

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



SPIS TREŚCI

Od Redakcji		185
<i>Szczęśny Leszek Zgliczyński</i>	— Inauguracja Roku Szkolenia Podyplomowego	186
<i>Wiesław Tysarowski</i>	— Zasady kształcenia permanentnego	189
<i>Teofila Bystrzanowska</i>	— Zadania Warszawskiej Akademii Medycznej w kształceniu podyplomowym	195
<i>Jan Tatoń</i>	— Stan obecny i perspektywy rozwoju nauk klinicznych w regionie warszawskim	199
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Muzeum i Archiwum Ftyzjatrii Polskiej rozszerza zakres działalności	205
<i>Jausz Kapuścik</i>	— W służbie książki i nauki	225
Wybrane prace naukowe		233
Kronika		246
Medyczne informacje prawne		248
 Z życia SSKN:		
<i>Bogdan Kamiński</i>	— Uwagi o studenckich kołach naukowych	258
<i>Jan Walewski</i>	— Raport o stanie studenckiego ruchu naukowego AM	260
<i>Włodzimierz Czarnecki</i>	— Uczelniana konferencja studenckich kół naukowych	262
<i>Bohdan Maruszewski</i>	— Przepuklina przeponowa u dzieci	264
<i>Wojciech Strzałkowski</i>		

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

ROK VIII

1976

NR 3

OD REDAKCJI

W bieżącym numerze Kwartalnika zamieszczamy przemówienie inauguracyjne rektora AM prof. dr Szczęsnego Leszka Zgliczyńskiego wygłoszone w związku z rozpoczęciem nowego roku szkolenia dyplomowego w Akademii Medycznej w Warszawie.

Podczas inauguracji zostały wygłoszone również referaty prof. Wiesława Tysarowskiego o zasadach kształcenia permanentnego oraz prof. Teofili Bystrzanowskiej o zadaniach Akademii Medycznej w kształceniu dyplomowym.

Artykuł prorektora doc. Jana Tatonia prezentuje analizę stanu obecnego i perspektywy rozwoju nauk klinicznych w regionie warszawskim, przedstawioną na plenum Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia w dniu 4 marca 1976 r.

W związku z 30-leciem dekretu o bibliotekach i opiece nad zbiorami bibliotecznymi, uchwałą Państwowej Rady Bibliotecznej i Zarządu Głównego Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich rok 1976 został ogłoszony Rokiem Bibliotek i Czytelnictwa. nie przypadkowo więc zamieszczamy na naszych łamach artykuł dra Janusza Kapuścika pt. „W służbie książki i nauki”.

Począwszy od bieżącego numeru Kwartalnika ukazywać się będzie stała rubryka pt. Medyczne informacje prawne. Rubryka składać się będzie z dwóch części. Część pierwsza zawierać będzie przegląd obowiązujących przepisów prawa, w części drugiej zamieszczane będą interpretacje orzeczeń Sądu Najwyższego, które mogą zainteresować pracowników służby zdrowia. Publikacje orzeczeń Sądu Najwyższego uzyskaliśmy dzięki przychylności Redakcji Orzecznictwa Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych, za co uprzejmie dziękujemy.

*Prof. dr Szczęsny Leszek Zgliczyński *)*

INAUGURACJA ROKU SZKOLENIA PODYPLOMOWEGO

Inauguracja Roku Szkolenia Podyplomowego odbywa się w warszawskiej Akademii Medycznej oficjalnie po raz pierwszy. Nie oznacza to jednak, że dopiero w 1976 roku uczelnia nasza angażuje się w szkolenie podyplomowe. Realia świadczą o tym, że warszawska AM, a ściślej Wydział Lekarski UW, którego działalność, osiągnięcia i tradycje kontynuujemy od 1950 r., był jedną z pierwszych jednostek organizacyjnych w szkolnictwie wyższym, która rozpoczęła systematyczne szkolenie podyplomowe. Już w okresie międzywojennym zasady szkolenia ciągłego były właściwie pojmowane przez jednostki służby zdrowia działające na terenie szpitali miejskich, a szczególnie w Centrum Szkolenia Sanitarnego, które było szpitalem klinicznym dla Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie.

Inauguracja ta różni się swoim charakterem od tradycyjnej inauguracji roku akademickiego, która w swej obecnej formie kształtowała się na przestrzeni wielu wieków. Inauguracja Roku Szkolenia Podyplomowego ma raczej charakter organizacyjny, a więc charakter spotkania roboczego organizatorów.

Następnie rektor AM prof. dr S. L. Zgliczyński powitał przybyłych na inaugurację gości:

— prof. dra Zdzisława Lewickiego, przedstawiciela CMPK — zaznaczając, że w systemie nadzoru regionalnego, działania AM i CMPK odbywają się na styku nie tylko układów regionalnych, lecz również w realizacji zadań merytorycznych.

— dra Zdzisława Zajączkowskiego, kierownika Stołecznego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych — wyrażając pogląd, że ścisłe powiązanie uczelni z Wydziałem Zdrowia i Opieki Społecznej na różnych szczeblach organizacyjnych przynosić będzie optymalne rozwiązania, gdyż działa ono na kształt klamry, zespalającej placówki naukowo-dydaktyczne uczelni z organami władzy administracyjnej.

— dra Władysława Paślowskiego, lekarza wojewódzkiego woj. płockiego, współpracującego ściśle z warszawską AM.

*) Rektor AM.

Witając przedstawicieli ZOZ stołecznego województwa rektor AM powiedział:

Nasza współpraca w szkoleniu podyplomowym będzie najbliższa, bo instytucje nasze będą wzajemnie się penetrować na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Będziemy szkolić tych, których do nas skierujecie lecz równocześnie będziemy korzystać z Waszej bazy leczenia zamkniętego i otwartego dla zabezpieczenia potrzeb szkolenia. Chcemy Wam pomóc w obsadzie stanowisk ordynatorskich przez naszych docentów, którzy coraz chętniej decydują się na objęcie samodzielnych stanowisk w społecznej służbie zdrowia przy równoczesnym zachowaniu wszystkich uprawnień i przywilejów nauczyciela akademickiego.

Pamiętajmy jednak, że akademia medyczna jest instancją regionalną co oznacza, że nasze zobowiązania w jednakowym stopniu dotyczą również województwa płockiego. Więzy, które nas łączą z woj. płockim rozwijają się na przestrzeni ostatnich trzech lat. Podpisaliśmy umowę o współpracy naukowej z Mazowieckimi Zakładami Petrochemicznymi, nasi studenci odbywają ćwiczenia w oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Wojewódzkiego w Płocku. Działalność ta będzie w przyszłości rozwijana w kierunku dalszego powiązania szpitala wojewódzkiego z naszą uczelnią. W projekcie jest budowa internatu dla naszych studentów w Płocku. Na tym tle wyłania się konkretne pytanie. Czy Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Płocku powinien zorganizować się i działać samodzielnie, czy też lepiej będzie dla sprawy, przynajmniej w najbliższych latach stworzyć WODKM o charakterze międzywojewódzkim z siedzibą w Warszawie, co znakomicie rozwiąże trudności związane z organizacją szkolenia podyplomowego w woj. płockim i zapewni najszybciej osiągalne efekty działania Warszawskiej Akademii Medycznej?

Jestem głęboko przekonany, że tradycje szkolenia podyplomowego w naszej uczelni, zaangażowanie większości naszych pracowników wynikające z pełnego zrozumienia potrzeb oraz doświadczenie zebrane na przestrzeni dziesiątków lat pracy są i będą w przyszłości rękojmią dobrego wywiązania się z zadań, wynikających z nauczania ustawicznego, co w zawodzie lekarza jest absolutnym obowiązkiem społecznym, gdyż uzupełnianie wiadomości musi nam towarzyszyć do ostatnich dni pracy zawodowej, do ostatnich chwil naszej świadomości lekarskiej.

Uczelnia nasza dysponuje dużym potencjałem naukowo-dydaktycznym. Mamy 107 jednostek organizacyjnych, w których zatrudniamy przeszło 1000 pracowników naukowo-dydaktycznych i 500 pracowników naukowo-technicznych. Mamy pięć szpitali klinicznych, a niektóre nasze jednostki działają na bazie obcej. Dysponujemy blisko 4000

łóżek szpitalnych, co stanowi około 30% potencjału lecznictwa zamkniętego Warszawy.

Prowadzimy szkolenie 3200 studentów na I i II Wydziale Lekarskim, w Oddziale Stomatologicznym i na Wydziale Farmacji. W ubiegłym roku akademickim szkoleniem podyplomowym objęliśmy około 4500 lekarzy i farmaceutów, którzy korzystali z różnych form szkolenia stacjonarnego w naszej uczelni. Porównanie tych dwóch liczb wskazuje, że szkolenie podyplomowe jest mocnym nurtem działalności warszawskiej Akademii Medycznej. Gdybyśmy spróbowali globalnie ująć wkład warszawskiej Akademii Medycznej na terenie kraju w sprawę szkolenia podyplomowego to okazałoby się, że uczelnia ta partycypuje aż w 30% ogólnej liczby godzin zajęć, podczas gdy sama reprezentuje 15% potencjału naukowego uczelni medycznych na terenie kraju. Widać z tego, że efekty naszej działalności dwukrotnie przewyższają dane, których możnaby oczekiwać biorąc pod uwagę układy kadrowe, bazę lokalową, wyposażenie i inne parametry.

*Prof. dr Wiesław Tysarowski *)*

ZASADY KSZTAŁCENIA PERMANENTNEGO

Edukacja permanentna stała się główną strategią współczesnych systemów oświatowych nieomal na całym świecie. W ciągu ostatnich piętnastu lat idea edukacji permanentnej uzyskała też konkretny swój kształt. Byłoby jednak złudzeniem uważać ją za odkrycie naszych czasów. Pojęcie ciągłości procesu wychowawczego nie jest nowe. Świadomie lub nieświadomie człowiek uczy się i wychowuje przez całe swe życie, przede wszystkim pod wpływem środowiska lub kolejnych środowisk, w których żyje, a także w wyniku doświadczeń, które kształtują jego wychowanie, poglądy na życie i treści wiedzy.

Ten naturalny rozwój człowieka nie znajdował jednak i ciągle natrafia na trudności wprowadzenia właściwych form organizacyjnych, na których mógłby się opierać, aby uniknąć przypadkowości i uzyskać charakter celowego procesu. Nade wszystko zaś dotychczasowe poglądy na nauczanie, traktowane niejako z definicji jako wyłączne zadanie szkoły czy uniwersytetów i działalność dotycząca głównie młodzieży, uniemożliwiały uznanie tego procesu za zjawisko o charakterze oświatowym. Jest jednak prawdą, że w przeciągu kilku zaledwie lat jeden i ten sam fakt stał się oczywisty dla szerokich mas ludzi na różnych krańcach świata, a mianowicie, że większość ludzi nie jest dostatecznie przygotowana dla podołania warunkom i trudnościom życia w drugiej połowie XX wieku.

Wymagania społecznego, ekonomicznego i kulturalnego rozwoju społeczeństwa XX wieku sprawiły, że setkom milionów ludzi dorosłych kształcenie potrzebne jest nie tylko, jak w przeszłości, dla samej przyjemności doskonalenia wiedzy i osobistego rozwoju jednostki, ale dlatego, aby ludzie mogli sprostać potrzebom rozwoju swych krajów i zapewnić im maksymalny dopływ potencjału wykształconego społeczeństwa.

Zostało już udowodnione, że działalność oświatowo-wychowawcza stanie się skuteczna, sprawiedliwa i będzie odpowiadać dążeniom człowieka jedynie za cenę radykalnych przemian samej jej istoty, jej

*) Zakład Dydaktyki AM.

miejsca i okresu trwania — krótko mówiąc, pod warunkiem przyjęcia zasady edukacji permanentnej.

Obecnie sprawa nabrała rozmiarów problemu historycznego, problemu ważnego dla całej cywilizacji. Jednak początkowo określenie „edukacja permanentna” było jedynie nową nazwą dla starej praktyki a mianowicie oświaty dorosłych, trwania formalnego kształcenia przed- i podyplomowego. Wreszcie zdano sobie sprawę z różnorodnych aspektów osobowości — intelektualnych, uczuciowych, estetycznych, społecznych i politycznych — tworząc dzięki temu wizję integralnej działalności oświatowo-wychowawczej. Obecnie zmierzamy coraz bardziej do ujmowania w tej koncepcji całości procesu wychowawczego, rozpatrywanego z punktu widzenia jednostki i z punktu widzenia społeczeństwa. W ten sposób edukacja permanentna staje się wyrazem pełnego związku między wszelkimi formami, przejawami i okresami procesu wychowawczego.

Kształcenia nie można już obecnie określać jako przyswajania pewnych treści wiedzy. Trzeba je pojmować, zgodnie z jego istotą, jako proces istnienia człowieka, który poprzez różnorodność swych doświadczeń uczy się wyrażać samego siebie, porozumiewać się, stawiać światu pytania i ustawicznie realizować samego siebie. Koncepcja edukacji permanentnej ma swoje podstawy nie tylko w socjologii i ekonomii, ale w fakcie ujawnionym przez badania psychologiczne, że człowiek nie jest istotą całkowicie skończoną, a jego samorealizacja może odbywać się tylko pod warunkiem stałego uczenia się. Wychowanie odzyskuje w ten sposób swą prawdziwą naturę, powinno być wszechstronne i ustawiczne, wykaczać poza granice instytucji, programów i metod, narzuconych mu w ciągu wieków.

Życie stawia obecnie pedagogikę wobec problemów nowych, nieporównywalnie trudniejszych i bardziej złożonych od tych, które musiała rozwiązywać w niedawnej przeszłości. W jaki sposób uniwersytet ma układać swe stosunki z nauką i życiem? Jak koordynować te dwa procesy tak bardzo różnorodne: z jednej strony lawinę nowych danych naukowych i technologicznych, stale rosnące zróżnicowanie i integrację współczesnej wiedzy, wzbogacenie wiedzy, techniki i sztuki; z drugiej zaś — proces „szkolnego” nauczania, zamknięty w granicach podręczników i określonego czasu, których nie można dowolnie powiększać.

Dziś w całej pełni widzimy tę antynomię. Nie można także liczyć, że zniknie ona w przyszłości. Przeciwnie, jest oczywiste, że znacznie się pogłębi. Przyszłość należy więc do tych, którzy potrafią połączyć w oświacie i wychowaniu krytycyzm, demokratyczne uczestnictwo i wyobraźnię z możliwościami, jakie stwarza operatywna, naukowa i racjonalna organizacja, tak aby pobudzić utajone rezerwy i potencjalną energię tkwiącą w szerokich warstwach społecznych.

Zasady edukacji permanentnej przyjęte zostały jako wiodące w „Raporcie o stanie oświaty w PRL”, opublikowanym w maju 1973 r. jak też w podstawowych raportach UNESCO.

W medycynie edukacja permanentna ma szczególne znaczenie, które sprowadzić można do szeregu pytań, z których tylko kilka zostanie tu poruszonych.

1. Jak należy kształcić do umiejętności dalszego kształcenia się już w toku wykonywanej pracy?

Kształcenie wyższe w świetle edukacji permanentnej nie jest tylko kształceniem przygotowującym do podjęcia pracy zawodowej. Szkolnictwo wyższe medyczne często upodobnione jest do tradycyjnej szkoły średniej; zorganizowano w nim bowiem nadzorowane nauczanie a nie studiowanie. Odwrót z tej rzeczywistości jest bardzo trudny. Niemniej jest to odwrót konieczny. Zasadniczą treścią pracy szkół wyższych są studia i to powiązane z udziałem w pracy badawczej. Tymczasem bardzo wielu studentów medycyny uzyskuje dyplom, nie pisząc żadnej rozprawy i nie czytając nawet jednego artykułu w czasopiśmie naukowym.

Reformy zgodne z tym aspektem edukacji permanentnej będą musiały mieć zasięg niemal rewolucyjny i właśnie dlatego będą się spotykać z ogromnymi oporami.

2. Jaki jest zasób wykształcenia ogólnomedycznego, uniwersyteckiego, i na jakim szczeblu rozpoczynać się może start zawodowy osób posiadających dyplom? Po dyplomie zaraz? Po rocznym stażu?

A może dopiero po pierwszym stopniu specjalizacji?

Istnieje tu konflikt dwóch tendencji. Pierwsza z nich — dawniejsza — zmierza do wydłużenia czasu studiów. Eliminuje ona jednak na czas zbyt długi liczną kadrę z gospodarki narodowej, stwarza młodzieży studiującej niekorzystne warunki dojrzewania społecznego. Paradoksalnie też dłuższe studia przeddyplomowe, ogólne, stwarzają warunki korzystne dla niepożądanego wprowadzenia specjalizacji przeddyplomowej.

Tendencja druga zmierza do redukcji czasu studiów. Redukcje jednak są praktycznie niewielkie. Redukcja większa mogłaby nastąpić jedynie w wypadku zakwestionowania zasady podstawowej, iż dyplom lekarza czy farmaceuty pozwala na start zawodowy od razu z najwyższego szczebla zawodowej drabiny.

W medycynie dokonano dość znacznych wyłomów w tradycyjnych koncepcjach. Kształcenie podyplomowe stało się bowiem obowiązujące i jest warunkiem osiągnięcia wyższych szczebli w drabinie zawodowej. Szkoda tylko, że dla tych, którzy nie musieliby studiować w cyklu wieloletnim i mogliby kształcenie opuszczać wcześniej nie mogą uzyskać określonego dyplomu stopnia niższego. Cała ta problematyka powinna być przedmiotem studiów.

Doniosłość tych badań wynika z przeświadczenia, iż rozwój edukacji permanentnej już stwarza w medycynie ograniczenie zakresu wykształcenia w akademii medycznej, a co za tym idzie, zachęcałby do wcześniejszego startu zawodowego na niższych szczeblach drabiny zawodowej medycznej z perspektywą awansowania na szczeble wyższe dzięki wykształceniu uzupełniającemu w toku wykonywanej już pracy zawodowej. Bariery zawodowe w zawodach medycznych średnich i wyższych być może wymagają ich przekroczenia. W każdym wypadku problem ten będzie wymagał rozwiązania złożonych zagadnień powiązania pracy zawodowej i studiów w sposób nowy i zapewniający upowszechnienie tej formy studiów.

3. Innym pytaniem, wynikającym z zasad edukacji permanentnej stawianym studiom medycznym jest pytanie: jak intencjonalnie rozszerzać horyzonty intelektualne i emocjonalne poza sferę bezpośredniej użyteczności zawodowej?

Edukacja permanentna nie jest bowiem tylko całościowym doszktałceniem zawodowym. Wykształcenie przestaje być orężem walki klasowej, a także zmienia się jego rola jako środka awansu i metody rywalizacji społecznej. W warunkach, w których praca będzie w coraz większym stopniu nie tylko źródłem zarobków, ale i terenem samourzeczywistnienia osobowości, kształcenie, obok charakteru instrumentalnego, będzie zyskiwać walor nieinstrumentalny, rozwijający kierunkowe cechy osobowości — będzie stawać się wartością samodzielną. W tej perspektywie rola szkolnictwa wyższego medycznego przekracza granice zadań, jakie mu są wyznaczone w planie przygotowania kadr. Będzie ona związana z upowszechnieniem „studiów wolnych”, dopełniających kształcenie zawodowe. Działalność ta ogarnia zarówno młodzież, jak i dorosłych i jest włączona w ogólny proces rozwoju kultury.

4. I tu właśnie docieramy do problematyki i pytań szczególnie złożonych, dotyczących przewyciężenia ujemnych aspektów rozwoju naszej cywilizacji a jednocześnie nowej strategii rozwoju zawodów medycznych. Cywilizacja nowoczesna, oparta na rozwoju nauki i techniki, jest nam cywilizacją bliską, ale zarazem często obcą. Ta dwoistość manifestuje się nie tylko w różnych prądach filozoficznych i artystycznych, ale także w postawach ludzi, których przeżycia są ambiwalentne, oscylujące między dumą i lękiem, zaangażowaniem i ucieczką z tego zmechanizowanego świata, akceptacją naukowego poglądu na świat i protestem irracjonalistycznym różnego rodzaju. W tych warunkach powstają nowe i ważne zagadnienia medyczne często natury wyłącznie psychologicznej. Ostrość tych poglądów ulega znacznemu wzmocnieniu współcześnie ze względu na rosnącą rolę społecznej odpowiedzialności nauki. Konsekwencje cywilizacji industrialnej w zakresie zagrożenia środowiska skierowały uwagę ludzi na pro-

blematykę konieczności racjonalnego i humanistycznego sterowania procesem wykorzystania zdobyczy nauki.

W świetle rozwoju cywilizacji kształcenie kadr zawodowych na poziomie wyższym to więc nie tylko przygotowywanie do działalności zawodowej, ale — równocześnie — i do społecznej roli z tą działalnością związanej.

