie

Ślubuję uroczyście, że będę:

- zachowywać postawę moralną i obywatelską godną studenta Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej;
- systematycznie i pilnie zdobywać wiedzę w celu należytego przygotowania do pracy zawodowej oraz aktywnego uczestniczenia w budowie socjalizmu;
- ściśle przestrzegać przepisów regulujących porządek studiów oraz zarządzeń szkoły i organów zwierzchnich;
- okazywać należyty szacunek władzom szkoły oraz właściwie zachowywać się względem przełożonych, personelu nauczającego i innych pracowników szkoły;
- unikać w postępowaniu swym wszystkiego, co mogłoby zaszkodzić dobremu imieniu szkoły i godności studenta;
- przestrzegać zasad współżycia koleżeńskiego;
- szanować mienie szkoły i przeciwdziałać niewłaściwemu stosunkowi do niego.

Po immatrykulacji student otrzymywał indeks. Dziś immatrykulacja indywidualna jest niemożliwa, często bowiem liczba nowo przyjętych studentów liczy kilkaset osób. Ślubowanie składają więc w imieniu wszystkich jedynie wybrani ich przedstawiciele, zazwyczaj ci, którzy otrzymali najlepsze wyniki egzaminacyjne, czyli tzw. prymusi.

Po immatrykulacji jeden z profesorów wygłasza wykład inauguracyjny. W AM w Warszawie od 1962 r. wykłady inauguracyjne mają miejsce przed aktem immatrykulacji. W następnych latach rektor AM prof. dr Bolesław Górnicki wprowadził zwyczaj wręczania absolwentom akademii na inauguracji dyplomów lekarskich i magisterskich oraz doktorskich, które mogą być także wręczane podczas specjalnych uroczystości, organizowanych wyłącznie w tym celu.

INNE UROCZYSTOŚCI GALOWE

Szczególnie uroczyste odbywają się także promocje doktorskie oraz wszelkie jubileuszowe sesje wydziałowe, bądź ogólne poświęcone ważniejszym wydarzeniom historycznym, związanym z życiem uczelni.

Promocje zarzucone w dobie rozbiorów zostały przywrócone w początkach naszego wieku wg dawnego zwyczaju. Odbywały się one dwa razy do roku, w specjalnych salach promocyjnych, zawsze ze współudziałem publiczności, umyślnie przez rektora lub dziekana zapraszanej. Po wejściu rektora i profesorów, wchodził(li) promotor(rzy) poprzedzany pedłami. Po zajęciu przez promotora miejsca na katedrze, najstarszy pedel głośnym nawoływaniem wzywał kandydatów, wymieniając nazwisko: *bene et feliciter veniat!* (niech wejdzie dobrze i szczęśliwie), po czym promotor zaczynał inwokację stwierdzeniem, że doktorant napisał dysertację pt. ... i obronił ją publicznie. Następnie wygłaszał mowę pochwalną pod adresem doktorantów, wydrukowaną ich kosztem, którą pedel w tym czasie rozdawał zebrany. W bibliotekach polskich znajduje się wiele egzemplarzy takich panegiryków z promocji, pisanych wierszem lub prozą. Dalej promotor przypominał obowiązki doktora i wzywał do złożenia ślubowania. Wówczas nowo kreowany doktor kładł dwa palce prawej ręki na berle rektorskim i wypowiadał w języku łacińskim formułę ślubowania: *spondeo ac polliceor*. Po czym promotor wygłaszał drugą część aktu promocyjnego, kończąc go wyrażeniem: *ergo in eiusque rei fidem hoc diploma universitatis sigillo insignitum tibi in manus trado*.

A oto przebieg pierwszej promocji doktorów medycyny, dokonanej w dniu 28 lutego 1527 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim, zapisanej w księdze uchwał: „*Prima promotio in hac celebri Academia trium egregiorum doctorum in sacra medicina*”, tekst podaje wg tłumaczenia na język polski:

„Za rektoratu Magnificencji W. Pana Łukasza z Noskowa doktora sztuk wyzwolonych i medycyny i jej zwyczajnego lektora medyka i doradcy królewskiego



Łańcuch dziekana
Wydziału Farmaceutycznego AM



INSYGNIA REKTORSKIE:

- berło
- łańcuch
- sygnet



SZTANDAR WARSZAWSKIEJ AM

u góry: płat po stronie prawej

poniżej płat po stronie lewej

oraz rektora naszej przesławnej szkoły w Krakowie, w roku 1527, w dniu ostatniego lutego, na który przypadł czwartek, uzyskali promocję i stopień doktorski jako pierwsi doktorzy świętej medycyny następujący trzej doktorzy i magistrzy sztuk wyzwolonych: Adam z Brzezin, Mikołaj Sokolnicki i Szymon z Szamotół. Po odbyciu promocji wezwano promowanych do katedry w celu wręczenia im odznak godności, co wyrażało się następująco: na mocy przywilejów naszej akademii przekazuje się Wam po pierwsze księgę, po drugie biret ze stulą, pierścień złoty, pocałunek z błogosławieństwem nauczyciela”. Nowo kreowanych doktorów, jako pierwszych na wydziale zwolniono od obowiązku podarków rękawiczek dla profesorów”.

W XV i XVI w. birety magistrów i doktorów były okrągłe, w przeciwieństwie do kwadratowych biretów bakałarzy (najniższy stopień uniwersytecki, uzyskiwany po 2 latach nauki). W XVII w. birety okrągłe, przypominające żydowskie mycki zamieniono na kwadratowe, zakładane na głowę rogiem na przód. Biret stanowił symbol obrońcy prawdy, pierścień symbol ślubu zawartego z filozofią, księga by pomnażał wiedzę i nie polegał na cudzym zdaniu, a pocałunek, że jest dopuszczony do równości braterskiej wśród doktorów i profesorów. Na początku XVII w. dodawano jeszcze doktorowi pelerynkę, zwaną epomnis.

Na wydziałach medycyny były wówczas nadawane trojaki, zwane licencyatami, stopnie magisterskie: *medicinae et chirurgiae*, *chirurgiae*, *pharmaciae* oraz dwojaki stopnie (licencyje) doktorskie: *medicinae et chirurgiae* i *chirurgiae*.

Pierwsze dyplomy lekarskie i farmaceutyczne Uniwersytetu Królewsko-Warszawskiego nazywane były patentami, przy czym farmakolodzy, okuliści, dentyści i akuszerzy otrzymywali patenty w języku polskim i łacińskim a chirurdzy tylko w języku polskim.

Ustawa uniwersytecka z 1727 r. była rekapitulacją dawnych zwyczajów i niczego w zasadzie nie zmieniła. Dopiero międzywojenny statut Uniwersytetu Warszawskiego z 1925 r. uprościł ceremonię, zmieniając przy tym formułę przysięgi lekarskiej, nazywanej później przyrzeczeniem.

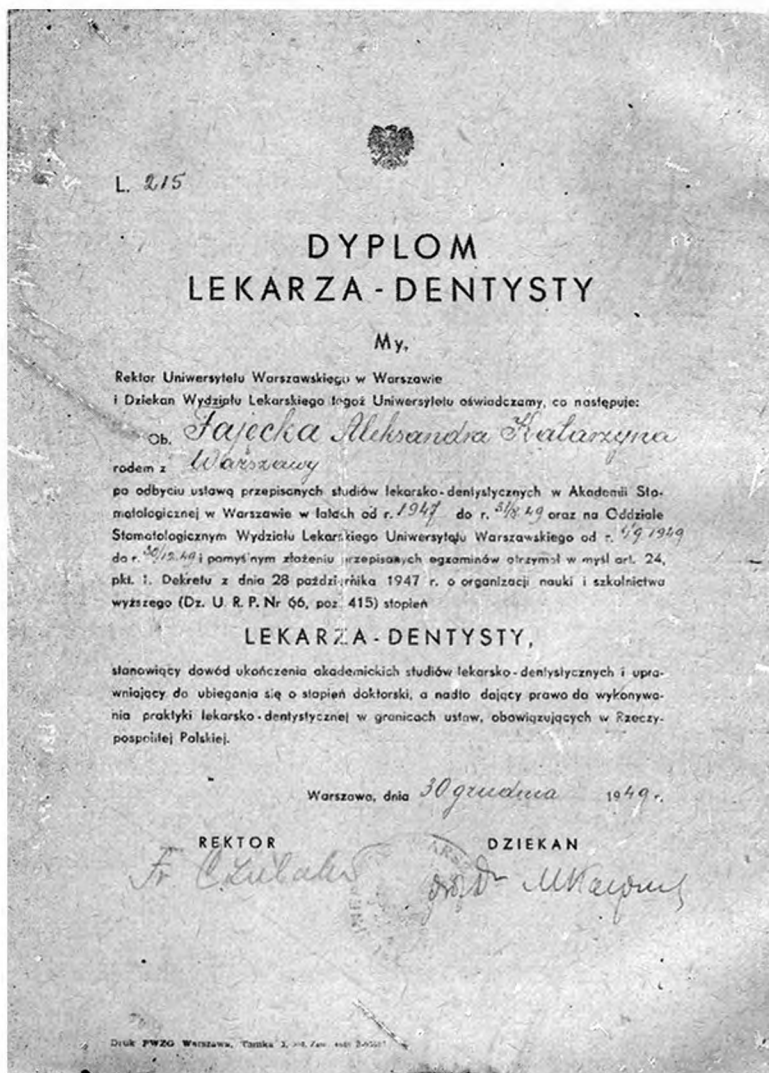
ROTA PRYZRZECZENIA LEKARZA

Przyjmując z czcią i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza i pojmując całą wagę związanych z nim obowiązków, przyrzekam i ślubuję, że w ciągu całego życia będę spełniał wszystkie prawem nałożone obowiązki, strzegł godności **l e k a r z a** i niczym jej nie splamię, że według najlepszej wiedzy będę dopomagał cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro, że nie nadużyję ich zaufania i że zachowam w tajemnicy to wszystko, o czym się dowiem w związku z wykonywaniem zawodu.

Przyrzekam i ślubuję dalej, że do kolegów lekarzy będę się zawsze odnosił z koleżeńską życzliwością, jednak bezstronnie, mając dobro chorych mi powierzonych przede wszystkim na względzie. Przyrzekam i ślubuję wreszcie, że będę się stale doskonalił w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starał przyczynić się do ich rozkwitu i że podam zawsze bez zwłoki do wiadomości świata naukowego, wszystko to, co uda mi się wynaleźć lub udoskonalić.

ROTA PRYZRZECZENIA MAGISTRA FARMACJI

Przyjmując z należną wdzięcznością nadany mi stopień magistra farmacji i pojmując całą wagę związaną z nim odpowiedzialności, przyrzekam, że w ciągu całego życia okażę się godnym(ą) uzyskanego stopnia, że spełniając czynności swoje przestrzegając zawsze będę ściśle i sumiennie regulujących je przepisów oraz, że od swych obowiązków nigdy, żadnymi względami nie dam się odwieść.



Fotokopia dyplomu z okresu powojennego z podpisami ówczesnego rektora UW prof. dr Fr. Czubańskiego i dziekana Wydziału Lekarskiego UW prof. dr M. Kacprzaka

Promocje w stołecznej AM odbywają się wg tradycji uniwersyteckich, jednak w skromniejszym ceremoniale. Obowiązek przeprowadzenia uroczystej promocji doktorskiej i wręczenia dyplomów na zebraniu

otwartym przez rektora wraz z dziekanem odpowiedniego wydziału, nakłada na uczelnię rozporządzenie Rady Ministrów PRL z dn. 8 lutego 1966 r. (Dz. U. PRL nr 1 z 1970 r.). Podczas promocji dyplomanci składają ślubowanie wg tradycyjnej formuły w języku łacińskim, które odbiera rektor lub upoważniony prorektor, posługując się w tym celu berłem rektorskim.

TEKST AKTU PROMOCJI DOKTORSKIEJ

SPONSIO SOLEMNIS

promotor

Examiniabis, doctorande (a) clarissime (a), quae ad eorum, qui in arte pharmaceutica Doctoris nomen ac honores consequi student, doctrinam explorandam lege constituta sunt, cum laude superatis, nos adiisti, ut te eo honore, quem appetiisti, in hoc solezni concessu ornemus. Sed prius fides est danda, te talem semper futurum (am), qualem te esse iubebit dignitas, quam obtinobis, et nos te fore speramus.

Spondebis igitur:

primum te huius Academiae, in qua summum in arte pharmaceutica gradum ascenderis, piam perpetuo memoriam habiturum(am), eiusque res ac rationes, quoad poteris, adiuturum(am)

dein honorem eum, quem in te conlaturus sum, integrum incolumemque servaturum(am), neque umquam pravis moribus aut vitae infamia commaculaturum(am).

postremo studia humanitatis impigro labore culturam et provectorum non lucri causa, nec ad vanam captandam gloriam, sed quo magis veritas propagetur et lux eius, qua salus humani generis continetur, clarius effulgaet.

Haec tu ex animi tui sententia spondebis ac pollicebere?

doctorandus,

Spondeo ac polliceor.

promotor

Itaque iam nihil impedit, quominus honores, quos obtinere cupis, tibi impertiamus.

Ergo ego, Promotor legitime constitutus, te ex decreto ordinis Pharmaceutici doctorem creo, creatum(am) renuntio, omniaque Pharmaciae doctoris iura ac privilegia in te confero in eiusque rei fidem hoc diploma Academiae sigillo insignitum tibi in manus trado.

.....

H.T. RECTOR MAGNIFICUS

H.T. DECANUS

PROMOTOR

Współczesny akt promocji utrzymał także tradycyjny zwyczaj składania ślubowania w togach doktorskich i biretach.

Inne uroczystości mają także charakterystyczny zwyczajowy przebieg, przy czym ceremoniał na nich stosowany jest już bardzo uproszczony, co zresztą jest zgodne z tempem współczesnego życia, w którym nie ma czasu na zbędne formy.

HYMN AKADEMICKI

Już podczas pierwszej inauguracji roku akademickiego, uroczystość została rozpoczęta odśpiewaniem tradycyjnego hymnu „*Gaudeamus igitur*”.

Pieśń ta jest przeróbką pieśni pokutnej z 1267 r., której rękopis dotrwał do naszych czasów. Pierwszy raz wydano ją drukiem w 1776 r. Melodie skomponował J. G. G ü n t e r w 1717 r. do słów niemieckich

S.
A.
T.
B.

Gau - de - a - mus i - gi - tur ju - ve nes - dum su - mus
vi - vat a - ca de mi - a vi - vant pro - fe so - res
vi - vat et res - pu - bli - ca et qui il - lam re - git

Gau - de - a - mus i - gi - tur ju - ve nes - dum su - mus
vi - vat a - ca de mi - a vi - vant pro - fe so - res
vi - vat et res - pu - bli - ca et qui il - lam re - git

post - ju - cun - dam ju - ven - tu - tem post mo - les - tam se - nec - tu - tem
vi - vat mem - brum quot li - bet vi - vant mem - bra quae li - bet
vi - vat nos - tra ci - vi - ta - tas mae - ce - na - tum ca - vi - tas

post - ju - cun - dam ju - ven - tu - tem post mo - les - tam se - nec - tu - tem
vi - vat mem - brum quot li - bet vi - vant mem - bra quae li - bet
vi - vat nos - tra ci - vi - ta - tas mae - ce - na - tum ca - vi - tas

nos ha - be - bit hu - mus nos ha - be - bit hu - mus
sem - per sint in flo - re sem - per sint in flo - re
quae nos hic pro - te - git quae nos hic pro - te - git

nos ha - be - bit hu - mus nos ha - be - bit hu - mus
sem - per sint in flo - re sem - per sint in flo - re
quae nos hic pro - te - git quae nos hic pro - te - git.

Fotokopia nut „*Gaudeamus*”

tej pieśni: „Brüder, lasst und lustig sein”. W obecnej formie w języku łacińskim została ułożona przez wędrownego poetę niemieckiego C. W. K i n d l e b e n a w 1781 r. Pieśń rozpowszechniła się i została uznana za hymn akademicki niemal przez wszystkie uniwersytety na świecie dopiero w końcu XIX w., dzięki genialnemu muzykowi niemieckiemu J. B r a h m s o w i, któremu w 1879 r. uniwersytet we Wrocławiu nadał stopień doktora honoris causa filozofii. Wyrazem wdzięczności za to wyróżnienie stała się wspaniała uwertura akademicka, skomponowana w 1881 r. w której B r a h m s użył „*Gaudeamus*” w zakończeniu utworu, nadając pieśni uroczystego tonu, a przez zwiększenie liczby instrumentów tworząc muzykę efektowną i dynamiczną, charakterystyczną dla hymnów.

Do końca XIX w. pierwsze słowa tłumaczone były na język polski wyrazami „bądźmy weseli”, obecnie zaś „radujmy się więc”.

Pieśń wykonywana jest w formie chóralnej, w zasadzie bez akompaniamentu orkiestry, w nastroju podniosłym, wyrażanym przez powstanie z miejsc i przy skupionej uwadze.

SZTANDAR

Sztandar stał się symbolem wyższych szkół w Polsce dopiero w XVIII w., wprowadzony przez księcia generała A d a m a K a z i m i e r z a C z a r t o r y s k i e g o naczelnika Szkoły Rycerskiej w Warszawie, gdzie wymagana była od kadetów przysięga, składana wzorem wojskowym na sztandar.

Sztandar AM w Warszawie ufundowany został w 1963 r., za rektoratu prof. dr B. G ó r n i e k i e g o. Tkanina płata jest prawie kwadratowa, o wymiarach 120 x 110 cm. Po stronie prawej, na czerwonym polu, znajduje się po środku wyhaftowany srebrnym szychem wizerunek orła, ze złotobrazowym dziobem i takimiz szponami: w prawym szponie trzyma on płonącą pochodnię, czyli znicz oświaty, w lewym berło rektorskie. Poniżej, po przeciwległych stronach ogona znajdują się dwie pięcioramienne, złote gwiazdy, oznaczające dwa wydziały akademii. Po lewej stronie płata, na białym tle wyhaftowany jest złotobrazowy emblemat medycyny: wąż oplatający laskę E sk u l a p a oraz trzywierszowy złoty napis: *Academia Medica Varsoviensis*. Płat obsyty z trzech stron złotymi frędzlami. Drzewce wieńczy orzeł srebrny 15-centymetrowej wysokości, osadzony na 15-centymetrowej głowicy z białego metalu szlachetnego, na której z każdej strony widnieje wypukle umieszczony rok związany z historią uczelni: 1807—1857—1916—1950 (Szkoła Wydziału Lekarskiego — Cesarsko Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia — Uniwersytet Warszawski Wydział Lekarski — Akademia Medyczna).

Poczet sztandarowy stanowią uczniowie AM, przy czym chorążym jest zazwyczaj student w asyście dwóch studentek. Członkowie pocztu

powinni być ubrani w stroje klasyczne, chorążcy w ciemny garnitur a asystujące studentki w granatowe spódniczki i białe bluzki. Wszyscy oni powinni być przepasani przez prawe ramię szeroką wstęgą o barwach narodowych, obszytych u dołu frędzelkami ze złotych nici szychowych, głowy zakryte czapkami akademickimi tzw. rogatywkami, białymi, ze złotym sznurkiem nad daszkiem.

UBIORY

Tradycja odmiennych od strojów świeckich ubiorów nauczycieli i scholarów sięga XII w., kiedy katedry szkół głównych (studium generale) obsadzano kapłanami i zakonnikami. Uzyskując zezwolenie lokalnego biskupa na wykładanie w szkole, nauczyciele świeccy przyjęli również jako strój brunatny habit franciszkański a później czarny dominikański. W XV w. togi były proste o rękawach stosunkowo wąskich. Do dziś zresztą taki ubiór studencki utrzymał się w niektórych uniwersytetach angielskich. W Polsce scholarzy zarzucili noszenie tóg już w XVI w. W zależności od panującej mody togi były różne. W XVI w. były obfite w fałdy, zgodnie z modą humanistów rękawy były b. szerokie a biret płaski i miękki. W XVII w. do tóg dodano na modłę włoską aksamitne pelerynki. W XVIII w. togi zaczęto obszywać złotymi galonami a pelerynkę dla rektora zastąpiono gronostajowym kołnierzem zwanym mucetem. W początkach XIX w. czarne birety rektorskie zastąpiono, dla odróżnienia ich od doktorów, biretami w kolorze purpurowym. Czerwone rękawiczki noszone były przez rektorów od czasów najdawniejszych. Natomiast łańcuchów rektorzy dawniej nie nosili.

Aż do XVI w. togi nie przysługiwały chirurgom, albowiem do tej dyscypliny nauki, kościół od soboru laterańskiego w 1215 r. był ustosunkowany negatywnie, dziedzina ta stała się bowiem zajęciem balwierzy, łaźiebników i cyrulików, schodząc do roli rzemiosła. Pierwsi wyłamali się spod uchwał soboru członkowie bractwa św. Koźmy i Damiana, zrzeszającego mistrzów chirurgii. Założyli oni Collegium chirurgiczne i na wzór Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Paryżu wprowadzili długie togi — „chirurgiamis de robe longe”, w przeciwieństwie do balwierzy, którzy dopiero w 1505 r. na mocy przywileju królewskiego przywdziali togi krótkie.

Z początku wszyscy profesorowie nosili jednakowe togi, odmienny jedynie strój wyróżniał rektora, którego prerogatywy i powagę porównywano do godności książąt.

Uniwersytety polskie przyjęły dla swych uczelni wzory tóg paryskich. Kolor togi był jednolity — czarny, a jedynie wyłogi były uzależnione od barwy symbolizującej odpowiedni fakultet. Toga prorektora nie wyróżniała się niczym, tj. nosił on taką togę jaka obowiązywała na fakultecie, na którym otrzymał on doktorat, natomiast biret wy-

różniał się pasową barwą. Od 1765 r. exdziekanów odznaczano czarnymi atlasowymi pelerynkami, obszytymi srebrnym galonem a podszytymi purpurowym multanem. Prawo do chodzenia w togach i czapkach (a później w beretach) mieli także słudzy rektorscy pedle, zwani w niektórych uniwersytetach bedlami.

Z niewielkimi zmianami w kroju i kolorach wykóg i pelerynek togi przetrwały do Pierwszego Rozbioru Polski. W Warszawie władze carskie postanowiły wprowadzić zgodnie ze zwyczajem rosyjskim zarówno dla studentów jak i dla profesorów mundury. Po złożeniu przez J. U. Niemcewicza projektu pozostawienia tóg na wewnętrzne uroczystości uczelni, władze zgodziły się na odstępstwo od zarządzenia, pod warunkiem chodzenia w mundurach na wykłady.

Po odzyskaniu niepodległości, po raz pierwszy wystąpili profesorowie w togach dopiero w przeddzień święta narodowego — 2 maja 1921 r. Togi profesorskie były darem społeczeństwa miasta Łodzi; zostały wykonane z materiału kamgarnowego, ofiarowanego przez Łódzki Związek Włóknarzy, a koszt uszycia ich pokrył sumą 25 tys. mk. Magistrat m. Łodzi. Togę i biret rektorski ofiarowała firma Chowańczaka i Hersego w Warszawie.

Warszawska AM wprowadziła togi dopiero w połowie lat pięćdziesiątych, po długiej dyskusji, dotyczącej głównie koloru pelerynek. Istniały dwa projekty: prof. dr M. Michałowicza proponującego purpurowy kolor i prof. dr W. Melanowskiego proponującego kolor fioletowy. Prof. dr J. Deryng uznawał kolor wschodzącego słońca za najbardziej właściwy dla farmacji. Po dyskusji postanowiono utrzymać tradycyjne kolory; dla wydziału lekarskiego — purpurowy a dla farmacji szafranowy, którego zresztą do dziś nie wprowadzono. Wykonanie tóg zlecono spółdzielni odzieżowej, specjalizującej się w ubiorach i rekwizytach teatralnych.

„Pamiętam, ile złej krwi napsuły mi te togi — wspomina po latach prof. W. Sylwanowicz — bo chociaż sztyto je „na miarę”, wyglądało się w nich bardzo nie miarowo. Najgorzej leżały, chociaż prawidłowo powinny stać kołnierze. Moja była skrojona najlepiej, ale ile razy byłem u przymiarki, zliczyć byłoby mi trudno. Żaden z profesorów nie mógł cieszyć się tradycją, tak z mordowały nas przymiarki”.

W późniejszym terminie, bo dopiero w końcu 1958 r. wykonano togi dla rektora, prorektorów i dziekanów. W 1961 r. togi te zostały zaopatrzone w pelerynki a toga rektorska w mucet gronostajowy.

Toga rektorska wykonana jest z sukna o barwie purpurowej z małym, stojącym kołnierzykiem z czerwonego weluru, 15-centymetrowe mankiety przy bardzo szerokich rękawach są z białego futra. Toga ma także obramowane takim futrem schodzące się strony na przodzie, jest luźna, o obszernych fałdach. Na togę nakładana jest 35-centymetrowej

szerokości gronostajowa pelerynka, zawiązywana na przodzie, podwójnie plecionym, czerwonym sznurem.

Togi prorektorskie całe z sukna purpurowego, z wyłogami i kołnierzami z czerwonego weluru, również dość obszerne w kroju mają pelerynki purpurowe. Toga dziekańska wydziału lekarskiego jest z sukna czarnego, pelerynka, kołnierz, mankiety przy rękawach oraz szerokie wyłogi bramowania na przodzie purpurowe. Toga dziekańska wydziału farmaceutycznego różni się od poprzedniej żółtopomarańczowym kolorem obszyć i pelerynki. Togi profesorskie są całe z czarnego sukna i tylko kołnierze i pelerynki mają w kolorze symbolizującym swój wydział, tj. purpurowe — wydział lekarski a żółtopomarańczowe — farmaceutyczny. Togi doktorskie wraz z pelerynką są czarne. Pelerynki zawiązywane są pod szyją plecionym sznurem, o odpowiedniej dla wydziału barwie.

Birety mają jednakowy krój, u dołu okrągłe, przechodzące u góry w 4 rogi; biret rektorski jest aksamitny, purpurowy, natomiast profesorskie i doktorskie są czarne.

INSYGNIA

Insignia (łac. insignia) to wszelkie zewnętrzne oznaki i godła władzy, dostojenstwa, godności, zasług, stanu i piastowanego urzędu. Stanowią je w uczelniach uniwersyteckich berła lub buławy rektorskie i senackie, oraz dziekańskie, następnie łańcuchy: rektorski, prorektorskie, dziekańskie i prodziekańskie, pierścienie rektorskie a dawniej i doktorskie, a także i laski pedlowskie.

Insignia uniwersyteckie były powszechnie stosowane w całej Europie, jako oznaki niezależności, jaką sobie uniwersytety wywalczyły w średniowieczu. Początkowo tylko rektor posiadał oznaki swej godności, później dziekani, wreszcie nawet doktorzy mieli prawo do pierścienia. W XIX w. godłem dziekanów poza łańcuchami stały się także berła. W Krakowie, w 1950 r. w związku z utworzeniem akademii medycznej berło Wydziału Farmaceutycznego UJ zostało przekazane rektorowi nowej AM.

Polskie berła uniwersyteckie nie różniły się od dawnych berel panujących monarchów, zmieniał się czasem tylko kształt ich ozdób, stosownie do modnych stylów. Pierwsze insygnia dla uniwersytetu warszawskiego, po zatwierdzeniu wzorów przez komisję rządową w dn. 23. VIII. 1821 r. zostały wykonane przez jubilerów Sienkiewicza i Hildebranda. Łańcuch rektorski był szczerozłoty, potrójny, zakończony emblematem dwóch gałązek palmowych, połączonych srebrnym laurem z 5 złotymi gwiazdami, symbolizującymi 5 wydziałów uniwersytetu. Podwójne łańcuchy dziekańskie były także ze złota, natomiast na srebrnym laurze była tylko jedna złota gwiazda. Insygnia te, po zamknię-

ciu uniwersytetu w 1841 r. zostały sprzedane mennicy i przetopione, a pieniądze Rada Administracyjna Królestwa pozwoliła wnieść na fundusz Komisji Edukacji Narodowej.

Po odzyskaniu niepodległości nowe insygnia: 2 berła (rektorskie i senackie) oraz łańcuchy ofiarowały stołeczne cechy rzemieślnicze a pierścień rektorski z pamiątkowym rubinem Jana Śniadeckiego ofiarował prezes Stołecznej Rady Miejskiej Ignacy Baliński. Insygnia te zostały uroczystie nadane w dn. 2 maja 1921 r. przez Naczelnika Państwa marszałka Józefa Piłsudskiego w auli UW.

Na zakończenie tej uroczystości został nadany marszałkowi Piłsudskiemu pierwszy w odrodzonej Polsce doktorat honoris causa medycyny, za przyznanie Wydziałowi Lekarskiemu UW gmachów po koszarach przy ul. Ozki i Koszykowej oraz funduszków na budowę nowych klinik.

W czasie agresji niemieckiej na Polskę w 1939 r. insygnia zostały ukryte w piwnicy Muzeum Starej Warszawy, stamtąd zostały zrabowane przez likwidatora UW z ramienia okupanta prof. Tschadela w sierpniu 1944 r. Niechlubną rolę odegrał przy tym b. kierownik dziekanatu Wydziału Lekarskiego volksdeutsch Zawisza, który w 1945 r. uciekł do Niemiec. Kulturowanie tradycji w latach 1945—55, w okresie wypaczeń stalinizmu nie miało w szkołach wyższych przychylnego klimatu.

Dopiero w 1957 r., po tzw. odnowie październikowej rektor AM. M. K a c p r z a k, poruszył sprawę wprowadzenia insygniów na posiedzeniu senatu. Inicjatywa rektora uzyskała z miejsca aprobatę ogólną członków senatu, przy czym szczególnie entuzjastycznie popierali ją prof. P. K u b i k o w s k i, W. S y l w a n o w i e z, H. B u k o w i e c k i, W. G r z y w o - D ą b r o w s k i i W. R u s i e c k i. Sprawę omówienia zlecenia powierzono kierownicze działu zaopatrzenia AM — Bożenie Brachowej, która niezwykle serdecznie zajęła się zamówieniem, zlecając wykonanie kompletu insygnii Rzemieślniczej Spółdzielni Zaopatrzenia i Zbytu Złotników i Zegarmistrzów w Poznaniu. Wykonanie insygnii trwało kilka miesięcy, odbiór został dokonany w maju 1958 r. Tak więc podczas inauguracji r. ak. 1958/59 rektor, prorektorzy i dziekani wystąpili po raz pierwszy w dziejach AM w pełnej gali.

W 1965 r. wykonano nowy łańcuch rektorski oraz dwa nowe łańcuchy prorektorskie, a ponadto uległ przerobieniu pierwszy łańcuch rektorski. Insygnia te wykonała Spółdzielnia Przemysłu Ludowego i Artystycznego „Orno” w Warszawie.

Berło — różni się od tradycyjnych berel uniwersyteckich, jest krótsze od dawnych, o podobnym do buławy wyglądzie. Wykonane jest z metalu szlachetnego, wewnątrz puste, solidnie pozłacane, składa się z czterech podstawowych części: tzw. jabłka spodniego z małą gałką,

trzonu czyli rękojeści, „jabłka” górnego o większym nieco przekroju od spodniego i godła Państwa, o łącznej długości 60 cm i 2 kg wagi. Rękojeść okrągła, ozdobiona z dwóch naprzemianległych stron rzędami pasków generalskich. Dolne i górne „jabłka” osadzone na podwójnym pierścieniu połączonych kół, u podstawy „jabłek” srebrne, cztero-listne rozety. Berło uwieńczone na kapitelu 6-centymetrowym srebrnym orłem na podstawie ze srebrnej rozety.

