

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



SPIS TREŚCI

Od Redakcji		289
Nowe władze Akademii Medycznej		290
<i>Janusz Komender</i>	— Uroczysta promocja doktorów „honoris causa:”	296
	— prof. Henryk Brokman	297
	— prof. Adam Gruca	300
	— prof. Witold Eugeniusz Zawadowski	303
<i>Szczesny Leszek Zgliczyński</i>	— Rola akademii medycznej w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia	307
<i>Bolesław Górnicki</i>	— Demograficzno-ekonomiczne aspekty rozwoju, warunkujące planowanie opieki zdrowotnej	315
<i>Andrzej Trzebski</i>	— Zasadnicze kierunki działalności dziekanatu wydziału lekarskiego w latach 1972—1975	325
<i>Małgorzata Czeley—Wybieralska</i>	— Kultura medyczna w wypowiedziach studentów	335
<i>Leszek Modliński,</i> <i>Rubens Figurski</i>	— Podświetlacz sorologiczno-bakteriologiczny	341
Wykaz stopni naukowych		345
Sylwetki Naszych Uczonych:		
<i>Kazimierz Marzinek</i>	— prof. Adam Ferdynand Czyżewicz	349
<i>Ireneusz Roszkowski</i>	— prof. Wilhelm Włodzimierz Sowiński	355
<i>Zbigniew Sternadel</i>	— prof. Tadeusz Bulski	358
Z życia SSKN:		
<i>Anna Deka, Paweł Januszewicz</i>	— Łagodna niewydolność krążenia jako powikłanie świeżego zawału serca	362
Ci, którzy odeszli:	— prof. Zdzisław Askanas	366
	— prof. Julian Walawski	368
	— prof. Aleksandra Mitrynowicz-Modrzejewska	371
	— dr Tadeusz Osuch	375
	— Jadwiga Stefanowicz	377
	— Teresa Boniecka	379

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

ROK VII

1975

NR 4

OD REDAKCJI

Dnia 1 września 1975 r. powołane zostały nowe władze uczelni. W niniejszym numerze przedstawiamy Czytelnikom sylwetki nowo powołanych prorektorów i dziekanów.

W sali Teatru Polskiego pod przewodnictwem rektora AM prof. Szczęsnego Leszka Zgliczyńskiego w dniu 6 października 1975 r. odbyła się uroczysta inauguracja roku akademickiego 1975/76. Podczas inauguracji rektor AM nadał godność „doctora honoris causa” dwum profesorom z uczelni zagranicznych: prof. Bjorn Folkow dyrektorowi Instytutu Fizjologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Goteborgu i prof. Edwardowi Shellard, Chelsea College of Science and Technology University of London.

Podajemy także informacje o nadaniu za wybitne zasługi i osiągnięcia dla nauki polskiej godności „doctora honoris causa” dla profesorów: H. Brokmana, A. Grucy i E. Zawadowskiego. Uroczystość miała miejsce w dniu 16 czerwca 1975 r. w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie.

W jubileuszowym roku XXV-lecia Akademii Medycznej w Warszawie odbyły się 3 sesje naukowe:

- I sesja — Rola Warszawskiej Akademii Medycznej w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia w regionie.
Warszawa, 10 kwietnia 1975 r.*
- II sesja — Problemy ochrony środowiska.
Plock, 25—26 maja 1975 r.*
- III sesja — dwutomowa*
 - a) Model socjalistycznego lekarza w dobie rewolucji naukowo—technicznej (problemy socjalistyczne, światopoglądowe, etyczne, psychologiczne, pedagogiczne i historyczne).*
 - b) Wzory osobowe lekarzy w literaturze i sztuce.
Warszawa, 25 listopada 1975 r.*

Część prac z I sesji naukowej została już wydrukowana (nr 3 i 4). W następnych numerach KAM-u będziemy zamieszczali sukcesywnie dalsze prace.

NOWE WŁADZE AKADEMII MEDYCZNEJ

Z dniem 1.IX.1975 r. w Warszawskiej Akademii Medycznej powołane zostały nowe władze w następującym składzie:

- Rektor — prof. dr med. *Szczęśny Leszek ZGLICZYŃSKI*
 Prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych — prof. dr hab. n. med. *Eugeniusz SPIECHOWICZ*
 Prorektor ds. klinicznych, rozwoju kadr i inwestycji — doc. dr hab. n. med. *Tadeusz KRASKA*
 Prorektor ds. badań naukowych i współpracy — doc. dr hab. n. med. *Jan TATOŃ*

WYDZIAŁ LEKARSKI I

- Dziekan — doc. dr hab. med. lek. dent. *Leszek KRYST*
 Prodziekan — doc. dr hab. n. med. *Jerzy BIDZIŃSKI*
 Prodziekan — doc. dr hab. n. med. *Janusz KOMENDER*
 Prodziekan — doc. dr hab. n. med. *Bruno SZCZYGIEL*

WYDZIAŁ LEKARSKI II

- Dziekan — doc. dr hab. med. *Jerzy MAJKOWSKI*
 Prodziekan — doc. dr hab. med. *Ryszard ALEKSANDROWICZ*

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

- Dziekan — prof. dr hab. chem. *Jerzy CHODKOWSKI*
 Prodziekan — doc. dr hab. n. farm. *Mirostawa GOLENIEW-SKA-FURMANOWA*
 Prodziekan — doc. dr hab. farm. *Teodor ZAWADOWSKI*

Życiorysy i fotografie rektora prof. dr med. *S. L. Zgliczyńskiego* oraz prorektora ds. dydaktyczno-wychowawczych — prof. dr hab. med. *E. Spiechowicza* zamieszczone były w Kwartalniku Akademii Medycznej w Warszawie w nr 4/1972 (rocznik IV). Obecnie redakcja przedstawia życiorysy nowych prorektorów i dziekanów.

**ŻYCIORYS
DOC. DR N. MED.
TADEUSZA KRASKI**



TADEUSZ KRASKA urodził się 12 kwietnia 1930 r. w rodzinie robotniczej w Strzegowie, osadzie położonej w obecnym województwie ciechanowskim. W latach okupacji nie mając warunków do nauki, zatrudniony był okresowo jako najemny pracownik fizyczny. Po wyzwoleniu odrabiając szybko opóźnienia szkolne uzyskał w 1950 r. świadectwo dojrzałości w Liceum im. St. Wyspiańskiego w Mławie i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, zdobywając dyplom lekarza w styczniu 1956 r. Nieco wcześniej, bo w październiku 1955 r. rozpoczął pracę w Zakładzie Higieny Pracy Warszawskiej AM.

Od października 1959 r. w drodze przeniesienia służbowego pracuje w IV Klinice Chorób Wewnętrznych, zaj-

mując kolejno stanowiska asystenta, starszego asystenta, adiunkta, docenta obecnie kierownika kliniki.

Stopień doktorski uzyskał w 1965 r. na podstawie rozprawy pt. „Zaburzenia hemodynamiczne pod wpływem częstoskurczu komorowego”.

Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie kardiologii uzyskał w lutym 1971 r. na podstawie pracy pod tytułem: „Metodyka badania i oceny skuteczności rehabilitacji chorych z zawałem serca”. W kwietniu 1972 r. powołany został na stanowisko docenta w AM w Warszawie.

Jest specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologii.

Ogłosił drukiem 56 publikacji, opracował i wygłosił wiele referatów naukowych na posiedzeniach towarzystw w kraju i za granicą. Jest członkiem PZPR. Pełnił już w czasach studiów a następnie przez cały okres pracy zawodowej, szereg odpowiedzialnych funkcji organizacyjnych i społeczno—politycznych, wykazując duże uzdolnienia i wybitne zaangażowanie w pracach na rzecz uczelni. Z dniem 1 września 1975 r. został powołany na stanowisko prorektora Warszawskiej Akademii Medycznej.

ŻYCIORYS
DOC. DR HAB. MED.
JANA TATONIA



JAN TATONIA urodził się 16 stycznia 1930 r. w Przemysłu. Dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim Warszawskiej Akademii Medycznej w 1954 r.

Po studiach specjalizuje się w problematyce naukowej i klinicznej chorób przemiany materii (cukrzyca) i endokrynologii klinicznej. W tym zakresie pracuje w III Klinice Chorób Wewnętrznych Warszawskiej AM. W 1962/1963 odbywa roczny staż w Klinice Medycyny Wewnętrznej Tuft's Medical School w Bostonie, w 1963/1964 jest pracownikiem naukowym Kliniki Chorób Wewnętrznych Harvard Medical School i Kliniki Joslina w Bostonie, w których to ośrodkach poświęca się problematyce diabetologii i endokrynologii. W 1972 r. odbywa staż we Wszechzwiązkowym Insty-

tucie Endokrynologii Doświadczalnej i Chemii Hormonów w Moskwie, w 1975 r. w Instytucie Biochemii Klinicznej i Klinice Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Genewie. Stopień doktora nauk medycznych (temat: „Ocena czynności kory nadnerczy w cukrzycy”), uzyskuje w 1961 r. Habilituje się pracą pt.: „Badania nad genetycznym uwarunkowaniem mikroangiopatii cukrzycowej”, i uzyskuje tytuł docenta nauk medycznych w zakresie chorób wewnętrznych w 1967 r. Jednocześnie otrzymuje stanowisko docenta w III Klinice Chorób Wewnętrznych AM.

Jest autorem lub współautorem ponad 100 publikacji naukowych ogłoszonych w piśmiennictwie krajowym i międzynarodowym, głównie z zakresu diabetologii, klinicznej endokrynologii, a także monografii naukowych („Angiopatía cukrzycowa”, „Diabetologia kliniczna”, „Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie” i inne), oraz monografii „Medycyna w USA”. W 1973 r. uzyskał za prace z zakresu diabetologii nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej I stopnia, w 1974 r. nagrodę tego samego rodzaju za analizy z zakresu organizacji badań naukowych.

Pełni funkcję eksperta Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie przewlekłych chorób zwyrodnieniowych (cukrzyca) oraz klinicznej farmakologii. Jest członkiem Rady Europejskiego Towarzystwa Badań Cukrzycy, członkiem szeregu towarzystw naukowych krajowych i międzynarodowych, a także Komisji Przemiany Materii PAN. Jest sekretarzem Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej. W Warszawskiej Akademii Medycznej pełnił funkcje przewodniczącego Rady Pedagogicznej V Kursu Wydziału Lekarskiego, przewodniczącego Rady Szkoły do spraw Młodzieży, prodziekana Wydziału Lekarskiego w latach 1972—1975. Członek PZPR.

ŻYCIORYS
DOC. DR. HAB. MED. I LEK. STOM.
LESZKA KRZYSTA



LESZEK KRZYSTA urodził się w Warszawie 20 maja 1929 r. w rodzinie robotniczej. W czasie okupacji niemieckiej i powstania warszawskiego brał czynny udział w Ruchu Oporu i walce zbrojnej, za co zastał odznaczony Krzyżem Walecznych. Po upadku powstania był więziony w obozach karnych na terenie Niemiec, a po oswobodzeniu brał udział w Polskich Siłach Zbrojnych we Włoszech i Anglii. W 1947 r. wraca do kraju.

W 1954 r. kończy studia stomatologiczne, a w 1964 r. ogólnomedyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Od chwili uzyskania dyplomu lekarza stomatologa pracuje początkowo w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, a następnie w Klinice Chirurgii Szcękowej AM. Uzyskuje kolejne stopnie i stanowiska przewidziane dla pracowników naukowo — dydaktycznych. Posiada spe-

cializację w zakresie anestezjologii, stomatologii, chirurgii stomatologicznej i szczękowej.

W 1965 r. uzyskuje stopień doktora nauk med. broniąc rozprawy pt. „Badania laboratoryjne fizyko-chemicznych własności cementów krzemowych”. Następnie, w 1972 r. uzyskuje stopień doktora habilitowanego po obronie pracy pt. „Zmiany morfologiczne w stawach skroniowo-żuchwowych ludzi”. W roku następnym zostaje powołany na stanowisko docenta etatowego w Klinice Chirurgii Szcękowej i Stomatologii I.S. AM. W 1975 r. obejmuje stanowisko kierownika tej kliniki. Z chwilą powstania (1970 r.) Instytutu Stomatologii AM jest jego wicedyrektorem a następnie dyrektorem. W kadencji 1972—1975 r. pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego.

W swoim dorobku naukowym posiada ponad 50 publikacji w polskim i zagranicznym piśmiennictwie fachowym, oraz współdziałał w wydawnictwach monograficznych i podręcznikowych. Jest autorem kilku filmów dydaktyczno—szkoleniowych. Jest członkiem Senatu AM w Warszawie. Pełni funkcję zastępcy rzeczownika dyscyplinarnego Wyższej Komisji Dyscyplinarnej (dla Nauczycieli Akademickich przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej). Bierze aktywny udział w pracach związków zawodowych jako członek CRZZ i Prezydium Z.G. ZZPSZ. Był organizatorem i pierwszym przewodniczącym Rady Uczelnianej ZZPSZ w AM i PSK. Należy do aktywnych członków PZPR, uczestnicząc od wielu lat w pracach Egzekutywy KU.PZPR.AM w Warszawie. Posiada szereg odznaczeń państwowych, wojskowych oraz wyróżnień za pracę zawodową, działalność polityczną i społeczną.

Na okres kadencji 1975—78 decyzją J.M. Rektora został powołany na stanowisko dziekana Wydziału Lekarskiego I-go w Warszawie.

ŻYCIORYS
DOC. DR. HAB. MED.
JERZEGO MAJKOWSKIEGO



JERZY MAJKOWSKI urodził się 17 lutego 1928 r. w Bogatem w rodzinie robotniczej. W okresie okupacji uczęszczał na komplety tajnego nauczania w Warszawie. W 1944 r. brał udział w Ruchu Oporu i w Powstaniu Warszawskim, w zgrupowaniu mjra Roga. Po upadku powstania zostaje wywieziony do obozu jenieckiego w Niemczech. W latach 1945—1947 uczęszcza do Gimnazjum i Liceum im. J. Słowackiego w Hohenwepel — Dossel i uzyskuje świadectwo dojrzałości. W 1947 r. wstępuje na Wydział Lekarski UW w Warszawie. W 1952 r. otrzymuje dyplom lekarski w Akademii Medycznej w Warszawie.

Od 1950 do 1973 r. pracuje w Klinice Neurologicznej AM w Warszawie, początkowo jako wolontariusz, a od 1952—1954 jako stypendysta Ministerstwa Zdrowia, następnie przechodzi przez wszystkie szczeble pracy dydaktyczno—naukowej. W 1968 r. otrzymuje stanowisko docenta w Kli-

nice Neurologicznej a 1973 r. obejmuje ordynaturę Oddziału Neurologicznego Ośrodka Naukowo—Dydaktycznego AM w Szpitalu Grochowskim.

W 1958 r. otrzymuje stopień doktora medycyny, a w roku 1964 stopień doktora habilitowanego przedstawiając rozprawę habilitacyjną pt. „Wpływ niszczenia dróg słuchowych kota na proces uczenia się odpowiedzi na bodźce dźwiękowe”.

Doc. dr J. Majkowski odbył liczne staże naukowe za granicą m. in. w 1954 r. w Klinice Neurologicznej w Pradze, w 1958 r. w National Hospital w Londynie, w Burden Neurological Hospital w Bristolu i w Oddziale Neurologii Klinicznej Uniwersytetu we Freiburgu. W 1959—1960 jako stypendysta Fundacji Rockefellera pracował w Montreal Neurological Institute w Kanadzie. W 1964—1966 prowadził badania nad neurofizjologicznymi mechanizmami uczenia się i zastosowaniem techniki komputerowej do badań czynności mózgu w Brain Research Laboratories w New York Medical College i w Biology Department, California Institute of Technology, Pasadena. W 1968 r. zapoznaje się z ośrodkami naukowymi w Tbilisi, Moskwie i Leningradzie. Od 7 lat prowadzi stałą współpracę z naukowymi ośrodkami za granicą.

Doc. dr. J. Majkowski jest autorem ponad 100 prac naukowych, oraz autorem lub współautorem 4 monografii. Prace te w większości dotyczą klinicznych i doświadczalnych badań nad padaczką, za którą autor otrzymał nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Jest przewodniczącym Komisji Neurofizjologii Klinicznej i Elektroencefalografii PAN i członkiem Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, członkiem międzynarodowych towarzystw i szeregu komisji naukowych i społecznych. Jest członkiem PZPR i członkiem ZBOWID-u. Odznaczony został Krzyżem Walecznym i Złotym Krzyżem Zasługi.

**ŻYCIORYS
PROF. DR HAB. CHEM.
JERZEGO CHODKOWSKIEGO**



JERZY CHODKOWSKI urodził się 8 sierpnia 1926 r. w Warszawie. Świadcetwo dojrzałości uzyskał w czasie okupacji w tajnym nauczaniu. W Powstaniu Warszawskim walczył w ugrupowaniu AK „Żywiciel”. Po ucieczce z obozu pracował jako robotnik w Pruszkowie.

Po wyzwoleniu w latach 1945—1946 pracował w Spółcznym Przedsiębiorstwie Budowlanym jako robotnik, a następnie jako grupowy. Równocześnie w 1945 r. rozpoczął studia chemiczne w Uniwersytecie Warszawskim; w 1950 r. uzyskał tytuł magistra filozofii w zakresie chemii. Od 1947 r. pracował w Katedrze Chemii Nieorganicznej UW pod kierunkiem prof. dra Wiktora Kemuli jako asystent, starszy asystent, od 1953 r. jako adiunkt, a od roku 1957 — jako docent. W Uniwersytecie w latach 1952—1955 był sekretarzem Zespołu

Katedr Chemii; sprawował różne funkcje w Związku Nauczycielstwa Polskiego.

Od roku 1961 jest kierownikiem Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej w Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie. W 1964 r. otrzymał nominację na profesora nadzwyczajnego. W latach 1962—1969 był prodziekanem Wydziału Farmaceutycznego, od 1973 jest dyrektorem Instytutu Nauki o Leku. — Profesor J. Chodkowski ogłosił 77 publikacji naukowych.

Prof. Chodkowski jest od 1957 r. nieprzerwanie członkiem Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chemicznego, a w latach 1968—1972 był wiceprezesem Towarzystwa. Od 1954 r. jest członkiem Komitetu Redakcyjnego Roczników Chemii, a od 1969 r. — zastępcą redaktora naczelnego tego czasopisma. W latach 1956—1975 był członkiem Komisji Chemii Analitycznej Polskiej Akademii Nauk, w latach 1959—1969 przewodniczącym Podkomisji Polarograficznej. Jest członkiem Rad Naukowych Instytutu Farmaceutycznego i Instytutu Leków.

W 1973 r. otrzymuje nagrodę miasta stołecznego Warszawy za szczególne osiągnięcia dla rozwoju warszawskiej służby zdrowia i podnoszenia zdrowotności mieszkańców.

*Doc. dr hab. med. Janusz Komender**

UROCZYSTA PROMOCJA DOKTORÓW HONORIS CAUSA

W dniu 16 czerwca 1975 r. odbyła się w Sali Warszawskiej Pałacu Kultury i Nauki uroczystość nadania honorowych tytułów doktorów znanym i powszechnie szanowanym profesorom Warszawskiej Akademii Medycznej: Henrykowi Brokmanowi, Adamowi Grucey, Witoldowi Zawadowskiemu.

Szanowni Doktorzy Honorowi mają ogromno zasługi w rozwoju naszej służby zdrowia, są wychowawcami wielu pokoleń lekarzy i pracowników naukowych. Oni przekazywali zaszczytne tradycje warszawskich uczelni medycznych powojennym rocznikom studentów. Nic więc dziwnego, że dzień ten był szczególnie uroczysty w naszej uczelni. W roku XXV-lecia swego istnienia, uczelnia nadała Im najwyższą godność, którą może dysponować, jako wyraz czci dla tych, którzy uczelnię po zniszczeniach wojennych odbudowali i rozbudowali.

Uroczystość zaszczycił swoją obecnością prezes Polskiej Akademii Nauk — prof. W. Trzebiatowski, v-minister zdrowia i opieki społecznej — doc. dr hab. J. Grenda, przedstawiciele władz, dziennikarze, liczne grono pracowników akademii medycznej, rodziny oraz uczniowie i przyjaciele Szanownych Doktorów.

Uroczystość rozpoczęło wejście Senatu Uczelni przy dźwiękach „*Gaudeamus*”. Następnie JM Rektor zaprosił na podium promowanych oraz ich promotorów.

Na salę weszli prof. W. Zawadowski, prof. H. Brokman, w towarzystwie prof. M. Kobierskiej, prof. A. Grucea w towarzystwie prof. M. Garlickiego. Zgromadzeni powitali wchodzących gorącą owacją.

Po wysłuchaniu hymnu narodowego, dziekan prof. A. Trzebski odczytał uchwały Rady Wydziału Lekarskiego Warszawskiej Akademii Medycznej o nadaniu tytułów honorowych. Następnie odbyły się ceremonie promocji. Zebrani wysłuchali krótkich referatów biograficznych, przedstawionych przez promotorów: prof. M. Kobierską mówiła o prof. H. Brokmanie, prof. M. Garlicki o prof. A. Grucey a rektor prof. S.L. Zgliczyński o prof. W. Zawadowskim. Po nich zabierali głos promowani. W krótkich, prostych słowach przedstawili kolejno historię swojego życia, swych osiągnięć, poglądy i refleksję na tematy naukowe, które omówione z dystansem i skromnością wzbudziły podziw i szacunek.

Następnie Dziekan odczytał teksty dyplomów, które J.M. Rektor wręczył Szanownym Doktorom Honoris Causa:

Prof. Henrykowi Brokmanowi — „*Qui de paediatrica in Polonia atque in toto orbe terrarum promovenda optime meritus est*”;

Adamowi Grucey — „*Qui fundamenta recentioris orthopaediae in Polonia iecit*”;

*) Kierownik Zakładu Transplantologii AM

Prof. Witoldowi Zawadowskiemu — „*Qui Poloniam Viam rationemque radiologiae investigandae primus ingressus est*”.

Przy gorącym aplauzie sali Promowani przyjmują dyplomy dziękując władzom Uczelni za wyróżnienie.

Uroczystość kończy odśpiewanie przez chór pod kierownictwem Wita Zawirskiego o pieśni „*Cześć Polskiej Ziemi, Cześć*”.



Doktorzy Honoris Causa Warszawskiej Akademii Medycznej, po uroczystej promocji w dniu 16 czerwca 1975 roku. Siedzą od lewej: prof. dr Witold Zawadowski, prof. dr Adam Gruca i prof. dr Henryk Brokman.

SYLWETKI WYBITNYCH UCZONYCH WARSZAWSKIEJ AM, KTÓRZY OTRZYMALI GODNOŚĆ DOKTORA HONORIS CAUSA

PROF. ZWYCZ. DR HAB. MED. HENRYK BROKMAN

Profesor Henryk Brokman urodził się 1886 r. w Warszawie. W 1904 r. wstąpił na Uniwersytet Warszawski, a po dwóch miesiącach został wydalony za udział w strajku, którego hasłem było dążenie do niepodległości i spolonizowania szkolnictwa. Studia lekarskie ukończył w Heidelbergu i w 1911 r. otrzymał tytuł doktora medycyny.

Po powrocie do kraju dwa lata pracuje u doc. dr W. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. W 1913 r. zostaje asystentem wolontariuszem prof. dr Emila Foera w Klinice Dziecięcej Uniwersytetu w Zurichu. W 1915 r. wraca do kraju i zostaje zmobilizowany jako lekarz do armii rosyjskiej. W 1916 r. w czasie walk frontowych

zostaje ciężko ranny i ewakuowany do Petersburga, a stamtąd na Kaukaz, gdzie pracuje jako lekarz sanatoryjny. Po Rewolucji Październikowej dekretem komisarzy ludowych powstaje tam Rada Wygnańcza, a dr H. Brokman zostaje wybrany jej pierwszym prezesem.

W 1918 r. występuje jako ochotnik — lekarz do tworzącej się armii polskiej, otrzymuje stopień kapitana i pełni funkcję lekarza wojskowego do kwietnia 1921 r. W tymże roku zostaje asystentem nowo powstałej kliniki dziecięcej Uniwersytetu Warszawskiego, kierowanej przez prof. dr M. Michałowicza. W 1932 r. habilituje się. II wojna światowa przerwała Jego pracę naukową i dydaktyczną.

Po odzyskaniu niepodległości, już w 1945 r. prof. dr H. Brokman zostaje kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych w Łodzi, a w 1946 r. obejmuje kierownictwo Katedry i Kliniki Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Gdańsku, którą organizuje i prowadzi do 1953 r. W 1953 r. zostaje powołany na kierownika Katedry i Kliniki Terapii Chorób Dziecięcych Oddziału Pediatrycznego Akademii Medycznej w Warszawie, którą organizuje i prowadzi do 1962 r., tj. do chwili przejścia na emeryturę.

W 1954 r. wybrano go członkiem — korespondentem Polskiej Akademii Nauk, a w 2 lata później członkiem rzeczywistym. Bierze czynny udział w wielu komisjach PAN i przez szereg lat przewodniczy Komisji Alergii.

Od 1953 r. jest redaktorem czasopisma „Pediatria Polska” organu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Funkcję tę pełni nieprzerwanie do chwili obecnej. Poza tym jest członkiem wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych oraz członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych.

W 1939 r. został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, w 1956 r. Orderem Komandorskim Odrodzenia Polski, w 1960 r. Sztandarem Pracy II klasy, poza tym Medalem Zasłużonego Ziemi Gdańskiej i Medalem X-lecia PRL.

Działalność naukowa

Działalność naukową rozpoczyna prof. H. Brokman w 1910 r. eksperymentalną pracą doktorską dotyczącą grupy krwi zwierząt. Posługując się metodą absorpcji aglutynin stwierdził on podobieństwo struktury antygenowych u zwierząt spokrewnionych filogenetycznie. Było to odkrycie oryginalne.

W ciągu swej 63-letniej działalności naukowej prof. dr hab. med. H. Brokman opublikował ponad 170 prac. Głównym zainteresowaniem Profesora od młodości lat była serologia, immunologia i mikrobiologia kliniczna. Toteż szereg prac poświęcił on chorobom zakaźnym wieku dziecięcego wykazując, że wystąpienie choroby zakaźnej jest uwarunkowane immunologicznymi właściwościami ustroju. W oparciu o odczyn Schicka w stosunku do błonicy w 1923 r. opracował własny odczyn z jadem czerwonkowym pałeczki Shigella — Shigee. Dalsze badania nad wrażliwością i opornością płonicy, błonicy, czerwonki i innych chorób zakaźnych prowadził we współpracy z naukowcami tej miary co Hirszfild, Hirszfildowa, Barański, Przemycki, Prokopowicz — Wierzbowska i Popowski. Ogółem na temat powyższych zagadnień opublikował 40 prac w piśmiennictwie polskim, francuskim, anglosaskim i niemieckim.

Równoległe z badaniami klinicznymi — doświadczalnymi publikuje prace monograficzne i pogładowe. Już w 1924 r. w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim ogłasza pracę pt. „Najnowsze zdobycze w pediatrii w dziedzinie odporności i znaczenie ich dla zagadnień patologii ogólnej”. Wreszcie w oparciu o własne prace w 1937 r. ukazuje się monografia pt. „Patogeneza, zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniami alergii”. Badania nad odpornością i alergią prowadzi Profesor nieprzerwanie do chwili obecnej, pobudzając do współpracy młodych pracowników nauki. Pod jego kierunkiem ukazują się prace doktorska pt. „Hamowanie odczynów

immunologicznych dużymi dawkami antygenów". W pracy tej, na zwierzętach doświadczalnych podjęto próbę hamowania odczynu biorey na przeszczep. W 1973 r. na Międzynarodowym Zjeździe Pediatrików w Wiedniu wygłasza referat pt. „O tolerancji immunologicznej w patogenezie doświadczalnego zapalenia mózgu”.

Drugim zagadnieniem, któremu poświęcił On szereg prac wspólnie z mikrobiologami to etiologia i patogenezą biegunek niemowlęcych. Pierwsza praca na ten temat ukazała się w 1933 r., w tym też roku na zjeździe przyrodników i lekarzy wygłasza Profesor referat pt. „Spostrzeżenia kliniczne, bakteriologiczne i anatomo — patologiczne nad zespołem jelitowo — usznym u małych dzieci” — praca wspólna z Chodowską,



Dziekan Wydziału Lekarskiego A. M. prof. dr A. Trzebski odczytuje tekst dyplomu doktoratu h. c. prof. dr Henrykowi Brokmanowi

Buslem, Goldberg i Gumińskim. Badaniom nad tym zagadnieniem poświęcił szereg prac przez około 30 lat. Przyczyniły się one niewątpliwie do wyjaśnienia etiopatogenezy i leczenia zespołów klinicznych, które do niedawna były główną przyczyną zgonów niemowląt, stwarzając podstawy do leczenia antybiotykami. Pracując nad tym zagadnieniem stworzył prof. B r o k m a n hipotezę, że wirusy torują drogę bakteriom. Hipotezę tę wprowadził również do etiopatogenezy innych schorzeń, jak choroby układu oddechowego, gruźlicze zapalenie opon mózgowych i mózgu. W szeregu nowych badań uzyskał przesłanki dowodowe swojej hipotezy.

Trzecim zagadnieniem, któremu prof. dr med H. B r o k m a n poświęcił szereg badań i opublikował liczne prace — to gruźlica. W 1915 r. wykazał, w przeciwieństwie do wysuniętej wiele lat później teorii Richa, że gruźliczki mózgu „jeśli nie nigdy, to wyjątkowo mogą być źródłem powstawania tej choroby”. Wykazuje, że w gruźliczym zapaleniu opon i mózgu mamy do czynienia z chorobą naczyń, obejmujących wszystkie warstwy naczyń mózgowych ze zmianami w ich części wewnętrznej. Stoi na stanowisku, że toksyczny skurek naczyń mózgowych prowadzi do niedotlenienia i miejscowego rozmiękania tkanki mózgowej. Udowodnił on wraz z K. Bujko stosując do-

żylnie nowokainę. Wprowadzenie tej metody do leczenia pozwoliło niejednokrotnie na uniknięcie ciężkiego kalectwa u chorych dzieci.

Badania angiograficzne wspólnie z R. Michałowiczem oraz praca Z. Ostrowskiego prowadzona pod kierownictwem Profesora, dotycząca wpływu nowokainy na zużycie tlenu przez tkankę mózgową u dzieci i zwierząt doświadczalnych, pozwoliły na lepsze zrozumienie patomechanizmu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a co za tym idzie i uzasadnionego leczenia wspomagającego.

W tym 1926 r. Profesor wspólnie z Prokopowicz — Wierzbowską udawadnia za pomocą wyciągu gruźliczych węzłów chłonnych świnki morskiej możliwość biernego przeniesienia wrażliwości na tuberkulinę. Było to 19 lat przed eksperymentem wykonanym przez Chase, który w piśmiennictwie światowym uważany jest za odkrywcy tego zjawiska. Wreszcie w 1957 r. wraz z Brzesko na podstawie obserwacji klinicznych stawia pytanie, czy istnieje zjawisko regeneracji w tkance płucnej; uważa, że obrazy histologiczne przemawiają za zjawiskiem regeneracji.

Poza pracą ściśle naukową rozwija szeroką działalność społeczno — organizacyjną i dydaktyczną. Jest gorącym zwolennikiem i propagatorem kierunku profilaktycznego w pediatrii. Już w 1950 r. na łamach „Pediatrii” wystąpił z krytyką zbyt szerokiego stosowania chemoterapeutyków w pracy pt. „O jednym ze skutków bezkrytycznego stosowania środków chemoterapeutycznych i antybiotyków”.

W dydaktyce akademickiej w 1953 r. wprowadza seminaria dla studentów, a na radach Wydziału jest rzecznikiem ontogenetycznego nauczania poszczególnych dyscyplin.

W krótkim ujęciu nie sposób przedstawić ogromu pracy naukowej tego niestrudzonego pediatry. Chcę jednak szczególnie podkreślić, że nie długie życie, lecz nieustanna praca twórcza, przenikliwość umysłowa, połączona z obserwacją kliniczną pozwoliły prof. dr hab. med Henrykowi Brokmanowi dokonać wielkiego dzieła. Jest on niewątpliwie jednym z twórców współczesnych metod zastosowania teorii w praktyce klinicznej nie tylko w pediatrii lecz i w innych dyscyplinach.

Prof. dr hab. med. H. B r o k m a n wykształcił zastępy pediatrów polskich, pod Jego kierunkiem szereg lekarzy habilitowało się i uzyskało stopień doktora nauk medycznych, nauczyło się cenić naukę i użytkować ją dla dobra człowieka. Wymagający dla siebie, stawiał wymagania innym, nie tylko naukowe, lecz społeczne, etyczne i patriotyczne.

prof. nadzw. dr med. *Maria Halina Zapaśnik--Kobierska*

PROF. ZWYCZ. DR HAB. MED. A D A M G R U C A

Profesor A d a m G r u c a urodził się dnia 3 grudnia 1893 r. we wsi Majdan Sieniawski pow. Jarosławskiego. Wychowanek Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, uczestnik I wojny światowej, pomimo dużych trudności, dzięki wybitnym zdolnościom, pilności i uporowi — zdobywa dyplom lekarza. Uczeń profesora Hilarego Schramma, który powierza Mu w klinice pododdział ortopedii — szybko wybija się spośród grona współpracowników i w krótkim czasie uzyskuje stopień naukowy docenta i veniam legendi. Wszechstronnie przygotowany do samodzielnej pracy leczniczej i naukowej docent A. G r u c a obejmuje w 1931 r. ordynaturę oddziału chirurgicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

Nowoczesno sposoby lecznicze i metody operacyjne wprowadzane przez doc. A. G r u c e, wspaniałe opanowanie techniki operacyjnej oraz niezawodna diagnostyka, budzą ogólne uznanie i zaufanie pacjentów. Niepostrzeżenie powstaje zaczątek nowej

szkoły, pełnej dynamizmu, umiłowania zawodu, wysokich wymagań i poświęcenia dla chorych — Szkoły Grucy — która odegrała w rozwoju ortopedii polskiej niepoślednią rolę.