5. Jaka powinna być organizacja akademii medycznej spełniająca swoją rolę w regionie?

Konieczność całożyciowego uzupełniania wykształcenia, wynikająca z postępów nauki i techniki oznacza zasadniczą przebudowę struktury szkolnictwa. Z zamkniętej stosunkowo uczelni przygotowania zawodowego młodzieży, akademie medyczne coraz konsekwentniej będą się stawały ośrodkiem studiów dla ludzi we wszystkich kategoriach wieku. Plan indywidualnego kształcenia w Warszawskiej Akademii Medycznej jest tego przykładem.

Wymienione wyżej, niektóre tylko aspekty edukacji permanentnej będą wymagały rozważań nad przekształceniem organizacyjnej struktury instytucji naukowych i kształcenia wyższego, jak też nad zasadami ich terenowego rozmieszczenia.

Gdy się sądzi, że zadaniem instytucji naukowych jest kształtowanie wielostronnej kultury naukowej środowiska, wówczas ich sieć w terenie musi być znacznie gęstsza.

Przedstawiając pewne zasady edukacji permanentnej i wpływające z tych zasad pytania odnośnie perspektyw szkolnictwa medycznego wyższego, pragnę wyrazić przekonanie, że rola Warszawskiej Akademii Medycznej w stołecznym regionie w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego stwarza przesłanki do twórczego rozwiązywania licznych problemów związanych z rozwojem kształcenia, dla potrzeb nie tylko medycznych, ale też przyczynia się do przekształcenia całego, społecznego, systemu oświatowego, którego jest ważną częścią.

PRIDINOL

tabletki

SKŁAD: Chlorowodorek 3-piperydino-1,1-dwufenylo propanolu 0,005

PRIDINOL działa silnie spazmolitycznie przez porażenie zakończeń nerwów parasympatycznych oraz ma bezpośredni wpływ na mięśnie gładkie. Reguluje zaburzenia ruchowe poza piramidowe. Zmniejsza napięcie mięśni i hamuje ruchy mimowolne. Ułatwia wykonywanie ruchów dowolnych w schorzeniach układu poza piramidowego. W organizmie rozpada się szybko i wydala. Nie kumuluje się.

WSKAZANIA:

- choroba Parkinsona
- zespoły parkinsonowskie po zapaleniu mózgu, w przebiegu miażdżycy i po stosowaniu środków psychotropowych
- zaburzenia w sferze ruchów dowolnych, związane ze wzmożonym napięciem mięśniowym

OPAKOWANIA: 50 i 250 tabletek

SPÓŁDZIELNIA PRACY
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

„POLON”
ul. Pojezierska 99
91-342 ŁÓDŹ

*Prof. dr Teofila Bystrzanowska *)*

ZADANIA WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM

Kształcenie podyplomowe w uczelniach medycznych ma starą tradycję i było prowadzone od dawna zanim jeszcze zostało ujęte w ramy przepisów prawnych. Akademie medyczne stanowią bowiem zespół wysoko wykwalifikowanych placówek, zdolnych do realizowania zadań dydaktycznych na każdym szczeblu i poziomie.

Możliwość powiązania kształcenia studentów z kształceniem podyplomowym w ramach jednej uczelni, stanowi wielką szansę zarówno dla absolwentów tej uczelni jak i dla zespołu nauczającego. Umożliwia bowiem realizację konsekwentnego systemu kształcenia ustawicznego pracownika służby zdrowia. Daje także dużą satysfakcję kadrze nauczającej, pozwalając — poprzez sprzężenie zwrotne — na samokontrolę skuteczności nauczania przeddyplomowego. Kadra ta poprzez ocenę poziomu wiedzy i doskonałości działania absolwentów uczelni ma możliwość stałej modyfikacji treści i metod nauczania, zależnie od jego wyników i zmieniających się potrzeb służby zdrowia.

Ponadto kształcenie podyplomowe daje pracownikom dydaktycznym akademii medycznej szansę realizacji pewnych „marzeń” dydaktycznych, nie dających się w pełni zrealizować w kształceniu studentów. Nie ma tu sztywnej siatki godzin, a nawet sztywnego programu, słuchacz zgłasza się z własnej inicjatywy, motywacja poszukiwania wiedzy jest silniejsza i bardziej zindywidualizowana: słuchacz pragnie nauczyć się wybranej przez siebie dyscypliny i wydoskonalić w określonych przez siebie zagadnieniach. Kontakt ze słuchaczami ma więc charakter koleżeński, jest bardziej bezpośredni i stymulujący nauczyciela.

Pomoc fachowa w działalności służby zdrowia regionu również od dawna była przedmiotem działania uczelni. W macierzystej uczelni doskonalili się pracujący już zawodowo lekarze i farmaceuci, korzystali tutaj z konsultacji wysokiej miary specjalistów, oraz z pomocy

* Zakład Dydaktyki AM.

nowoczesnej aparatury. Tutaj też od wielu lat zdawali egzaminy specjalizacyjne. Przepisy prawne dotyczące nadzoru fachowego również tylko w sposób formalny ustaliły te znane już zadania. Wobec tego, że podnoszenie poziomu służby zdrowia w regionie podległym akademii medycznej jest czołowym zadaniem nadzoru fachowego — kształcenie kadry medycznej jest nierozdzielnie z nim związane. Jednakże zadania Warszawskiej Akademii Medycznej nie ograniczają się tylko do formalnie jej podległego rejonu. Zarówno tradycje i poziom uczelni, jak i bliska jej współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego sprawiają, że uczenia warszawska skupia wielu lekarzy i farmaceutów z całej Polski, którzy kształcą się tutaj zarówno w formie kursowej jak i przez indywidualne doskonalenie w nowych metodach badawczych, diagnostycznych i leczniczych.

Region podległy Warszawskiej Akademii Medycznej obejmuje stołeczne woj. warszawskie i woj. płockie. Organizacja kształcenia odbywa się we współpracy ze Stołecznym Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych, z którym wspólnie opracowuje się system kształcenia w regionie. Zakład Dydaktyki AM wraz z całym zespołem naukowo-dydaktycznym uczelni opracowuje metody, środki i formy kształcenia podyplomowego i przekazuje je do użytku regionu. Ma to szczególne znaczenie dla kadry prowadzącej szkolenie poza uczelnią, w ośrodkach regionalnych i zakładach społecznej służby zdrowia, niekiedy bardzo odległych od siedziby uczelni. Ponadto współpraca z Ośrodkiem Stołecznym realizowana jest przez udział pracowników akademii w Radzie Naukowej Ośrodka, wspólne opracowywanie planów kształcenia podyplomowego oraz przez bezpośrednią realizację tych planów. W myśl zasad kształcenia ustawicznego plan szkolenia jest koordynowany z planem kształcenia przeddyplomowego oraz z potrzebami służby zdrowia w regionie. Podstawą planu kształcenia popodyplomowego powinien być nie tyle podział specjalistyczny, ile globalne zadania bieżącej pracy służby zdrowia, a więc funkcji lekarza i farmaceuty. Dlatego też szeroko jest prowadzone szkolenie pracowników tzw. pierwszego kontaktu, a więc lekarzy rejonowych, przemysłowych, wiejskich, pracowników aptek i innych. Z drugiej strony, wobec tego, że program kształcenia przeddyplomowego w wielu dziedzinach jest ograniczony tylko do potrzeb lekarza ogólnego, w kształceniu podyplomowym konieczne jest umożliwienie specjalizacji i rozszerzenie wiadomości w tych dziedzinach, które w czasie studiów były ujęte bardzo wąsko. Ponadto kształcenie podyplomowe obejmuje nie tylko poszczególne jednostki, ale całe zespoły medyczne, związane trwale wspólnymi zadaniami i funkcją. Takim typem kształcenia jest np. szkolenie wewnątrzzakładowe w zespołach opieki zdrowotnej. Zakład Dydaktyki AM stawia sobie jako najbliższe zadanie opracowanie wspólnie ze Stołecznym Ośrodkiem systemu

takiego szkolenia, obejmującego zespoły pracowników medycznych zarówno z wyższym jak i ze średnim wykształceniem.

Formy kształcenia podyplomowego realizowane przez AM są bardzo różnorodne i stale modyfikowane. Najbardziej tradycyjne, obejmujące największą liczbę osób, jest szkolenie kursowe. Akademia coraz silniej zespała swą działalność ze służbą zdrowia regionu; dlatego też większość kursów może być realizowana poza murami uczelni, w placówkach służby zdrowia. Udział Akademii powinien zasadniczo polegać na konsultowaniu programu tych kursów oraz czynnej współpracy nauczycieli akademickich w tych dziedzinach, w których jest to konieczne. Niektóre tylko kursy, wymagające stosowania unikalnej aparatury, szczególnych metod badania i leczenia, oraz specjalnego doboru chorych, jaki jest możliwy w szpitalach klinicznych, odbywają się na terenie uczelni.

Drugą formą podnoszącą kwalifikacje dużych grup pracowników medycznych są konferencje, organizowane przez poszczególne placówki akademii, oraz otwarte zebrania zakładów i klinik. Treść i forma tych konferencji pozwala w sposób „uderzeniowy” poinformować liczną grupę słuchaczy o najbardziej aktualnych i nowoczesnych zagadnieniach medycznych. Otwarte zebrania zakładowe w coraz szerszym stopniu są przeznaczone do kształcenia nie tylko własnych pracowników, ale i zainteresowanych lekarzy i farmaceutów z poza uczelni. Dlatego też mogą być z góry programowane i obejmować pewien ustalony cykl wiadomości. Podobną rolę spełniają otwarte konsultacje kliniczne z poszczególnych specjalności.

Poważnym partnerem AM w kształceniu podyplomowym są towarzystwa naukowe. Dlatego byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby plany kształcenia były koordynowane między uczelnią i towarzystwami. Z natury rzeczy większość działalności szkoleniowej towarzystw realizowana jest bowiem na terenie uczelni i przez jej kadre naukowo-dydaktyczną.

Szkolenie indywidualne, które zajmuje coraz poważniejszą pozycję w szkolnictwie średnim i akademickim, jeszcze w większym stopniu odpowiada właściwościom kształcenia podyplomowego i to we wszystkich jego formach i okresach. Szkolenie indywidualne istnieje równie dawno jak znany jest zawód lekarza i farmaceuty. We wszystkich okresach historii lekarze wędrowali po świecie w poszukiwaniu najlepszych szkół i mistrzów. Tradycja ta przetrwała do dzisiaj — tak więc akademia medyczna skupia szukających wiedzy kolegów, którzy w sposób nieformalny pragną podnieść swe kwalifikacje.

W Warszawskiej Akademii Medycznej istnieją wszelkie możliwości kształcenia indywidualnego, aczkolwiek — ze względu na niedostateczny przepływ informacji te możliwości nie zawsze są wykorzystywane. Szkolenie indywidualne ma wiele postaci: formalnych i nie-

formalnych. Obejmuje ono wstępny staż pracy, specjalizację na wszystkich stopniach oraz doskonalenie w każdym zakresie: diagnostyki, leczenia, organizacji, a także w pracy naukowej. Często może zaspokoić nawet pewne „hobby” naukowe czy zawodowe, co nie jest bez znaczenia w ciężkiej pracy lekarza. Czy sprawy te, znane przecież od dawna i wszystkim, zarówno nauczycielom jak i słuchaczom, wymagają formalizowania i programowania? Formalizowania — na pewno nie, programowania — chyba tak. Programowanie jest potrzebne z wielu względów: pomoże ono stworzyć optymalne warunki dla szkolących się w sposób ciągły, a więc dla stażystów i specjalizujących się, pozwoli ich przyciągnąć do tych zakładów i klinik, które są w stanie zapewnić im pełną opiekę dydaktyczną. Ponadto program kształcenia indywidualnego pozwoli przedstawić wszystkim kolegom spoza uczelni nie zawsze im znane możliwości wykorzystania pełnego potencjału badawczego i dydaktycznego uczelni, zwłaszcza w zagadnieniach wąskich, wysoko-specjalistycznych. Umożliwi on też przedstawienie czasowych i liczbowych możliwości kształcenia.

Dla realizacji tych wszystkich zadań niezmiernie istotna jest ścisła współpraca i bezbłędny dwukierunkowy przepływ informacji między akademią medyczną i służbą zdrowia regionu. Dlatego też m.in. tak ważne jest ustalenie zasad współpracy między obu województwami regionu oraz powiązanie regionalnego Ośrodka Kształcenia Kadr Medycznych z uczelnią. Celem tego powiązania jest nie tylko konsultacja metodologiczna czy nawet bezpośrednia działalność dydaktyczna, ale i przekazywanie informacji.

Z jednej strony Ośrodek powinien być dokładnie poinformowany o aktualnych możliwościach i zamiarach AM w zakresie kształcenia podyplomowego, z drugiej strony akademii i nadzór regionalny muszą znać nasycenie regionu w kadrę fachową, jej poziom, osiągnięcia, ale także trudności i braki. Informacja o poziomie kadry fachowej wpływa bowiem nie tylko na modyfikowanie treści i form kształcenia podyplomowego, ale przede wszystkim na koordynację programów kształcenia przed- i podyplomowego. Pewne zagadnienia mogą wymagać poszerzenia już w trakcie studiów medycznych, inne — bez szkody dla absolwenta — będą mogły być przesunięte do szkolenia podyplomowego. Wiąże się to właśnie z potrzebą i oceną osiągnięć i trudności na konkretnym stanowisku pracy i przy pełnieniu konkretnych funkcji.

Przenikanie kształcenia przeddyplomowego do społecznej służby zdrowia, a także powiązanie absolwenta z uczelnią macierzystą przez cały czas jego pracy po dyplomie zacieśnia więzy uczelni ze służbą zdrowia regionu, podnosi poziom pracowników służby zdrowia, a przede wszystkim służy dobru chorego w myśl zasady „*salus aegroti suprema lex*”.

*Doc. dr med. hab. Jan Tatoń *)*

STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU NAUK W REGIONIE WARSZAWSKIM **)

MIEJSCE NAUK KLINICZNYCH W MEDYCYNIE

Nauki kliniczne mają charakter eklektyczny, zależą od wielu innych bardziej ogólnych i podstawowych nauk jak fizyka, chemia, matematyka, nauki społeczne a także nauki inżynierijsko-techniczne. Medycyna czerpie z innych nauk wszystko co można zastosować do badawczych i praktycznych celów — poznania biologii człowieka, umacniania lub przywracania zdrowia. Poziom nauk klinicznych, ich rozwój jest na ogół proporcjonalny do ogólnego rozwoju badań naukowych i technicznych a także do stopnia rozwoju ekonomicznego i zamożności kraju. Współczynniki proporcjonalności mogą być bardzo różne, zależnie od wpływu czynników organizacyjnych, finansowych a także przygotowania pracowników klinik do recepcji postępu naukowego.

Nauki kliniczne obejmują działalność naukową dyscyplin medycznych związanych z badaniami problemów odnoszących się bezpośrednio do człowieka chorego, ich celem jest doskonalenie działalności lekarskiej, tj. profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Z jednej strony ściśle łączą się z medycznymi naukami podstawowymi z drugiej zaś z praktycznym lecznictwem oraz nauczaniem i specjalizacją lekarzy, farmaceutów i średniego personelu służby zdrowia. Na styku nauk klinicznych z naukami podstawowymi dla ułatwienia i przyspieszenia wymiany informacji i metodyki powstały i coraz intensywniej rozwijają się nauki o charakterze pośredniczącym — patofizjologia i fizjologia kliniczna, biochemia kliniczna, farmakologia kliniczna, mikrobiologia lekarska i inne a także epidemiologia, socjologia, psychologia, dydaktyka o klinicznym charakterze. Natomiast na styku nauk klinicznych oraz praktyki ochrony zdrowia w naszym kraju powstała oryginalna i daleko idąca koncepcja systemu organizacyjnego wdrażania postępu naukowego do praktyki i kon-

*) Prorektor d/s badań naukowych i współpracy z regionem

***) Referat wygłoszony na plenum Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, 4.III.1976 r.

troli oceny jego efektów, w postaci instytucjonalnego nadzoru specjalistycznego i specjalistyczno-usługowej roli uczelni medycznych.

Rozwój nauk klinicznych, ich struktura i organizacja jest w naszych warunkach instytucjonalnym wyznacznikiem jakości medycyny klinicznej i postępu w pracy wszystkich jednostek służby zdrowia. Ilustrują to takie przykłady jak, np. wpływ wprowadzenia szczepionki przeciwko poliomyelitis na liczbę inwalidów, system kontrolowanego leczenia i szczepienia BCG i spadek zachorowań na gruźlicę, spadek częstości hospitalizacji z powodu chorób psychicznych w wyniku rozwoju leków psychotropowych, niektóre badania metaboliczne matek i noworodków, profilaktyka wad rozwojowych. Wszystkie te osiągnięcia zmieniają obraz medycyny, wywierają bardzo wielki wpływ na zdrowie ludności, na strukturę i organizację służby zdrowia. Wszystkie one mają także wymierne znaczenie ekonomiczne i przynoszą społeczeństwu korzyści rzędu wielu miliardów złotych.

BAZA KLINICZNA, KADRA, FINANSE I FUNKCJE

Szczegółowa ocena sytuacji nauk klinicznych w regionie Warszawskiej Akademii Medycznej jest sprawą złożoną nie tylko ze względu na ich zróżnicowanie i zakres ilościowy, ale także ze względów organizacyjnych. Nauki kliniczne w regionie warszawskim są głównie domeną działalności Warszawskiej Akademii Medycznej. Uprawia je także na tym terenie w różnym zakresie Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego instytutów resortowych, Wydziału VI PAN, placówki innych resortów (obrony, MSW, kolejnictwo, resorty przemysłowe) oraz różne instytucje miejskiej służby zdrowia.

W swoich ocenach skupię się głównie na działalności naukowo-klinicznej Akademii Medycznej ze szczególnym uwzględnieniem dyscyplin zachowawczych. Jest to omówienie części problemu. Sądzę jednak, że wystarczy ono do odzwierciedlenia całości tak ze względu na rolę warszawskiej AM jak i ścisłe związki tej uczelni z innymi instytucjami zajmującymi się naukami klinicznymi i regionem.

Baza kliniczna warszawskiej AM liczy obecnie 2.902 łóżka (zmniejszyła się w stosunku do 1974 r. o 175 łóżek). Przewiduje się, że w 1976 r. liczba hospitalizacji wynosić będzie ok. 45.670 osób.

Ogólne zatrudnienie w szpitalach klinicznych wynosi ok. 5000 pracowników. Akademia Medyczna w Warszawie zatrudnia 1053 nauczycieli akademickich i ok. 500 osób na etatach naukowo-technicznych — w sumie ok. 1500 pracowników. Prawie 70% z tej liczby bezpośrednio związanych jest z dyscyplinami klinicznymi.

Nakłady finansowe według preliminarza na 1976 r. wynoszą dla powyższej bazy i kadry 422.946.000 zł. Dodać do tego należy preliminarz budżetowy dla 1976 r. na cele naukowe i dydaktyczne, który w 1976 r. wyniesie ok. 60 milionów złotych. Ze źródeł

pozabudżetowych uczelnia na badania naukowe uzyska co najmniej drugie tyle.

Powyższa baza łóżek klinicznych, kadra i nakłady finansowe spełniają wiele funkcji. Są to funkcje:

1. Dydaktyczno-wychowawcze w zakresie studiów przeddyplomowych i podyplomowych.

2. Naukowe.

3. Usługi lecznicze podstawowe wynikające z przywiązania do klinik zadań obsługi rejonów. Ten rodzaj działalności wynika z ogólnej sytuacji lecznictwa w regionie warszawskim. Nie ulega bowiem wątpliwości, że typ świadczeń winien wiązać się z typem placówki. Placówki naukowo-kliniczne winny prowadzić lecznictwo specjalistyczne także ze względów na potrzeby naukowo-dydaktyczne.

4. Usługi konsultacyjne i specjalistyczne wynikające z zadań obsługi regionu.

5. Usługi specjalistyczne w skali krajowej — w warszawskiej AM reprezentowane są unikalne specjalności kliniczne, np. patologia ciąży, chirurgia plastyczna, niektóre typy operacji.

6. Nadzór regionalny i konsultacje organizacyjno-kontrolne w terenie połączone z wyjazdami do placówek regionu.

7. Nie związane bezpośrednio z zawodem udział pracowników w licznych czynnościach organizacyjnych i administracyjnych dotyczących funkcjonowania szpitali, całej uczelni i innych organizacji medycznych.