Ł a ń c u c h y — Łańcuch rektorski jest cały wykonany z białego szlachetnego metalu, składa się z 18 ogniw o 7-centymetrowej szerokości, o obwodzie 120 cm, waży 1,8 kg. Co drugie ogniwo pozłacane b. cienko, 6 ogniw wykładane nefrytami, zielonkawymi kamieniami okrągłymi i kwadratowymi, 4 ogniwa stanowią wizerunek węża, górne ogniwo z monogramem AM, naprzeciwległe z wizerunkiem warszawskiej Syreny, do tego ogniwa przywieszony jest stylizowany orzeł z koroną na głowie. Łańcuchy prorektorskie wykonane również z białego szlachetnego metalu, składają się z 20 ogniw, o szerokości 4 cm, w tym 4 pozłacanych, o obwodzie 115 cm, i po 1,5 kg wagi. Łańcuchy różnią się od siebie kompozycją graficzną poszczególnych ogniw bardzo znacznie oraz godłami Państwa. Tylko łańcuch prorektora ds. dydaktyczno-wychow. ma klasyczny wzór orła, pozostałe dwa orły są stylizowane. Łańcuchy spina na przodzie ogniwo z herbem Warszawy — Syreną, naprzeciwległe jest ogniwo z monogramem uczelni (ogniwo plecowe) a na ramionach ogniwa z wizerunkiem węża. Łańcuchy dziekańskie są bardzo zbliżone do siebie kompozycją graficzną zarówno ogniw, jak i potrójnych łańcuszkowych połączeń, składają się z 18 ogniw, w tym 10 pierścieniowych. Zamknięty obwód łańcucha wynosi 110 cm, waga 1,2 kg. Klasyczne godło Państwa — ustawowy orzeł bez korony, umieszczony jest na tarczy owalnej, na czerwonym, emaliowanym tle, obramowanej wieńcem z laurowych liści. Emblemat ten zawieszony jest na dwóch ogniwach, z których pierwsze (dolne) w kształcie rombu ma po środku ozdobny monogram uczelni, a drugie (górne) symboliczne godło wydziałowe: dzban opleciony węzem — w przypadku wydziału lekarskiego, a wazę z węzem dla farmacji. Obydwa łańcuchy odznaczają się delikatnymi wzorami i piękną robotą. Łańcuch dziekański farmacji jest pierwotnym łańcuchem rektorskim (widoczny na fotografii na str. 163).

S y g n e t — jest oznaką godności rektora i nie używa go nawet zastępujący go nieraz prorektor. Pierścień naszej AM wykonała spółdzielnia poznańska wg projektu B. Brachowej. Cały jest ze srebra, solidnie pozłacany. Obrączka okrągła o dużym przekroju przystosowana do noszenia sygnetu na jedwabnej rękawiczce. Tłok sygnetu prostokątny, na tarczy nabity emblemat medycyny — waza z oplatającym ją węzem, z prawej strony tłoku herb stolicy — Syrena, a z lewej stylizowany monogram „AM”.



**Łańcuch prorektora
do spraw nauki**



**Łańcuch prorektora
do spraw klinicznych i inwestycji**



**Łańcuch prorektora
do spraw dydaktyczno-wychowawczych**



**Łańcuch dziekana
Wydziału Lekarskiego AM**



**Toga rektorska
z gronostajową peleryną
i biretem**

◀ **Toga profesorska**

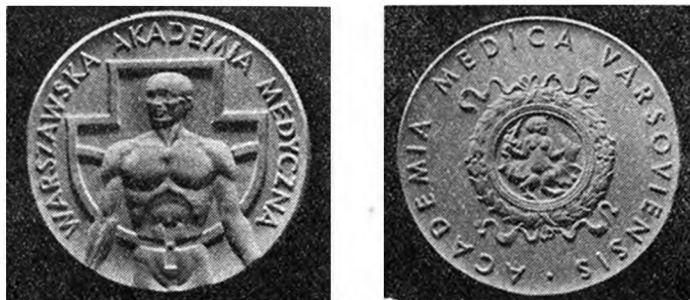
Toga doktorska ▶



Pieczęć (łac. sigillum) jest używana od najdawniejszych czasów i ma znaczenie praktyczne. Zwykle uniwersytety posiadały dwie pieczęcie: dużą, w którą zaopatrywano jedynie dyplomy w oryginałach i dokumenty szczególnej wagi oraz małą tzw. kancelaryjną, służącą do stwierdzenia ważności wszelkich innych dokumentów. Na pieczęciach różniła się treść dwojaką: znak graficzny oraz napis w polu lub otoku. AM w Warszawie używa pieczęci okrągłej ze znakiem godła państwowego i napisem, rozpoczynającym się od dołu, litery zwrócone podstawami ku środkowi pieczęci w liniach otokowych.

Galeria portretowa — Wszystkie uniwersytety europejskie a wśród nich i uczelnie polskie mogą się poszczycić kolekcją portretów swoich rektorów. Stołeczna AM zorganizowała galerię portretów w sali konferencyjnej rektoratu, z inicjatywy rektora B. Górnickiego. W 1960 r. zlecono art. mal. J. P. Janowskiemu wykonanie portretów rektorów Fr. Czubalskiego i M. Kacprzaka; przy czym prof. Czubalski malowany był pośmiertnie z fotografii, bez togi i insygni, których za jego kadencji jeszcze nie było, a które zostały domalowane. Portrety prof. Kacprzaka i następnych rektorów malowane były z natury. Portret kolejnego rektora Bol. Górnickiego został wykonany w 1973 r. przez art. mal. J. Zamoyckiego, a portret rektora S. L. Zgliczyńskiego w 1974 r. przez art. mal. J. Molgę. Wszystkie portrety są malowane farbami olejnymi i są w jednakowej wielkości: 125 x 105 cm.

Medal pamiątkowy — Od XV wieku medalierstwo było traktowane w Polsce jako dokument historyczny i zabytek kultury. Medale b'ito z okazji ważnych wydarzeń lub celem upamiętnienia zasłużonych osób. Tradycje medalierskie w dziedzinie medycyny sięgają XVI w. Pierwszym w Warszawie a przez przeszło sto lat jedynym był medal wykonany na zlecenie króla Stanisława Augusta Poniatowskiego, na cześć doktora med. J. L. Regemanna, wybity w brązie, przez medaliera królewskiego J. F. Holzhasena, o średnicy 6 cm i wadze 95 g. Przedstawia on na stronie awersowej popiersie męskie, w profilu prawym, w peruce; w otoku napis: *IOAN LUD. REGEMANN — BOERHAVII DISCIP — N — BREMAE. MDCCXI*. Na rewersie inskrypcja w języku łacińskim, wyrażająca wdzięczność króla za wyleczenie go z ran, zadanych przez zamachowców 3.XI.1771 r. Pierwszym medalem pamiątkowym wyższej uczelni stołecznej był wybity w 1816 r. medal upamiętniający założenie uniwersytetu warszawskiego, w nakładzie 240 szt., w tym 7 złotych, 33 srebrnych i 200 miedzianych. Medale uniwersyteckie nadawały komisje medalowe a wręczał je rektor. Medal można było otrzymać tylko jeden raz, przy czym wyróżnieni nimi otrzymywali specjalne dyplomy.



Medal AM w Warszawie został ustanowiony z okazji jubileuszu 25-lecia uczelni i stanowi on odznaczenie nagrodowe. Wybity zostanie w 1975 r. w mennicy warszawskiej w nakładzie 500 szt., wg projektu E. Borys-Olszewskiej jest średniej wielkości, o \varnothing 7 cm. Wyróżnia się zróżnicowaną fakturą. Na awersie: sylwetka korpusu mężczyzny na tle godła AM w otoku napis *Warszawska Akademia Medyczna*; na rewersie XVI-wieczny herb Warszawy otoczony wieńcem z laurowych liści i napisem w otoku w jęz. łacińskim: *Academia Medica Varsoviensis*. Obrzeże gładkie.

Herb AM — we współczesnej heraldyce, oznak instytucji, organizacji społecznych, szkół i przedsiębiorstw, jedynie uczelnie akademickie trzymają się jeszcze tradycyjnych symboli.

Odeszła od tego zwyczaju warszawska AM, wprowadzając nowoczesny w kompozycji herb swej uczelni. Z inicjatywy rektora S. L. Zgliczyńskiego w 1974 r. ogłoszony został konkurs na herb AM. W konkursie zgłoszono 5 projektów graf. przedstawionych Senatowi AM. Zatwierdzony herb jest dziełem art. graf. Romana Duszka; przedstawia znak czteroramiennego krzyża służby zdrowia, na tle rozwijającego się kwiatu tulipana, jest dwubarwny, na białym polu, w otoku u dołu napis: *Warszawska Akademia Medyczna*.

Redakcja i Autor dziękują P.P. prof. dr B. Górnickiemu, prof. dr W. Sylwanowiczowi i prof. dr St. Krauzemu za konsultację niniejszego artykułu.

Ежи Цельма-Панек

ОВЫЧАИ И РЕГАЛИИ В ВУЗАХ

Содержание

Традиции вузовских обычаев в Польше показывают особую роль высшего учебного заведения в жизни народа и придают им большое общественное значение. В истории польского высшего образования можно привести многочисленные примеры, свидетельствующие о роли вузовских символов: знамени или ректорских регалий.

Обычаи, регалии и костюмы (тоги) создают церемониал, настолько тесно связанный с образованием, что они стали орудием цивилизации и культуры, незаменимым и в настоящее время в жизни учебного заведения.

Медицинская Академия в Варшаве, созданная в 1950 году на базе медицинского и фармацевтического факультета варшавского университета, переняла обычаи и символы, существующие в университете. Вузовский церемониал особенно ярко выражен во время торжественного открытия нового учебного года и при присвоении докторских ученых степеней. Обзор истории давних обычаев, вместе с описанием церемониала, регалий и костюмов, принятых в Варшавской Медицинской Академии, дает интересную картину нынешнего (современного) образа жизни, несколько модернизированного, но связывающего настоящее с прошлым нашей страны и всего цивилизованного мира.

Jerzy Celma-Panek

ACADEMIC CUSTOMS AND INSIGNIA

Summary

In Poland the tradition of academic customs enhances the part played by the higher school in the life of the nation as it contributes to its social importance. There are numerous examples of the significance of academic symbols: banners or rector's insignia, in the history of Polish higher education.

The customs as well as insignia and robes (gowns) have evolved into a particular ceremonial so closely connected with education that it has become a tool of culture and civilization indispensable to present-day academic life.

The Medical Academy in Warsaw founded in 1950 follows the tradition of the former Department of Medicine and Pharmacy of Warsaw University and therefore it has introduced customs and symbols characteristic of the university. The academic ceremonial is brought into prominence especially at formal inaugurations of a new academic year or during conferment of doctor's degrees. An outline history of ancient customs presented against the description of the ceremonial as well as insignia and robes introduced to the Warsaw Medical Academy offers an interesting picture of contemporary customs which although slightly altered still link the present and the past of this country and the whole civilized world.

**REGULAMIN DLA AUTORÓW
KWARTALNIKA 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. Pożądane jest nadsyłanie tekstów streszczeń artykułów w języku angielskim i rosyjskim.

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 (Maszynopis wydawniczy PN/P-55025) 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 (maksymalne do szerokości łamu tekstu, tj. 12,5 cm). Fotografie czarnobiałe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym.

Wszelkie rysunki, fotografie, wykresy należy nazwać rysunkami (w skrócie rys.) i nie używać takich określeń jak: figura, rycina, fotografia itp. Powinny być one ponumerowane kolejno, liczbami arabskimi. Rysunki powinny być składane 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.

Maszynopis pracy powinien zawierać:

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

Redakcji przysługuje prawo przeprowadzenia 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 10 egz. odbitek drukarskich.

Mgr psych. Elżbieta Lapińska)*

OCENA ZMIAN OSOBOWOŚCI STUDENTÓW MEDYCYNY W TRAKCIE PIERWSZYCH LAT NAUKI

W poprzednich artykułach (KAM nr 1/1973) zrelacjonowałam wyniki dotyczące celu wychowania oraz zmian osobowości studentów w trakcie studiów medycznych. Zestawienie wyników obu części badań, czyli porównanie wzoru osobowości lekarza z kierunkami zmian osobowości wychowanków AM stanowi dopiero pełną odpowiedź na pytanie o skuteczność wychowania. To właśnie jest celem niniejszej pracy.

W artykule pt. „*Jaki jest lekarz*” zrelacjonowałam jednak tylko część wyników przeprowadzonych badań. To ograniczenie wynikało z charakteru publikacji; była to wypowiedź dyskusyjna A. Tulczyńskiego na temat roli osobowości lekarza. W związku z tym omówiłam tylko te wyniki badań, które dotyczyły wzorca osobowego lekarza-praktyka. Siedemdziesięciu pięciu respondentów, którymi byli pracownicy naukowo-dydaktyczni naszej AM, ustalili trzy wzory osobowe. Zdecydowano się na to po badaniach pilotażowych, kiedy okazało się, że niezgodność opinii co do pożądanego kształtu osobowości przyszłego lekarza praktyka spowodowana była nie tyle i nie tylko faktycznymi różnicami zdań na temat jednego wzoru, ile różnicami między odmiennymi wzorami osobowości, o jakich, nie formułując tego jasno, myśleli respondenci.

Ustalono, że można wyróżnić trzy nieco odmienne sylwetki studenta AM. Wszystkie, choć z odmiennych powodów, wartościowe. Aby uniknąć pozornych różnic w opiniach, w referowanych badaniach proszono pracowników naukowo-dydaktycznych AM o wyrażenie opinii na temat każdej z trzech sylwetek oddzielnie. Były to wzory osobowe: przyszłego lekarza praktyka (WLP), studenta idealnego (WSI) i studenta ambitnego (WSA). Student idealny to student uczący się dobrze, nie sprawiający trudności wychowawczych, zdyscyplinowany, koleżeński. Student

*) Zakład Psychologii Klinicznej

ambitny to student, któremu przede wszystkim zależy na dobrych stopniach i te dobre stopnie uzyskuje.

Dla każdego z tych wzorów pracownicy naukowo-dydaktyczni AM ustalili kolejność cech osobowości od najbardziej do najmniej ważnej. Były to te same cechy osobowości, które mierzono i w zakresie których ustalano zmiany u studentów medycyny, a mianowicie:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Do — Dominacja | 10. To — Tolerancja |
| 2. Cs — Ambicja | 11. Gi — Wzbudzenie sympatii |
| 3. Sy — Towarzyskość | 12. Cm — Typowość |
| 4. Sp — Swoboda towarzyska | 13. Ac — Powodzenie przez dostosowanie |
| 5. Sa — Pewność siebie | 14. Ai — Powodzenie przez niezależność |
| 6. Wb — Dobre samopoczucie | 15. Ie — Wydajność umysłowa |
| 7. Re — Odpowiedzialność | 16. Py — Rozumienie innych |
| 8. So — Uspołecznienie | 17. Fe — Łagodność |
| 9. Se — Opanowanie | 18. Fx — Elastyczność |

Poza ustaleniem hierarchii cech w zakresie każdego z wzorów, proszono respondentów o uhierarchizowanie samych wzorów, tzn. podanie, który z nich jest najbardziej, a który najmniej pożądanym.

Analiza zebranych danych dowodzi dużej zgodności między respondentami, co do znaczenia poszczególnych wzorów (współczynnik zgodności Kendalla $W = 0,66$, $P < 0,001$), przy czym wzorowi przyszłego lekarza praktyka najczęściej przypisywano rangę „1” (~73% osób), wzorowi studenta dealnego — rangę „2” (~66% osób), a wzorowi studenta ambitnego — rangę „3” (~89% osób). Tak więc zdaniem pracowników naukowo-dydaktycznych AM, najwartościowszy, najbardziej pożądanym u studentów medycyny jest wzór osobowości przyszłego lekarza praktyka, następnie wzór osobowości studenta idealnego, a najmniej — wzór osobowości studenta ambitnego.

Układ cech osobowości w każdym z wzorów przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1
Hierarchie cech we wzorach osobowości studenta medycyny

Ran- ga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Wzór																		
WLP	Re	Sc	Ie	Py	Fe	To	Ai	So	Fx	Gi	Sa	Wb	Cs	Do	Ac	Sy	Cm	Sp
WSI	Ie	Re	Sc	Ai	So	To	Cs	Py	Fx	Sa	Do	Wb	Gi	Fe	Ac	Sp	Sy	Cm
WSA	Cs	Ie	Sc	Ac	Sa	Re	Ai	Cm	So	Do	Wb	To	Sp	Gi	Fx	Sy	Py	Fe

Jak widać z zestawienia, na czoło wśród cech poświadczanych u przyszłego lekarza praktyka wysuwają się te, które wskazują na rzetelny stosunek do pracy (Re), ogólną dojrzałość (Ie, Sc), opiekuńczy stosunek wobec innych ludzi (Fe) przy zachowaniu dystansu w stosunku do nich,

koniecznego by móc ich obserwować (Py), a wyrażające się m. in. w tolerancji (To). Chodzi tu więc o cechy będące przejawem częściowo postawy „ku ludziom” i częściowo postawy „od ludzi”. Zdecydowanie mniej pożądane u przyszłego lekarza praktyka okazały się wszystkie cechy będące wyrazem postawy „przeciwko ludziom”, której istotą jest chęć kontrolowania innych ludzi, tak przez manipulowanie nimi wprost (Do), jak i w sposób zakamuflowany (Sp, Sy), a wiążąca się z dążeniem do osiągania sukcesów (Cs) i pewnością siebie (Sa).

U studenta idealnego najbardziej pożądane, zdaniem pracowników naukowo-dydaktycznych, są cechy wyrażające ogólnie dobre przystosowanie, co pozwala wykorzystywać w pełni swe możliwości intelektualne (Ie), a także dojrzałość społeczną, czyli poszanowanie zasad, obyczajów, autorytetów, uczciwość, dobre kontakty, brak poważnych konfliktów z ludźmi (So) odpowiedzialność (Re) i opanowanie (Se) oraz cechy wiążące się z dystansem w stosunku do innych ludzi, takie jak samodzielność (Ai) i tolerancja (To). Mało pożądane okazały się cechy wyrażające potrzebę dobrych kontaktów z innymi ludźmi poprzez dostosowanie się do nich (Gi, Ac). Jako mniej korzystne u studenta idealnego zostały ocenione przez wychowawców cechy, u podstaw których leży zakamuflowana potrzeba kontrolowania innych, a mianowicie aktywność w nawiązywaniu oraz swoboda w kontaktach z ludźmi (Sp, Sy). Innymi słowy we wzorze studenta idealnego dominują cechy związane z postawą „ku ludziom”. Cenione są też cechy związane z postawą „od ludzi”. Najmniej cenione są cechy związane z postawą „przeciwko ludziom”. W tym miejscu należy dodać, że wychowawcy przyszłych lekarzy tylko te dwa pierwsze wzory, to znaczy wzór przyszłego lekarza praktyka i studenta idealnego uważają za pożądane. Tylko je można więc traktować jako cele wychowania w AM, przy czym wzór osobowy lekarza praktyka, jako najbardziej pożądany, powinno się traktować jako cel zasadniczy. Wzór osobowy studenta ambitnego należy traktować natomiast jako charakterystykę przedstawiciela rzeczywistości występującego wśród studentów typu osobowości.

W opisie „studenta ambitnego” na pierwszym miejscu znalazło się dążenie do sukcesu (Cs). Towarzyszy temu umiejętność wyzyskania swoich możliwości, szczególnie intelektualnych (Ie). Poza tym studentów tych, zdaniem wychowawców przyszłych lekarzy charakteryzuje potrzeba pozyskania sympatii, przejawiająca się w tym przypadku samodyscypliną i dostosowaniem się do innych (Sc i Ac). Tak więc na czoło wysunęły się cechy wiążące się z postawą „przeciwko ludziom” i częściowo — z postawą „ku ludziom”. Do cech najmniej charakterystycznych dla studenta ambitnego należy opiekuńczość, cierpliwość, wrażliwość (Fe), a także cechy wiążące się z niezależnością i samodzielnością, czyli z postawą „od ludzi”.

Wiedząc już jak przedstawia się pożądaný kształt osobowości przy-
rzymy się teraz twierdzonym zmianom osobowości studentów medycyny.
Czy kierunki zmian wskazują na upodobnianie się studentów medycyny
do wzoru lekarza praktyka? Lub może — do studenta idealnego, który
można chyba traktować jako etapowy cel wychowania? Jaki jest ich związek
z kształtem osobowości „studenta ambitnego”? Odpowiednie dane liczbowe
zawiera tabela 2.

Tabela 2
Wskaźniki*) zmian osobowości studentów medycyny
w stosunku do wzorów osobowości

Zmiany	Wzór		
	WLP	WSI	WSA
Mężczyźni	+ 58,64	+ 83,44	+ 97,55
Kobiety	- 120,30	- 105,48	- 99,49

Wynika z niej, że zmiany osobowości studentów medycyny mają
bardziej pozytywny charakter niż te, które stwierdzono u studentek,
(dodatnie wskaźniki u mężczyzn, a ujemne u kobiet), choć ogólnie
wykazują mniejszy związek ze wzorami niż ma to miejsce w przypadku
studentek niższe wartości liczbowe u mężczyzn niż u kobiet. U kobiet
zmiany polegają na oddalaniu się, u mężczyzn — na zbliżaniu się do
wzorów. Natomiast zarówno u studentek jak i u studentów naj-
mniej pożądané zmiany występują w stosunku do wzoru przyszłego
lekarza praktyka (najmniej dodatnie u mężczyzn i najbardziej ujemne
u kobiet). Odwrotnie dzieje się w przypadku wzoru studenta ambitnego
(najbardziej dodatnie zmiany u mężczyzn i najmniej ujemne u kobiet).
Biorąc pod uwagę fakt, że najbardziej ceniony przez pracowników
naukowo-dydaktycznych jest wzór przyszłego lekarza praktyka (WLP)
a najmniej wzór studenta ambitnego (WSA) można powiedzieć, że im
wartościowszy, zdaniem wychowawców, wzór, tym zmiany zachodzące
w osobowości studentów są mniej korzystne w stosunku do niego.

W tym momencie może powstać wątpliwość, dotycząca negatywnej
oceny stwierdzonych zmian w osobowości studentów medycyny. Być
może przecież, wyjściowo, już na I kursie posiadają oni osobowość
ukształtowaną na wzór ideału i w takim przypadku nieco inaczej nale-

*) Wskaźniki te uwzględniają zarówno wielkość stwierdzonych zmian oso-
bowości studentów jak i stosunek tych zmian do wzoru osobowości. Każdy wskaźnik
stanowi sumę iloczynów wielkości zmiany w zakresie danej cechy osobowości,
pomnożonej przez wartość, jaką dana cecha posiada zdaniem wychowawców
w danym wzorze osobowości. Wielkości zmian sprowadzono do porównywalnych
ze sobą wyników standardowych „z”, zaś wartość danej cechy oznaczała rangę
przypisaną jej przez wychowawców w określonym wzorze. Znak „+” odnosi
się do nasilenia danej cechy osobowości, zaś „-” — do osłabienia.

żałoby patrzeć na stwierdzone zmiany. Aby sprawdzić to przypuszczenie, obliczono stopień związku między osobowością studenta medycyny na I kursie z każdym z wzorów w porównaniu z przeciętnym studentem polskim. Siłę związków wyznaczono przy pomocy współczynników korelacji Kendalla Tau. Odpowiednie dane zawiera tabela 3.

Tabela 3

Związek osobowości studentów medycyny na początku studiów z kształtem osobowości postulowanym przez pracowników naukowo-dydaktycznych AM w porównaniu z przeciętnym studentem polskim

Wzór osobowości	WLP		WSI		WSA	
	współz. korelacji tau	Istotność jednostronne	współz. korelacji tau	istotność jednostronne	współz. korelacji tau	istotność jednostronne
Mężczyźni	-0,31	0,04	-0,20	0,12	-0,22	0,10
Kobiety	-0,10	0,28	-0,11	0,26	-0,15	0,20

Tylko jeden współczynnik w zasadzie posiada wartość istotną) a mianowicie korelacja ujemna między wzorem lekarza praktyka (WLP, a osobowością studentów AM. Znaczy to, że studenci I kursu AM są osobowościowo bardziej odlegli od tego wzoru, niż przeciętny student polski. Mimo, że otrzymane współczynniki nie osiągają powszechnie przyjętych jako konieczne poziomów istotności, warto chyba zwrócić uwagę na pewne prawidłowości. Otóż nie wydaje się przypadkiem, że wszystkie sześć współczynników posiada wartość ujemną. Wydaje się więc uzasadniony wniosek, że generalnie, początkujący studenci medycyny są osobowościowo mniej podobni do wzorów niż przeciętny student polski. Przy czym, w stosunku do wszystkich trzech wzorów, mężczyźni wykazują większe rozbieżności, niż kobiety.

Dotychczas była mowa o rozbieżnościach lub podobieństwach między wzorem osobowości studentów bez wykazywania jakich dokładnie cech one dotyczą. Aby zobaczyć jak się to przedstawia, poniżej zestawiono hierarchię zmian zachodzących w osobowości studentów i studentek AM z najbardziej przez wychowawców cenionym wzorem przyszłego lekarza praktyka (tabela 4).

Jak widać, u kobiet cecha zajmująca pierwsze miejsce we wzorze zajmuje ostatnie miejsce w hierarchii zmian i odwrotnie. To znaczy, w zakresie odpowiedzialności (Re) — najwyższej cenionej przez wychowawców, wystąpił największy spadek, zaś w zakresie cechy najmniej cenionej — swobodzie towarzyskiej (Sp) — największy wzrost. Zmiany w zakresie innych cenionych przez wychowawców cech (opanowanie (Sc), wydajność intelektualna (Ie), wnikliwość psychologiczna (Py), łagodność (Fe), także posiadają znacznie niższe rangi niż we wzorze. Jedynie tolerancja (To), ostatnia ze zde-

cydowanie cenionych cech, zajęła identyczne, szóste miejsce w obu hierarchiach. Z kolei zmiany cech niżej cenionych przez wychowawców, poza budzeniem sympatii (Gi), posiadają rangi wyższe niż we wzorze

Tabela 4

Hierarchie zmian osobowości studentek AM a wzór lekarza praktyka (WLP)

Podstawa*) cecha		I	I	I	III	III	III	I	III	I	II	I	II	II	I	II	II	II	
		Re	Sc	Ie	Py	Fe	To	Ai	So	Fx	Gi	Sa	Wb	Cs	Do	Ac	Sy	Cm	Sp
WLP		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Zmiany osobo- wości	Mężczyźni	17	6	4	9	13	5	8	18	3	16	11	7	1	12	10	14	15	2
	Kobiety	18	16	14	11	7	6	4	17	2	15	10	8	3	13	9	5	12	1

*) Cyfry rzymskie oznaczają postawy: I — „ku ludziom”, II — „przeciwko ludziom”, III — „od ludzi”.

Zmiany osobowości u mężczyzn nie odbiegają w tak drastyczny sposób od wzoru jak u kobiet. Duże rozbieżności występują w przypadku odpowiedzialności (Re), (pierwsze miejsce we wzorze a siedemnaste w hierarchii zmian), w swobodzie towarzyskiej (Sp) (osiemnaste miejsce we wzorze a drugie w hierarchii zmian) i ambicji (Cs) (dwunaste miejsce we wzorze a pierwsze w hierarchii zmian). W pozostałych przypadkach różnice między rangami nie przekraczają 10.

Ujmując wyniki bardziej całościowo, to znaczy w terminach postaw a nie poszczególnych cech, można stwierdzić, że gdy we wzorze najważniejsza jest postawa „ku ludziom”, przejawiająca się w dojrzałości, opanowaniu, rzetelności i odpowiedzialności, następnie — postawa „od ludzi”, znajdująca wyraz w rozumieniu innych i tolerancji, a najmniej postawa „przeciwko ludziom” — to u mężczyzn obok nasilenia się postawy „od ludzi”, cenionej we wzorze, następuje nasilenie się postawy „przeciwko ludziom” — najmniej cenionej we wzorze. U kobiet przede wszystkim występuje spadek w zakresie najwyżej cenionej postawy „ku ludziom”. W rezultacie, zmiany osobowości u mężczyzn wykazują stosunkowo słaby związek z wzorem lekarza praktyka, zaś u kobiet związek ujemny.

Należy jednak dodać, że na wystąpienie dodatniej lub ujemnej korelacji między osobowością a wzorem, obok omówionej kolejności, czyli układu zmian w zakresie poszczególnych cech, ma też wpływ to, czy wśród zmian dominuje wzrost czy spadek. Wynika to z faktu, że nasilenie się cech dowodzi wzrostu poziomu przystosowania. Znajduje to potwierdzenie we wzroście wydajności intelektualnej (Ie), a ta właśnie cecha zajmuje wysokie (trzecie) miejsce wśród innych cech cenionych przez wychowawców przyszłych lekarzy. W rezultacie nasilenie się wielu cech, czemu towarzyszy wzrost wydajności intelek-

tualnej (Ie), nawet mimo pewnych różnic w hierarchii, może dać dodatni lub bliski zeru współczynnik korelacji. Tak właśnie stało się w przypadku mężczyzn. U kobiet obok bardziej niekorzystnego układu cech w hierarchii zmian, dominował spadek w zakresie wielu cech, czemu towarzyszył spadek wydajności intelektualnej. W efekcie uzyskano ujemny współczynnik korelacji.

Podsumowując omówione wyniki przeprowadzonych dotychczas badań można stwierdzić:

— Studenci i studentki I kursu AM są osobowościowo mniej podobni do wyznaczonych przez wychowawców wzorów osobowości niż przeciętny student polski.

— U studentów rozbieżności te są większe niż u studentek AM.

— W trakcie pierwszych lat nauki medycyny następują zmiany osobowości studentów AM, mające charakter tym mniej pożądany, im bardziej ceniony przez wychowawców wzór osobowości stanowi punkt odniesienia: najmniej korzystne zmiany następują w odniesieniu do wzoru przyszłego lekarza praktyka, najbardziej — w stosunku do wzoru studenta ambitnego.

— Zmiany osobowości u kobiet są mniej korzystne z punktu widzenia wzorów, niż te, które zachodzą w osobowości mężczyzn. Zmiany osobowości mężczyzn albo nie wykazują związku z wzorem (WLP) lub polegają na zbliżaniu się do wzoru (WSI, WSA). U kobiet w odniesieniu do każdego wzoru zmiany polegają na narastaniu rozbieżności między wzorem a kształtem osobowości.

— Różnice między mężczyznami a kobietami pod względem relacji między wzorem a kształtem osobowości wiążą się z jednej strony ze spadkiem poziomu przystosowania u kobiet i brakiem takiego spadku u mężczyzn. Z drugiej, z innym układem hierarchii zmieniających się cech: u mężczyzn dominuje nasilenie się postawy „przeciwko ludziom”, u kobiet zaś — osłabienie postawy „ku ludziom”. W obu przypadkach chodzi o zmiany niezgodne z wzorem. Obok nich już w zgodzie z wzorem, u obojga płci następuje nasilenie się postawy „od ludzi”.

— Na zakończenie należy chyba dodać, że niekorzystne zmiany osobowości studentów medycyny stwierdzono nie tylko w tych badaniach. O tego typu zmianach donoszą także inni autorzy badań prowadzonych tak w Polsce jak i za granicą, a konkretnie w USA.