Po 7-letniej pracy w Szpitalu Ubez. Społ., w październiku 1938, doc. Adam Gruca obejmuje ordynaturę Oddz. Chir. Dzieci Szpitala Powszechnego we Lwowie. Mianowany w 1938 r. profesorem tytularnym skierowuje swoje zainteresowania w kierunku chirurgii i ortopedii dziecięcej, rozszerzając tym samym zakres swych umiejętności chirurgicznych. Pracę Profesora w oddziale chirurgii dziecięcej przerywa na krótko II wojna światowa. Zmobilizowany, w stopniu kapitana, pełni funkcję ordynatora szpitala wojennego w Politechnice Lwowskiej.

Po przyłączeniu Lwowa do Ukrainy Zachodniej, profesor A. Gruca zostaje mianowany kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej Instytutu Medycznego, w której prowadzi pracę dydaktyczną, naukową i zawodową — do czasu zajęcia Lwowa przez wojska niemieckie. W czasie okupacji pełni funkcję kierownika Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Ortopedycznej w Szpitalu Powszechnym we Lwowie. W tym trudnym okresie niesie pomoc ludności polskiej oraz skupia przy sobie młodych lekarzy, którym przekazuje swoje umiejętności, oparte na dużym doświadczeniu. W 1943 r. zakończył się okres ponad dwudziestoletniej pracy profesora A d a m a G r u c y we Lwowie.



Prof. dr A. Gruca słucha przemówienia swojego promotora prof. dr. M. Garlickiego

Po krótkim pobycie w Krakowie, w 1945 r. Profesor obejmuje kierownictwo Centr. Instytutu Urazowego w Warszawie i od tego dnia rozpoczyna się jego drugi (warszawski) okres pracy naukowo — dydaktycznej, zawodowej i społecznej, który nieprzerwanie trwa do dnia dzisiejszego. W nowym środowisku, ze szczupłym gronem lekarzy, w niebywale ciężkich warunkach organizuje — szumnie nazwany — instytut, którego celem było w pierwszym rzędzie niesienie pomocy dla wypadkowej i ostrej chirurgii całej lewobrzeżnej Warszawy. Mając olbrzymie doświadczenie podnosi

poziom lecznictwa, rozpoczyna pracę dydaktyczną ze studentami, uczy i dokształca lekarzy oraz stopniowo wdraża swój zespół do pracy naukowej. Warunki do tej ostatniej poprawiają się po przemianowaniu w 1947 r. Centralnego Instytutu na III klinikę chirurgiczną, a po utworzeniu akademii medycznej na klinikę ortopedyczną. Marzeniem Profesora było zmienić dotychczasowe, szczupłe pomieszczenia kliniki i stworzyć warunki, zarówno dla chorych jak i dla całego zespołu, na poziomie ogólnoswiatowym. W 1956 r. zakończono budowę nowej, jak na owe czasy komfortowej kliniki, w której Profesor znalazł, prawdziwy warsztat pracy naukowej, dydaktycznej i leczniczej.

Osiągnięcia profesora Grucy w okresie Jego działalności po II-wojnie światowej nie ograniczają się jedynie do terenu Warszawy. Jako prezes Polskiego Tow. Ortoped. i Traumatologicznego opracował dalekosiężny plan rozwoju ortopedii. Mianowany w 1950 r. specjalistą krajowym do spraw ortopedii, dzięki swemu autorytetowi — realizował z powodzeniem założenia jej rozwoju, czynnie przyczyniając się do jej rozkwitu na miarę ogólnoeuropejską. Obowiązki zawodowe, organizacyjne i dydaktyczne potrafił prof. Gruca pogodzić z pracą naukową. Jego imponujący dorobek naukowy obejmujący ok. 200 pozycji ogłoszonych w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym, nie tylko przyniósł mu sławę osobistą ale również podniósł rangę nauki polskiej i szacunek dla naszej ortopedii szeroko poza granicami kraju.

Pracy naukowej poświęcił się Czcigodny Doktorant bardzo wcześnie. Wachlarz zagadnień poruszonych przez Niego, zwłaszcza do 1939 r., był bardzo szeroki i dotyczył zarówno chirurgii ogólnej jak i ortopedycznej. Z biegiem czasu tematyka prac naukowych stała się bardziej kierunkowa i ściśle związana z węzłowymi zagadnieniami z zakresu ortopedii i traumatologii. Ta różnokierunkowość zainteresowań jest charakterystyczna dla Profesora, który z właściwym sobie dynamizmem, wnikliwością i pasją stara się naświetlić szereg nierozwiązanych dotąd zagadnień i nurtujących Go wątpliwości. Nie ma właściwie takiej dziedziny z zakresu ortopedii i traumatologii, której by Profesor w swych pracach nie poruszył. Dużym osiągnięciem profesora Grucy jest wprowadzenie nowych metod leczenia zachowawczego i operacyjnego gruźlicy kostno — stawowej.

Kolejnym, ważnym zagadnieniem, któremu poświęca szereg prac jest profilaktyka oraz leczenie wrodzonych i nabytych zmian chorobowych w obrębie stawu biodrowego. W licznych pracach profesor Grucy omawia sposoby leczenia złamań trzonów kości długich oraz ich powikłania. Wiele cennych uwag i pomysłów poświęca również leczeniu następstw po chorobie H.M. i w spastycznym porażeniu mózgowym. Opracowuje nowe, oryginalne sposoby operacyjnego leczenia nowotworów kości. Wprowadza uproszczenia w technice operacyjnej nawykowych zwichnięć barku i rzepki.

Olbrzymią liczbę 43 prac poświęca najtrudniejszemu zagadnieniu praktycznie dotychczas nierozwiązanemu, a dotyczącemu potogenezy i leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa. Dorobek naukowy Profesora świadczy o Jego nieprzeciętnej zdolności, zmyśle technicznym oraz olbrzymiej pracowitości, których to zalet ukoronowaniem jest 3-tomowe dzieło pt. „Chirurgia ortopedyczna”.

Jego działalność społeczną, leczniczą i naukową oceniła wysoco Władza Ludowa nadając Mu najwyższe odznaczenia „Krzyż Komandorski Odrodzenia Polski” i „Sztandar Pracy” I klasy.

Profesor Adam Gruca jest wieloletnim członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk. Szereg towarzystw naukowych za granicą nadało Mu członkostwo honorowe, a w Międzynarodowym Towarzystwie Ortopedycznym i Traumatologicznym był przez jedną kadencję wiceprezsem.

Prof. dr. med. Adam Gruca, nestor ortopedii polskiej rozślał jej imię nie tylko w kraju ale również poza jego granicami.

Prof. zwyczaj. dr hab. med. *Marian Garlicki*

PROF. ZWYCZ. DR HAB. MED. WITOLD ZAWADOWSKI

Witold Zawadowski urodził się na Wołyniu w 1888 r. Studia odbył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, uzyskując dyplom lekarza w czerwcu 1913 r. Staż podyplomowy zostaje przerwany powołaniem do odbycia obowiązkowej służby wojskowej. Na początku 1917 r. wraca do kraju. Pracuje w szefostwie sanitarnym w Warszawie, nawiązuje kontakt z prof. Zygmuntem Głuzińskim. Pod jego kierunkiem pogłębia wiadomości z zakresu nauki o chorobach wewnętrznych, stopniowo jednak coraz więcej czasu poświęca studiom radiodiagnostyki.



Rektor AM prof. dr S.L. Zgliczyński gratuluje prof. dr. W. Zawadowskiemu tytułu doktora h.c.

Jesienią 1924 r. kpt. lekarz Witold Zawadowski został delegowany na studia do Wyższej Szkoły Wojskowej w Paryżu. Bliski kontakt z życiem naukowym stolicy Francji otwiera nieograniczone perspektywy. Równoległe ze studiami wojskowymi Witold Zawadowski bierze udział w kursie specjalizacyjnym w zakresie radiologii organizowanym przez Uniwersytet Paryski i uzyskuje „Certificat de Radiologie”. Kończąc jeden kurs zapisuje się na następny. Pogłębia medycynę ogólną, studiuje dyscypliny kliniczne, lecz w centrum uwagi znajduje się zawsze rentgenodiagnostyka.

Po dwuletnim pobycie we Francji, późną wiosną 1926 r. mjr lekarz Witold Zawadowski wraca do Warszawy z poważnym bagażem wiedzy i doświadczenia. Obejmuje kierownictwo Oddziału Radiologicznego Szpitala Ujazdowskiego i wraz z dwoma asystentami Janem Kochanowskim i Marią Werkenthin realizuje zasady bliskiego powiązania radiologii ze wszystkimi oddziałami Szpitala Ujazdowskiego.

W latach dwudziestych kształtowały się podstawy współczesnej radiologii klinicznej. W poprzednim okresie radiolog studiował obrazy ekranowe i szczegóły widoczne na zdjęciach starając się uchwycić związek tych obrazów ze stanami chorobowymi. Powstały szablony obrazowe uznawane za typowe dla określonych schorzeń.

Kierunek reprezentowany przez W i t o l d a Z a w a d o w s k i e g o był diametralnie różny. Z niesłabnącą wytrzymałością przekazywał swym uczniom następujące zasady:

- 1) podstawą rentgenodiagnostyki jest wyczerpująca znajomość anatomii radiologicznej,
- 2) każdy cień widoczny na zdjęciu rentgenowskim musi znaleźć swój odpowiednik w ujęciu anatomicznym lub patomorfologicznym,
- 3) wspólny język radiologów i klinicystów powinien kształtować się w oparciu o orzeczenie zaczerpnięte z protokółów sekcyjnych.

Powyższe zasady reprezentowane w przeszło 100 publikacjach naukowych i codzienne żmudne obserwacje przypadków klinicznych dostarczały cegiełek, z których budował On gmach Polskiej Szkoły Radiologicznej.

W działalności naukowej W i t o l d a Z a w a d o w s k i e g o prace dotyczące radiodiagnostyki narządów klatki piersiowej zajmują poczesne miejsce. Praca o „Cieniach towarzyszących przyżebrowych” została przyjęta jako podstawa przewodu habilitacyjnego. W roku 1933 uzyskał *venium legendi* jako docent radiologii lekarskiej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W pracy tej wyjaśnia cały szereg szczegółów anatomicznych widocznych na zdjęciach rentgenowskich klatki piersiowej. Jest to praca, która wprowadziła nazwisko Zawadowskiego po raz pierwszy do literatury światowej, a charakter jej jest tak klasyczny, że do dzisiaj jest wymieniana we wszystkich źródłowych podręcznikach radiodiagnostyki.

Interpretacja radiologiczna cieni wnątkowych jest bardzo skomplikowana nawet obecnie, kiedy posługujemy się różnymi specjalnymi metodami diagnostycznymi. O ileż trudniejsze było zadanie radiologa przed 40-tu laty zdanego wyłącznie na interpretację zdjęć przeglądowych klatki piersiowej rzadko posługującego się branchografią, pozbawionego możliwości kontroli na drodze branchoskopii i biopsji pobranego wycinka. Nawet dzisiaj studiując pracę Profesora pt. „Cienie wnątkowe w przypadkach nowotworów” czytelnik ulega bogactwu wniosków opartych na dużym doświadczeniu autora lecz równocześnie najprostszych metodach badania. W cyklu prac na temat radiodiagnostyki i radioterapii pierwotnego raka oskrzela autor szczegółowo omawia semiologię radiologiczną w zestawieniu z różnymi postaciami klinicznymi próbując nawet łączyć obrazy rentgenowskie z określoną budową histologiczną nowotworu. Są to prace pionierskie, które zdecydowały o zwiększeniu odsetka przyżyciowych rozpoznań.

W pracy pt. „Łagodne nowotwory okrężnicy — objawy radiologiczne tłuszczaka” Profesor udawadnia wniosek na pozór paradoksalny: niektóre łagodne guzy narządów jamy brzusznej można nie tylko rozpoznać na zdjęciu przeglądowym bez użycia środków cieniujących, lecz również ustalić ich budowę histologiczną. Radiodiagnostyka okolicy podpolitycznej ma duże znaczenie praktyczne; w pracy tej omawia zmiany wrodzone, podkreślając znacznie diagnostyki okolicy podpotylicznej w różnych sprawach chorobowych.

O działalności naukowej prof. W i t o l d a Z a w a d o w s k i e g o dają pojęcie jego publikacje, które wskazują na niezwykle szeroki zakres zainteresowań pokry-

wających cały obszar radiologii lekarskiej. Biorąc czynny udział w zjazdach naukowych popularyzował naukę polską poza granicami kraju.

Rok 1939 został plk. docenta W. Z a w a d o w s k i e g o w pełni sił twórczych na czele wzorowo zorganizowanego Oddziału Radiologicznego Szpitala Ujazdowskiego. W czasie okupacji wszystkie szkoły wyższe były zamknięte, lecz powstała tzw. Szkoła Zaorskiego, w której doc. Zawadowski na tajnych kursach wykładał radiologię dla studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego i Uniwersytetu Ziem Zachodnich

Prof. W. Z a w a d o w s k i zawsze odczuwał wewnętrzną potrzebę przekazywania swej wiedzy szerokiemu gronu lekarzy. W 1928 r. zorganizował pierwszy na terenie kraju kurs kształcący z zakresu radiodiagnostyki. Podobne kursy zostały wznowione w pierwszych latach po wojnie. W późniejszych latach organizowano permanentnie kursy szkoleniowe, w których brali udział prawie wszyscy radiolodzy młodszego pokolenia z terenu całego kraju.

Po zakończeniu działań wojennych większość szpitali i przychodni była zdewastowana, zaś aparatura uległa zniszczeniu albo została wywieziona przez okupanta. Budowano nowe szpitale, adaptowano pomieszczenia dla potrzeb służby zdrowia. Dr W. Z a w a d o w s k i był wszędzie tam, gdzie powstawało Nowe. Brał udział a opracowaniu nowych aktów prawnych, niezmordowanie walczył o właściwą rangę radiologii wśród innych dyscyplin klinicznych, popularyzował zasady ochrony radiologicznej, opracował programy specjalizacyjne i organizował szkolenie podyplomowe.

W 1946 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego a w 1954 r. tytuł profesora zwyczajnego.

Prof. W i t o l d Z a w a d o w s k i bierze czynny udział w pracach Polskiej Akademii Nauk. Przez wiele lat kieruje pracami Towarzystwa Radiologicznego i pełni obowiązki specjalisty krajowego w zakresie radiologii.

W uznaniu zasług na polu służby zdrowia prof. W. Z a w a d o w s k i otrzymał najwyższe odznaczenia państwowe, zaś Polskie Towarzystwo Radiologiczne nadało Mu godność członka honorowego. Jako główne osiągnięcia Profesora należy uznać:

1) Stworzenie Polskiej Szkoły Radiologicznej w oparciu o wyczerpującą znajomość anatomii radiologicznej i powiązanie zmian obserwowanych na zdjęciach z klinicznym przebiegiem choroby.

2) Rozwinięcie zasady ciągłości nauczania i zorganizowanie szkolenia podyplomowego radiologów, poczynając od 1928 r. przez okres okupacji i w latach powojennych do dnia dzisiejszego.

3) Organizację radiodiagnostyki w systemie społecznej służby zdrowia.

4) Organizację nadzoru fachowego w zakresie radiodiagnostyki.

5) Opracowanie zasad ochrony radiologicznej pacjentów i personelu fachowego zatrudnionego w pracowniach radiologicznych.

Tak przedstawia się sylwetka prof. W i t o l d a Z a w a d o w s k i e g o doktora honoris causa Warszawskiej Akademii Medycznej.

Prof. zw. dr mod. *Szczesny Leszek Zgliczyński*

Janusz Komender

CONFERMENT OF HONORARY DOCTORATES

On June 16, 1975 honorary doctor degrees were conferred upon three eminent professors of the Warsaw Medical Academy. These were Professor Henryk Brokman MD whose services for the development of paediatrics are generally recognised; Professor Adam Gruca MD, an outstanding orthopedic surgeon who has introduced many novel methods of treatment and Professor Witold Zawadowski MD, an eminent

radiologist who has created the Polish school of radiology.

The three honorary doctors who have educated many a generation of practitioners of medicine enjoy the respect of both international medical community and society.

Януш Комендер

ТОРЖЕСТВЕННАЯ ПРОМОЦИЯ ДОКТОРОВ HONORIS CAUSA

16.VI.1975 г. состоялась торжественная церемония присвоения звания Доктора honoris causa трем выдающимся профессорам Варшавской Медицинской Академии. Почетные звания присвоены:

Проф. др Генрику Брокману, имеющему огромные заслуги в развитии педиатрии.

Известному ортопеду проф. др Адаму Груце, создателю многочисленных методов лечения в ортопедии.

Проф. др Витольду Завадовскому, выдающемуся радиологу, создателю польской радиологической школы.

Все три почетные Докторы являются признанными в мире научными авторитетами, воспитателями ряда поколений врачей и пользуются всеобщей симпатией со стороны общественности.

Prof. zw. dr med. Szczęsny Leszek Zgliczyński)*

ROLA AKADEMII MEDYCZNEJ W SYSTEMIE ORGANIZACYJNYM OCHRONY ZDROWIA)**

Pierwszego stycznia 1950 r. Warszawska Akademia Medyczna rozpoczęła działalność jako samodzielna szkoła wyższa. Decyzja ta nie tylko podniosła prestiż nauk medycznych, lecz przede wszystkim wniosła w życie uczelni nową treść, która integralnie związała akademię medyczną z problematyką, zadaniami oraz całokształtem działalności służby zdrowia regionu i kraju.

Doceniając znaczenie zdrowia jako nadrzędnej wartości, uchwała VI zjazdu PZPR nadała szczególnie wysoką rangę sprawom poprawy ochrony zdrowia społeczeństwa. Utworzenie NFOZ rozszerzyło możliwości programu inwestycyjnego. Drugi Kongres Nauki Polskiej formułując generalną zasadę „*nauka w służbie społeczeństwa*” wyznaczył kierunki rozwoju nauk medycznych. Uchwała plenum KW PZPR z grudnia 1974 r. jednoznacznie wyznacza kierunki rozwoju i dalszego działania stołecznej służbie zdrowia.

W tym zbiorowym programie, akademii medycznej przypada zasadnicza rola w następujących kierunkach działania:

1. dydaktyki przeddyplomowej,
2. szkolenia i doskonalenia podyplomowego,
3. lecznictwa ogólnego i wysoko-specjalistycznego,
4. działalności naukowej,
5. nadzoru specjalistycznego szczebla regionalnego a w pewnym stopniu nadzoru krajowego.

Wszystkie wymienione kierunki działania zdecydowały o najściślejszym powiązaniu uczelni z całokształtem problematyki ochrony zdrowia.

Program i formy kształcenia uległy w ciągu minionego ćwierćwiecza wielu zmianom. W 1950 r. pod wpływem potrzeb społecznych uruchomiono dwa oddziały specjalistyczne: pediatryczny i sanitarno-higieniczny, które kształciły lekarzy ukierunkowanych w zakresie specjalności, na które było największe zapotrzebowanie społeczne. Na przełomie lat 60—70 przeważały

*) Rektor AM

***) Referat wygłoszony na sesji naukowej dn. 10. IV. 1975 r. z okazji 25-lecia AM.

potrzeby w zakresie lekarzy ogólnych, przygotowanych do pracy na stanowiskach tzw. lekarzy pierwszej linii. To założenie wynikające z aktualnych potrzeb służby zdrowia znalazło swój wyraz w przeniesieniu dużej części zajęć klinicznych do oddziałów szpitali miejskich i placówek lecznictwa otwartego. W ubiegłym roku akademickim prawie wszystkie zajęcia w zakresie interny, chirurgii, ginekologii i położnictwa oraz pediatrii na VI roku odbywały się w przychodniach rejonowych i przemysłowych oraz w wiejskich ośrodkach zdrowia.

O zmieniającym się kształcie studiów lekarskich decydują zadania i rola lekarza w całokształcie służby zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb regionu. W ostatnich latach — 80% naszych absolwentów zajmowało stanowiska lekarzy wiejskich i rejonowych. Obecnie ta polaryzacja przesuwa się znowu w kierunku pracy w szpitalach miejskich, co wynika z intensyfikacji inwestycji w zakresie budownictwa szpitalnego. Widać z tego, że wskaźnik upracticznienia studiów podlega stałym wahaniom, a równocześnie praktyka dnia codziennego wylania nowe zadania. Okazuje się, że zajęcia w placówkach lecznictwa otwartego wymagają uzupełnienia wiadomości studentów w zakresie socjologii, psychologii i prawnej odpowiedzialności lekarza, co angażuje lekarzy praktyków do omawiania tych zagadnień w ramach seminariów i konwensatoriów. Poziom dydaktyki zależy od poziomu ordynatora i jego asystentów prowadzących zajęcia ze studentami. Dla spełnienia tego warunku powołaliśmy ośrodki naukowo-dydaktyczne na bazie oddziałów miejskich, delegując do tych oddziałów naszych docentów, a niekiedy dodając im do pomocy asystentów, którzy odbyli przeszkolenie kliniczne. Już z tego układu wynika, że powiązania akademii medycznej ze społeczną służbą zdrowia działają w warunkach sprzężenia zwrotnego, z korzyścią dla obu stron:

1. osiągamy większy stopień upracticznienia studiów przez zapoznanie studenta z pracą oddziału szpitalnego i lecznictwa otwartego;

2. społeczna służba zdrowia podnosi poziom świadczonych usług z korzyścią dla ostatecznego efektu, jakim jest dobro jednostki i społeczeństwa.

Trzeba podkreślić, że liczba studentów przyjmowanych na pierwszy rok studiów systematycznie wzrasta w ciągu ostatnich 3 lat. W ubiegłym roku przyjęliśmy na wydział lekarski 516 studentów, a na wydział farmaceutyczny — 190 studentów; oznacza to prawie dwukrotne zwiększenie rekrutacji w stosunku do roku 1970/71. Zdajemy sobie sprawę, że jest to konieczność społeczna wynikająca z zapotrzebowania w związku z szerokim programem inwestycji w służbie zdrowia.

W minionym 25-leciu warszawską AM ukończyło: 9.196 lekarzy medycyny, 2.327 lekarzy stomatologów oraz 2.172 magistrów farmacji; łącznie mieliśmy w tym okresie 13.695 absolwentów.

Szkolenie podyplomowe jako dalszy etap nauczania ustawicznego jest ważnym elementem doksztalcania lekarzy i farmaceutów działających na

różnych szczeblach hierarchii służby zdrowia. W tej dziedzinie uczelnia nasza ma utrwalone tradycje sięgające okresu międzywojennego. Zasadniczy jednak rozwój studiów podyplomowych datuje się od pierwszych lat po wyzwoleniu, chociaż szkolenie to nie było jeszcze ujęte w formy organizacyjne i miało charakter działalności spontanicznej, opartej na dobrej woli i wyczuciu potrzeb przez kierowników zakładów i klinik.

Stale wzrastająca liczba lekarzy i duże zapotrzebowanie na szkolenie podyplomowe skłoniło Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego do opracowania kaskadowego systemu szkolenia, który zamyka się w tzw. planie centralnym i planie terenowym. Biorąc pod uwagę tylko plan centralny, uczelnia nasza prowadzi 30% wszystkich kursów organizowanych w akademiach medycznych, co w zestawieniu z 13% AM w Poznaniu, Krakowie i Łodzi oraz z 5—7% pozostałych akademii — mówi samo za siebie.

Prowadzimy różne formy szkolenia podyplomowego: kursy, seminaria konferencje, staże podyplomowe, specjalizację pracowników akademii medycznej oraz lekarzy i farmaceutów z jednostek pozaakademickich studia doktoranckie, indywidualne staże szkoleniowe, egzaminy specjalizacyjne na poziomie II^o, oraz szkolenie w czasie posiedzeń klinicznych i obchodów na salach chorych.

W ubiegłych latach nie prowadzono ewidencji wszystkich osób objętych szkoleniem podyplomowym; dlatego dane, którymi dysponuję pochodzą praktycznie z ubiegłego roku. Z różnych form szkolenia na terenie akademii medycznej skorzystało w roku akademickim 1973/74 aż 6.125 osób. Jest to liczba dwukrotnie większa w porównaniu z liczbą szkolonych u nas studentów i sześciokrotnie większa w porównaniu z liczbą osób objętych szkoleniem podyplomowym w jednej z największych uczelni technicznych na terenie kraju.

Należy również podkreślić korzystne przemiany polegające nie tylko na interdyscyplinarnym ujęciu wielu zajęć szkoleniowych lecz również na wzajemnej współpracy jednostek A. M. z właściwymi jednostkami instytutów resortowych oraz placówek służby zdrowia. Wprowadzenie specjalizacji w stomatologii i farmacji wpłynie na dalsze zwiększenie liczby osób objętych szkoleniem podyplomowym w najbliższej przyszłości.

Egzaminy specjalizacyjne na poziomie II^o są organizowane przez AM.

W ciągu 3 minionych lat liczba osób przystępujących do egzaminów wzrosła prawie trzykrotnie:

W roku akad. 1971/72 — 88 lekarzy

W roku akad. 1972/73 — 101 lekarzy

W roku akad. 1973/74 — 242 lekarzy

Przechodząc do omówienia spraw lecznictwa należy, stwierdzić, że w systemie zespołów opieki zdrowotnej akademiom medycznym przypada funkcja III stopnia, która obejmuje:

— organizację lecznictwa wysokospecjalistycznego,

— zapewnienie dopływu kadr fachowych o wysokich kwalifikacjach,

- inicjowanie badań naukowych ważnych dla ochrony zdrowia mieszkańców regionu,
- sprawowanie nadzoru specjalistycznego oraz organizowanie szkolenia przed i podyplomowego.

Warszawska AM dysponuje 4 szpitalami klinicznymi o łącznej liczbie 2.467 łóżek. W naszych klinikach, pracujących na bazie szpitali miejskich znajduje się dalszych 742 łóżek. Jeśli do tego dodać 600 łóżek I zespołu centralnego szpitala klinicznego, które zostaną oddane do użytku w najbliższym czasie to okaże się, że dysponujemy prawie 4 tys. łóżek, co stanowi około 30% ogólnego potencjału służby zdrowia na terenie Warszawy.

Zaplecze diagnostyczne i możliwości terapeutyczne naszych klinik przewyższają poziom oddziałów szpitali miejskich. Możliwości te nie są jednak wykorzystane, gdyż kliniki w 70—80% pełnią rolę szpitali rejonowych i w niewielkim tylko stopniu mogą wykorzystywać pełnię z potencjału fachowej kadry i specjalistycznej aparatury. Znacznie bardziej ekonomiczne byłoby wykorzystanie naszych klinik w układzie specjalistycznym, a nie regionalnym, lecz na przeszkodzie takim rozwiązaniom stoi niedobór łóżek szpitalnych, który w Warszawie sięga ok. 5 tys. łóżek.

Nasze wyniki w zakresie lecznictwa w stosunku rocznym zamykają się liczbą 35 tys. chorych hospitalizowanych, 15 tys. wykonanych operacji i przeszło 400 tys. porad ambulatoryjnych.

W dążeniu do stałego podnoszenia poziomu lecznictwa nasi docenci i doświadczeni adjunkci obejmują stanowiska ordynatorów w szpitalach miejskich. W szpitalu na Grenadierów powstały trzy ośrodki naukowo-dydaktyczne, do których oddelegowaliśmy naszych docentów, przydzielając im 1—2 asystentów, zależnie od liczby łóżek oddziału. Docenci delegowani na stanowiska ordynatorów zachowują w pełni status nauczyciela akademickiego, z zachowaniem dotychczasowych poborów, prawem do 6-tyg. urlopu i udziałem w radzie wydziału.

Inną formą powiązań akademii medycznej ze społeczną służbą zdrowia jest organizacja przychodni wysokospecjalistycznych, na bazie poradni przyklinicznych. Rozwiązania takie wypróbowane w niektórych dyscyplinach (diabetologia, radiologia, częściowo stomatologia) dają dobre wyniki, gdyż zapewniają optymalne wykorzystanie deficytowej kadry specjalistów i aparatury unikalnej.

Mniej rzucające się w oczy lecz bardzo ważne formy powiązań ze społeczną służbą zdrowia wyrażają się tym, że wielu naszych pracowników pełni funkcję specjalistów krajowych i wojewódzkich. Wszystkie kliniki spełniają rolę jednostek konsultacyjnych dla placówek służby zdrowia różnych szczebli, chociaż jest to działalność nie ujęta żadnymi przepisami, bo rozwijała się zawsze spontanicznie na drodze osobistych kontaktów.

Oceniając działalność naukową i powiązania w tym zakresie ze społeczną służbą zdrowia, trzeba sobie uświadomić jaki potencjał w tym zakresie reprezentuje nasza uczelnia.

Jesteśmy największą uczelnią medyczną w kraju. Skupiamy 15% potencjału naukowo-dydaktycznego wszystkich akademii medycznych. Wyniki nasze w zakresie kształcenia kadry naukowej znacznie przekraczają granice wyznaczone wymienionym potencjałem. Wystarczy powiedzieć, że w okresie 25-lecia stopień naukowy doktora nauk uzyskało 1.565 osób, a doktora habilitowanego 419 osób. Oznacza to, że w skali krajowej co piąty doktor nauk med. i farmaceutycznych oraz co trzeci doktor habilitowany uzyskał swój stopień naukowy w warszawskiej akademii medycznej. Jest to dużo na miarę uczelni lecz ciągle jeszcze za mało w stosunku do rosnących potrzeb. Mówiąc o tych osiągnięciach trzeba podkreślić fakt mało znany, że w ostatnich latach — 30% osób, które uzyskały stopnie naukowe — pochodzi z ośrodków pozaakademickich. Stwierdzenie to ma zasadniczy wydźwięk w kontekście roli akademii medycznej w systemie organizacyjnym służby zdrowia.

Jednym z wykładników działalności naukowej jest liczba 1.400 publikacji, ogłaszanych co roku przez naszych pracowników. W okresie minionego ćwierćwiecza wydaliśmy 720 monografii i podręczników przeznaczonych dla studentów, lekarzy i farmaceutów. Jest to imponujący dorobek, który wyraża się I. monografią wydawaną średnio co 2 tygodnie w okresie 25-lecia.

Sprawy związane z nadzorem specjalistycznym mają w naszej uczelni utrwaloną tradycję. Mamy 9 specjalistów krajowych na ogólną liczbę 32 osób. Wielu naszych pracowników pełni funkcje specjalistów wojewódzkich. W 6-ciu dyscyplinach (interna, chirurgia, pediatria, ginekologia i położnictwo oraz radiologia i OZ) rozpoczynamy nadzór regionalny, który na kształt klamry, zespoli i ukierunkuje wszystkie dotychczas omówiono kierunki działania uczelni. Szkolimy lekarzy dla potrzeb regionu, lecz dotychczas nie istniała forma bezpośredniego sprawdzenia czy efektywność naszego działania pokrywa się z podstawowym celem jakim jest przygotowanie lekarza ogólnego — lekarza pierwszej linii. Dotychczas trudno jest odpowiedzieć na pytanie — w jakim stopniu nasz absolwent potrafi dać sobie radę z codzienną praktyką lekarską w ośrodku wiejskim lub na stanowisku lekarza rejonowego? Prowadzimy szkolenie podyplomowe, lecz nie mamy pewności — czy dobór tematów jest optymalny w stosunku do potrzeb terenu? Prowadzimy szeroko rozwiniętą działalność naukową, lecz nie mamy pewności — czy podejmowana tematyka wyczerpuje najistotniejsze potrzeby naszego regionu.

W tym ujęciu, system nadzoru regionalnego zbliża uczelnię do terenu, maksymalnie upraktyczniając naszą działalność.

Omawiając rolę akademii medycznej w strukturze organizacyjnej służby zdrowia, nie sposób pominąć ważnego elementu jakim jest współpraca z przemysłem. Realizujemy wielomilionowe umowy z „Polfą”, Tarchomińskimi Zakładami Farmaceutycznymi, z „Petrochemią” w Płocku, z Hutą „Warszawa” oraz z wieloma innymi kontrahentami.

Z tego krótkiego zestawienia wynika, że zaangażowanie warszawskiej AM w sprawy terenowej służby zdrowia opiera się na szeroko rozbudowanych podstawach działania merytorycznego. Na tym tle wylania się szereg pytań:

- czy potencjał akademii medycznej jest w pełni wykorzystany, czy też istnieją jeszcze rezerwy, bez powiększania stanu materialnego w zakresie kadrowym, bazy lokalowej i wyposażenia?
- jeśli istnieją rezerwy, jakie może być optymalne ich wykorzystanie?
- w związku z tym, jak kształtują się perspektywy uczelni na najbliższe lata?