Zarówno liczba i rodzaje zadań jak i zwłaszcza ich zakres ilościowy są duże. Przybyły liczne, nowe funkcje nauk klinicznych i osób pracujących w tych dziedzinach. Z teoretycznego punktu widzenia można łatwo wskazać na ścisłe wzajemne powiązania tych zadań. W praktyce regulują one budżet czasu zawodowego pracowników naukowo-klinicznych ograniczając pracę bezpośrednio użyteczną. Z tej obserwacji rodzi się pytanie czy proporcja ilości czasu zarezerwowanego na bezpośrednie zajęcia naukowo-kliniczne na naukę jest wystarczająca? Należy przypuszczać, że tak nie jest.

PROBLEMY NAUK KLINICZNYCH

W ocenie stanu dyscyplin klinicznych należy wyraźnie uwzględnić zarówno ich zakres i strukturę, poziom oraz efektywność pracy i społeczną użyteczność jak i społeczne oraz naukowo-techniczne zaplecze tych nauk a więc rozwój regionu. Określa on możliwości uzyskania środków badawczych (kadra, aparatura, odczynniki, leki), zakres kooperacji z innymi działami nauki, z innymi uczelniami, przemysłem i społeczeństwem.

Nauki kliniczne są bowiem sposobem przekształcania wyników nauk podstawowych, w oparciu o możliwości rozwoju społeczno-gos-

podarczego kraju w metody profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji stosowane w praktyce.

Ogólną sytuację nauk klinicznych w regionie warszawskim charakteryzują następujące problemy.

1. **Struktura i profile dyscyplin klinicznych.** Nauki kliniczne ulegają stałym przekształceniom zarówno wewnątrz samych dyscyplin jak i w składzie całych działów specjalistycznych. Siłami formującymi te zmiany są z jednej strony a) postęp nauk w skali światowej i w kraju ze szczególnym uwzględnieniem podstawowych nauk medycznych, b) możliwości techniczne produkcji aparatury, wyposażenia szpitali i leków, c) potrzeby zdrowotne społeczeństwa, d) system organizacji służby zdrowia.

Potrzeby zdrowotne zgodnie z koncepcją społecznych motywów nauk klinicznych regulują strukturę tych dyscyplin, akcenty w ich rozwoju, powstawanie jednych i zanikanie innych działów, np. określają one działania w zakresie przeprofilowania pracowni lub oddziałów, planów kształcenia. Wśród przykładów tego rodzaju działań w regionie warszawskim można by podać pilnie potrzebny rozwój medycyny środowiskowej, określenie koncepcji badań w dziedzinie chorób zawodowych, rozstrzygnięcie pytania, które jednostki lepiej spełniają swoje zadania: oddziały długotrwałej opieki (bez względu na wiek) czy też oddziały geriatryczne i wiele innych.

Osobnym problemem jest potrzeba przyspieszenia badań w zakresie społecznych aspektów medycyny klinicznej. Wzmocnienia w tym względzie wymagają takie dyscypliny jak: kardiologia, endokrynologia, poradnictwo geriatryczne, opieka nad kobietą w ciąży i mikropediatryka, diagnostyka laboratoryjna w nowym zcentralizowanym układzie organizacyjnym.

2. **Kształcenie kadry.** Odpowiednio do zmian w profilach dyscyplin klinicznych pojawiają się nowe potrzeby w kształceniu kadry. Możliwości uczelni w tym zakresie są duże. Dotyczą one doskonalenia programów studiów przeddyplomowych, systemu kształcenia podyplomowego zwłaszcza jego terenowego poziomu, wprowadzania nowych specjalności medycznych, zmian w systemie studiów doktoranckich. Akademia Medyczna obarczona jest odpowiedzialnością za tego rodzaju działania (regionalny plan kształcenia i uczestnictwo w centralnym planie kształcenia podyplomowego).

3. Duże rezerwy dla rozwoju nauk klinicznych istnieją we współpracy z miastem. Metodą wykorzystania tych bardzo dużych rezerw w warszawskim regionie stał się II Wydział Lekarski. Jest to wydział, który łącząc zadania akademickie z pracą szpitali miejskich, instytutów resortu z jednej strony wyraźnie zwiększa możliwości kształcenia studentów, tworzy nowy program dydaktyczno-wychowawczy i jednocześnie stymuluje rozwój nauk klinicznych w

miejskiej służbie zdrowia i instytucjach. Jest to więc działalność o potencjalnie zasadniczym znaczeniu, która powinna dynamizować postęp całego lecznictwa.

4. Produkcja sprzętu i aparatury na cele nauk klinicznych w kraju pozostaje wyraźnie w tyle za rozwojem wielu innych gałęzi przemysłowych. Dotyczy to zarówno sprzętu diagnostycznego jak i ściśle naukowego. Wydaje się, że zarówno aspekty organizacyjne jak i merytoryczne — także w świetle doświadczeń pozytywnych, np. wyniki pracy przedsiębiorstwa Unipan, działu prototypów Instytutu Biocybernetyki, powinny stać się domeną współpracy ze strony przedstawicieli nauk klinicznych.

5. Rozwój społeczno-gospodarczy regionu określa także możliwość wdrożeń osiągnięć nauk klinicznych do praktycznego systemu ochrony zdrowia. Asymilacja tych osiągnięć jest bowiem procesem złożonym, determinowanym przez warunki ekonomiczne i organizacyjne jednostek służby zdrowia. W tym względzie wielu szczegółowych wniosków dostarcza dotychczasowa działalność nadzoru specjalistycznego, który obecnie ma charakter instytucjonalny.

6. Rozpoznanie potrzeb badań klinicznych, doktryna tych badań — którą w naszym przypadku — możnaby nazwać doktryną preferowania zadań społecznie ważnych — jest warunkiem efektywności działalności naukowo-klinicznej. Musi ona być „nacełowana” na problemy społeczne i gospodarczo najważniejsze. Ta okoliczność zapewnia szybkie przejmowanie postępu do praktyki.

Rozwój społeczno-gospodarczy regionu tworzy także szereg zamówień wynikających z wpływów przemian cywilizacyjnych i technologicznych na środowisko i z trendów demograficznych. Te właśnie społeczne zamówienia stały się przyczyną sformułowania 2 głównych problemów własnych warszawskiej AM na lata 1976—1980. Są to: a) „Badania czynników ochrony zdrowia pracowników ze szczególnym uwzględnieniem warunków pracy w wielkich zakładach przemysłowych” i b) „Badania medyczno-społeczne i organizacyjne szczególnie w zastosowaniu do problemów opieki zdrowotnej w regionie uczelni (stołeczne województwo warszawskie i woj. płockie)”.

SKALA KRAJOWA I ŚWIATOWA

W ocenie pewne znaczenie mogą mieć porównania w skali kraju. Wskazują one na względnie korzystny stan rozwoju nauk klinicznych w naszym regionie. Świadczą o tym takie dane jak bardzo znaczna liczba chorych z całego kraju leczona w placówkach naukowo-leczniczych uczelni, utrzymująca się od wielu lat wysoka liczba oryginalnych prac z zakresu nauk klinicznych publikowana w czasopiśmie o wysokim standardzie, dość wysoki indeks cytowania pracowników

nauki z warszawskiego regionu w literaturze światowej i inne okoliczności.

Można to osiągnąć przez jednoczesne szybsze modernizowanie zarówno bazy materialnej służącej badaniom jak i dalsze ulepszanie systemu pracy, który powinien być bardziej ekonomiczny i wydajny, lepiej wykorzystywać te wszystkie możliwości jakie już daje obecny stan wyposażenia. Bardziej efektywny system pracy opartej zarówno na rzetelnym rozpoznaniu potrzeb społecznych regionu jak i trendów w nauce światowej jest najbardziej potrzebną „inwestycją” organizacyjną. Jest to proces ewolucyjny, który musi organicznie objąć wszystkie kierunki działalności nauk klinicznych.

Społeczna doktryna rozwoju nauk klinicznych w naszym regionie już przesuwa wysiłek badawczy z zewnętrznie błyskotliwych często stref „osiągnięć nauki” do bardziej z punktu widzenia popularności zwykłych i pozornie szarych zadań o bardzo jednak istotnym znaczeniu społecznym.

Sytuację w naukach klinicznych naszego regionu kształtować będzie w znacznym stopniu oparty na nowych zasadach plan naukowo-badawczy na lata 1977—1980. Jak dotychczas warszawska AM zgłosiła 28 ofert do rządowych problemów, 72 do węzłowych a 320 do problemów resortu. W sumie jest to 420 ofert długoterminowych badań. 70% z tej liczby dotyczą dyscyplin klinicznych. Wszystkie tematy znowu podporządkowują się społecznym zasadom preferencji badań.

Ta sama zasada dotyczy współpracy z zagranicą tak w zakresie kształcenia kadry jak i prowadzenia wspólnych długoterminowych programów badań. Placówki AM prowadzą 62 tego rodzaju programy oparte o zasady wymiany bezdewizowej. Jej przykładem może być rozwój współpracy AM z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu w Lund obejmującym głównie dyscypliny kliniczne.

PRZYKŁADY ZADAŃ

Działania na rzecz rozwoju nauk klinicznych w naszym regionie są intensyfikowane. Wymienić można wiele przykładów zadań w tym zakresie. Należą do nich, np. zakończenie budowy miasteczka akademickiego uczelni na Polu Mokotowskim, pełna organizacja bazy dla II Wydziału Lekarskiego w placówkach miejskiej służby zdrowia, zakończenie przebudowy organizacyjnej uczelni, zdobycie większych doświadczeń w pełnieniu funkcji nadzoru regionalnego, pełna koordynacja działań z miejską służbą zdrowia, zwiększenie dopływu środków na badania tak planowanych jak i wynikających z rozszerzenia mecenatu przemysłu w stosunku do nauk klinicznych, rozszerzenie zakresu długoterminowych umów o bezdewizowej współpracy z ośrodkami zagranicznymi.

Mgr Jerzy Celma-Panek

MUZEUM I ARCHIWUM FTYZJATRII POLSKIEJ ROZSZERZA ZAKRES DZIAŁALNOŚCI

Nauki medyczne już od bardzo dawna dysponują licznymi zbiorami muzealnymi z różnych dziedzin lekarskich, a jako główny cel ich istnienia inicjatorzy — przeważnie wybitni lekarze — stawiali wychowywanie adeptów sztuki lekarskiej wśród historycznych pamiątek i dokumentów z dziejów medycyny. Dopiero jednak na początku naszego wieku, w krajach o wysokim poziomie nauk medycznych zorganizowane zostały pierwsze muzea medyczne. Przoduje tu Francja, w samym Paryżu istnieje aż kilka świetnie zorganizowanych placówek muzealnych. Ale bardziej godne zwiedzenia są muzea w Amsterdamie, Wiedniu, Budapeszcie i Dreźnie oraz największe w Europie muzeum w Rzymie.

W porównaniu z muzealnymi placówkami medycznymi za granicą bardzo skromnie przedstawiają się tego typu placówki w Polsce; nie wszystkie zresztą są instytucjami otwartymi, np. zbiorów Centralnej Biblioteki Lekarskiej nie reklamuje się nawet przez publikacje prasowe. A przecież celem istnienia jakichkolwiek kolekcji muzealnych jest udostępnienie ich nie tylko określönemu środowisku ale zaznajomienie z nimi najszerszych kręgów społeczeństwa. Nie tylko bowiem wiedza lekarska wymaga podparcia znajomością historii medycyny, jest ona także cennym drogowskazem w ochronie zdrowia dla wszystkich obywateli.

Jedną z nielicznych placówek o charakterze muzealnym w kraju jest Muzeum Ftyzjatrii *) Polskiej w Warszawie, przy ul. Kasprzaka 17, mieszczące się w pawilonie 3 Szpitala Wolskiego. Zbiory jego udostępniane są chętnie wszystkim zainteresowanym.

*) Oficjalna nazwa, uwidoczniöna na tablicy na drzwiach wejściowych brzmi: Muzeum i Archiwum Ftyzjatrii Polskiej — jest napisana nieprawidłowo, nieortograficznie. Współczesne słowniki polskie dopuszczają wyłącznie desygnat: ftyzjatria i pochodne pisane przez *y*.

INICJATYWA STWORZENIA MUZEUM

Twórcą i organizatorem muzeum jest prof. dr med. Zbigniew Garnuszewski, który założył je w 1964 r. przy Zakładzie Historii Medycyny Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, gdzie wówczas prowadził działalność naukowo-dydaktyczną. Mieściło się ono wtedy w jednym małym pokoiku a eksponaty mogły się pomieścić w kilku zaledwie gablotach. Dziś kilkadziesiąt gablot jest za mało, by zbiory mogły być rozmieszczone w należyty sposób.

Prof. Zb. Garnuszewskiemu przyświecała wówczas myśl włączenia się w uroczystości Tysiąclecia Polski pokazaniem osiągnięć medycyny polskiej w dziedzinie ftyzjatrii. Ubolewał on nad tym, że wyjątkowo duże osiągnięcia w tej dziedzinie są mało znane zarówno lekarzom, jak studentom medycyny oraz ogółowi społeczeństwa. Nie musiał przekonywać swego ówczesnego zwierzchnika prof. dr Bolesława Górnickiego rektora PAM o celowości założenia nowego warsztatu pracy naukowej, o dwóch kierunkach: kolekcjonersko-muzealnym i archiwalno-naukowym.

Przez okres pierwszych pięciu lat prof. Garnuszewski potrafił zebrać już tyle dokumentów, że można by nakręcić film o dorobku medycyny polskiej w zakresie ftyzjatrii.

Ze zgromadzonych w Muzeum materiałów dowiadujemy się, że już w XIV w. lekarz krakowski Jan Radlica stosował leczenie klimatyczne u chorych na gruźlicę; on to wyleczył m.in. ojca królowej Polski Jadwigi króla Ludwika Węgierskiego. Pierwsze polskie zielniki z XV w. Falimierza, Spiczyńskiego i Siennika zawierają liczne wzmianki na temat leczenia i rozpoznawania gruźlicy. Na Ziemi Lubuskiej działał Robert Koch — wybitny lekarz i odkrywca prątka gruźlicy, laureat Nobla, który dzięki swoim polskim przyjaciółom nauczył się języka polskiego, którego zasługi społeczeństwo polskie uczciło fundacją muzeum Jego imienia w 1960 r. w Wolsztynie. W 1891 r. polski uczony dr Odon Bujwid pierwszy uzyskał tuberkulinę, wyprzedzając Roberta Kocha. Dr Alfred Sokółowski, ojciec polskiej ftyzjatrii, wydając w 1906 r. „Naukę o chorobach płuc”, przetłumaczoną na trzy języki obce rozstawił polską medycynę na świecie.

Po przeniesieniu się prof. Zb. Garnuszewskiego w 1969 r. do Warszawy i objęciu stanowiska ordynatora Oddziału Płucnego w Szpitalu Wolskim zbiory jego zostały przewiezione do stolicy i złożone w piwnicy budynku ówczesnego Oddziału Płucnego. Dzięki przychylnemu ustosunkowaniu się do kolekcji Dyrekcji Szpitala, zbiory ulokowano w wyremontowanych i częściowo zaadaptowanych pomieszczeniach piwnicznych, o powierzchni użytkowej ok. 120 m². Piękny gest uczyniły Zakłady Wytwórcze Lamp Elektrycznych „Polam” w Warsza-



Profesor-kustoszuje demonstruje aparat odnowy pochodzący z początku naszego wieku, obok dr Teresa Jamrozik

wie przy ul. Karolkowej, które ofiarowały muzeum 12 stojących, poziomych gablot, umożliwiając rozmieszczenie stale przybywających eksponatów. O ile w Szczecinie zbiory ograniczały się do ftyzjatrii, to w Warszawie kolekcja w tej dziedzinie została powiększona kilkakrotnie ale równocześnie pomnożyły się eksponaty i z innych dziedzin medycyny. Od 1971 r. muzeum, które dotychczas nie miało żadnej osobowości prawnej stało się „własnością” Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego a decyzją zarządu głównego tego Towarzystwa prof. Zb. Garnuszewski został dożywotnim kustoszem Muzeum; choć właściwiej byłoby mianować go dożywotnim kuratorem a na stanowisko kustosa zaangażować chociażby na tzw. pół etatu zawodowego archiwistę.

CEL I ZADANIA NAUKOWE MUZEUM

Oprowadzający mnie po muzeum prof. Zb. Garnuszewski mówi: Dla uzasadnienia potrzeby istnienia muzeum przytoczę tu słowa prof. Władysława Szumowskiego, że „*czym lepiej będzie orientował się lekarz w historycznym kształtowaniu się swego zawodu, tym lepiej będzie rozumiał swą dzisiejszą pozycję i funkcję w społeczeństwie*”. Bo wiadomości, jakie dzisiejszy lekarz posiada o przeszłości medycyny, wywierają niewątpliwie wpływ na jego działalność zawodową, czyniąc go odporniejszym na dehumanizację, podnosząc przy tym jego poziom kultury społecznej. Toteż od początku istnienia muzeum odwiedzali je niejednokrotnie nie tylko lekarze, ale i bardzo często studenci medycyny, którzy przed tym odbywali tu kolokwia z historii medycyny i farmacji.

Zebrane eksponaty ilustrują drogę rozwoju medycyny, głównie w okresie ostatnich stu lat oraz obrazują stosunki i przemiany jakie

dokonały się w środowisku lekarskim od końca ub. wieku do czasów dzisiejszych. Intensywny bowiem rozwój medycyny trwa ciągle ale szybko puszcza się w niepamięć osiągnięcia, z których powinniśmy być dumni stale. Tak się zwykle dzieje, że lekarz zaprzestający swej działalności czy to z powodu podeszłego wieku, czy też wskutek śmierci, zapada w krótkim czasie w mrok niepamięci, choćby za życia cieszył się największą sławą i uznaniem społeczeństwa. Muzeum ma więc zadanie, by u potomnych zachować pamięć przeszłości, a to przez zbieranie wszelkich pamiątek pozostałych po nich.

Wiele eksponatów otrzymało Muzeum w darze od rodzin niezwykłych wybitnych lekarzy i zasłużonych pracowników służby zdrowia. Stanowią one teraz nie tylko pamiątki ale są cennymi materiałami ilustrującymi drogę życiową tych ludzi.

Jednak ta praca kolekcjonerska, to tylko jedna i drobna część zadania, które instytucja muzealno-archiwalna ma spełnić. Znacznie ważniejszą jest część druga, umożliwiająca prace naukowo-badawcze. Chodzi o stworzenie kompletnego zbioru dokumentów, które dałyby obraz rozwoju medycyny polskiej i umożliwiły opracowanie monograficznego dzieła, uwzględniającego dzieje naszej medycyny nie tylko od strony zewnętrznej, historycznej ale i wewnętrznej, organizacyjnej, lekarskiej i społecznej.

ZNACZENIE I WYMOWA PAMIĄTEK HISTORYCZNYCH

Ograniczone miejsce jakie można było przeznaczyć na wystawę pamiątek, uniemożliwia pełne przedstawienie przedmiotów w przyjętych w muzealnictwie granicach chronologicznych i stylizacyjnych. Wystawa, stanowi więc tylko częściowe wypełnienie luki, jaka istnieje w ogóle w tym zakresie w muzealnictwie medycznym w Polsce.

Prezentując pamiątki po wybitnych lekarzach czy zasłużonych i bohaterskich pracownikach służby zdrowia, skoncentrowano się przede wszystkim na tej fazie ich życia, która wiązała się z działalnością, przysparzającą im zasług. Zbiór pamiątek po każdym z nich ma przypominać o ich wielkiej roli, ma być czynnikiem wychowawczym, kształtującym charakter pracownikom społecznej służby zdrowia w naszym kraju, ma informować wszystkich zwiedzających o źródłach naszych osiągnięć na polu ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Gdzie nie ma źródeł nie ma historii, troska więc o zachowanie tworzywa dla prac historiograficznych jest naczelnym przykazaniem kulturalnego społeczeństwa.

Wnikliwy zwiedzający może mieć sporo uwag odnośnie rodzaju pamiątek, innych często treściowo od przyjętych w założeniach. Trzeba jednak uwzględnić fakt, że zestaw eksponatów uzależniony był od zasobu zbiorów oraz szeregu okoliczności zewnętrznych, które określają ramy możliwościom organizacyjnym. Krótki stosunkowo okres ist-

nienia muzeum a przede wszystkim jego niedostatki finansowe i braki etatowe nie pozwoliły jeszcze rozwiązać wszystkich zamierzonych planów. Nie wszystkie atrybucje, datowania i notatki informacyjne są ostateczne. Niewątpliwie jednak muzeum to stanowi ważną i pożyteczną instytucję, tymbardziej że nie ogranicza się już tylko do ftyzjatrii.