Czym tłumaczyć te niepożądane zmiany osobowości studentów medycyny? Wysoce prawdopodobna wydaje się tu interpretacja wyników badań prowadzonych w USA, mówiąca o obronnym charakterze stwierdzonych zmian. Chodzi o to, że doświadczenia na studiach medycznych są tak trudne emocjonalnie dla młodych ludzi te studia podejmujących, że konieczne jest rozwinięcie postaw, które będą ich chronić przed stresami. Stresy te wynikają z konieczności radzenia

sobie z emocjami pacjentów, związanymi z zagrożeniem zdrowia i życia oraz radzenia sobie ze swoimi emocjami, związanymi z koniecznością naruszenia podstawowych zasad postępowania, dotyczących stosunku do człowieka i jego ciała. Nic więc dziwnego, że broniąc się przed stresem przyszli lekarze rozwijają w sobie postawy nonszalancji w stosunkach z innymi ludźmi i skupiają się na własnej osobie i własnych sukcesach.

O obronnym charakterze zmian można mówić w odniesieniu zarówno do studentów jak i studentek AM. Obok jednak odsunięcia się emocjonalnego od ludzi, wspólnego dla jednych i drugich, następują też inne zmiany różnicujące przedstawicieli odmiennych płci. U mężczyzn jest to wzrost dbałości o własne interesy, u kobiet — osłabienie cech wyrażających potrzebę dobrych kontaktów z innymi ludźmi. Oba rodzaje zmian są niepożądane z punktu widzenia wzoru osobowości lekarza. Jeśli jeszcze uwzględnimy spadek przystosowania, jaki zdaje się występować u kobiet, można wysnuć wniosek, że kobiety gorzej znoszą studia medyczne, gorzej radzą sobie ze stresami dla tych studiów właściwymi. Jest to dość prawdopodobne: kobiety już wyjściowo, na I kursie wykazują słabiej niż u mężczyzn rozwiniętą postawę dystansu w stosunkach z ludźmi i mniejszą potrzebę kontrolowania innych, które mogą chronić mężczyzn przed przykrymi doświadczeniami. Kobiety na I kursie są gorzej zabezpieczone od mężczyzn. Innymi słowy, początkowo kobiety są lepszymi kandydatkami na lekarza niż mężczyźni. Z czasem jednak, w trakcie nauki w AM zmniejsza się ich przewaga pod tym względem w stosunku do mężczyzn. Nie oznacza to jednak, że kobiety „zrównują się” z mężczyznami, bo jak widzieliśmy, równocześnie następują zmiany u mężczyzn polegające na jeszcze większym nasileniu dbałości o siebie i własne powodzenie. Kobiety natomiast jakby „płaciły” za swą większą przydatność obniżaniem się poziomu przystosowania. W rezultacie, mimo różnic między kobietami a mężczyznami w punkcie wyjściowym, to znaczy na kursie I i mimo prawdopodobnych różnic w sposobach radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, trudno jest ocenić, kto bardziej na lekarza się nadaje: czy kobiety, osobowościowo bliższe wzorowi lekarza, ale gorzej przystosowane, czy też mężczyźni, lepiej funkcjonujący, ale posiadający silniej rozwinięte cechy mniej pożądane u lekarza? W wyjaśnieniu tych wątpliwości mogą pomóc badania studentów na bardziej zaawansowanych latach studiów. Takie badania przeprowadzono i relacja z nich będzie przedmiotem następnego doniesienia.

Wróćmy jednak do wyników już uzyskanych. Z trzech wzorów osobowości, najmniej ceniony przez pracowników naukowo-dydaktycznych AM okazał się być wzór studenta ambitnego, skupionego przede wszystkim na sobie. Niestety zmiany osobowości studentów medycyny w ciągu omawianego okresu przebiegają odwrotnie do życzeń wycho-

wawców. Zmierzają one właśnie w kierunku nisko cenionego wzoru studenta ambitnego. Wynika to może z rozbieżności między świadomie deklarowanym przez wychowawców celem wychowania a rzeczywistymi działaniami, polegającymi na wzmacnianiu zachowań charakterystycznych dla „studenta ambitnego”. Przecież bardzo ważnym wzmocnieniem dodatnim zachowań na studiach są stopnie i nagrody, na przykład pieniężne, przyznawane głównie za stopnie oraz kary — znowu w formie stopni i ich konsekwencji, na przykład niezaliczenie roku. Stopnie zaś czyli sukces, który można sobie przypisać to zasadniczy cel dążeń „studenta ambitnego”. W tej sytuacji trudno byłoby wręcz oczekiwać innych niż otrzymane wyników badań. Natomiast biorąc pod uwagę powyższą ich interpretację, należałoby zastanowić się nad celowością wprowadzenia a także innych nagród, na przykład — nagrody za właściwy stosunek do pacjentów.

Na miejscu wydaje się też być postulat o zwiększeniu zakresu zabiegów dydaktyczno-wychowawczych, mających na celu rozszerzenia umiejętności nawiązywania i kontynuowania kontaktu z chorym. Zabiegi takie należałoby podjąć już na pierwszych latach studiów, aby nie dopuścić do niekorzystnych zmian w osobowości. Kiedy student będzie lepiej sobie radził z pacjentami, wtedy też większą będzie miał z pracy z nimi satysfakcję, co już samo w sobie będzie utrwalало pożądane zachowania. Postawy „cynizmu” przestaną wtedy być oplacalne.

Эльжбета Лапиньска

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНЫ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ЛЕТ УЧЕБЫ

Сделано сообщение о результатах исследований, касающихся во-первых — желательного для воспитателей будущих врачей индивидуального облика студента медицины и, во-вторых — изменения индивидуальности студентов медицины в течение первых лет учебы в Медицинской Академии. В настоящей статье собраны воедино результаты этих исследований, благодаря чему можно было произвести оценку установленных изменений индивидуальности с точки зрения мнения научно-дидактических работников Медицинской Академии. В результате собранного материала установлено, что у студентов Медицинской Академии в течение учебы в так наз. предклинические годы происходят нежелательные перемены. У студентов обоего пола укрепляется отчасти желательная, правда, позиция „от людей”, но доминирует — у мужчин — укрепление определенно нежелательной позиции „против людей”, а у женщин идет на убыль желательная позиция „к людям”. Косвенным образом можно сделать вывод о упадке общей приспособляемости женщин.

Установленные изменения индивидуальности студентов Медицинской Академии имеют, надо полагать, оборонительный характер, являясь следствием трудных ситуаций, неотъемлемо связанных с изучением медицины.

Elżbieta Łapińska

AN ESTIMATE OF THE PERSONALITY CHANGES IN MEDICAL STUDENTS DURING THE FIRST YEARS OF STUDIES

The article discusses the results of studies concerning both the type of medical student personality approved by the teachers of future physicians and the actual changing of medical student personality during the first years of studies at the Medical Academy. The results permit to estimate the discovered personality changes as seen by the faculty. It has been found that during so-called pre-clinical years the students change in an undesirable manner. Although a partly welcome „from people” attitude becomes stronger in students of both sexes, the increase in a decidedly undesirable „against people” attitude predominates in the males while the females reveal the decrease in a desirable „towards people” attitude. It may also imply the decrease in general adjustment of females.

The personality changes discovered in Warsaw medical students seem to be of defensive nature as they result from difficult situations integrally connected with medical education.

Doc. dr hab. Janusz Komender, Andrzej Budaj**, Andrzej Nowak****

UCZELNIA W OCZACH STUDENTÓW I ROKU

Informacje opracowane na podstawie ankiety przeprowadzonej w roku akademickim 1972/73

Rada Pedagogiczna I roku Wydziału Lekarskiego wspólnie z przedstawicielami Rady Kursu przeprowadziła w roku akademickim 1972/73 badanie ankietowe opinii studenckich w sprawach wprowadzenia na uczelnię i warunków studiowania na I roku Wydziału Lekarskiego. Pracę tę podjęto w celu zorientowania się w odczuciach studentów, którzy zetknęli się z odmiennym sposobem nauczania niż stosowany w szkołach średnich, poznania ich opinii w sprawie warunków studiowania. Chcieliśmy również poznać studencką ocenę pracy zespołów dydaktycznych na I roku i ocenę uczelni w całości. Podjęcie takiej akcji wydawało się tym bardziej celowe, że oceny w tych sprawach wygłaszane dotychczas na forum publicznym nie miały charakteru obiektywnego.

W badaniu wzięło udział 206 studentów, było to 51% całej populacji I roku. Zdecydowano, że powtarzanie badania ankietowego dla drugiej połowy kursu jest nie celowe, ponieważ nie można było zrobić tego w tym samym dniu. A więc istniałaby możliwość porozumiewania się tych osób, które już odpowiedziały na ankietę z tymi, które jej jeszcze nie znały. Stwarzałoby to możliwość sugerowania pewnych odpowiedzi. Dobór osób, które odpowiedziały na ankietę można uznać za przypadkowy, była to bowiem połowa kursu kończąca ćwiczenia z anatomii prawidłowej o tej samej godzinie, a dobór grup ćwiczeniowych był przypadkowy.

Niniejsze opracowanie ma na celu poinformowanie zainteresowanych o wynikach tego badania ankietowego. Ankieta składała się z sześćdziesięciu pytań oraz tzw. testu na nerwicowość wg Bizonia. Postanowiliśmy omawiać wyniki badania wg pewnych działów. Część niniejsza jest

*) Przewodniczący Rady Pedagogicznej I Roku Wydziału Lekarskiego

***) Starosta I kursu

***) Student psychologii

poświęcona omówieniu spraw związanych z warunkami studiowania oraz ocenie zespołów dydaktycznych.

Wprowadzenie w życie uczelni było przedmiotem pierwszych pytań. Na pytanie 2. „Jakie uczucia przeważają w pierwszych kontaktach z uczelnią?” odpowiedzi były następujące:

zdecydowanie przykre	1,5%
raczej przykre	12,6%
ani przyjemne ani przykre	38,3%
raczej przyjemne	41,3%
zdecydowanie przyjemne	5,8%

Wynika z tego, że ponad 52% studentów nie odniosło przyjemnych wrażeń w pierwszych dniach studiowania w akademii medycznej. Wydaje się, że jest to procent bardzo wysoki i należałoby prześledzić w specjalnym badaniu, co decyduje o tym, że tak znaczna liczba świeżo przyjętych studentów odnosi wrażenia przykre lub nie odnosi przyjemnych.

Następne pytanie 3 brzmiało, „Jak zostałeś wprowadzony w życie uczelni?”. A oto odpowiedzi:

bardzo dobrze	4,4%
dobrze	24,8%
zadowalająco	52,4%
niezadowalająco	18,0%
nie odpowiedziało	0,5%

Większość studentów, ponad 81% uznało, że sposób wprowadzenia ich w życie uczelni był zadowalający lub dobry. Rocznik ten przy wprowadzaniu na uczelnię miał opiekunów spośród kolegów z drugiego roku studiów, którzy poświęcili im sporo czasu i energii. Również opiekunowie asystenci zaczęli wcześniej swoją działalność. Możliwe, że te poczynania organizacyjne wpłynęły na dobrą opinię studentów wyrażoną w tych odpowiedziach.

Kolejne pytanie 5 dotyczyło sprawy wprowadzenia zajęć adaptacyjnych na I roku w momencie jego rozpoczęcia. Pytanie w ankiecie brzmiało: „Czy uważasz, że zajęcia adaptacyjne w związku ze zmianą systemu nauki są potrzebne?”. Uzyskano następujące odpowiedzi:

tak	64,6%
nie	23,3%
nie wiem	11,2%
brak odpowiedzi	1,0%

Tak więc zdecydowana większość studentów wypowiada się za wprowadzeniem zajęć adaptacyjnych, co jest wyraźnie określonym wnioskiem organizacyjnym pod adresem władz uczelni. Wniosek ten odpowiada nowoczesnym tendencjom dydaktycznym i powinien być w miarę możliwości realizowany. Pewne kroki w tej sprawie zostały już podjęte przez Zakład Dydaktyki i Radę Pedagogiczną I roku.

Sprawa odpowiedniego przygotowania do życia w uczelni wynika również z pytania 41. W odpowiedziach na to pytanie studenci oceniają przygotowanie uzyskane w szkole średniej do studiów wyższych. Poniżej wyniki dotyczące przygotowania zdobytego w szkole średniej pod względem wiadomości i techniki pracy umysłowej.

Przygotowanie

	b. dobre i dobre	zadowa- lające	niezado- walające	brak odpow.
wiadomości	54,8%	28,2%	16,5%	0,5%
technika pracy umysł.	20,4%	27,7%	51,5%	0,5%

Z tych odpowiedzi wynika, że studenci w większości krytycznie oceniają własne umiejętności efektywnego uczenia się i chcą stan ten poprawić. Jednym z punktów zajęć adaptacyjnych powinno być zatem omówienie techniki pracy umysłowej.

Pytanie 12 brzmiało: „Czy uważasz, że tradycyjny wykład jako forma dydaktyczna jest w ogóle nieprzydatny, przestarzały, niepotrzebny?”. Odpowiedzi były następujące:

tak	29,6%
nie	65,5%
brak odpowiedzi	4,9%

Większość więc studentów wyraża opinię, że wykład jest stale użyteczną formą dydaktyczną. Czy jednak korzystają oni z wykładów chętnie i regularnie? Pewną informację można na ten temat uzyskać z analizy pytania 10. Pytanie brzmiało: „Czy uczęszczasz na wykłady z niżej podanych przedmiotów?”.

A oto tabela zawierająca odpowiedzi:

	Tak regular- nie	Tak nieregularnie	Nie	Brak odpo- wiedzi
Anatomia	46,6%	49,0%	3,9%	0,5%
Biologia	28,2%	47,1%	22,8%	1,9%
Histologia	19,9%	39,5%	37,9%	2,9%

Z odpowiedzi tych wynika, że uczęszczanie na wykłady z anatomii ma cechy regularności, natomiast oba pozostałe cykle wykładów nie cieszą się dużą frekwencją, mimo uznania wykładów za potrzebne.

W pytaniu 11 próbowano analizować przyczyny nieuczęszczania na wykłady z poszczególnych przedmiotów, pytając czy są między nimi przyczyny następujące:

- Mała przydatność wykładów w opanowaniu przedmiotu
- Brak czasu
- Złe warunki sal wykładowych
- Zbytne przemęczenie

- e. Trudności dojazdowe
- f. Nieodpowiednia pora wykładów
- g. Nieatrakcyjny sposób prowadzenia wykładów
- h. Inne

Nie odpowiedziało na to pytanie odnośnie wykładów z anatomii 44,7% ankietowanych, odnośnie biologii 32,5% i odnośnie histologii 39,8%. Natomiast pierwszy wybór dla wszystkich wykładów był „mała przydatność wykładów w opanowaniu przedmiotu”. Anatomia 28,2%, biologia 31,6% i histologia 23,3%. Drugim wyborem dla anatomii i histologii był „brak czasu” (15,0% i 19,4%), natomiast dla biologii „nieatrakcyjny sposób prowadzenia wykładów” 17,4%.

Z analizy innych przyczyn nieuczęszczania na wykłady okazuje się, że „złe warunki sal wykładowych” i „trudności z dojazdem” nie odgrywają praktycznie żadnej roli, co świadczy o tym, że istnieją warunki materialne pozwalające na słuchanie wykładów. Pierwszy wybór przyczyny dla której studenci nie uczęszczają na wykłady wydaje się świadczyć o tym, że spodziewają się oni zbyt bezpośrednich korzyści z wysłuchania wykładów.

Próbowaliśmy dowiedzieć się również jakie cechy wykładu studenci cenią sobie najbardziej (pytanie 14). Spośród ośmiu cech proponowanych przez autorów ankiety, ankietowani wybrali jako wybór pierwszy „koncentrację uwagi na najtrudniejszych partiach materiału” — 35,9% odpowiedzi a jako drugi wybór „urozmaiconą formę wykładów i stosowanie metod audiowizualnych” — 23,8%. „Podawanie najnowszych zdobyczy naukowych w danej dziedzinie” — 9,7%. „Żywy ciekawy sposób prowadzenia wykładu” — 13,1%, „rozszerzanie wiadomości podręcznikowych” — 6,3% znalazły mniej jak widać zwolenników. Okazało się również, że „poznanie wymagań egzaminacyjnych” w czasie wykładów nie ma wielu zwolenników — 1,9%.

Ogólnym wnioskiem wynikającym z analizy tego pytania jest to, że najbardziej cenioną formą wykładu jest skoncentrowanie się na niektórych szczególnie trudnych partiach materiału, wykorzystywanie nowoczesnych pomocy naukowych ale ograniczenie się jednocześnie do wiadomości podręcznikowych. Mimo, że poznanie wymagań egzaminacyjnych znalazło się w wyborze na bardzo dalekim miejscu, to jednak z innych odpowiedzi wynika, że najbardziej cenione są takie wykłady, które stanowią przygotowanie do zaliczeń i egzaminów. Szereg pytań (6, 7, 8) dotyczył oceny personelu nauczającego. Zdajemy sobie sprawę, że ocena nauczycieli przez uczniów może mieć cechy nieobiektywności, ale dla każdego z nas jest sprawą interesującą, co myślą o nas studenci a opinia wyrażona w ankiecie ma cechy opinii środowiska w całości i może w wielu przypadkach pomóc zespołom dydaktycznym. Zaczniemy omawianie tych spraw od przedstawienia odpowiedzi na bardzo ogólne

pytanie (6). Pytanie to brzmiało: „Jak oceniasz większość wykładowców i prowadzących ćwiczenia wg podanych kryteriów?”. Odpowiedź była czterostopniowa (b. dobrze, dobrze, zadowolająco, niezadowolająco); podajemy tylko procenty odpowiedzi b. dobrych i niezadowolających:

	b. dobre	niezadowalające
Zakres przekazywanej wiedzy w stosunku do potrzeb	15%	16,0%
sposób przekazywania wiedzy	3%	25,2%
system egzekwowania wiadomości	11%	18,0%
stosunek do studentów	16%	20,4%

Z wysokich procentów „niezadowolających” ocen wynika, że młodzież wyobraża sobie zupełnie inaczej pracownika dydaktycznego wyższej uczelni. Młodzież nie może ocenić właściwie potrzeb w zakresie przekazywanej wiedzy ani sposobu kontrolowania wiadomości. Natomiast krytyczna ocena stosunku wykładowców do studentów i „sposobu przekazywania wiedzy” (20,4% i 25,2%) jest zastanawiająca.

W następnym pytaniu (7) chodziło o ustalenie opinii o różnych zespołach dydaktycznych stosując te same pytania co w 6. Kolejne tabele zawierają odpowiedzi dla poszczególnych zespołów.

	b.dobrze	dobrze	zadowalające	niezadowolające
Anatomia				
zakres przekazywanej wiedzy w stosunku do potrzeb	22,3	32,5	29,6	14,6
sposób przekazywania wiedzy	20,4	35,9	25,2	16,9
sposób egzekwowania wiadomości	15,0	47,1	28,2	7,8
stosunek do studentów	30,6	38,9	19,9	8,7
Biologia				
zakres przekazywanej wiedzy w stosunku do potrzeb	19,4	38,8	27,7	11,6
sposób przekazywania wiedzy	21,4	41,7	22,8	11,2
sposób egzekwowania wiadomości	22,3	43,7	24,8	4,9
stosunek do studentów	44,2	36,9	13,1	1,9
Histologia				
zakres przekazywanej wiedzy w stosunku do potrzeb	18,0	33,0	30,6	15,5

sposób przekazywania				
wiedzy	19,9	35,9	30,6	11,7
sposób egzekwowania				
wiadomości	18,4	41,7	28,2	8,3
stosunek do studentów	28,2	36,9	22,8	8,7

Przy ocenie zespołów dydaktycznych procent wstrzymujących się od oceny nie przekracza 4,5. Jest rzeczą interesującą, że przy takim samym zestawie pytań dotyczących zajęć z matematyki ponad 45,0% słuchaczy wstrzymuje się od odpowiedzi. Rozkład ocen dobrych i niezadawalających przypomina wszędzie rozkład normalny a'e nie sposób nie spostrzec, że jak wynika z oceny „stosunku do studentów” najlepiej ocenili ankietowani współpracę z zespołem nauczającym biologię. Ocena pozostałych zespołów wydaje się być porównywalna.

Rozwijając sprawę stosunku studentów i asystentów w następnym pytaniu 8 poproszono ankietowanych o sprecyzowanie cech, które charakteryzują ich zdaniem nauczycieli pracujących z nimi. Treść pytania i pełną odpowiedź liczbową zamieszczamy poniżej:

„Czym charakteryzuje się stosunek asystentów prowadzących ćwiczenia z Twoją grupą?”

Oceniana cecha	Anatomia		Biologia		Histologia	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie
a. Zachowanie dużego dystansu	25,7	47,0	19,4	53,9	34,5	40,3
b. Życzliwość	60,7	11,7	69,4	7,8	52,9	15,5
c. Indywidualne podejście do studenta	47,6	24,3	33,5	25,7	27,2	32,0
d. Wyrozumiałość	57,3	20,4	65,5	14,1	38,8	34,0
e. Faworyzowanie niektórych studentów	45,6	34,5	18,4	58,7	21,8	53,9
f. Uwzględnianie postulatów studentów	54,4	22,8	54,4	16,5	42,7	24,6
g. Zrozumienie problemów studenta	56,3	20,9	50,5	14,1	38,8	27,2
h. Stawianie wysokich wymagań	57,8	11,7	34,9	24,8	68,4	10,2

Odpowiedzi zamieszczone nie wymagają chyba komentarza ogólnego. Mogą być one interesujące dla poszczególnych zespołów dydaktycznych i poszczególnych asystentów tym bardziej, że studenci uważają iż różne cechy dominują w różnych zespołach. Uważamy, że tabela ta może służyć raczej do pewnych przemyśleń indywidualnych niż stanowić element oceny poszczególnych zespołów dydaktycznych.

Zapytano studentów (pytanie 18), czy ich zdaniem różni asystenci stosują różne kryteria oceny. Odpowiedź twierdzącą oddało 90,3% ankietowanych. Trudno przy systemie ustnych kolokwii doprowadzić do całkowitej unifikacji wymagań, bowiem różne czynniki mogą wpływać na system kwalifikacyjny poszczególnych asystentów. Niepokojące jest jednak to, że tak duża liczba studentów zauważa różnice w kryteriach oceny. Wydaje się, że sprawa kryteriów ocen powinna być częściej przedmiotem dyskusji i kontroli w zespołach dydaktycznych.

Niemniej większość odpowiadających w ankiecie uznała (pytanie 17), że decydującym czynnikiem przy uzyskaniu ocen na kolokwiah i egzaminach jest stan przygotowania — 69,4%. Drugim wyborem była „umiejętność tzw. sprzedawania swoich wiadomości” — 12,1%, trzecim wyborem był „własny stan emocjonalny” — 5,8%. Znajomość upodobań egzaminatora wskazało jako czynnik decydujący 1,5% odpowiadających, a przypadek również 1,5% odpowiadających. Z odpowiedzi na to pytanie wynika, że studenci bardzo trzeźwo oceniają zależność wyników własnej pracy od stopnia przygotowania.

W pytaniu 16 zapytano o najbardziej odpowiadającą formę egzaminów. Znaczna część słuchaczy nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie, co jest prawdopodobnie związane z niewielkim doświadczeniem studentów I roku w zdawaniu egzaminów i kolokwiah, niemniej 47,1% studentów uznało, że najbardziej odpowiada im egzamin testowy, za ustnym wypowiedziało się 18,4%, a za pisemnym 5,3%. Ta opinia większości ankietowanych jest zgodna z tendencjami naszego Wydziału, gdzie się dąży do maksymalnego zobiektywizowania egzaminów.

W pytaniu 22 zapytujemy słuchaczy „Czy chcieliby w indywidualnym szybszym tempie przyswajać sobie wiedzę oraz zdawać kolokwia i egzaminy”. Odpowiedź twierdzącą uzyskaliśmy od 29,6% odpowiadających, natomiast przeczącą od 69,9%. Prawie 30% studentów wyraziło chęć podjęcia indywidualnego studiowania. Według oceny Rady Pedagogicznej jest to bardzo wysoki procent i wynika on raczej z chęci wyłamania się z dotychczasowego systemu nauczania niż z rzeczywistych potrzeb i możliwości studentów. Nie sądzimy bowiem, aby większość studentów była w stanie już na pierwszym roku ciężkich studiów medycznych podjąć indywidualny przyspieszony plan studiów. Należy się spodziewać, że w skali całego wydziału będą to jednostki.

65,5% ankietowanych wyraziło chęć bliższego kontaktu z praktyczną medycyną (pytanie 30). Taka odpowiedź studentów pierwszego roku nie dziwi nas, wiemy bowiem, że dążność do szybkiego kontaktu z medycyną jest bardzo popularna. Studenci I roku mają własne zadania i inny program, który nie przewiduje kontaktu z kliniką dopóki szkolenie teoretyczne nie będzie bardziej zaawansowane. Sprawa jednak kontaktu z praktyczną medycyną jest tak często wysuwana przez studentów lat młodszych, że należałoby się zastanowić czy wprowadzenie jakiejś formy zajęć praktycznych, choćby kursu udzielania pierwszej pomocy niekwalifikowanej, byłoby słuszne merytorycznie i wychowawczo. W prasie i radiu propaguje się obecnie przygotowanie licznej kadry społecznych ratowników potrafiących udzielić pierwszej pomocy, trudno sobie wyobrazić, aby studenci medycyny nawet pierwszych lat nie uczestniczyli w takich akcjach. Tym bardziej, że odpowiadając na pytanie 31, 88,3% ankietowanych wyraża chęć ukończenia kursu wakacyjnego pierwszej pomocy. Znaczny procent studentów 51,9%

jest zainteresowany dorywczą zarobkową pracą fizyczną na terenie szpitali (pytanie 32). Być może, że udział w dyżurach popołudniowych i nocnych spełniałby dodatnią rolę wychowawczą dla studentów medycyny i dawał im jednocześnie upragniony kontakt z medycyną praktyczną.

Kolejna grupa pytań dotyczyła znajomości języków obcych i ich studiowania w naszej uczelni (33, 34A i B). Studenci uznają, że znajomość języków obcych jest ważna lub bardzo ważna, 81,0%. Sami oceniają jako niewystarczającą własną znajomość języków obcych. 71,4% nie potrafi czytać literatury fachowej. Na pytanie „Czy chcieliby intensywniej studiować języki obce w ramach lektoratów” — 71,0% odpowiada twierdząco, z tym, że połowa pod warunkiem ograniczenia innych zajęć. Z tych i innych odpowiedzi wynika, że studenci nie są zadowoleni z własnych postępów w uczeniu się języków i z organizacji nauczania na uczelni, (patrz pytanie 65). Nie wiemy, czy warunki obecnie pozwolą na wprowadzenie zasadniczych zmian w sposobie i zakresie nauczania języków obcych, ale na pewno należałoby stworzyć już obecnie program rozwoju tych dyscyplin w akademii medycznej.

Studenci w rozmowach często wyrażali niezadowolenie z rozkładu zajęć. Postanowiono kilka pytań w ankiecie poświęcić tej sprawie (37, 38, 39, 43, 65). Wynika z tych pytań, że „długie przerwy między zajęciami i późne kończenie zajęć” są istotnym powodem trudności w nauce — 74,8% odpowiedzi. Przerwy wykorzystuje na naukę w czytelnich 28,6% odpowiadających, w domu 36,4%, w różnych pomieszczeniach Akademii Medycznej 19,4%. Nie uczy się w tym czasie 13,1% studentów.

Na pytanie czy uczelnia zapewnia dobre warunki do nauki w czasie przerw — 53,4% ankietowanych odpowiada przecząco. Typując główne przyczyny trudności, spośród 18 podanych przez autorów ankiety możliwości, jako najważniejszy wybór znalazł się zły rozkład zajęć 21,3%, a jako drugi — nadmiar zajęć 10,2%, (pytanie 43). Sprawa nie dobrych rozkładów zajęć raz jeszcze wysuwa się na jedno z ważnych miejsc przy analizie pytania 65.

Trudności z przygotowaniem wygodnego planu zajęć są związane z ogromną liczbą studentów i znanymi trudnościami lokalowymi i kadrowymi akademii. Zacytowane powyżej wypowiedzi studentów świadczą o tym, że spodziewają się oni poprawy tej sytuacji.

Zdaniem Rady Pedagogicznej brak pomieszczeń seminaryjnych i dla samokształcenia jest tak poważny, że powinien być rozwiązany w najbliższych latach choćby przez wybudowanie prowizorycznego baru na terenie podwórza Anatomicum.

W pytaniu 65 poproszono odpowiadających o ocenę działalności niektórych działów uczelni i niektórych akcji przez nią organizowanych. Ogółem znalazło się tam 24 punkty. Przedstawienie tabeli z wynikami w całości nie jest potrzebne, wybrano natomiast dla ogólnej informacji

pięć pozycji ocenionych dobrze przez studentów, oto one (wraz z procentem uczestników, którzy ocenili je dobrze):

1. Działalność starosty grupy	73,3%
2. Praca bibliotek i czytelni	67,4%
3. Program studiów	58,2%
4. Zaopatrzenie bibliotek i czytelni	58,2%
5. Praca Rady Pedagogicznej	58,2%

Poniżej jest lista pięciu rzeczy ocenianych najgorzej przez studentów (wraz z procentem uczestników ankiety oceniających je źle):

1. Warunki sanitarne w gmachu Anatomicum	57,3%
2. System nauczania języków obcych	43,2%
3. Rozkład zajęć na Twoim roku	37,4%
4. Wpływ studentów na funkcjonowanie uczelni	21,3%
5. Wyposażenie pracowni i laboratoriów	16,5%

Przyglądając się tym liczbom dochodzimy do wniosku, że ocena studencka spraw, z którymi się bezpośrednio stykają, jest właściwa i często pokrywa się z opiniami pracowników AM. Nie jest więc opinią wyrażającą przesadne i nieuzasadnione wymagania młodzieży. Z przyjemnością należy zwrócić uwagę, że bardzo dobrze oceniają studenci działalność Biblioteki Głównej AM i widzą zalety realizowanego programu studiów medycznych. Rada Pedagogiczna uważa, że wiele ocen krytycznych ma charakter dojrzały i może stanowić podstawę do dyskusji nad usprawnieniem procesu dydaktycznego.

Przedstawione powyżej wyniki ankiety nie są pełnym opracowaniem, dalsze części opracowania są w przygotowaniu. Mamy nadzieję, że ta akcja przyczyniła się do głębszej znajomości skomplikowanych niekiedy stosunków studentów i personelu nauczającego, a dyskusja nad wnioskami przedstawionymi wykaże, czy praca ta została podjęta i przeprowadzona w sposób celowy.

Януш Комендер, Анджей Будай, Анджей Новак

УЧЕВНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ В ГЛАЗАХ СТУДЕНТОВ I КУРСА

Педагогический совет и молодежные организации на I-м курсе медицинского факультета провели исследование мнения студентов о различных аспектах жизни вуза.

Статья содержит первую часть информации, полученной в результате проведенного исследования.

Janusz Komender, Andrzej Budaj and Andrzej Nowak

MEDICAL ACADEMY IN THE EYES OF THE FIRST-YEAR STUDENTS

The Pedagogic Council and youth organizations of the Medical Department proper have sponsored a survey of the first-year students' opinion concerning different aspects of their life at the Academy. The article is the first of a series presenting the results of the survey.

Środek tuberkulostatyczny

PYRAZINAMID

t a b l e t k i

SKŁAD: Pyrazino-2-carboxyamidum 0,5

Silny chemioterapeutyk z grupy leków tuberkulostatycznych. Działa skutecznie na prątki znajdujące się w środowisku kwaśnym oraz na prątki położone wewnątrzkomórkowo. W monoterapii PYRAZINAMIDEM występuje szybko oporność prątków na lek, zwykle po 6—7 tygodniach leczenia. Z tych względów preparat powinien być stosowany wyłącznie w skojarzeniu z INH, PAS-em lub etionamidem, cykloseryną i kanamycyną.