Odpowiedź na to pytanie można sprowadzić do następujących kierunków działania:

1. Bierzemy pod uwagę rozszerzenie dydaktyki w stosunku do studentów medycyny na jednostki pozaakademickie, co miałoby na celu poszukiwanie nowego modelu nauczania, rozgęszczenia studentów na poszczególnych kursach, a tym samym dalsze uprządkowanie studiów. Powołany zostaje II-gi wydział lekarski.

2. Chcemy powołać 2-letnie policealne studium pielęgniarstwa, działające przy C.S.K., co powinno zapewnić większy dopływ niezmiernie deficytowych kadr średniego personelu medycznego.

3. W 1976 r. chcemy uruchomić wydział pielęgniarstwa, który w czasie 4-letnich studiów będzie kształcił magistrów pielęgniarstwa, przygotowanych do prowadzenia zajęć w szkołach pielęgniarek i do objęcia różnych stanowisk administracyjnych w placówkach służby zdrowia.

4. Konieczne jest przygotowanie kadry kierowniczej dla wielu dużych jednostek służby zdrowia, które w najbliższych latach będą oddawane do użytku. Wystarczy wymienić Centrum Zdrowia Dziecka, Szpital Bródnowski, Szpital Wilanowski oraz szpitale w Wołominie, Sokołowie Podlaskim, Ciechanowie, Piasecznie, Siedlcach, Pruszkowie, Żurominie i Pułtusk.

5. Musimy rozszerzyć nasze związki ze służbą zdrowia okręgu warszawskiego. Rozpoczęliśmy już działania, które trzeba pogłębić i ugruntować.

- a) Wskazane jest przeniesienie części zajęć dydaktycznych ze studentami do niektórych szpitali wojewódzkich, tworząc filie szkolenia klinicznego. Pierwszą taką filię chcemy utworzyć w Płocku.
- b) Sprawą pilną i możliwą do wykonania jest rozszerzenie szkolenia podyplomowego na terenie województwa warszawskiego oraz
- c) Ujęcie w ramy organizacyjne współpracy naszych klinik z wojewódzką przychodnią specjalistyczną.

6. Konieczne jest większe niż dotychczas ukierunkowanie badań naukowych na bezpośrednie potrzeby regionu. Już niedługo rozpoczniemy kompleksowe badania grupy pracowników radia, tv i dziennikarzy. W niedalekiej przyszłości trzeba będzie rozwinąć podobne badania w stosunku do pracowników przemysłu budowlanego i elektronicznego.

Szczęśny Leszek Zgliczyński

ROLE OF THE MEDICAL ACADEMY IN THE HEALTH SERVICE ORGANIZATION SYSTEM

The role of the Medical Academy in the health service organization system has been shaped in the past twenty-five years in accordance with the immense political and social changes which have taken place in this country. The main factors which have influenced the present position of medical schools are as follows:

- 1) the general policy of the Party and Government assigning particular importance to the questions of science, education and medical care, linked inseparably with the comprehensive programme of the development of the country;
- 2) the fact that medical academies come under the Ministry of Health and Social Care has integrally combined medical schools with the entire health service within the region, and to a certain extent the whole country;
- 3) changes in the inner structure of medical academies have enabled them to cope with several different tasks, such as graduate and postgraduate training, scientific research, highly specialized clinical activity, as well as supervision of regional health service institutions.

Щенсны Лешек Згличынськи

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Роль Медицинской Академии в организационной системе здравоохранения оформилась в течение минувшего 25-летия в связи с огромными преобразованиями общественно-политического характера, происшедшими в нашей стране. К основным элементам, которые формировали нынешнюю позицию медицинских учебных заведений, следует причислить:

- 1) общую политику партии и правительства, которая придает основное значение вопросам науки, дидактики и здравоохранения населения, увязывая их с общей программой развития страны,
- 2) переход медицинских академий в ведение Министерства здравоохранения и социального обеспечения интегрально связал медицинские учебные заведения со всей проблематикой санитарной службы региона, а частично также и всей страны,
- 3) изменение внутренней структуры медицинских учебных заведений привело к тому, что медицинские академии могут выполнять многообразные функции, среди которых на первый план выдвигается преддипломная и последипломная дидактика, научная деятельность, высокоспециализированное лечебное дело, а также профессиональный надзор над лечебными учреждениями региона.

ATECORTIN^R

zawiesina do oczu i uszu

Działanie i zastosowanie:

ATECORTIN zawierający polimyksynę B, oksytetracyklinę i hydrocortison jest lekiem o szerokim spektrum działania w zakażeniach oczu i uszu. Działa bakteriostatycznie i bakteriobójczo na szeroki wachlarz drobnoustrojów co przyczynia się do zniszczenia bakterii już istniejących a także osłania schorzone części oka lub ucha przed wniknięciem nowych bakterii.

Posiada właściwości przeciwzapalne, przeciwuczuleniowe, przeciwświądowe i przeciwwysiękowe, przez co pośrednio znosi ból. Po podaniu Atecortin w ciągu kilku dni ustępują objawy podrażnienia i zaczerwienienia oka, zmniejsza się obrzęk tkanek.

W zapaleniu tęczówki i zapaleniu sympatycznym gałki hamuje tworzenie się płynu wysiękowego. Po operacjach przeszczepieniach rogówki i urazach gałki ocznej hamuje wrastanie naczyń do rogówki.

Wskazania:

Choroby oczu: przewlekłe zapalenie spojówek na tle alergicznym, a zwłaszcza zapalenie spojówek i rogówki pryszczycowe, nieżyt wiosenny, przewlekłe zapalenie brzegów powiek. Zapalenie rogówki mięszone głębokie. Zapalenie ostre i przewlekłe twardówki i nadtwardówki. Ostre i przewlekłe zapalenie przedniego odcinka jądówki.

Choroby uszu: Zakażenie mieszane zewnętrzno przewodu słuchowego, czyrączność, uczuleniowe zapalenie ucha zewnętrznego, świąd i przewlekły wyprysk przewodu słuchowego.

Dawkowanie:

Choroby oczu: 3 razy dziennie 1 lub 2 krople do worka spojówkowego. W stanach pourazowych gałki dla zmniejszenia objawów zapalnych wystarczy 1 raz dziennie.

Choroby uszu: 3 razy dziennie średnio 3 krople.

Uwaga: przed użyciem zawiesinę lekko wstrząsnąć

Opakowanie:

Tuby z kaniulą a' 5 ml.

Producent:

JELENIOGÓRSKIE ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE

„POLFA”

Prof. zwyczaj. dr hab. med. Bolesław Górnicki)*

DEMOGRAFICZNO-EKONOMICZNE ASPEKTY ROZWOJU REGIONU WARUNKUJĄCE PLANOWANIE OPIEKI ZDROWOTNEJ)**

Studia nad zaspokojeniem potrzeb regionu i jego rozwojem społeczno-ekonomicznym powinny opierać się na poznaniu i trafnym przewidywaniu aktualnych i przyszłych procesów demograficznych, a więc na kryteriach opracowanych przez nauki demograficzne, społeczne, statystyczne, ekonomiczne i biologiczne. Pozwalają one w tym aspekcie uzasadnić prognozę oraz trendy, tzw. polityki globalnej, opartej o zaspokojenie potrzeb kulturalnych, społeczno-ekonomicznych i zdrowotnych ludności regionu.

Wydaje się więc, że tylko takie globalne rozwiązanie zasadniczych problemów, które stwarza możliwość długofalowego planowania, doprowadzić może w sytuacjach trudnych do właściwych wniosków i sformułowania trafnych definicji. Znajomość procesu reprodukcji ludności i formowania się jej wg płci i wieku a także podziału na grupy społeczno-zawodowe, pozwala na ściślejszą identyfikację potrzeb tych grup w dziedzinie sytuacji socjologicznych i ekonomicznych. Procesy te powinny być oparte o znajomość wskaźników dzietności, umieralności oraz demograficznych zależności, takich jak przedłużenie życia i stan zdrowia ludności w wieku reprodukcyjnym, przed i poprodukcyjnym. Doprowadzić to powinno do ścisłej współpracy demografów i ekonomistów z przedstawicielami dyscyplin poza demograficznych i poza ekonomicznych, a więc w pierwszym rzędzie z biologami i lekarzami, aby tworzony system, np. spontanicznego rozwoju przemysłu, nie spowodował naruszenia „praw człowieka” w sensie stresu fizycznego i psychicznego.

Być może, że kooperacja z przedstawicielami szkół medycznych i instytutów resortu zdrowia, a więc z przedstawicielami medycyny naukowej, stworzyć może właściwy model demograficzny, oparty o właściwy system ochrony zdrowia, włączając w to takie elementy, jak opieka nad zdrowiem rodziny, postawy prokreacyjne młodych małżeństw, diagnoza charakteru i różnic między rodziną wiejską a miejską, współzależność płodności i aktywności zawodowej kobiet, badania nad egzo i endogennymi przyczynami

*) Dyrektor Instytutu Pediatrii

***) Referat wygłoszony na sesji naukowej z okazji 25-lecia AM

zgonów niemowląt, nad zachorowalnością w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. nadumieralności mężczyzn, badania gerontologiczne i geriatryczne, badania nad wpływem środowiska, jego skażenia i melioracji na procesy reprodukcji ludności i stan jej zdrowia, badania nad rozwojem fizycznym i psychicznym określonych grup wiekowych, zwłaszcza w wieku przedprodukcyjnym w różnych środowiskach: naturalnym, sztucznym i społecznym. W zakresie integralnej polityki zdrowia chodzi o sprawę natury zarówno ilościowej jak i jakościowej.

W pierwszym rzędzie będzie to próba zaspokojenia potrzeb w zakresie liczby lekarzy, dentystów, farmaceutów i średniego personelu lekarskiego odpowiednio dla potrzeb regionu, w zależności od przewidywanych zmian demograficznych i układów ekonomiczno-społecznych, warunkowanych zmianami charakteru środowiska (migracje wieś — miasto, zachorowalność na choroby społeczne, zmiany czasowe lub stałe) jego profilu, uprzemysłowienia itp.

Drugim elementem jest ultrastruktura wysokospecjalistyczna, która zależy nie tylko od instytutów uczelnianych, ale również instytutów resortu zdrowia, zlokalizowanych na terenie Warszawy (PHZ, Instytut Reumatologii, I.M.Dz., Gruzlicy, Onkologii, Hematologii, Psychoneurologii, Leków, I.Ż.Ż.), instytutów PAN, naukowych towarzystw specjalistycznych, Centrum Med. Kształcenia Podyplomowego, szpitali miejskich i wojewódzkich, MON, MSW, Kolei. Mimo wysokiego odsetka specjalistów w Warszawie, sięgającego 80%, a w roku 1990 wg przewidywań — 90%, istotne braki mogą jeszcze występować w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi i w mieście, zwłaszcza w opiece zdrowotnej nad wielkim rozwojem w przemyśle służbie zdrowia, która dla przykładu potrzebuje w samej tylko Warszawie do roku 1990 — 450 nowych lekarzy, w służbie sanitarno-epidemiologicznej i lecznictwie psychiatrycznym; wynika stąd konieczność intensyfikacji kształcenia tych grup specjalistów.

Następną sprawą jest zagadnienie sprofilowania niektórych instytucji naukowych, ich klinik i laboratoriów a także niektórych planów naukowych w projekcji potrzeb regionu, gdzie występuje wyraźna bifurkacja: wielkie miasto — rejon wiejski. Nie należy jednak zapomnieć, że szkoły medyczne w Polsce są jeszcze w chwili obecnej producentami niemal 75% dóbr naukowych w programie państwowym, resortowym i uczelnianym, a także zobowiązane są stanowczo do kształcenia kadry przyszłych lekarzy, stąd lokalne ich świadczenia nie mogą przekraczać wymiaru, którego rozległość mogłaby zakłócić funkcje programowe szkolenia przeddyplomowego.

Czwartym elementem, jest zabezpieczenie bazy materialnej, tj. sieci odpowiednio przygotowanych i sprawnie działających jednostek służby zdrowia (szpitale, poradnie, zakłady rehabilitacyjne, laboratoria, apteki).

Tak więc wiele z obecnie obowiązujących schematów i profili instytucjonalnych musi przekształcić środki swego działania, jeśli pragnie odpowiedzieć na naglące potrzeby dynamicznie rozwijającego się regionu, przy

czym trzeba będzie niejednokrotnie odstąpić od klasycznych schematów sojeoekonomicznych. Wydaje się, że istnieje obecnie pilna konieczność opracowania w tym względzie nowych metod w większym niż dotychczas stopniu uwzględniających związki między rozwojem a jakością życia człowieka. Potrzeba będzie być może podjąć szereg akcji łączących rozwój ze środowiskiem; z lepszym zrozumieniem wzajemnych stosunków między postępowaniem naukowo-technicznym a jakością życia społeczeństwa — akcji związanych z programowaniem łączenia kultury naukowej i przemysłowej z kulturą zdrowotną, która leży u podstawy wszelkich procesów kulturotwórczych.

Myszę, że w chwili obecnej dekalog zadań współczesnej medycyny możnaby ująć w następujących sformułowaniach:

1. Ze względu na wzrastające jakościowe i ilościowe potrzeby współczesnej populacji dążyć do podwyższenia liczby lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i innych kategorii pracowników służby zdrowia.

2. Zapewnić swobodę i poparcie dla badań naukowych w kierunkach pożytecznych dla populacji danego regionu. Ustalenie kierunków tych badań musi się odbywać przy współdziałaniu czynników społecznych, a uzasadnione być powinno przez prace demografów, ekologów i specjalistów w zakresie prognoz ekonomicznych, które muszą uwzględniać sprawę równowagi i harmonii między człowiekiem i środowiskiem, które tworzy a przyrodą, z uwzględnieniem zasady, że człowiek nigdy nie może być biernym obiektem eksperymentu biologicznego.

3. Zapewnić opiekę służby zdrowia wszystkim potrzebującym i upowszechnić oświatę zdrowotną w stopniu umożliwiającym skuteczną pomoc ze strony społeczeństwa fachowym pracownikom służby zdrowia.

4. Rozwiązać problemy: alkoholizmu, lekomanii, toksykomanii, niktynizmu i zaburzeń psychicznych, zwłaszcza młodzieży w wieku szkolnym oraz tzw. problem nieprzystosowania społecznego. Sprawy te wchodziły wyraźnie w zakres patologii społecznej, tj. zjawisk dewiacyjnych, dysfunkcjonalnych wobec określonego systemu społecznego.

5. Rozwiązać problemy niedożywienia i jednostronnego żywienia pewnych grup ludności, ze szczególnym uwzględnieniem wieku rozwojowego, przy czym sprawa konserwacji środków spożywczych oraz właściwego stosowania środków ochrony roślin, bez szkody dla człowieka i jego środowiska naturalnego, wysuwa się coraz bardziej na plan pierwszy.

6. Uregulować problem opieki nad matką i dzieckiem ze szczególnym uwzględnieniem elementów profilaktyki, chorób genetycznych i dzieci dużego ryzyka a także zwrócić większą uwagę na problem zdrowia rodziny i jej warunków bytowych.

7. Zapobiec skażeniu środowiska (gleba, powietrze, woda).

8. Zapobiec wzrostowi urazowości, wypadkom przy pracy oraz wypadkom związanym ze wzrostem komunikacji.

9. Szeroko uwzględnić z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego problemy rehabilitacji lekarskiej, zawodowej i społecznej. Rosnąca liczba przewlekle chorych oraz inwalidów wymaga wiele przystosowań ze strony służby zdrowia.

Oczywiście wszystkich tych zadań medycyna nie jest w stanie wykonać bez pomocy wielu innych grup profesjonalnych (planistów, urbanistów, socjologów, psychologów, architektów, ekonomistów, techników itp.) Ustalenie kierunków działania w skali regionu i jego potrzeb zależą od profilu zagrożeń w skali tego regionu i rozporządzalnych środków przeciwdziałania, a także od rozsądnego planowania na przyszłość. Wymaga to intensyfikacji współpracy wielospecjalistycznej, z tym jednakże zastrzeżeniem, że wpływ nauk medycznych na poszczególne elementy planowania rozwoju regionu powinien być znacznie rozszerzony, dla uzyskania odpowiedniego oddziaływania na wszelkie decyzje związane ze zdrowiem człowieka i poszczególnych grup ludności, w profilu współczesnej i przyszłych generacji. Nie może istnieć taka sytuacja jak w domu chorego, gdzie lekarz wzywany jest jedynie w momentach zagrożenia życia. W planowaniu sytuacji gospodarczych o typie rozwoju regionalnego, czynniki medyczne powinny uczestniczyć jak najbardziej czynnie.

W programach konstruowanych obecnie na świecie mówi się, niestety, więcej o rozwoju technicznym i ekonomicznym oraz o roli dyscyplin technicznych i ekonomicznych w ich tworzeniu, mniej natomiast, lub w sposób bliżej nieokreślony, o tzw. parametrach przyrodniczo-ekologicznych, włączając w to nawiasowo medycynę. Należałoby tu jednak mówić raczej o uzupełniających programach biologiczno-ekologicznych, które w strukturach organizacyjnych tworzenia tzw. ekosystemów, powinny zająć poczesne miejsce. Chodzi tu m. i. o percepcję cech środowiska naturalnego lub stworzonego przez człowieka oraz o właściwe modele systemowe w planowaniu tego środowiska zapewniające jego optymalizację. Dyskusja na ten temat jest zwykle pewną konfrontacją nie zawsze zgodnych stanowisk, co do planowanego rozwoju regionu, posiada ona jednak zawsze istotne znaczenie dla dalszego programowania, nie istnieją bowiem sytuacje nieodwracalne, których, po wielostronnym uzgodnieniu, nie można by zmienić.

Najważniejszym celem społecznym perspektywicznego planu rozwoju regionu jest więc zaspokojenie potrzeb indywidualnych, potrzeb grupy naturalnej, jaką jest rodzina oraz potrzeb społeczeństwa. Warunkiem realizacji tego celu jest odpowiednio dynamiczne tempo rozwoju gospodarczego oraz właściwa lokalizacja zadań produkcyjnych. Przewidywany w regionie do roku 1990, 6-krotny wzrost produkcji przemysłowej, 2,5-krotny produkcji rolniczej, a 5,5-krotny produkcji budowlanej — w porównaniu do roku 1971 oraz odpowiednia ich modernizacja, przy wzroście społecznej wydajności pracy — postulują również podwyższenie zakresu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia. Postulat ten jest tym bardziej uzasadniony, że planowany rozwój biologiczny — przy założeniu średnio-

rocznego przyrostu naturalnego 5—6% w latach 1971—80 i 2% w latach 1981—90 — doprowadzi do populacji regionu rządu 4,152 tys. woj. st. Warszawa — bez uwzględnienia migracji — zachowa do 1980 r. stabilizację zaludnienia, a od roku 1984—90 wykaże ubytek ludności 4% rocznie. Odpływ ludności ze wsi do miast regionu w latach 1971—1990 — szacuje się na 650.000 rocznie, wobec czego ludność miast osiągnie 72% zaludnienia (58% w 1970).

Sytuacja demograficzna, biorąc pod uwagę stan wyjściowy aktualny i rozwój ekonomiczny regionu a także obecną sytuację w zakresie ochrony zdrowia regionu z. p. w. ilościowego i jakościowego — prowadzą do następujących wniosków szczegółowych:

1. Zważywszy na proces silnego demograficznego starzenia się Warszawy i niektórych subregionów warszawskich — za zadanie szczególnie ważne i pilne, uznać należy rozwijanie gerontologii i geriatry — i to zarówno w zakresie teorii, dydaktyki jak i działalności bezpośrednio praktycznej.

2. W związku z intensywnym napływem do Warszawy osób nie zawsze przystosowanych do życia w warunkach wielkomiejskich, zwłaszcza w przewidywaniu wzmożonej migracji, jak również w związku z intensywnym ruchem codziennych dojazdów do pracy — konieczne jest organizowanie specyficznych, nastawionych na ten typ pacjenta, form działania przemysłowej służby zdrowia.

3. Trudności mieszkaniowe, wadliwość działania infrastruktury techniczno-ekonomicznej, niedostatek usług i szereg innych czynników powodują nasilenie się psychonerwic i zjawisk pokrewnych a stąd zjawi się konieczność rozwijania w tym zakresie w Warszawie specjalistycznej służby zdrowia.

4. Wymaga rozważenia potrzeba wprowadzenia do planów studiów medycznych demografii, jako dyscypliny społecznej najbliższej problematyce medycznej.

5. Prognoza demograficzna do 1990 r. dla b. województwa warszawskiego przewiduje zwolnienie dynamiki rozwoju ludnościowego, mimo iż w porównaniu z innymi regionami kraju przewidywany spadek będzie należał do relaktywnie najmniejszych. Jednocześnie nie wystąpią prawdopodobnie na obszarze b.woj. warszawskiego niekorzystne przesunięcia w strukturze demograficznej w skali notowanej w innych regionach, a proces starzenia się ludności b.woj. warszawskiego będzie wolniejszy. Ponieważ woj. warszawskie będzie dysponować na tle ogólnego spadku zasobu pracy w Polsce znacznymi zasobami siły roboczej, niezbędnym staje się usunięcie istniejących dysproporcji w wyposażeniu obszaru woj. warszawskiego w odpowiednią liczbę placówek służby zdrowia.

6. Prognozy do 1990 r. przewidują modernizację podstawowych struktur społeczno-gospodarczych. Przemysłowe metody organizacji pracy obejmują wszystkie działy gospodarki narodowej łącznie z rolnictwem, w któ-

rym wystąpią największe zmiany, związane z przemieszczaniem się ludności do miast i wzrostem zawodów pozarolniczych.

7. Ogólny wzrost poziomu zamożności społeczeństwa oraz upowszechnienia się metod przemysłowej organizacji pracy, będzie wymagało usunięcia obserwowanych dysproporcji w zakresie opieki zdrowotnej ludności, jak również stawia nowe zadania, wynikające z upowszechniania się nowych form organizacji życia społecznego. Postępujące procesy urbanizacji i industrializacji tworzą nowe potencjalne źródła zagrożeń dla środowiska człowieka i jego zdrowia, aczkolwiek przewiduje się stosowanie środków zapewniających ochronę środowiska naturalnego (ochronę wód, podniesienie czystości terenu itp.).

8. Opierając się na elementach prognozy stanu zdrowia regionu, przedstawionych w programach działania społecznej i wojewódzkiej służby zdrowia oraz na synchronizacji ich działalności z działalnością akademii medycznej należy wysunąć następujące tezy:

Przedłużenie przeciętnego życia ludzkiego jest głównie rezultatem dalszego zmniejszenia umieralności w granicach wieku rozwojowego, a zwłaszcza noworodków i niemowląt. Zależać to będzie od dalszego eliminowania ostrych chorób zakaźnych, spraw urazowych oraz innych chorób, które były dotychczas maskowane przez choroby zakaźne lub też nie występowały jako przyczyny zgonów, bądź inwalidztwa większej liczby ludzi z powodu krótszego czasu życia ludzkiego; do chorób tych należą między innymi: nowotwory, wady wrodzone, choroby genetyczne, metabolicznie uwarunkowane i cywilizacyjne, jak np. cukrzyca i otyłość, miażdżycy w wieku młodym, choroby psychiczne i nerwice, choroby układu nerwowego o typie neuroinfekcji i spraw degeneracyjnych.

Czynniki cywilizacyjne i industrializacja w dalszym ciągu zwiększą częstość urazów i zatruc, zwłaszcza w wieku młodzieżowym, (w tym także związanych z pracą zawodową) i przewlekłych chorób zwyrodnieniowych narządów wewnętrznych. Wymagać to może powołania instytutu medycyny przemysłowej oraz instytutu ekologii człowieka jako instytutów uczelnianych AM.

9. Osobnym zagadnieniem jest znaczny przyrost grupy ludności powyżej 50 roku życia. Warszawa należy, jak wspomniano wyżej, do miast demograficznie starych, a województwo osiągnie ten stan ok. 1985 r. Narastająca liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym, przewlekle chorych, inwalidów, rencistów i emerytów, będzie wymagała szybkich przystosowań w działalności tak systemu miejskiego oraz współczesnej służby zdrowia, jak i uczelni (np. kliniki i zakładu geriatricznej i gerontologii), stąd też zakres zadań uczelni wymaga podjęcia szeregu działań: zwiększenia liczby absolwentów, przeobrażenia w działalności naukowej i klinicznej, zwłaszcza profilu niektórych jednostek naukowo-dydaktycznych i ich planów pracy. Wszystko to wymaga również zwiększenia bazy materialnej uczelni, o którą mogłyby oprzeć się plany zmian organizacyjnych i treść pracy.

Dane liczbowe: trudno ocenić zapotrzebowanie na lekarzy, lekarzy dentyistów i farmaceutów regionu, z powodu mało precyzyjnych prognoz oraz braku wyraźnej koncepcji informatycznego systemu statystyki zdrowia. Obecnie zaledwie pokrywa się zapotrzebowanie tych służb — (ok. 300 lekarzy rocznie), natomiast w stosunku do potrzeb regionu powinno być 500—700 lekarzy. Postuluje to stworzenie II wydziału lekarskiego, co jest w zgodzie z ogólnie przyjętym założeniem, że jedna szkoła medyczna w układzie europejskim przypadać powinna na 1,5—2 mln. mieszkańców. Prognoza potrzeb powinna być opracowana w 3 wariantach: wariantu wyższego, najbardziej prawdopodobnego i niższego. Wówczas można pokusić się o wyrównanie niedostatków, zarówno typu ogólnosystemowego jak i odcinkowego.

10. Dla zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem oraz kobietą, należy spełnić następujące postulaty podstawowe: Konieczna jest intensyfikacja wysiłków służby zdrowia Warszawy w dalszym obniżaniu u m i e r a l n o ś c i n i e m o w l ą t, jak również podjęcie inicjatyw stymulujących działanie służb poza medycznych (społecznych, ekonomicznych, administracyjnych) — nastawionych na ten sam cel. Nasuwa się jako szczególnie ważny, następujący temat dla badań społeczno-medycznych *„umieralność niemowląt a kształcenie środowiska społecznego, ekonomicznego i naturalnego*. Z powyższym wnioskiem wiąże się dalszy postulat — rozszerzenia opieki lekarskiej nad kobietą i rodziną dzietną: dalsze podniesienie zdrowotności populacji, w wieku rozwojowym i reprodukcji, zgodnie z zatwierdzonym programem resortu zdrowia i opieki społecznej; wprowadzenie obowiązujących bilansów zdrowia populacji wieku rozwojowego w poszczególnych okresach; polepszenie warunków życia ludności w zakresie mieszkaniowym i pomocy lekarskiej; lepsze pokrycie potrzeb dziecka przez przemysł spożywczy, przemysł lekki, budownictwo itp., co na pewno odbije się dodatnio na przyroście naturalnym; polepszenie bazy szpitalnej — zwłaszcza oddziałów położniczych, noworodkowych i dziecięcych; utworzenie sieci poradni zdrowia rodziny, poradni genetycznych, oraz poradni młodzieżowych zdrowia psychicznego; wypracowanie bardziej efektywnych metod oświaty zdrowotnej i przeznaczenia odpowiednich środków na ten cel.

11. W realizacji opieki zdrowotnej nad wiekiem rozwojowym należy również uwzględnić szerszej problemy młodzieży. W tym celu trzeba: a) zorganizować szkolenie studentów i lekarzy pediatrów w zakresie problemów medycyny wieku młodzieżowego; zorganizować bazę dla takiego szkolenia; zorganizować wzorcową, modelową placówkę leczniczą dla młodzieży. Ośrodek taki — szpital czy oddział powinien powstać w ramach akademii medycznej, ponieważ posiada ona wysoko kwalifikowanych specjalistów, którzy mogliby zapewnić realizację tej inicjatywy. W Instytucie Pediatrii A.M. istnieje obecnie jedyny w kraju Zakład Medycyny Szkol-

nej, który posiada odpowiednie koncepcje w tym zakresie i doświadczenie w pracy z młodzieżą.

Węzłowym zagadnieniem wieku szkolnego jest problem zdrowia psychicznego i nieprzystosowania społecznego. Należy stworzyć warunki do podjęcia badań, zorganizowania szkolenia lekarzy, pedagogów i psychologów oraz do pracy usługowej na terenie Warszawy. Należy stwierdzić, że akademia posiada kadrowe możliwości w tym zakresie.

12. W opiece nad kobietą — najważniejsze tezy dla regionu dały się sformułować w sposób następujący:

Wzrost liczby łóżek do 1 : 12 tysięcy ludności (ginekologicznych 50% położniczych — 50%); rozbudowa oddziałów między wojewódzkich ze specjalnym zapleczem laboratoryjnym i specjalistycznymi poradniami (w oddziałach tych powinny istnieć 2 oddziały patologii ciąży: wczesnej i późnej); szkolenie lekarzy prowadzących poradnie K jeden raz w czasie roku przez okres 2 tygodni na oddziałach patologii ciąży; podobny typ szkolenia dotyczy również położnych pracujących w poradni K i izbach porodowych; dalszy rozwój opieki przedporodowej, przez wydzielenie stanów zagrożenia ciąży; rozwój specjalnych badań w regionach, w których stwierdza się zagrożenie środowiska. Należy tu prowadzić specjalne badania i otaczać specjalną opieką kobiety — zwłaszcza w okresie ciąży; wprowadzenie dokumentacji zarówno w poradniach jak szpitalach oraz zestawienie danych na bieżąco, co kwartał i omówienie wyników na specjalnych zebraniach; wprowadzenie badań profilaktycznych u kobiet raz do roku wraz z pobraniem rozmazu cytologicznego oraz u dziewcząt na początku pierwszego krwawienia przez specjalne poradnie dziewczęce, tak by wykryć wszelkie niedomagania, które mogą rzutować na rozwój ciąży; wypracować model życia kobiety z uwzględnieniem macierzyństwa i pracy zawodowej; rozwijać formy działania w ramach opieki nad rodziną w oparciu o Towarzystwo Planowania Rodziny i jego komisje: zdrowia rodziny prokreacji, polityki społecznej wobec rodziny oraz ośrodka badań nad współczesną rodziną.

13. W związku z szeroko zaplanowanymi badaniami typu statystycznego rysuje się konieczność opracowania informacji statystycznej w sposób kompleksowy, umożliwiający ocenę stanu zdrowia psychicznego i prześledzenia zmian w zakresie zachorowań i zgonów; podjęcie próby bardziej pogłębionych badań regionalnych nad zróżnicowaniem procesów zachorowań i umieralności; popularyzowanie pewnych badań medycznych dotyczących kształtowania odpowiednich podstaw ludności w stosunku do „dóbr cywilizacji technicznej”; ocena stanu faktycznego w regionie warszawskim, odnośnie rozwoju sieci służby zdrowia, nie tylko w skali porównania do średniej ogólnokrajowej, w stosunku do potrzeb indywidualnych i zbiorowości terytorialnych, w oparciu o prognozę w wersji biologicznej, uwzględniającej zmiany w stanie w strukturze ludności, wy-

nikające wyłącznie z faktów ruchu naturalnego ludności oraz prognozę w wersji pomigracyjnej (głównie ruchliwości przestrzennej wieś — miasto). Może to posiadać również istotne znaczenie dla oceny stopnia zaspokojenia potrzeb służby zdrowia w sensie kadrowym i bazy materialnej.

14. Wydaje się, że wskazane byłoby tu podjęcie próby oceny stanu zaspokojenia faktycznego potrzeb ludności, tj. czy planowany rozwój sieci służby zdrowia może poprawić istniejący stan i czy pozwoli na zaspokojenie faktycznych potrzeb? Resort zdrowia i opieki społecznej powinien, ocenić potrzeby i stopień ich zaspokojenia w skali regionu, w szerszym niż dotychczas zakresie, w sensie wielowariantowości prognoz demograficznych, tj. opracowania różnych założeń, które dotyczą płodności kobiet, zachorowalności, umieralności i czynników ekologicznych (ochrona środowiska). Z punktu widzenia potrzeb diagnozy oraz stanu i tendencji rozwojowych ochrony zdrowia — informacja statystyczna dotycząca stopnia zaspokojenia potrzeb ludności regionu na świadczenia medyczne i ich społecznej aktywności wykazuje jeszcze pewne braki i niedokładności (sprawozdawczość w zakresie stanu) zatrudnienia personelu medycznego, powiązanie danych charakteryzujących stan wyposażenia w wykazie rodzaju aparatury i sprzętu medycznego, ujęcie tradycyjnie i niewystarczające kompleksowo danych statystycznych itp.

Z punktu widzenia zadań praktycznych o typie inwestycyjnym należy stwierdzić, że przewidywany rozwój sieci placówek służby zdrowia i kadry w zakresie zarówno ultrastruktury specjalistycznej jak infrastruktury podstawowej kadry regionalnej — zabezpieczyć winien potrzeby regionu w okresie lat 15 — pod warunkiem założonych inwestycji materialnych i kadrowych. Istnieje tu konieczność m.in. zorganizowania specjalnego biura projektów dla wykonania dokumentacji i inwestycji, adaptacji i modernizacji obiektów służby zdrowia. Należy również wyodrębnić wykonawcę dla realizacji inwestycji służby zdrowia oraz plan zwiększenia kadr pielęgniarskich i personelu średniego, jak również zabezpieczyć pełny dopływ kadry pielęgniarskiej dla nowo powstających placówek.