Muzeum dysponuje w każdym swoim dziale wieloma egzemplarzami o dużej wartości historycznej ale jednocześnie posiada też ekspozycje o niewielkiej wartości, które jednak z uwagi na przydatność ikonograficzną traktowane są na równo z tymi pierwszymi, dopełniają one bowiem kolekcji. Skalę chronologiczną stara się kustosz rozciągnąć od czasów najdawniejszych, poprzez okres rozbiorów, I wojnę światową, okres międzywojenny, II wojnę i okupację oraz okres Wyzwolenia. Gromadzone są również materiały współczesne, szczególnie dokumenty i fotogramy.

Struktura muzeum przedstawia się następująco:

Dział I. Pionierzy ftyzjatrii,

Dział II. Działalność Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i społecznych komitetów do walki z gruźlicą,

Dział III. Archiwum materiałów związanych z ustawą pg.,

Dział IV. Historia zakładów leczenia gruźlicy,

Dział V. Filatelistyka, ekslibrisy, plakaty, bibliofilstwo i autografy,

Dział VI. Martyrologia Polskiej Medycyny,

Dział VII. Dyplomy i medalierstwo,

Dział VIII. Aparaty odmowe, instrumenty i sprzęt ftyzjatryczny,

Dział IX. Archiwum historii medycyny i farmacji,

Dział X. Zbiory afrykańskie.

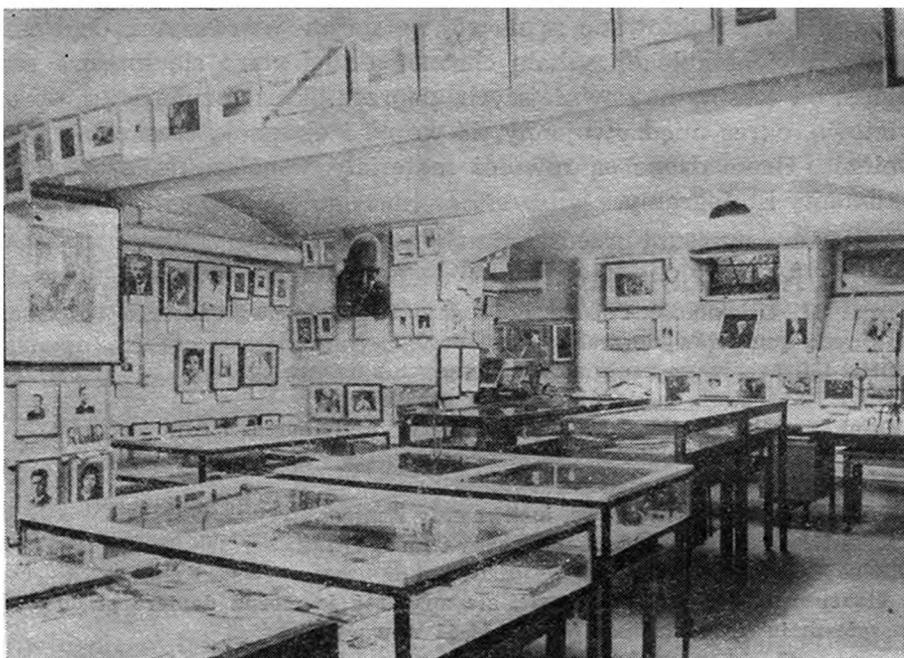
Muzeum czynne jest codziennie, ale zwiedzać je można dopiero po uprzednim zgłoszeniu się u kustosa (tel. 32-14-41 wewn. 231).

CHARAKTERYSTYKA ZBIORÓW

Jedna mała i dwie średniej wielkości sale (po ok. 50 m²) zatłoczone są ekspozycjami umieszczonymi w kilkudziesięciu oszklonych ale nie zabezpieczonych, tj. nie zamkniętych gablotach. Na ścianach wszystkich pomieszczeń porozwieszane są fotograficzne portrety wybitnych lekarzy, którzy wnieśli pewien wkład w postęp medycyny, a tym samym w zdrowotność narodu. Na odwrotnej stronie oprawionych fotogramów — kieszeń introligatorska w formie torebki, stanowi tzw. dossier, gdzie przechowywane są notki biograficzne. Z tej galerii portretowej łatwiej zapamiętać postacie tworzące historię polskiej ftyzjatrii, niż z podręcznika do nauki historii medycyny. Obok lekarzy ich pacjenci, często znakomici intelektualiści i znani powszechnie ludzie. Oto niektórzy z nich: aktor i reżyser Stefan J a r a c z, artysta malarz Artur G r o t t g e r, poeta, scenograf i artysta plastyk Stanisław W i t k i e w i c z, pisarka Pola G o j a w i c z y ń s k a, poeta Juliusz S ł o

wacki, pisarz Stefan Żeromski, kompozytor Fryderyk Chopin i Karol Szymanowski, piosenkarka Maria Anna Tyszkiewiczowa (Hanka Ordonówna).

W gablotach stojących po środku I sali znajdują się pamiątki po wybitnych fizyjatrach: dyplomy lekarskie, listy, wycinki prasowe, fotografie, karty uczestnictwa w zjazdach naukowych, protokoły operacyjne, historie choroby, drobne przedmioty codziennego użytku, nekrologi, książeczki odmowe itp.



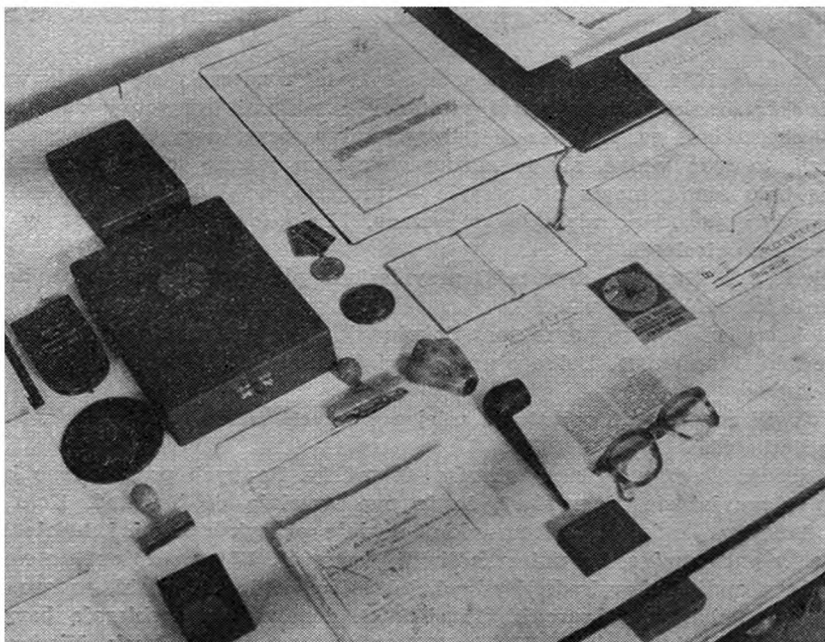
Sala I. Muzeum jest tak przepelnione gablotami z eksponatami, że można ją zwiedzać co najwyżej w grupach trzyosobowych

Pięć gablot poświęconych jest czasom II wojny światowej i okupacji hitlerowskiej. Najwięcej eksponatów z Powstania Warszawskiego. Trudno wprost odejść od tych zalanych nieraz krwią — w dosłownym znaczeniu — pamiątek. Oto okulary prof. dra Janusza Zeylanda, ordynatora Oddziału Szpitala Wolskiego, ze śladami zakrzepłej krwi. Znalaziono je obok zastrzelonego przez żołdaków ze zgrupowania SS mjra Recka, w dniu 5 sierpnia 1944 r., na podwórku szpitalnym. Prof. J. Zeyland był trzecią z kolei ofiarą „übermenschów z SS”. Zginął ok. godz. 14; na krótko przed tym, ci sami ss-mani zastrzelili dyrektora szpitala dr Józefa Piaseckiego, w jego gabinecie wraz z kapłanem szpitala ks. Kazimierzem Ciecierskim za udzielanie pomocy rannym żołnierzom AK, walczącym w Powstaniu. W tym samym dniu zastrzelony został również ówczesny dyrektor szpitala przy ul.



Tablica upamiętniająca miejsce rozstrzelania lekarzy i pacjentów Szpitala Wolskiego

Leszno 1 dr Olgierd S o k o ł o w s k i, były dyrektor sanatorium w Zakopanem. W tej samej gablocie fotografia fotografii upamiętniającej miejsce egzekucji zbiorowej, jakiej dokonali Niemcy na chorych i rannych przebywających w Szpitalu Wolskim. Po zamordowaniu kierownictwa szpitala, uformowali kolumnę, złożoną z personelu szpitalnego ok. 60 osób oraz ponad 300 pacjentów i pognali ich na teren Moczydła, gdzie wszystkich rozstrzelali.



Gablota z pamiątkami po prof. J. Zeylandzie

W sąsiedniej gablocie pamiątki po prof. dr Aleksandrze Ł a w r y n o w i c z u, dyrektorze Wiejskiego Instytutu Higieny w Warszawie, zamordowanego przez Niemców a następnie spalonego w swoim instytucie w dniu 8 sierpnia 1944 r. Ginąc śmiercią męczeńską w 55 roku swego twórczego życia za czynną pomoc rannym powstańcom Warszawy pozostawił po sobie oprócz ponad 100 opublikowanych prac naukowych i kadry wykształconych przez siebie mikrobiologów, bakteriológów i ftyzjatrów, pamięć jako wzór szczerego patrioty, dzielnego obywatela i dobrego lekarza, wzór godny naśladowania przez wchodzące w życie pokolenie lekarzy.

Obok w gablocie pamiątki po zmarłej niedawno prof. dr Janinie Misiewicz; jest tu m. inn. bezcennej wartości pamiętnik pisany „na gorąco” w okresie Powstania Warszawskiego, w szpitalu Wolskim przy ul. Płockiej. Warto tu przy okazji podać, że historyczna nazwa „Szpital Wolski” przypisana była już w końcu ub. wieku szpitalowi otwartemu w 1883 r. w ufundowanym przez St. Staszica Domu Przytułku i Pracy, przy ul. Wolskiej nr 4. Następnie nazwę tę otrzymał nowy szpital, pobudowany na sąsiedniej posesji przy ul. Płockiej przez Miejską Radę Dobroczynności Publicznej. Szpital ten został w okresie międzywojennym rozbudowany o pawilony przy ul. Płockiej róg Górczewskiej, w których obecnie mieści się Instytut Gruźlicy. Dzisiejszy Szpital Wolski zajmuje budynki dawnego Szpitala Żydowskiego na Czystem, do których przeniósł się jeszcze w okresie wojny szpital św. Ducha.

Zatrzymajmy się przez chwilę nad pamiętnikiem prof. J. Misiewicz.

„1 sierpnia 1944. Punktualnie o godzinie 17-tej rozpoczęły się strzały w stronie ul. Górczewskiej. Nasz patrol sanitarny z torbami był gotów do wyruszenia — obejrzałam go. Dziewczęta patrzyły mi w oczy, wszystkie wrywały się do akcji, to było widać, ale w każdej widziałam jeszcze ich osobowość — ta z odną była blada, mogła nie przyjść — przyszła, wyglądała spokojnie. Hanka uśmiechnięta, pogodna, miała łzy w oczach. Lala, pomimo że jest w ciąży chciała iść z patrolem...

...Okolo 6,30 (18,30 — dop. mój) przyniesiono pierwszych rannych a do północy było ich ogółem 12-tu.

Z lekarzy obecni są: dyrektor, Sokołowski, Zeyland (z żoną), Drozdowski, Wesołowski, Manteuffel, Belke oraz 2 gości (to znaczy 9 lekarzy z ogólnej liczby 26-ciu).

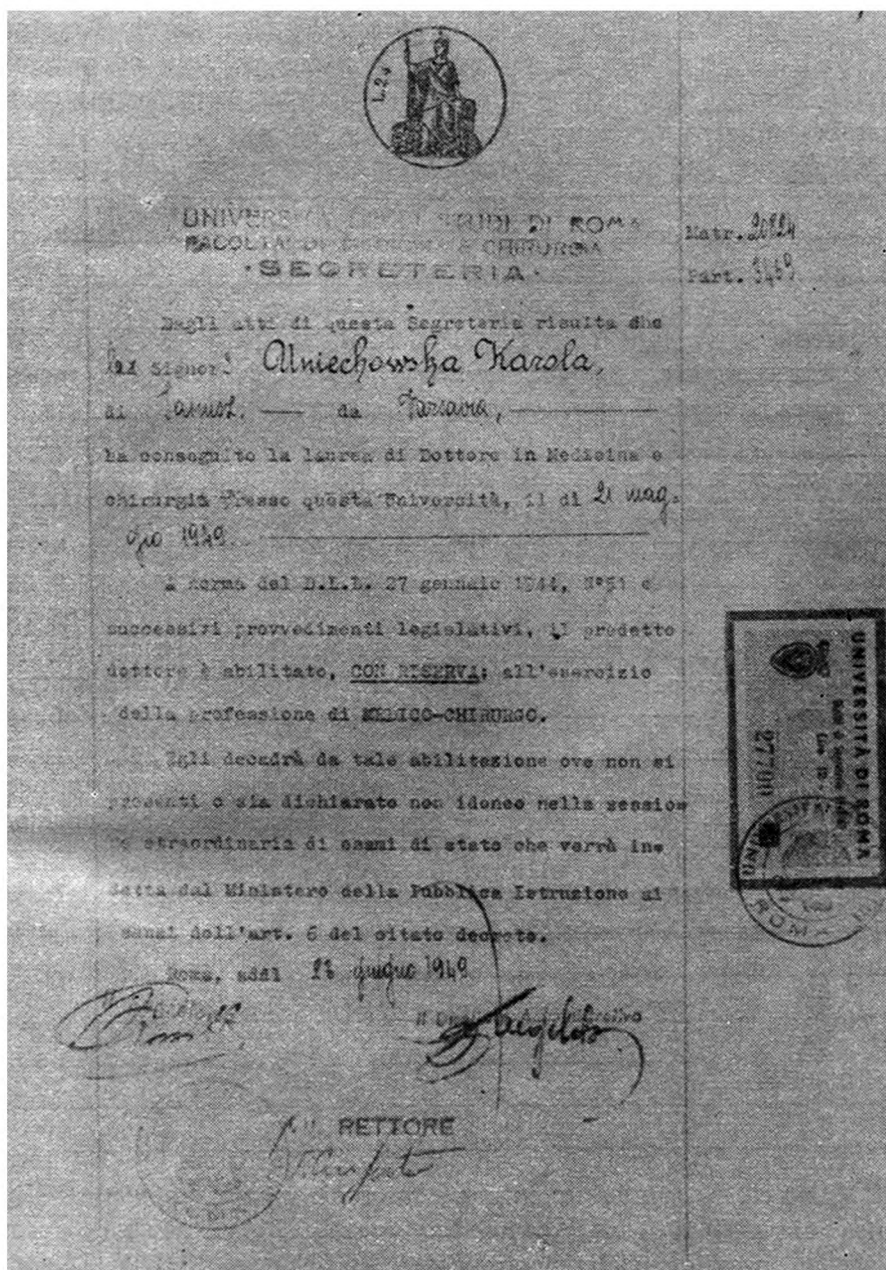
W chwili rozpoczęcia powstania miejsc wolnych w szpitalu było ok. 200 (na ogólną liczbę 480).

2.8. środa. 2 zgony. W nocy strzały nie milkły. Rannych przyniesiono kilku... Mówią o przyjeździe „tygrysów”, że to one strzelają do barykad. Koło godz. 11-tej rano barykada na Górczewskiej wydaje okrzyk radości i ludzie strzelają na wiwat w górę, bo unieszkodliwili „tygrysa”. W parę minut potem jednak Polacy opuścili barykadę. Nadjechał bowiem czołg niemiecki, pędząc przed sobą grupę Polaków, zabranych z sąsiednich domów i ci rozbierają barykadę.

...Dom naprzeciw szpitala (Płocka 33), gdzie jest skład desek Niemcy zapalają.

Około południa nadszedł dr Grzybowski, który objął znów Oddział IV i VI, założone rannymi kobietami.

..O godz. 19 otrzymaliśmy z miasta BJ nr 2, pochwałę dla walczących kobiet i mężczyzn od szefa Obwodu „Montera”. Przez cały dzień nie ustaje strzelanina wokół szpitala...



Fotokopia dyplomu lekarskiego Uniwersytetu w Rzymie por. Karoli Uniechowskiej, nacz. pielęgniarki II Korpusu Armii Polskiej na Zachodzie

Trzy gabloty pełne są pamiątek ze szlaków bojowych armii polskiej na Zachodzie, najwięcej z Włoch spod Monte Casino, St. Angele, Loretto i inn. pól chwały oręża polskiego. Wiele z tych eksponatów podarowali uczestnicy tych walk; m. inn. dr Adam Majewski, autor znakomitych pamiętników pt. „Wojna, ludzie i medycyna” oraz nac. pielęgniarka II Korpusu a późniejsza lekarka Karola Krystyna Uniechowska. Jest tu jej włoski mundur polowy, odznaczenia, dyplom lekarski, listy i fotografie. Wiele pamiątek to podręczny sprzęt lekarsko-sanitarny używany w czasie wojny.

W dalszych gablotach inne pamiątki z okresu wojny i okupacji. Oto mikroskop, będący własnością dra Ed. Pankiewicza; odnaleziony został w ruinach domu przy ul. Szarej. Dalej hełmy i furażerki powstańcze, opaski ze znakiem czerwonego krzyża i symbolem Polski Walczącej, legitymacje personelu sanitarnego — żołnierzy AK, zaświadczenia wydawane członkom Ruchu Oporu jako rzekomym pracownikom szpitalnym, „lewe” kenkarty, orzełki haftowane i wykrawane przez chorych dla powstańców Warszawy.

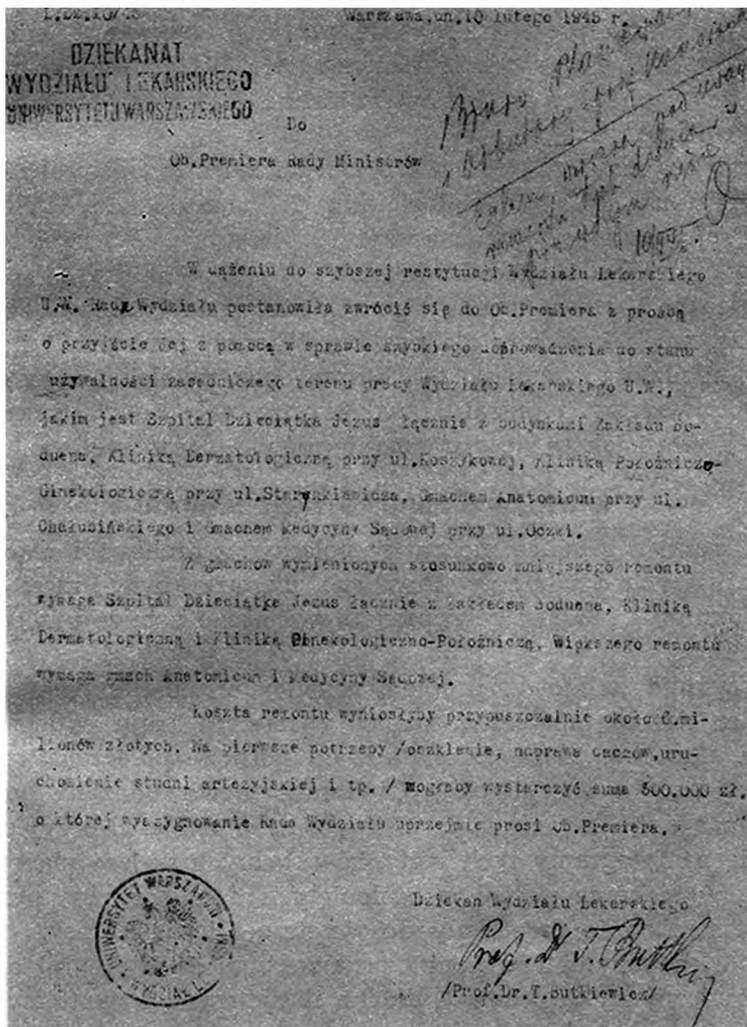
Wypada tu nadmienić, że już od pierwszych dni okupacji do Ruchu Oporu włączyła się większość lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego i administracyjnego warszawskich szpitali. Dokumenty po zabitych i zmarłych na terenie szpitali otrzymywali ludzie, którzy zmuszeni byli zataić swe nazwiska. Fałszywe świadectwa o przebytej chorobie gruźliczej chroniły przed wywiezieniem na tzw. roboty rolne do Niemiec, a fikcyjne zaświadczenia o przebytej operacji czy pobycie w szpitalu okazywały się ważnymi dokumentami ochronnymi. W szpitalach ukrywali się poszukiwani przez gestapo, np. zbiegły z Rumunii b. marszałek Ed. Śmigły-Rydz, leczony w Szpitalu Wolskim, czy generał Michał Rola-Żymierski, późniejszy nac. dowódca WP — „kurujący się” w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Nie było szpitala w okupowanym kraju, w którym nie kształconoby kadr sanitarnych dla AK, BCH czy AL.