WSKAZANIA:

- różne postaci gruźlicy odporne na klasyczne leki przeciwprątkowe (INH, SM, PAS);
- stany nadwrażliwości na podstawowe środki tuberkulostatyczne;
- przygotowanie i osłona zabiegów operacyjnych w stanach oporności bądź nadwrażliwości na chemioterapeutyki klasyczne.

OPAKOWANIE: 250 tabletek

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„FARMAPOL“

SPÓŁDZIELNIA PRACY

ul. Św. Wojciecha 29

60-967 POZNAŃ

Prof. dr hab. med. Bertold Kassur, doc. dr hab. med. Jerzy Januszkiewicz**)*

ORGANIZACJA VI MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU SPECJALISTÓW ZAKAŹNYCH I PASOŻYTNICZYCH W WARSZAWIE

23—27 września 1974 r.

Kongresy międzynarodowe Towarzystwa Badań Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych odbywają się co 4 lata; poprzednie zwołano do Lyonu, Mediolanu, Bukaresztu, Monachium i Wiednia. Podczas obrad V kongresu w Wiedniu w 1970 r. powierzono Polsce organizację VI kongresu, wybierając prezydentem Towarzystwa i równocześnie przewodniczącym komitetu organizacyjnego prof. B. K a s s u r a.

Wraz z zaszczytem dla naszego kraju zostaliśmy obarczeni ogromną pracą, zarówno merytoryczną jak i organizacyjną w oparciu o własne siły i środki. W tej sytuacji Katedra Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Warszawie została praktycznie, przez 2 lata, obciążona ogromem prac przygotowawczych, a podczas trwania kongresu — prac realizacyjnych. Tu mieściło się biuro komitetu organizacyjnego z sekretariatem i innymi komórkami organizacyjnymi, jak np. redakcja druków kongresowych, komisja oceny nadsyłanych materiałów merytorycznych.

Z naszej akademii medycznej aktywnie włączył się do prac przygotowawczych z zakresu intensywnej terapii w chorobach zakaźnych Zakład Anestezjologii. Z terenu Warszawy aktywny udział w pracach przygotowawczych wzięły zakłady: Immunopatologii, Wirusologii, Epidemiologii i Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny. Spoza Warszawy równie intensywne prace przygotowawcze wykonały: Klinika Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Białymstoku i w Łodzi oraz Klinika Chorób Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu.

Protęktorat nad kongresem objął przewodniczący Rady Państwa PRL prof. dr H e n r y k J a b ł o ń s k i, a w skład komitetu honorowego weszli: minister zdrowia i opieki społecznej prof. dr M a r i a n Ś l i w i ń s k i, minister szkolnictwa wyższego, nauki i techniki prof.

*) Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych

**) Klinika Chorób Zakaźnych

dr Jan Kaczmarek, prezes Polskiej Akademii Nauk prof. dr Włodzimierz Trzebiatowski, główny inspektor sanitarny, wiceminister zdrowia i opieki społecznej dr med. Ryszard Brzozowski, prezydent m. st. Warszawy Jerzy Majewski oraz rektor naszej uczelni prof. dr Lech Szczęsny Zgliczyński.

W wielu czasopismach fachowych zarówno krajowych, jak i zagranicznych umieszczono zawiadomienie o tematyce i sposobie nadsyłania prac. Wysłano także komunikaty do 3 tysięcy indywidualnych adresatów. Komunikat pierwszy zawierał formularz nieformalnego zgłoszenia, zaś komunikat drugi — formularz na streszczenie pracy w wymiarze 250 wyrazów. Streszczenia oceniano w tematycznych komisjach. Po zakwalifikowaniu przesyłano specjalne formularze do napisania pełnego tekstu pracy. Przyjęto zasadę, że 4 strony są drukowane bezpłatnie, natomiast jeśli autor przekroczy ten limit — wnosi dodatkową opłatę w wysokości 200 zł, albo 10 dolarów za każdą rozpoczętą stronę.

Koszt uczestnictwa w kongresie ustalono na 200 zł od Polaków, 550 zł od obywateli krajów socjalistycznych oraz 55 dolarów od obywateli krajów kapitalistycznych. Osoby towarzyszące opłacały albo 250 zł albo 25 dolarów i dla nich przygotowano specjalny program imprez pod opieką komitetu Pań.

W związku z tematyką kongresu weszli w skład komitetu organizacyjnego oprócz prof. Kassura jako przewodniczącego, doc. Jerzego Januszkiewicza jako sekretarza generalnego, dr med. Tadeusz Osucha — sprawy wydawnicze, dr med. Jerzego Janeczko — skarbnika i dyr. Tadeusza Olejniczaka — kierownika biura organizacyjnego, następujący wiceprzewodniczący:

1. Sekcja 1 — Choroby odzwierzęce — prof. dr Piotr Boroń, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych AM w Białymstoku.

2. Sekcja 2 — Antygen HB w ostrym i przewlekłym wirusowym zapaleniu wątroby — prof. dr Adam Nowosławski, kierownik Zakładu Immunopatologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

3. Sekcja 3 — Wczesna diagnostyka chorób zakaźnych — prof. dr Ryszard Stempień, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych AM w Łodzi.

4. Sekcja 4 — Immunologia chorób pasożytniczych — doc. dr Zbigniew Pawłowski, kierownik Kliniki Chorób Pasożytniczych AM w Poznaniu.

5. Sekcja 5 — Chemoterapia chorób wirusowych — prof. dr Mirosław Kańtoch, kierownik Zakładu Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

6. Sekcja 6 — Chemoterapia chorób bakteryjnych — prof. dr Janusz Jeljaszewicz, kierownik Zakładu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

7. Sekcja 7 — Intensywna terapia chorób zakaźnych — doc. dr **B o g d a n K a m i ń s k i**, kierownik Zakładu Anestezjologii AM w Warszawie.

Do wygłoszenia na kongresie zakwalifikowano łącznie 453 nadesłane prace z 31 krajów. Warto już tu podkreślić, że 130 prac pochodziło z Polski. Oprócz tego trybu postępowania wykorzystano jeszcze inne sposoby zapewnienia wysokiego poziomu obrad. Zwrócono się do wielu naukowców za granicą i w kraju z propozycją wygłoszenia tzw. zaproszonych wykładów, zorganizowania bądź uczestniczenia w konferencjach okrągłego stołu, jak również przewodniczenia poszczególnym sesjom. Spotkaliśmy się z dużym zrozumieniem i włączeniem się do prac kongresowych.

Zabezpieczono dla potrzeb kongresu sale w Pałacu Kultury i Nauki dla plenarnej sesji uroczystego otwarcia Salę Kongresową w dn. 23 września 1974 r., a od 24 do 27 września 5 sal: Warszawską, Kina „Wiedza”, im. Rudniewa, kinową PAN i seminaryjną PAN, w których obrady toczyły się równocześnie. W dwóch salach dostępne były tłumaczenia wystąpień w 4 językach oficjalnych kongresu. Ponadto zarezerwowano miejsce na wystawy przemysłu farmaceutycznego, aparatury i odczynników pracownianych, jak również aparatury używanej w intensywnej terapii.

Sprawy bytowe uczestników powierzono biurze kongresów „Orbis”. Większość gości zagranicznych mieszkała w hotelach: „Forum”, „Europejskim”, „Grand-Hotel”, „Warszawa”. Recepcja była sprawna zarówno ze strony „Orbisu” jak i z naszego biura organizacyjnego. Natychmiast po przyjeździe piloci odbierali gości, przewozili do hoteli, gdzie w specjalnie zorganizowanych punktach załatwiano poza normalnym ruchem wszelkie formalności. W biurze kongresowym oczekiwały teczek ze streszczeniami referatów, programem ostatecznym i zaproszeniami na imprezy programu socjalnego, plakietki, a także 3 tomy, zawierające pełne teksty referatów. Tomy te o objętości ponad 400 stron każdy sprzedawano w cenie 250 zł lub 25 dolarów za komplet, wyłącznie uczestnikom kongresu.

Liczba uczestników wynosiła blisko 1000 osób, z czego krajowych ponad 450 i reszta z 30 krajów europejskich i pozaeuropejskich. Światowa Organizacja Zdrowia wydelegowała 5 przedstawicieli.

Językami oficjalnymi kongresu były: angielski, francuski, niemiecki i rosyjski. Większość referatów i dyskusji toczyła się w języku angielskim. Ogółem zorganizowano 50 sesji dwugodzinnych, z czego pierwsza plenarna w Sali Kongresowej dotyczyła uroczystego otwarcia kongresu. W prezydium zajęli miejsca oprócz prezydenta Międzynarodowego Towarzystwa Badań Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych prof. **B. K a s s u r a**, minister ZiOS prof. dr **M a r i a n Ś l i w i ń s k i**, zastępca sekretarza generalnego Towarzystwa — prof. **F r a n c e s c o**

Colonnello, szef działu chorób zakaźnych w Europejskim Biurze Światowej Organizacji Zdrowia dr Milivoje Radovanović, wiceprezydent Towarzystwa prof. Josip Fališevac, wiceprezydent m. st. Warszawy S. Bielecki oraz prof. dr Jan Kostrzewski, sekretarz naukowy VI Wydziału Polskiej Akademii Nauk.

Po otwarciu kongresu przez prezydenta Towarzystwa i odczytaniu adresu przewodniczącego Rady Państwa PRL, prof. dr Henryka Jabłońskiego, zabrali kolejno głos: minister Śliwiński, dr Radovanović, F. Colonnello i S. Bielecki. Wszyscy podkreślali znaczenie kongresu dla nauki i kontaktów ludzi nauki w imię pokoju i dobra ludzkości. Wykład inauguracyjny „Aktualne problemy i perspektywy epidemiologii chorób zakaźnych i pasożytniczych” wygłosił prof. dr Jan Kostrzewski.

Po zakończeniu części oficjalnej odbyło się w restauracji „Kongresowa” przyjęcie wydane przez prezydenta m. st. Warszawy dla wszystkich uczestników.

Roboczych 49 sesji odbywało się przez 4 dni (24—27.IX.74) w 5 salach równocześnie.

Sekcja 1 — choroby odzwierzęce objęła zagadnienia salmoneloz odzwierzęcych, zakażeń *Listeria*, *Francisella* i *Yersinia*, wścieklizny, brucelozy, leptospiroz i riketsjoz w 8 sesjach, zaś zagadnienia różne związane z zoonozami — 1 sesję.

Sekcja 2 — Antygen HB w ostrym i w przewlekłym wirusowym zapaleniu wątroby — obradowała w 11 sesjach, z których 2 poświęcono metodom wykrywania, 3 — aspektom immunobiologicznym, 3 — epidemiologii oraz 3 — etiopatogenezie i klinice.

Sekcja 3 — Wczesna diagnostyka chorób zakaźnych objęła 2 sesje poświęcone chorobom wirusowym i jedną — chorobom bakteryjnym.

Sekcja 4 — immunologia chorób pasożytniczych obradowała w 6 sesjach, które poświęcono immunodiagnostyce chorób pasożytniczych, toksoplazmozie, włośnicy, immunopatologii chorób pasożytniczych, pelzakowicy i zagadnieniom różnym.

Sekcja 5 — chemoterapia chorób wirusowych składała się z 3 sesji, z których 2 dotyczyły inhibitorów replikacji wirusa i jedna — klinicznego zastosowania leków przeciwwirusowych oraz zagadnień odporności komórkowej.

Sekcja 6 — chemoterapia chorób bakteryjnych składała się z 9 sesji, na których omawiano aktualny stan chemoterapii chorób bakteryjnych i grzybic, nowe antybiotyki, zakażenia oportunistyczne, rolę leukocytów w zakażeniu, nowe kierunki rozwoju oporności na antybiotyki w odniesieniu do drobnoustrojów o istotnym znaczeniu klinicznym, wyniki

leczenia nosicielstwa pałeczek duru brzuszego i durów rzekomych oraz tematy inne związane z chemoterapią chorób bakteryjnych.

Sekcja 7 — intensywne leczenie w chorobach zakaźnych obradowała w 9 sesjach, a tematyka była następująca: niewydolność oddechowa w chorobach zakaźnych, śpiączka wątrobowa, leczenie i aspekty kliniczno-patogenetyczne tężca, intensywne leczenie w neuroinfekcjach, postępowanie z chorym nieprzytomnym, organizacja oddziałów intensywnej terapii w chorobach zakaźnych, wstrząs i niewydolność nerek w chorobach zakaźnych i inne.

Podczas trwania kongresu odbyło się walne zebranie członków towarzystwa, na którym przyjęto sprawozdanie ustępujących władz. Wybrano nową radę naukową, w skład której weszli: prof. B. K a s s u r, prof. R. S t e m p i e ń i doc. J. J a n u s z k i e w i c z. Podjęto uchwałę zmieniającą strukturę organizacyjną Towarzystwa w federację towarzystw z różnych krajów europejskich i pozaeuropejskich. W związku z tym powołano komisję statutową, złożoną z przedstawicieli 16 państw, a przewodnictwem tej komisji powierzono prof. K a s s u r o w i. Przegłosowano również miejsce VII kongresu, który za 4 lata ma się odbyć w Wielkiej Brytanii o ile wyrażą na to zgodę władze administracyjne i Brytyjskie Towarzystwo Naukowe Badań Chorób Zakaźnych. Jeśli z jakichkolwiek względów Wielka Brytania nie będzie mogła podjąć się organizacji następnego kongresu, to alternatywnie podejmie się tego zadania Bułgaria. Do czasu tych decyzji funkcję prezydenta międzynarodowego towarzystwa pełni nadal prof. K a s s u r, a następnie z chwilą wyboru miejsca następnego kongresu przekaze ją przewodniczącemu komitetu organizacyjnego VII kongresu w Wielkiej Brytanii bądź w Bułgarii. Sekretarzem generalnym Towarzystwa ad interim został wybrany prof. R o n d a n e l l i z Włoch.

Program socjalny obejmował przyjęcie w restauracji „Kongresowa” po otwarciu obrad, wydane przez prezydenta m. st. Warszawy, w drugim dniu — przedstawienie operowe „Straszny Dwór”, w trzecim dniu cocktail w Muzeum Narodowym w Warszawie, wydany przez prezydenta Międzynarodowego Towarzystwa Badań Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, prof. B. K a s s u r a, dyrektora Muzeum Narodowego, prof. S t. L o r e n t z a i dyrektora Zjednoczenia Przemysłu Farmaceutycznego, mgr. A. T a r c h a l s k ą. W czwartym dniu zorganizowano odpłatny bankiet w hotelu „Forum”, w piątym — wycieczkę do Żelazowej Woli. Ponadto zorganizowano wycieczki pokongresowe do Krakowa i Wieliczki oraz do Białowieży i Janowa.

W programie pań znalazło się zwiedzanie Zamku Królewskiego, Łazienek, Wilanowa, pokaz mody oraz imprezy socjalne, przedstawione uprzednio. W czasie trwania kongresu organizowano codziennie autokarowe wycieczki po Warszawie.

Ocena ogólna

VI Międzynarodowy Kongres Specjalistów Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych w Warszawie był wydarzeniem naukowym o dużej randze a wkład Polski był szczególnie znaczny. Udział ośrodków polskich był poważny nie tylko liczbowy (ok. 30% referatów), ale i merytoryczny. Aktywność nasza była widoczna w każdej sekcji, zarówno w przedstawianych referatach jak i w żywym udziale w dyskusjach. Wiele referatów odznaczało się oryginalnością i nowoczesnością, co znalazło potwierdzenie w toku ożywionych dyskusji i opinii uczestników szeregu krajów. Nie sposób przedstawić całego wkładu polskiego w dorobek naukowy kongresu, można jedynie przykładowo wymienić następujące prace:

- badania nad schorzeniami wywołanymi przez *Yersinia pseudotuberculosis* i *Y. enterocolitica* oraz kompleksowe prace nad brucelozą przewlekłą, zwłaszcza nowoczesne badania nad immunologią i kliniką, wnoszące nowe elementy do patogenezy tej choroby;
- nowoczesne metody wykrywania antygenów HB i homologicznych przeciwciał, prace będące wkładem do poznania aspektów immunologicznych, epidemiologicznych i klinicznych zakażeń wirusem HB;
- ocena wczesnych metod wykrywania i identyfikacji zarazków w chorobach bakteryjnych i niektórych wirusowych;
- badania nad włośnicą, szczególnie enzymatyczne;
- badania nad inhibitorami replikacji wirusa i chemoterapią zakażeń wirusem opryszczki;
- nowe kierunki rozwoju wrażliwości i lekooporności bakterii, a z praktycznego punktu widzenia wyniki leczenia zachowawczego i chirurgicznego nosicieli pałeczek duru brzuszego i rzekomego B;
- badania nad rolą miedzi w patogenezie ostrej encefalopatii w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby, wyniki zachowawczego leczenia ostrej encefalopatii wątrobowej oraz leczenia zabiegowego metodą „total body wash out”; przyczynki do patogenezy i leczenia tęcza.

Ocena władz krajowych o poziomie naukowym i organizacyjnym kongresu jest pozytywna. Liczne listy z zagranicy podkreślają również wysoki poziom obrad. Nie jest bez znaczenia także fakt, że kongres zamknięto bilansem dodatnim, przekazując nadwyżkę do zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z prawem odkupienia pewnych kwot dewizowych. Ogólnie oceniamy, że wpływy dolarowe do kraju w związku z kongresem wyniosły ponad 80.000 dolarów.

Z zakończeniem obrad nie zakończyła się działalność komitetu organizacyjnego. Zaistniała konieczność dodrukowania pełnych tekstów referatów, a także wydanie IV tomu, zawierającego teksty zaproszonych wykładów i niektórych referatów wygłoszonych, które nadesłano zbyt późno, by je umieścić w uprzednio wydanych trzech tomach.

Doc. dr hab. med. Krzysztof Boczkowski)*

GENETYCZNA DETERMINACJA ORAZ RÓŻNICOWANIE PŁCI

W ciągu ostatnich dwudziestu lat nastąpił duży postęp w badaniach nad determinacją i różnicowaniem płci, szczególnie u kręgowców. Badania nad genetycznym uwarunkowaniem szeregu nieprawidłowości rozwoju cieleśnie-płciowego, dzięki zastosowaniu udoskonalonych metod cytogenetycznych, pozwoliły na wykrycie aberracji chromosomalnych będących etiologiczną przyczyną niektórych z tych nieprawidłowości. Zastosowanie technik cytogenetycznych umożliwiło również określenie garnituru chromosomalnego u prawie wszystkich gatunków ssaków oraz u wielu kręgowców, co przyczyniło się do lepszego poznania mechanizmów prawidłowej determinacji płci u zwierząt. Dalsze badania prowadzone obecnie w coraz szerszym zakresie, pozwoliły na lepsze zidentyfikowanie roli chromosomu *X* oraz chromosomu *Y* w genetycznej determinacji płci u ssaków, lecz dokładne dane na temat sprzężenia genów związanych z determinacją i różnicowaniem płci nie zostały jeszcze uzyskane.

Badania prowadzone w latach pięćdziesiątych doprowadziły do określenia roli płodowych jąder w procesach różnicowania płci u ssaków. Badania te, kontynuowane w latach sześćdziesiątych, pozwoliły na lepsze poznanie wpływu płodowych gonad oraz wydzielanych przez nie hormonów, na różnicowanie wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych. Jednocześnie stałe doskonalenie biochemicznych metod badań hormonów przyniosło coraz dokładniejsze określenie stanu hormonalnego oraz metabolizmu hormonów u osobników normalnych oraz w stanach patologicznych.

Wraz z dokładniejszym poznaniem procesów rozwoju płciowego wzrastało zainteresowanie tymi zagadnieniami wśród biologów, zoologów, embriologów, genetyków, endokrynologów itp. Udoskonalenie

*) Samodzielna Pracownia Genetyki Instytutu Położnictwa i Ginekologii

metod badań przyniosło jednocześnie, co było nieuniknione, w wyniku coraz bardziej szczegółowego poznawania procesów determinacji i różnicowania płci, szereg nowych problemów i nierozwiązanych zagadnień.

Zróznicowanie płciowe

Wymiana informacji genetycznej komórek rodzicielskich jest podstawą rozmnażania płciowego. Z chwilą gdy dwie komórki bakteryjne należące do tego samego szczepu łączą się, a informacja genetyczna zapisana w DNA jednej z komórek przejdzie do połączonej z nią drugiej komórki, dokonuje się pierwszy i zasadniczy krok na drodze rozmnażania płciowego, gwarantujący powstanie osobników odmiennych pod względem genetycznym od osobników rodzicielskich.

Połączenie się dwóch komórek i przejście materiału genetycznego z jednej komórki do drugiej określa również ich odmienność, gdyż jedna komórka jest komórką przekazującą, a druga komórka przyjmującą łańcuch DNA; w ten sposób powstają pierwsze cechy zróznicowania płciowego. W wyniku procesów ewolucji następuje wykształcenie coraz bardziej skomplikowanych organizmów i mechanizmów gwarantujących zapłodnienie oraz wymianę materiału genetycznego i rozwój potomnych pokoleń. W miarę rozwoju filogenetycznego, podział dwóch płci staje się coraz bardziej widoczny; jednocześnie mechanizmy, które go gwarantują są coraz bardziej precyzyjne, zabezpieczając ściśle determinację płci męskiej lub żeńskiej. Wśród najniższych kręgowców — ryb, spotykamy jeszcze hermafrodytyzm jako stan fizjologiczny, ale wśród płazów i gadów jest on już stanem patologicznym. Jednak jeszcze u płazów możliwość rozwoju płci w kierunku męskim lub żeńskim jest bardzo labilna i łatwo można ją zmienić w wyniku zmian środowiska, w którym rozwijają się zapłodnione komórki jajowe lub larwy, np. przez dodanie do płynu, w którym się rozwijają, żeńskich lub męskich hormonów płciowych. U ssaków operujące z wielką dokładnością mechanizmy determinacji i różnicowania płci, stają się coraz mniej zależne od wpływów środowiska, i jako stan fizjologiczny następuje rozwój płodu męskiego w hormonalnie żeńskim środowisku matki.

Genetyczna determinacja płci

W roku 1870 G. Mendel wysunął przypuszczenie, że determinacja płci jest uwarunkowana na drodze genetycznej i związana z segregacją elementów dziedzicznych. Podobnie jak inne odkrycia Mendla, hipoteza ta została zapomniana. Dopiero wraz z powtórным odkryciem praw Mendla w roku 1900, zagadnienie genetycznej determinacji płci mogło być na nowo podjęte.

Geny determinujące płeć mogą być umiejscowione zarówno w autosomach jak i w chromosomach płciowych. Chromosomy płciowe powstały z pary chromosomów autosomalnych, które w drodze postępującej specjalizacji zgromadziły dużą liczbę genów odpowiedzialnych za determinację płci i zróżnicowały się między sobą morfologicznie. U ssaków operuje mechanizm genetycznej determinacji płci — XX/XY . Nieliczne wyjątki znajdują się wśród podgromady torbaczy. W zasadzie jednak mechanizm XX/XY jest powszechnie obowiązujący wśród ssaków, podobnie zresztą jak i u prawie wszystkich kręgowców. Stosunek wielkości chromosomu X do autosomów jest stały; u większościłożyskowców wielkość chromosomu X wynosi około 5% wielkości żeńskiego garnituru haploidalnego.

Chromosomy płciowe możemy podzielić na: (1) euchromatyczny chromosom X oraz (2) heterochromatyczne chromosomy — Y i heterochromatyczny X . Euchromatyczny chromosom X występuje zarówno w garniturze chromosomalnym żeńskim jak i męskim. Natomiast występujący u osobników żeńskich drugi chromosom X ulega unieczynnieniu i jest widoczny w postaci grudki chromatyny płciowej. Jądrowe różnicowanie pierwotnej gonady odbywa się pod bezpośrednim lub pośrednim wpływem chromosomu Y . Do prawidłowego rozwoju jajników konieczna jest u człowieka obecność obu chromosomów X .

Chromosom Y człowieka

W badaniu chromosomu Y szczególnie istotną okazała się metoda fluorescencyjna. Wykazała ona szczególnie jasną fluorescencję części dystalnej ramion długich chromosomu Y , co umożliwia jego identyfikację. Badania te wykazały również, że długość fluoryzującego odcinka ramion długich jest różna u różnych osobników. Nie stwierdzono, aby było to związane z cechami fenotypowymi. W okresie interfazy chromosom Y jest widoczny w komórkach, w postaci małej grudki — wykazującej silną, ostro odgranieczoną fluorescencję — nazywanej ciałkiem Y . Liczba ciałek Y oraz ich intensywność jest niezależna od czynności jąder lub poziomu wydzielanych androgenów (Schwinger i Boczkowski 1973).

Zagadnienie związku długości chromosomu Y z fenotypem pacjenta nie zostało jednoznacznie ustalone. Obok publikacji, które wskazują, że osobnicy z nieprawidłowo dużym chromosomem Y są normalnie rozwiniętymi osobnikami, pojawiły się inne, niosące odmienne wnioski. Istotne wydają się tutaj badania populacyjne Nielsena i Friedricha (1972). Wielkość chromosomu Y była mierzona u 140 nowo narodzonych chłopców oraz u 407 kryminalistów płci męskiej. Średnia długość chromosomu Y u kryminalistów była w sposób znamieny większa niż w grupie kontrolnych noworodków ($P < 0,0001$). Wyniki te wskazują, że istnieje korelacja pomiędzy wielkością chromosomu Y , a ryzykiem zachowania kryminalnego, które to ryzyko wzrasta u mężczyzn z więk-

szym chromosomem *Y*. Badania te wykazały, że zwiększenie ilości DNA chromosomu *Y* zwiększa statystycznie ryzyko występowania zachowania kryminalnego i wskazują na związek tych osobników z osobnikami z dwoma chromosomami *Y*. Otwartą pozostaje kwestia, na jakiej drodze zwiększenie materiału chromosomu *Y* prowadzi do efektów fenotypowych, tzn. czy jest to związane z obecnością informacji genów strukturalnych, czy z wpływem heterochromatyny: rozstrzygnięcie tego problemu nie jest obecnie możliwe. Geny determinujące rozwój płci w kierunku męskim, znajdują się u człowieka na ramionach krótkich chromosomu *Y*, blisko centrometru.

Chromosom *X* człowieka

Morfologicznie chromosom *X* jest podobny kształtem do metacentrycznych chromosomów z grupy 6—12 i charakteryzuje się bardziej środkowym położeniem centrometru niż chromosomy z tej grupy oraz wielkością odpowiadającą najczęściej parom nr 6 lub 7.

Badania autoradiograficzne Bishopa i współpracowników (1965) wykazały, że morfologiczne określenie chromosomu *X* (bez użycia autoradiografii) jest praktycznie niemożliwe. W badaniach swych używając techniki autoradiograficznej wykazali oni, że chromosom *X* odpowiada niekiedy wielkością chromosomom numer 8 lub 9, a bardzo rzadko nawet 10. Chromosom *X* stanowi stosunkowo dobrze poznany chromosom garnituru chromosomalnego człowieka. Mc Kusick (1971) wymienia 150 cech, których związek z chromosomem *X* został udowodniony lub jest wysoce prawdopodobny. Stwierdzenie licznych aberracji strukturalnych tego chromosomu pozwoliło również na lepsze umiejscowienie niektórych genów wzdłuż chromosomu *X*, a więc dokonanie mapowania tego chromosomu. Dane te są jednak nadal skąpe. Również nasze wiadomości na temat znaczenia chromosomów *X* w genetycznej determinacji płci nie są wyczerpujące. Gen lub geny związane z jajnikowym różnicowaniem pierwotnej gonady mogą być umiejscowione wyłącznie w euchromatycznym chromosomie *X* lub mogą leżeć w którymś z autosomów lub w kilku autosomach; nie potrafimy obecnie wyłączyć żadnej z tych możliwości. Dla dalszego rozwoju jajników oraz pełnej oogenezy konieczny jest u człowieka drugi heterochromatyczny chromosom *X*.

Ogólne prawa determinacji i różnicowania płci u kręgowców

Istnieją podstawowe prawa rozwoju płciowego kręgowców, które są najwyraźniej widoczne u wyższych kręgowców — ssaków i ptaków, u których chromosomalny mechanizm determinacji płci jest najsilniej wyrażony i operuje w najbardziej precyzyjny sposób. Zasady te są następujące:

1. Pierwsza zasada dotyczy wielkości chromosomów płciowych. Chromosomy płciowe występujące homologicznie są większe, natomiast chromosomy płciowe występujące pojedynczo, tylko u płci heterogametycznej są mniejsze.

2. Druga zasada określa związek chromosomów płciowych z typem dominującej gonady. Gonady, których płeć jest zdeterminowana przez heterogametyczną parę chromosomów posiadają silniejszą zdolność rozwoju. Są to jajniki u ptaków oraz jądra u ssaków. Płeć heterogametyczna jest płcią, której gonady są dominujące w rozwoju płciowym oraz wykazują większą zdolność rozwoju. Można wysnuć z tego wniosek, że szczególne znaczenie w genetycznej determinacji płci ma chromosom heterogametyczny, gdyż on właśnie decyduje o rozwoju gonady dominującej.

3. Trzecia zasada dotyczy rozwoju zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych i można ją sformułować dwojako, zależnie od tego czy punktem odniesienia będzie garnitur chromosomalny (a) czy gonady (b): wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe posiadają samoistną zdolność rozwoju zgodną z płcią homogametyczną (a), a więc przeciwną do typu dominującej gonady (b).

U ptaków płeć homogametyczna jest męska, natomiast u ssaków płeć homogametyczna jest żeńska, a heterogametyczna męska. Zgodnie z powyższym, u ssaków, w odróżnieniu od ptaków, wewnętrzne narządy płciowe wykazują samoistną zdolność rozwoju w kierunku żeńskim. Zasada powyższa jest szczególnie ważna przy rozpatrywaniu przypadków interseksualizmu spowodowanych nieprawidłowym rozwojem gonad. Zgodnie z tą zasadą u ludzi wykazujących nieprawidłowości gonad, rozwój dodatkowych struktur płciowych oraz zewnętrznych narządów płciowych przebiega zawsze w kierunku kobiecym.

Rozwój w kierunku kobiecym płodów ludzkich, u których wpływ jąder jest niewystarczający do spowodowania rozwoju w kierunku męskim, lub które wykazują brak oddziaływania na androgeny, wyjaśnia dlaczego prawie we wszystkich grupach interseksualizmu gonady są jądrami lub całkowicie dysgenetycznymi, aplastycznymi gonadami. Obecność jajników stwierdza się jedynie w zespole nadnerczowo-płciowym, w którym jednak interseksualny rozwój jest spowodowany nieprawidłową produkcją hormonalną nadnerczy, a nie jajników.

4. Charakterystyczna dla płci funkcja ośrodków podwzgórza, kierujących wydzielaniem gonadotropin przez przysadkę, zdeterminowana jest przez wydzielanie hormonalne dominującej gonady. Pod wpływem męskich hormonów wydzielanych przez płodowe jądra w trzecim trymestrze ciąży, podwzgórze ssaków różnicuje się w kierunku męskim. O ile brak jest tych hormonów w krytycznym okresie — pod koniec życia płodowego — ustala się żeński typ wydzielania przysadki i trwa on przez całe późniejsze życie osobnika.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bishop A., Leese M., Blank C. E.*: The relative length and arm ratio of the human late-replicating X chromosome. *J. Med. Genet.*, 1965, 2, 93. 2. *McKusick V. A.*: Mendelian Inheritance in Man. Catalogue of Autosomal Dominant, Autosomal Recessive, and X-linked Phenotypes. The John Hopkins Press, Baltimore and London, 1971. 3. *Nielsen J., Friedrich U.*: Length of the Y chromosome and criminal males. *Clin. Genet.*, 1972, 3, 281. 4. *Schwinger E., Boczkowski K.*: Frequency and morphology of the Y-body in patients with female or ambisexual phenotype. *Clin. Genet.*, 1973, 4, 447.