Zapewnienie nakładom inwestycyjnym odpowiedniej mocy przerobowej dla wykonania inwestycji zaprogramowanych w planie perspektywnym zarówno akademii medycznej jak służb zdrowia — jest podstawowym warunkiem poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej regionu.

Na zakończenie należy raz jeszcze stwierdzić, że ściśle powiązanie działań gospodarczo-ekonomicznych regionu oraz akademii medycznej — na drodze „w z a j e m n y c h k o r z y ś c i” — wymaga stałych konsultacji i wspólnego planowania. Jedną z dominujących cech socjalistycznej służby zdrowia jest maksymalizacja aktywnego działania w kierunku zarówno diagnozy potrzeb ludności w zakresie świadczeń medycznych jak i ich zaspokojenia. I jeśli najbliższe lata, w związku z wielkim gospodarczym rozwojem kraju i regionu warszawskiego, będą wymagały wielkiej intensywności

działań wszystkich służb zdrowia, to warszawska akademія medyczna winna pełnić w tej sytuacji jedną z ról dyrektywnych w regionie.

Bolesław Górnicki

ROLE OF THE MEDICAL ACADEMY AS SEEN AGAINST THE DEMOGRAPHIC AND ECONOMIC DEVELOPMENT OF THE REGION

The needs of a region should be satisfied according to the correct assessment of processes of demographic, social, economic as well as broadly understood biological character.

The latter kind ought to be analyzed and dealt with by the representatives of the so called science of medicine, grouped mostly at medical academies and institutes. The scale of grades should be founded upon quantitative factors (number of specialized personnel, material and organizational guaranties).

It is necessary to stress the influence of medical science upon regional planning of the industrial and space type. Considered from the point of ecology it takes into account the impact of the environment with its particular health conditions on the biological future of the population.

Болеслав Гурницки

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА ФОНЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

Удовлетворение нужд региона должно осуществляться на основе правильного предвидения демографических, общественных и экономических процессов, а также в широком биологическом смысле. Тот последний элемент должен анализироваться и разрешаться представителями так называемой научной медицины, сосредоточенной, главным образом, в медицинских академиях и институтах, находящихся под ведомством санитарной службы. Шкала оценок должна опираться на количественные процессы (численность специализированных кадров), субстрат материального и организационного обеспечения.

Необходимо подчеркнуть большое влияние медицинских наук на так наз. региональное планирование индустриального и пространственного типа в экологическом смысле, т.е. влияния цивилизованной среды, которую создаем в данном регионе, на биологическую судьбу населения, проживающего в этом регионе — с точки зрения состояния его здоровья.

Prof. nadzw. dr hab. med. Andrzej Trzebski)*

ZASADNICZE KIERUNKI DZIAŁANIA DZIEKANATU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LATACH 1972—1975

Działalność władz dziekańskich koncentrowała się na głównych kierunkach wynikających z 3 podstawowych obowiązków, jakie nakładają obowiązujące przepisy na dziekana wydziału. Kierunki te są następujące: 1) działalność organizacyjna w zakresie procesu dydaktycznego i toku studiów, 2) działalność wychowawcza i związana z nią działalność w zakresie spraw socjalno-bytowych studentów, 3) działalność całej rady wydziału i władz dziekańskich w zakresie nadawania stopni naukowych i awansu kadry nauczycieli akademickich.

I. Działalność organizacyjno-dydaktyczna

1. Reforma studiów medycznych

W okresie sprawozdawczym wprowadzone zostały daleko idące zmiany kształtu studiów medycznych. Nowy etap reformy poprzedzony został opracowaniem przez władze dziekańskie szczegółowej analizy poprzedniego etapu studiów, w oparciu o opinie kierowników zakładów i klinik, rad instytutów, rad pedagogicznych, całej rady wydziału, wreszcie samych studentów. Postulaty opracowane przez władze dziekańskie na podstawie tych opinii zostały prawie w całości uwzględnione przez Ministerstwo Zdrowia i wprowadzone jako obowiązujące we wszystkich akademiach medycznych. Zmiany objęły głównie pierwsze i ostatnie lata studiów. W programie pierwszych 2 lat uwzględniono fakt zmian programowych szkół średnich i przedłużenie o rok kształcenia na poziomie przedakademickim. Odpowiednio do tego zmodyfikowano i zredukowano zakres i treści programowe nauczania biologii i biofizyki. Zintegrowano nauczanie chemii z biochemią. Stworzono warunki dla lepszej pionowej integracji procesu dydaktycznego przez wprowadzenie nowych przedmiotów, zespalających etap przedkliniczny z etapem klinicznym kształcenia, takich jak fizjologia kliniczna, farmakologia kliniczna, a na Oddziale Stomatologicznym — fizjologia żucia. Wprowadzono nauczanie w zakresie reanimacji i anestezjologii.

Na ostatnich latach studiów zmiany poszły w kierunku uprzątnienia studiów i dostosowania treści i form nauczania do profilu przyszłej pracy

*) Dziekan W-łu Lek. w latach 1972-75
Dyrektor Instytutu Nauk Fizjologicznych AM

zawodowej absolwentów, głównie w lecznictwie otwartym. Doniosłą zmianą w tym zakresie było wprowadzenie programowych zajęć z lecznictwa otwartego i medycyny środowiskowej, głównie na kursie szóstym.

Na Oddziale Stomatologicznym nastąpiło dalsze zróżnicowanie programów nauczania na pierwszych latach w zakresie anatomii, fizjologii i biochemii.

Realizacja tego nowego etapu reformy studiów stanowiła bardzo poważne zadanie organizacyjne dla dziekanatu w warunkach istniejącej bazy lokalowej i kadrowej. Niektóre zakłady (np. Zakład Chemii Ogólnej, Zakład Biofizyki) zmuszone były w ciągu jednego roku nauczać 2 kolejne kursy, tzn. kształcić dwukrotnie większą liczbę studentów. Z kolei zorganizowanie zajęć w lecznictwie otwartym wymagało porozumienia z Wydziałem Zdrowia m. st. Warszawy i przy ścisłej z nim współpracy wciągnięcia wysiłkiem dziekanatu całej sieci ambulatoriów i przychodni przemysłowej służby zdrowia na terenie Warszawy w siatkę organizacyjną procesu dydaktycznego uczelni.

2. Liczba studentów. Dyscyplina studiów i efektywność procesu dydaktycznego

Głównym czynnikiem, który limitował wysiłki dziekanatu w kierunku usprawnienia i unowocześnienia form i toku studiów, była rosnąca nieprzerwanie z roku na rok liczba studentów. Mijająca kadencja była okresem ogromnego wzrostu liczby przyjmowanych na studia. I tak w roku akademickim 1969/70 przyjęto na I rok studiów na Wydziale Lekarskim 214 osób, natomiast w tym roku akademickim liczba przyjętych była prawie dokładnie dwa razy większa i wyniosła 413 osób (bez Oddziału Stomatologicznego). W rezultacie całkowita liczba studentów na Wydziale Lekarskim wzrosła z 1746 studentów w roku akademickim 1970/71, poprzedzającym naszą kadencję, do 2342 studentów obecnie (w tym 347 na Oddziale Stomatologicznym). Aby sprostać tej liczbie kształconych uruchomione zostały wszystkie możliwe rezerwy kadrowe i lokalowe, zwłaszcza na latach przedklinicznych, które dźwigają główny ciężar wynikający ze zwiększonego naboru na studia i są szczególnie przeciążone zadaniami dydaktycznymi. Przyrost liczby nauczycieli akademickich a także baza lokalowa uczelni nie pozostawały w proporcji do zwiększonych zadań dydaktycznych.

Mimo tych z roku na rok pogarszających się warunków udało się utrzymać statystyczne wskaźniki efektywności procesu dydaktycznego na niezmiennym poziomie a nawet — na Oddziale Stomatologicznym — uległy one wyraźnej poprawie. 100% studentów stomatologii zalicza ostatni rok i kończy studia. Nastąpiły jedynie niewielkie przesunięcia pomiędzy poszczególnymi latami studiów. O ile w latach poprzednich najniższy statystycznie wskaźnik efektywności występował po roku II (poniżej 80%), o tyle ostatnio uległ on zdecydowanej poprawie do prawie 90% (89,7%), przewyższając tym samym statystyczny wskaźnik efektywności po roku

pierwszym — 84,7% i po roku czwartym — 88,7%. Pozostałe kursy na Wydziale Lekarskim (ogólnym) charakteryzuje bardzo wysoka sprawność procesu dydaktycznego, przekraczająca 95%. Jeszcze wyższymi statystycznymi wskaźnikami legitymują się kursy Oddziału Stomatologicznego.

Nadal trudnym problemem dla organizacji procesu dydaktycznego pozostają warunki lokalowe. Przejście niektórych zakładów Wydziału Farmaceutycznego na Pole Mokotowskie poprawiło nieco sytuację lokalową na Wydziale Lekarskim, ale tylko dla Studium Języków Obcych, Zakładu Filozofii, Zakładu Chemii Ogólnej oraz w Instytucie Biostruktury i w Instytucie Nauk Fizjologicznych. W tym ostatnim jednak przekazanie części pomieszczeń Uniwersytetowi Warszawskiemu (w tym sali wykładowej) zmniejszyło osiągnięte efekty przeniesienia zakładów Wydziału Farmaceutycznego na Pole Mokotowskie.

Krokiem w kierunku unowocześnienia bazy technicznej nauczania była pełna modernizacja i wyposażenie w nowoczesne środki audiowizualne sali wykładowej im. Ludwika Paszkiewicza w Instytucie Biostruktury oraz wprowadzenie telewizji przewodowej w nauczaniu na Oddziale Stomatologicznym.

Zdecydowany przełom dokonany został w zakresie unowocześniania technicznej strony egzaminów. Większość zakładów i klinik przeszła już na system egzaminów testowych. W oparciu o metodę kart perforowanych i analizę komputerową wyników, egzaminy testowe na naszym wydziale przeprowadzane są od strony technicznej na poziomie odpowiadającym światowym standardom najlepszych uczelni stosujących ten system egzaminowania. Pod tym względem uczelnia nasza znajduje się na pierwszym miejscu w Polsce, nie wyłączając politechnik, które dysponują przecież własnym wyposażeniem komputerowym. Należy podkreślić, że jest w tym osiągnięciu ogromna zasługa Zakładu Dydaktyki, który bardzo ściśle i przez cały okres kadencji współpracował z władzami dziekańskimi w tej i w innych dziedzinach.

Nową w naszych warunkach koncepcją nauczania było powstanie dwóch ośrodków naukowo-dydaktycznych filiiowanych przy naszej uczelni na bazie szpitali miejskich. Na latach klinicznych w coraz większym stopniu wciągnięte zostały w proces dydaktyczny jednostki pozaakademickie — nie tylko szpitale warszawskie, ale ostatnio również szpital powiatowy w Płocku. Tendencja ta jest naturalną konsekwencją postępującej integracji naszej uczelni z terenową służbą zdrowia, również na odcinku funkcji dydaktycznych. Przynosi to niewątpliwie korzyści studentom z punktu widzenia uprządkowania studiów i przybliżenia ich do warunków przyszłej pracy zawodowej absolwentów. Pozytywnym krokiem w tym samym kierunku było wprowadzenie w minionej kadencji zajęć zablokowanych w nauczaniu prawie wszystkich przedmiotów klinicznych na IV, V i VI roku studiów. Wypada jednak zaznaczyć, że prawie powszechne zaniechanie w związku z tym wykładów klinicznych zaczyna budzić uzasadnione wątpliwości, również samych stu-

dentów, ponieważ uniemożliwia jedyną formę kontaktu pomiędzy profesorem — kierownikiem kliniki a młodzieżą studiującą. Wobec zniesienia egzaminów ustnych i zastąpienia ich przez bezosobowy test, bezpośrednio oddziaływanie dydaktyczne i wychowawcze osobowości profesora na studentów uległo niekorzystnemu ograniczeniu. Sprawa wykładów będzie wymagała niewątpliwie ponownego rozważenia przez przyszłe władze dziekańskie.

W okresie naszej kadencji, w wyniku obszernej dyskusji na Radzie Wydziału, większość zakładów i klinik opracowała własne zwięzłe przewodniki dydaktyczne. Stanowią one nie tylko cenną wskazówkę dla studentów, ale mogą być i są już instrumentem sprzyjającym koordynacji i integracji programów nauczania różnych dyscyplin.

Zapoczątkowaliśmy studia indywidualne dla najzdolniejszych, ukierunkowanych naukowo studentów, w ścisłej współpracy dziekanatu z ruchem studenckich kół naukowych i pełnomocnikiem rektora d/s studenckiego ruchu naukowego. Opracowany przez władze dziekańskie ramowy regulamin studiów indywidualnych był punktem wyjścia dla podobnych inicjatyw w innych akademiach medycznych.

W minionej kadencji poważnie umocniła się i wzrosła rola rad pedagogicznych. Realizują one obecnie zadania całej uczelni w jak najściślejszym powiązaniu z władzami dziekańskimi. Prodziekani, opiekunowie poszczególnych lat, uczestniczyli czynnie w każdym posiedzeniu rady pedagogicznej. Wiele spraw z zakresu toku studiów, integracji programów, oddziaływań wychowawczych rozstrzygało się bezpośrednio na forum rad pedagogicznych, które stanowiły najważniejszą, roboczą i na codzień płaszczyznę zetknięcia i oddziaływania nauczycieli akademickich na młodzież studiującą. Można je określić jako faktyczne przedłużenie władz dziekańskich na teren poszczególnych kursów. Widocznym dowodem pozycji, jaką sobie wypracowały rady pedagogiczne jest fakt, że ostatnio działalność ich włączona została jako integralna część programu Rady Szkoły ds. Młodzieży. Przyczyniło się to do znacznego ożywienia aktywności Rady Szkoły do spraw Młodzieży.

Sprawozdania przewodniczących rad pedagogicznych na naszych radach wydziału stanowiły zawsze ważne wydarzenie, powodowały wysoką temperaturę zaangażowanej dyskusji i należą do tych posiedzeń naszej Rady Wydziału, które trwale i pozytywnie zapisały się w pamięci.

II. Działalność wychowawcza i w zakresie spraw socjalno-bytowych studentów

Na pierwszym miejscu w działalności wychowawczej władz dziekańskich należy postawić konsekwentne realizowanie zasad współpartnerstwa z młodzieżą w procesie dydaktyczno-wychowawczym, przy pełnym poszanowaniu uprawnień studentów wynikających z zasad samorządności. Ta nasza

postawa wynikała z ogólnego założenia, że studenci są wprawdzie młodymi lecz dorosłymi ludźmi. Jakiegokolwiek zabiegi wychowawcze, o ile mają być skuteczne, nie mogą polegać na administracyjnym komenderowaniu. Chodziło nam zawsze o to, aby stwarzać sprzyjające warunki dla powstania tendencji samowychowawczych, wychodzących samorzutnie od młodzieży i rozwijających się wśród najlepszych studentów. Zadanie władz dziekańskich polegało na stwarzaniu warunków dla rozpowszechniania w szerokim środowisku studenckim tych najlepszych postaw na zasadzie wychowawczych oddziaływań najlepszej i najbardziej sugestywnie działającej młodzieży na ich kolegów. Tendencje te miały sprzyjające warunki do rozwoju dzięki rozbudowanemu systemowi bodźców materialnych i pozamaterialnych, premiującemu najlepszych studentów. Atmosfera stawiania na dobrego studenta przyniosła widoczne i całkiem wymierne pozytywne rezultaty. Widocznym dowodem tego może być fakt, że określenie „działacz młodzieżowy”, które przez całe lata miało zabarwienie pejoratywne, było niemal synonimem przeciętnego lub wręcz złego studenta — w ostatnich latach dotyczy coraz częściej bardzo dobrych przodujących w nauce studentów. Możemy o tym przekonać się codziennie pracując z młodzieżą.

Ważnym instrumentem wychowawczym w pracy dziekanatu stał się nowy system pomocy materialnej dla studentów, który wszedł w życie podczas naszej kadencji. System ten premiuje wybitnie najbardziej wartościowych studentów, osiagających najlepsze wyniki w nauce.

Funkcje dziekana w tym zakresie wynikają z obowiązujących przepisów i są bardzo odpowiedzialne. Dziekan bowiem z urzędu przewodniczy Wydziałowej Komisji d/s Pomocy Materialnej Studentom i w oparciu o opinie samych studentów i obowiązujące przepisy decyduje o wysokości pomocy materialnej. A pomoc ta wzrosła w ciągu 3 ostatnich lat ogromnie. W roku 1972 wyniosła ona 3 360 00 zł, włączając w to poza stypendiami takie formy pomocy, jak nagrody za dobre wyniki w nauce, nagrody za dyplom z wyróżnieniem, dopłaty do kwater prywatnych, książeczki mieszkaniowe PKO dla studentów, premie dla stypendystów. Natomiast budżet na nadchodzący rok akademicki przewiduje już na te cele ok. 11 milionów złotych. Oznacza to ponad 3-krotny wzrost. 28% studentów na Wydziale Lekarskim pobiera regularne stypendia miesięczne. W zakresie decydowania o wysokości pomocy materialnej, a są to sprawy szczególnie delikatne i konfliktowe, nie było żadnych zatargów ani skarg ze strony studentów przez cały okres kadencji.

Nie było również w ciągu minionych trzech lat żadnych poważniejszych konfliktów na linii władze dziekańskie — studenci. Tam, gdzie pojawiły się ich zadatki, jak np. w sprawie egzaminów praktycznych z przedmiotów klinicznych, były one w porę rozwiązywane dzięki stałej i bez zarzutu współpracy przewodniczących rad pedagogicznych i przedstawicieli samej młodzieży w kolegium dziekańskim.

Chciałbym podziękować przedstawicielom młodzieży w kolegium dziekańskim, koledze Kuleszy a później koleżance Purskiej, za ich ogromny wkład pracy społecznej w tę funkcję. Ich udział i praca nie tylko były nam pomocne w podejmowaniu wielu bieżących decyzji, ale także w wypracowywaniu całych koncepcji, takich jak np. nasze postulaty co do ostatniego etapu reformy studiów, czy też zasad odbywania studiów indywidualnych.

Władze dziekańskie dążyły stale do nadania właściwej rangi pozamaterialnym bodźcom wychowawczym, stymulującym dobrą naukę i właściwe postawy. Braлиśmy bezpośrednio udział we wszystkich imprezach organizowanych w związku z nagrodami Eskulapa dla najlepszych, w szczególności w corocznym konkursie o nagrodę złotego Eskulapa z tradycyjnym, rokrocznym osobistym udziałem ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Korzystaliśmy z formy pochwał dziekańskich i wreszcie — może i najważniejsze — dzięki osobistym zabiegom członków kolegium dziekańskiego — zapewniliśmy względną swobodę wyboru miejsca przyszłej pracy zawodowej naszym najlepszym absolwentom. W tej ostatniej działalności władze dziekańskie utrzymywały ścisłą współpracę z pełnomocnikiem do spraw zatrudnienia absolwentów. Chodziło o to, aby 6-letni okres studiów i jego wyniki ważyły w istotny sposób na przyszłych losach naszych absolwentów.

Wreszcie dla studentów najmłodszych, na I roku, Zakład Dydaktyki wypracował nową koncepcję tzw. grup adaptacyjnych, zespalaając w ten sposób działalność dydaktyczną w ramach przedmiotu programowego „propedeutika medycyny” z funkcjami wychowawczymi.

Z braku miejsca trzeba pominąć inne aspekty pracy wychowawczej dziekanatu, które nas absorbowały w minionej kadencji i co do których władze dziekańskie przyczyniły się do podjęcia szeregu dobrze przedyskutowanych i niewątpliwie przemyślanych decyzji — takie jak np. rola i funkcja opiekuna małych grup studenckich, czy też zagadnienie tzw. punktacji dyplomów.

III. Działalność władz dziekańskich i Rady Wydziału Lekarskiego w zakresie nadawania stopni naukowych i awansu kadry naukowo-dydaktycznej

W latach 1972—1975 znacznemu powiększeniu uległa Rada Wydziału Lekarskiego. W roku 1972 w skład jej wchodziło 108 członków (profesorów i docentów), podczas gdy w czerwcu 1975 r., z końcem bieżącej kadencji liczyła ona 137 członków wraz z paroma profesorami i docentami zatrudnionymi na 1/2 etatu lecz wchodzącymi w skład Rady Wydziału, stanowiącym tym samym największą radę wydziału w Polsce. W ciągu minionych 3 lat przybyło 40 nowych członków — nowo powołanych docentów. Ubyło 11 członków, z czego 5 zmarło a 6 przeszło na emeryturę.

Funkcję Rady Wydziału i władz dziekańskich w zakresie rozwoju i awansu kadry naukowo-dydaktycznej oddają następujące liczby: w ciągu mi-

nionych 3 lat przeprowadzono na naszym wydziale 182 przewody doktorskie, w tym 76, tzn. 40% dla kandydatów spoza uczelni. Dokonano szeregu zmian w organizacji samych obron prac doktorskich. 2 nasze instytuty — Instytut Biostruktury i Instytut Stomatologii — uzyskały uprawnienia do nadawania stopni doktorskich. Parę innych instytutów ma również warunki obiektywne dla takich uprawnień i starania są w toku.

Przeprowadziliśmy 51 przewodów habilitacyjnych, w tym 17, tj. 1/3 dla kandydatów spoza uczelni. Należy podkreślić, że jesteśmy jedyną akademią medyczną w Polsce, gdzie przy tak wielkiej liczbie habilitacji nie mamy odrzuconej przez Centralną Komisję Kwalifikacyjną ani jednej habilitacji.

Podczas minionej kadencji Rada Wydziału Lekarskiego wystąpiła aż z 35 wnioskami o przemianowanie naszych członków na profesorów, w tym były 24 wnioski o przemianowanie na profesora nadzwyczajnego a 11 — na profesora zwyczajnego. Oznacza to ogromne zwiększenie aktywności w tym zakresie naszej komisji do spraw przemianowań, jeśli uwzględnić, że w całej poprzedniej kadencji takich wniosków było tylko 10. Po raz pierwszy występowaliśmy z wnioskami o przemianowanie docentów nie będących kierownikami klinik czy zakładów, lecz legitymujących się dużymi osiągnięciami naukowymi i dydaktyczno-wychowawczymi. Łącznie w ciągu ostatnich 3 lat 13 członków naszej rady uzyskało nominację na profesora — w tym 9 na profesora nadzwyczajnego a 4 na profesora zwyczajnego. Pokróćce należy wspomnieć o administracji samego dziekanatu. Ogromna, wzrastająca stale liczba studentów przy ciasnocie i nie zwiększającej się liczbie personelu nie stwarzają pracownikom dziekanatu odpowiednich warunków do efektywnej pracy. Tym niemniej w minionej kadencji rozpoczęto proces unowocześnienia i porządkowania spraw biurowych. Na pierwszym miejscu chciałbym tu wymienić opracowanie i częściowe zrealizowanie — na razie dla pierwszego roku studiów — systemu szczegółowych indywidualnych kart informacyjnych każdego studenta. Karty te umożliwią prowadzenie wszelkich analiz statystycznych i korelacyjnych.

Mimo trudnych warunków pracy urzędnicy naszego dziekanatu w miarę sił i możliwości sprościli wzrastającym zadaniom. Miarą uznania ich codziennej pracy przez samych studentów może być fakt, że dziekanat warszawskiej akademii medycznej i jego kierownik **Z d z i s ł a w B o r o s** uzyskali zaszczytne 2 miejsce w ogólnopolskim studenckim konkursie i plebiscycie na najlepiej pracujący dziekanat lekarski w Polsce. Konkurs zorganizowała redakcja „Nowego Medyka”.

IV. Wnioski

W niniejszej kadencji zapoczątkowano nowe inicjatywy, takie jak wciągnięcie placówek lecznictwa otwartego do programowych zadań dydaktycznych wydziału, zapoczątkowanie studiów indywidualnych, uruchomienie ośrodków naukowo-dydaktycznych na bazie szpitali miejskich i szereg

innych. Wymagają one kontynuacji i rozwinięcia. Szereg wniosków i dezyderatów na przyszłość wynika także z analizy obiektywnych trudności w przeprowadzaniu tych zadań dziekanatu, które nie zostały do końca zrealizowane. Wnioski te i dezyderaty można sprowadzić do następujących głównych punktów.

1. Podstawowym dążeniem, którego nie udało się zrealizować w minionej kadencji, winno być złagodzenie dysproporcji pomiędzy wzrastającą liczbą studentów a liczbą tych licznych nauczycieli akademickich, którzy zmuszeni są w tej sytuacji do pracy w godzinach ponadwymiarowych. Przeciążenie pracą dydaktyczną, choć płatną dodatkowo, jest zjawiskiem wysoce szkodliwym, hamuje bowiem harmonijny rozwój pracownika naukowo-dydaktycznego, ogranicza jego rozwój naukowy i możliwości osiągnięć badawczych. W ostatecznym wyniku odbija się to ujemnie na jakości samego procesu dydaktycznego i wartości pracownika jako dydaktyka na odpowiednio wysokim poziomie akademickim. Miarą przeciążenia dydaktycznego części naszych nauczycieli akademickich jest suma 930 000 zł za godziny ponadwymiarowe, przepracowane przez naszych pracowników prawie wyłącznie w zakładach teoretycznych i na latach przedklinicznych najbardziej przeciążonych dydaktyką. Żadne ośrodki pozaakademickie nie brały udziału w tym zakresie szkolenia i nie mogły odciążyć naszych pracowników. Jeszcze większa suma 2 233 000 zł wydatkowana została na opłacenie personelu spoza naszej uczelni, który brał udział w szkoleniu naszych studentów na latach klinicznych, odciążając tym samym nasze kliniki.

Podstawowym zadaniem przyszłości winno być dążenie do stopniowego złagodzenia tych dysproporcji zadań dydaktycznych i środków kadrowych oraz technicznych, którymi zadania te są realizowane. W przeciwnym bowiem razie jakość procesu dydaktycznego i jego unowocześnianie będą narażone na poważne trudności.

2. Statystyczne wskaźniki efektywności procesu dydaktycznego na naszym wydziale są wysokie, wyższe na ogół niż na innych wiołkich uczelniach stolicy (politechnika i Uniwersytet Warszawski). Nie należy już oczekiwać, aby mogły one być znacznie podniesione bez niebezpiecznego w skutkach obniżenia poziomu wymagań od studentów. Pewną poprawę tych wskaźników nie kosztem jakości kształcenia można uzyskać na drodze profilaktycznej przez konsekwentne zapobieganie, aby słabi kandydaci i słabi studenci nie rokujący żadnych szans nie podejmowali studiów. Dotyczy to m.in. dość licznej grupy osób wznawiających studia po uprzednim skreśleniu z listy studentów. Doświadczenie nasze poucza, że pośród tej grupy następuje ponownie znaczny odsiew. Należy obwarować znacznie ostrzejszymi sprawdzianami i rygorami ponowne wejście na studia tych osób, w większości nie nadających się w ogóle do studiów wyższych a do medycznych w szczególności.

3. Ważniejszym od uzyskanych wskaźników ilościowych i statystycznych jest dążenie do podnoszenia jakości i poziomu kształcenia studentów.

W minionej kadencji zapoczątkowane zostały przez władze dziekańskie prace studialne nad w pełni zintegrowanym tzw. podmiotowym systemem nauczania (p. „Problemy Uczelni i Instytutów Medycznych”, r. 1974, t. IX, nr 1, str. 15). Kontynuacja tych badań i próby ich realizacji możliwe będą tylko w oparciu o ścisłe współdziałanie władz dziekańskich z instytutami uczelnianymi. Komisje dydaktyczne instytutów powinny w znacznie większej mierze niż dotychczas realizować zadania uczelni w zakresie integracji treści i metod nauczania. Opracowane w minionej kadencji przewodniki dydaktyczne poszczególnych zakładów i klinik w przyszłości winny przybrać formę przewodników zintegrowanych wspólnych dla całych instytutów i odzwierciedlających poziomą i pionową integrację nauczania.

4. Jednym z głównych zadań najbliższej przyszłości będzie wypracowanie właściwych relacji pomiędzy naszym już istniejącym wydziałem a powstającym drugim wydziałem lekarskim. Przyjęta przez władze uczelni zasada łączności obu wydziałów poprzez wspólne instytuty międzywydziałowe powinna stanowić właściwą formę współpracy obu wydziałów a także pomocy kadrowej, techniczno-aparaturowej i lokalowej dla drugiego wydziału.

5. W ciągu minionych 3 lat rozszerzyła się bardzo baza dydaktyczna wydziału na placówki służby zdrowia spoza akademii medycznej, łącznie z przychodniami lecznictwa otwartego. Pilną koniecznością jest pomoc w doszkalananiu i podnoszeniu kwalifikacji tych lekarzy pozaakademickich, którym powierzono obowiązki nauczycieli akademickich. Tylko bowiem w ten sposób rozszerzenie bazy dydaktycznej nie będzie okupione kosztem obniżenia jakości procesu kształcenia studentów.

6. Polityka władz dziekańskich powinna w coraz większym stopniu opierać się na racjonalnych, naukowych podstawach współczesnej dydaktyki medycznej oraz teorii wychowania. Osobiste doświadczenie nauczycieli akademickich czy intuicja władz dziekańskich nie mogą być jedyną i wystarczającą rękojimą właściwych decyzji i poczynań. Dlatego szczególnie ważne wydaje się kontynuowanie ścisłej współpracy władz dziekańskich z Zakładem Dydaktyki. Takie zdania, jak pedagogizacja kadry nauczycieli akademickich, badania nad wartością prognostyczną ocen egzaminacyjnych na dalszych latach studiów i dla późniejszej pracy zawodowej absolwenta, nad korelacją ocen ze szkoły średniej i z egzaminu wstępnego z późniejszymi postępami studenta, badania nad rolą czynników środowiskowych w postępach studenta, nad efektami psychologicznymi procesu wychowawczego, nad skutecznością zabiegów wychowawczych, nad wartością i efektywnością różnego typu bodźców i motywacji, nad czynnikami determinującymi postawę moralno-etyczną studenta i absolwenta mogą być realizowane tylko w oparciu o pełne zaangażowanie Zakładu Dydaktyki, który formułować winien naukowo opracowane założenia dla racjonalnej polityki władz dziekańskich w tym zakresie. Duży wkład wносиła i może tu nadal wnosić sama młodzież (ankiety, badania sondażowe).

Dalsza współpraca ze zorganizowanym ruchem młodzieżowym bezpośrednio i poprzez Radę Szkoły do spraw Młodzieży jest nieodzownym warunkiem skuteczności działania władz dziekańskich; sporo w tym kierunku działośano w minionej kadencji ale jeszcze wiêksze, nie w pełni wykorzystane moŹliwości rysuj¹ siê na przyszłośc.

Nowy lek

PRIDINOL

tabletki

SKŁAD: *Chlorowodorek 3-piperidyno-1,1-dwufenylopropanolu* 0,005

PRIDINOL działa silnie spazmolitycznie przez poraŹenie zakończeñ nerwów parasympatycznych oraz ma bezpośredni wpływ na miêśnie gładkie. Reguluje zaburzenia ruchowe poza piramidowe. Zmniejsza napiêcie miêśni i hamuje ruchy mimowolne. Ułatwia wykonywanie ruchów dowolnych w schorzeniach układowo piramidowego. W organiźmie rozpada siê szybko i wydala. Nie kumuluje siê.

WSKAZANIA:

- choroba Parkinsona
- zespoły parkinsonowskie po zapaleniu mózgu, w przebiegu miaŹdźcy i po stosowaniu środków psychotropowych
- zaburzenia w sferze ruchów dowolnych, zwi¹zane ze wzmoŹonym napiêciem miêśniowym

OPAKOWANIA: 50 i 250 tabletek

SPÓŁDZIELNIA PRACY
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„POLON”

ul. Pojezierska 99
91-342 ŁÓDŹ

Małgorzata Czeley-Wybieralska*)

KULTURA MEDYCZNA W WYPOWIEDZIACH STUDENTÓW

Rozważania na temat przeprowadzonej przez nasz zakład ankiety nazwanej „kulturotwórczą” rozpocznę od przypomnienia definicji kultury. W pierwotnym znaczeniu słowo to oznaczało uprawę roli. Cycero użył następnie — w przenośnym znaczeniu — określenia „*uprawa umysłu — cultura animi*”. Stanisław Czarnowski w swoim dziele pt.: „Kultura” stwierdził iż: „Kultura jest dobrem zbiorowym i zbiorowym dorobkiem, owocem twórczego i przetwórczego wysiłku niezliczonych pokoleń”.

Zdanie Kazimierza Żygulskiego — z punktu widzenia psychologa — „kultura przedstawiać będzie się jako zbiór reguł i motywów postępowania, form ekspresji, nakazów i zakazów, ocen i sądów. One to wyznaczać będą strukturę osobowości, pozwolą na jej analizę, opis i pomiar”. Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej definicje, słowo „kulturotwórczy” oznaczałoby takie działanie, które wpływa na rozwój kultury i inspiruje w tym kierunku dane środowisko. Taki właśnie miała cel ankieta, która przedstawiona została w ubiegłym roku, w ramach zaliczeń historii medycyny studentom II kursu Wydziału Lekarskiego naszej akademii.

Część I ankiety, zawierająca 10 pytań, dotyczyła kultury medycznej, część II — deontologii lekarskiej.