TO TEŻ JUŻ HISTORIA

Pamiątkowe fotogramy z pierwszych dni po Wyzwoleniu, z odgruzowywania klinik i zakładów naukowych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego są dzisiaj eksponatami historycznymi. Także i ta oto przepustka, uprawniająca do przejścia przez most pontonowy na Wiśle z brzegu praskiego do lewobrzeżnej Warszawy jest teraz wyjątkowo ciekawym dokumentem. Albo takie pismo, datowane w Lublinie dnia 3 XI 1944 adresowane do docenta Michalskiego na Pradze w sprawie uruchomienia Wydziału Lekarskiego UW. U góry, w lewym rogu nadruk: *POLSKI KOMITET WYZWOLENIA NARODOWEGO — RESORT PRACY, OPIEKI SPOŁECZNEJ I ZDROWIA,*

a z treści dowiadujemy się, że Resort od pierwszej chwili ustosunkowywał się pozytywnie do uruchomienia Wydziału Lekarskiego: „*Nie ulega wątpliwości, że uruchomienie Wydziału Lekarskiego UW jest sprawą pilną — czytamy — to też zanim kursa, o których mówił mi dr Pilczuk zostaną uruchomione proszę o przyjazd do Lublina któregoś z organizatorów celem omówienia całej sprawy...*”. Dokument ten przeczy dotychczasowym publikacjom, których autorzy wykazywali lekceważący stosunek do tej sprawy kierownictwa Resortu.



Pismo dziekana Wydziału Lekarskiego UW do Prezesa Rady Ministrów z odręcną adnotacją premiera E. Osóbki-Morawskiego

Pozytywny stosunek władz państwowych do działania Wydziału Lekarskiego UW potwierdza także adnotacja ówczesnego premiera Edwarda Osóbki-Morawskiego na piśmie adresowanym przez

dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dr Tadeusza Butkiewicza do Premiera Rady Ministrów. W prawym rogu pisma (na zamieszczonej tu fotokopii) widać wyraźnie, napisany odręcznie ołówkiem tekst: „*Biuro Planowania i Odbudowy — prof. Kaczorowski. Celem wzięcia pod uwagę remontu tych domów w pierwszym rządzie (—) O. (Osóbka) 10.II.45*”. Decyzja ta jest istotnie czymś niezwykłym, bo wydana została natychmiast, w dniu doręczenia premierowi pisma. Łza może zakręcić się w oku, gdy zestawimy to z dzisiejszym stanem biurokracji.

Inny dokument jest świadectwem zorganizowanej akcji przy odgruzowywaniu stolicy, w której nie powinno zabraknąć nauczycieli i studentów medycyny: Rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. Fr. Czubałski pisze do dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dra Marcina Kacpra:...

„*proszę obywatela Dziekana o dłożenie starań, aby w akcji Odbudowy Warszawy wzięli udział w dniu 25 września br. Członkowie Grona Profesorskiego, Pomocnicze Siły Naukowe, Personel Administracyjny oraz Młodzież Akademicka...*”.

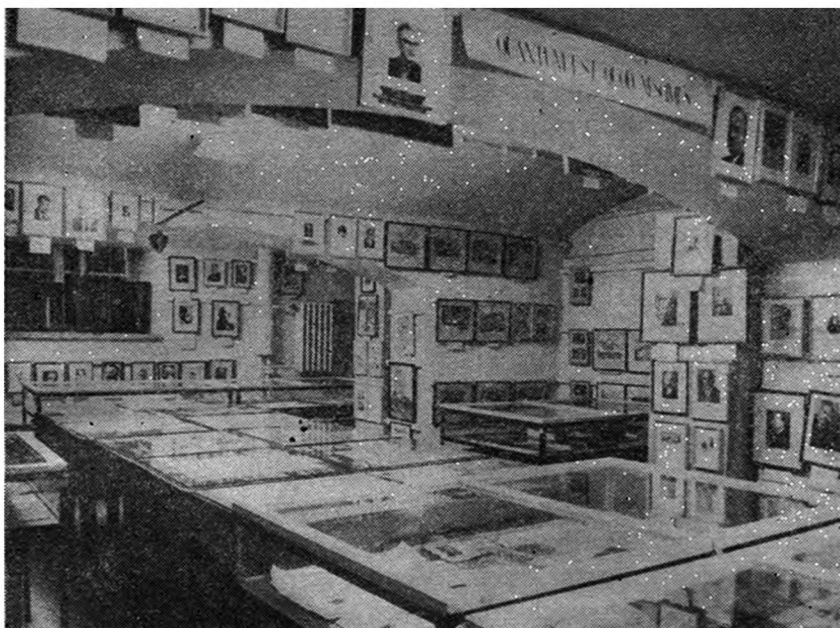
Zwiedzając Muzeum można doznać dużo wrażeń, każdy odczuje tu głęboki szacunek i podziw dla naszych lekarzy, nauczycieli i wychowawców młodzieży akademickiej, którzy obok zwielokrotnionych obowiązków zawodowych potrafili znaleźć czas na sprawy drugorzędne, które traktowali jak to się dziś modnie mówi — priorytetowo.

W WALCE O ZDROWOTNOŚĆ NARODU

Dział walki z gruźlicą można by połączyć z archiwum materiałów dokumentujących działalność Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i komitetu redakcyjnego przygotowującego ustawę przeciwgruźliczą w Polsce.

Po I wojnie światowej problem gruźlicy, uznanej niemal w całej Europie za chorobę społeczną, znalazł w naszym kraju najlepsze rozwiązanie. Chorobą, która dziesiątkowała polskie społeczeństwo zajęli się lekarze wielu specjalności. Otwierano nowe oddziały gruźlicze w szpitalach i zbudowano wiele pięknych sanatoriów. Z przyjemnością patrzy się na fotogramy tych budynków, pełnych piękna plastycznego kubizmu, w plenerze zieleni, o odsłoniętych fasadach, by promienie słoneczne swobodnie przenikały do wnętrza, liczne tarasy, balkony upiękkszzone ozdobnymi rzeźbami i ornamentami są istotnymi dziełami architektonicznymi, do których daleko dzisiejszym, monotonnym blokom koszarowych szpitali.

Z zainteresowaniem ogląda się kolekcję aparatów do stosowania odmy, która liczy ok. 50 sztuk, jest więc największym zbiorem takich aparatów w Europie. Trzeba tu zaznaczyć, że dawniej każdy z wybitnych ftyzjatrów używał aparatu własnej konstrukcji i właśnie dlatego kolekcja ta jest ciekawa i unikalna.



W gablotach sali II: dyplomy lekarskie, dawne przyrzeczenia i ślubowania, pisma urzędowe, dyplomy nominacyjne i odznaczenia, listy, statuty towarzystw lekarskich, autografy, ekslibrisy

Ekspонатami dopełniającymi sprzęt medyczny są tu także najrozmaitsze igły do strzykawek, kubki do lekarstw, zestawy do przepalania zrostów, pierwsze maski do narkozy, słuchawki lekarskie i wiele innych narzędzi lekarskich używanych dawniej.

Lekarzy i studentów medycyny zainteresują na pewno karty choroby osób leczonych przez znanych specjalistów, a tzw. postronny zwiedzający zwróci uwagę na eksponowany np. bilet wizytowy Henryka Sienkiewicza, którego treścią jest prośba o przyjęcie go w charakterze pacjenta. — Sprawia mi wiele satysfakcji praca w muzeum — mówi dr Teresa Jamrozik, adiunkt historii ftyzjatrii Instytutu Gruźlicy, najbliższa współpracowniczka prof. Garnuszewskiego — oprócz mnie zbiorami muzeum zajmuje się także st. asystent Sekcji Historii lek. Agnieszka O s o w s k a.

Uporządkowaliśmy ostatnio gablotę z pamiątkami po wybitnym pediatrze prof. dr Franciszku Groerze — twórcy Instytutu Matki i Dziecka, którego byłam uczennicą i stąd żywię do tych zbiorów szczególnie sentyment.

Ekspnaty ułożone są teraz chronologicznie; na pierwszym miejscu dyplom lekarski Uniwersytetu we Wrocławiu, wydany w 1911 r., z majestatyczną pieczęcią lakową Jego Magnificencji. Dalej medal „*Patriae ae Humanitati 1864—1914*”, dokumenty z okresu międzywojennego, dyplom Towarzystwa Naukowego z 1930 r., kiedy dr F.

Groel był kierownikiem Katedry Pediatrii Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie spędził przeszło 20 lat życia, organizując m. inn. pierwszą w kraju przeciwgruźliczą poradnię dla dzieci. W 1924 roku podobną placówkę zorganizował w Belgradzie.

Po wojnie, którą przeżył także we Lwowie, pracując w Instytucie Ochrony Zdrowia Matki i Dziecka, odznaczony radzieckimi medalami (które także są wśród pamiątek), po krótkim pobycie w Krakowie, przyjechał do stolicy, obejmując stanowisko kierownika Oddz. Pediatrii w Sanatorium im. Marchlewskiego w Otwocku. Od 1951 — 1961 r. piastował funkcję dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie i ta placówka była ukoronowaniem jego pracowitego życia. Z tego okresu datuje się Krzyż Komandorski oraz Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu „Polonia Restituta”.

W gablocie tej oprócz wielu innych odznaczeń i dokumentów znajdują się okulary Profesora, jego fajki, których był kolekcjonerem, no i fotografie; fotografika była bowiem jego hobby, a był w tej dziedzinie też nie byle jakim mistrzem, o czym świadczą liczne nagrody, jakie zdobywał na światowych konkursach i wystawach.

— Mamy tutaj także wiele innych eksponatów i materiałów z dziedziny pediatrii i wszystkie warto zobaczyć — kończy dr T. Jamrozik.

ZBIORY FILATELISTYCZNE I BIBLIOFILSKIE

Ugruntowało się już przekonanie, że znaczek pocztowy, ten mały barwny kawałek zadrukowanego papieru, nie tylko świadczy o uiszczeniu opłaty pocztowej, ale jest pośrednio czynnikiem zbliżenia ludzi i narodów. Jednym z ważniejszych celów filatelistycznych jest emitowanie znaczków propagujących ważne dziedziny życia społecznego. Tematyka medyczna pojawia się także od czasu do czasu na znaczkach pocztowych; przeważnie dla upamiętnienia wybitnych lekarzy lub ważnych wydarzeń, np. seria złożona z 5 znaczków, wydana w 1959 r. z okazji 40-lecia PCK, seria 8 znaczków pn. Medycyna Polska, wydana w 1957 r. Ukazanie się znaczków o tematyce medycznej wywołuje wśród filatelistów — lekarzy zawsze wielkie poruszenie. W zbiorach Muzeum znajdują się nie tylko wszystkie emitowane w kraju znaczki medyczne ale niemal wszystkie emitowane za granicą. Obok znaczków pocztowych osobną kolekcję stanowią znaczki okolicznościowe, na fundusz gruźliczy, itp.

Skromna jest natomiast kolekcja ekslibrisów i księgozbiór, nie mniej warto poświęcić kilka zdań ekslibrisom. Wszystkie są wykonywane współcześnie, techniką poligraficzną, daleko im więc do artystycznych technik drzeworytów, miedziorytów czy akfafort Jana Styfięgo, Romana Mękického i Józefa Mehoffera, którego wykonawstwem swego ekslibrisu szczylił się znany lwowski lekarz dcc. dr Stanisław Ostrowski.



Znaczek pocztowy z 1948 r.
z tzw. przywieszką propagandową



Wypada również zaznaczyć, że szczególne miejsce w rozkwicie sztuki drzeworytniczej w XIX w. zajmował warszawski lekarz Wincenty Smokowski, absolwent Akademii Sztuk Pięknych w Petersburgu a następnie Wydziału Lekarskiego w Wilnie, który po przeniesieniu się do Warszawy upodobał sobie nożyk ksylografa i przy jego pomocy wykonał nie tylko ekslibrisy dla siebie i przyjaciół lecz wiele rycin do Albumu Warszawskiego, wydane go w 1850 r. przez drukarnię St. Strąbskiego.

Okresem szczególnie ważnym dla polskiego ekslibrisu były lata międzywojenne, kiedy to profesor warszawskiej Akademii Sztuk Pięknych Władysław Skoczylas, skupiając najzdolniejszych swoich uczniów stworzył w sztuce drzeworytniczej odrębny styl wypowiedzi artystycznej w ekslibrisie. Stworzyli wówczas piękne ekslibrisy Stefan Mrożewski, Stanisław Ostoja-Chrostowski, Lucjan Lejman zwany „Vice-Skoczylasem” oraz tworzący do dziś: Konstanty Sopoćko, Jerzy Jarnuszkiewicz i Janusz Halicki. Ci więc bibliofile-lekarze, którzy znaczą swe książki ekslibrisami projektowanymi przez wymienionych artystów plastyków mogą teraz szczycić się nimi.

MEDALIERSTWO TO NIE TYLKO MEDALE

Chociaż wszelkiego rodzaju medale, odznaczenia, znaczki okolicznościowe, plakietki, żetony, medaliony, ordery nie są tutaj wydzielone w osobną ekspozycję, stanowią wcale pokaźną liczbę i godne są uwagi. Porozmieszczane są one w gablotach, w których znajdują się pamiątki osób nimi nagrodzonych.

Medale od początku swego istnienia upamiętniały wiekopomną okoliczność a sztuka lania i wytłaczania medali znana już była w starożytnym Rzymie. Początkowo lano je ze stopu miedzi, cyny i antymonu, później ze stopu ołowiu i cyny, żelaza, wreszcie z brązu, srebra i złota. W XVI w. rozpowszechniło się bicie medali, czyli wytłaczanie w stopie za pomocą uderzenia stemplem z wygrawerowanym nań odpowiednim wizerunkiem.



Fotografia medalu z 1557 r. z wizerunkiem wybitnego lekarza Anzelma Ephorinusa, który opiekował się górnikami z Wieliczki; był więc jakby pierwszym lekarzem zakładowym w Polsce

Nazwa *medal* zrodziła się w XIV w. we Francji (*médaille* — krążek). Od początku swego istnienia wszelkie odznaki traktowane były jako dokument historyczny, zabytek kultury i dzieło sztuki. Najpierw kształtem i formą przypominały monety, z czasem uległy powiększeniu, dopuszczano też różne kształty, ale zawsze przeważały medale okrągłe, medaliony owalne, plakietki prostokątne lub kwadratowe a żetony trójkątne. W okresie baroku stronę awersową zdobiono drogimi kamieniami i emaliowano. Za panowania Stanisława Augusta medale odznaczeniowe i pamiątkowe wykonywane były w stylu neoklasycystycznym.

Początek XX w. jest powrotem do renesansu, a nieco później przeważają formy modernistyczne.

W dawnej Polsce noszenie orderów było wzbronione. Dopiero August II ustanowił *Order Orła Białego* a Stanisław August w 1792 r. *Order „Virtuti Militari”*. Najstarszym polskim odznaczeniem cywilnym jest ustanowiony w 1921 r. *Order „Odrodzenia Polski”* („*Polonia Restituta*”) i *Krzyż Zasługi* ustanowiony w 1923 r.

W gablotach muzealnych zobaczyć można wiele różnych i ciekawych eksponatów medalierskich.

AMULETY, FETYSZE I CYWILIZACJA

Odrębnym działem Muzeum jest ekspozycja afrykańska. Zawdzięcza ona także swe istnienie prof. Zb. Garnuszeowskiemu, który w 1966 roku otrzymał skierowanie do pracy w nowo powstałej Republice Nigru. Tam zaczął zbierać najrozmaitsze przedmioty przypisane do ochrony zdrowia, jak amulety, wotywny szpilki czy fetysze.

„Pacjenci afrykańscy — mówi Profesor — ani na chwilę nie przypuszczają, że choroby mogą mieć przyczyny naturalne, przypisują je wpływom złych duchów, czarom lub robakom. Gdy proszeni są o podanie przebiegu choroby, często mówią o robaku, który najpierw był w nodze, później przeszedł do głowy, wreszcie dostał się do brzucha”.

Nie rzadko jeszcze uważają oni — jak za czasów, gdy działał tam znany lekarz-misjonarz Albert Schweitzer — że numerki blaszane, plastikowe i tekturowe, które otrzymują przed udaniem się po poradę do lekarza, to także amulety a sam lekarz jest tylko bardziej ucywilizowanym czarownikiem. Są oni zdania, że ten kto umie chorobę leczyć, może także ją spowodować, bo kto ma właściwy amulet lub fetysz — ten może wszystko.

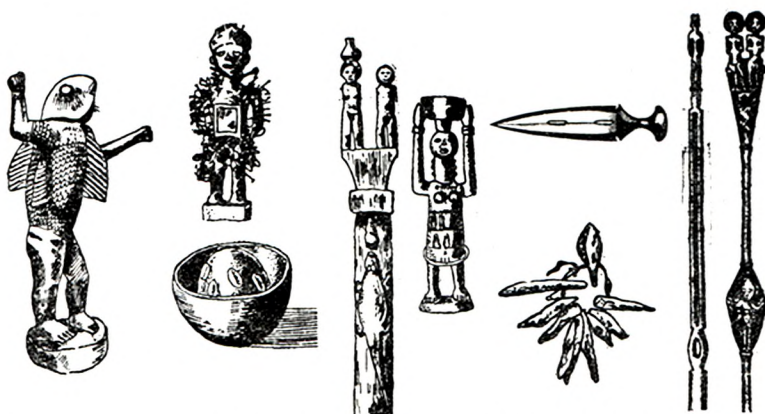
Czym właściwie są fetysze? Fetysz czyli bożek nie jest co prawda przedmiotem kultu religijnego ale stanowi własność przypisaną każdemu człowiekowi,

obdarzony jest nadprzyrodzonymi siłami, które muszą jego posiadacza strzec, ochraniać i pomagać. Amulety to najprzeróżniejsze przedmioty, o magicznej sile umieszczane w skórzanych woreczkach, w bawolich rogach, bądź nawet w plastikowej lub blaszanej puszcze, by uchronić je przed termitami, dla których np. drewniana skrzyneczka nie stanowi żadnej przeszkody w ich niszczyielskiej działalności. Amuletami mogą być nie tylko szpony czy kły leoparda, ptasie pióra, grudki ziemi, minerały ale też XVIII-wieczne dzwoneczki, jakimi w czasach handlu wymiennego wprost zarzucono wybrzeże zachodniej Afryki lub kawałki papieru z odpowiednimi wersetami z koranu zwinięte w rulonik. Istnieją fetysze i amulety małe i wielkie. Wielkie przeznaczone są do rzeczy wielkich a małe do spraw zwykłych — codziennej pomyślności.

„Fetysz nie jest bóstwem — zaznacza prof. Garnuszewski, ale jest narzędziem w magii, czarodzieje-fetyszerzy czyli „Oganga” określają go pojęciem „moki sie” tj. siła nadzmysłowa. W magicznych zabiegach postugują się ową siłą „moki sie” znajdującą się w rzeczach stworzonych, nie wzywając nigdy duchów zmarłych. Siłę „moki sie” mają tylko duchy żywe: dobre i złe (demony), które w nieuchwytniej liczbie otaczają wszystko. Im więcej więc amuletów ktoś posiada, tym pewniejszy jest pomyślnego życia. Szczególnie kobiety i dzieci obwieszane są skórzanymi woreczkami z amuletami. Zabezpiecza się nimi nawet niemowlęta”.

Mieszkańcy Czarnego Łądu przekonani są, że fetysze więcej ochronią ich zdrowie niż medycyna, ale jeśli ktoś zachoruje, to tylko wtedy powinien być leczony, jeśli lekarz z góry orzeknie, czy chorego można uleczyć, czy musi umrzeć. W pojęciu Murzynów wiedza medyczna na nic się zda, jeśli fetysz nie ochroni go przed śmiercią. Gdyby pacjent zmarł w czasie leczenia, dowodziłoby to, że lekarz nie poznał się, że choroba była nieuleczalna. Opinie czarowników przekładają Murzyni nad diagnozy lekarskie. Czarownicy bowiem widząc, że ciężki stan chorego nie rokuje nadziei wyleczenia, z góry odmawiają pomocy, nie mają więc w swej praktyce wypadków śmierci. Zupełnie jak w niektórych europejskich klinikach, gdzie nie chce się psuć statystyki.