К. Бочковски

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ И РАЗЛИЧЕНИЕ ПОЛА

Содержание

Обсуждены факторы, обуславливающие детерминацию и распознаваемость пола у позвоночных, с особым учетом млекопитающих. У млекопитающих решающее значение в генетической детерминации пола имеет половой хромосом Y, а что касается распознавания половых органов, то особую роль играют гормональные субстанции, выделяемые плодными яйцами.

K. Boczkowski

GENETIC DETERMINATION AND SEX DIFFERENTIATION

The article discusses factors conditioning sex determination and differentiation in vertebrates, particularly in mammals. In mammals, a Y-sex chromosome governs genetic determination of sex, while hormone substances secreted by foetal nuclei play the decisive part in differentiation of the sex organs.

SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH

Dr med. Cezary W. Korczak)*

Prof. MARCIN KACPRZAK

Treścią życia prof. Marcina Kacprzaka były zagadnienia medycyny społecznej. Za działalność w tej dziedzinie uzyskał wiele odznaczeń krajowych i zagranicznych. Między innymi wyrazem najwyższego uznania było przyznanie mu przez Światową Organizację Zdrowia w 1957 roku medalu Leon Bernarda, nadawanego uczonym z całego świata za wybitne osiągnięcia i zasługi położone w rozwoju medycyny społecznej.



W przemówieniu wygłoszonym z okazji nadania medalu — prof. Marcin Kacprzak powiedział „... 100 lat temu Virchow i jego zwolennicy zaczęli głosić medycynę społeczną jako novum ... Dziś wskazania higieniczno-społeczne uzupełniają każde leczenie i czynią je bardziej skutecznym. Medycynę społeczną traktujemy jako przedmiot badań naukowych, których wyniki mają ogromne zastosowanie praktyczne nie tylko w chorobach społecznych i nie tylko w jednym jakimkolwiek kraju lecz na całym świecie.

*) Zastępca dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej

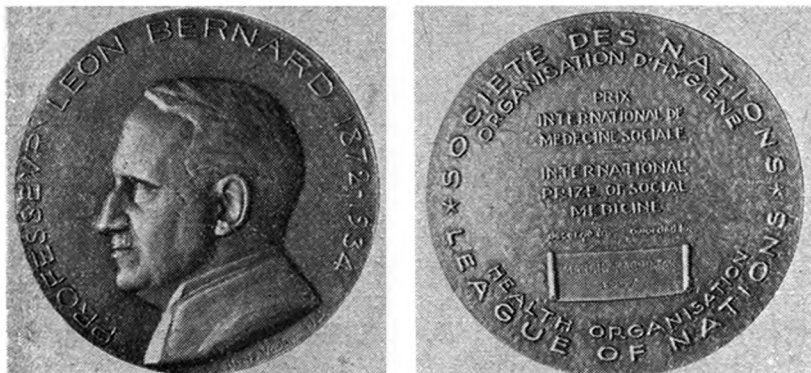
O wzruszeniu z jakim prof. M. K a c p r z a k przyjmował w Genewie wysokie uhonorowanie świadczą słowa: ... Oświadczone mi publicznie wobec setek bardzo dystyngowanych osób i uczonych przedstawicieli różnych krajów, że otrzymuję odznaczenie za pracę na polu medycyny społecznej. W życiu moim to jest naprawdę duży ewenement budzący we mnie liczne refleksje. Teoretyczne i praktyczne zagadnienia medycyny społecznej były i są po dzień dzisiejszy treścią mojego życia, ale być odznaczonym za to, że się coś kocha i oddaje się mu całkowicie musi budzić pewne uczucie zażenowania”.

Często profesor powtarzał wśród najbliższych współpracowników ... „gdybym miał rozpocząć drugie życie oddałbym je również higienie i medycynie społecznej”...

Prof. M a r c i n K a c p r z a k urodził się 6 listopada 1888 roku we wsi Podolszyce w powiecie Płockim. Ukończył szkołę powszechną we wsi Lelice, a następnie gimnazjum Macierzy Polskiej w Płocku. W latach 1908—1914 studiował medycynę w Paryżu. Dyplom lekarza uzyskał w 1915 r. w Charkowie. Po tym w ciągu 5-ciu lat zajmował się medycyną praktyczną, między innymi pracując jako lekarz medycyny ziemskiej w Guberni Pskowskiej. Z tego okresu już pod koniec Jego życia powstało opracowanie o organizacji i zadaniach medycyny ziemskiej (1968). Po powrocie do kraju, w 1921 r. rozpoczął pracę jako lekarz sanitarny m. st. Warszawy, następnie w latach 1922—24 jako stypendysta fundacji Rockefellera odbywał specjalizacyjne podyplomowe studia w Johns Hopkins School of Hygiene w Baltimore, zakończone uzyskaniem tytułu doktora zdrowia publicznego. Studia w zakresie higieny, medycyny społecznej, epidemiologii i statystyki miały zasadniczy wpływ na całą jego przyszlą działalność naukową i praktyczną.

W roku 1924 obejmuje stanowisko kierownika Oddziału Statystyki i Epidemiologii oraz wykładowcy medycyny społecznej w Państwowej Szkole Higieny.

W Szkole Higieny PZH prowadził nauczanie na 6 miesięcznych studiach podyplomowych dla lekarzy w zakresie medycyny społecznej, obejmującej przede wszystkim zagadnienia higieny społecznej, higieny szkolnej, demografii, epidemiologii i statystyki medycznej. Działalność dydaktyczno-wychowawczą Profesor stawiał na jednym z pierwszych miejsc w swoim życiu. Jego doświadczenie pedagogiczno-wychowawcze rozwijało się w jeszcze większym stopniu w okresie powojennym. Przez kilkanaście lat był dziekanem i rektorem Akademii Medycznej w Warszawie. Pośród wielu spraw, którymi kierował w akademii wybijają się zagadnienia wychowania młodzieży. Jej poświęcał wiele uwagi uważając, że wychowanie i nauczanie młodzieży jest podstawowym zadaniem uczelni. Na podkreślenie zasługują przemówienia do młodzieży wygłaszane przez Profesora z różnych okazji. Przywiązywał On do nich zawsze dużą wagę wykazując w nich jasność wypowiedzi i trafność



Fotografia Medalu L. Bernarda nadanego prof. M. Kacprzakowi przez Światową Organizację Zdrowia w 1957 r. (awers i rewers)

Foto. J. Meduniecki

uogólnień. Wielki dar słowa i umiejętności prowadzenia żywej interesującej dyskusji stwarzały nastrój sprzyjający rozwijaniu i pobudzaniu młodzieży do aktywnego uczestnictwa w życiu studenckim i życiu Akademii. Jego wskazania życiowe na przyszłość dla kończących studia absolwentów były przyjmowane zawsze z dużym zainteresowaniem. Przemówienia Profesora stwarzały perspektywy kształtowania własnej postawy zaangażowanego i świadomego swych celów i zadań przyszłego lekarza, przede wszystkim społecznika.

W jednym z swoich referatów na temat wychowania młodzieży na konferencji rektorów w roku 1957 Profesor mówił:

„Każda uczelnia wyższa wychowuje swoich słuchaczy panującymi w środowisku zwyczajami, tradycją, autorytetem, niekiedy dużym wpływem poszczególnych profesorów, wśród których zdarzają się jednostki wybitne, pełne troski o młodzież”.

Profesor M. K a c p r z a k kształtował wychowanie młodzieży świadomie i systematycznie od momentu immatrykulacji aż do wydania dyplomu. Stał przed młodzieżą ideały bardzo proste — wyrobienie w każdym uczciwości, poczucia obowiązku, odpowiedzialności wewnętrznej, dyscypliny i ładu. Ideały dobra, piękna i prawdy powinny być realizowane w rzeczywistości i nie tylko pozostawać w sferze abstrakcji.

Absolwenci AM dawali niejednokrotnie wyraz swoich uczuć do Profesora, o czym może świadczyć poniższy wyjątek z przemówienia absolwenta z roku 1962.

„Cenimy Twoją bezpośredniość i umiłowanie młodzieży, Twój optymizm i młodzieńczość, każde słowo, każdy przyjazny uśmiech. Nigdy nie uznawalesz bariery akademii — studenci, ale starałeś się łączyć je w jedno. Nie brakowało Ciebie na naszych uroczystościach, nigdy nie było dystansu między nami a Tobą... Pragniesz aby student medycyny rozwijał się wszechstronnie i potrafił korzystać ze zdobyczy kultury, sztuki i nauki jednakowo. Tak

nas uczyłeś i dzisiaj chcemy Ci powiedzieć, że o tym pamiętamy, że wszystkie Twoje przemówienia skierowane do młodzieży, mówione prostymi słowami, były przez nas przyjmowane ze zrozumieniem i zadowoleniem. Widzieliśmy w Tobie swojego ojca, a często wypowiedane słowa „Pater Marcinus” są tego najlepszym dowodem”.

Działalność naukowa Profesora w okresie przedwojennym i powojennym obejmuje przeszło 400 publikacji krajowych i zagranicznych, wśród których na szczególne podkreślenie zasługują wydawnictwa monograficzne i podręcznikowe z zakresu medycyny zapobiegawczej, epidemiologii, higieny ogólnej i szkolnej. W szerokim wachlarzu zagadnień, którymi zajmował się w czasie swojego życia można wyróżnić kilka z nich, tworzących określone grupy tematyczne. Trudno byłoby powiedzieć, które zagadnienia tematyczne dominowały w jego bogatej twórczości naukowej i publicystycznej. W okresie przedwojennym były to przede wszystkim zagadnienia: chorób społecznych, zdrowotności populacji, higieny wsi i epidemiologii. W okresie powojennym szczególną uwagę zwracał na problematykę higieny szkolnej i wychowania młodzieży, higieny ogólnej, epidemiologii oraz w ostatnim okresie swojego życia poświęcał wiele uwagi zagadnieniom filozoficznym z zakresu humanizmu i deontologii lekarskiej.

Zagadnienia chorób społecznych obejmowały duży zakres prac tematycznych wśród których na pierwszym miejscu należałoby wymienić publikacje dotyczące gruźlicy. Do najważniejszych należą: „Tuberculosis and Fertility” (1924), „Krzywa spadku gruźlicy” i „Gruźlica w miastach polskich (1932), Problem gruźlicy (1934). W artykułach z tej dziedziny przedstawiał analizę epidemiologiczną gruźlicy w kraju i za granicą i na tym tle tworzył wnioski społeczne i wytyczne organizacyjne programu walki z gruźlicą w Polsce.

Ukazują się również publikacje dotyczące alkoholizmu, chorób wenerycznych oraz ogólnych rozważań dotyczących charakterystyki chorób społecznych. Najważniejszą cechą chorób społecznych jest ich duże rozpowszechnienie w społeczeństwie. Profesor podkreślał, że chorzy z chorobami przewlekłymi są mniej wartościowi społecznie, są ciężarem dla społeczeństwa, a zwalczanie tych chorób musi być prowadzone zbiorowym wysiłkiem społecznym i na koszt społeczeństwa (państwa). Wiele z postulatów wysuwanych przed wojną w zakresie profilaktyki i zwalczania chorób społecznych znalazło dopiero po wojnie możliwości realizacji.

Drugim nurtem zainteresowania naukowego i działalności praktycznej profesora było badanie warunków zdrowotnych ludności, a szczególnie środowiska wiejskiego. Z środowiskiem wiejskim M. K a c p r z a k był mocno związany uczuciowo, o czym świadczą słowa zawarte w opracowaniu monograficznym „Wieś płocka” — „Ziemi, z której pochodzę, ludziom, wśród których wyrosłem”.

Publikacja „Wieś płocka” oparta na badaniach terenowych przedstawia wnikliwą analizę stanu zdrowotnego ludności i jej warunków. Profesor przedstawia w szerokim ujęciu krytyczną ocenę nienajlepszych warunków higieniczno-zdrowotnych ludności oraz zwraca uwagę na niedostateczną opiekę lekarską na wsi w okresie przedwojennym. Tematyka higieny wsi i opieki lekarskiej na wsi rozważana jest przez M. K a c p r z a k a w wielu artykułach: Szkolenie personelu i higiena wsi (1931), Opieka lekarska na wsi (1931), Budownictwo wiejskie (1938), Medycyna zapobiegawcza na wsi (1939) i inne. Również warunkom zdrowotnym ludności poświęca Profesor wiele publikacji. Do nich należy zaliczyć: „Zdrowie Warszawy w okresie powojennym” (1927), „O stanie zdrowia publicznego w Polsce”, „Stan opieki zdrowotnej ludności wiejskiej — czego nam potrzeba”, oraz wydane w roku 1937 — „Prawo do zdrowia i jego realizacja”. Kontynuacją tego zagadnienia było wydanie po wojnie „Projekt ustawy o publicznej służbie zdrowia” (1946).

W bogatym dorobku naukowym Marcina K a c p r z a k a wiele pozycji publicystycznych dotyczy zagadnień epidemiologicznych. Był on jednym z pierwszych w Polsce autorów, którzy interesowali się wpływem warunków społecznych na chorobowość i umieralność ludności. Już w roku 1925 ukazuje się praca: „Błonica w Warszawie za pięciolecie 1920—1924”, następnie w roku 1927 „Epidemiologia doświadczalna” i „Epidemiologia porażenia dziecięcego”. W latach następnych ogłasza dalsze prace „Odra w latach powojennych”, „Epidemiologia duru brzuszego”, „Podstawy walki z chorobami zakaźnymi”, „Czynnik społeczny w chorobach zakaźnych” i inne. W okresie powojennym ukazuje się w roku 1956 pierwsze w Polsce oryginalne opracowanie podręcznikowe „Epidemiologii ogólnej”. Ukazują się również monografie i podręczniki: „Higiena szkolna” (1958) „Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej” (1957), „Higiena ogólna” (1961).

W okresie powojennym, w roku 1945 Marcin K a c p r z a k zostaje mianowany profesorem zwyczajnym i obejmuje katedrę higieny w Łodzi, a w roku następnym zostaje przeniesiony na Wydział Lekarski w Warszawie, gdzie rozwija prace badawcze i dydaktyczne w Zakładzie Higieny Ogólnej. Higiena wykładana przez Marcina Kacprzaka nie jest higieną klasyczną pettenkoferowską ograniczającą się do zagadnień fizyczno-chemicznych i sanitarnych środowiska. Rozumie On higienę jako naukę zajmującą się badaniem wpływu szeroko pojmowanego środowiska, łącznie ze środowiskiem społecznym oraz czynnikami psychicznymi i ich wpływem na zdrowie człowieka. Opracowuje wskazania dotyczące działalności praktycznej w dziedzinie ochrony zdrowia populacji: „Co medycyna Państwu dać może” (1948).

Pracę dydaktyczną Marcin Kacprzak rozpoczął jeszcze w okresie międzywojennym. Wykładał statystykę, demografię, epidemiologię i higienę społeczną w Państwowej Szkole Higieny oraz w pewnych okre-

sach higienę na Wydziale Humanistycznym UW, na Wolnej Wszechnicy i na Wydziale Inżynierii Łądowej Politechniki Warszawskiej.

W okresie powojennym zorganizował jedyne w kraju ukierunkowane studia podyplomowe w zakresie higieny i epidemiologii. Był przez wiele lat kierownikiem studium, przekształconego później w Oddział Sanitarno-Higieniczny Wydziału Lekarskiego AM. Studia na Oddziale San.-Hig. pozwoliły wykształcić dla całego kraju wielu specjalistów z zakresu higieny pracujących przede wszystkim w akademiach medycznych, instytutach resortowych i stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zasluga Jego było iniejowanie i tworzenie nowych kierunków dzialania w zakresie ksztalcenia specjalistycznego. Był On glównym twórcą programu specjalizacji z higieny szkolnej i przyczynił się wybitnie do utworzenia II stopnia specjalizacji z tego przedmiotu.

Przez przeszło 40 lat życia prof. Marcin Kacprzak był związany z Państwowym Zakładem Higieny. W okresie powojennym był długoletnim przewodniczącym Rady Naukowej PZH i wicedyrektorem tej instytucji oraz kierownikiem Zakładu Higieny Szkolnej PZH. Był też przewodniczącym Państwowej Rady Zdrowia, a następnie przewodniczącym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia przez dwie kadencje. Od roku 1962 był członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk i pełnił funkcję przewodniczącego Komitetu Higieny oraz brał udział w pracach innych komitetów i komisji PAN.

Na terenie międzynarodowym działalność M. K a c p r z a k a datuje się od okresu przedwojennego. Przez wiele lat współpracował z Sekcją Higieny Ligi Narodów, uczestniczył w wielu zjazdach i kongresach międzynarodowych, publikował liczne artykuły na temat warunków higieniczno-zdrowotnych i ochrony zdrowia w krajach europejskich. W okresie powojennym brał udział w opracowaniu konstytucji i programu działania Światowej Organizacji Zdrowia. W roku 1946 był przewodniczącym polskiej delegacji na międzynarodową konferencję w Nowym Jorku, która przygotowała powołanie Światowej Organizacji Zdrowia.

Działalność społeczna i publicystyczna M. K a c p r z a k a w kraju zasługuje na szczególne podkreślenie. Przez wiele lat przed wojną był prezesem Towarzystwa Medycyny Społecznej. Współpracował z Instytutem Spraw Społecznych oraz rozwijał aktywną działalność w Polskim Towarzystwie Higienicznym. Działalność Profesora w Towarzystwie Higienicznym datuje się od roku 1928 i trwała z niewielkimi przerwami przez okres około 40 lat. W okresie przedwojennym prowadził pismo Towarzystwa „Zdrowie”, które stawiało sobie za cel stworzenie organu Higieny Publicznej Polskiej i zarazem ogniska łączącego usiłowania jednostek w kierunku postępu zdrowotnego. Co miesięczne „wstępy redakcyjne” redaktora naczelnego obejmowały najbardziej aktualne problemy dotyczące modelu służby zdrowia, organizacji higieny szkolnej

i nauczania higieny, alkoholizmu, gruźlicy, chorób wenerycznych i innych. „Zdrowie”, czy później od roku 1934 „Zdrowie Publiczne” było inspiratorem akcji i prac higieniczno-społecznych w całym kraju, było ono również inspiratorem zjazdów higienistów.

W roku 1958 na walnym zjeździe delegatów **Marcin Kacprzak** zostaje jednogłośnie wybrany przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Higienicznego. W referacie programowym mówił On między innymi o działalności społecznej i zakresie opieki lekarskiej:

... każde współczesne państwo rozszerza zakres opieki lekarskiej nad zdrowiem obywateli, a państwo socjalistyczne bierze na siebie całkowitą odpowiedzialność za zdrowie wszystkich swoich mieszkańców zarówno w dziedzinie leczenia, jak i zapobiegania. Przypuszczam, że nastąpi zbliżenie pomiędzy pojęciem państwowy i społeczny — niefilantropijny, że człowiek będzie rozszerzał coraz bardziej koło interesujących go osób i spraw, że będzie się czuł współodpowiedzialnym przynajmniej za populację, z którą będzie związany organizacyjnie, czemu będzie sprzyjać decentralizacja, jakość życia zbiorowego i wzrost znaczenia opinii publicznej. Być może w przyszłości nie trzeba będzie przeciwstawiać pojęcia społeczny — pojęciu państwowy, bo wszystko co państwowe będzie eo ipso społeczne.

Marcin Kacprzak jako wybitny nauczyciel wychowawca i społecznik potrafił swoją postawą i aktywnością życiową, niestrudzoną i pełną inwencji pracą mobilizować tak młodzież, jak i starsze pokolenie do pracy społecznej między innymi w Polskim Towarzystwie Higienicznym.

O dużym zaangażowaniu społecznym **M. Kacprzaka** i Jego Małżonki świadczy również fakt ustanowienia specjalnego funduszu pod nazwą „Nasze Stypendium”, który przeznaczony jest na stypendia, nagrody i wyróżnienia dla młodych lekarzy, pracowników naukowych i dydaktycznych specjalizujących się w dziedzinie higieny. Od roku 1969 po śmierci małżonków Kacprzaków pełne brzmienie funduszu zgodnie ze statutem PTH jest następujące: „Fundusz nagród i stypendiów imienia Marcina i Wandy Kacprzaków”. Nadmienię, że powołany za życia Profesora Komitet Funduszu w okresie 12 lat istnienia przyznał ok. 40 nagród i wyróżnień oraz ok. 20 stypendiów, zgodnie z intencją i wolą Fundatorów. Fundusz jest pięknym przykładem kontynuacji Jego szlachetnych idei i dążeń mających na celu rozwój higieny i medycyny społecznej. Polskie Towarzystwo Higieniczne we wrześniu 1974 roku z okazji uroczystości XXX-lecia PRL uczciło pamięć prof. **M. Kacprzaka** otwarciem stałej ekspozycji wystawy obrazującej Jego twórczość i działalność w dziedzinie medycyny społecznej i higieny oraz podkreślającej Jego działalność w towarzystwie.

Za długoletnią pracę naukową i dydaktyczną **Marcin Kacprzak** otrzymał wiele medali, odznaczeń państwowych i dyplomów

honorowych krajowych i zagranicznych. Wśród 36 uhonorowań wymienię te, które sobie najbardziej cenił: Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski i Order Sztandaru Pracy I Klasy, Medal Komisji Edukacji Narodowej i Medal Leon Bernarda, dyplom członka honorowego Akademii Nauk Medycznych ZSRR, członka honorowego Towarzystwa Epidemiologów ZSRR, członka honorowego Towarzystwa Zdrowia Publicznego oraz dyplom honorowego obywatela miasta Płocka.

Prof. M a r c i n K a c p r z a k swoją twórczością, która wytyczała kierunki dalekowzrocznego działania w naukach higieny, medycyny społecznej i ochrony zdrowia dobrze zasłużył się społeczeństwu, z którego pochodził i do którego należał.

Prof. dr Mieczysław Kaczyński)*

Prof. JAN MAZURKIEWICZ

Jan Mazurkiewicz urodził się 12 lipca 1871 r., a w dniu 1 kwietnia 1919 r. objął pierwszą w odrodzonej Ojczyźnie katedrę psychiatrii Uniwersytetu Warszawskiego. Po trudach organizacji i przygotowaniach, katedra ta rozpoczęła działalność w początkach 1920 roku w ramach administracyjnych szpitala im. Jana Bożego.

Do ważniejszych wydarzeń w życiu Profesora należą: uzyskanie dyplomu lekarza w 1896 r., studia podyplomowe w Grazu i Paryżu, funkcje organizacyjne i dyrektury w organizujących się szpitalach psychiatrycznych w Kochanówce i Kobierzynie, kierownictwo wydziału zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, habilitacja w 1909 r. i profesura w 1919 r.

Potem już, jako kierownik kliniki prof. Jan Mazurkiewicz był w latach 1921—23 dziekanem Wydziału Lekarskiego i rektorem Uniwersytetu Warszawskiego, pełnił też godność członka Polskiej Akademii Umiejętności. Od 1923 r. był nieprzerwanie prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Twórczość naukowa prof. J. Mazurkiewicza rozpoczęła się w 1900 r. publikacjami w Grazu, a potem w różnych ówczesnych czasopiśmiech, w Biuletynie Polskiej Akademii Umiejętności i głównie w Roczniku Psychiatrycznym i wynosi 35 znanych pozycji. Zainteresowania odpowiednikami anatomicznymi i fizjologicznymi życia psychicznego wynikały z pewnika, iż studia w tym kierunku są jedynym warunkiem rozwoju psychiatrii, jako nauki stosowanej i jedyną drogą odejścia od „beznadziejnej psychologicznej dowolności interpretacyjnej psychizmów normalnych i patologicznych”. W obszernych pracach monograficznych na temat fizjologicznej teorii uczuć, czy na temat integracji nerwowych przejawiała się nie tylko znakomita znajomość światowego piśmiennictwa lecz także własna, oryginalna myśl badawcza. Poprzez analizę mnemizmu i teorię odruchowości warunkowej, poprzez prace na temat lokalizowania czynności psychicznych czy

* Klinika Psychiatryczna UW

dwoistej funkcji układu nerwowego — J. Ma z u r k i e w i c z ukazywał swą koncepcję psychofizjologiczną, pozostającą w związku z pracami neurofizjologicznymi i psychologicznymi H e s s a i O r b e l i e g o, M o n a k o w a, P a w ł o w a, S e m o n a, H e r i n g a i innych. Koncepcja ta zawarła się ostatecznie w monumentalnym dziele pt. „Wstęp do psychofizjologii normalnej” przedstawiającym w tomie pierwszym ewolucję aktywności korowo-psychicznej, a w tomie drugim dyssolucję tej aktywności.

Wspomniane prace neurofizjologiczne stwierdzały doniosłą rolę układu wegetatywnego w powstawaniu stanów uczuciowych i kierownictwie funkcjami ustrojowymi i układu nerwowego zwierzęcego. Życie psychiczne jest niepodzielną jednością czynnościową, tak jak czynności ośrodkowego układu nerwowego a uczuciowość jest ich dynamicznym, sterującym motorem. W tym świetle sternikiem czynności nerwowych i psychicznych nie jest bodziec zewnętrzny, wywołujący podrażnienie w łuku odruchowym, ale neurodynamika układu nerwowego wegetatywnego, czyli siły własne ustroju. Na różnych poziomach osi mózgowo-rdzeniowej maleje znaczenie siły aktualnego bodźca zewnętrznego i w reakcjach podkorowych sternictwo wegetatywne ma charakter instynktowy, psychofizjologiczny. W korze mózgu występują już zjawiska, które nawet fizjologia nazywa „dowolnymi” aby podkreślić ich niezależność od podnieć zewnętrznych. Pojęcie woli w psychologii i psychiatrii dają się sprowadzić do wyższych dynamizmów uczuciowych, a więc i ich odpowiedników wegetatywnych korowych.

J. M a z u r k i e w i c z stwierdza więc ewolucję czynności nerwowych i psychicznych od odruchowych, prostych i trwałych — jak to ma miejsce na poziomie rdzeniowym — do dowolnych, złożonych i nie zorganizowanych w korze mózgu. Podstawa fizjologiczna tej ewolucji pozostaje jednak ciągle niewyjaśniona. Teoria mnemizmu H e r i n g a rozwinięta przez S e m o n a i M o n a k o w a nie wyjaśniała zagadnienia. Autorzy ci nie uznawali zresztą istnienia sternictwa uczuciowego i wegetatywnego. B l e u l e r natomiast sądził, że zjawiska mnemiczne nie mają charakteru energetycznego. Mnemizm ujmowany był zatem ogólnikowo biologicznie a nie fizjologicznie.

J. M a z u r k i e w i c z stwierdził, że właściwości mnemiczne układu nerwowego najlepiej wykazują stwierdzone doświadczalnie trzy wielkie kategorie zjawisk fizjologicznych: sumowanie skutków podrażnień, odruchy warunkowe Pawłowa i przekształcanie się chronaksji konstytucyjnej w subordynacyjną. We wszystkich tych zjawiskach istnieje dowód przekształcania się energii dynamicznej w energię utajoną czyli dowód energetycznego charakteru zmian mnemicznych. W ośrodkach podkorowych zmiany te są krótkotrwałe, podczas gdy pamięć biologiczna podkorowych ośrodków instynktowych trwa już znacznie dłużej, a zmia-

ny mnemiczne w korze mózgu nie znikają całkowicie nawet do końca życia. Im wyższe jest więc piętro ośrodkowego układu nerwowego, tym doskonalsze są właściwości mnemiczne jego tkanki. Istnieje więc jakby biologiczna wędrówka właściwości mnemicznych ku przodowi i w fizjologicznych różnicach tych właściwości. J. M a z u r k i e w i c z upatruje istotną przyczynę jakościowych różnic czynnościowych na różnych piętrach układu nerwowego, fizjologiczną przyczynę ewolucji. Na wszystkich poziomach osi mózgowo-rdzeniowej istnieją poza tym swoiste właściwości przekształcania rzutowanych jednostki czynnościowych energetycznych niższych części układu nerwowego na wyższe. Pierwszą stacją przekształcającą izolowane na obwodzie aktualne podrażnienia nerwowe są ośrodki rdzeniowe segmentarne. Drugą stacją jest wzgórze wzrokowe, w którym mechanizmem filtrującym i przekształcającym jest ośrodek afektywności protopatycznej H e a d a produkujący afektywne zabarwienie wrażeń. Trzecią stacją przekształcającą są poza czołowe płaty kory mózgowej, których czynność fizjologiczna jest odruchowością warunkową, a psychologicznie polega na powstawaniu pierwszych nabytków poznawczo-uczuciowych. Ostatnią stacją przekształcającą są płaty czołowe jako narząd najwyższego sternictwa psychicznego, uczuciowości determinującej i syntezy psychicznej. Ewolucja czynności nerwowych jest — jak widzimy — jednocześnie ewolucją psychiki od jej postaci elementarnych, poprzez intrapsychiczno-prelogiczne do intrapsychiczno-logicznych człowieka dojrzałego. Ulegają ciągłej ewolucji źródła życia uczuciowego jakimi są emocjonalna popędowość instynktu. Ich gwałtowność, żywiołowość i niepohamowaność przeobraża się na poziomie kory w uczuciowość określaną przez J. M a z u r k i e w i c z a jako prelogiczno „izolowaną”, aby u pełnoletniego przedstawić się już w postaci uczuć wyższych „sprzężonych”, intelektualizowanych i przez to pozornie słabych, a w istocie tworzących pomniki kultury, silniejsze nawet od instynktu życia. Ewolucji ulega też świat naszego poznania od form zmysłowo-wzrokowych do słuchowo-wyrazowych, od sądów prelogicznych do przyczynowo-logicznych, od konkretności do nieograniczonej abstrakcji. Przedstawiony tu elementarny zarys ewolucji — wiążący się genetycznie z anatomicznymi i dynamicznymi założeniami H. J a c k s o n a — jest pierwszą w świecie próbą chronogenno-topogennej lokalizacji czynności psychicznych. Ma ona podstawowe i zasadnicze znaczenie dla naukowego wyjaśnienia dysdencji, a więc wyjaśnienia obrazów klinicznych chorego człowieka. Dyssolucja to proces odwrotny do ewolucji, proces obejmujący tylko aktywność psychiczną powstającą w postaci nastawień korowych uczuciowo-poznawczych. Ma ona swe prawa psychofizjologiczne, swą historię chronogenną i topogenną i nie może być ujmowana dowolnie. J a n M a z u r k i e w i c z wyjaśnił dlaczego dyssolucja psychonerwicowa na przykład jest pierwszym

stopniem „wewnątrzpiętrowym” dyssolucji i jakie są jej stopnie dalsze, jako odwrotność ewolucji. Podjął dyskusję na temat struktur psychopatologicznych Eya i Rouarta jako przedstawicieli kierunków neojacksonistycznych, wykazując niedostateczność uzasadnienia ich skal dyssolucyjnych. Wyjaśnił pojęcie dyssolucji prelogicznych prędkich i powolnych czyli schizofrenicznych, dyssolucję świadomości. Badania nad psychofizjologiczną genezą ewolucji pozwalają zrozumieć wielki problem objawów negatywnych i pozytywnych dyssolucji. Sprowadzenie objawów pozytywnych do roli normalnych objawów ewolucyjnych wynika z zasady, że proces chorobowy powoduje tylko objawy ubytkowe, negatywne a nie wytwórcze. Jednak trzeba zaznaczyć, że w klinice spotyka się zniekształcenia normalnych psychizmów pozytywnych wskutek, na przykład, uszkodzenia infekcyjnego, toksycznego czy urazowego ich odpowiedników neurodynamicznych. Również problem dualizmu psychicznego, czyli dwóch wielkich typów aktywności psychicznej przyczynowo-logicznej i prelogicznej został wyjaśniony i potwierdzony przez badania kliniczne. Nie ulega dziś wątpliwości, że aktywność logiczna obejmuje zwierzchnie sternictwo nad całokształtem zjawisk uczuciowych, myślowych postępowania i zachowania się człowieka, podobnie jak jej uszkodzenie, powoduje występowanie aktywności prelogicznej, jako jedności dynamicznej łącznie z niższymi psychizmami i popędliwością instynktu.