Pytania części I: 1. Jakie związki istniały i istnieją między medycyną a kulturą? 2. Czy istnieje kultura medyczna? 3. W jaki sposób możemy wpłynąć na jej rozwinięcie? 4. Czy lekarzowi potrzebne są wartości kultury a) dawnej (antycznej) oraz b) współczesnej? 5. Jakie dziedziny kultury interesują mnie najwięcej i dlaczego? 6. Jakie czytuję książki? 7. Jakie czytuję pisma? 8. Czego szukam w powieści a) historycznej? b) współczesnej? 9. Czego szukam w teatrze i filmie? 10. Jakiego lekarza chciałbym zobaczyć w książce, filmie, sztuce?

Pytania części II dotyczyły deontologii lekarskiej: 1. Czy widzę potrzebę wykładów (ćwiczeń) z deontologii? 2. Jeżeli tak, na którym kursie powinny być te zajęcia prowadzone? 3. Czego chciałbym się dowiedzieć w trakcie ćwiczeń z deontologii?

Analiza odpowiedzi studentów pozwala na stwierdzenie, iż ankieta pobudziła ich do przemyśleń, dyskusji, rozważań na temat roli kultury,

*) Zakład Historii Medycyny i Farmacji IMS AM

zagadnień postaw etyczno-moralnych oraz humanizmu, w szerokim tego słowa znaczeniu — w życiu i działalności lekarza.

Przed ostateczną oceną przytoczę przykłady z poszczególnych grup pytań. Na pytanie: czy istnieje kultura medyczna? studenci odpowiedzieli:

1. „Oczywiście, że istnieje kultura medyczna. Trudno nawet przypuszczać, że ten, jeden z najstarszych zawodów świata, którego poczynania bacznie obserwuje i kontroluje społeczeństwo, nie miałyby swojej kultury. Kultura ta ukształtowana została przez setki lat i przekazywana z pokolenia na pokolenie przetrwała do dziś. Jest piękna, tak zresztą, jak wszystkie inne, ale ta nasza medyczna, ma w sobie elementy: jak humanitaryzm, dobro drugiego chorego człowieka, co daje jej priorytet nad pozostałymi. Ponieważ i my jesteśmy małą częścią, która wprowadzi inne, nowe elementy do kultury medycznej, możemy i musimy wpłynąć na jej rozwój, zwłaszcza że w dzisiejszych czasach dynamicznego postępu technicznego stoi przed wieloma problemami, obecnymi w świecie medycznym jeszcze 30–40 lat temu. Przeszczepy, transplantacja, sporna sprawa śmierci klinicznej i odłączenia pacjenta od respiratora, te wszystkie rzeczy wymagają od nas rozwiązania wprowadzenia pewnych etycznych reguł, według których dalsze pokolenia będą postępować”.

2. „Kultura medyczna istnieje z pewnością. Dla wyjaśnienia tego pojęcia wprowadziłbym jeszcze termin wiedzy medycznej. Na wiedzę medyczną składa się dorobek wielu, wielu nauk, nie tylko medycyny jako takiej, podczas gdy kultura medyczna jest wytworem środowiska medycznego. Wiedza stanowi meritum medycyny, podczas gdy kultura medyczna określa jej kształt zewnętrzny. Inaczej to formułując kultura medyczna jest formą utylizacji wiedzy medycznej”.

3. „Trudno oddzielić dokładnie kulturę medyczną. Jest ona ściśle powiązana z etyką. Rozwój kultury medycznej zależy wyłącznie od ludzi, jacy ją będą kształtować. Kultura lekarza, jego osobowość są profilowane przez wiele rzeczy: dom, szkołę, uczelnię, środowisko. Podwyższając poziom kultury ogólnej w społeczeństwie wpływamy na kulturę medyczną”.

4. „Sądzę, że wyodrębnienie kultury medycznej jako osobnego tworu jest trochę dzieleniem włosa na czworo. Związki kulturowe pomiędzy różnymi przejawami życia są tak ściśle, że trudno mówić o jakiejś odrębności kultury medycznej... Poziom etyczno-moralny powinien być odbiciem kultury fachowej, jednak niestety, te dwa czynniki nie zawsze z sobą korelują”.

Na pytanie: W jaki sposób możemy wpłynąć na rozwijanie kultury medycznej, studenci wypowiedzieli się następująco:

1. „Ważne jest, aby każdy lekarz był również humanistą z prawdziwego zdarzenia, aby znał i czuł potrzebę poznania tego, co w poezji, muzyce, malarstwie jest najpiękniejsze.”

2. a) Poprzez uświadamianie najmłodszych członków społeczeństwa o konieczności przyjaźni i poszanowania w stosunku do drugiego człowieka, b) rozwój kultury medycznej poprzez środki masowego przekazu (radio, telewizja, prasa), c) troskę o drugiego człowieka w czasie choroby, d) wprowadzenie do lecznictwa nowych osiągnięć w leczeniu różnych chorób.”

3. „Medycyna jest sztuką, której mistrzem powinien być każdy lekarz. Myślę, że droga do rozwoju kultury medycznej wiedzie poprzez jego doskonalenie. Doskonalenie w zakresie wiedzy fachowej jak i samej osobowości lekarza. Zalety lekarza, jako człowieka stawiałbym wyżej, niż jego zalety jako naukowca”.

4. „Na rozwój kultury medycznej można wpłynąć poprzez właściwą postawę wobec człowieka cierpiącego, oczekującego naszej pomocy, zaangażowanie humani-

tarne, doskonalenie systematyczne wiedzy medycznej, zrozumienie istoty sprawy uspołecznionej służby zdrowia.'

Na pytanie: „Czy lekarzowi potrzebne są wartości kultury dawnej i współczesnej” — studenci odpowiedzieli:

1. „Tak. Stosunek do współczesnej rzeczywistości, do przejawów życia społecznego wymaga od każdego kulturalnego i wykształconego człowieka, a więc i od lekarza znajomości historycznego rozwoju kultury tego społeczeństwa. Wiedza medyczna jest częścią ogólnego rozwoju kultury. By tworzyć rzeczy nowe, należy je opierać na tym co już zostało w danej dziedzinie zrobione. Ważne jest to choćby z tego względu, by nie popełniać błędów swoich poprzedników. Współczesna kultura narzuca nowoczesno normy, do których należy się dostosować i które należy respektować”.

2. „Nie można dopuścić do tego, aby medycyna utraciła związek z humanistyczną częścią kultury, bo zaprzeczaloby to jej naczelnemu celowi — służeniu człowiekowi, nie darmo przecież nazywają ją sztuką — ARS MEDICA. Powinna przecież i musi zawierać elementy estetyki, głęboką filozofię, radość i piękno. „Lekcja anatomii doktora Tulpa” jest medycyną w malarstwie, ale równie pięknym obrazem jest uśmiech człowieka, któremu medycyna pomogła, kto wie, czy to nie najpiękniejszy widok dla lekarza.

Tak więc, medycyna wyrasta z kultury, rozwija się razem z nią i aby utrzymać swoje miano nie może się od niej oddalić”.

Na pytanie: „Jakiego lekarza chciałbym zobaczyć w książce, filmie, sztuce teatralnej” — studenci stwierdzili:

1. „Chciałbym zobaczyć lekarza „Judyma”, człowieka humanistę niosącego bezinteresowną pomoc cierpiącym, z całym zaangażowaniem i poświęceniem. Według mnie zobaczenie takiego fikcyjnego lekarza w książce, filmie czy teatrze nie spełniałoby moich oczekiwań i przekonań, jaki lekarz być powinien. Bo przecież w oparciu o wyznaczoną rolę aktorowi nie będzie trudno zagrać. Najważniejszą rzeczą jest, by taki lekarz istniał w rzeczywistości wśród nas”.

2. „Przez kilka lat pastwiono się nad doktorem Judymem. Jedni stawiali go za wzór, drudzy wyśmiewali. Mnie się on jednak podobał (ale filmu o nim jeszcze nie nakręcono). W ogóle mało jest filmów poświęconych lekarzom, a jeśli są, to niezbyt dobre. W filmie chciałbym zobaczyć człowieka młodego, jego start życiowy, pierwsze sukcesy, niepowodzenia. Człowieka bardzo współczesnego, lubiącego się bawić, potrafiącego kochać. Moim zdaniem można by nakręcić zupełnie dobry film, tylko nie należy robić niczego na siłę. Nie należy przesadzać z tym bohaterским lekarzem, bo każdy lekarz to przede wszystkim człowiek”.

3. „Takiego lekarza, jak główny bohater filmu Artura Hillera „Szpital” czy filmu Załuskiego „Zaraza”. Dobrego lekarza, a jednocześnie nie pozbawionego osobowości i własnego życia, wątpliwości i sprzeczności. Uważam, że najniebezpieczniejszy jest lekarz, który sądzi, że się nie myli, że dla niego nie ma sytuacji, w której nie wiedziałby jak postąpić. Chciałbym zobaczyć lekarza poprzez studium wątpliwości dochodząc go do tego, co nazywam mądrością i doświadczeniem lekarskim”.

Pytania dotyczące potrzeby nauczania deontologii również dostarczyły niezmiernie ciekawych i pouczających wypowiedzi:

1. „Uważam, że ćwiczenia z deontologii są również potrzebne jak ćwiczenia z interny czy anatomii. Na latach ostatnich ćwiczenia z deontologii powinny trwać przez kilka semestrów z możliwością szerokiej dyskusji”.

2. „Tak, (te ćwiczenia) wydają mi się wręcz nieodzowne. Sądzę, że powinny dać one szczególnie dużo jako, że materiał jest bardzo dyskusyjny”.

3. „Jak ustosunkować się wobec problemu eutanazji, czy transplantacji narządów, jak zachować się wobec pacjenta nieuleczalnie chorego aby wyjawić mu prawdę?”

4. „O tym, jak powinien postępować lekarz, aby sprawę najważniejszą pozostawiało stale dobro chorego. Co należy robić kiedy dobro chorego koliduje z interesem społecznym?”

5. Chciałbym usłyszeć, ale przede wszystkim nauczyć się: zdobycia zaufania u pacjenta, postępowania z nim w szczególnie trudnych przypadkach, samodzielności, podejścia do pacjenta. Jednym słowem wszelkich zasad postępowania lekarskiego; Chciałbym przekonać się czy pacjent może zawsze na mnie liczyć, czy potrafię wyrzec się wszystkiego, by mu pomóc wtedy gdy jeszcze nie jest zapóźno?

Cytowane wypowiedzi były najbardziej typowe i nie były dobierane jednostronnie ani tendencyjnie. Wyrażają one poglądy całego II kursu. Doc. M. Ł y s k a n o w s k i, podsumowując wszystkie wypowiedzi studentów, analizowane w trakcie zebrań naukowych naszego zakładu napisał w tygodniku „Służba Zdrowia” iż: „— Jest rzeczą uderzającą, iż w wypowiedziach studentów przejawia się stale ten sam motyw: nie ma właściwej kultury medycznej bez odpowiednio ukształtowanych postaw etyczno-moralnych, pogłębiania wiedzy medycznej oraz zainteresowań kulturalno-intelektualnych, humanizacji medycyny oraz wzbogacenia osobowości lekarza. Dopiero spełnienie wszystkich powyższych postulatów powoduje, iż jego czynności zawodowe będą wypełniane prawidłowo. Zagadnienia etyczno-moralne wiążą się więc nierozdzielnie z zagadnieniami kultury medycznej, przy czym jedna jakość spleta się w każdym punkcie z drugą. Podejście takie, samo w sobie niezwykle pozytywne, wykazuje: 1) Jak wysoko oceniają studenci II roku medycynę jako wykonywaną w przyszłości zawód, oraz 2) Jak bardzo zdają sobie sprawę z faktu, iż lekarz chroni najwyższe wartości człowieka: jego zdrowie i życie. Poglądy powyższe są również wyrazem oczekiwań i wyobrażeń studentów na temat ich przyszłego postępowania i działania”.

Obecnie przeprowadzamy analizę ankiety przeprowadzanej w bieżącym semestrze wśród studentów VI kursu Wydziału Lekarskiego naszej akademii.

Kolejne ankiety dotyczące stosunku studentów do zawodu lekarskiego, działalności postaw i celów działania lekarza zostaną przedstawione w osobnych publikacjach.

Wydaje się, że obecna ankieta w pełni spełnia swoje zadanie. Zawarte w niej pytania pobudziły studentów do dyskusji nad określeniem swojego stosunku do przyszłego zawodu, postaw etyczno-moralnych oraz przemyśleń nad rolą kultury w ogóle a w szczególności kultury medycznej. Działania tego rodzaju posiadają doniosłe znaczenie w procesie tworzenia przyszłej osobowości lekarza.

Małgorzata Czeley—Wybieralska

MEDICAL CULTURE AS VIEWED BY STUDENTS

The author presents the results of a survey undertaken by the Department of History of Medicine and Pharmacy, the Institute of Social Medicine at the Medical Academy in Warsaw. The questionnaire concerned the relationship medicine and culture, problems of medical culture and cultural interests of the second year medical students from the Medical Academy in Warsaw.

The author quotes the students' opinions, paying particular attention to the question of medical culture, personal model and deontology. She states that the questionnaire stimulated students' discussion of their attitude towards the future profession and other ethical and moral patterns, as well as reconsideration of the role of culture in the activities of a doctor. It is planned to pose the same questions to the sixth year students in order to obtain subsequent comparative conclusions.

Малгожата Челей-Выберальска

МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА В ВЫСКАЗЫВАНИЯХ СТУДЕНТОВ

Автор представляет результаты анкеты, проведенной Отделением истории медицины и фармации Института общественной медицины Медицинской Академии в Варшаве, на тему связи медицины и культуры, вопросов медицинской культуры, а также культурных интересов студентов II курса врачебного факультета Медицинской Академии в Варшаве. Автор приводит высказывания студентов, обращая особое внимание на вопросы медицинской культуры, личного примера, а также деонтологии. Автор констатирует, что данная анкета привела к возникновению среди студентов дискуссии над определением своего отношения к будущей профессии, этическоморальной позиции и к размышлениям о роли культуры в деятельности врача.

Подобная анкета будет также проведена среди студентов VI курса врачебного факультета Медицинской Академии в Варшаве, с целью обработки сравнительных выводов.

COLISTIN

k a p s u ł k i

Skład:

Colistinum sulfuricum = *Colistinum 500 000 j.m.*

Antybiotyk polipeptydowy o działaniu bakteriostatycznym i bakteriobójczym, głównie na drobnoustroje Gram-ujemne.

Wskazania:

Zakażenia przewodu pokarmowego wywołane przez drobnoustroje Gram-ujemne (biegunki bakteryjne). Przygotowanie przedoperacyjne. Zakażenia wrażliwymi szczepami *Pyocyanus*, *Aerobakter*, *Salmonella*.

Przeciwwskazania:

Ostrożnie stosować u osób z upośledzoną czynnością nerek.

Działania uboczne:

Rzadko może wystąpić wysypka.

Dawkowanie:

Przy zakażeniach przewodu pokarmowego.

N i e m o w ł ę t a i m a ł e d z i e c i — średnia dawka dzienna 100 000 j.m. do 150 000 j.m./kg c.c./24 godz. w dawkach podzielonych 3—4 razy dziennie co 6—8 godzin.

N i e m o w ł ę t a

od 1—6 m-cy	1 do 2 kapsulek á 500 000 j.m.
od 6—12 m-cy	2 do 3 kapsulek á 500 000 j.m.

D z i e c i

od 1 do 6 lat	3 do 5 kapsulek á 500 000 j.m.
od 7 do 12 lat	6 do 8 kapsulek á 500 000 j.m.

Zawartość kapsułki można wysypać i rozpuścić na łyżeczce do herbaty w wodzie, mleku lub bulionie.

D o r o ś l i: średnia dawka 100 000 j.m./kg c.c./24 godz. w dawkach przyjmowanych co 6—8 godzin.

M ł o d z i e ż: 9—12 kapsulek á 500 000 j.m.

D o r o ś l i: 12—24 kapsulek á 500 000 j.m.

Opakowanie:

48 sztuk w listkach po 16 sztuk

U w a g a: Kapsułki COLISTIN przechowywać w opakowaniach szczelnych i chronić od światła.

Producent:

TARCHOMIŃSKIE ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE

„POLFA”

*Dr Leszek Modliński, dr Rubens Figurski**¹⁾

PODŚWIETLACZ SEROLOGICZNO-BAKTERIOLOGICZNY

1. Założenia techniczne

Podświetlacz serologiczno-bakteriologiczny jest nowym i praktycznym rozwiązaniem masowego odczytywania wyników odczynu klączkującego (VDRL) w rutynowej serodiagnostyce kłły oraz interpretacji innych strąków, powstałych w odczynach aglutynacyjnych (np. oznaczanie grup krwi i czynnika Rh) i precypitacyjnych, a ponadto służy do przeglądania kolonii drobnoustrojów, do oceny nasienia oraz w przemyśle farmaceutycznym do kontroli właściwego roztarcia ciał stałych w podłożu maściowym i przeglądania wszelkich zawiesin, a także w pracowniach naukowych wyższych uczelni typu przyrodniczego itp.

Ideą przewodnią powstania podświetlacza serologiczno-bakteriologicznego była pilna potrzeba pokonania trudności technicznych w interpretacji wyniku odczynu mikroflukulacyjnego (VDRL) i brak jakichkolwiek wzorów.

Dopiero po przemyśleniu koncepcji, opracowaniu aparatu i wprowadzeniu do użytku znalazł on szeroki wachlarz zastosowań w wielu dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej, a nawet poza nią, dużo szerszy, niż początkowo zakładaliśmy.

Techniczne rozwiązanie, które przedstawiamy w ostatecznej wersji prototypu, jest syntezą licznych udoskonaleń, dających w rezultacie naszych starań możliwość oceny różnych strąków, klączków, zawiesin, ciał stałych itp., choć wszystko zaczęło się od odczynu VDRL. Jednakże ocena przydatności podświetlacza w interpretacji wyniku tego odczynu i wnikliwa analiza pracy aparatu będą tematem odrębnego doniesienia opartego na dużym materiale laboratoryjno-diagnostycznym

2. Istota wzoru użytkowego

Prototyp przyrządu to skrzynka z materiału syntetycznego (winiduru), zaopatrzona u góry w wyjmowaną płytę, w której wycięto podłużny otwór o skośnie ściętych od dołu, wycienionych krawędziach. Płytę ograniczają z dwóch dłuższych boków dwie prowadnice o rozstawieniu, pozwalającym umieścić między nimi, a nad otworem, pięć szkiełek przedmiotowych. Całość — zwaną stolikiem — można zdejmować od góry. Pod płytą z jej boków i równoległe do prześwitu umieszczono dwie żarówki — świetlówki, każda o mocy 4 W, zapalane na zmianę; urządzenie dławikowe uniemożliwia jednoczesne włączenie obu świetlówek.

Rozmieszczenie świetlówek po bokach i zastosowanie pod nimi czarnego, matowego tła, okazało się cechą znamioną, ponieważ oświetlenie preparatów jest wyjątkowo dobre i nie razi wzroku obserwatora.

Przyrząd pozwala na szybkie przeglądanie dużej liczby szkiełek przedmiotowych z preparatami, których widoczność w aparacie, a zatem ich czytelność jest wyraźna.

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

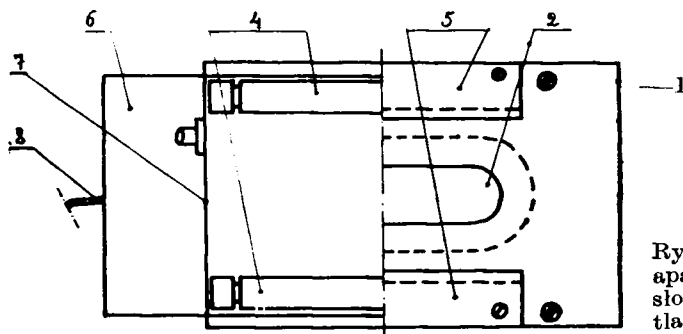
Aparat jest wygodny i łatwy w obsłudze. Praca przy jego użyciu nie męczy wzroku. Cel ten jest osiągnięty dobrą konstrukcją urządzenia, swobodą manipulacji i właściwym oświetleniem przeglądanych preparatów. Przyrząd ułatwia odczytywanie odczynów precypitacyjnych i aglutynacyjnych oraz przeglądanie wszelkich zawiesin kłaczkujących i innych w płynach i masach przezroczystych i półprzezroczystych.

3. objaśnienia rysunków

Przedmiot wzoru użytkowego jest uwidoczniiony na rysunkach. Na rysunku 1 widzimy jego rzut z góry wraz z odsłonięciem górnych partii wnętrza.

Patrząc na aparat z góry, widać zdejmowany stolik z owalnym prześwitem (2) w jego środku. Stolik ten stanowi wyjmowana płyta odblaskowa, posiadająca ścięte od dołu krawędzie (3), spod których wydostaje się jednorodne, rozproszone światło jarzeniowe. Do stolika przymocowano śrubami dwie równoległe prowadnice (5) w kształcie odwróconej dużej litery „L”, służące jako uchwyty do ramek dla szkiełek przedmiotowych z „lezką” (z wgłębieniem). Pod płytą znajdują się dwie świetlówki (4) o mocy 4 W każda, rozmieszczone od dołu w taki sposób, aby nie rzuciły blasku lampy bezpośrednio do oka obserwatora, lecz skośnie na preparat, umieszczony na stoliku. Stolik (płyta odblaskowa, świetlówki (4) i prowadnice (5) przymocowane są do podstawy obudowy (6), w której znajduje się dławik, dwa startery i dwa naprzemienne włączniki. Układ elektryczny (rys. 2) zasila sznur (8) z wtyczką do gniazda o napięciu 220 V.

Użytkowanie urządzenia według wzoru polega na tym, że szkiełka z „lezką”, wypełnione zawiesiną kłaczkującą, w ramce po 5 lub 10 sztuk, albo po 5 bez ramki, wsuwa się w szczeliny między prowadnice (5), a płytę, zapala jedną ze świetlówek (4) i ogląda preparat w rozproszonym świetle jarzeniowym.



Rys. 1. Schematyczny rzut aparatu z góry, wraz z odsłoniętym układem oświetlającym

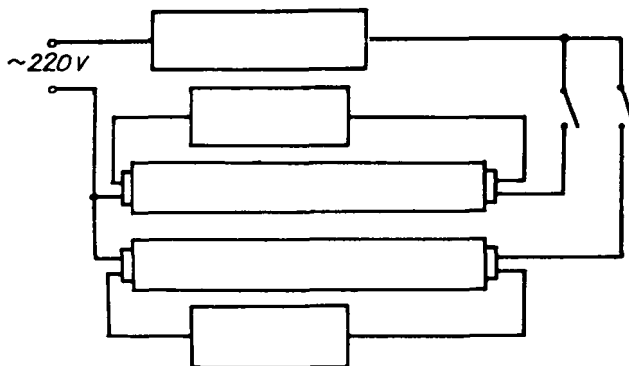
1. zdejmowany stolik — płyta;
2. otwór — prześwit w wyjmowanej płycie;
3. ścięte krawędzie prześwitu;
4. dwie świetlówki o mocy 4 W każda;
5. dwie prowadnice do ramki dla szkiełek podstawowych z „lezką”;
6. podstawa obudowy;
7. obudowa aparatu z dwoma włącznikami;
8. sznur zasilający z wtyczką do gniazdka o napięciu 220 V.

4. Zastosowanie wzoru użytkowego

Podświetlacz serologiczno-bakteriologiczny winien znaleźć zastosowanie wszędzie tam, gdzie chodzi o szybkie i masowe przeglądanie wszelkich zawiesin i strąków, a przede wszystkim:

- 1) w laboratoriach serologicznych do masowego odczytywania odczynów aglutynacyjnych i precypitacyjnych;
- 2) w laboratoriach bakteriologicznych do przeglądania kolonii drobnoustrojów w świetle przechodzącym;
- 3) w stacjach i punktach krwiodawstwa do odczytywania wyników oznaczeń grup krwi i czynnika Rh;
- 4) w stacjach inseminacji zwierząt do kontroli nasienia;
- 5) w przemyśle farmaceutycznym do oceny właściwego roztarcia ciał stałych w podłożu maściowym oraz do przeglądania wszelkich zawiesin;
- 6) w pracowniach wyższych uczelni typu przyrodniczego do wyżej wymienionych prac itp.

Po wdrożeniu podświetlacza serologiczno-bakteriologicznego do produkcji na skalę przemysłową powinien być on wykonany w formie estetycznej, wielkości identycznej lub nieco mniejszej od prototypu, aby mógł być przenośny, tzn. łatwy do zabierania w teren. W urządzenie to należy wyposażyć wszystkie laboratoria, wykonujące wyżej wymieniony zakres badań diagnostycznych.



Rys. 2. Szkic układu elektrycznego urządzenia

Podświetlacz serologiczno-bakteriologiczny został zgłoszony do Urzędu Patentowego PRL i zarejestrowany, jako pracowniczy projekt wynalazczy o cechach, znamiennych dla wzoru użytkowego.

Leszek Modliński, Rubens Figurski

SEROLOGICAL AND BACTERIOLOGICAL READER

The authors present their already tested invention known as „serological and bacteriological read” for reading the results of the serological microfloculation test (VDRL). The originally designed apparatus is cheap to produce, generally available as well as practical and convenient to use. As such it can be employed in the routine serodiagnosis of syphilis the VDRL tests conducted on a large scale.

Its use increases the efficiency of testing the degree of agglutination of the human serum in the VDRL as well as interpreting other precipitates occurring in the agglutination reactions (e.g. blood grouping, the Rh factor) and the precipitation reactions. The apparatus can be also employed to examine microorganism colonies, in semen evaluation and in the pharmaceutical industry to control proper trituration (levigation) of solids in the ointment foundation, and to examine suspensions of all kinds, at scientific laboratories in higher schools, etc.

Лешек Модлинский, Рубенс Фигурски

СЕРОЛОГИЧЕСКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДСВЕЧИВАЮЩИЙ АППАРАТ

Авторы представляют разработанное и испытанное ими изобретение, названное „серологическо-бактериологическим подсвечивающим аппаратом“, для определения серологической микрофлюкцационной реакции (ВДРЛ). Аппарат является новым по своей конструкции, дешевым в производстве, доступным в условиях нашей страны, удобным и практичным в использовании устройством для производства массовых исследований реакции ВДРЛ в серодиагностике сифилиса.

Его применение эффективно улучшает и ускоряет работу не только при оценке степени агглютинации человеческой сыворотки в реакции ВДРЛ, но также в интерпретации других осадков, возникших в агглютинативных реакциях (напр. обозначение групп крови и фактора Rh) и преципитационных, затем при просмотре колонии микроорганизмов, при оценке семян, а также в фармацевтической промышленности — для контроля соответствующего растирания твердых тел в мазевом субстрате и просмотра всех взвесей, в научных лабораториях высших учебных заведений естественного типа и др.

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH**I. DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH, DOKTORA NAUK PRZYRODNICZYCH
NADANYCH UCHWAŁĄ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM**

BIJAK JAN : „*Wpływ trójjodotyroniny na jelitowe wchłanianie węglowodanów białek i tłuszczów u człowieka*” — 23.IV.1975 r.

Wykonano w III Klinice Chorób Wewnętrznych A.M.

Promotor: prof. dr Artur Czyżyk

BLATON OLENA: „*Analiza statystyczna testu zahamowania migracji makrofagów*” — 18. VI.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Histologii AM.

Promotor: dr doc. Wojciech Sawicki

CHMIELNIK MIECZYŚLAW: „*Zaburzenia wentylacji płuc u dzieci w przebiegu niektórych chorób laryngologicznych*” — 25.VI. 1975 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM.

Promotor: doc. dr Mirosława Głowacka

CYBULA KAZIMIERZ: „*Czynniki prognostyczne w raku żołądka*” — 23.IV. 1975 r.

Wykonano w Instytucie Onkologii w Warszawie:

Promotor: prof. dr Tadeusz Koszarowski

DĘBSKI RYSZARD: „*Próba oceny odporności komórkowej u dzieci chorych na wirusowe zapalenie wątroby w oparciu o wyniki testu skórniego z DNCB (Dwu-nitro-chloro-benzenem)*” — 9.IV.1975 r.

Wykonano w Szpitalu im. Dzieci Warszawy.

Promotor: prof. dr Witold Brzosko

ELUSZKIEWICZ STANISŁAW: „*Analiza porównawcza wyników leczenia skośnych i spiralnych złamań kości goleni ze szczególnym uwzględnieniem badań naczyniowych*” — 18.VI.1975 r.

Wykonano w Klinice Ortopedii AM.

Promotor: doc. dr Witold Szule

JAKUBOWSKI WIESŁAW: „*Ocena wartości izotopowych metod badania przepływu nerkowego*” — 25.VI.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Radioizotopów Instytutu Radiologii AM.

Promotor: doc. dr Wiesław Graban

KARCZEŃSKA JOANNA: „*Kliniczne aspekty napadów kureczów zgięciowych, ze szczególnym uwzględnieniem dotychczasowych możliwości terapeutycznych*” — 1.IV 1975 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM.

Promotor: doc. dr Aniela Popielarska

KARCZEŃSKI KRZYSZTOF: „*Patologia i mechanizm powstawania przestawienia głównych tętnic*” — 25.VI.1975 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: dr hab. Bogdan Woźniewicz

- KLIMOWICZ WITOLD: „*Zastawki cewki moczowej*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Szpitalu Wojewódzkim w Warszawie
Promotor: doc. dr Tadeusz Krzeski
- KNAP JÓZEF: „*Zmiany psychiczne i neurologiczne w niektórych postaciach wrodzonych niedokrwistości hemolitycznych*” — 14.V.1975 r.
Wykonano w Klinice Hematologii Instytutu Hematologii i Klinice Psychiatrycznej AM.
Promotor: prof. dr Włodzimierz Ławkowicz
- KOPEĆ ANIELA: „*Szybkość przewodzenia w nerwach obwodowych w postępującej dystrofii mięśniowej*” — 25.VI.1975 r.
Wykonano w Klinice Neurologii AM.
Promotor: prof. dr Irena Hausmanowa-Petrusewicz
- KOSSAKOWSKI JERZY: „*Synteza nowych pochodnych izowisnaginy i keliny w spodziewanym działaniu farmakologicznym*”. — 14.V.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Chemii Ogólnej AM.
Promotor: doc. dr Teodor Zawadowski
- KUPTEL WADIM: „*Wpływ blokowania zakończeń adrenergicznych typu alfa i beta na przebieg testów określających tolerancję węglowodanową u osób zdrowych i chorych na cukrzycę*” — 23.IV.1975 r.
Wykonano w III Klinice Chorób Wewnętrznych AM.
Promotor: prof. dr Artur Czyżyk
- LEMPICKI STANISŁAW: „*Powiększenie pęcherza gruczołowego pętlą jelita cienkiego*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Instytucie Gruźlicy AM.
Promotor: prof. dr Stefan Wesołowski
- MROCZKOWSKI EDWARD: „*Stan narządu słuchu i równowagi milicjantów ruchu drogowego*” — 11.VI.1975 r.
Wykonano w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW.
Promotor: doc. dr Roman Karwowski
- MROCZKOWSKI TOMASZ: „*Porzędkowe zapalenie cewki moczowej u mężczyzn*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Instytucie Wenerologii AM.
Promotor: prof. dr Józef Towpik
- NIETRESTA KRYSZTOF: „*Znieczulenie ogólne w ambulatorium stomatologicznym. Ocena gazometryczna*” — 9.IV.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM.
Promotor: doc. dr Bogdan Kamiński
- OKNIŃSKA HALINA: „*Wpływ znieczulenia ogólnego na zachowanie się endogennych amin katecholowych w nadczynności tarczycy leczonej operacyjnie*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM.
Promotor: doc. dr Bogdan Kamiński
- OSTROWSKI KRZYSZTOF: „*Analiza kliniki, patologii oraz wyników leczenia operacyjnego i radioterapii naczynek płodowych mózgu*” — 14.V.1975 r.
Wykonano w Klinice Neurochirurgii AM.
Promotor: doc. dr Jerzy Wisławski
- OZIĘBŁO LESZEK: „*Stężenia testosteronu oraz pojemność wiążąca białek transportujących testosteron w osoczu krwi chorych z zespołem fiminizujących jąder i u ludzi zdrowych*” — 9.IV.1975 r.
Wykonano w Wojewódzkim Zespole Przychodni Specjalistycznych oraz Samodzielnej Pracowni Genetycznej AM.
Promotor: doc. dr Krzysztof Boczkowski

- PTASIŃSKI JERZY: „*Nerwiaki i oponiaki śródkregostupowe*” — 14.V.1975 r.
Wykonano w Klinice Neurochirurgii A.M.
Promotor: doc. dr. Jerzy Wislawski
- RACHWAŁ-SOCHACKA LONGINA: „*Badania doświadczalne nad zastosowaniem kleju chirurgicznego estru n-Butylowego kwasu 2-cyanoakrylowego w chirurgii nerek*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Szpitalu Grochowskiem.
Promotor: doc. dr. Mirosław Kazoń
- RÓŻAŃSKI JĘDRZEJ: „*Badania fizjologiczne w różnicowaniu czynnościowych i organicznych zmian naczyń obwodowych*” — 11.VI.1975 r.
Wykonano w Klinice Dermatologii AM.
Promotor: prof. dr. Stefania Jabłońska
- RZĘSA GENOWEFA: „*Swoistość autoprzeciwciał pęcherzycowych i pemfigoidowych wykrywanych pośrednią metodą immunofluorescencyjną*” — 11.VI.1975 r.
Wykonano w Klinice Dermatologii AM.
Promotor: doc. dr. Tadeusz Chorzelski
- SZADY JANINA: „*Wpływ promieniowania mikrofalowego na rytm dobowy i wydalanie dobowe 17-hydroksykortykoidów i 17-ketosterydów*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Klinicznej Oddziału Izotopowego Instytutu Kształcenia Podyplomowego WAM.
Promotor: doc. dr. Zbigniew Toth
- SZAMOWSKA RENATA: „*Znaczenie arteriografii w rozpoznaniu i różnicowaniu guzów przestrzeni zaotrzewnowej*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Rentgenodiagnostyki Instytutu Radiologii AM.
Promotor: doc. dr. Ryszard Rajszyś
- SZEMIS ANDRZEJ: „*Reaktywność skórna na histaminę chorych na schizofrenię i chorych z innymi zaburzeniami psychicznymi*” — 9.IV.1975 r.
Wykonano w Klinice Psychiatrycznej AM.
Promotor: doc. dr. Halina Wardaszko—Łyskowska
- SZRETER MIROSLAWA: „*Wartość diagnostyczna badań ultradźwiękowych oczu u dzieci*” — 11.VI.1975 r.
Wykonano w Klinice Okulistyki AM.
Promotor: doc. dr. Zofia Falkowska
- ŚWIĄTKOWSKI JAN: „*Studium radiologiczno--kliniczne guzów okolicy i sklepienia żołądka*” — 18.VI.1975 r.
Wykonano w Instytucie Radiologii AM.
Promotor: doc. dr. Ryszard Rajszyś
- TOMASZEWICZ-KUBASIK HALINA: „*Zastosowanie promieniotwórczego ksenonu—133 i makroagregatów albuminy ludzkiej w doświadczalnych badaniach przepływu mózgowego*”. — 25.VI.1975 r.
Wykonano w Zakładzie Radioizotopów Instytutu Radiologii AM.
Promotor: doc. dr. Wiesław Graban
- WÓJTOWICZ MARIA: „*Obraz cytologiczny nabłonka walcowatego błony śluzowej kanału szyjki macicy u kobiet po menopauzie*” — 23.IV.1975 r.
Wykonano w Poliklinice MSW.
Promotor: dr hab. Kazimierz Polachowski

**II. DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH
NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO AM**

GARSZEL ZYGMUNT: „*Jodowanie wybranych alkaloidów oraz ustalenie miejsc podstawienia jodu*” — 24.III.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

Promotor: prof. dr Stanisław Biniecki

HOROSZKIEWICZ ZBIGNIEW: „*Kondensacja chlorku kwasu 3-indoliloctowego z niektórymi heterocyklicznymi aminami i redukcja powstałych amidów glinowodorkiem litowym*” — 24.III.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych

Promotor: prof. dr Stanisław Biniecki

KAZANOWSKI ADAM: „*Synteza chinaldynyloamidów oraz lepidynoloamidów kwasu chinuklidyno-2-karboksyłowego*” — 19.V.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM.