Przywiózł prof. Garnuszewski z Afryki amulety, które mają wpływ na płodność, energię, ba nawet decydują o płci mającego urodzić się dziecka. Ale przywiózł on także Order Zasługi dla Republiki Nigru, za swą pracę,



Totem-fetysz z Nigru, amulet w kształcie naczynia, fetysz z powbijanymi szpilkami na znak doznanych łask, słup przydomowy zakończony fetyszami, fetysz kobiecy, amulet odwagi, amulet myśliwski oraz laski-berta czarowników upiększone fetyszami



Dyplom Orderu Zasługi dla Republiki Niger, podpisany przez Prezydenta i Prezesa Rady Ministrów Republiki Niger, przyznany prof. dr Zb. Garnuszewskiemu

uwieńczoną książką pt. „Lutte contre la tuberculose au Niger a Madagascar et dans les pays Africains d'expression Francaise”, która nie tylko rozślawiała tam jego imię ale stała się vademecum lekarskim dla „Oganga”.

KRONIKA MUZEUM UDOWADNIA CELOWOŚĆ DYDAKTYCZNĄ ISTNIENIA MUZEUM

Setki wpisów do Pamiątkowej Księgi Muzeum to głównie wyrazy uznania i podziwu dla jego twórcy Profesora-Kustosza. Dopiero po przeczytaniu przynajmniej kilkunastu różnych treściowo tekstów, napisanych przez różnych zwiedzających daje pełny obraz wartości tej placówki. Posłużę się dla przykładu tylko kilkoma, nie wybieranymi specjalnie a tymi, które po prostu wpadły mi w oko.

„Jesteśmy w Muzeum po raz trzeci” — 12-osobowa grupa studentów med. *Czy to nie mówi wszystkiego.*

„Z najwyższym zainteresowaniem zapoznałem się ze zbiorami Muzeum; bardzo zachęcam do gromadzenia materiałów z zakresu medycyny i lecznictwa. Z prawdziwym zadowoleniem wprowadzam to muzeum do mej książki o muzeach w Polsce — Stanisław Lorentz. 22.X.1971.

„Co bym nie na pisała, nie oddam doznanego wrażenia i podziwu” — lek. stomat. Ludwika Jaskulska — Szczecin.

„Jako ftyzjatra jestem dumna, że posiadamy tak piękne Muzeum” — lek. Zofia Chuda — Szczecin.

„To dobrze, że jako przyśli studenci med. zaczynamy studia od zwiedzenia Muzeum — muzeum optymizmu, bo zwycięstwa medycyny nad chorobą”. Anna Kiełducka, Teresa Tchórzewska, Bogusław Wieczorek oraz dalszych 29 podpisów uczestników studenckich praktyk wakacyjnych — sierpień 1971.

„W dniach 15.XI. — 15.XII.70 r. odbyłem staż specjalistyczny w tutejszym oddziale. Miałem możliwość obejrzenia Muzeum. Ekspozycje zarówno polskie jak i afrykańskie zrobiły na mnie głębokie wrażenie i wzbogaciły moją wiedzę” — lek med. Anatol Waśkiewicz.

„Takie muzeum dużo uczy i daje poznać, jak duży wnieśli wkład uczeni polscy w leczenie gruźlicy” — lek. L. Gąsiorowski, lek. Zofia Tacent-Krajewska.

„Bardzo ciekawe muzeum. Trzeba, by studenci medycyny obejrzeni je dla zrozumienia zawodu, który jest więcej aniżeli profesją” — W. Skulska — Redakcja „Przekroju”.

„Piękne muzeum, wielki wysiłek, gigantyczna praca dokumentująca dzieje ftyzjatrii” — A. Gonczarow z ZSRR.

„Zbiory są niejako dziełem naukowym, służącym kształceniu pokoleń lekarzy-społeczników. Wszystko co tu zgromadzono może mieć duże znaczenie dydaktyczno-wychowawcze” prof. dr inż. Tadeusz Bzowski.

Dziękując za umożliwienie zwiedzenia Muzeum, student I roku WAM Roman Smolarczyk stwierdził, że takie zapoznanie się z dziejami medycyny, umocniło w nim postanowienie wyboru klinicznego kierunku studiów.

A co na temat swego muzeum mówi jego założyciel i kustosz?

— *Muzeum to zacząłem organizować z myślą, by służyło jako placówka oświatowo-wychowawcza dla studentów medycyny, uczennic liceów i studiów pielęgniarskich oraz jako warsztat naukowo-badawczy dla lekarzy. Lata potwierdziły celowość moich założeń.*

Obecnie, kiedy ftyzjatria przechodzi stopniowo w pulmonologię staramy się rozszerzyć zakres działania muzeum i na inne dziedziny medycyny; ambicją muzeum jest pokazanie z historii polskiej medycyny jak najwięcej. Historia idzie tropami ludzkiej działalności i tylko na podstawie zachowanych śladów odtwarza minione dzieje.

Wg szacunkowych obliczeń red. Stefana Karpińskiego, z którym zwiedzałem muzeum i konsultowałem opracowywany artykuł, ok. 1/3 zbiorów muzealnych i archiwalnych obejmuje tematykę pozaftyzjatryczną. Szkoda jednak, że nie ma możliwości zinwentaryzowania zabytków medycyny i dokumentów. Tych ostatnich jest już tak dużo, że czas najwyższy by zacząć ich opracowywanie. Można by również dokonać kwerendy z archiwum AM i b. Wydziału Lekarskiego UW, celem sporządzenia kartotek-regestrów orientujących o treści archiwalnych akt. Czym wcześniej, tym lepiej. Trzeba się bowiem liczyć z możliwością przeprowadzki muzeum do odpowiednich pomieszczeń. Decyzja przydzielenia muzeum budynku zabytkowej Królikarni — jak proponuje to dr med. H. Jodkowski na łamach „Kroniki Warszawy” a powtarza red. W. Niżyński w „Stolicy” (nr 14, z 4.IV. 76) — zależy tylko od przeniesienia pacjentów Królikarni do innego szpitala, wówczas Zakładowi Historii Medycyny i Farmacji WAM przybyłaby piękna i pożyteczna placówka.



WĘGIERSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO
HANDLU ZAGRANICZNEGO DLA PRZEMYSŁU
FARMACEUTYCZNEGO — B U D A P E S T

eksportuje

preparaty znanych fabryk chemiczno-farmaceutycznych

CHINOIN
GEDEON RICHTER
EGYT

jak:

- Leki cytostatyczne
- Preparaty hormonalne
- Leki psychotropowe i neurotropowe
- Leki hypotensyjne
- i inne

Mgr Michał Sołowicz
przedstawiciel naukowy na Polskę
ul. Raszyńska 54/3
02-033 WARSZAWA

Dysponujemy literaturą fachową

Dr n. hum. Janusz Kapuścik *)

W SŁUŻBIE KSIĄŻKI I NAUKI



**BIBLIOTEKA GŁÓWNA
WARSZAWSKIEJ AKADEMII
MEDYCZNEJ**

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 X 1949 r. powołana została do życia Akademia Lekarska w Warszawie, która wkrótce zmieniła nazwę na Akademię Medyczną (3 III 1950 r.). Przed II wojną światową Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, z którego rodowód czerpie Akademia biblioteki własnej nie posiadał. Została ona utworzona dopiero w 1947 r., jej kierownictwo Rada Wydziału Lekarskiego powierzyła prof. dr. Wiktorowi Grzyw o - Dą b r o w s k i e m u, który piastował tę funkcję do końca 1950 r. Dzięki jego trosce przeprowadzono bibliotekę z sutereny Kliniki Chorób Wewnętrznych Szpitala przy ul. Nowogrodzkiej 59 do gmachu Zakładu Medycyny Sądowej przy ul. Oczki 1, znacznie zwiększając powierzchnię użytkową i angażując etatowych pracowników.

Reorganizacja Wydziału Lekarskiego w autonomiczną uczelnię pociągnęła za sobą konieczność zmiany funkcji biblioteki i jej nazwy. Przeorganizowana jako Biblioteka Główna Akademii Medycznej rozpoczęła nowy etap swej historii. Zmiana nazwy nie była tylko pociągnięciem formalnym, niosła za sobą nowe zadania i obowiązki. Wśród nich zagadnieniem pierwszoplanowym była pomoc bibliotekom poszczególnych zakładów i klinik jako filiom Biblioteki Głównej.

*) Dyrektor Biblioteki Głównej WAM.

Z dniem 1 lutego 1951 r. nastąpiła zmiana na stanowisku kierownika Biblioteki — został nim mgr Samuel Klarreich. Wzrastający sukcesywnie księgozbiór potrzebował coraz to nowych pomieszczeń magazynowych, dla którego to celu adaptowano odstąpione przez Zakład Medycyny Sądowej i zwolnione przez Wydział Farmacji lokale i korytarze. Nie rozwiązało to jednak całkowicie wszystkich trudności. Odwlekanie budowy zaplanowanego gmachu bibliotecznego potęgowało przeszkody jakie przewycięzać musiał personel biblioteczny, aby zapewnić — w miarę możliwości — właściwą działalność usługową biblioteki. Osiągnięte pozytywne rezultaty na polu udostępniania zbiorów, mimo niezwykle trudnych warunków lokalowych, były efektem ofiarnej pracy całego sztabu pracowników służby bibliotecznej.

Wzrost Biblioteki i jej trudności najlepiej ilustrują dane liczbowe:
Zbiory Biblioteki Głównej:

Rok 1951 — 16.790 wol. książek + 6.352 wol. czasopism

Rok 1960 — 63.232 wol. książek + 11.743 wol. czasopism

Rok 1975 — 118.747 wol. książek + 18.361 wol. czasopism

Zbiory klinik i zakładów:

Rok 1955 — 46.092 wol. książek + 12.009 wol. czasopism

Rok 1960 — 86.289 wol. książek + 21.653 wol. czasopism

Rok 1975 — 131.271 wol. książek + 43.246 wol. czasopism

Liczba wypożyczeń:

Rok 1951 — 14.862

Rok 1960 — 54.086

Rok 1975 — 66.976

Wobec intensywnego zapotrzebowania na usługi bibliotek i podniesienia rangi bibliotek wyższych uczelni (ustawa z dnia 5 listopada 1958 r. o szkolnictwie wyższym uznała bibliotekę jako jeden z zakładów naukowych w schemacie organizacyjnym wyższych uczelni) zaistniała konieczność uzupełnienia kwalifikacji pracowników poprzez studia wyższe, 2-letnie pomaturalne kursy biblioteczne, naukę języków obcych i szkolenie wewnątrz-biblioteczne.

W związku z przejściem na emeryturę dyr. S. Klarreicha, na dyrektora Biblioteki Głównej AM z dniem 1 czerwca 1973 r. — w wyniku rozpisane go konkursu — powołany został dr n. hum. Janusz Kapuścik, a obowiązki z-cy dyrektora powierzono mgr Irenie Komasa r z e (1.V.1975 r.).

Aktualnie w Bibliotece Głównej pracuje 3 nauczycieli akademickich (1 starszy kustosz dyplomowany, 1 kustosz dyplomowany i 1 adiunkt biblioteczny) oraz 16 pracowników służby bibliotecznej (1 kustosz, 4 starszych bibliotekarzy, 3 bibliotekarzy, 5 młodszych bibliotekarzy i 3 magazynierów); ponadto na etatach administracyjnych zatrudnionych jest 2 st. referentów.

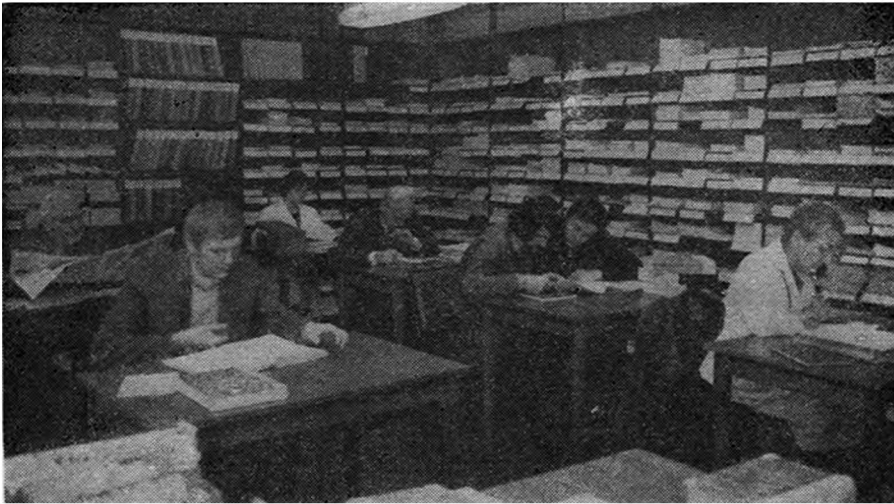
Obecna struktura organizacyjna Biblioteki Głównej przedstawia się następująco:

1. Oddział Gromadzenia i Uzupełniania Zbiorów
2. Oddział Opracowania Druków Zwartych
3. Oddział Udostępniania Zbiorów
4. Oddział Czasopism
5. Dział Informacji Naukowej
6. Oddział Bibliotek Zakładowych
7. Sekretariat

W najbliższym czasie jako zadanie priorytetowe wysuwa się konieczność utworzenia Oddziału Informacji Naukowej i Pracowni Reprograficznej, których istnienie jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania biblioteki i zabezpieczenia warsztatu naukowego pracowników uczelni. Konieczne w tym celu jest wygospodarowanie dodatkowych etatów i przydział odpowiedniej aparatury. Z chwilą otrzymania kserografu możliwe dopiero będzie m. in. sukcesywne wydawanie biuletynu nowości i tematycznych zestawień bibliograficznych.

Istniejące przy poszczególnych klinikach, zakładach i innych jednostkach organizacyjnych biblioteki zakładowe powstawały samoistnie wraz z powołaniem danej jednostki organizacyjnej. Jeszcze niedawno liczba ich wynosiła 76. W dużej mierze są to niewielkie księgozbiory liczące od 100 do 5.000 woluminów. Opiekę nad tymi księgozbiorami powierzał kierownik danej jednostki organizacyjnej najczęściej asystentowi lub sekretarce, którzy ze względu na brak czasu jak i odpowiedniego przeszkolenia bibliotekarskiego ograniczali swoją pracę do złożenia zamówień na potrzebne książki i czasopisma. Ponadto personel ten często się zmieniał. Większość z tych zbiorów jest nieopracowana, opracowana fragmentarycznie lub opracowana wadliwie. Część księgozbiorów była porządkowana przez bibliotekarzy z Biblioteki Głównej, lecz z powodu braku fachowego pracownika w ciągu kilku miesięcy wracały one do stanu wyjściowego. Wzrastające z roku na rok zbiory biblioteczne nie były w zasadzie meliorowane i sprawdzane z inwentarzem. Obejmują one nieraz pokaźną liczbę kilku tysięcy druków zwartych mających znaczenie głównie historyczne oraz kilkudziesięcioletnie zdekompletowane ciągi czasopism specjalistycznych, do których najczęściej prawie nikt nie zagląda z powodu nieistnienia katalogów jak również braku poszukiwanego dzieła w wyniku wypożyczeń bez rewersów.

Czasopisma otrzymywane z prenumeraty były nieewidencjonowane prawidłowo i przetrzymywane przez pracowników — bardzo często ginęły. Są to niepowetowane straty jeżeli chodzi o jednoegzemplarowe tytuły z importu.



Czytelnia czasopism Biblioteki Głównej WAM.

W większości przypadków kierownik danej jednostki organizacyjnej był zupełnie bezradny, ponieważ wszelkie próby uporządkowania biblioteki zakładowej kończyły się niepowodzeniem głównie z braku wykwalifikowanego bibliotekarza. Wyjątkowo niektórzy kierownicy przekazywali bibliotece etat działalności podstawowej, na którym zatrudniali bibliotekarza.

Biblioteka Główna prócz okresowych instruktaży prowadzonych w poszczególnych bibliotekach zakładowych oddelegowała w celu uporządkowania większych księgozbiorów 4 pracowników służby bibliotecznej.

W roku ubiegłym Rektorska Komisja Biblioteczna pod przewodnictwem doc. dr. hab. Wojciecha Sawickiego opracowała projekt reorganizacji sieci bibliotek zakładowych, odpowiadający obecnej strukturze organizacyjnej AM. Projekt ten przewiduje utworzenie bibliotek instytutowych przy istniejących już instytutach — podstawowych jednostkach organizacyjnych.

Utworzenie bibliotek instytutowych umożliwi prowadzenie oszczędnej gospodarki funduszami oraz pozwoli uniknąć zakupów zbędnych dubletów. Scalanie księgozbiorów poszczególnych klinik i zakładów wchodzących w skład danego instytutu w jedną bibliotekę ułatwi właściwe wykorzystanie zbiorów wartościowych lecz martwych, jak również umożliwi fachowe ich opracowanie zgodnie z obowiązującymi zasadami przyjętymi w bibliotekach naukowych. W związku z tym odciążą się wielu pracowników nauki od obowiązku wykonywania czynności bibliotecznych. Wprowadzanie etapami w życie proponowanych rozwiązań zmniejszy liczbę bibliotek zakładowych do 20.

Idea połączenia rozproszonych księgozbiorów została doceniona już wcześniej przez niektórych kierowników jednostek organizacyjnych

jak również użytkowników. Powstały niejako samoistnie następujące biblioteki:

1. Biblioteka Wydziału Farmaceutycznego, która objęła księgozbiory dwóch instytutów: Instytutu Nauki o Leku i Instytutu Biofarmacji.

2. Biblioteka Instytutu Biostruktury, która powstała z połączonych księgozbiorów 6-ciu zakładów.

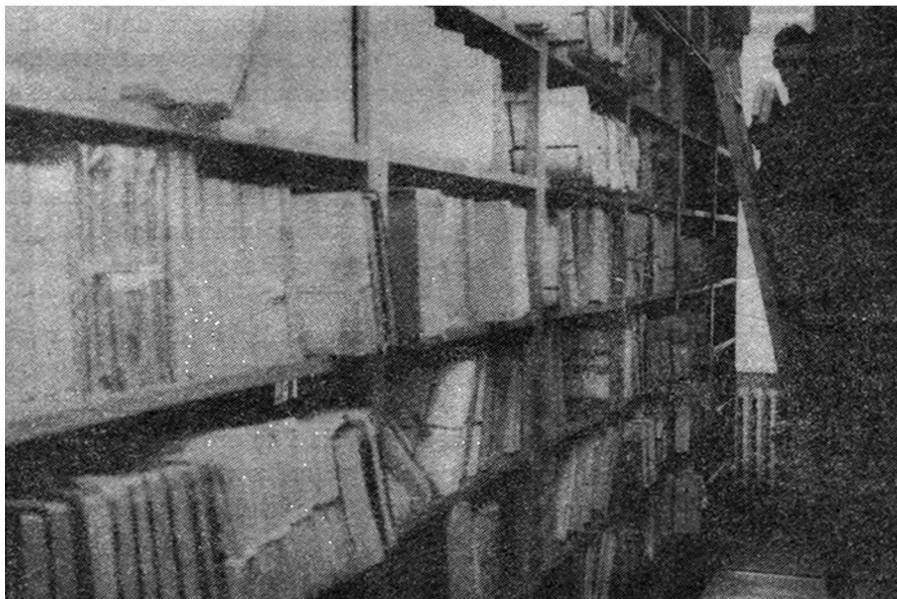
3. Biblioteka Instytutu Medycyny Społecznej — z wydzielonym ze względu na lokalizację księgozbiorem Zakładu Historii Medycyny i Farmacji.

4. Biblioteka Instytutu Wenerologii.

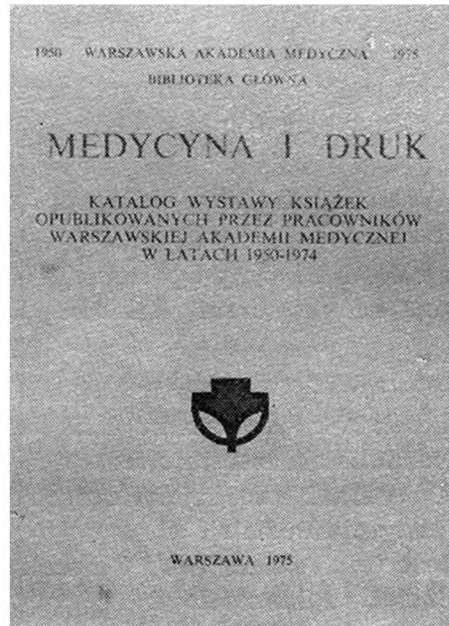
Oprócz tych bibliotek zarządzeniem nr 4/75 Rektora AM powołano jeszcze następujące biblioteki instytutowe:

1. Bibliotekę Instytutu Nauk Fizjologicznych
2. Bibliotekę Instytutu Pediatrii
3. Bibliotekę Instytutu Położnictwa i Ginekologii
4. Bibliotekę Instytutu Stomatologii
5. Bibliotekę Instytutu Chirurgii
6. Bibliotekę Instytutu Radiologii
7. Bibliotekę Zakładu Dydaktyki

Ze względu na różną lokalizację i różny charakter niektórych zakładów i klinik, proponuje się pozostawienie odrębnych bibliotek na czas ograniczony, których liczbę w przyszłości — w miarę zaistnienia możliwości — należy zmniejszać.