Z analizy klinicznej na tle teorii psychofizjologicznej wynika, że psychoza maniakalno-melanchololiczna nie powstaje na drodze dyssolucyjnej i że jej ew. objawy prelogiczne mają inny, wtórny mechanizm patogenetyczny. Także i regresja dementyjna nie podlega prawom dyssolucji lecz jest wynikiem niszczenia substratu anatomicznego pamięci fizjologicznej, mechanicznej. Występujące tu niekiedy urojenia czy omamy zależą nie tylko od szybkości powstawania zniszczenia lecz przede wszystkim od uszkodzenia narządu pamięci psychofizjologicznej, wiążącej się głównie z nastawieniami uczuciowo-vegetatywnymi i stosunkami chrono- i topogennymi. J. Mazurkiewicz włączył w swym dziele psychopatię i niedorozwoje intelektualne do grupy anormalnych ewolucji aktywności psychicznej podkreślając niezwykłość i zawłość klinicznego problemu stosunku psychopatii do schizofrenii, trudność określenia co w obrazie chorobowym jest niedorozwojem a co uległo już dyssolucji. Ewolucja aktywności korowo-psychicznej jest jednocześnie ewolucją świadomości. Inną jest świadomość noworodka, związana głównie z elementarnymi doznaniem ustrojowymi, a inną jest świadomość człowieka z rozwiniętym życiem korowo-psychicznym. Każdemu więc z okresów ewolucyjnych odpowiada swoisty poziom świadomości. Świadomość prelogiczna łatwo przelacza się na przyczynowo-logiczną i odwrotnie, a z tego wynika uzasadnienie rozpoznań zespołów na przykład onejroidalnych w schizofrenii, czy takich postaci zabu-

rzeń świadomości w przeżyciach depersonalizacji czy derealizacji, w których obok utraty sternictwa psychicznego najwyższego, człowiek ma poczucie biernego przeżywania jakby obcych, dziwnych aktów psychicznych. Dyssolucyjne ujęcie świadomości rozszerza ramy znanych nam klinicznych typów zaburzeń, tego najwyższego dynamizmu psychicznego człowieka.

Praca nad dyssolucją schizofreniczną doprowadziła J. Ma z u r k i e w i c z a do przekonania, że termin „*schizofrenia*” powinien być stosowany tylko wobec procesu toczącego się na swoistym podłożu dziedziczno-konstytucyjnym, w odpowiednim wieku, symptomatologii i odpowiednim przebiegu. Termin „*schizofreno-podobny*,” „*schizofrenoidalny*” powinien odnosić się wyłącznie do procesu schizofrenicznego, a w innych chorobach psychicznych przebiegających z omamami, urojeniami itd. należałoby rozpoznawać „ostre lub przewlekłe psychozy prelogiczne”.

Przedstawiłem tu w skrócie wspomnieniowym, naukowe dzieło życia prof. J. Ma z u r k i e w i c z a, uważam bowiem, że gdziekolwiek wspominamy tego Uczzonego, tam — z obowiązku właśnie naukowego, zawodowego i patriotycznego powinno być ono ukazywane. Poglądy bowiem dyssolucyjne, nie poruszające zresztą bliżej etiologii czy kliniki zaburzeń i chorób psychicznych — a przez to nie mogące być równoznaczne z klasyfikacją kliniczną — ułatwiają zrozumienie patogenezy symptomatologii psychiatrycznej na współczesnym poziomie wiedzy. Są to poglądy oryginalne, polskie, upoważniające do stwierdzenia, iż istnieje polska psychiatria naukowa, która — z uwagi na wysoki jej poziom — ma prawo wejścia na teren międzynarodowy. I jesteśmy przekonani, że kiedyś potwierdzą się słowa Mistrza, iż założenia dyssolucyjne są jedyną drogą, na której przyszłość stworzy pierwsze, naukowe podstawy psychopatologii, uwzględniając oczywiście wszelkie nowsze zdobycze wiedzy, mogące rzucić światło na to zagadnienie”. Działalność kliniczna, dydaktyczna i społeczna prof. J. Ma z u r k i e w i c z a odbywała się — jak wspomnieliśmy — na terenie szpitala Jana Bożego przy ul. Bonifraterskiej. Tu powstawały kadry naukowe czy zawodowe psychiatrii, tu kształcili się studenci. Stąd pochodziło szereg znakomych prac badawczych klinicznych, anatomo-histologicznych czy psychofizjologicznych. W sali wykładowej kliniki odbywały się słynne posiedzenia Towarzystwa Psychiatrycznego z udziałem neurologów, prawników, psychiatrów czy psychologów, znakomych osobistości i młodzieży — dla których postać J. Ma z u r k i e w i c z a, oznaczała autorytet najwyższy, integrujący, sterujący.

Okupacja nie przerwała działalności dydaktycznej i naukowej Profesora, ukazała w pełni oblicze patriotyczne i społeczne, logiczną drogę oporu. W ramach tajnego uniwersytetu rozpoczęły się wykłady i ćwiczenia, mimo niebezpieczeństw i zagrożenia, jakim było skoszaro-

wanie oddziału SS w sali wykładowej kliniki. W związku z tą działalnością przeszedł przez gestapo w al. Szucha prof. J. Mazurkiewicz, dyrektor szpitala doc. dr A. Falkowski oraz piszący te słowa. W czasie Powstania zupełnie zniszczeniu uległ szpital św. Jana Bożego, a z nim i Klinika Psychiatryczna.

Po przeżytych działaniach wojennych i tułaczce prof. J. Mazurkiewicz przybył w 1945 r. do szpitala w Tworkach, w którym dzięki pomocy dyrektora F. Kaczanowskiego zamieszkał wraz z rodziną i rozpoczął następnie organizację kliniki. Pawilony 5 i 6 stały się znów ośrodkami pracy klinicznej a dr J. Mazurkiewicz znów czynnym profesorem uniwersytetu i kierownikiem życia naukowego, dydaktycznego i klinicznego, otoczonym powszechnym szacunkiem. W roku 1946 pojawiły się zwiastuny słabnięcia fizycznego narządowego, leczone i konsultowane przez specjalistów. Mocą swego ducha prof. J. Mazurkiewicz opanowywał powoli wzrastające cierpienie i intensywnie pracował, pisząc III i IV tom swych dzieł — wstęp do podręcznika i elementy psychofizjologii w naukach społecznych nie odkładając pióra jeszcze na dzień przed zgonem.

Przed południem 31 października 1947 roku składaliśmy hołd Mistrzowi spoczywającemu snem wiecznym, Mistrzowi przemawiającemu do nas wzorem prawości etycznej i wielkości umysłu wyrosłych z najgłębszych źródeł uczuciowych człowieczeństwa.

Doc. dr hab. Halina Wardaszko-Lyskowska)*

Prof. JÓZEF HANDELSMAN



J ó z e f H a n d e l s m a n urodził się 20.VII. 1883 r. w Warszawie, gdzie w 1901 r. ukończył gimnazjum i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim UW. W 1905 r. z powodu udziału w strajku musiał przerwać studia. Kontynuował je następnie w Wiedniu, a później w Berlinie, gdzie w 1906 r. uzyskał stopień doktora medycyny „cum laude”. Po powrocie do kraju w 1906 r. rozpoczął pracę pod kierunkiem Edwarda Flatau. Współpraca ta trwała do wybuchu pierwszej wojny światowej, z przerwą

w latach 1910—1911, kiedy to przebywał jako stypendysta w Anglii.

W 1914 roku został zmobilizowany do wojska rosyjskiego, a jesienią tegoż roku wzięty do niewoli na Węgrzech, skąd (głównie dzięki staraniom Rafała Radziwiłłowicza) w 1916 r. powrócił do kraju. Od tej pory związany był pracą ze szpitalem psychiatrycznym w Tworckach, początkowo jako jeniec, a po zwolnieniu z niewoli jako ordynator oddziału.

*) Klinika Psychiatryczna AM

W 1945 r. habilitował się. Od 1949 r. jako profesor nadzwyczajny był kierownikiem Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie. W 1956 r. został mianowany profesorem zwyczajnym.

Ciężka choroba w 1958 r. spowodowała jego wycofanie się z pracy zawodowej i przejście na emeryturę. Zmarł 10.III.1962 r.

Prof. J ó z e f H a n d e l s m a n był bardzo silnie związany z organizacją życia naukowego w Polsce. W 1920 r. brał czynny udział w tworzeniu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, później pełnił w nim różne funkcje: sekretarza generalnego Zarządu Głównego PTP; przewodniczącego Oddziału Warszawskiego PTP; zastępcy przewodniczącego Zarządu Głównego PTP; a po śmierci prof. J a n a M a z u r k i e w i c z a aż do 1954 r. był przewodniczącym. W latach 1925—39 był wydawcą Rocznika Psychiatrycznego organu PTP, po drugiej wojnie światowej jego redaktorem naczelnym, a po połączeniu towarzystw Psychiatrycznego i Neurologicznego w 1951 r. redaktorem naczelnym pisma Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska. Od 1958 r. aż do śmierci był redaktorem honorowym tegoż pisma.

Prof. J. H a n d e l s m a n brał również bardzo czynny udział w pracach o charakterze organizacyjnym jako: konsultant-psychiatra w woj. warszawskim, przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Psychoneurologicznego, przewodniczący Komisji Neurologiczno-Psychiatrycznej Rady Naukowej przy Ministerstwie Zdrowia, rzeczoznawca Centralnego Komitetu Kwalifikacyjnego dla pracowników nauki oraz członek Komitetu Nauk Medycznych PAN.

Praca dydaktyczna prof. J. H a n d e l s m a n a poza studentami medycyny obejmowała również nauczycieli w Instytucie Pedagogiki Specjalnej (1945—1948) psychologów w Instytucie Higieny Psychiczej (1937—38); pracowników w Wyższej Szkole Prawniczej im. A. Duracza (1948—49).

Praca naukowa Profesora wskazuje na konsekwentną linię jego zainteresowań: od anatomopatologicznych, histopatologicznych i endokrynologicznych poprzez neurologię do tematyki psychiatrycznej, a w niej tego zakresu przede wszystkim, który możnaby nazwać kierunkiem biologicznym w psychiatrii. Jeszcze w czasie studiów pracował w katedrze anatomii patologicznej z E d w a r d e m P r z e w o s k i m.

Praca na stopień doktora medycyny i chirurgii „Über Suprarenin-iniektionen bei Kaninchen nebst Einleitung über Neben — nierenveränderungen bei Arteriosclerose” oparta była na doświadczeniach ze wstrzykiwaniem królikom adrenaliny dożylnie, co pozwoliło na wnioskowanie o roli nadnerczy w powstawaniu stwardnienia tętnic, a także na postulaty terapeutyczne w odniesieniu do choroby Addisona. Praca ta ukazała się w języku niemieckim i polskim i wywołała żywą dyskusję na łamach „Berliner Klinische Wochenschrift”.

Pierwszy okres pracy dr J. H a n d e l s m a n a jako klinicysty wiąże się z neurologią i nazwiskiem E d w a r d a F l a t a u a, pod którego kierunkiem, a czasem wspólnie z nim wykonuje szereg badań. Z tego okresu pochodzą laboratoryjno-kliniczne prace, takie jak: „Badania doświadczalne i chemiczne nad choliną i o jej znaczeniu w powstawaniu drgawek epileptycznych”, (Gazeta Lekarska, 1908), korygująca eksperymenty węgierskiego neurologa Donatha, który w cholinie widział czynnik patogenetyczny w powstawaniu drgawek. „O odczynie elektrycznym neurotonicznym” (Gazeta Lekarska — 1907, i Neurolog. Zentralblatt — 1911). „O zwyrodnieniach wtórnych w rdzeniu przy ucisku na ogon koński”. (Medycyna — 1908).

Podczas pobytu w Anglii kontynuuje pod kierunkiem V i c t o r a H o r s l e y a swoje badania z zakresu endokrynologii, czego owocem jest wspólne z nim doniesienie „Preliminary note of experimental investigation of the pituitary body”, opublikowane w British Medical Journal — 1911, oraz odczyty o badaniach nad przysadką, wygłoszone w Oxfordzie. Prace te ukazały się w „Neurologii Polskiej”, były też prezentowane na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wspomniane badania podważały niektóre twierdzenia C u s h i n g a np., że usunięcie przedniego płata przysadki prowadzi do niechybnej śmierci. Trzeba podkreślić, że wartość ich w okresie rozwoju endokrynologii była bardzo duża. W czasie swego stypendium dr J ó z e f H a n d e l s m a n nadsyłał interesujące „Listy z Londynu” do Neurologii Polskiej, w których informował czytelników o aktualnych wydarzeniach naukowych zanim zostały one jeszcze opublikowane (m. in za zezwoleniem Wilsona, o jego pracach). Od 1911 r. aż do wybuchu I wojny światowej referował polskie prace neurologiczne i psychiatryczne w piśmie edynburskim „Review of Neurology and Psychiatry” udostępniając w ten sposób neurologom i psychiatrom angielskim zapoznanie się z osiągnięciami polskimi, natomiast w „Neurologii Polskiej” umieszczał streszczenia prac angielskich.

Zainteresowania chorobami zapalnymi i intoksykacyjnymi datują się u J ó z e f a H a n d e l s m a n a od początku współpracy z E d w a r d e m F l a t a u e m. W 1909 r. na I Zjeździe Neurologów Polskich wygłosił odczyt o nagminnym zapaleniu opon mózgowych i rdzeniowych. Później, po powrocie z Londynu przeprowadzał badania doświadczalne i histologiczne różnych postaci zapaleń mózgu, zwłaszcza nagminnego, poszukując jednocześnie skutecznej ich terapii. Wynikiem tego są liczne prace publikowane od 1913 r, a ukoronowaniem wydana wspólnie z F l a t a u e m w 1916 r. monografia. Bardzo cenną wśród tych wspólnych pozycji jest praca o doświadczalnie wywoływanych ropniach rdzenia, cytowana w różnych podręcznikach neurologii.

Dorobek psychiatryczny prof. J ó z e f a H a n d e l s m a n a liczący około 70 prac cechuje się tematyką w której widać wyraźny

związek ze zmianami morfologicznymi i czynnościowymi w układzie nerwowym.

Jako jeden z pierwszych w Polsce zajmował się zaburzeniami psychicznymi po śpiączkowym zapaleniu mózgu. Opublikował na ten temat 3 prace, „Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencefalicznym” („Polska Gazeta Lekarska” — 1923); „Zmiany charakteru u dzieci po nagminnym zapaleniu mózgu” (*Pediatrics Polska* — 1925) i „Okresowe majaczenie oraz wydzielanie cuchnącego zapachu (*foetoroekreusis*) w nagminnym zapaleniu mózgu” (praca ta była publikowana zarówno w języku polskim, jak i francuskim w *Annales Médico-Psychologiques* — 1929).

Inna grupa prac dotyczy zaburzeń psychicznych w nowotworach mózgu. Należą tu takie pozycje jak „Przyczynki do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu” (*Rocznik Psychiatryczny* — 1929), z opisem obrazu psychopatologicznego guza lewego płata skroniowego i jednoczesną analizą z punktu widzenia mechanizmu patogenetycznego. „Glioma diffusum” — *Rocznik Psychiatryczny* — 1938 r, gdzie (wspólnie z Messingiem) przytacza dynamikę symptomatologii klinicznej i wyniki badania histopatologicznego.

Profesora J. H a n d e l s m a n a interesują również i inne schorzenia organiczne układu nerwowego z punktu widzenia zaburzeń psychicznych czego dowodem jest cały szereg prac takich jak: „Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianym mózgu i rdzenia” (*Rocznik Psychiatryczny* — 1931), gdzie opisuje tak zaburzenia psychotyczne typu ostrego, jak i przewlekłe zespoły psychoorganiczne; „Przyczynki do patogenezy zaburzeń psychicznych organicznych” (*Rocznik Psychiatryczny* — 1933), w której zajmuje się niedokrwistością złośliwą; „O korelacji anatomiczno-klinicznej zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu” (*Rocznik Psychiatryczny* — 1935); „Wiek podeszły a psychozy” (*„Neurologia Polska* 1922), „Trudności rozpoznawcze w wrodzonym rdzenia”, (*„Polska Gazeta Lekarska”* — 1923), „Zaburzenia psychiczne w kile wrodzonej”, (*Biblioteka Eugeniczna* — 1930), „O zachowaniu się niepamięci po postrzale głowy” (*„Warszawskie Czasopismo Lekarskie”* — 1935) i inne.

Odrębny rozdział stanowią prace dotyczące zaburzeń uwagi w chorobach psychicznych, w których analizuje On zaburzenia uwagi w porażeniu postępującym, padaczce, schizofrenii. Należą tu: „Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych” (wspólnie z Bobrowską — *Rocznik Statystyczny* — 1927), *L'examen de l'attention dans la schizophrénie*, (prezentowana na kongresie neurologów i psychiatrów w Blois w 1927) i publikowana również w Polsce.

Bardzo żywo włączony w praktykę lekarską poddaje badaniu i analizie wartość różnych metod terapeutycznych, wyrazem tego są takie

publikacje, jak „Próba leczenia schizofrenii metodą Walbauma”, („Warszawskie Czasopismo Lekarskie” — 1928), „Wskazania kliniczne do leczenia za pomocą wstrząsów elektrycznych” (Rocznik Psychiatryczny 1949), „Leczenie psychoz reaktywnych”, (Rocznik Psychiatryczny — 1949).

Stale interesowały prof. H a n d e l s m a n a żywotne zagadnienia organizacyjne, społeczne, historia polskiej psychiatrii i neurologii i inne. Wśród prac z tego zakresu znajdują się takie jak: „Opieka nad psychicznie chorymi przestępcami”, „XV lat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego”, „Samobójstwa w zakładach psychiatrycznych”, „Udział psychiatrów w higienie psychicznej”, „Alkoholizm u młodzieży szkolnej”, „Rozwój polskiej myśli psychiatrycznej”, cykl artykułów na temat różnych zaburzeń psychicznych w Encyklopedii Prawa Karnego 1937—38, wreszcie wiele artykułów poświęconych wybitnym i zasłużonym neurologom i psychiatrom polskim, jak: B a b i Ń s k i e m u, G o l d f l a m o w i, F l a t a u o w i, B o r o w i e c k i e m u, Ł u n i e w s k i e m u M a z u r k i e w i c z o w i, K a n c e w i c z o w e j.

W okresie po drugiej wojnie światowej prof. J. H a n d e l s m a n kontynuował badania nad patogenezą organicznie uwarunkowanych zaburzeń psychicznych i etiologią zaburzeń psychicznych. Wyrazem tego jest praca pt. „Zaburzenia psychiczne intoksykacyjne i infekcyjne”, (Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska 1952). W tym samym kierunku inspirował również swych uczniów, których prace dotyczyły zaburzeń psychicznych związanych z różnorodnymi czynnikami egzogennymi.

Obraz prof. J ó z e f a H a n d e l s m a n a nie byłby pełny, gdyby nie było tu kilku słów choćby o jego najbardziej uderzających cechach ludzkich. Wszystkim znana była dobrze życzliwość i szacunek jaki miał dla ludzi i łagodność przejawiająca się w kontaktach z nimi. Odczuwali to zawsze pacjenci, którzy wiedzieli, że o godzinie 10-tej, każdej niedzieli mogą pójść do kliniki, gdzie w swym gabinecie Profesor ma dla nich swój „wolny” czas i swój uśmiech, i że będzie chciał słuchać o ich problemach, służyć pomocą. Odczuwali to studenci, których zawsze chciał zrozumieć, wysłuchać i którym nigdy chyba nie okazał zniecierpliwienia. Odczuwali to współpracownicy, których troski nigdy nie były obce Profesorowi.

WYBRANE PRACE NAUKOWE

**** JANCZEWSKI GRZEGORZ** — „*Analiza elektronystagmograficzna testu fotela wahadlowego w stanach normy i patologii narządu przedsionkowego*”.

Klinika Otolaryngologiczna AM

Zasadniczym celem pracy jest ocena wartości dla kliniki otoneurologicznej testu fotela wahadlowego („swing torsion test”, „l'épreuve rotatoire pendulaire”). W literaturze polskiej test fotela wahadlowego, drażniący narząd przedsionkowy przyspieszeniem kątowym o przebiegu sinusoidalnym, nie jest znany i nasza praca jako pierwsza w rodzimym piśmiennictwie przekazuje dane o technice wykonywania tej próby oraz przedstawia własne doświadczenia kliniczne uzyskane przy jej stosowaniu. Zdając sobie sprawę, że tak zwane „pełne” badanie elektronystagmograficzne, podobnie jak badanie audiometryczne, musi składać się z wyników różnych testów wzajemnie się uzupełniających, chcemy odpowiedzieć na pytanie: jakie nowe dane do rozpoznania otoneurologicznego wnosi test fotela wahadlowego i jakie jest miejsce tej próby pośród innych testów błędnikowych?

Materiał obejmuje 545 badań przeprowadzonych w Pracowni Elektronystagmografii Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Warszawie. W badanej grupie było 297 kobiet i 248 mężczyzn w wieku od 15 do 68 lat. 51 osób reprezentuje normę narządu przedsionkowego, 225 — uszkodzenie części ośrodkowej, zaś 269 uszkodzenie części obwodowej narządu równowagi.

Każda z 545 osób poddana została badaniu kompleksowemu, na które składały się:

- a) dokładny wywiad chorobowy, zwracający szczególną uwagę na dynamikę dolegliwości i objawów,
- b) podstawowe badanie ORL,
- c) badanie otoneurologiczne z rejestracją zjawisk oczopląsowych metodą ENG,
- d) badanie audiologiczne.

W każdym z analizowanych przypadków badanie ENG obejmowało rejestrację: oczopląsu samoistnego przy otwartych i zamkniętych oczach, oczopląsu położeniowego, oczopląsu spojrzeniowego, oczopląsu wahadlowego, oczopląsu optokinetycznego, testu ciepłego wg Hallpike'a-Fitzgeralda, zmodyfikowanego testu Barany'ego, testu akceleracyjno-deceleracyjnego, testu fotela wahadlowego. Przeprowadzenie testu fotela wahadlowego możliwe było dzięki aparaturze o oryginalnych rozwiązaniach technicznych, wykonanej przez zespół konstruktorów Huty Warszawa. Wymogi stawiane tego typu urządzeniom testującym błędnik ustalono na seminarium w Montpellier w 1966 r. w sposób następujący:

- a) stanowisko ma postać wahadła skrętnego; konkretnym wahadłem fizycznym jest tutaj fotel z badanym osobnikiem;
- b) okres wahań wahadła skrętnego jest równy 20 sekundom;

* Praca doktorska

** Praca habilitacyjna

- c) wygaszanie przy ruchu wahadłowym zanikającym następuje w 15 okresach, przy czym $15 \times 20 \text{ sek} = 3000 \text{ sek}$, tzn. 5 minut całkowitego czasu wygaszania;
- d) amplituda maksymalna wahadła skrótnego równa się 90° ;
- e) margines przebiegów wymienionych od punktu a) do d) wynosi $\pm 15\%$.
Margines ten stanowi równocześnie maksymalnie dopuszczalną tolerancję wszystkich odchyłeń związanych z działaniem stanowiska.

W teście fotela wahadłowego ocena wyników opierała się na wyliczeniach częstotliwości wychyleń gałek ocznych w poszczególnych półokresach ruchu fotela, w pozostałych testach ocena ilościowa oczopląsu samoistnego i oczopląsu indukowanego zależna była od maksymalnych wartości szybkości wolnej fazy oczopląsu. Pragnąc przeprowadzić analizę porównawczą wyników czterech testów: ciepłego Hallpike'a, obrotowych Barany'ego i testu A—D oraz testu fotela wahadłowego, za punkt odniesienia przyjęliśmy wyniki uzyskane w teście ciepłym Hallpike'a.

Zgodnie z wynikami tego testu podzieliliśmy nasz materiał na pięć grup:

- I. norma,
- II. symetryczne odpowiedzi u ludzi z zawrotami głowy, zaburzeniami równowagi, zaburzeniami słuchu itp; grupę tę nazwano umownie „symetria patologiczna”,
- III. przewaga kierunkowa oczopląsu indukowanego,
- IV. jednostronne porażenie błędnika,
- V. jednostronne osłabienie pobudliwości błędnika.

Wyniki badań ENG czterech wspomnianych testów w wymienionych grupach poddano analizie statystycznej przy zastosowaniu następujących modeli:

$$1. \text{ Test kontyngencji} \quad \text{Chi}^2 = \sum \frac{(f_{bi} - f_{ei})^2}{f_{ei}}$$

$$2. \text{ Współczynnik kontyngencji} \quad C = \sqrt{\frac{\text{Chi}^2}{\text{Chi}^2 + n}} \quad C_{\text{kor}} = \frac{C}{C_{\text{max}}}$$

$$3. \text{ Test istotności frakcji} \quad \mu = \frac{\Delta f}{\delta \Delta} \quad \text{w tym}$$

$$\text{odchylenie standartowe różnic} \quad \delta \Delta = \sqrt{f(1-f) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}$$

Za statystycznie istotne przyjęto różnice lub zależności przy $p \leq 0,1$.

Jak wykazuje przeprowadzona przez nas analiza fizyczno-matematyczna, stosowany fotel wahadłowy, drażniący narząd przedsionkowy przyspieszeniem o przebiegu sinusoidalnym, odpowiada w pełni normom stawianym tego rodzaju aparaturze przez standardy międzynarodowe. Urządzenie stosowane w naszej pracy umożliwia drażnienie narządu równowagi bodźcem o stałej sile. Bodziec ten jest czynnikiem wymiernym fizycznie w każdym momencie swego działania, co ma duże znaczenie dla analizy odpowiedzi. Możliwość zastosowania testu wahadłowego podtrzymywanego, stosującego bodziec maksymalny, o wartościach przyspieszenia kąowego równych $18^\circ/\text{sek}^2$, pozwala nam na wykreślenie dwóch modeli westibulogramu, różnych dla uszkodzenia obwodowej i środkowej części narządu przedsionkowego. W uszkodzeniach części obwodowej obserwujemy stopniowe wyrównywanie się reakcji w obie strony, w uszkodzeniach zaś części ośrodkowej w miarę czasu działania bodźca — ujawnia się dominacja którejś ze stron. Należy tu podkreślić, że o ile znaczna przewaga reakcji lub wręcz brak reakcji w którąś ze stron mają w uszkodzeniach obwodowych znaczenie lokalizacyjne, to kierunek dominacji reakcji w uszkodzeniach ośrodkowej części układu

nerwowego nie ma naszym zdaniem żadnego znaczenia dla określenia topografii zmian. Świadczy on jedynie o tym, że pomiędzy parą układów przedsionkowych istnieje patologicznie duża różnica napięć potencjałów bioelektrycznych.

Analiza statystyczna korelacji zgodności diagnostycznej omówionych powyżej testów wykazuje, że znamienne zbieżność pomiędzy wynikami testu fotela wahadłowego i testu ciepłego zachodzi w grupie osobników reprezentujących normę narządu przedsionkowego. Stwierdzenie to upoważnia nas do wysunięcia wniosku, że test fotela wahadłowego może być użyty z powodzeniem jako test selekcyjny (screening) dla oceny stanu narządu przedsionkowego w większych populacjach badanych osobników. Wspomniana analiza statystyczna nie wykazuje co prawda znamienych różnic statystycznych pomiędzy wynikami testu fotela wahadłowego a wynikami dwóch pozostałych testów obrotowych w grupie badanych z patologią narządu przedsionkowego, ale analiza ta nie uwzględnia całego szeregu zjawisk zmian jakościowych, niezwykle ważnych z punktu widzenia klinicznego. Nie uwzględnia ona także dynamiki zmian w narządzie przedsionkowym, dla którego test fotela wahadłowego stosuje najbardziej fizjologiczny ze wszystkich znanych nam bodźców. Przedstawione przez nas przykłady ilustrują te elementy jakościowe oczopląsu indukowanego przyspieszeniem kątowym o przebiegu sinusoidalnym. Elementy te mają istotne znaczenie dla diagnostyki zaburzeń narządu przedsionkowego. Test wygaszany fotela wahadłowego daje możliwość wykreślenia westibulogramu dzięki prześledzeniu zachowania się reakcji oczopląsowych indukowanych bodźcem o zmieniającym się i wymiernym w swej zmianie natężeniu. Ta metoda badania błędników pozwala między innymi na zaobserwowanie zjawiska „wyrównania przedsionkowego”, które jest cennym objawem lokalizującym zmiany w obwodowej części narządu przedsionkowego. W powtarzanych kolejno badaniach kontrolnych chorych z całkowitym jednostronnym porażeniem błędnika w próbie ciepłej Hallpike'a notuje się dynamikę reakcji oczopląsowych związaną z procesami kompensacji przebiegającymi w części ośrodkowej narządu przedsionkowego. Obserwowane przez nas okresy „ciszy” oczopląsowej rejestrowane przy ruchu fotela w kierunku porażonego błędnika w stosunkowo wczesnym okresie choroby, są naszym zdaniem cenną wskazówką prognostyczną, mogącą świadczyć o rozpoczęciu się procesów kompensacyjnych. W znacznej części przypadków, nie cofającego się uszkodzenia obwodowego, objawom postępującej kompensacji w teście fotela wahadłowego, towarzyszyło zmniejszanie się częstotliwości reakcji oczopląsowej. Zjawisko to polega na swego rodzaju „przytłumieniu” reakcji w stronę błędnika porażonego lub osłabionego, aż do całkowitego wyrównania się reakcji w obie strony w przypadkach o przebiegu optymalnym. Może to świadczyć, naszym zdaniem, o dużym udziale układu eferentnego w procesach kompensacji.

Świadomi dyskusji toczącej się obecnie i poświęconej wartości modeli jakościowych oczopląsu indukowanego („nystagmus pattern”), stoimy na stanowisku, że zmiany oczopląsu, takie jak rozmaitych rodzajów nieregularności omówione w pewnym zakresie w niniejszej pracy, mają znaczenie diagnostyczne. Są one, naszym zdaniem, nie objawem samym w sobie, lecz jednym ze zjawisk, które składają się na całość zwaną otoneurologiczną diagnozą kliniczną. Przeprowadzona przez nas analiza zgodności diagnostycznej, wspomnianych testów wskazuje na to, że zwłaszcza przy ocenie procesów kompensacyjnych, sam test fotela wahadłowego nie wystarcza dla kompleksowej oceny stanu narządu przedsionkowego. Uważamy, że ocenę taką można przeprowadzić jedynie w oparciu o wyniki testu fotela wahadłowego, porównane z wynikami testu ciepłego Hallpike'a. W naszym materiale badań ENG, 494 przypadków patologii narządu przedsionkowego obserwowaliśmy wiele przykładów świadczących o znaczeniu przepro-

wadzenia w czasie badań kilku różnych testów. Dopiero porównanie wyników ilościowych i jakościowych różnych testów, pozwala na kompleksową ocenę narządu równowagi. Nasuwa się mimo woli porównanie z podobną zasadą przyjętą od lat w audiologii przy analizowaniu uszkodzeń narządu słuchu. Pragniemy jednak podkreślić, że zmuszeni często koniecznością do wyboru dwóch testów, preferujemy poza rejestracją objawów samoistnych reakcje indukowane bodźcem cieplnym wg Hallpike'a i testem wygaszanym fotela wahadłowego.