Promotor: prof. dr Stanisław Biniecki

KOLWAS JAN: „*Otrzymywanie aminokwasowych pochodnych anestetyny*” — 19.V.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Farmaceutycznej AM.

Promotor: doc. dr hab. Wincenty Kwapiszewski

LEMPKE TADEUSZ: „*Syntezy w grupie chloropirydynoidynoilowych analogów indometacyny*” — 24.III.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM.

Promotor: prof. dr Stanisław Biniecki

SADURSKA BOŻENA: „*Własności urydylilotransferaz UTP, D-G-1-P EC 2. 7. 7. 9 z tkanek szczura*” — 27.VI. 1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM.

Promotor: doc. dr hab. Teresa Szynczyk

STĘPNIAK MAREK: „*Syntezy w grupie N-benzeliowych pochodnych 1,2,3,4-petrahydrochinoliny*” — 27.VI.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM.

Promotor: prof. dr Stanisław Biniecki

UZIĘBŁO ADAM: „*Otrzymywanie aminokwasowych pochodnych 3,3-dwufenylopropyloaminy o spodziewanym działaniu rozszerzającym naczynia wieńcowe serca*” — 19.V.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Farmaceutycznej AM.

Promotor: doc. dr hab. Wincenty Kwapiszewski

SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH

Doc. dr hab. Kazimierz Marzinek)*

Prof. ADAM FERDYNAND CZYŻEWICZ



Syn Adama Zygmunta (1841—1910) wybitnego i zasłużonego profesora położnictwa i ginekologii w Szkole Medyko-Chirurgicznej i w Szkole Położnych we Lwowie — Adam Ferdynand Czyżewicz urodził się tamże 19 listopada 1877 r. Po ukończeniu gimnazjum we Lwowie studiował medycynę w latach 1885—1900, uzyskując 16 listopada 1900 r. dyplom „doctoris medicinae universae”. Po uzyskaniu dyplomu pracuje pod kierunkiem prof. Grzegorza Ziembickiego na Oddziale Chirurgicznym Lwowskiego Szpitala Krajowego do 25 lutego 1901 r. a następnie wyjeżdża za granicę. Tam pracuje kolejno w Instytucie Pasteura w Pa-

ryżu pod kierunkiem prof. Eliasza Miecznikowa i dr Jana Danysza, następnie jest asystentem Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Wrocławskiego prowadzonej przez prof. Jana Mikulicza-Radeckiego, wreszcie specjalizuje się w Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu w Bonn u prof. Henryka Fritscha.

Wraca do kraju 26 maja 1903 r. i zostaje asystentem w Szkole Położnych we Lwowie, kierowanej przez Jego ojca, a jednocześnie obejmuje kierownictwo Oddziału Ginekologicznego w Szpitalu Krajowym. Po śmierci ojca od 24.I.1910—31.III.1911 prowadzi zastępczo kierownictwo Szkoły Położnych a od kwietnia 1911 r. pracuje w Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Lwowskiego pod kierunkiem prof. Antoniego Marsa.

*) I Klinika Położnictwa i Ginekologii AM

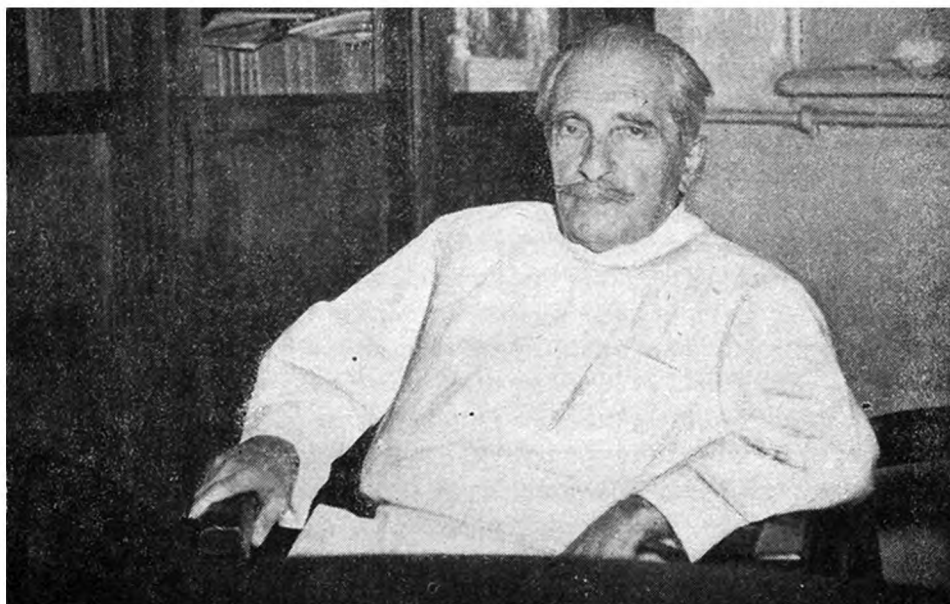
W 1914 r. habilituje się w zakresie położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Lwowskim. Wykład habilitacyjny pt: „Etiologia ciąży pozamaciężnej” wygłasza w dniu 5.VI.1914 r., ale zatwierdzenie habilitacji z powodu działań wojennych uzyskuje dopiero w 1916 r. W roku akademickim 1916/17 jest delegatem docentów do Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego i pełni obowiązki sekretarza tegoż wydziału.

W dniu 1 kwietnia 1920 r. zostaje powołany na kierownika Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych w nowo organizowanym Uniwersytecie Warszawskim, uzyskując jednocześnie nominację na zwyczajnego profesora położnictwa i ginekologii. Klinika powstaje w miejscu dotychczasowego Instytutu Położniczego, przy pl. Starynkiewicza 3, dopiero po długotrwałym i gruntownym remoncie, tak, że mimo jej oficjalnego otwarcia w dniu 14.I.1921 r. zaczyna pełnić swe funkcje dydaktyczno-naukowe w pełnym zakresie dopiero z dniem 2 listopada 1921 r. Toteż można powiedzieć, że Profesor stworzył klinikę, którą prowadząc przez 37 lat uczynił stale pulsującą życiem naukowym i stale rozwijającą się, nieustępującą wybitnym klinikom zagranicznym, tworzącą kadry wybitnych naukowców i będącą szkołą dla szerokich rzesz studentów, tak pod względem wykształcenia zawodowego jak i kształtowania wysokiej etyki lekarskiej — wbijającą się głęboko w pamięć i stanowiącą wzór dla wszystkich, którzy się w niej kształcili. Ten ogrom pracy 40-lecia można jedynie szkicowo zilustrować najważniejszymi wydarzeniami. W 1925 r. powołany zostaje do życia pierwszy w Polsce Oddział Noworodków. W 1928 r. zostały uruchomione pracownie biologiczna i histopatologiczna. W 1930 r. klinika uzyskała 50 mg radu i uruchomiono Oddział Radioterapii. W roku akademickim 1932/33 uruchomiono oddział Leczenia Fizykalnego i Promieniami Rentgenowskimi.

W latach 1939—1944 klinika przekształcona przez okupanta hitlerowskiego w Miejski Szpital Położniczo-Ginekologiczny, nadal szkolił studentów w sposób tajny, odbywają się posiedzenia naukowe, kontynuowane są prace doktorskie. Podczas Powstania Warszawskiego klinika zostaje spalona, ale częściowo udaje się ją ewakuować do Milanówka i w czerwcu 1945 r. powraca znowu do Warszawy. Początkowo do Szpitala Dz. Jezus, gdzie zostaje zainstalowana w pawilonie VIII i od razu zaczyna pełnić swoje funkcje jako Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych UW, szkoląc od pierwszych dni istnienia nowe kadry studentów. Ponownie odbudowana po 2 latach, dzięki staraniom i niezmożonej energii steranego już wiekiem prof. Czyżewicza, klinika przy pl. Starynkiewicza zaczyna nadal pełnić swe funkcje. Profesor prowadzi ją nadal jeszcze przez 13 lat po wojnie, aż do 30.IX.1958 r. I prowadzi ją tak sprężysto i z takim rozmachem, nie szepcząc swych sił, jak wtedy, kiedy obejmował ją po raz pierwszy w 1921 r. stając przed ogromem nowych zadań, tworzenia nowej kadry naukowej i szkolenia rzesz studenckich wobec poważnych strat w szeregach lekarzy i naukowców. Nie przeraża Go nawał obowiązków — przeżywa

drugą młodość w namiętnym organizowaniu wszystkiego od podstaw, rozwijaniu planów naukowych, usprawnianiu dydaktyki. Jest wzorem dla innych, pociąga ich swoją pasją działania do wzmożonego wysiłku, w szybkim tempie rozwija klinikę do wysokiego poziomu naukowego. Po ustąpieniu z kierowniczego stanowiska nie traci z kliniką kontaktu stale w niej przebywając, służąc swą radą, doświadczeniem i entuzjazmem aż do ostatnich chwil swego życia.

Umiera we wrześniu 1962 r., w kilka dni po zjeździe w Gdańsku, gdzie biorąc jak najbardziej czynny udział w obradach, fetowany i podziwiany był przez swych uczniów. Odszedł trwając na swym lekarskim posterunku do ostatnich chwil życia.



Prof. dr A. Czyżewicz w gabinecie swoim w klinice przy pl. Starynkiewicza w 1960 r.

Ogrom jego pracy naukowo-lekarskiej wymaga naświetlenia z wielu płaszczyzn działalności, ale nawet i takie naświetlenie nie może oddać w pełni jego sylwetki Wielkiego Lekarza i Nauczyciela.

W ciągu 37 lat Jego działalności w klinice wg zestawień Filara znalazło pomoc i troskliwą opiekę lekarską 92 855 kobiet rodzących i chorych ginekologicznie, wykonano ponad 37 000 (w tym ok. 8 500 dużych) zabiegów operacyjnych. Każdy niebezpieczny i poważny zabieg operacyjny wykonywany był albo przez samego Profesora, albo pod Jego bezpośrednim kierownictwem. Dlatego przeciętna śmiertelność kobiet, które były leczone lub rodziły w klinice przed 1939 r. wynosiła 1,8% a po 1945 r. w erze antybiotyków zmniejszyła się do 0,43%. Klinika była otwarta dla wszystkich zgłaszających się i potrzebujących pomocy, tak z Warszawy jak i z całej Polski. Profesor nie odmawiał jej nikomu. Nie uznawał przy-

padków beznadziejnych. Kazał walczyć i walczył do ostatniej chwili, nawet gdy nie istniała już szansa uratowania zdrowia czy życia. Tak przygotowywał rzesze lekarzy do ich odpowiedzialnej i ofiarnej pracy.

Niemniej wspaniałą jest dorobek naukowy prof. Czyżewicza. Zakres Jego zainteresowań był tak rozległy, że można przyjąć z pewnym prawdopodobieństwem, iż dążył konsekwentnie do opanowania naukowego wszystkich działów swojej specjalności. Był autorem 70 prac naukowych, sporo z nich do 1918 r. drukowanych było w języku niemieckim, co należało tłumaczyć ówczesnymi warunkami politycznymi. Głównym tematem Jego zainteresowań było położnictwo. Zagadnienie zatrucia ciążowego jest nie tylko tematem Jego pracy habilitacyjnej, ale pasjonuje się nim przez całe swoje życie i zwraca w tym kierunku zainteresowanie swoich uczniów. W 1906 r. opublikowana zostaje praca pt: „Zasady fizyki jako podstawa przeobrażeń narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu”. — pierwszy zwiastun problemu, który będzie absorbował prof. Czyżewicza prawie do końca Jego pracy naukowej. Syntezę swych poglądów przedstawił w 1932 r. w dziele pt: „Mechanizm porodowy”. Prof. Bulski pisał o Nim:

„Jest to niewątpliwie jego najlepsze dzieło, stanowiące duży wkład w rozwój poglądów na tematy dotychczas mało znane i niedoceniane przez położników-praktyków, Czyżewicz wyszedł z epoki ścieśnionej miednicy i sztywnych poglądów na postępowanie położnicze, wprowadził zasadę indywidualizowania każdego porodu. Dzięki takiemu podkreśleniu znaczenia fizjologii porodu, patologia stała się niezwykle łatwa i postępowanie było tylko logicznym następstwem właściwego rozumowania. To zamiłowanie do położnictwa jest jedną z cech najcharakterystyczniejszych Jego umysłu i udziela się Jego uczniom, u których w dorobku można spotkać wiele prac z tego zakresu”. Tak powstała warszawska szkoła położnictwa.

Innym działem, który żywo interesował prof. Czyżewicza przez całe Jego życie to zakażenie płożowe, groźna plaga położnictwa stanowiąca przedmiot prac Jego i Kliniki przez długie lata. Od I pracy, która ukazała się w 1907 r. aż po ostatnią, którą napisał w 1957 r., w 80-tym roku życia, pt: „O roli penicilliny w prowadzeniu porodu”. Z interesującej kazuistyki należy wymienić „Dwa przypadki ciąży brzusznej” (1912) dające prawo pierwszeństwa Czyżewiczowi w piśmiennictwie światowym. W 1925 r. wydaje 2 tomy położnictwa dla studentów, aktualnego przez szereg lat, na którym wychowały się całe zastępy Jego uczniów.

W 1927 r. ukazuje się praca pt: „Następstwa i skutki poronień”. Zagadnieniu temu poświęcił Czyżewicz wiele lat swego życia, poruszając nie tylko tematykę naukową lecz również i problemy społeczne.

Czyżewicz był nauczycielem wielu pokoleń lekarzy i studentów. Jego uczniami byli profesorowie: Henryk Beck, Tadeusz Bulski, Marta Erlich, Henryk Gromadzki, Władysław Jakowicki, Stanisław Krzysztopor-ski, Leonard Lorentowicz, Piotr Przytuła, Ireneusz Roszkowski, Małgorzata

Serini-Bulska, Tadeusz Zwoliński i docent Tadeusz Zawodźniński. Większość z nich objęła katedry akademii medycznych w całej Polsce — kontynuując i rozwijając warszawską szkołę położnictwa. Jeszcze poważniejszy jest zastęp samodzielnych kierowników szpitali i oddziałów położniczo-ginekologicznych, którzy wyszli z Jego Kliniki. Jest on tak liczny, że nie sposób wymienić ich wszystkich, a przytoczenie tylko niektórych nazwisk byłoby krzywdzące.

Był wybitnym wykładowcą. Z nieopisaną swadą opartą na świetnej retoryce, pięknym językiem polskim malował raczej niż przedstawiał problemy ginekologii i położnictwa w sposób niezwykle sugestywny i jasny. Jego anegdoty ożywiające wykład cytowane były wszędzie przez Jego uczniów. Wykłady te poza jasnym przedstawieniem diagnostyki i terapii cechował wybitny humanizm, szacunek dla cierpienia ludzkiego i bezkompromisowe podejście do wysokiej etyki lekarskiej. Uczył i wychowywał nie tylko na sali wykładowej, ale i przy łóżku chorej, na sali porodowej czy operacyjnej. Nie zaniedbywał żadnej okazji do przekazania swej wiedzy i umiejętności studentom i uczniom.

Poważny był Jego wkład pracy w czynnościach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W roku akademickim 1923/24 prowadził sekretariat Rady Wydziału, był prodziekanem (1924, 1926, 1937) i dziekanem (1925, 1936) Wydziału Lekarskiego oraz delegatem Rady Wydziału Lekarskiego do Senatu UW (1935, 1945). Podczas okupacji hitlerowskiej pełnił obowiązki dziekana Wydz. Lek. Tajnego Uniwersytetu (1940—1944), a od IV—IX.1944 r. wraz z prof. Witoldem Orłowskim i prof. Marianem Grzybowskim wchodził w skład kolegium kierującego działalnością Wydz. Lek. UW. Również duży i cenny był Jego wkład pracy na innych placówkach życia i działalności Uniwersytetu Warszawskiego. W 1924 r. był delegatem UW. do Rady Nadzorczej Towarzystwa Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie. Prowadził referat spraw asystenckich (1924, 1927), spraw kancelaryjnych (1927—1929) i odpowiedzialny referat spraw budżetowych (1929—39), wchodził w skład Komisji Dyscyplinarnej dla profesorów Uniwersytetu Warszawskiego (1937, 1939). Także w innych ważnych placówkach służby zdrowia rozwija swą działalność naukową i społeczną. Był członkiem zwyczajnym Państwowej Rady Zdrowia (1923, 1945, 1949), członkiem Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie (1937—1939) i członkiem Rady Szkół Wyższych (1947). W latach 1951—1957 był przewodniczącym Komisji Ginekologicznej w Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia. W latach 1951—1958 był kierownikiem naukowym Oddziału Ginekologicznego Naukowego Ośrodka Lecznictwa AM w Ciechocinku. Pełnił obowiązki rzeczoznawcy naukowego w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dla pracowników nauki (1953—1958) i był członkiem Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka (1955—1957).



Profesor A. Czyżewicz w otoczeniu pracowników Kliniki w dniu 80-lecia urodzin.

Jego udział w życiu polskich towarzystw naukowych to jeszcze jedna karta wielkich zasług jakie położył w rozwoju nauki polskiej. Był członkiem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego (1904—1920) i Lwowskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz jego przewodniczącym (1910). W latach 1921—1939 był członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, członkiem Towarzystwa Eugenicznego i Zarządu Głównego Komitetu do Walki z Rakiem. Prof. C z y ż e w i c z był jednym z inicjatorów i założycieli Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W latach 1924—1928 pełnił obowiązki przewodniczącego, a w 1932 r. został członkiem honorowym. W 1945 r. został pierwszym przewodniczącym reaktywowanego Towarzystwa Ginekologicznego w Warszawie. W latach 1960—1961 ponownie przyjmuje godność przewodniczącego. Na pracach tegoż towarzystwa wywiera niezatarte piętno. Był również jednym z twórców i organizatorów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz pierwszym prezesem w 1922 r. Obowiązki prezesa pełnił również w latach 1923—1925. Za działalność naukową i pełną poświęcenia pracę w Towarzystwie otrzymał zaszczytną godność członka honorowego PTG (1955). Członkiem honorowym mianowały Go również Wileńskie Towarzystwo Ginekologiczne (1936) i Československa Spolecnost Chirurgick'a a Ginekologicka w Pradze (1935). Z innych towarzystw naukowych członkostwo honorowe przyznały Mu Polskie Tow. Aptekarskie we Lwowie (1926) i Lubelskie Tow. Lekarskie (1950). W uznaniu wybitnych osiągnięć naukowych Polska Akademia Umiejętności w Krakowie powołała Go w 1935 r. do grona swoich członków.

Za całokształt działalności prof. A. F. C z y ż e w i c z uzyskał liczne odznaczenia państwowe, z których wymienić należy Medal Niepodległości, Krzyż Walecznych, Medal Dziesięciolecia Odzyskania Niepodległości, Medal Dziesięciolecia Polski Ludowej, dwukrotnie Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski. Zmarł w 1962 r. Pozostał wzorem wielkiego lekarza, naukowca i nauczyciela.

Prof. nadzw. dr hab med. Ireneusz Roszkowski)*

Prof. WILHELM WŁODZIMIERZ SOWIŃSKI



Wilhelm Włodzimierz Sowiński urodził się w dniu 1.XII.1892 roku w Płocku. Wydział Lekarski ukończył w 1917 roku w Berlinie. W latach 1914—1918 pracował jako lekarz miejscowy w klinikach położniczo-ginekologicznych prof. Abela i Nagela w Berlinie. Od roku 1922 pracował w oddziałach położniczo-ginekologicznych szpitali warszawskich. W 1938 roku objął, po zdaniu konkursu, stanowisko ordynatora oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala na Czystem.

W 1945 roku został powołany na stanowisko kierownika Kliniki

Położniczo-Ginekologicznej Akademii Medycznej w Łodzi.

Podczas przeszło 5-letniej pracy w Łodzi w klinice kierowanej przez profesora S o w i ń s k i e g o ogłoszono 80 prac naukowych, (w tym 8 prac doktorskich i jedna habilitacyjna). W 1951 roku w Warszawskiej Akademii Medycznej organizuje się II klinika położnictwa i chorób kobiecych — na stanowisko tej kliniki został powołany profesor S o w i ń s k i. Nieubłagalna śmierć przerywa Jego życie w chwili, gdy był w pełni sił z szerokimi planami na przyszłość. Zmarł nagle dnia 17 marca 1955 roku. Pod jego kierownictwem ogłoszono drukiem w warszawskiej klinice 40 prac naukowych.

Działalność naukową rozpoczął dr Sowiński już w roku 1914 ogłaszając pierwszą pracę poświęconą leczeniu stanów zapalnych pochwy. Od tego czasu poświęca się pracy naukowej, pogłębiając swoje wiedzę teoretycznie i praktycznie w zakresie położnictwa i ginekologii. Ogłosił drukiem 54 prace

*) Dyrektor Instytutu Położnictwa i Ginekologii

naukowe, 3 prace zostały złożone do druku, 13 prac poświęconych było zagadnieniu stanów zapalnych narządu rodnego, 12 prac nowotworom, a 6 prac gruźlicy narządu rodnego, w którym to zagadnieniu był prof. Sowiński wybitnym specjalistą i wyprzedzał swoich współczesnych w podkreśleniu ważności tego schorzenia.

W okresie międzywojennym prace naukowe rozwijał prof. Sowiński mimo braku właściwego warsztatu pracy badawczej. W czasopiśmie „Ginekologia Polska” stale ukazywały się prace i wygłaszane były referaty na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Uwzględniał szeroko piśmiennictwo zwracając szczególną uwagę na polskie, krytycznie ustosunkował się do poglądów innych autorów a zwłaszcza do własnych spostrzeżeń i wniosków. Sumiennie opracował każdy temat, wnikliwie i ostrożnie wyciągał wnioski.

Jego zdaniem władze nadzoru powinny czuwać nad tym, aby lekarze potrafili uchwycić początkowe okresy choroby, na których podłożu może powstawać rak. Do stanów usposabiających do powstania raka zaliczał rozdarcie szyjki macicy w związku z porodem, następne wywinięcie jej warg oraz przewlekłe stany zapalne szyjki, często połączone z nadżerką. Jego zdaniem medycyna doby obecnej powinna opanowywać metody za pomocą których będzie można również rozpoznawać raka w przypadkach bezobjawowych i przy objawach nieznacznych.

Zagadnienie niepłodności przedstawił w obszernej dwukrotnie wydanej monografii pt. „Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet” wykazując głęboką znajomość tego problemu. W skrypcie pt. „Patologia ciąży, porodu i położu” można poznać jego krytyczne stanowisko w stosunku do wielu spornych zagadnień. Był przeciwnikiem dogmatyzmu, rutyny i „żelaznych zasad” w położnictwie i ginekologii. Indywidualizował każdy przypadek w oparciu o wnikliwą analizę kliniczną, znajomość przedmiotu, warunków, wskazań i przeciwwskazań. W postępowaniu położniczym zajmował stanowisko pośrednie tak co do sposobu rozwiązywania ciężarnych, jak rodzących w przypadkach łożyska przodującego, przebytego cięcia cesarskiego itd. Szczególną troską otaczał kobiety pracujące w przemyśle, współpracując z Polikliniką Chorób Zawodowych. Był dobrym operatorem, nacechowanym spokojem i systematycznością. Zabiegi wykonywał zarówno przez powłoki brzuszne jak i przez pochwę. Znał dokładnie historię każdej operacji ginekologicznej, cytując przy tym nazwiska i daty.

Prof. Włodzimierz Wilhelm Sowiński udzielał się szeroko społecznie. Był przewodniczącym Łódzkiego Towarzystwa Ginekologiczno-Położniczego przez okres 5 lat, jak również członkiem honorowym tegoż towarzystwa. Był wojewódzkim specjalistą d/s położnictwa i ginekologii a następnie pierwszym specjalistą krajowym. Był człowiekiem skromnym, prawym o ujmującym sposobie bycia, o wysokiej etyce zawodowej połączonej z gorącym patriotyzmem, swą postawą w stosunku do chorej, czy ciężarnej kobiety dawał przykład kolegom, całkowicie oddany sprawie

udzielania rad i pomocy w dzień czy w nocy. Charakteryzował się przyjacielskim stosunkiem do swoich podwładnych.

Odszedł przedwcześnie, nagle w czasie posiedzenia naukowego. Pozostał jednak w naszej pamięci jako człowiek — lekarz naukowiec o niezwykłych zaletach etycznych i moralnych, wysokiej klasy położnik i ginekolog, naukowiec o rozległej wiedzy.

Był z tych co wyrosli nie w cieplarnianych warunkach klinicznych, lecz w trudnych warunkach praktycznej medycyny, mając główne oparcie nie w potężnym szefie a we własnej silnej woli i chęci stałego doskonalenia się połączonej również z potrzebą uczenia innych.

RENOVAN

drażetki

SKŁAD: *Eter glicerynowy gwajakolu* 0,1

RENOVAN działa uspakajająco. Zwalnia napięcie mięśni prężkowanych i włókien nerwowych. Działa wykrztuśnie i antyseptycznie.

WSKAZANIA:

Zaburzenia psychiczne
Stany podniecenia i pobudliwości
Stany lękowe
Napięcie mięśniowe wywołane wyczerpaniem psychicznym
Neurastenia
Gwałtowny kaszel
Zapalenie oskrzeli
Dychawica oskrzelowa
Krzusiec u dzieci i dorosłych

OPAKOWANIE: 20 drażetek

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA SPÓŁDZIELNIA PRACY

„ESPEFA”

ul. Wielopole 3

30-960 KRAKÓW

Doc. dr hab. n. med. Zbigniew Sternadel)*

Prof. TADEUSZ BULSKI



T a d e u s z B u l s k i u r o d z i ł s i ę 8 s i e r p n i a 1903 r. w e w s i M r z y g ł ó d w p o w i e c i e z a w i e r c i a ń s k i m. Ś w i a d e c t w o d o j r z a ł o ś c i o t r z y m a ł w g i m n. M. R e j ą w W a r s z a w i e. U k o ń c z y ł W y d z i a ł L e k a r s k i U n i w e r s y t e t u W a r s z a w s k i e g o w 1928 r. P o u k o ń c z e n i u s ł u ż b y w o j s k o w e j w 1930 r. r o z p o c z ą ł p r a c ę w I K l i n i c e P o ł o ż n i c t w a i C h o r ó b K o b i e c y c h U. W. Z t ą k l i n i k ą, z p r z e r w ą w o k r e s i e I I w o j n y ś w i a t o w e j, w k t ó r e j b r a ł c z y n n y u d z i a ł a n a s t ę p n i e p r z e b y w a ł w o b o z i e j e n i e c k i m — z w i ą z a ł c a ł e s w o j e ż y c i e, p r a c ę z a w o d o w ą i k a r i e r ę.

W i e d z ę i d o ś w i a d c z e n i e w d z i e d z i n i e p o ł o ż n i c t w a i g i n e k o l o g i i z d o b y w a ł p o d k i e r o w n i c t w e m p r o f. d r. w s z e c h n a u k

l e k a r s k i c h A d a m a C z y ż e w i c z a. O d r o k u 1946, t j. o d p o d j ę c i a p o n o w n i e p r a c y w I K l i n i c e P o ł. i C h o r ó b K o b i e c y c h n a s t a n o w i s k u a d i u n k t a, j e s t w ł a ś c i w i e s t a ł y m z a s t ę p c ą k i e r o w n i k a k l i n i k i. O d p i e r w s z y c h l a t p o w o j e n n e j p r a c y w k ł a d a c a ł y s w ó j t r u d i z d o l n o ś c i w u n o w o c z e ś n i e n i e k l i n i k i w j e j r o z w ó j n a u k o w y, s z k o l e n i e k a d r y p r a c o w n i k ó w o r a z n a u c z a n i e r z e s z s t u d e n c k i c h.

W 1948 r. u z y s k u j e s t o p i e ń d o k t o r a h a b i l i t o w a n e g o n a p o d s t a w i e r o z p r a w y p t: „K l i n i c z n e z n a c z e n i e p i e r ś c i e n i a g r a n i c z n e g o”. W 1954 r. z o s t a j e m i a n o w a n y p r o f e s o r e m a w c z t e r y l a t a p ó ź n i e j z o s t a j e k i e r o w n i k i e m k l i n i k i. Z a r a z p o o b j ę c i u k i e r o w n i c t w a c z y n i u s i l n e s t a r a n i a — u w i ę c z o n e p o

*) I K l i n i k a P o ł o ż n i c t w a i G i n e k o l o g i i A M

wodzeniem — o otrzymanie funduszy na generalny remont kliniki, jej rozbudowę i unowocześnienie. Dzięki Jego głównie staraniom, do starego gmachu dobudowano część nowoczesną, która mieści obecnie cały szereg niezbędnych jednostek klinicznych, m.in. pracownię rtg., poliklinikę, pracownie naukowe itp. Przedwczesna i nagła śmierć 8.VI.1966 r. nie dała mu doczekać i zobaczyć gmachu kliniki po generalnym remoncie i modernizacji, którą do końca planował i przygotował.

W swojej działalności naukowej i zawodowej prof. T. B u l s k i wykazywał wszechstronne zainteresowania, ale szczególnie zamilowanie miał do położnictwa. W badaniach naukowych z tego zakresu stale dążył do postawienia położnictwa w klinice na najwyższym współczesnym poziomie wiedzy. Nie było to łatwe, wymagało zmiany całego szeregu schematów myślowych, przestawienia postępowania praktycznego na współczesne i dostosowane do postępu wiedzy tory. Szczególnie odnosiło się to do pogłębionych już badań nad kurczliwością mięśnia macicy i możliwością regulacji czynności skurczowej macicy w oparciu o nowe syntetyczne leki.

Dla potrzeb lekarzy jak i studentów opracował skrypt z zakresu kurczliwości mięśnia macicy, w oparciu o najnowsze zdobycze wiedzy światowej w tym zakresie. Jego praca habilitacyjna o znaczeniu pierścienia granicznego pozwoliła na wykształcenie toku myślowego i praktycznego postępowania w porodzie, w zespole klinicznym — polegającego na zewnętrznym badaniu i śledzeniu wędrówki pierścienia granicznego — dla oceny postępu porodu. Metoda ta zdająca do dziś egzamin, pozwoliła na znaczne ograniczenie badania wewnętrznego rodzącej, co ma kapitalne znaczenie w zapobieganiu zakażeniom śródporodowym. Z Jego inicjatywy rozwinięto a następnie wprowadzono do praktyki klinicznej pojęcie porodu kierowanego i znieczulanego. Dzisiaj klinika ta znana jest powszechnie z tego, że porody odbywają się w niej w miarę bezboleśnie i w optymalnie krótkim czasie. Dzięki pracom nad porodem miednicowym i wprowadzeniem metody oksytocynowej w toku tego porodu — stworzył własny model prowadzenia porodu miednicowego, co pozwoliło na zasadnicze obniżenie śmiertelności okołoporodowej płodów i noworodków.