Magazyn Biblioteki Głównej WAM.



Ponadto część tzw. miniksięgozbiorów przejmie Biblioteka Główna, pozostawiając tylko niezbędne do pracy danym jednostkom wydawnictwa na rewersach.

Istotną sprawą dla prawidłowego funkcjonowania bibliotek zakładowych jest zapewnienie właściwej obsady etatowej. Prowadzenie bibliotek o zbiorach liczących ponad 10.000 woluminów powinno się powierzać etatowemu, fachowemu pracownikowi służby bibliotecznej. Prowadzenie bibliotek o zbiorach mniejszych kierownik danej jednostki organizacyjnej może powierzyć pomocniczemu pracownikowi nauki lub innemu pracownikowi przeszkolonemu w pracy bibliotekarskiej.

Stan etatowy w bibliotekach zakładowych przedstawia się następująco: ogółem zatrudnionych jest 14 osób, w tym: 11 osób na etatach i 3 osoby na 1/2 etatu. Na etatach służby bibliotecznej zaangażowanych jest 6 osób, z czego 2 na 1/2 etatu. Resztę stanowią etaty szpitalne.

Jeśli chodzi o hierarchię zawodową pracowników bibliotek zakładowych przedstawia się ona następująco: 1 kustosz służby bibliotecznej, 2 starszych bibliotekarzy i 6 bibliotekarzy. Pozostali pracownicy zajmują stanowiska statystyków medycznych i administracyjne.

W najbliższym czasie przewiduje się organizowanie systematycznego kształcenia tych pracowników zarówno w Bibliotece Głównej, jak i na kursach bibliotekarskich. Chodzi tu o przygotowanie pracowników bibliotek zakładowych do nowych wymagań stawianych bibliotekarzom. Bibliotekarz instytucyjny powinien po okresie opracowania

zbiorów przygotowywać kwerendy bibliograficzne dla pracowników instytutu, jak również zbierać bieżącą informacją bibliograficzną na określone tematy.

Najpilniejszymi zadaniami stojącymi przed bibliotekami zakładowymi w najbliższym okresie to:

- przeprowadzenie skontrum (kontroli) zbiorów;
- przeprowadzenie selekcji księgozbioru, wycofanie zbiorów zdeaktualizowanych;
- opracowanie zbiorów użytkowo aktualnych, zgodnie z zasadami przyjętymi w bibliotekach naukowych w zakresie specjalności danej jednostki organizacyjnej.

Opracowany przez dyrekcję Biblioteki Głównej AM w roku ubiegłym i zatwierdzony przez prorektora d/s nauki „Regulamin Biblioteki Głównej oraz sieci bibliotek zakładowych AM” jak również „Wskazówki dla prowadzących biblioteki zakładowe” (oprac. przez I. K o m a s a r ę) w znacznym stopniu przyczyniły się do uporządkowania wielu spraw książki na terenie Warszawskiej Akademii Medycznej i są wytyczną działania dla codziennej pracy na niwie bibliotekarstwa w naszej uczelni.

AZATHIOPRINE

Nowy lek

SKŁAD: 6-/1-Metylo-4-nitroimidazolo-5-ilo/-tiopuryna 0,05

AZATHIOPRINE jest lekiem immunosupresyjnym. Najlepszy efekt uzyskuje się podając lek w okresie indukcyjnym produkcji przeciwciał, a więc krótko po podaniu antygeny.

AZATHIOPRINE wchłania się szybko i dobrze z przewodu pokarmowego, rozpada się do 6-merkaptopuryny, która ulega dalszej przemianie do utlenionych i metylowych metabolitów, wśród których głównym jest kwas 6-tiouracylowy.

WSKAZANIA:

Głównie jako lek immunosupresyjny w przeszczepieniu narządów,
Zespół nerczycowy
Przewlekłe czynne zapalenie wątroby
Rozsiany toczeń rumieniowaty

OPAKOWANIE: 50 tabletek

SPÓŁDZIELNIA PRACY

„V I S”

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

ul. Warszawska 30
40-008 KATOWICE

WYBRANE PRACE NAUKOWE

* ABRAMCZUK JAN: — „Zmiany ilości i rozmieszczenia niektórych związków wielkocząsteczkowych w zarodkach myszy podczas rozwoju przedimplantacyjnego”

Zakład Histologii i Embriologii Instytutu Biostruktury AM

Badania metabolizmu związków wielkocząsteczkowych w przedimplantacyjnych zarodkach ssaków rozpoczęły się kilkanaście lat temu i dotychczas stan wiedzy w tym zakresie jest stosunkowo skąpy. W bieżącej pracy postanowiono zbadać zmiany ilości DNA jądrowego, oraz zmiany suchej masy w przedimplantacyjnych zarodkach myszy. Znajomość czasu trwania syntezy DNA jądrowego podczas cyklu komórkowego może rzucić pewne światło na charakter regulacji proliferacji komórek we wczesnych stadiach rozwoju zarodkowego, natomiast zmiany suchej masy mogą świadczyć o zmianach wypadkowej wszystkich procesów metabolicznych zarodka.

W pracy wykorzystano metody: cytofotometrii reakcji Feulgena, automatycznej analizy obrazu oraz mikroskopii interferencyjnej.

Stwierdzono, że w pierwszym cyklu komórkowym zarodka myszy synteza DNA rozpoczyna się 2—3 godzin po powstaniu przedjądrzy. Czas trwania syntezy DNA w przedjądrzach określono na 3—4 godziny. Czas ten jest zatem 2-krotnie krótszy od czasu trwania syntezy DNA w jądrach większości komórek somatycznych. Przedjądrze męskie wyprzedzało w syntezie DNA przedjądrze żeńskie o około 20% zawartości DNA. Długość fazy posyntetycznej (faza G₂) w pierwszym cyklu komórkowym określono na 4—5 godzin.

Synteza DNA w drugim cyklu komórkowym (zarodki 2-komórkowe) rozpoczynała się 1,4 godziny po powstaniu jąder komórkowych (faza G₁) i trwała 5,9 godziny (faza S). Przeważającą część drugiego cyklu komórkowego zajmowała długa faza G₂, trwająca około 15 godzin. Długości poszczególnych faz cyklu komórkowego w trofoblaście późnych blastocyst wynosiły: faza G₁ — 2,5—2,8 godziny, faza S — 4,0—4,5 godziny, faza G₂ — 1,5—1,7 godziny.

Stwierdzono również, że całkowita powierzchnia obrazu wybarwionej w wyniku reakcji Feulgena chromatyny jąder blastomerów zarodków 2-komórkowych jest 2—3 razy większa od powierzchni obrazu chromatyny jąder trofoblastu blastocyst. Powierzchnia obrazu chromatyny obu grup jąder wzrastała podczas kolejnych faz cyklu komórkowego łącznie o 2,5 raza. Sucha masa niezaplodnionego owocyta II rzędu wynosiła 34,6 ng. Zapłodnienie powodowało stoniony spadek suchej masy zarodka 1-komórkowego o łącznie około 20%. Wielkość tego spadku wielokrotnie przewyższa spadek suchej masy zarodka 1-komórkowego spowodowany wydzieleniem ciała kierunkowego II rzędu. Sucha masa zarodków 2- i 4-komórkowych pozostawała na poziomie suchej masy późnych zarodków 1-komórkowych. Stwierdzono również istotne różnice w suchej masie blastomerów u 20—40% zarodków 2-komórkowych i około 60% zarodków 4-komórkowych.

Objętość niezaplodnionego owocyta II rzędu wynosiła 189 500 um³. Po zapłodnieniu obserwowano szybkie zmniejszenie się objętości zarodka 1-komórkowego o około 10%, a następnie powolną tendencję spadkową do końca badanego okresu, t.j. do stadium późnych zarodków 4-komórkowych.

* praca doktorska

** praca habilitacyjna

* BIEŁDOWSKA BOŻENA — „*Badania taksonomiczne i biologiczne polskich gatunków rodzaju *Melilotus* Miller*”.

Zakład Botaniki Farmaceutycznej AM

Rodzaj *Melilotus* Miller należy do rodziny Papilionaceae liczy według indeksu Kewńskiego 45 gatunków rosnących w Europie, Azji, w części północnej Afryki i w Ameryce Północnej.

Przedmiotem badań były cztery rosnące w Polsce gatunki: *Melilotus officinalis* (L.) Pall. — nostrzyk żółty, *Melilotus alba* Med. — nostrzyk biały, *Melilotus dentata* (Waldst. et Kit.) Pers. — nostrzyk ząbkowany i *Melilotus altissima* Thuill. — nostrzyk wyniosły. Nostrzyk żółty i biały rosną w Polsce pospolicie, są elementem synantropijnym. Nostrzyk ząbkowa, wyniosły występują rzadko, przy czym nostrzyk ząbkowany rośnie tylko na glebach słonych. W lecznictwie stosowane są: Herba Meliloti — ziele nostrzyka żółtego lub nostrzyka wyniosłego oraz Emplastrum Meliloti — Plaster melilotowy o działaniu przeciwzapalnym.

Badania taksonomiczne rozpoczęto od określenia cech o walorze diagnostycznym. W tym celu poddano analizie morfologicznej lodygi, liście, kwiaty, owoce i nasiona czterech wyżej wymienionych gatunków. Ustalono 22 bimodale cechy morfologiczne, ekologiczne i anatomiczne, które wykorzystano do oceny taksonomiczno-numerycznej. Stwierdzono między innymi że we wszystkich badanych gatunkach wiązki sitowo-naczyniowe są kolateralne. Przeczy to opublikowanemu pogładowi, że są one bikolateralne.

Aparaty szparkowe są typu anizocytycznego (eruciferus) i anomocytycznego (renunculeus), nie zaś typu zwanego przez niektórych autorów typem Solanaceae, gdyż w rodzinie Solonaceae typy szparek są różne.

Stosując metodę Gambariana (1964) dokonano oceny cech, posługując się wzorem na średnią entropii, która uwzględnia częstotliwość występowania przeciwnych stanów cechy x czyli tezy i antytezy. Średnia entropii jest tym wyższa im bardziej wyrównane są stany tezy i antytezy. Z kolei obliczono współczynniki podobieństwa między gatunkami. Najwyższy współczynnik (0,83) mają gatunki *Melilotus alba* Med. i *Melilotus officinalis* (L.) Pall. najniższy (0,17) *Melilotus alba* Med. i *Melilotus dentata* (Waldst. et Kit./Pers).

Uzyskane wyniki pozwoliły na zgrupowanie gatunków i utworzenie fenonów według Sokała i Snoatha (1963). Fenony odpowiadają taksonom różnej rangi w systemach klasycznych. Graficzną interpretacją otrzymanych wyników jest dendrogram. Fenon 52 tworzą gatunki *Melilotus alba* Med. *Melilotus officinalis* (L.) Pall. i *Melilotus altissima* Thuill. Współczynnik podobieństwa między tymi gatunkami nie jest niższy niż 0,52. Od trzech wyżej wymienionych gatunków wyraźnie różni się *Melilotus dentata* (Waldst. et Kit.) Pers., który ma z nimi najniższe współczynniki podobieństwa.

Wyniki analizy numerycznej zgodne są z systemami Schulza i Suwurowa w zakresie *Melilotus alba* Med. i *Melilotus officinalis* (L.) Pall., różnice natomiast dotyczą stanowiska w systemie *Melilotus altissima* Thuill. i *Melilotus dentata* (Waldst. et Kit.) Pers.

Ze stanowiska farmaceutycznego ważne są trzy grupy związków chemicznych, wykryte w nostrzykach: kumaryny, flawonoidy i pochodne puryny.

Potwierdzono metodą chromatograficzną obecność kumaryny, robininy, alantoiny i cholinyliny. Następnie metodą kolorymetryczną oznaczono zawartość alantoiny w ziele oraz w owocach (z nasionami) trzech gatunków: *Melilotus officinalis* (L.) Pall., *Melilotus alba* Med. i *Melilotus dentata* (Waldst. et Kit.) Pers. Najwięcej alantoiny (0,21%) zawierają owoce nostrzyka żółtego, najmniej (0,05%) ziele nostrzyka ząbkowanego.

W badaniach biologicznych, a ściślej eksperymentalno-cytologicznych analizowano testem *Allium* (według Levana) wpływ na mitozę roztworów wodnych kumaryny, kwasu o-kumarowego, alantoiny, robininy oraz wyciągów wodnych z ziele nostrzyków. Czas inkubacji wynosił 24 godziny. Preparaty barwione orceiną przygotowywano techniką rozmazu. Obliczono indeksy mitotyczne, profazowe i metafazowe. Wyniki oceniano metodą statystyczną, określając istotność różnic t.

Stwierdzono antymitotyczne i c-mitotyczne działanie kumaryny w roztworach 0,1% i 0,01%. Kwas o-kumarynowy w tych samych stężeniach wpływał mitodepresyjnie i mitostatycznie. W przeciwieństwie do związków kumarynowych alantoina działa stymulująco w roztworach 0,5%, 0,1%, 0,01%, 0,001%. Robinina w roztworze 0,1% wykazywała niezna- czne działanie mitodepresyjne (istotność różnicy $t = 3,62$; wartość $t = 2,101$, przy liczbie stopni swobody $n = 18$, poziomie ufności $p = 0,95$.) Nikogosjan (1968) stwierdziła muta- genne działanie u *Allium cepa* L. 0,004% roztworów likurazydu i luteolino-7- -D-glikopira- nozydu. Robiona w analogicznym stężeniu nie wywoływała takiego efektu. Badania wycią- gów wodnych z ziela *Melilotus officinalis* (L.) Pall. i *Melilotus alba* Med. wykazały ich silne antymitotyczne działanie, które ustępuje dopiero w wyciągach przygotowanych z 1000 x ilością wody. Związane to jest zapewne z wysoką (około 1%) zawartością kumaryny i jej pochodnych w ziele nostrzyków.

W badaniach eksperymentalno-cytologicznych uwzględniono również wpływ kumaryny na zawartość DNA w jądrach komórkowych merystemów wierzchołkowych korzeni *Allium cepa* L. Stosowano barwienie odczynnikami Feulgena, a następnie oznaczano metodą cyto- fotometryczną względną zawartość DNA, porównując wartość ekstynkcji barwionych jąder komórkowych korzeni cebuli kontrolnej i korzeni poddanych 24 godzinnej inkubacji w 0,01% roztworze kumaryny. Stwierdzono, że kumaryna wpływa najsilniej na fazę G_1 cyklu komór- kowego, przedłużając czas jej trwania dwukrotnie. W mniejszym stopniu na fazę S skraca- jąc ją o 25%.

Oznaczenia wykonano w Pracowni Mutagenety Zakładu Genetyki Roślin PAN w Pozna- niu, używając cytofotometru firmy „OPTON”.

Przeprowadzone następnie badania w Instytucie Biologii Rozwoju AN ZSRR w Mos- kwie przy pomocy cytofotometru skenującego firmy „VICKERS” potwierdziły uzyskane poprzednio wyniki.

Po stwierdzeniu wpływu kumaryny zarówno na mitozę jak i interfazę, podjęto próbę wykorzystania tego związku do chemosterylizacji owadów na przykładzie *Drosophila mela- nogaster*-muszki owocowej. Według Borkoveca (1966) metoda sterylizacji daje lepsze wyniki niż stosowanie insektycydów. W toku przeprowadzonych badań stwierdzono, że kumaryna dodawana do pożywki w ilości 0,005% obniża liczebność populacji *Drosophila melanogaster* o 45%. Przeprowadzone badania biologiczne mogą pozwolić na pełniejsze wykorzystanie zarówno kumaryny jak i Herba Meliloti.

** DROSZCZ WACŁAW — „Badania nad rolą esterazy acetylocholinyl w stanach uczu- lenia”.

I Klinika Chorób Wewnętrznych AM

Rola esterazy acetylocholinyl w stanach uczulenia nie jest jeszcze dokładnie sprecyzo- wana. Szereg prac sugeruje istotny jej udział podczas reakcji alergicznych — w tym również w patogenezie astmy oskrzelowej. Dla sprawdzenia słuszności tych poglądów, autor wykonał badania aktywności esterazy acetylo-cholinyl w warunkach doświadczalnego uczulenia: okre- ślono wpływ niektórych leków na aktywność tego enzymu (źródłem był mózg szczura) oraz sprawdzono czy chory na astmę oskrzelową wykazuje nadreaktywność na inhibitor acetylo- cholinestazy, prostygmienę.

Określono metodę Ellmana aktywność esterazy acetylocholinowej (AChE) mózgu, płuc oraz dużych oskrzeli wraz z tchawicą szczurów oraz to samo z pominięciem mózgu u świnek morskich. Badania te obejmowały 20 oznaczeń dla każdej tkanki i tworzyły badania kontrol- ne dla badań następnych. Płuca i oskrzela dokładnie perfundowano dużą ilością lodowato zimnego płynu Ringera. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono metodą dwustopniowej wariancji. Szczury rasy Wister uczulano sposobem Mota/ovalalbuminą z do- daniem pałeczki krztuśca jako adiuwantu) i powstałe przeciwciała typu ludzkich reagin wy- kazano w 72 godz. odczynnie PCA. U 10 tak uczulonych szczurów wywołano wstrząs anafi- laktyczny przez dożylne podanie antygeny i następnie określano aktywność AChE tkanki płucnej nie znajdując różnicy pomiędzy tą grupą a grupą kontrolną. 12 uczulonych szczurów

uśpiono po 3 tygodniach i zbadano aktywność AChE dużych oskrzeli wraz z tchawicą nie znajdując różnicy pomiędzy tą grupą a grupą kontrolną. 20 świnek morskich uczulono ovalalbuminą z dodaniem kompletnego adiuwantu Freund'a. Uczulenie uznawano za udowodnione jeżeli u zwierząt udało się wykazać albo przeciwciała typu reagin (72 godz. PCA) (i) albo przeciwciała precipitujące (dwukierunkowa dyfuzja w żelu agarowym metodą Ouchterlony). Po 2 tygodniach wywołano „astmę” przez wziewanie roztworu ovalalbuminy. U 20 zwierząt padłych w czasie doświadczenia lub wykazujących wyraźne objawy i następnie uśpionych badano aktywność AChE dużych oskrzeli z tchawicą a u 10 określono ją w tkance płucnej. Aktywność enzymu w badanej grupie nie różniła się od aktywności grupy kontrolnej.

Wykonano badanie mające na celu określenie czy wstępna inhalacja AChE (źródłem enzymu był homogenat mózgu oraz bydłęca cholinesteraza surowicy) modyfikuje przebieg doświadczalnej „astmy” świnek morskich. Badania tego typu wykonano u 40 zwierząt i nie stwierdzono żadnego wpływu wstępnie podawanego enzymu na wystąpienie lub przebieg „astmy” uczulonych świnek.

W oparciu o własne badania obecne i na podstawie dawniej przeprowadzonych badań nad aktywnością AChE krwi a acetylocholinową próbą prowokacyjną autor dochodzi do wniosku, że przekonanie o roli AChE (hipoteza niskiej aktywności tego enzymu w wywołaniu odczynu astmatycznego lub zaostrzenie już istniejącego) w astmie oskrzelowej nie jest przekonujące i może być pominięte w rozważaniach o patogenezie tej choroby.

Zbadano wpływ niskich stężeń szeregu leków i substancji mogących modyfikować odczyn astmatyczny u ludzi na aktywność mózgowej AChE szczura. Badania te dotyczyły adrenaliny, orciprenaliny, atropiny, heksopronaliny, aminofiliny, thiasinamium, histaminy, chromoglicynianu dwusodowego, hydrokortyzonu, ACTH, propanololu i poliwakeyny. Każdy lek badano u 10 szczurów. Nie stwierdzono żadnego wpływu niskich stężeń tych substancji na aktywność badanego enzymu. Adrenalina, orciprenalina, aminofilina, atropina, chromoglicynian dwusodowy podane dootrzewnowo (badania nad ewentualnym wpływem metabolitów leków na aktywność AChE) nie zmieniają aktywności mózgu szczura. W serii tej wykonano dla każdego leku 5 doświadczeń.

U 10 chorych z astmą oskrzelową, którzy wykazywali wyraźną nadreaktywność na wziewanie acetylocholiną, próbowano sprowokować odczyn bronchospastyczny podaną wziewanie prostygmianą. Mimo stosowania stosunkowo dużej dawki (3 min. inhalacja 0,05% polstygmium — Polfa) u żadnego z chorych nie doszło do wyraźnego skurczu oskrzeli.