Biorąc pod uwagę zalety testu fotela wahadłowego, zwłaszcza w jego odmianie wygaszanej, oraz mnogość informacji o stanie narządu przedsionkowego, jakie wnosi ta próba do kliniki otoneurologicznej, postulujemy zainteresowanie się testem wszystkich lekarzy oceniających stan narządu równowagi.

Praca wydana przez Ośrodek Wydawniczy Huty Warszawa w nakładzie 100 egz. zawiera 190 str., w tym 29 tabel, 63 ryciny, 120 pozycji piśmiennictwa; (opracowanie edytorskie na poziomie ledwie dostatecznym).

* JARECKI MAREK --- „Wpływ dopaminy na wybrane parametry hemodynamiczne w doświadczalnym wstrząsie endotoksycznym”.

II Klinika Chorób Wewnętrznych AM

Badania przeprowadzone na 15 psach w wieku 3—7 lat, wagi 12—18 kg, w uspieniu ogólnym pentobarbitem w jednorazowej dawce dożylniej 30 mg/kg wagi. Były one intubowane i oddychały otaczającym powietrzem. Zakładano cewniki do tętnicy głównej i lewej komory przez tętnice udowe oraz do prawego przedsionka przez żyłę udową. Badano ciśnienie bieżące i średnie w tętnicy głównej, ciśnienie skurczowe i późnoskurczowe w lewej komorze oraz średnie ciśnienie w prawym przedsionku.

Określano częstość serca, pojemność minutową serca i wykonywano pomiary ciśnienia parcjalnego O_2 i Co_2 oraz pH krwi tętniczej. Ciśnienie tętnicze rejestrowano za pomocą elektromanometru, a pojemność minutową określano przy użyciu metody rozcieńczenia barwnika, zieleni indocyjaninowej.

U części psów określano objętość krwi krążącej, za pomocą metody barwnikowej oraz przesledzono zmiany stężenia mleczanów i pirogronianów w krwi żylniej. Wyliczono wskaźnik sercowy i wskaźnik skurczowy, pracę lewej komory, opór całkowity i opór naczyniowy dużego krążenia. Wstrząs wywoływano podając liofilizowaną endotoksynę *Escherichia coli* w dawce 3 mg/kg, w jednorazowym wstrzyknięciu do prawego przedsionka. Za kryterium wstrząsu przyjęto spadek ciśnienia w tętnicy głównej do około 50% wartości kontrolnych. Po uzyskaniu obniżenia średniego ciśnienia aortalnego do oczekiwanych wartości, ponownie wykonywano omówione uprzednio oznaczenia a następnie rozpoczynano kroplowy wlew dopaminy do prawego przedsionka z szybkością 30 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$.

Wykazano, że dopamina wywiera silne działanie presyjne, zaznaczające się już po upływie 1—2 minut od rozpoczęcia wlewu. Wzrost ciśnienia tętniczego zależy przede wszystkim od zwiększenia pojemności minutowej serca (średnio o 102% wartości stwierdzanych we wstrząsie), głównie od zwiększenia pojemności wyrzutowej (przeciętnie o 128%). Wskaźnik sercowy zwiększył się pod wpływem dopaminy średnio z 1,37 do 2,76 l/min/m², tj. o 101%. Objętość krwi krążącej, zmniejszana we wstrząsie z 75 do 63 ml/kg, uległa normalizacji pod wpływem dopaminy. Całkowity opór obwodowy wzrósł w większości przypadków, średnio o 22% wartości we wstrząsie.

O poprawie przepływu tkankowego pod wpływem dopaminy świadczyło obniżenie poziomu mleczanów i pirogronianów we krwi (średnio o 44 i 35%) oraz

zmniejszenie stosunku stężenia mleczanów do stężenia pirogronianów, przeciętnie o 14% wartości obserwowanej we wstrząsie.

****)** JARZĘBIŃSKI JERZY — „*Arylosulfoniany L-aminokwasów i ich badania chromatograficzne*”.

Instytut Biofarmacji AM

Związki biologiczne czynne, zbyt dobrze rozpuszczalne wydalają się niekiedy z organizmu w postaci niezmienionej, natomiast źle rozpuszczalne gromadzą się w ustroju, co prowadzi do zwiększenia ich działania toksycznego. Zmianę rozpuszczalności można między innymi osiągnąć, modyfikując cząsteczkę substancji czynnej przez wykorzystanie właściwości kwasowych lub zasadowych, tworząc odpowiednie pochodne z zachowaniem ich biologicznej aktywności.

Szeroko stosowane w terapii preparaty, których głównymi składnikami są mieszaniny aminokwasów, hydrolizaty białkowe lub farmakologicznie czynne peptydy wymagają stałej kontroli jakości zarówno w zakresie ich składu jak i zawartości.

Mieszaniny aminokwasów rozdziela się chromatograficznie i oznacza poszczególne składniki w postaci wolnych związków, lub w postaci ich pochodnych m. in. dwunitrofenylowych, fenylotichydanteinowych, dwumetyloaminonaftalenosulfonowych lub tiobenzoilowych (tzw. DNP—PTH, DANS- lub TBA-aminokwasów). Mimo bardzo dużych osiągnięć w tym zakresie, stosowane układy chromatograficzne są dla niektórych grup aminokwasów zbyt mało selektywne, co w konsekwencji powoduje migrację pasm mieszanych (np. hydroksyproliny-asparaginy-kwasu asparaginowego, seryny-treoniny, kwasu glutaminowego-proliny, tryptofanu-lizyny).

Kwasy arylosulfonowe stosowane były dotychczas jako odczynniki do identyfikacji niektórych grup środków leczniczych lub wyodrębniania niewielu aminokwasów z hydrolizatorów białkowych, natomiast w dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono opracowań dotyczących ich zastosowania do ilościowej analizy aminokwasów.

Nawiązując do ww. spostrzeżeń w rozprawie habilitacyjnej opisano następujące zagadnienia:

1. Otrzymano 40 połączeń 20 L-aminokwasów z dwoma kwasami arylosulfonowymi (wybranymi w wyniku przeprowadzonych prób wstępnych spośród dziewiętnastu zbadanych), a mianowicie: 3,4-dwumetylo-6-hydroksybenzenosulfonowym i 4-benzenosulfenyloksi-2,5-dwumetylobenzenosulfonowym. Następnie przedyskutowano zależność pomiędzy wartościami pK_a poszczególnych L-aminokwasów a łatwością tworzenia odpowiednich arysulfonowych pochodnych.

Otrzymane związki były krystaliczne, wykazywały stały skład chemiczny, ostre temperatury topnienia, oraz znaczne zróżnicowanie rozpuszczalności w wodzie; ich roztwory wodne miały odczyn kwaśny.

2. Zarówno analiza elementarna jak i oznaczenia siarki metodą własną z zastosowaniem kationowymienników wykazały, że substraty łączą się w stosunkach molowych 1 : 1 z wyjątkiem aminokwasów zasadowych i cystyny, które reagują z kwasami arylosulfonowymi w stosunku 1 : 2.

3. Pomiary absorpcji promieniowania w podczerwieni substratów i produktów reakcji udowodniły uczestnictwo grup $-\text{NH}_3^+$, $-\text{NH}_2$ i w niektórych przypadkach heterocyklicznego azotu L-aminokwasów, oraz grup $-\text{SO}_3\text{H}$ i SO_3^- kwasów arylosulfonowych w powstawaniu arylosulfonianów L-aminokwasów. Zarówno wyniki badań spektrofotometrycznych, jak i zbadane zachowanie się arylosulfonianów

na kolumnach kationitowych wykazały, że uzyskane połączenia mają charakter soli — asocjatów par jonowych.

4. Przeprowadzono badania nad zróżnicowaniem migracji L-aminokwasów i odpowiednich arylosulfonianów z zastosowaniem trzech technik chromatograficznych: bibulowej, cienkowsarstwowej i kolumnowej w układach ciecz — ciecz.

Po ustaleniu zdolności rozdzielczej badanych substancji w układach rozpuszczalników kwaśnych, jak również zasadowych oraz określeniu optymalnych warunków rozdziału, rozdzielono całkowicie mieszaniny 20 arylosulfonianów techniką wstępującej, dwukierunkowej chromatografii bibulowej i cienkowsarstwowej; w analogicznych warunkach mieszaniny wolnych L-aminokwasów nie uległy całkowitemu rozdzieleniu.

5. Przyjmując za miarę rozdzielczości w danym układzie chromatograficznym różnice szybkości migracji L-aminokwasów i arylosulfonianów L-aminokwasów, ustalono optymalne warunki rozdziału badanych związków na wysokosprawnych kolumnach pod zwiększonym ciśnieniem.

Rozdzielono w jednym procesie chromatograficznym mieszaninę 20 L-aminokwasów zarówno w postaci 3,4-dwumetylo-6-hydroksybenzenosulfonianów, jak i 4-benzenosulfonyloksy-2,5-dwumetylobenzenosulfonianów z zastosowaniem automatycznego analizatora aminokwasów firmy „JEOLCO”, typ JCL-3 BC₂ na kolumnie skrobiowej i przy użyciu eteru jednometylowego glikolu etylenowego — 0,2 m roztworu buferu cytrynianowego o pH 3,25/3 : 1 v/v jako eluenta.

Doświadczenia uwzględnione w rozprawie habilitacyjnej mogą być wykorzystane w preparatyce aminokwasowej a w szczególności do identyfikowania L-aminokwasów oraz określania ich zawartości w preparatach farmaceutycznych lub materiale biologicznym z zastosowaniem całkowitej automatyzacji.

* JAWORSKI WIESŁAW — *„Patomechanika złuszczenia głowy kości udowej u dorastających i analiza wyników leczenia”*.

Klinika Ortopedii AM

Samoistne złuszczenie głowy kości udowej u dorastających występuje pomiędzy 11—17 rokiem życia. Dane z piśmiennictwa i własne spostrzeżenia wskazują na częstsze występowanie złuszczenia u chłopców niż u dziewcząt. Złuszczenia występowały najczęściej u młodzieży o cechach niedorozwoju narządów płciowych lub przy nadmiernym nieproporcjonalnym do wieku wzroście. Celem przedstawionej pracy było po I — prześledzenie mechanizmu samoistnego złuszczenia głowy kości udowej, na preparatach anatomicznych w badaniach doświadczalnych. II — ocena uzyskanych wyników i ustalenie, który ze stosowanych sposobów leczenia jest najlepszy. III — przeanalizowanie przyczyn złuszczeń u chorych leczonych w Klinice Ortopedycznej AM w Warszawie.

Własne badania doświadczalne nad patomechaniką złuszczeń przeprowadzono na preparatach stawów biodrowych pobranych ze zwłok dzieci w wieku 11—14 lat.

W badaniach dążono do:

1. odtworzenia przybliżonego mechanizmu złuszczenia głowy kości udowej,
2. ustalenia, która z warstw chrząstki nasadowej wykazuje najmniejszą wytrzymałość mechaniczną,
3. prześledzenie mechanizmu umożliwiającego nastawienie złuszczenia głowy kości udowej.

Preparaty stawów biodrowych pobierano ze zwłok w 24 godziny po zgonie. Obejmowały one, część panewkową miednicy, głowę kości udowej z szyjką i górną częścią trzonu. Staw biodrowy miał zachowaną torebkę stawową i więzadła.

Doświadczenie wykonywały dwie osoby. Jedna trzymała klamry unieruchamiającą panewkę i głowę, a druga trzymając zamocowaną w okolicy podkrętarzowej, powoli rotowała na zewnątrz trzon kości udowej. Silne skrócenie zewnętrzne powodowało złuszczenie urazowe głowy kości udowej lub złamanie w obrębie górnej nasady. Przeprowadzono 5 tego typu doświadczeń. Złuszczenie głowy kości udowej uzyskano w 2 doświadczeniach.

I — preparat pobrany ze zwłok dziewczynki 14-letniej zmarłej na białaczkę. Uzyskano złuszczenie całkowite. Złuszczenie uzyskano również w preparacie pobranym ze zwłok 13-letniego chłopca, preparat był utrwalany w roztworze formaliny przez 3 dni.

W pozostałych świeżych preparatach stawów biodrowych nie uzyskano złuszczenia głowy, lecz jej złamanie powyżej chrząstki nasadowej.

* KOBUS MIROSLAW — „Badanie własności antywirusowych i antybakteryjnych 2-[N-D-glukozyloamino]-5-/3-pirydylo]-1,3,4-oksadiazolu”.

Zakład Mikrobiologii i Immunologii AM

Syntetyczny związek 2-(N-D-glukozyloamino /-5-/3-pirydylo) 1,3,4-oksadiazol (A-35-D) w stężeniu 16 mg/ml całkowicie hamował namnażanie wirusa parainfluenzy 3 oraz pojawienie się efektu cytopatogenicznego w hodowli komórkowej WISH. W stężeniu 8 mg/ml obniżał miano namnożonego wirusa o 3,73 jednostek logarytmicznych. Ocena morfologiczna komórek barwionych metodą M.G.—G., reakcja p.a.S., obserwacja przy użyciu automatycznego analizatora obrazu „Quantimet” oraz analiza zdjęć elektronowomikroskopowych wykazała, że związek w stężeniu 8 mg/ml nieznacznie a w stężeniu 16 mg/ml w większym stopniu działał toksycznie na niezakażone komórki WISH. W celu wykazania ewentualnego działania wirusobójczego, różne stężenia związku inkubowano z zawiesiną wirusa w temperaturach 4, 20, 37° C przez okres 1 godziny. Zawiesinami zakażono hodowle komórkowe. Związek nie wykazał właściwości wirusobójczych. Przy zastosowanych wielokrotnościach namnażania 0,01 0,1 1 TCID₅₀/komórkę oraz różnych stężeniach związku stwierdzono, że efekt działania związku zależał od jego stężenia. Odmienne zjawisko obserwowano jedynie przy stężeniu związku 16 mg/ml i wielokrotności namnażania 1 TCID₅₀/komórkę, gdzie dochodziło do minimalnej replikacji wirusa. Traktowanie niezakażonych komórek różnymi stężeniami związku 4 i 2 godziny przed zakażeniem nie miało wpływu na namnożenie wirusa. Badany związek nie miał również wpływu na adsorpcję wirusa. Różne stężenia związku podawano na okres 4 godzin po zakażeniu. Przy stężeniu związku 16 i 8 mg/ml nie występował okres oporny na działanie związku. Replikacja rozpoczynała się z opóźnieniem równym odpowiednio 7,7 oraz 5,3 godziny. Natomiast przy stężeniu związku 4 mg/ml wystąpił okres oporny, który wynosił 2,4 godziny a opóźnienie pojawienia się infekcyjnego wirusa o mianie 10² TCID₅₀/ml wynosiło 1,6 godziny. Dodając związek do zakażonych hodowli komórkowych w 6 i 8 godziny po zakażeniu, nie stwierdzono różnic w porównaniu do podawania związku bezpośrednio po zakażeniu. Wykonane badania świadczą, że zarówno wczesne jak i późne fazy replikacji wirusa są wrażliwe na odpowiednio wysokie stężenie związku.

Zastosowanie automatycznego analizatora obrazu „Quantimet” dla obserwacji cytotoksycznego działania związku na niezakażoną hodowlę komórek WISH, pozwoliło na obiektywną ocenę zmian zachodzących w hodowlach pod wpływem badanej substancji.

Zastosowanie mikroskopii elektronowej do badania ultrastruktury niezakażonych komórek, poddanych działaniu związku znacznie poszerzyło zakres infor-

macji dotyczących cytotoksyczności substancji. Ultrastruktura traktowanych związkami komórek WISH wykazała zmianę stanu czynnościowego mitochondriów. Zarówno w reakcji p.a.S. jak i w zdjęciach w mikroskopie elektronowym stwierdzono zmniejszoną zawartość glikogenu w komórkach poddanych działaniu związku. Związek A-35-D poprzez zaburzenie procesów energetycznych komórki, niezbędnych podczas replikacji wirusa, może hamować namnażanie wirusa parainfluenzy 3 w komórkach WISH. Również zmiana struktury powierzchni komórkowej może być czynnikiem hamującym powstawanie dojrzałych cząstek wirusowych, myxowirusy bowiem przy swojej reprodukcji wykorzystują komponenty błony komórkowej gospodarza.

W celu wykrycia ewentualnego hamującego wpływu związku A-35-D na rozmnażanie bakterii, przy użyciu metody rozcieńczeniowej, przebadano ponad sto szczepów bakteryjnych. Spośród przebadanych bakterii największą wrażliwość na związek wykazały drobnoustroje rodzaju *Streptococcus* oraz *Diplococcus*. W stosunku do badanych szczepów związek nie wykazywał działania bakterio-bójczego.

**** MROŻEK KONSTANTY** — „Czynność bioelektryczna włókna mięśniowego w fizjologii i w niektórych stanach patologicznych”.

Klinika Neurologii AM

W niniejszej pracy zastosowano technikę zapisu wewnątrzkomórkowego, przy pomocy szklanych mikroelektrod do badań nad funkcją zdrowego i chorobowo zmienionego włókna mięśniowego. Badania przeprowadzono *in vivo* na mięśniach szkieletowych zwierząt i człowieka. Materiał obejmuje mięśnie zdrowe, doświadczalnie odnerwione i unieruchomione, model doświadczalnej dystrofii, mięśniowej u myszek i miastenii u szeszurów oraz przypadki dystrofii miotonicznej i miotonii wrodzonej u człowieka. Stosowane do badań mikroelektrody były wypełnione roztworem 3M KCL, posiadały oporność od 2 do 25 M Ω i potencjał wierzchołka nie przekraczający 5 mV. Elektrody obojętne były wykonywane ze srebrnego drutu o przekroju 0,5 mm. Do drażnienia pośredniego poprzez nerw obwodowy stosowano bodziec supramaksymalny, o czasie trwania od 0,1 do 0,3 msec. Do drażnienia bezpośredniego włókna mięśniowego przez jedną i tę samą mikroelektrodę, wprowadzono układ oparty na zasadzie mostka Wheatstone'a, eliminującego artefakt bodźca. W układzie rejestrującym stosowano wtórnik katodowy lub emiterowy, wzmacniacz prądu stałego oraz oscyloskop Tektronix 502A lub dwukanałowy OKD 515 AB.

Pomiary elektrofizjologiczne dotyczyły potencjałów spoczynkowych błony, czynności spontanicznej złącza nerwowo-mięśniowego oraz potencjałów czynnościowych włókna mięśniowego, rejestrowanych podczas drażnienia bezpośredniego lub pośredniego. Dzięki wprowadzeniu drażnienia bezpośredniego uzyskano informacje o potencjale elektrycznym, stałym czasie błony, krytycznej wartości depolaryzacji i oporności wejściowej włókna mięśniowego. W badaniach na mięśniach ludzkim zastosowano metodę *in vivo* na odsłoniętym mięśniu pokrytym ciepłym roztworem Ringera. Badania te przeprowadzono u pacjentów w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w okolicy pnia nerwowego, mikroelektrody wypełniano sterylnym roztworem KCL i elektrody obojętne przechowywano w parach formaliny. Uzyskane wyniki pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Mięśnie szkieletowe zwierząt doświadczalnych i człowieka badane *in vivo* wykazują podobne wartości potencjałów spoczynkowych, których średnia wartość w mięśniach myszy wynosi 81,9 mV oraz 83,6 mV w mięśniach człowieka. Istotne różnice potencjałów stwierdzono w mięśniach badanych *in vitro*, które wykazują

niższe wartości potencjałów spoczynkowych oraz wyższe wartości krytycznej depolaryzacji i stałego czasu błony w porównaniu z wynikami uzyskanymi *in vivo*. Wydaje się, że środowisko, w którym badany jest mięsień *in vitro* winno być uzupełnione dodatkiem białka jeżeli uzyskiwane wyniki mają być porównywane z preparatem *in vivo*.

2. Potwierdzono różnicę wartości potencjałów spoczynkowych w mięśniach szybko i wolno kurczących się. Wykazano, że *m. soleus* u myszy stanowi mozaikę obu typów włókien mięśniowych z przewagą włókien wolno kurczących się (około 70%) oraz wykazuje istotnie niższe wartości potencjałów spoczynkowych aniżeli *m. gastrocnemius* i *tibialis anterior*. Wartości te wynoszą: 76,9 mV w *m. soleus* oraz 81,9 mV i 80,4 mV w mięśniach szybko kurczących się.

W świetle dotychczasowych danych można przypuszczać, że różnica potencjałów błonowych jest wynikiem różnej koncentracji wewnątrzkomórkowej jonów K^+ i Na^+ i odmiennego metabolizmu obu typów mięśni.

3. Odnerwienie mięśni prowadzi do depolaryzacji błony komórkowej, wyrażającej się spadkiem potencjału spoczynkowego. Zmiana ta występuje wcześniej i w większym nasileniu w mięśni szybkim aniżeli wolnym. W piątym dniu odnerwienia w obu typach mięśni obserwowano potencjały fibrylacyjne. W odróżnieniu od odnerwienia zmiany obserwowane po tenotomii są mniej nasilone, przejściowe i wykazują przewagę w mięśni wolno kurczącym się. Wydaje się, że zmiany obserwowane w odnerwionym mięśniu pozostają w niewielkiej zależności od unieruchomienia lecz są wynikiem zaburzeń neurotroficznego wpływu nerwu na czynność mięśnia.

4. W badaniach nad dystrofią mięśniową u myszek stwierdzono, że 27% badanych włókien mięśniowych wykazuje pewne cechy odnerwienia. Wydaje się, że fakt ten winien być uznany jako istotny czynnik odpowiedzialny za zaburzenia funkcji dystroficznego mięśnia.

5. Mechanizm powstawania fenomenu miotonicznego obserwowanego przez nas w dystrofii i miotonii nie znajduje wytłumaczenia w świetle uzyskanych wyników. Rejestrowana wewnątrzkomórkowo czynność spontaniczna była poprzedzona potencjałami wstępnymi co może świadczyć o tym, że nie pochodzi ona z okolicy zakończeń nerwowo-mięśniowych, lecz powstaje miejscowo, jako wyraz nadpobudliwości błony komórkowej.

6. Metodą immunizacji szczurów homologiczną tkanką grasiczą uzyskano model doświadczalnej miastenii. W 40% immunizowanych zwierząt podczas rytmicznej stymulacji nerwu stwierdzono objawy bloku transmisji nerwowo-mięśniowej, a ponadto obserwowano spadek amplitudy potencjałów miniaturowych płytki oraz poprawę transmisji po podaniu prostygminy. Zależność stwierdzonych zmian od funkcji grasicy wydaje się być niewątpliwą skoro immunizacja zwierząt po tymektomii nie wywołuje objawów bloku transmisji nerwowo-mięśniowej.

7. Złożoność techniki zapisu wewnątrzkomórkowego przy pomocy mikroelektrod jak dotąd nie pozwala na zastosowanie jej w badaniach rutynowych u człowieka. Wydaje się jednak, że metoda ta zwana przez wielu badaczy elektromiograficzną wewnątrzkomórkową, w odróżnieniu od elektromiografii klinicznej z zastosowaniem elektrod igłowych stanowi cenne źródło informacji o czynności pojedynczej komórki mięśniowej i złącza nerwowo-mięśniowego. Dzięki zastosowaniu mikroelektrod, mogliśmy ocenić unerwienie włókien mięśniowych w dystrofii mięśniowej, reakcję poszczególnych typów włókien na odnerwienie i unieruchomienie oraz uzyskiwaliśmy informacje o charakterze bloku transmisji nerwowo-mięśniowej u immunizowanych szczurów. Sądzymy, że kontynuacja badań mikroelektrodowych w mięśni ludzkim może stanowić istotny wkład nad poznaniem patomechanizmu miotonii i porażień okresowych rodzinnych.

* RADZIKOWSKI ANDRZEJ — *„Zachowanie się objętości szybko wymienialnego płynu pozakomórkowego w różnych stanach chorobowych u dzieci”*.

III Klinika Pediatria AM

Zbadano zachowanie się objętości szybko wymienialnego płynu pozakomórkowego w wybranych stanach chorobowych prowadzących do różnych zmian wagi. Stwierdzono, że w zespole kushingoidalnym wraz z przyrostem wagi dochodzi do zmniejszenia się objętości szybko wymienialnego płynu pozakomórkowego (o.s.p.p.).

W czasie przyrostu wagi ciała u dzieci z upośledzeniem stanu odżywiania o.s.p.p. początkowo wzrasta a następnie maleje. Stwierdzoną dwufazowość zmian potwierdziła analiza statystyczna uzyskanych wyników. W czasie ustępowania obrzęków pochodzenia nerkowego obserwowany spadek wagi zachodzi przede wszystkim kosztem o.s.p.p.

* RYMASZEWSKI ZBIGNIEW — *„Aktywność fibrynolityczna krwi w pierwotnych hiperlipoproteidemiach”*.

II Klinika Chorób Wewnętrznych AM

Zbadano aktywność fibrynolityczną krwi u 46 chorych z pierwotnymi hiperlipoproteidemiami. Aktywność fibrynolityczną oceniano przy pomocy pomiarów czasu fibrylizacji skrzepów z frakcji euglobulinowej osocza i pełnej rozcieńczonej krwi. Ustalenie typu zaburzeń gospodarki lipidowej oparto na klasyfikacji Fredricksona. U części chorych z pierwotnymi hiperlipoproteidemiami, zwłaszcza typu IV, stwierdzono niższą aktywność fibrynolityczną w porównaniu do grupy kontrolnej, przy czym nie obserwowano znamiennej dodatniej korelacji pomiędzy poziomem lipidów i wydłużeniem czasu fibrylizacji w stosowanych testach.

Dla dalszej oceny wpływu zaburzeń gospodarki lipidowej na aktywność fibrynolityczną, zbadano jej zachowanie się po indukcji hiperlipoproteidemią dietą bogato węglowodanową u 16 mężczyzn. Obserwowane wydłużenie czasu fibrylizacji pozostawało w znamiennej dodatniej korelacji ze wzrostem poziomu trójglicerydów.

Ponadto u 20 chorych z pierwotnymi hiperlipoproteidemiami oceniono wpływ skojarzonego leczenia phenforminą i stanozolem na poziom lipidów i aktywność fibrynolityczną krwi. Leczenie prowadzono przez 1 miesiąc, stosując phenforminę w dawce dobowej 100 mg i stanozolol w dawce 10 mg. Leczenie to spowodowało statystycznie znamienne obniżenie poziomu trójglicerydów i cholesterolu, normalizację obrazu elektroforetycznego lipoproteidów surowicy i skrócenie czasu fibrylizacji w stosowanych testach. Uzyskane wyniki wskazują na celowość podawania tych leków chorym z pierwotnymi zaburzeniami gospodarki lipidowej.

* RYWIK STEFAN — *„Nadciśnienie tętnicze w populacji Sochaczewa i Plocka”*.

Instytut Kardiologii AM

Celem pracy jest ocena chorobowości i zapadalności na nadciśnienie tętnicze, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu czynników środowiskowych na występowanie i przebieg tej choroby. Badaniu poddano próby losowe dwóch populacji; jednej, pochodzącej z regionu intensywnie uprzemysłowionego (miasto Plock), a drugiej, z regionu nie przewidywanego w planach perspektywicznych do industrializacji (miasto Sochaczew). Przedstawione wyniki badań dotyczą oceny

sytuacji zdrowotnej ludności, w chwili rozpoczęcia badań, jak i w czasie ponownego badania tych samych osób, po upływie 5 lat.

Z populacji Sochaczewa przebadano 778 mężczyzn (95,7% pobranej próby) i 897 kobiet (96,0%), a z populacji Płocka 1181 mężczyzn (96,3%) i 1209 kobiet (96,9%). Badaniu powtórnemu po upływie 5 lat poddano 650 mężczyzn (80,0% próby) i 768 kobiet (82,2%) z populacji Sochaczewa oraz 905 mężczyzn (73,8%) i 1013 kobiet (81,2%) z populacji Płocka.

W okresie 5-letniej obserwacji, badanych populacji średnio-roczna umieralność ogólna dla obu populacji wynosiła około 10 osób na każdy 1000 ludności w wieku powyżej 19 lat. Umieralność ogólna osób ze stwierdzonym w czasie badania przekrojowego nadciśnieniem tętniczym, określonym według normy Ś.O.Z., była prawie dwukrotnie wyższa w tym okresie, niż umieralność osób z prawidłowymi wartościami przygodnego ciśnienia tętniczego. W omawianym okresie emigrowało średnio-rocznie z miasta 16 mężczyzn i 13 kobiet na każdy 1000 ludności Sochaczewa w tym wieku i 12 mężczyzn i 8 kobiet na każdy 1000 ludności Płocka.

Dla realizacji celu badania, w niniejszej pracy przeanalizowano zależność ciśnienia skurczowego i rozkurczowego oraz jego dynamiki od płci i wieku osób badanych, charakteru miejscowości oraz niektórych cech demograficznych i antropometrycznych.

Skurczowe ciśnienie tętnicze, określone w czasie badania przekrojowego, wykazuje znaczną zależność od wieku i płci osób badanych oraz od charakteru badanej miejscowości. Wyższe średnie ciśnienia skurczowego ($\alpha < 0,05$) stwierdzono w obu miejscowościach w populacji żeńskiej oraz u obu płci w populacji Płocka niż Sochaczewa. Średnie ciśnienia skurczowego męskiej populacji Sochaczewa wynosi $132,6 \pm 19,1$ mm Hg, a populacji Płocka $138,4 \pm 19,1$ mm Hg. Odpowiednie wartości dla obu populacji żeńskich wynoszą $133,1 \pm 24,5$ mm Hg i $142,8 \pm 26,9$ mm Hg. Średnie ciśnienia skurczowe w obu populacjach wzrastają z wiekiem osób badanych. Do wieku 49 lat w populacji Sochaczewa i do wieku 39 lat w populacji Płocka, średnie te wyższe są u mężczyzn; w starszych grupach wieku, średnie te wyższe są natomiast u kobiet.

Średnie ciśnienia rozkurczowego wykazują istotną zależność tylko od charakteru miejscowości badanej ($\alpha < 0,05$). Wyższe średnie ciśnienia rozkurczowego stwierdzono u obu płci w populacji Płocka niż Sochaczewa. Średnie ciśnienia rozkurczowego męskiej populacji Sochaczewa wynosi $77,4 \pm 11,4$ mm Hg, a populacji Płocka $81,2 \pm 11,8$ mm Hg. Odpowiednie wartości dla obu populacji żeńskich wynoszą $76,4 \pm 11,4$ mm Hg i $82,3 \pm 12,1$ mm Hg.

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego, określonego wg normy Ś.O.Z. zależy od wieku i płci osób badanych oraz charakteru miejscowości. Wyższe odsetki nadciśnienia ($\alpha < 0,05$) stwierdzono w obu miejscowościach w populacji żeńskiej oraz u obu w populacji Płocka. Odsetek osób z nadciśnieniem wzrasta z wiekiem osób badanych. W populacji Sochaczewa do wieku 49 lat, a w populacji Płocka do wieku 39 lat, częściej stwierdza się nadciśnienie w populacji męskiej; natomiast w starszych grupach wieku, odsetki te są wyższe u kobiet.