Innym problemem naukowym żywo interesującym prof. T. B u l s k i e-
go było leczenie balneologiczne schorzeń narządu rodnego. Szczególnie interesowały go sprawy leczenia wtórnej, pozapalnej niepłodności. W oparciu o założony przez siebie oddział ginekologiczny w ośrodku klinicznym w Ciechocinku opracował z zespołem klinicznym metody terapii balneologicznej w różnych schorzeniach kobiecych, które stosowane są w niezmiennionej prawie formie do dzisiaj. Wyrowadzone przez Niego nowe metody leczenia operacyjnego niepłodności pozapalnej w połączeniu z leczeniem balneologicznym pozwoliły na uzyskanie znacznie lepszych rezultatów leczniczych w tych przypadkach. Żywo też interesowały Go aspekty endokrynologiczne w schorzeniach kobiecych. Dzięki Jego inicjatywie powstał

przy klinice mały oddział endokrynologii oraz dział andriologii, które dzisiaj, rozbudowane, tworzą w Instytucie Położnictwa i Ginekologii Klinikę Endokrynologii i 5 — łózkowy — jedyny w Polsce — oddział andrologiczny przy klinice.

Opublikował samodzielnie lub był współautorem 57 prac naukowych z dziedziny położnictwa, ginekologii, endokrynologii i balneologii. Był równocześnie współautorem unowocześnionego podręcznika „Położnictwo” (Beck H., Gromadzki H., Lorentowicz L., Roszkowski I.) oraz oddanego do druku tuż przed śmiercią dużego dzieła „Ginekologia”, które przygotował wraz z żoną prof. Małgorzatą Bulską.*) Napisał też rozdział w „Terapii współczesnej” — o zapaleniach narządu rodowego, jak również rozdział „Położnictwo” w vademecum lekarza praktyka.

Był znanym i cenionym popularyzatorem zagadnień położnictwa i chorób kobiecych. Napisał z tego zakresu ponad 80 artykułów znanych m.in. w czasopiśmie „Położna” pt. „Seminarium położnicze”. Napisał „Poradnik małżeński” wydany następnie w kilku nakładach przez Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa. Dla potrzeb studentów przygotował i wspólnie zrealizował film dydaktyczny „o porodzie fizjologicznym”, na podstawie którego kształciły się później roczniki studentów medycyny. Były to pierwsze próby wprowadzenia do procesów dydaktycznych techniki audio-wizualnej, która dzisiaj w tej klinice jest elementem dominującym w dydaktyce.

Należy podkreślić duże zaangażowanie prof. T. Bulskiego w działalność specjalistycznych towarzystw naukowych. Wyraziło się to m.in. w tym, że trzykrotnie był wybierany na przewodniczącego Oddziału Warszawskiego P.T.G. Był też członkiem Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i pierwszym przewodniczącym Oddziału Warszawskiego P.T.G. W klinice odbywały się wszystkie posiedzenia PTG dzięki stałemu, aktywnemu uczestnictwu w zebraniach pracowników kliniki, których prace zawsze stanowiły trzon tematyczny zebrań naukowych; tradycja ta przetrwała do dzisiaj. Jego działalność naukowa przejawiała się też w pracach Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa, gdzie był propagatorem współczesnych poglądów na planowanie rodziny. Jako członek prezydium zarządu głównego TŚM przewodniczył komisji wychowania seksualnego i prowadził dział lekarski w czasopiśmie „Problemy Rodziny”.

Działał też jako specjalista wojewódzki dla m.st. Warszawy (1950—52), dla województwa bydgoskiego (1952—53), a w latach 1950—51 był członkiem Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka. Brał też czynny udział w pracach w samej akademii medycznej. Sprawował urząd prodziekana Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie w latach 1956—57, przewodniczył komisji mienia, był członkiem odwoławczej komisji dyscyplinarnej i członkiem komisji budżetowej.

Za całokształt swej działalności odznaczony został Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem X-lecia Polski Ludowej i Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia.

Prof. dr T a d e u s z B u l s k i pozostał w naszej pamięci jako wspa-
niały nauczyciel i wychowawca młodzieży studenckiej jak i swoich asys-
tentów. Ofiarny lekarz, oddany całym życiem klinice i jej problemom,
człowiek o dużej inteligencji i szerokich zainteresowaniach. Potrafił stwo-
rzyć w zespole atmosferę życzliwości, koleżeństwa i zdrowej rywalizacji
w działalności naukowej. Tym, który stworzył podstawy dla nowoczesnej
kliniki akademickiej pracującej w oparciu o współczesne zdobycze wiedzy
w dziedzinie położnictwa, ginekologii i endokrynologii.

*

*

*

*) *Wspomnienie o prof. dr M. Bulskiej zamieszczone zostało w KAM nr. 4
z 1973 r.*

Z życia SSKN

Anna Deka, Paweł Januszewicz

ŁAGODNA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA JAKO POWIKŁANIE ZAWAŁU SERCA

Celem pracy jest analiza grupy chorych ze świeżym zawałem serca, u których w I dobie po przyjęciu na salę „R” wystąpiła jako powikłanie łagodna niewydolność krążenia (NK). Oceniono przebieg NK w okresie ostrym (pierwsze 5 dni), oraz jej ewolucję i ustępowanie w ciągu dalszego pobytu chorego w klinice. Prześledzono częstość utrzymywania się NK po rozpoczęciu rehabilitacji pacjenta, stopień zagrożenia życia chorego i problem celowości stosowania glikozydów naparstnicy. Analizie poddano chorych, dla których istniała kompletna kliniczna i radiologiczna dokumentacja przebiegu choroby. Badana grupa jest liczebnie mała i praca ma charakter obserwacji wstępnej.

Zawał rozpoznano na podstawie obrazu klinicznego, ewolucji EKG i poziomu aminotransferaz w surowicy. U 45 obserwowanych chorych w I dobie pełnościennego zawału serca stwierdzono łagodną NK na podstawie przyłóżkowego zdjęcia RTG klatki piersiowej wykonanego w pozycji siedzącej, z odległości 150 cm, w projekcji przednio-tylnej. Odpowiada ona radiologicznie I i II stopniowi zastój w krążeniu płucnym, które charakteryzują się rozszerzeniem żył górnych płatów z niewielkim zwężeniem naczyń w dolnych częściach płuc i poszerzeniem kąta prawej wnęki. Uwzględniono dokonane przez tego samego radiologa opisy zdjęć RTG wykonywanych w okresie ostrym, w 10 i 15 dobie oraz przy wypisie, a także kliniczne objawy lewokomorowej NK: stwierdzane osłuchowo rżenia i trzeszczenia, duszność, III ton serca i tachykardię. U 35 chorych oceniono wielkość serca w okresie ostrym na podstawie pomiaru indeksu sercowego ze zdjęć RTG klatki piersiowej. Za odpowiadającą sercu powiększonemu przyjęto wartość 0,6 i więcej.

32 chorych z grupy było leczonych glikozydami naparstnicy. Należeli do nich chorzy, u których wystąpiły nadkomorowe zaburzenia rytmu pod postacią okstrasystoli nadkomorowej lub migotanie przedsionków, i ci z utrzymującą się dłużej niż jedną dobę NK. 13 pacjentów nie otrzymało naparstnicy, w tym trzech z powodu bloku p-k II°/III°, dwóch z powodu bradykardii, a u pozostałych przebieg NK był łagodny i krótkotrwały. Ustalając wskazania do podawania naparstnicy kierowano się obecnością zastój i objawami klinicznymi, nie uwzględniając wielkości serca. Podawano Digoxin p.o. wdawce 0,02 mg/kg wagi ciała w I dobie, a następnie dawkę podtrzymującą wg ogólnie przyjętych zasad.

Dane dotyczące liczebności i wieku chorych oraz lokalizacji zawału przedstawia tab. 1. U jednego pacjenta obserwowany zawał był drugim z kolei, u pozostałych był to zawał pierwszy.

W I dobie wszyscy chorzy mieli cechy radiologiczne NK, przy czym objawy kliniczne obserwowano tylko u 29. U 11 cechy kliniczne pojawiły się w następnych dobach, a u 5 pozostałych NK rozpoznano wyłącznie radiologicznie.

U 31 chorych (69%) wystąpiły zaburzenia rytmu wymagające leczenia, wśród

*) Studenckie Koło Naukowe przy II Klinice Chorób Wewnętrznych AM

Tab. 1
Ogólna charakterystyka grupy

Płeć	Liczba	Wiek	Średnia wieku
M	31	35—82	60,5
K	14	52—75	61

Lokalizacja zawału

Przedni	Dolny
25	20

Tab. 2
Zaburzenia rytmu wymagające leczenia

Zaburzenia rytmu	Liczba chorych
Ekstrasystolia komorowa	23
Migotanie przedsionków	8
Blok przedsionkowo-komorowy	8
Bradykardia	6

Tab. 3
Przebieg niewydolności krążenia

	Czas trwania niewydoln. krąż.		
	do 5 doby	do 15 doby	dłużej
Liczba chorych	20	12*)	11**)
NK po uruch.	3	2	5
Liczba zgonów	1	3	3

*) 1 obrzęk płuc

***) 2 obrzęki płuc

Tab. 4
Poziom transaminaz w surowicy

Grupa	AspAt
N (serce prawidłowej wielkości)	84 j.
D (serce powiększone)	114 j.

Tab. 5
Przebieg niewydolności krążenia u chorych z sercem prawidłowej wielkości i powiększonym

Serce	Liczba chorych	Niewydolność krążenia			
		do 5d.	do 15d.	>15d.	po uruch.
Prawidłowej wielk.	18	8	5	5	5
Powiększone I 0,6	17	5	7	5	4

których najczęstsza była ekstrasystolia komorowa, a częstość bloku p-k nie była większa niż w przeciętnej grupie z zawałem serca—tab. 2. Opisywana przez nas grupa pod względem średniej wieku, lokalizacji zawału oraz występowania zaburzeń rytmu odpowiada danym, uzyskanym w innych pracach prowadzonych nad chorymi z wczesną NK.

Tab. 3 ilustruje przebieg NK w badanej grupie. Zwraca uwagę częstsze nasilanie się, bądź ponowne narastanie NK w grupie chorych, u których pierwotnie utrzymywała się ona dłużej. Więcej jest także zgonów w tej grupie. W początkowym okresie rehabilitacji ruchowej 31 chorych nie miało objawów NK. Przy wypisie nikt z chorych nie miał NK. Wymiary serca w grupie, w której NK narosła po uruchomieniu i w grupie, u której ustąpiła zupełnie, były zbliżone. Z uwagi na brak charakterystycznych różnic, 35 chorych, u których zmierzono wielkość serca, podzielono następnie na dwie grupy: grupę 18 pacjentów z sercem o prawidłowej wielkości i grupę 17 chorych z sercem o wymiarach powiększonych. Jednocześnie oceniono rozległość zawału na podstawie średniej wartości maksymalnego poziomu transaminaz w surowicy uzyskując wyniki — tab. 4.

Czas trwania NK w obu grupach był podobny: zarówno czas ustępowania NK jak i częstość ponownego jej narastania po rozpoczęciu rehabilitacji — tab. 5.

Porównując liczbę chorych przyjmujących naporstnicę i śmiertelność w obu grupach uzyskano wyniki zestawione w tab. 6. W grupie chorych z sercem o prawidłowej wielkości aż 84% zostało zakwalifikowanych do naporstnicowania, biorąc pod uwagę utrzymujące się objawy zastoju stwierdzone radiologicznie oraz objawy kliniczne, zaś w grupie chorych z sercem powiększonym naporstnicowano tylko niecałe 2/3 pacjentów. Zwraca uwagę znacznie wyższa śmiertelność w grupie częściej naporstnicowanych, mimo że wymiary serca były prawidłowe, a rozległość zawału mniejsza

Tab. 6
Leczenie naporstnicą i śmiertelność u chorych z sercem prawidłowej wielkości i powiększonym

Serce	Liczba chorych	Leczeni naporstnicą (%)	Nieleczeni (%)	Liczba zgonów (%)
N prawidłowej wielk.	18	15 (84)	3 (16)	5 (27)
D powiększone	17	10 (59)	7 (41)	2 (11)

Tab. 7
Przyczyny zgonów w grupach chorych z sercem prawidłowej wielkości i powiększonym

Serce	Liczba zgonów	II-gi zawał	Pęknięcie serca	Zaburz. rytmu	Inne
N Prawidłowej wielk.	5	3	1	—	1
D Powiększone I 0,6	2	—	1	1	—

Wszyscy chorzy zmarli w tej grupie byli naparstnicowani. Z tab. 7 wynika, że 4 spośród 5 zgonów w grupie chorych z sercem prawidłowej wielkości były spowodowane ponownym zawałem bądź pęknięciem serca. Żaden z chorych z sercem powiększonym nie zmarł z powodu ponownego zawału serca. Ogólna śmiertelność wśród wszystkich 45 chorych wynosiła 15%.

Problem naparstnicowania chorych ze świeżym zawałem serca jest nadal kontrowersyjny. Dotyczy to szczególnie osób z niezbyt nasiloną niewydolnością krążenia, gdzie wskazania są mniej oczywiste, niż np. w obrzęku płuc. Wiadomo, bowiem że działanie inotropowo dodatnie pociąga za sobą zwiększone zużycie tlenu, co może być przyczyną szerzenia się strefy niedokrwienia lub niewydolności wieńcowej. Problem zużycia tlenu przedstawia się inaczej w sercu rozszerzonym. Inotropowy wpływ naparstnicy prowadzi tu do względnego zmniejszenia zużycia tlenu (Braunwald Sonnenblick). Również tak istotna zależność między ciśnieniem a objętością zmienia się pod wpływem naparstnicy w sposób korzystny tylko w sercu powiększonym.

Uzyskane przez nas wyniki wydają się potwierdzać powyższe przesłanki teoretyczne i eksperymentalne i sugerują, że wielkość serca powinna być brana pod uwagę przy ocenie wskazań do leczenia naparstnicą chorych ze świeżym zawałem serca.

Wnioski:

- 1) Łagodna NK nie stanowi powikłania bezpośrednio zagrażającego życiu chorego i w większości przypadków jest krótkotrwała.
- 2) Czas trwania łagodnej NK w wczesnym okresie może stanowić istotną informację prognostyczną.
- 3) Zwraca uwagę duża śmiertelność chorych o sercu prawidłowej wielkości, z których większość była leczona glikozydami naparstnicy.
- 4) Ustalając wskazania do leczenia naparstnicą chorych z łagodną NK w przebiegu zawału serca należy obok zastoju w krążeniu płucnym uwzględnić wielkość serca.

Ci, którzy odeszli...



PROF. DR. HAB. MED. ZDZISŁAW ASKANAS (1910–1974)

W dniu 25 września 1974 r. odszedł z grona pracowników Akademii prof. dr hab. med. Zdzisław Askanas, wybitny lekarz i nauczyciel rzesz lekarzy, twórca nowoczesnej kardiologii w Polsce.

Urodzony w 1910 r. w Warszawie, dyplom lekarza uzyskał w 1935 r. na Uniwersytecie Warszawskim, po czym rozpoczął pracę jako asystent Profesora M. Semerau — Siemianowskiego. Wrzesień 1939 r. spędził Z. Askanas w mundurze, był jednym z żołnierzy bohaterskiej załogi twierdzy Modlin. Lata okupacji były dla niego szczególnie trudne. Ukrywa się, pracując w różnych instytucjach medycznych, walczy w konspiracji. Po wyzwoleniu wstępuje do Wojska Polskiego w randze majora, organizując różne instytucje lecznicze. Kolejną placówką to Departament Zaopatrzenia Ministerstwa Zdrowia, gdzie wykazuje się niezwykłą energią i oddaniem w pracy.

W roku 1948 ponownie podejmuje pracę kliniczną na Uniwersytecie Warszawskim a następnie w Akademii Medycznej, gdzie w 1951 r. uzyskuje stopień naukowy docenta habilitowanego. W tym okresie wykonuje pierwsze w Polsce badania elektrokardiograficzne o charakterze standaryzacyjnym, wprowadza do kliniki analizę fizyczną układu krążenia. Od roku 1954 obejmuje kierownictwo i tworzy IV klinikę chorób wewnętrznych, której zapewnia znakomity rozwój w kolejnych latach swej pracy. Bardzo młody zawodowo i naukowo zespół Jego współpracowników dzięki niezwyklej Jego opiece i kierownictwu szybko zdobywa wszechstronne kwalifikacje, tworzy mocny i zgrany kolektyw, prowadzi nowatorską i efektywną działalność dydaktyczną — wychowawczą. Profesor całym sercem i osobistym przykładem, a także codzienną pracą kształtuje profil placówki i jej charakter oraz umiejętności jej pracowników. Wprowadza i rozwija szczególnie efektywnie studia nad wektokardiografią. Ośrodek warszawski staje się, obok wrocławskiego, najsilniejszy w tej dziedzinie w kraju i szeroko

znany za granicą. Organizuje pierwszy w kraju i jeden z pierwszych w świecie ośrodek intensywnej opieki kardiologicznej (wcześniej salę przeciwwstrząsową). Już w 1964 r. ukazały się pierwsze publikacje ilustrujące wyniki pracy ośrodka. Z całą energią stara się (jako konsultant krajowy w zakresie kardiologii) by powstało takich ośrodków wiele, uzyskuje dla nich wyposażenie. Ukazuje się pierwszy polski podręcznik z tej dziedziny „Intensywna opieka kardiologiczna”, tłumaczony na język rosyjski zyskuje także niezwykle popularność w ZSRR. Przedstawiciele kliniki biorą udział w wielu zjazdach, wygłaszają referaty, zapraszani są przez WHO jako uczestnicy konferencji. Przy wibitnym udziale Profesora precyzują się formy organizacyjne kardiologii polskiej. Jest członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, długoletnim wiceprezesa a w ostatnich latach prezesem Zarządu Głównego Towarzystwa. Organizuje Centralną Przychodnię Chorób Układu Krążenia, a następnie Instytut Kardiologii Medycznej w Warszawie. Jest krajowym specjalistą w zakresie chorób układu krążenia. W kierowanej przez Niego placówce stale rozszerza się zakres tematyka wykonywanych prac naukowych, jak również świadczeń leczniczych. Szczególną wartość i uznanie uzyskały w tych latach doświadczalne prace z zakresu hemodynamiki, immunologii, elektroterapii, bioinżynierii, co znalazło najdobitniejsze udokumentowanie w opracowaniu nowych rozwiązań technicznych w dziedzinie konstrukcji stymulatorów oraz urządzeń telemetrycznych i monitorujących. Uznanie międzynarodowe zyskały prace z dziedziny rehabilitacji chorych po zawale serca. Profesor Askanas wprowadził pojęcie rehabilitacji kompleksowej (nazwanej niejednokrotnie za granicą polskim modelem rehabilitacji). wprowadzając do problemu elementy psycho— i socjologiczne, zarówno w sensie poznawczym, jak i usługowym.

Światowa Rada Rehabilitacji powołuje Go na swego członka. Doświadczenia swoje i zespołu ujmuje Profesor w monografii „Rehabilitacja kardiologiczna”, która jest pierwszym i jedynym dotąd tego typu podręcznikiem w Polsce. Kolejną dziedziną działalności i niezwyklej aktywności Profesora były badania epidemiologiczne chorób układu krążenia, a późniejszej fazie prewencja pierwotna i wtórna tych chorób. Również w tej dziedzinie zyskał sobie międzynarodowe uznanie i autorytet będący wyrazem wielkiej, często pionierskiej twórczej pracy.

Profesor nieustannie dbał o jak najwyższy poziom oświaty zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza o rozumienie najważniejszych współcześnie chorób serca. W stałych kontaktach z dziennikarzami, reporterami radia i telewizji, tworzył nowe koncepcje i wytyczał drogi dotarcia do społeczeństwa w interesie jego zdrowia, angażując w to całą swoją wiedzę, zapał i serce.

Erudyta, tytan pracy zawodowej i naukowej, jednocześnie bliski przyjaciel i troskliwy opiekun swych współpracowników. Szczerzo i wszechstronnie interesował Go ich losy, ambicje, ich sprawy rodzinne. Kolekcjonował fotografie dzieci swych pracowników pamiętał o ich hobby, cieszył się ich sukcesami i osobiście składał gratulacje.

Całość Jego dorobku naukowego i szkoleniowego jest niezwykle imponująca, o czym tylko fragmentarycznie mogą świadczyć takie dane jak: publikacja około 180 prac i promotorstwo 26 doktoratów, uzyskanie pod Jego kierunkiem 5 habilitacji, wydanie 4 monografii i innych. Uznanie tego wkładu i osiągniętego dorobku były liczne nagrody, wyróżnienia, odznaczenia, a także autorytet moralny i szacunek, również w wielu innych krajach. Wielkość Jego wyznaczała praca, entuzjazm, poświęcenie i twórczy wybitny umysł. Towarzyszył im w życiu codziennym życzliwy uśmiech, cięty dowcip, codzienna serdeczna troska.

doc. dr hab. med. Tadeusz Kraska
Dyrektor Instytutu Kardiologii AM



PROF. DR. MED. JULIAN WALAWSKI
1898–1975

W dniu 29 stycznia 1975 r. zmarł prof. dr med. J u l i a n W a l a w s k i. Postać tego znakomitego badacza, współtwórcy warszawskiej szkoły fizjologicznej i twórcy warszawskiej szkoły patofizjologicznej, zamilowanego dydaktyka i nauczyciela, wychowawcy szeregu pokoleń lekarzy — jest dobrze znana wielu pracownikom naszej akademii.

Znana chociażby z Jego aktywnych i zawsze tak bardzo zaangażowanych wystąpień na posiedzeniach Rady Wydziału Lekarskiego, którym przyświecała troska o dobro uczelni, o rolę dyscypliny, którą reprezentował i której sens rozumiał we właściwym, fachowym przygotowaniu kadr przyszłych lekarzy.

Prof. J u l i a n W a l a w s k i urodził się 1 sierpnia 1898 r. w Bolechowie na ziemi lwowskiej. Gimnazjum ukończył w Berdiańsku nad Morzem Azowskim. Studia medyczne rozpoczął na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Odeskiego, ukończył zaś na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, uzyskując w roku 1926 dyplom doktora medycyny.

Widząc zasadniczy kierunek swoich zainteresowań w podstawowych dyscyplinach medycznych J. W a l a w s k i już podczas studiów rozpoczął pracę w Zakładzie Fizjologii Uniwersytetu w Odessie pod kierunkiem prof. Babkina. Zaważyło to później na jego zainteresowaniach fizjologią i patofizjologią przewodu pokarmowego, które kontynuował dalej w Zakładzie Fizjologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. dr. F r a n c i s z k a C z u b a l s k i e g o.

Prof. Julian Walański widział doskonale rolę nauk fizjologicznych, a zwłaszcza patofizjologii w interakcji nauk podstawowych z kliniką, w ich pomocy w rozwiązywaniu konkretnych problemów klinicznych — stąd zawsze interesowały go implikacje praktyczne jego badań, czego wyrazem było łączenie działalności fizjologa i klinicysty.

Jako klinicysta rozpoczął swą działalność w 1937 r. zostając asystentem Oddziału Wewnętrznego Szpitala Łazarza w Warszawie pod kierunkiem prof. M. Semerau-Siemianowskiego. Działalność klinicysty prowadził przez lata okupacji i wiele lat po wyzwoleniu. Jej wynikiem było wysunięcie własnych teorii patogenezy niektórych chorób. Szczególnego podkreślenia wymagają ujęte w monografii rozważania nad patogenezą duru plamistego, oparte na materiale chorych uzyskanym w latach okupacji w Szpitalu Zakaźnym przy ul. Chocimskiej.

Droga rozwoju naukowego J. Walańskiego po uzyskaniu stopnia doktora medycyny łączyła się jednak ściśle z naukami fizjologicznymi. Jej etapy — to uzyskanie w 1937 r. stopnia docenta w zakresie fizjologii, a w roku 1946 — profesora tytularnego przy katedrze fizjologii. W końcu tego roku zostaje powołany jako profesor nadzwyczajny na stanowisko kierownika Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie Akademii Medycznej w Warszawie — Zakładu, który prowadził nieprzerwanie do swego przyjścia na emeryturę w roku 1968. W 1955 r. otrzymał nominację na profesora zwyczajnego.

Twórczość naukowa prof. Walańskiego, której poświęcił się bez reszty i którą kontynuował do ostatnich chwil swego życia, obejmuje ponad 170 publikacji. Prace jego można podzielić na kilka grup tematycznych. W dziedzinie fizjologii i patologii przewodu pokarmowego — odkryciem na miarę światową było wykazanie enterogastronu jako humoralnego czynnika hamującego wydzielanie soku żołądkowego. W oparciu o działanie enterogastronu oraz późniejsze badania nad regulacyjną rolą układu wegetatywnego w warunkach fizjologicznych i patologicznych przedstawił również własną teorię powstawania wrzodu żołądka. Jego zainteresowania naukowe nie ograniczały się jednak do fizjologii i patofizjologii przewodu pokarmowego.

Na podstawie prac z dziedziny regulacji układu krążenia prof. Walański wyodrębnił dwa stany czynnościowe układu cholinergicznego z różnym wpływem na czynność bioelektryczną serca i ustalił pojęcie kompensacji fizjologicznej i patologicznej z tego układu. W oparciu o istnienie tych kompensacji podał własną teorię powstawania wstrząsu pourazowego. Należy przypomnieć również w zakresie tej tematyki ustalenie mechanizmu powstawania zjawiska wagus-puls na krzywej ciśnienia krwi, w której zgodnie z badaniami Jego dochodzi do niemiaryowości czynności serca, nie tylko, jak poprzednio przypuszczano, do jej zwolnienia.

Zdumiewająca była wrażliwość prof. Walańskiego na istotne i aktualne kierunki badań. Świadczy o tym problematyka, którą podjął w

ostatnim 10-leciu swego życia — a mianowicie badania nad niektórymi biologicznymi efektami symulowanej nieważkości. W badaniach tych wprowadził on, jako pierwszy, immersyjną metodę symulującą stan nieważkości w badaniach na zwierzętach.

Działalność naukowa Profesora zyskała należytą ocenę. Był członkiem korespondentem b. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Polskiej Akademii Umiejętności, członkiem korespondentem Międzynarodowej Akademii Astronautycznej, przewodniczącym Komitetu Nauk Fizjologicznych PAN, wielokrotnym przewodniczącym Oddziału Warszawskiego i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, w którym powołano go w roku 1973 na członka honorowego. Fizjologię polską reprezentował przez wiele lat w Zarządzie Międzynarodowej Unii Nauk Fizjologicznych. Przez trzy kadencje pełnił funkcję przewodniczącego Rady Naukowej Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej.

Był odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi oraz szeregiem innych odznaczeń.

Uzyskał za całokształt swych badań w zakresie medycyny lotniczej nagrodę I stopnia Ministra Obrony Narodowej.

Prof. *W a l a w s k i* był znakomitym i zamilowanym dydaktykiem, wychowawcą szeregu pokoleń lekarzy. Wiedzę swą udostępnił nie tylko w swoich interesujących wykładach, lecz również w wielokrotnie wznawianym klasycznym już dziś podręczniku Fizjologii Patologicznej, a ostatnio podręczniku patofizjologii. Był redaktorem i współautorem kilku wydań zbiorowego podręcznika fizjologii, za który uzyskał nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz szeregu monografii wśród których wyróżnić należy przede wszystkim wydaną w trzech nakładach monografię pt. „Miażdżyca”.

Prof. *W a l a w s k i* chętnie przekazywał uczniom swoją bogatą wiedzę i doświadczenie. Był wymagającym dla naszego dobra szefem, dbającym o odpowiedni poziom naukowy współpracowników. Świadczyć mogą o tym liczby 12 przeprowadzonych pod Jego kierunkiem habilitacji oraz przeszło 30 doktoratów, których był promotorem. Jego uczniowie zajmują dziś eksponowane stanowiska w świecie naukowym Polski.

W pamięci uczniów pozostanie przede wszystkim jako inspirator myśli twórczych, jako Człowiek, który wychował wielu swoich następców i wzbudził w nich uczucie najszlachetniejsze — zamilowanie do nauki, do rozwiązania problemów, których celem jest piękna humanistyczna idea poznania istoty choroby.

Doc. dr hab. Zbigniew Kaleta



PROF. DR. AL. MITRINOWICZ—MODRZEJEWSKA
1898—1975

Dnia 5 czerwca 1975 r. zmarła w Warszawie dr med. Aleksandra Mitrinowicz — Modrzejevska, emerytowany profesor Akademii Medycznej w Warszawie, b. kierownik Oddziału Foniatrycznego przy Klinice Otolaryngologicznej.

Była Ona wielce zasłużoną twórczynią i organizatorem foniatrii w naszym kraju. Ślad Jej działalności i pracy jest trwale widoczny w medycynie polskiej i naszej uczelni. Z tego powodu konieczne jest szersze wspomnienie o Jej pracy, zasługach, działalności i osiągnięciach.

A. Mitrinowicz-Modrzejevska urodziła się 1 kwietnia 1898 r. w Krakowie. Po ukończeniu szkoły powszechnej i gimnazjum, rozpoczęła studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dnia 7 kwietnia 1924 r. uzyskała dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Jeszcze przed uzyskaniem dyplomu lekarskiego zainteresowała się problematyką zaburzeń mowy w neuropsychiatrii i pracowała dorywczo w klinice psychiatrycznej w Krakowie. W 1924 r., zaraz po uzyskaniu dyplomu, uzyskała roczne stypendium na studia w Wiedniu. Idąc po linii swych zainteresowań zaburzeniami mowy, przez 6 miesięcy pracowała w wiedeńskiej klinice laryngologicznej prof. Neumana, a następnie 6 miesięcy w klinice foniatrycznej, prowadzonej przez prof. Froeschelsa. Po roku wraca do Krakowa i rozpoczyna pracę w uniwersyteckiej klinice neurologiczno-psychiatrycznej, kierowanej przez prof. Piltza. W 1928 r., dla uzupełnienia swej wiedzy, wyjeżdża do Paryża i rozpoczyna pracę w dziecięcej klinice neurologiczno—psychiatrycznej, kierowanej przez prof. Heyer'a; Przebywa tam do 1933 r. W tym okresie kształci się i współpracuje z członkiem Francuskiej Akademii Nauk prof. G. Bourguignonem w dziedzinie elektro — neurofizjologii.

W 1934 r. wraca do kraju na zaproszenie ówczesnego dziekana Wydziału Lekarskiego U.W., a zarazem kierownika Kliniki Laryngologicznej prof. Erbricha. Organizuje i prowadzi poradnię foniatryczną. Początkowo mieściła się ona w Szpitalu św. Ducha przy ul. Elektoralnej, a następnie w Szpitalu Dzieciątka Jezus przy ul. Nowogrodzkiej 59 przy Klinice Laryngologicznej.

Od tego czasu datuje się ściśle powiązanie prof. M i t r i n o w i c z - M o d r z e j e w s k i e j z warszawską uczelnią medyczną, jej ośrodkiem naukowym i prowadzoną przez nią foniatryczną placówką naukową i kliniczną. Na tym stanowisku działa aktywnie do września 1939 r., kiedy to — jako podopieczna jugosłowiańska (po mężu obywatelu jugosłowiańskim) opuszcza 24 września, jednym z ostatnich transportów ewakuacyjnych, oblężoną Warszawę i udaje się do Belgradu. Tu pracuje przez 2 lata jako asystentka w belgradzkiej klinice laryngologicznej, a w czasie działań wojennych w Jugosławii — w szpitalu wojskowym. Po rozpoczęciu okupacji Jugosławii zostaje usunięta z kliniki w Belgradzie i przenosi się do pracy lekarskiej na wsi w miejscowości Szabac. Po wyzwoleniu Jugosławii powraca na kilka miesięcy do kliniki laryngologicznej w Belgradzie, a następnie obejmuje stanowisko lekarza w polsko-jugosłowiańskiej misji repatriacyjnej w Gradiszka. Po zakończeniu swej pracy w misji repatriacyjnej, mającej na celu organizację powrotu Polaków z Bośni i Hercegowiny do Polski, w listopadzie 1946 roku, wraca do kraju i ponownie rozpoczyna pracę foniatryczną w Klinice Laryngologicznej U.W., kierowanej przez prof. Dobrzańskiego. Reorganizuje nowo placówkę foniatryczną i tworzy Oddział Foniatryczny przy Klinice Otolaryngologicznej AM w Warszawie uzyskując na to odrębny lokal przy ul. Ozki 6, który wyposaża, kształci współpracowników, prowadzi szeroką działalność leczniczą i organizatorską. W 1952 r. została powołana na stanowisko audjunktą habilitowanego, a następnie w rok później — docenta. 1 października 1954 r. zostaje mianowana profesorem nadzwyczajnym w Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 1966—67 przebywała w USA w celach naukowych w Klinice Laryngologicznej Uniwersytetu w Jackson w stanie Mississippi, prowadzonej przez prof. Arnolda, gdzie pracowała nad zagadnieniem głuchoty dziecięcej. 1 października 1968 r. przeszła na zasłużoną emeryturę.

Prof. A. M i t r i n o w i c z - M o d r z e j e w s k a była twórcą i założycielem współczesnej foniatrii w Polsce. Wprowadziła nowoczesną opiekę medyczną nad chorymi foniatrycznymi stając się pionierem tej gałęzi medycyny w Polsce. Działalność Jej dotyczyła zagadnień diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń głosu, mowy i słuchu. W tej problematyce położyła olbrzymie zasługi dla naszego kraju na polu działalności naukowej, dydaktycznej, leczniczej i organizacyjnej. Pracę naukową rozpoczęła bardzo wcześnie. Pierwsze Jej prace, jeszcze z okresu krakowskiego, dotyczyły istoty, klasyfikacji i metod badania klinicznego zaburzeń mowy. Podnosiła w nich zagadnienia dominującego wpływu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) na występowanie zaburzeń mowy. Spostrzeżenia swe opierała na podstawach naukowych, panujących wówczas w medycynie. Były to pionierskie prace naukowe z tej dziedziny, publikowane w rodzimym piśmiennictwie, głównie w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

W okresie paryskim szczególnie zajmowała się wrażliwością słuchową u dzieci opóźnionych umysłowo, zaburzeniami toru oddechowego u głuchoniemych i w fonastonii, jak również opracowała pod kierunkiem prof. Bourguignona metodę badania chronaksjometrycznego chorych z rozszczepami podniebienia. Rezultatem Jej prac z tego okresu jest szereg publikacji w fachowej literaturze francuskiej.

W okresie międzywojennym szeroko zajmowała się zaburzeniami głosu. Wprowadziła pierwsza w Polsce do laryngologii metodę badania stroboskopowego krtani, toru oddechowego w zaburzeniach głosu i mowy, metodę badań elektrofizjologicznych, akustycznych i inne sposoby współczesnych klinicznych badań foniatrycznych. Wynikiem Jej działalności naukowej i publikacyjnej w okresie poprzedzającym II wojnę

światową było szereg prac, dotyczących zaburzeń głosu, ogłoszonych głównie w czasopiśmie: „Medycyna”, „Polska Gazeta Lekarska” i „Pediatria Polska”.

Działalność prof. Mitrinowicz — Modrzejewskiej w okresie powojennym to dalsza nieustrudzona praca na polu tworzenia podstaw naukowych współczesnej dydaktyki foniatrycznej. Jej 128 publikacji obejmuje wszystkie dziedziny zaburzenia głosu, mowy i słuchu; jest autorem 4 podręczników foniatrycznych; napisała 3 obszerne monografie: Publikacje Jej były pierwszymi w polskim piśmiennictwie medycznym pozycjami na temat klinicznej foniatrii i oparte były na współczesnych podstawach naukowych w medycynie. Wynikiem niewyczerpanej pracy naukowo — dydaktycznej, prowadzonej dosłownie do ostatnich chwil życia, był również napisany tuż przed śmiercią rozdział pt.: „Czynność i badanie narządu słuchu” przeznaczony dla studentów wyższych szkół muzycznych.

Prof. Mitrinowicz — Modrzejewska stała się twórcą polskiej szkoły foniatrycznej przez wykształcenie wielu naukowców i specjalistów z foniatrii. Prawie wszyscy lekarze specjaliści z foniatrii w Polsce średniego pokolenia kształcili się w warszawskim ośrodku foniatrycznym. Odbywali tu szkolenie również foniatrycy z zagranicy. Habilitowała 5 docentów, którzy obecnie zajmują samodzielnie stanowiska w różnych placówkach naukowych i dydaktycznych medycznych i wyższych szkół muzycznych. Promowała 5 doktorów nauk medycznych. Wyspecjalizowała 38 specjalistów lekarzy na II stopień z foniatrii. Prowadziła liczne wykłady dla logopedów, wokalistów i psychologów. Wprowadziła stałe kursy specjalizacyjne poddyplomowe dla laryngologów w ramach planowego programu szkolenia CMSzP. Opracowała obowiązujący do dziś program specjalizacji z foniatrii.

Na polu leczenia prof. Mitrinowicz — Modrzejewska nie tylko wprowadziła do lecznictwa oryginalne metody rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji dzieci głuchych, z rozszczepami podniebienia, u osób jąkających się z zaburzeniami mowy pochodzenia ośrodkowego, ale zastosowała oryginalną metodę wokalistyczną w rehabilitacji głosu i mowy u bezkrtaniowców, która jest obecnie powszechnie stosowana w warszawskim ośrodku foniatrycznym. Metody leczenia i rehabilitacyjne, wprowadzone przez Nią są dziś powszechnie stosowane nie tylko w naszym kraju, ale również za granicą. Miała szerokie zainteresowania organizatorskie. Jej działalność pozwoliła na utworzenie w 1959 r. Sekcji Foniatrycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, w której skupiła działalność naukową wszystkich specjalistów laryngologów, zajmujących się problematyką foniatryczną. Była przewodniczącą tej sekcji do ostatnich chwil swego życia. Również w 1959 r., dzięki Jej staraniom, powołana została Komisja Foniatryczna CMKszP. dla specjalizacji laryngologów. Jej myśl organizowania oddziałów sanatoryjnych dla dzieci z zaburzeniami mowy wyprzedzała współczesny i znalazło to już swój wyraz w 1925 r., kiedy to wraz z siostrą, utworzyła w Rabce niewielkie sanatorium rehabilitacyjne dla dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy z powodu upośledzenia umysłowego. W tym czasie była również inicjatorką zorganizowania poradni dla dzieci szkolnych z zaburzeniami mowy. Jej wyjazdy zagraniczne umożliwiały stały kontakt naukowy i wymianę doświadczeń z innymi europejskimi i zaoceanicznymi placówkami foniatrycznymi.

Była człowiekiem o prawym charakterze, wielkim sercu oddanym sprawie chorych foniatrycznych. Całe swoje pracowite życie poświęciła pracy. Lubiana przez chorych, uczniów i współpracowników. Miała umysł łatwego przyjmowania wszystkich nowości i postępu w dziedzinie medycyny. Wykazywała niezwykle zdolności integracyjne elementów foniatrycznych z różnych dyscyplin medycznych, technicznych, humanistycznych i włączania ich do problematyki klinicznej foniatrii. Miała duże poczucie odpowiedzialności za wyniki powierzzonego Jej odcinka pracy. Była ceniona w kraju i za granicą czego dowodem było to, że końca swego życia była stale jednomyślnie wybierana przewodniczącą Sekcji Foniatrycznej PTO.

W 1974 r. została wybrana na członka honorowego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, była wieloletnim członkiem Komisji Rehabilitacji Komitetu Terapii Doświadczalnej PAN, członkiem Komitetu Redakcyjnego „Folia Phoniatria”, członkiem Europejskiej Unii Foniatrów. Mimo przejścia na emeryturę, dalej służyła wszystkim foniatom dobrą radą i swym długoletnim doświadczeniem.

Zgon profesor Aleksandry Mitrinowicz — Modrzejewskiej jest bolesną stratą dla polskiej foniatryi.

Doc. dr med. Witold Tłuchowski
Kierownik Poradni Foniatrycznej AM



Dr med. TADEUSZ OSUCH

1922—1974

W dniu 29.XII.1974 r. odszedł od nas na zawsze dr med. T a d e u s z O s u c h, adiunkt Kliniki Chorób Zakaźnych AM w Warszawie, specjalista II stopnia z zakresu chorób zakaźnych.

Urodził się 9.VIII.1922 r. w Zwierzyńcu pow. Zamość i tam rozpoczął naukę podstawową. Następnie przeniósł się do Wilna, gdzie uczęszczał do gimnazjum im. Adama Mickiewicza.

W latach okupacji włączył się do ruchu oporu przeciw najeźdźcy hitlerowskiemu działając w szeregach Armii Krajowej Okręgu Wileńskiego.

Po wojnie ukończył w Warszawie gimnazjum im. Stefana Batorego i w 1947 r. wstąpił na Wydział Lekarski UW w Warszawie, otrzymując dyplom lekarza w 1952 r. Po ukończeniu studiów pracował na stanowisku naczelnika wydziału w Ministerstwie Zdrowia w Departamencie San.-Epidemiologicznym. W roku 1975 rozpoczął pracę w Klinice Chorób Zakaźnych AM w Warszawie pod kierunkiem prof. B. Kassura. Doktorat medycyny uzyskał w 1967 r. na podstawie obrony pracy pt. „Stan czynnościowy kory nadnerczy w przebiegu mononukleozy zakaźnej” i w tym samym roku mianowany został adiunktem kliniki. Ogłosił drukiem 48 prac naukowych w czasopismach polskich i zagranicznych.

Dr med. **T a d e u s z O s u c h** dał się poznać jako zdolny dydaktyk, wzorowy opiekun i wychowawca młodzieży akademickiej. Pełnił wiele funkcji społecznych. Był sekretarzem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w latach 1962—1964, bardzo czynny w zespole Stacji Naukowo-Doświadczalnej Brucelozy, był członkiem Rady Pedagogicznej w AM oraz asystentem specjalisty krajowego chorób zakaźnych. W 1963 r. brał bezpośredni udział w zwalczaniu ospy naturalnej we Wrocławiu, za co odznaczony został Srebrnym Krzyżem Zasługi. Za czynny udział w społecznej akcji badań pracowników PGR i służby weterynaryjnej w kierunku wykrywania zachorowań na brucelozę wyróżniony został Złotą Honorową Odznaką Zrzeszenia Lekarzy i Techników Weterynarii. Za ofiarność i trud niesienia pomocy chorym otrzymał Odznakę za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia.

Odszedł od nas w pełni sił twórczych, działając ofiarnie niemal do ostatnich dni swego życia wśród chorych i gromadząc materiał do pracy habilitacyjnej. Trudno wyrazić słowami charakterystykę Jego szlachetnej postaci. Był wzorowym synem, mężem i ojcem, wspaniałym kolegą i drogim przyjacielem, zawsze pełen pogody ducha i uśmiechu na codzien dla wszystkich — i takim pozostanie na zawsze w naszych sercach i umysłach.

dr med. Jerzy Narebski
adiunkt Kliniki Chorób Zakaźnych AM



JADWIGA STEFANOWICZ
1894–1975

Jadwiga Stefanowicz urodziła się 10.X.1894 r. w Tomaszpolu na Ukrainie, w rodzinie o dużych tradycjach patriotycznych i powstańczych Zofii i Michała Ambrożewicza, dyrektora zespołu cukrowni. Do 12 roku życia wychowywała się i kształciła na wsi. Następnie rodzice, chcąc by, córka ich kształciła się w szkole polskiej, oddali ją do jednej z najlepszych szkół średnich w Krakowie. Po krótkim czasie z powodu zagrożenia gruźlicą przerywa naukę i wraz z rodziną — już po śmierci ojca — przenosi się do Zakopanego, a następnie do Szwajcarii, do Lozanny, gdzie w 1912 roku zdała maturę francuską przy uniwersytecie w Neuchatel, poczym wraca do Kijowa. Wkrótce wychodzi za mąż i zajmuje się wychowaniem jednego syna na południu Rosji, w ówczesnej Bossarabii.

Koniec I Wojny Światowej i Rewolucja Październikowa zmuszają Jadwigę Stefanowicz do przyjazdu do Polski do Warszawy, a następnie na Pomorze. Utrata synka wskutek hemofilii, która poprzednio zabrała już obu jej młodszych braci, skłania ją do obrania zawodu nauczycielskiego, w którym spodziewa się, że przywiązanie uczniów i uczennice zrekompensuje jej choć częściowo utratę dziecka. Rzuca się więc w wir pracy dydaktycznej i wychowawczej, którą uprawia przez 45 lat, osiągając wybitne rezultaty, objawiając niewątpliwy talent pedagogiczny i pozyskując sobie serca licznych rzesz młodzieży. Kończy studia romanistyczne na Uniwersytecie Warszawskim, które uzupełnia następnie studiami w Nancy (1934 r.) i już w czasie wojny w Dijon (1940), uzyskując dyplom ukończenia studiów wyższych na uniwersytetach francuskich.

Rozpoczyna pracę nauczycielską najpierw w gimnazjum koedukacyjnym w Bydgoszczy (1922—1926), następnie w Gimnazjum Miejskim w Wągrowcu (1928—1930), a wreszcie w czołowym w okresie międzywojennym Gimnazjum i Liceum im. M. Kono-

pnickiej we Włocławku, gdzie dzięki bardzo żywej działalności dydaktycznej i wychowawczej pozyskuje wielkie uznanie władz i gorące przywiązanie uczennic, trwające do ostatnich lat jej życia. We Włocławku sprawuje też z ramienia Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego funkcję instruktorki nauczania języków nowożytnych, kształcąc w metodyce rzesze nauczycieli.

Wybuch II Wojny Światowej zastaje J a d w i g ę S t e f a n o w i c z za granicą, we Francji, tam w roku 1939/40 zostaje powołana na stanowisko lektora języka polskiego w uniwersytecie w Dijon, gdzie pracuje do chwili zamknięcia uniwersytetu przez Niemców. Lata 1940—45 upływają Jej na pracy dydaktycznej i wychowawczej w stojącym na wysokim poziomie intelektualnym i ideowym Gimnazjum i Liceum im. Norwida w Villard de Lans, kierowanym przez wybitnego profesora Sorbony Z. Zalewskiego i późniejszego profesora uniwersytetu w Lille W. Godlewskiego. Uczy tu języka francuskiego i polskiego oraz pełni trudną funkcję kierownika internatu, zyskując serca swych wychowanek i wychowanków.

Po zakończeniu wojny władze uniwersytetu w Lyonie proponują Jej objęcie stanowiska lektora języka polskiego, gdzie też od roku 1945 do 1950 rozwija bardzo szeroką działalność dydaktyczną, kulturalną i oświatową. Zaznajmia liczne rzesze studentów z językiem, literaturą i kulturą polską. Wygłasza szereg odczytów publicznych, wysoko cenionych przez słuchaczy i dobrze ocenianych przez prasę. Prowadzi działalność oświatową i kulturalną dla uchodźstwa polskiego w ramach organizacji im. M. Konopnickiej, Czerwonego Krzyża i T.U.R. Opiekuje się serdecznie studentami polskimi, będącymi często w obcym kraju w ciężkich warunkach. Pomimo sprzeciwu władz francuskich, które chcą koniecznie zatrzymać znakomitą lektorkę, uchodzącą jeszcze dziś za jedną z najlepszych lektorek polskich, wraca do kraju i tu obejmuje lektorat języka francuskiego w Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie pracuje aż do przejścia na emeryturę w 1967 r. Uczy też w Wyższej Szkole Pedagogicznej aż do jej zamknięcia. Celem usprawnienia pracy lektorów opracowuje i wydaje podręczniki dla studentów uczelni medycznych pt. „Zbiór tekstów pomocniczych do nauki języka francuskiego dla studentów akademii medycznej”, wydanie I ukazuje się w roku 1957, II — w roku 1958, II w 1966 r. W 1971 r. wychodzi nowy podręcznik pt. „Język francuski dla studentów AM”, drugie jego wydanie przygotowane jest obecnie.

Ponadto, obdarzona pewnym zacięciem literackim J a d w i g a S t e f a n o w i c z podejmuje się tłumaczenia z literatury pięknej. W jej przekładzie ukazują się książki Fr Mauriaca: „Galigali” oraz tegoż autora „Bóg i złoty cielec” a także J. Guittona „Dziennik”.

Człowiek o wybitnej inteligencji i szerokich horyzontach, z głęboką wiedzą i kulturą humanistyczną, wielką estetyką realizowała przez całe swe bogate i pracowite życie nieprzeciętne cechy swej osobowości. Prawa, szlachetna, gorąca patriotka, mimo ciężkich wydarzeń losowych dzielna i o niezłomnej woli, wielki oddany przyjaciel młodzieży, przyjaciół i wszystkich ludzi, z którymi los ją zetknął.

Dr. fil. Wanda Ptaszyńska



TERESA BONIECKA
1941—1975

Śmierć człowieka jest dla ludzi, którzy go znali wielkim, bolesnym przeżyciem. Śmierć tragiczna, w pełni sił życiowych, jest szczególnie bolesna swoją brutalnością, gwałtownością i absurdem. W wypadku samochodowym, w dniu 27 VI. 1975 r. br. zginęła *Teresa Boniecka*, która przez ostatnie 12 lat była technikiem laboratoryjnym w Zakładzie Histologii Akademii Medycznej. Wysokiej klasy specjalista w dziedzinie technik histologicznych, a szczególnie w autoradiografii, przez wiele lat doskonaliła swoje umiejętności na tym polu doprowadzając je do perfekcji. Była wzorową laborantką o rzadko spotykanej uczciwości, odwadze cywilnej i pracowitości. Te Jej cechy połączone z dużą wiedzą teoretyczną, zręcznością i rzetelnością czyniły Ją znakomitością w swojej dziedzinie.

Upór, pracowitość i dobrze pojęta ambicja sprawiły, że przez ostatnie pięć lat studiowała zaocznie na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Łódzkiego wyrzekając się praktycznie życia osobistego. Mimo przygniatającego nawału pracy znajdowała jeszcze czas na działalność społeczną, będąc wieloletnim mężem zaufania Zakładu Histologii. Właśnie przed kilku dniami zdała ostatni egzamin stając się absolwentką Uniwersytetu Łódzkiego. Właśnie zakończyła część doświadczalną i opracowanie statystyczne wyników swojej pracy magisterskiej zatytułowanej: „Zależność między proliferacją i specjalizacją komórek jelita grubego”.

Znalazła się zatem u progu nowego, wielkiego rozdziału swojego życia. Dlatego Jej tragiczna śmierć była tym bardziej bezsensowna i niezrozumiała. Jej postać pozostanie na zawsze w pamięci tych, którzy Ją znali.

Wojciech Sawicki

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 (nikać 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 taśmy tekstu, tj. 11,5 cm). Fotografie czarnobiałe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym.

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

CONTENTS

Editorial	289
Officers of the Medical Academy in Warsaw	290
<i>Janusz Komender</i>	— Conferment of Honorary Doctorates: 296
	— Professor Henryk Brokman MD. 297
	— Professor Adam Gruca MD 300
	— Professor Witold Zawadowski MD 303
<i>Szczesny Leszek Zgliczyński</i>	— Role of the Medical Academy in the Health Service Organization System 307
<i>Bolesław Górnicki</i>	— Demographic and Economic Determinants of the Health Care Planning 315
<i>Andrzej Trzebski</i>	— Main Objectives of the Medical Faculty Office in the Years 1972—1975 325
<i>Malgorzata Czeley-Wybieralska</i>	— Medical Culture as Viewed by Students 335
<i>Leszek Modliński, Rubens Figurski</i>	— Serological and Bacteriological Illumina- tor 341
A list of Scientific Degrees	345
Our Eminent Scientists	
<i>Kazimierz Marzinek</i>	— Profesor Adam Ferdynand Czyżewicz 349
<i>Ireneusz Roszkowski</i>	— Profesor Wilhelm Włodzimierz Sowiński 355
<i>Zbigniew Sternadel</i>	— Profesor Tadeusz Bulski 358
Student Scientific Circles	
<i>Anna Deka,</i>	— Mild Circulatory Insufficiency as a Comp- lication of Recent Heart Infraction 362
<i>Paweł Januszewicz</i>	— Professor Zdzisław Askaras 366
Obituary:	— Professor Julian Walawski 368
	— Professor Aleksandra Mitrynowicz- Modrzejewska 371
	— Dr Tadeusz Osuch 375
	— Jadwiga Stefanowicz 377
	— Teresa Boniocka 379

СОДЕРЖАНИЕ

От Редакции	289
Новое руководство Медицинской Академии	290
Януш Комендер	— Торжественная промоция докторов honoris causa 296
	— Проф. Генрик Брокман 297
	— Проф. Адам Груца 300
	— Проф. Витольд Завадовски 303
Щенсны Лешек Згличиньски	— Роль Медицинской Академии в организационной системе здравоохранения 307
Болеслав Гурницки	— Демографическо-экономические аспекты развития, обуславливающие планирование санитарной опеки 315
Анджей Тшебски	— Основные направления деятельности деканата врачебного факультета в 1972—1975 г.г. 325
Малгожата Челей-Выберальска	— Медицинская культура в высказываниях студентов 335
Лешек Модлиньски, Рубенс Фигурски	— Серологическо - бактериологический подсвечивающий аппарат 341
Перефень научных степеней	345
О наших ученых:	
Казимеж Марзинек	— Проф. Адам Фердинанд Чижевич 349
Иренеуш Рошковски	— Проф. Вильгельм Влодзимеж Совиньски 355
Збигнев Стернадель	— Проф. Тадеуш Бульски 358
Студенческие научные кружки:	
Ннна Дека, Павел Янушевич	— Легкая недостаточность кровообращения, как осложнение свежего инфаркта миокарда 362
Памяти умерших	— Проф. Здзислав Асканас 366
	— Проф. Юлиан Валавски 368
	— Проф. Александра Митринович-Моджеевска 371
	— Др Тадеуш Осух 375
	— Ядвига Стефанович 377
	— Тереса Бонецка 379

INHALTSVERZEICHNIS

Redaktionsnote	289
Neue Leitung der Medizinischen Akademie —	290
<i>Janusz Komender</i> — Feirliche Promotion der Doktors h.c.	296
— Prof. Henryk Brokman	297
— Prof. Adam Gruca	300
— Prof. Witold Eugeniusz Zawadowski.	303
<i>Szczęśny Leszek</i> — Die Funktion der Medizinischen Akademie im	
<i>Zgliczyński</i> System der Organisation des Gesundheitsdienstes	307
<i>Bolesław Górnicki</i> — Demographisch — ökonomische Aspekte der	
Entwicklung, die die Planung der Gesundheits-	
sfürsorge bedingen	315
<i>Andrzej Trzebski</i> — Wesentliche Richtungen der Tätigkeit des De-	
kansats der Medizinischen Fakultät in den Jahren	
1972—1975	325
<i>Malgorzata Czeley-</i> — Die medizinische Kultur in Aussagen der Studen-	
<i>Wybieralska</i> ten	335
<i>Leszek Modliński,</i> — Serologischer und bakteriologischer Unterleuch-	
<i>Rubens Figurski</i> ter	341
Verzeichnis der wissenschaftlichen Grade	345
Silhouetten unserer Gelehrten:	
<i>Kazimierz Marzinek</i> — Prof. Adam Ferdynand Czyzewicz	349
<i>Ireneusz Roszkowski</i> — Prof. Wilhelm Włodzimierz Sowiński	355
<i>Zbigniew Sternadel</i> — Prof. Tadeusz Bulski	358
— Wissenschaftlicher Studentenzirkel	
<i>Anna Deka, Paweł</i> — Milderne Insuffizienz des Kreislaufs als Verwi-	
<i>Januszewicz</i> rrung des vor kurzem durchstandenen Herzin-	
farkts	362
Die, von uns gingen: — Prof. Zdzisław Askanas	366
— Prof. Julian Walawski	368
— Prof. Aleksandra Mitrynowicz-Modrzejewska	371
— Dr Tadeusz Osuch	375
— Jadwiga Stefanowicz	377
— Teresa Boniecka	379

TABLE DES MATIÈRES

Editorial		289
Nouvelles autorités de l'Académie de Médecine		290
<i>Janusz Komender</i>	— Cérémonie de promotion des docteurs	296
	— honoris causa	296
	— Professeur Henryk Brokman	297
	— Professeur Adam Gruca	300
	— Professeur Witold Eugeniusz Zawadowski	303
<i>Szczesny Leszek Zgliczyński</i>	Le rôle de l'Académie de Médecine dans le système d'organisation de la protection de la santé	307
<i>Boleslar Górnicki</i>	— Aspects démographiques et économiques	
	— de planification de l'assistance médicale	315
<i>Andrzej Trzebski</i>	— Orientations principales d'activité du — doyenat de la Faculté de Médecine dans les années 1972—75	325
<i>Malgorzata Czeley-Wybiecalska</i>	— Notion de culture médicale, dans les opinions des étudiants	335
<i>Leszek Modliński,</i> <i>Rubens Figurski</i>	— Lecteur séro- et bactériologique, à l'éclairage à fond clair	341
Index des grades scientifiques —		345
Portraits de nos savants:		
<i>Kazimierz Marzinek</i>	— Professeur Adam Ferdynand Czyżewicz	349
<i>Ireneusz Roszkowski</i>	— Professeur Wilhelm Sowiński	355
<i>Zbigniew Sternadel</i>	— Professeur Tadeusz Bulski	358
Corrèles scientifiques d'étudiants:		
<i>Anna Deka,</i> <i>Pawel Januszewicz</i>	— Légère insuffisance de la circulation comme complication d'un infarctus récent	362
Nos disparus:	— Professeur Zdzisław Askanas	366
	— Professeur Julian Walawski	368
	— Professeur Aleksandra Mitrynowicz-Mo- drzejewska	371
	— Docteur Tadeusz Osuch	375
	— Jadwiga Stefanowicz	377
	— Teresa Boniecka	379

KWARTALNIK
AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE

ALFABETYCZNY SPIS PRAC

TOM VII ROK 1975

	nr	str.
<i>Araszkiewicz Włodzimierz</i>		
Prof. Janina Misiewicz	3	258
<i>Bacia Tadeusz, Chomicz Wsiewołod</i>		
Analiza działalności akademii medycznych w zakresie kształcenia kadr ze stopniem naukowym doktora	3	209
<i>Bochenek Zbigniew</i>		
Sprawozdanie z działalności AM za rok akademicki 1973/74	1	2
<i>Bożyk Zenobiusz</i>		
Układy cybernetyczne w służbie zdrowia	1	33
Rola akademii medycznej w tworzeniu optymalnego modelu opieki zdro- wotnej i ochrony zdrowia	3	239
<i>Boczkowski Krzysztof</i>		
Genetyczna determinacja oraz różnicowanie płci	2	157
<i>Celma-Panek Jerzy</i>		
Akademickie zwyczaje i insygnia	2	111
<i>Czeley-Wybieńska Małgorzata</i>		
Kultura medyczna w wypowiedziach studentów	4	335
<i>Chrościcki Antoni</i>		
Prof. Mieczysław Michałowicz	1	45
<i>Deka Anna, Januszewicz Paweł</i>		
Łagodna niewydolność krążenia jako powikłanie świeżego zawału serca	4	362
<i>Dryjski Maciej, Jurewicz Wiesław, Różga Jacek, Trybowski Witold</i>		
Trudności rozpoznawczo ostrego zapalenia trzustki w warunkach ostrego dyżuru chirurgicznego	1	83
<i>Górnicki Bolesław</i>		
Nauki medyczne a kultura	1	7
Demograficzno-ekonomiczne aspekty rozwoju warunkujące planowanie opieki zdrowotnej	4	315
<i>Kaczyński Mieczysław</i>		
Prof. Jan Mazurkiewicz	2	171

<i>Kassur Bertold, Januszkiewicz Jerzy</i>		
Organizacja VI Międzynarodowego Kongresu Specjalistów Zakaźnych i Pasożytniczych w Warszawie	2	151
<i>Kielanowski Tadeusz</i>		
O potrzebie wykształcenia ogólnokulturowego i humanistycznego studentów medycyny	1	21
<i>Kischner Henryk, Kopczyński Jan</i>		
Kierunki działalności naukowo badawczej AM w zakresie medycyny społecznej	3	234
<i>Kociszewska Elżbieta</i>		
Trening interpersonalny	3	246
<i>Komender Janusz</i>		
Nasz znak	1	43
Uroczysta promocja doktorów „Honoris causa”	4	296
<i>Komender Janusz, Budaj Andrzej, Nowak Andrzej</i>		
Uczelnia w oczach studentów I roku	2	141
<i>Korczak Cezary Włodzimierz</i>		
Prof. Marcin Kacprzak	2	163
Cele i zadania medycyny społecznej dawniej a dziś	3	225
<i>Kronika</i>	1	89
	3	297
<i>Kwiatkowski Ryszard</i>		
Refleksje nad celami kształcenia lekarzy	1	27
<i>Lejmbach Zofia</i>		
Prof. Władysław Szenajch	1	59
<i>Lapińska Elżbieta</i>		
Ocena zmian osobowości studentów medycyny w trakcie pierwszych lat nauki	2	13
<i>Majkowski Jerzy</i>		
Tendencje rozwojowe i charakter współczesnych badań naukowych	3	282
<i>Massalski Wandałin</i>		
Prof. Zdzisław Michalski	3	254
<i>Marzinek Kazimierz</i>		
Prof. Adam Ferdynand Czyżewicz	4	349
<i>Modliński Leszek, Figurski Rubens</i>		
Podświetlacz serologiczno-bakteriologiczny	4	341
<i>Ostrowski Kazimierz</i>		
Umowa o współpracy naukowej pomiędzy Instytutem Vistra w Filadelfii a Instytutem Biostruktury AM	1	40

<i>Paciorkiewicz Miron, Wojciech Syroka</i>	
Tablice upamiętniające poległych pracowników służby zdrowia w latach 1939—1945 w Warszawie	1 65
<i>Roszkowski Ireneusz</i>	
Prof. Wilhelm Włodzimierz Sowiński	4 355
<i>Sienkiewicz Wiktoria</i>	
Potrzeby i planowanie badań naukowych na terenie województwa	3 217
<i>Spiechowicz Eugeniusz</i>	
Udział młodzieży warszawskiej AM w świadczeniach na rzecz regionu i kraju	2 101
<i>Stępień Lucjan</i>	
Prof. Aleksander Domaszewicz	3 251
<i>Sternadel Zbigniew</i>	
Prof. Tadeusz Bulski	4 358
<i>Szczepańska Halina</i>	
Prof. Jan Bogdanowicz	1 54
<i>Tatoń Jan</i>	
Możliwości oddziaływania wychowawczego w toku nauczania medycyny klinicznej	2 105
<i>Trzebski Andrzej</i>	
Zasadnicze kierunki działalności dziekanatu Wydz. Lekarskiego w latach 1972—1975	4 325
<i>Wardaszko-Lyskanowska Halina</i>	
Prof. Józef Handelsman	2 177
<i>Wojnarowski Marian</i>	
Prof. Rajmund Barański	1 51
<i>Zgliczyński Szczęsny Leszek</i>	
Rola akademii medycznej w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia	4 307
Z życia SSKN. Uczelniana konferencja	3 264
Ci, którzy odeszli (wspomnienia pośmiertne):	
— o prof. Janie Mossakowskim	1 93
— o doc. Teobaldzie Lucjanie Adameczaku	1 91
— o dr. Mieczysławie Stępieniu	1 95
— o mgr Sabinie Jędraszko	3 283
— o prof. Zdzisławie Askanas	4 366
— o prof. Julianie Walawskim	4 368
— o prof. Aleksandrze Mitrynowicz-Modrzejewskiej	4 371
— o dr. Tadeuszu Osuchu	4 375
— o Jadwidze Stefanowicz	4 377
— o Teresie Bonieckiej	4 379
Wybrane prace naukowe	1 78; 2 182; 3 270
Wykaz stopni naukowych	1 75; 3 284; 4 345

ALFABETYCZNY SPIS AUTORÓW

	nr	str.
Araszkiewicz Włodzimierz	3	258
Bacia Tadeusz	3	209
Bochenek Zbigniew	1	2
Bożyk Zenobiusz	1, 3	33, 239
Boczkowski Krzysztof	2	157
Budaj Andrzej	2	141
Celma-Panek Jerzy	2	111
Czeley-Wyberalska Małgorzata	4	335
Chomicz Wsiewołod	3	209
Chrościecki Antoni	1	45
Deka Anna	4	362
Dryjski Maciej	1	83
Figurski Rubens	4	341
Górnicki Bolesław	1, 4,	7
Januszkiewicz Jerzy	2	151
Januszewicz Paweł	4	362
Jurewicz Wiesław	1	83
Kaczyński Mieczysław	2	171
Kassur Bertold	2	151
Kielanowski Tadeusz	1	21
Kirschner Henryk	3	234
Kociszewska Elżbieta	3	246
Komender Janusz	1, 2, 4	43, 141, 296
Kopczyński Jan	3	234
Korczak Cezary Włodzimierz	2, 3	163, 225
Kwiatkowski Ryszard	1	27
Lejmbach Zofia	1	59
Łapińska Elżbieta	2	131
Majkowski Jerzy	3	282
Massalski Wandalin	3	254
Marzinek Kazimierz	4	349
Modliński Leszek	4	341
Nowak Andrzej	2	141
Ostrowki Kazimierz	1	40
Paciorkiewicz Miron	1	65
Roszkowski Ireneusz	4	355
Różga Jacek	1	83
Sienkiewicz Wiktoria	3	217
Spiechowicz Eugeniusz	2	101
Stępień Lucjan	3	251
Sternadel Zbigniew	4	358
Szczepańska Halina	1	54
Syroka Wojciech	1	65
Tatoń Jan	2	105
Trybowski Witold	1	83
Trzebski Andrzej	4	325
Wardaszko-Łyskanowska Halina	2	177
Wojnarowski Marian	1	51
Zgliczyński Szczęsny Leszek	4	307

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:

Informacji o warunkach prenumeraty udzielają urzędy pocztowe i Oddziały RSW „Prasa-Książka-Ruch”.

Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest droższa o 40% od prenumeraty krajowej, należy opłacać na konto PKO nr 1-6-100024 RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych, Warszawa, ul. Wronia 23. Cena prenumeraty rocznie 60,— zł.

Indeks 36438/36304