Zależność od wieku i płci wskazuje również rodzaj nadciśnienia. W populacji mężczyzn stosunek frakcji nadciśnienia wyłącznie skurczowego do nadciśnienia wyłącznie rozkurczowego wynosi 2 : 1, a w populacji kobiet 10 : 1. W kolejnych grupach wieku obu płci zwiększa się wśród osób z nadciśnieniem odsetek osób z nadciśnieniem wyłącznie skurczowym lub skurczowo-rozkurczowym, a maleje odsetek osób z nadciśnieniem wyłącznie rozkurczowym.

Stwierdzone różnice w średnich wartościach ciśnienia oraz różnice w częstości występowania nadciśnienia tętniczego, związane z charakterem badanej miejscowości, zależą od różnic środowiskowych i stopnia cywilizacji.

W okresie 5-letniej obserwacji, średnie ciśnienia skurczowego uległy istotnemu wzrostowi ($\alpha < 0,05$) w populacji żeńskiej Płocka (z $141,7 \pm 24,8$ mm Hg do $145,0 \pm 27,7$ mm Hg), a rozkurczowego u obu płci w populacji Sochaczewa (u mężczyzn z $78,5 \pm 11,8$ mm Hg do $80,5 \pm 11,5$ mm Hg, a u kobiet z $77,5 \pm 14,2$ mm Hg do $81,0 \pm 11,8$ mm Hg). Pozostałe średnie ciśnienia nie zmieniły się istotnie ($\alpha > 0,05$). Stwierdzone w chwili rozpoczęcia badań różnice średnich ciśnień, zależne od charakteru miejscowości nie uległy istotnym zmianom ($\alpha \pm 0,05$) po okresie 5 lat. W chwili powtórnego badania stwierdzono w obu populacjach istotny ($\alpha < 0,05$) wzrost odsetka osób z nadciśnieniem tętniczym (z wyjątkiem populacji męskiej Płocka). Wzrost częstości występowania nadciśnienia tętniczego, określonego według normy Ś.O.Z., zależał przede wszystkim od zwiększenia się frakcji nadciśnienia wyłącznie skurczowego, a w nieco mniejszym stopniu od wzrostu frakcji nadciśnienia skurczowo-rozkurczowego.

Nadciśnienie tętnicze „utrwalone” stwierdzono u 5,4—7,9% zbadanych mężczyzn i 9,9—17,8% zbadanych kobiet. U dalszych 11,2—14,4% zbadanych mężczyzn i 13,0—16,8% zbadanych kobiet stwierdzono nadciśnienie „chwijne”. Średnioroczna zapadalność na nadciśnienie tętnicze oszacowana została na około 15 mężczyzn i 20 kobiet na każdy 1000 ludności, danej płci w wieku powyżej 19 lat.

W pracy przeanalizowano ponadto zależność ciśnienia od niektórych cech demograficznych, jak stan cywilny, liczba posiadanego potomstwa, wykształcenie i zajęcie oraz od niektórych cech antropometrycznych, jak wzrost, waga, stopień otyłości i wielkość obwodu ramienia.

Domniemany związek między zapadalnością na nadciśnienie tętnicze, określone według normy środowiskowej, a powyższymi czynnikami demograficznymi nie znalazł pełnego potwierdzenia w przeprowadzonym badaniu. Stwierdzone tendencje nie były w większości statystycznie istotne ($\alpha > 0,05$), bądź też, zależne od populacji badanej, miały różnokierunkowy charakter.

Średnie ciśnienia tętniczego, jak i chorobowość na nadciśnienie tętnicze, określone według normy środowiskowej, skorelowane są z wagą rzeczywistą i wartością wskaźnika otyłości osób badanych. Również zapadalność jest wyższa u osób z nadwagą oraz u osób ze znacznym przyrostem wagi w okresie między badaniami ale zaobserwowane różnice w zapadalności nie były jednak w większości statystycznie istotne ($\alpha > 0,05$). Dane te mogłyby potwierdzić sugestię, że korelacja ciśnienia z wagą, czy wielkością obwodu ramienia, bądź jest korelacją zależną od błędu metodycznego przy dokonywaniu pomiaru ciśnienia metodą pośrednią, bądź też korelacją zależną od nieprawidłowego żywienia (nadwaga), prowadzącą wtórnie do zaburzeń gospodarki lipidowej. Ta druga zależność wymagałaby jednak dla jej potwierdzenia dłuższego okresu obserwacji.

**** SOTIROW BOGOLUB** — „*Stopa końsko-szpotała wrodzona - Patomechanika i leczenie*”.

Klinika Ortopedyczna AM

Przedstawiona praca składa się ze wstępu, siedmiu rozdziałów, krótkiego streszczenia, spisu piśmiennictwa oraz atlasu ilustracji. Obejmuje ona 184 strony maszynopisu z licznymi rysunkami i fotografiami (167 sztuk), zestawienie 118 pozycji piśmiennictwa rodzimego i obcego oraz atlas zdjęć radiologicznych i fotografii operowanych stóp (55 stron i 101 zdjęć). Ogółem praca obejmuje 250 stron i 268 zdjęć radiologicznych i fotografii.

Na całość badań złożyły się doświadczenia na modelu mechanicznym oraz obserwacje kliniczne i radiologiczne.

Badania doświadczalne wykazały, że zniekształcenie stopy w postaci stopy końsko-szpotaowej na modelu mechanicznym, wywołane zostało zaburzeniem symetrii napięcia nitki nylonowych zastępujących mięśnie. Zniekształcenie stopy uzyskane na modelu jest najbardziej zbliżone swym kształtem i wszystkimi obserwowanymi komponentami do stwierdzonych klinicznie stóp końsko-szpotaowych wrodzonych. W zależności od tego, której z napiętych nitki zaburzono symetrię, powstawały różne typy zniekształcenia. Przy zwolnieniu nitki zastępującej mięsień strzałkowy długi — powstała stopa poprzecznie płaska, a przy zwolnieniu nitki zastępującej mięsień strzałkowy krótki — stopa końsko-szpotaowa. Z tego wynika, że decydującą rolę w powstawaniu stopy końsko-szpotaowej odgrywa przewaga mięśnia piszczelowego tylnego nad mięśniem strzałkowym krótkim.

Poddano szczegółowej analizie odległe wyniki kliniczne i radiologiczne operacyjnego leczenia stóp końsko-szpotaowych wrodzonych, uzyskanych w latach 1948—1967 (20 lat), u 222 operowanych stóp u 160 chorych. Czas obserwacji od 1 do 20 lat — średnio 10,8 lat. W analizie tej uwzględniono kształt stopy i jej stabilizację, obraz radiologiczny, ruchomość w stawie skokowo-goleniowym i ewentualne dolegliwości bólowe. Najlepiej wyniki uzyskano u dzieci operowanych pomiędzy 1 a 3 rokiem życia metodą Gruicy. Z wiekiem wyniki uzyskiwano coraz gorsze. I tak: u dzieci od 1 do 3 roku życia stwierdzono 29,70% niepowodzeń od 3 do 6 roku — 35,29%, od 6 do 10 roku — 40,29%, od 10 do 16 roku — 52,98%, a u chorych operowanych powyżej 16 roku życia — aż 89,45% niepowodzeń.

Aby uzyskać wynik dobry lub zadowalający u 14% chorych były wykonane wtórne zabiegi poprawcze. U wszystkich chorych z wynikiem niepomyślnym konieczne są wtórne poprawcze zabiegi. Ponieważ wszystkie stopy wymagające zabiegów wtórnych nie zawsze nadawały się do typowych zabiegów — z konieczności wykonywano różnego rodzaju modyfikacje. I tak — przez okres 20 lat w warszawskiej klinice ortopedycznej wykonano aż 68 zabiegów typowych i nietypowych na kośćcu oraz przeszczepiano różnego rodzaju mięśnie. Główną przyczyną tylu niepowodzeń — naszym zdaniem — kryje się w niedokładnym nastawieniu kości łódkowatej na głowę kości skokowej. Uważamy, że nie można odrotować kości piętowej w stosunku do skokowej i dokładnie nastawić kości łódkowatej na głowę kości skokowej, jeżeli nie wkroczy się od strony bocznej i nie przetnie lig. calcaneofibulare, lig. talocalcaneum laterale, lig. talocalcaneum anterius, lig. talocalcaneum interosseum i torebki stawu skokowo-piętowego tylnego oraz nie otworzy stawu Choparta, przecinając lig. deltoideum i torebkę stawu skokowo-łódkowatego od strony grzbietowej i przyśrodkowej stopy. Uważamy, że jest to możliwe do wykonania z dostępu bocznego stopy. Dokładne nastawienie kości łódkowatej na głowę kości skokowej (doprowadzenie przedniego kąta Kite'a do normy) powoduje zniesienie supinacji pięty i prawidłowe ustawienie przodostopia. W tym leży — naszym zdaniem — klucz, za pomocą którego można odtworzyć prawidłowy kształt stopy nie tylko w przypadkach lekkich, ale i w stopach końsko-szpotaowych wrodzonych, zaniedbanych, z dużym stopniem zniekształcenia u dorosłych.

Na podstawie analizy mechanizmu powstawania stopy końsko-szpotaowej, obserwacji klinicznych oraz dokładnego badania radiologicznego — opracowano nową dwuetapową metodę operacyjnego leczenia zaniedbanych stóp końsko-szpotaowych wrodzonych u dorastających i dorosłych.

I etap.

Odcina się od guza piętowego rozciągnięto podeszwowe, a następnie wydłuża ścięgno mięśnia piszczelowego tylnego, powyżej kostki przyśrodkowej i odcina obwodowy przyczep mięśnia piszczelowego przedniego. Z cięcia bocznego stopy otwiera się staw skokowo-piętowy i staw Choparta i nastawia kość łódkowatą

na głowę kości skokowej, doprowadzając przedni kąt Kite'a do normy. W tym etapie znosi się supinację i przywiedzenie przodostopia oraz supinację pięty.

II etap.

Z cięcia bocznego stopy wycina się ze stawu Choparta odpowiedni klin (wielkość klina oblicza się na zdjęciu rentgenowskim), następnie wydłuża ścięgno Achillesa, w razie potrzeby otwiera się staw skokowo-goleniowy od tyłu i przeszczepia mięsień piszczelowy przedni na grzbiet stopy.

Jeżeli podczas zabiegu kąt Kite'a doprowadzony został do normy — ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego nie należy przeszczepiać lecz przyszyć na miejscu jego anatomicznego przyczepu. W tym etapie znosi się pozostałe komponenty zniekształcenia — wydrążenie i końskie ustawienie stopy.

Podczas zabiegu nie należy wydłużać długich zginaczy palców i palucha oraz przywodziciela palucha, a także nie należy otwierać stawu łódkowo-klinowego i klinowo-śródstopnego I.

** WIRSKI JANUSZ — „*Odruch Hoffmanna w stanie szoku rdzenia u człowieka*”.

Klinika Rehabilitacji AM

Porażenie powstające w wyniku uszkodzenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego wywołuje jedno z najcięższych kalectw. Stwarza ono wiele problemów leczniczych i diagnostycznych. Publikacje ostatnich lat świadczą o stałym doskonaleniu metod leczniczych, natomiast zagadnienia związane z wczesną diagnostyką są traktowane raczej marginesowo. Do dziś nie opracowano metody diagnostycznej, któraby podobnie jak elektrokardiografia w klinice kardiologicznej umożliwiała dostatecznie wcześnie i w sposób obiektywny dokonanie oceny głębokości uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Fizjopatologia rdzenia kręgowego u człowieka jest dziedziną pomostową, mogącą służyć klinice i neurofizjologii, gdyż wszelki postęp w leczeniu tetra i paraplegików zależy w głównej mierze od wiedzy teoretycznej, dotyczącej mechanizmów i organizacji funkcji ruchowych centralnego układu nerwowego.

Celem tej pracy było:

1. Dokonanie próby oceny stanu czynnościowego izolowania rdzenia.
2. Próba wyjaśnienia mechanizmów, wywołujących w stanie szoku rdzenia zmianę czynności prostego łuku odruchowego dla odpowiedzi H.
3. Sprawdzenie, czy u człowieka w stanie szoku rdzenia, można przy wykorzystaniu odruchu Hoffmanna, ocenić stopień uszkodzenia rdzenia.

Badania wykonano na materiale 127 chorych, po urazowym uszkodzeniu rdzenia, zakwalifikowanych na podstawie oceny stanu klinicznego do uszkodzeń całkowitych. Grupę kontrolną stanowiło 15 ludzi zdrowych. W badaniach wykorzystano metodyki Paillarda, Hoffmanna, Hugona oraz metodę własną. Odruch Hoffmanna wywoływano drażniąc bodźcami elektrycznymi nerw piszczelowy w okolicy dołu podkolanowego. Odpowiedź rejestrowano z mięśnia płaszczkowatego. Wywołano także odruch ścięgniasty mięśnia płaszczkowatego i dwugłowego uda. Jako stymulację warunkującą stosowano bodźce elektryczne bólowe na nerw tydkowy, wywołując odruch *A III*, oraz wykorzystano drażnienie skóry przez drapanie w strefie porażenia czucia.

Badania wykonywano w kilka lub kilkanaście godzin po uszkodzeniu rdzenia, a następnie powtarzano je kilkakrotnie, w okresie 4 do 12 tygodni.

Analizując wyniki przeprowadzonych badań, poczyniono następujące spostrzeżenia:

1. U ludzi zdrowych amplituda odpowiedzi odruchowych *H* i *T* pod wpływem

wzrastającej częstotliwości stymulacji, uległa powolnemu obniżeniu, ale odpowiedź była obecna jeszcze przy dużych częstotliwościach drażnienia (rzędu 40—60 c/s).

2. Stymulacja warunkująca bólowa powodowała wzrost amplitudy odpowiedzi H i T o 20 do 60%. Obserwowano kumulacyjny spadek amplitudy kilku pierwszych odruchów w serii.

3. Amplituda odpowiedzi polisynaptycznej $A III$ wskazywała kumulacyjny wzrost o kilkaset procent, w stosunku do pierwszej odpowiedzi w serii.

4. U ludzi w stanie szoku rdzenia, wzrost częstotliwości stymulacji powodował szybkie obniżanie się amplitudy odpowiedzi H i zanikanie odruchu, przy małych lub średnich częstotliwościach drażnienia.

5. Amplituda odpowiedzi H przy podstawowej częstotliwości drażnienia, wykazywała kilkakrotnie mniejsze wartości niż u ludzi zdrowych. Latencja odruchu była wydłużona o 2 do 9 ms.

6. Stymulacja bólowa (drapanie skóry) u ludzi w stanie szoku rdzenia powodowała znaczny spadek amplitudy odpowiedzi H lub całkowity zanik odruchu.

Przeprowadzone badania potwierdzają tezę, że u ludzi zdrowych odruchy miotatyczne, podlegają sterowaniu z ośrodków ponadrdzeniowych (substancja siatkowa), natomiast oddziaływanie na odruch H drażnienia receptorów skórnych, występuje jedynie przy pobudzaniu określonych stref odruchorodnych. Nie obserwuje się hamowania monosynaptycznego odruchu prostowniczego w czasie pobudzania dróg odruchowych polisynaptycznych, torujących odruch zginania.

U ludzi w stanie szoku rdzenia brak jest dopływu wszelkich sygnałów z ośrodków ponadrdzeniowych. Powoduje to odhamowanie odruchu zginania, najprawdopodobniej przez wzrost pobudliwości odnerwionych struktur rdzenia kręgowego (w szczególności interneuronów). W tym stanie bodźce skórne nabierają specjalnego znaczenia, stając się dla izolowanego rdzenia jedynym źródłem sterowania. Odruch H maleje na skutek deficytu aferencji, wywołanego hamowaniem presynaptycznym.

W uszkodzeniach rdzenia kręgowego zmiany parametrów odruchu H zależą niewątpliwie od wielu czynników. Dlatego nie ma podstaw do twierdzenia, aby nieprawidłowa odpowiedź H mogła wskazywać na uszkodzenia określonego lub określonych szlaków. Korzystne jednak będzie wprowadzenie do diagnostyki uszkodzeń rdzenia elektrofizjologicznej metody oceny funkcji odruchowej rdzenia kręgowego. Miarą głębokości uszkodzenia rdzenia byłby stopień zmniejszenia odruchu wyprostnego i wzrostu odruchu zgięcia, oceniany za pomocą odpowiedzi H . Czym bliższe normy są parametry odruchu H i mniejsze jest jego hamowanie wywołane wzrostem częstotliwości stymulacji oraz drażnieniem skóry, tym mniejsze jest uszkodzenie funkcji rdzenia.

W naszym materiale do uszkodzeń całkowitych zaliczono 85 chorych, u których odruch H wykazywał zmienione patologicznie parametry. U wszystkich chorych z tej grupy, w przebiegu leczenia nie obserwowano powrotu czynności dowolnej rdzenia.

Do uszkodzeń niecałkowitych na podstawie pomiarów odruchu H zaliczono 42 chorych. U 11 z nich stwierdzono stopniowy powrót funkcji ruchowych. U wszystkich 11 pacjentów istnieją większe lub mniejsze niedowłady, wszyscy chodzą jednak samodzielnie lub z pomocą łasek. U 17 chorych nastąpił powrót czucia głębokiego i powierzchniowego. Stwierdzono u tych chorych słabe ruchy czynne w obrębie stóp. Wykonanie ruchu czynnego pociągało za sobą odruch trójzgięcia, dotyczący kończyny jednoimiennej lub obu kończyn. U 10 pacjentów w przebiegu obserwacji stwierdzono pojawienie się czucia głębokiego i powierzchniowego. Ruchy dowolne nie występowały. Reasumując informację, można stwierdzić, że u człowieka w stanie szoku rdzenia, odruch Hoffmanna może być miernikiem stopnia uszkodzenia rdzenia kręgowego.

**** STĘPIEŃ MIECZYŚLAW** — „Budowa pochewek i unaczynienie tętnicze ścięgien mięśnia prostownika długiego palucha i prostownika długiego palców u człowieka”.

Zakład Anatomii Prawidłowej Instytutu Biostruktury AM

Na materiale 150 kończyn dolnych, pochodzących od osobników obojga płci w wieku od 26 do 83 lat, metodą nastrzykiwania tętnie wodnym roztworem tuszu chińskiego w żelatynie oraz żywicą „Polimal 101” i preparowania, zbadano budowę pochewek i unaczynienie tętnicze ścięgien mięśnia prostownika długiego palucha i prostownika długiego palców.

Na podstawie zbadanego materiału stwierdzono stałe występowanie pochewek maziowych badanych ścięgien w miejscu ich przejścia z goleni na grzbiet stopy. W miejscu tym, badane ścięgna przebiegają pod troczkami prostowników i zmieniają w największym stopniu swój kierunek przebiegu. Troczki prostowników spełniają rolę bloczków dla tych ścięgien. Pochewka maziowa ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha leży bocznie od pochewki ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego, w przedziale pośrednim troczka dolnego prostownika. Pochewka ścięgna mięśnia prostownika długiego palców i strzałkowego trzeciego, układa się bocznie od pochewki maziowej ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha. Koniec bliższy pochewki maziowej ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha znajduje się na poziomie górnego brzegu ramienia górnego troczka dolnego prostowników, natomiast położenie końca dalszego tej pochewki jest osobniczo zmienne. Prawie w połowie zbadanych przypadków koniec dalszy pochewki znajduje się na poziomie podstawy I kości śródstopia. W pozostałych przypadkach położenie tego końca waha się od podstawy do poziomu głowy I kości śródstopia. W tej grupie przypadków znajduje się on najczęściej na poziomie środkowej 1/3 części tej kości (40 przyp. na 150).

Długość pochewki maziowej ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha waha się w granicach od 67 do 120 mm. W przypadkach, w których koniec dalszy pochewki znajdował się na poziomie podstawy I kości śródstopia, długość jej waha się od 67 do 85 mm. Koniec bliższy pochewki maziowej ścięgien mięśnia prostownika długiego palców i strzałkowego trzeciego leży na poziomie dolnego brzegu troczka górnego prostowników, zaś koniec dalszy leży na poziomie kości klinowatej bocznej i kości sześcienniej. Długość tej pochewki zawarta jest w granicach od 56 mm do 79 mm. Długość pochewki ścięgien mięśnia prostownika długiego palucha, mięśnia prostownika długiego palców i strzałkowego trzeciego nie zależy od płci i strony ciała.

Ściany pochewek maziowych badanych ścięgien zbudowane są z dwóch warstw, zewnętrznej — włóknistej i wewnętrznej — błony maziowej. Warstwa włóknista na poziomie troczka dolnego prostowników jest stosunkowo gruba i silna dzięki wzmocnieniu włóknami tkanki łącznej tego troczka. Błona maziowa przechodzi ze ściany pochewki na ścięgno za pomocą krezki oraz fałdu zdwojonego przy końcu bliższym pochewki i fałdu prostego przy końcu dalszym. Długość fałdu zdwojonego jak również głębokość kieszeni głębokiej i powierzchniowej wykazuje osobniczą zmienność. Krezka ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha rozciąga się na całej długości części pochewkowej ścięgna. Zbudowana jest z dwóch blaszek błony maziowej i pokładu tkanki łącznej różnej grubości, zawartego między tymi blaszkami. Długość tej krezki odpowiada długości pochewki maziowej. Największa jej wysokość znajduje się na poziomie linii międzykostkowej i waha się w granicach od 27 mm do 38 mm.

Kaletka maziowa podścięgnowa ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha występuje w przeszło 1/3 zbadanych przypadków (57 przyp. na 150). Leży ona na poziomie podstawy I kości śródstopia. W przypadkach z długimi pochewkami

maziowymi znajduje się ona między blaszkami błony maziowej krezki. W wypadku zaniku jednej ze ścian kaletki, jama jej łączy się z jamą pochewki maziowej, w wypadku zaniku ściany bocznej i przysrodkowej w tej części krezki powstaje otwór. Taki zanik obydwu ścian kaletki maziowej podścięgnowej obserwowano w trzech przypadkach i może być on uważany za jeden z rodzajów zaniku krezki ścięgien. Ścięgno mięśnia prostownika długiego palucha w 1/3 przypadków posiada dodatkowe pasmo ścięgnowe, kończące się na torebce stawu śródstopno-palcowego palucha. Szerokość tego pasma waha się od 1,5 mm do 3,0 mm. Odpowiada ono pozostałościom zanikłego mięśnia prostownika długiego dodatkowego palucha. O możliwości występowania tego pasma należy pamiętać przy zabiegach operacyjnych dokonywanych na tym ścięgnię.

Krezka ścięgien mięśnia prostownika długiego palców i strzałkowego trzeciego jest krezką wspólną dla wszystkich ścięgien i rozciąga się na całej długości pochewki maziowej. Największa jej wysokość znajduje się na poziomie linii między kostkowej i waha się przy stopie, ustalonej pod kątem prostym do голени, w granicach od 27 mm do 38 mm.

W krezkach badanych ścięgien przebiegają do ścięgna naczynia tętnicze, żyłne i gałązki nerwowe.

Ścięgna badanych mięśni unaczynione są przez tętniczki dochodzące do nich z przyczepu mięśniowego z krezki, z tkanki łącznej wiotkiej około ścięgnowej i z przyczepu okostnowego. Tętniczki dochodzące do brzośca mięśnia wnikają do ścięgna w miejscu przejścia brzośca mięśnia w ścięgno. Podobnie tętniczki z okostnej wnikają do ścięgna w miejscu jego przyczepu do okostnej. Tętniczki tkanki łącznej okołościęgnowej tworzą dookoła części nadpochewkowej i podpochewkowej delikatne sploty, od których odchodzą gałązki wnikające do ścięgna.

W krezce ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha biegają do ścięgna tętniczki krezkowe w liczbie od trzech do sześciu. Częstość występowania poszczególnych układów tych tętniczek jest do siebie zbliżona i waha się od 21,3% do 28%. Ze wzrostem długości pochewki ścięgna mięśnia prostownika długiego palucha, wzrasta również średnia liczba tętniczek krezkowych.

W krezce ścięgna mięśnia prostownika długiego palców i strzałkowego trzeciego biegają do tych ścięgien dwie lub trzy tętniczki. Częściej (w 3/5 przyp.) spotykane są przypadki z trzema tętniczkami. Tętniczki krezkowe na swoim przebiegu oddają gałęzie ścienne do ściany pochewki, gałęzie krezkowe do krezki ścięgna i gałęzie ścięgnowe wstępujące i zstępujące. Gałęzie krezkowe i ścięgnowe sąsiadujących tętniczek tworzą ze sobą zespolenia w postaci arkad. Gałęzie ścięgnowe wstępujące i zstępujące biegają w przyczepie krezki do ścięgna, zespalają się nie tworząc typowej tętniczki grzbietowej ścięgna i oddają gałązki wnikające do wnętrza ścięgna.

Wymienione źródła unaczynienia ścięgien mają ze sobą zespolenia. Połączenia poszczególnych źródeł zaopatrzenia ścięgien oraz zespolenia gałęzi tętniczych krezkowych stanowią rodzaj bardzo skomplikowanego i jednocześnie bardzo delikatnego krążenia obocznego krwi w ścięgniach. Uszkodzenie urazowe lub w czasie zabiegów operacyjnych jednego ze źródeł unaczynienia bądź ich zespołań może prowadzić do niedokrwienia tej części ścięgna lub do jego martwicy odcinkowej.

Biorąc pod uwagę liczbę tętniczek biegnących w krezkach badanych ścięgien, nie stwierdzono zależności liczby tych tętniczek od płci i strony ciała.

СОДЕРЖАНИЕ

Еугениуш Спехович	— Участие молодежи Варшавской Медицинской Академии в обслуживании региона и страны	101
Ян Татонь	— Возможности воспитательного воздействия в ходе обучения клинической медицины	105
Ежи Цельма-Панэк	— Вузовские обычаи и регалии	111
Эльжбета Лапиньска	— Оценка изменений индивидуальности студентов в течение первых лет учебы в Академии	131
Януш Комендер, Анджей Будаи, Анджей Новак	— Учебное заведение в глазах студентов I курса	141
Бертольд Кассур, Ежи Янушкевич	— Организация VI Международного Конгресса специалистов по инфекционным и паразитическим заболеваниям, состоявшегося в Варшаве	151
Кшиштоф Бочковски	— Генетическая детерминация и различение пола	157
Наши ученые:		
Цезары В. Корчак	— Проф. Марцин Кацпшак	163
Мечислав Качиньски	— Проф. Ян Мазуркевич	171
Галина Вардашко-Лысковска	— Проф. Юзеф Хандельсман	177
Избранные научные труды		182

CONTENTS

<i>Eugeniusz Spiechowicz</i>	— Services Rendered by Students of the Medical Academy in Warsaw to the Region and Country.	101
<i>Jan Taton</i>	— Possibilities of Educational Influence during Clinical Instruction in Medicine	105
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Academic Customs and Insignia	111
<i>Elzbieta Lapinska</i>	— An Estimate of the Personality Changes in Medical Students during the First Years of their Studies at the Academy	131
<i>Janusz Komender, Andrzej Budaj, Andrzej Nowak</i>	— Medical Academy in the Eyes of the First-Year Students	141
<i>Bertold Kassur, Jerzy Januskiewicz</i>	— International Kongres of Infections and Parasitic Diseases	151
<i>Krzysztof Boczkowski</i>	— Genetic Determination and Sex Differentiation	157
Our Eminent Scientists:		
<i>Cezary W. Korczak</i>	— Professor Marcin Kacprzak	163
<i>Mieczyslaw Kaczyński</i>	— Professor Jan Mazurkiewicz	171
<i>Halina Wardaszko-Lyskowska</i>	— Professor Józef Handelsman	177
Selected Scientific Works		182

INHALTSVERZEICHNIS

<i>Eugeniusz Spiechowicz</i>	— Teilnahme der Jugend der Medizinischen Akademie in Warszawa an der Sozialleistung für die Region und das Land	101
<i>Jan Tatoń</i>	— Möglichkeiten der Erziehungseinwirkung im Laufe des klinischen Unterrichtes der Medizin	105
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Akademische Gewohnheiten und Insignien	111
<i>Elżbieta Łapińska</i>	— Die Beurteilung der Änderung der Persönlichkeit der Studenten der Medizin im Laufe der ersten Studienjahre	131
<i>Janusz Komender, Andrzej Budaj, Andrzej Nowak</i>	— Die Hochschule gesehen von den Studenten des ersten Studienjahres	141
<i>Bertold Kassur, Jerzy Januszkiewicz</i>	— Die Organisation des VII Internationalen Kongresses der Ansteckenden und Parasitologischen Spezialisten	151
<i>Krzysztof Boczkowski</i>	— Genetische Determination und die Geschlechtsdifferenzierung	157
Persönlichkeiten unser Gelehrten		
<i>Cezary W. Korczak</i>	— Prof. Marcin Kacprzak	163
<i>Mieczysław Kaczyński</i>	— Prof. Jan Mazurkiewicz	171
<i>Halina Wardaszko-Łyskowska</i>	— Prof. Józef Handelsman	177
Auserwählte wissenschaftliche Arbeiten		182

TABLE DES MATIÈRES

<i>Eugeniusz Spiechowicz</i>	— La part des jeunes de l'Académie de Médecine aux activités en faveur de la région et du pays	101
<i>Jan Tatoń</i>	— Possibilités d'influence pédagogique au cours de l'enseignement clinique de la médecine	105
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Les coutumes et les insignes académiques	111
<i>Elżbieta Łapińska</i>	— Modifications de personnalité des étudiants pendant les premières années d'études à L'Académie de Médecine	131
<i>Janusz Komender, Andrzej Budaj, Andrzej Nowak</i>	— L'école supérieure — aux yeux des étudiants du I-er cours	141
<i>Bertold Kassur, Jerzy Januszkiewicz</i>	— L'organisation du VI-ième Congrès International des spécialistes des maladies contagieuses et parasitaires à Varsovie	151
<i>Krzysztof Boczkowski</i>	— Détermination génétique et différenciation—es sexes	157
Portraits de nos savants:		
<i>Cezary W. Korczak</i>	— Professeur Marcin Kacprzak	163
<i>Mieczysław Kaczyński</i>	— Professeur Jan Mazurkiewicz	171
<i>Halina Wardaszko-Łyskowska</i>	— Professeur Józef Handelsman	177
Travaux scientifiques choisis		182

ERRATA

Redakcja Kwartalnika Akademii Medycznej uprzejmie przeprasza Czytelników za nie zamieszczenie ze względów technicznych: Słowniczka polskiego nazewnictwa lekarskiego.

KOMITET REDAKCYJNY:

doc. dr hab. med. Jerzy Majkowski — redaktor naczelny
mgr Wiesław Dziewulski — sekretarz redakcji
dr med. Cezary Włodzimierz Korczak — redaktor działu
inż. Zdzisław Sztajer — redaktor działu

OPRACOWANIE EDYTORSKIE: red. Jerzy Celma-Panek

ADRES REDAKCJI

ul. Filtrowa 30, pok. 103

02-032 Warszawa

telefon: 25-47-01

25-00-51 w. 17

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

WARUNKI PRENUMERATY:

Prenumerata: rocznie 60.— zł

Instytucje państwowe, społeczne, zakłady pracy, szkoły itp. mogą zamawiać prenumeratę wyłącznie w miejscowych oddziałach i delegaturach „Ruchu”, 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 RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa, ul. Towarowa 28 (w terminie do dnia 10 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 archiwalnych, na uprzednie pisemne zamówienia, prowadzi Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch” Warszawa, ul. Towarowa 28, lub Redakcja Kwartalnika.

Indeks 36438/36304