W pracy omówiono poglądy na rolę esteraz cholinowych w doświadczalnym uczuleniu i w dychawicy oskrzelowej.

Wnioski

1. Aktywność AChE dużych oskrzeli wraz z tchawicą a zwłaszcza tkanki płucnej szczurów i świnek morskich waha się w dosyć szerokich granicach. Przeciętna aktywność AChE płuc prefundowanych szczura i świnki morskiej wynosi odpowiednio 155 i 150 umol/g białka rozłożonej ACTH. Te same wartości dla dużych oskrzeli szczura i świnki morskiej wraz z tchawicą wynoszą odpowiednio 134 i 130 umol/g tkanki.

2. Przeciętna aktywność AChE mózgu szczura wynosi 428 umol/godz./g tkanki świeżej.

3. Aktywność AChE płuc padłych we wstrząsie anafilaktycznym spowodowanym obecnością przeciwciał zbliżonych do reagin ludzkich oraz aktywność oskrzeli z tchawicą szczurów uczulonych ovalalbuminą w przebiegu którego zwierzęta wytwarzały tego typu przeciwciała nie różni się od aktywności zwierząt kontrolnych.

4. Aktywność AChE płuc i dużych oskrzeli wraz z tchawicą świnek morskich, które uczulono ovalalbuminą i u których doszło do wytworzenia przeciwciał typu reagin ludzkich i/lub przeciwciał precipitujących po wywołaniu objawów „astmy” nie różni się od aktywności uzyskanej u zwierząt kontrolnych.

5. Szereg leków i substancji chemicznych (adrenalina, atropina, orciprenalina, heksoprenalina, aminofilina, thiasinamium, histamina, chromoglicynian dwusodowy, hydrokor-

tyzon, ACTH, propranolol, poliwakcyyna) w niskich stężeniach nie zmienia aktywności AChE mózgu szczura.

6. Niektóre leki podane dootrzewnowo (adrenalina, oreiprenalina, aminofilina, atropina, chromoglicynian dwusodowy) nie zmniejszają aktywności AChE mózgu szczura.

7. Wstępna inhalacja homogenatem mózgu (źródło AChE) oraz cholinesterazą surowicy bydłowej nie chroni świnek morskich przed wystąpieniem „astmy,” po inhalacji antygeny, ani nie łagodzi jej przebiegu.

8. Chorzy na satnę oskrzelową z wyraźną nadreaktywnością na wziewanie acetylocholiny nie wykazują nadreaktywności na wziewanie prostygminy.

9. Wbrew reprezentowanym przez niektórych badaczy poglądom, że AChE odgrywa rolę w patogenezie doświadczalnego uczulenia jak również w astmie oskrzelowej u ludzi, przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, że poglądy te nie mają uzasadnienia.

**** DZIAK ARTUR — „Zarys dziejów ortopedii polskiej”**

Klinika Ortopedyczna AM

Praca jest pierwszą w piśmiennictwie polskim próbą opracowania historii ortopedii polskiej, przez co stanowi spełnienie postulatów wysuwanych od lat przez środowisko ortopedyczne kraju. Autor postawił sobie za cel zebranie i usystematyzowanie dowodów o wkładzie Polaków w rozwój i kształtowanie się ortopedii światowej. Sprawa jest tym godniejsza uwagi, że ortopedia polska, szczególnie w ostatnim trzechsetleciu, zapisała wiele pięknych kart i wniosła rzeczywiste wartości w dzieło ortopedii światowej. Niestety, tragiczne dzieje narodu polskiego w okresie porozbiorowym, aż do czasu odzyskania pierwszej niepodległości, zaważyły poważnie na informowaniu Europy o naszym dorobku i osiągnięciach. Autor wykazuje, że wielu polskich ortopedów zmuszonych było praktykować z dala od ojczyzny lub pisać w obcych językach, przez co ich osiągnięcia i wkład w dzieło rozwoju chirurgii przypisują sobie inne narody, czyniąc tym szkodę nauce polskiej.

Autor przedstawia rozwój ortopedii polskiej na tle ortopedii światowej poczynając od czasów średniowiecza (chirurgia cechowa) aż do czasów współczesnych. Główne rozdziały pracy: Chirurgia i ortopedia polska w okresie średniowiecza, w czasach Odrodzenia oraz w wieku Oświecenia; Pokłosie działania Komisji Edukacji Narodowej na niwie ortopedii; Twórcy Polskiej Szkoły Ortopedycznej: Powstanie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego oraz ortopedia polska w okresie międzywojennym; Ortopedia polska w okresie okupacji; Ortopedia polska w okresie Polski Ludowej. Pracę uzupełniają przypisy, piśmiennictwo, dodatek (zjazdy naukowe, zarządy główne Towarzystwa, członkowie honorowi PTO i Tr, członkowie Polskiego Komitetu Narodowego w Międzynarodowym Towarzystwie Ortopedycznym itp.) oraz notki biograficzne niezujących ortopedów polskich. Do pracy załączono album 170 rycin przedstawiających m.in. reprodukcje oryginalnych prac ortopedów polskich dokumentujących pierszeństwo Polaków w niektórych rozwiązaniach operacyjnych i leczniczych. Objętość pracy 339 stron i 170 ilustracji.

**** FIDZIŃSKA-DOŁOT ANNA — „Struktura komórki mięśniowej w przewlekłym zapaleniu wielomięśniowym.**

Klinika Neurologiczna AM

Przeprowadzono badania nad układem mięśniowym chorych z zapaleniem wielomięśniowym. Etiologia tego przewlekłego nawracającego schorzenia upośledzającego sprawność fizyczną człowieka nie jest znana.

Przeprowadzone badania histologiczne i ultrastrukturalne włókien mięśniowych chorych ujawniły obecność wewnątrzkomórkowych tubularnych struktur i pozakomórkowych wirusopodobnych cząstek. Morfologia, wielkość umiejscowienia znajdujących struktur sugeruje namnażanie w obrębie komórki mięśniowej wirusa należącego do grupy wirusów paragrypy.

W drugim etapie badań z mięśni chorych drogą kolejnych pasaży wyizolowano czynnik zakaźny, który podany do hodowli mięśni płodów ludzkich wywołał zmiany zapalno-zwyrodnieniowe. W zakażanych hodowlach obserwowano namnażanie dwu wirusów. Obok wirusów o morfologii podobnej do wirusów paragrypy, analogicznych do znajdujących w mięśniach chorych, widocznie były wirusy grupy herpes należące do wirusów utajonych.

Po raz pierwszy w badaniach nad zapaleniem wielomięśniowym wykazano obecność wirusopodobnych cząstek w przestrzeni pozakomórkowej.

* KŁOPOCKI TADEUSZ — „Lizozymuria jako wskaźnik uszkodzenia nerek w przebiegu zapaleń trzustki”

Laboratorium Centralne CSK AM

Częstym i równocześnie poważnym powikłaniem zapaleń trzustki jest uszkodzenie nerek. Powstająca wówczas ostra niewydolność nerek jest drugą pod względem częstości bezpośrednią przyczyną zgonów w następstwie zapaleń trzustki. Wczesne rozpoznanie powikłań nerkowych posiada więc ogromne znaczenie, gdyż umożliwia rozpoczęcie we właściwym czasie odpowiedniego leczenia.

Z powyższych względów podjęto w niniejszej pracy wysiłki nad opracowaniem takiego wskaźnika laboratoryjnego, który informowałby dostatecznie wczesnie w wysoce czuły sposób o obejmowaniu procesem chorobowym nerek, w przebiegu zapaleń trzustki. Dane ogłoszone na podstawie badań dotyczących innych zagadnień dostarczyły przesłanek do przypuszczeń, że testem takim mogłoby być oznaczanie aktywności lizozymu moczowego. Podjęcie decyzji sprawdzenia tego aspektu wartości diagnostycznej oznaczenia aktywności lizozymu moczowego u chorych na zapalenie trzustki wiązało się jednak z koniecznością uprzedniego prowadzenia odpowiednich badań metodycznych i doświadczalnych.

W wyniku poszukiwań właściwej do tego celu metody oznaczenia aktywności lizozymu w moczu zdołano ustalić w części metodycznej pracy, że najbardziej odpowiednią metodą jest turbidymetryczne badanie aktywności tego enzymu z uprzednim sączeniem żelowym materiału przez kolumnę wypełnioną sephadexem G-50 „coarse”, z użyciem do napęcznienia żelu i elucji enzymu 0,85% roztworu chlorku sodowego. Opracowane postępowanie zapewniało bowiem z jednej strony najwyższą czułość metody, a z drugiej — wystarczające oddzielenie lizozymu od obecnych w moczu, mogących zmienić jego aktywność, związków wysoko i niskocząsteczkowych.

Drugą, tj. doświadczalną część pracy przeprowadziłem na 10 psach, u których wywoływano ostre zapalenie trzustki podaniem do przewodów trzustkowych cholanu sodowego. U zwierząt tych sprawdzono przebieg zmian aktywności lizozymu moczowego w zestawieniu z wynikami innych badań laboratoryjnych służących do oceny stanu trzustki i nerek. Ponadto u każdego psa dokonywano histopatologicznej oceny stanu trzustki i nerek. Z zestawienia wyników wykonanych badań widać, że najwcześniej i najbardziej znamieny u wszystkich zwierząt okazał się wzrost aktywności lizozymu moczowego. Wyniki badań histopatologicznych wykazały, że u każdego psa zdołano wywołać ostre zapalenie trzustki, w następstwie którego doszło do uszkodzenia cewek nerkowych. Przedmiotem badań części klinicznej były mocze uzyskane od 30 chorych z rozpoznanym ostrym zapaleniem trzustki. U każdego z wymienionych chorych przeprowadzono oznaczenie aktywności lizozymu moczowego. Równoległe z tymi pomiarami wykonywano wybrane badania służące do oceny stanu trzustki i nerek. Grupę kontrolną stanowiły mocze 30 osób zdrowych. Aktywności lizozymu moczowego u chorych ze stanami zapalnymi trzustki okazały się znacznie wyższe od górnego zakresu wartości prawidłowych, mimo wyraźnych tendencji spadkowych nie osiągnęły w wyniku leczenia wartości prawidłowych.

Poczynione spostrzeżenia zdają się świadczyć o wybitnej czułości oznaczania aktywności lizozymu moczowego, jako wskaźnik uszkodzenia nerek w przebiegu chorób trzustki i możliwości stosowania tego testu do stałego śledzenia stanu czynnościowego nerek w zapaleniach trzustki.

**** LANGER ANDRZEJ WŁODZIMIERZ** — „*Rola zjawisk immunologicznych typu komórkowego w rozrostach limforetikularnych*”.

Klinika Dermatologiczna AM

We wszystkich badanych schorzeniach rozrostowych układu limforetikularnego stwierdzono wyraźne zaburzenia odczynowości opóźnionej, wyrażające się dużym odsetkiem ujemnych prób skórnych z antygenami bakteryjnymi, przedłużonym czasem odrzucania homoprzeszczepu, trudności w wyplywaniu alergii kontaktowej na DNCB i niskimi wartościami testu transformacji limfocytów z użyciem PHA. Poszczególne jednostki chorobowe różnią się pomiędzy sobą stopniem uszkodzenia odczynowości komórkowej, różny jest mechanizm tego zjawiska i jego nasilenia w zależności od stanu chorego, obecności czynnych zmian i zaawansowania choroby. Wykazano, że w sarkozie zaburzenia immunologiczne mają charakter przejściowy. W ostrym okresie choroby wartości testu transformacji z użyciem PHA są niskie, w tym czasie również obserwuje się duży odsetek ujemnych prób skórnych z antygenami bakteryjnymi. W okresie remisji lub wyleczenia wszystkie wskaźniki odczynowości opóźnionej powracają do normy, co różni sarkoidozę od złośliwych rozrostów imforetikularnych.

Badanie odczynowości późnej ma w sarkoidozie znaczenie diagnostyczne, jest pomocne w różnicowaniu, pozwala na ustalenie rokowania i ocenę efektywności leczenia. W grupie złośliwych rozrostów limforetikularnych uszkodzenie odczynowości komórkowej jest cechą stałą, różny jest natomiast rodzaj i nasilenie zmian immunologicznych.

W przewlekłej białaczce limfatycznej u większości chorych stwierdzono ujemne wyniki prób skórnych z tuberkuliną i streptolizyną, u wszystkich pacjentów niezależnie od zaawansowania procesu chorobowego i stanu klinicznego obserwowano wybitne obniżenie transformacji blastycznej imfocytów w hodowlach stymulowanych PHA. Typ uszkodzenia odczynowości komórkowej w przewlekłej białaczce limfatycznej jest charakterystyczny dla tej jednostki chorobowej i stanowi kryterium diagnostyczne w przypadkach klinicznie wątpliwych. W mięsakach limfatycznych, które są różnorodnością kliniczną i obrazem histopatologicznym nastroczały najwięcej trudności diagnostycznych, wyniki badań odczynowości komórkowej mają charakter niejednorodny. W części przypadków zmiany immunologiczne były zbliżone do obserwowanych w przewlekłej białaczce limfatycznej, w innych typ uszkodzenia był taki jak w siatkowiakomięsakach. Mimo dużej różnorodności klinicznej grupy siatkowiakomięsaków, obejmującej również postaci wyłącznie skórne, rodzaj uszkodzenia odczynowości komórkowej był podobny we wszystkich badanych przypadkach, zahamowanie transformacji blastycznej w RSA jest zależne od czynników zawartych w surowicy chorych. Podobny typ uszkodzenia komórkowych odczynów immunologicznych jednak o mniejszym nasileniu niż w siatkowiakomięsakach stwierdziliśmy w ziarnicy złośliwej. Stopień uszkodzenia układu immunologicznego jest w ziarnicy złośliwej związany z okresem choroby, badanie testu transformacji limfocytów daje więc w tej jednostce chorobowej wskazówki rokownicze.

Wyniki badań immunologicznych uzyskane u chorych na ziarniak grzybiasty różnią się w sposób zasadniczy od uzyskiwanych w innych złośliwych rozrostach limforetikularnych. W okresie przedguzowatym i naciekowym MF nie stwierdzono istotnego uszkodzenia odczynów immunologicznych typu komórkowego. Istotne zahamowanie transformacji blastycznej limfocytów występuje jedynie w okresie guzowatym choroby.

Badania nasze podkreślają odrębność nozologiczną ziarniaka grzybiastego w grupie złośliwych rozrostów limforetikularnych. Stwierdzono w surowicy chorych na siatkowiakomięsaki i ziarnicę złośliwą czynniki cytotoksyczne, które w dużych stężeniach hamują transformację blastyczną limfocytów lub powodują rozpad komórek, w małych stężeniach stymulują limfocyty zdrowe do transformacji, znajdują się we frakcji albuminowej surowicy i działają bez udziału dopełniacza.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że test transformacji limfocytów z użyciem PHA jest najbardziej czułą ze stosowanych metod, pozwala na lepszą ocenę ilościową stopnia uszkodzenia odczynowości komórkowej i daje możliwość badania mechanizmu

tego uszkodzenia. Z tego względu jest bardziej przydatnym testem w diagnostyce i różnicowaniu rozrostów limforetikularnych od prób wykonywanych *in vivo*. Wykonane badania wskazują na duże znaczenie oceny stanu odczynowości komórkowej w rozpoznawaniu rozrostów limforetikularnych, różnicowaniu poszczególnych jednostek chorobowych, ustaleniu rokowania i doboru metod leczenia.

* **PODLEŚNY JERZY** — „*Badania wchłaniania insektycydów w jelicie cienkim szczura*”. Zakład Chemii Toksykologicznej AM

Spśród aktualnych obecnie problemów toksykologii insektycydów zagadnienie związane z szybkością i mechanizmem wchłaniania tych związków w jelicie cienkim są jeszcze mało poznane.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie szybkości wchłaniania insektycydów o działaniu cholinergicznym, a więc z grupy związków fosforoorganicznych i karbaminianowych. Badaniem wchłaniania jelitowego objęto sześć insektycydów, w tym pięć związków fosforoorganicznych i jeden karbaminianowy. Celem lepszej oceny procesów wchłaniania insektycydów porównawczo badano szybkość wchłaniania i transportu glukozy, jako substancji modelowej. Oznaczenia ilościowe trichlorfosu, dichlorfosu i fenitrotonu w płynie fizjologicznym Krebsa-Henseleita wykonano metodą gazowej chromatografii przy użyciu detektora fosforowego na aparacie Pye-Unicem seria 104. Oznaczenie polfosu, ipofosu i karbarylu prowadzono metodą izotopową- plynnej scyntytacji przy użyciu spektrometru Izo-cap-300 firmy Nuclear Chicago. Badanie wchłaniania prowadzono dwoma metodami: *in vivo* wg Sheffa i Smytha w modyfikacji Jervisa i współprac. oraz *in vitro* wg Crane i Wilsona tzw. izolowanych odwróconych woreczków jelitowych. Metodą *in vivo* oznaczano szybkość wchłaniania, natomiast *in vitro* mechanizm przenikania przez ścianę jelitową oraz szybkość dyfuzji insektycydów. Badania mechanizmu transportu insektycydów wykazały, że wszystkie badane związki wchłaniają się biernie, zgodnie z gradientem stężeń. Jest to potwierdzeniem dotychczasowych badań nad mechanizmem wchłaniania pestycydów z jelita cienkiego.

Analizując stale szybkości oraz półokresy wchłaniania i transportu można wyciągnąć wniosek, że do prawidłowej oceny szybkości wchłaniania i metabolizmu jelitowego koniecznym jest stosowanie obu metod *in vivo* i *in vitro*.

* **RANC-BUKOWSKA EWA** — „*Badanie wpływu niektórych frakcji białkowych surowicy krwi na wydalanie zieleni indocyjaninowej z wątroby szczura*”. Laboratorium Centralne CSK AM

Celem pracy było podjęcie próby oceny wartości diagnostycznej testu z użyciem zieleni indocyjaninowej — barwnika będącego pochodną związków trójkarbocyjaninowych w modelowych uszkodzeniach wątroby przebiegających zwłaszcza ze zmianą składu ilościowego białek surowicy krwi. Przy zachwianiu składu ilościowego białek surowicy towarzyszącemu zaburzeniom czynności wątroby wyniki testu barwnikowego mogą w dużym stopniu zależeć od zmian w układzie białek, co z kolei może utrudnić właściwą ich interpretację.

W/w cele pracy realizowano na podstawie:

- 1) badania zdolności wiązania barwnika przez różne narządy szczura w celu stwierdzenia dynamiki wychwytu zieleni indocyjaninowej oraz procentowego udziału narządów badanych w przenoszeniu barwnika;
- 2) modelu doświadczalnej pozaustrojowej perfuzji wątroby szczura płynami, o różnym składzie frakcji białkowych surowicy szczura.

W pracy posługiwano się następującą procedurą eksperymentalną: chromatografią kolumnową na Sefadexsie, spektrofotometrią eluatów białka i barwnika, perfuzją wątroby płynami perfuzyjnymi o różnym składzie frakcji białkowych, mikroskopią elektronową skrawków perfundowanej wątroby. Otrzymane wyniki na podstawie powyższych badań poddawano analizie statystycznej wg. dwóch programów statystycznych.

Na podstawie wyników badań udało się stwierdzić, że barwnik gromadzi się nie tylko na wątrobie, lecz także w innych narządach mięszzowych w sercu, nerkach, płucach, śledzionie i jelicie cienkim, jednak najdłużej i najtrwalej wiązany jest przez komórki wątroby i śledziony.

Wnioski postawione w pracy są następujące: na szybkość eliminacji i przenoszenia barwnika przez wątrobę istotny statystycznie wpływ wywierają frakcje białkowe surowicy I i III zawierające m.in. albuminę i lipoproteidy, czas połowicznego zaniku barwnika w płynie perfuzyjnym zależy od składu płynu i obecnych w nim frakcji białkowych.

Wyniku próby chromodiagnostycznej z użyciem barwnika ICG nie można traktować jako jedynego sprawdzianu wydolności czynnościowej wątroby ponieważ zależy on w dużym stopniu od czynników przed- i pozawątrobowych. Przy interpretacji wyników próby barwnikowej należy uwzględnić zmiany w składzie ilościowym białek surowicy krwi oraz ewentualnych zmian w reaktywności układu siateczkowo-śródbłonkowego.

* SADURSKA BOŻENNA — „Własności urydyliłotransferaz UTP; -D-G-1-P EC 2.7.7.9 z tkanek szczura”.

Zakład Biochemii AM

Celem pracy było określenie własności fizykochemicznych i katalitycznych wykrytego w gruczołach ślinowych: podjęzykowych i podżuchwowych szczura enzymu—urydyliłotransferazy G-1-P oraz ustalenie udziału hormonów trzustki w regulacji aktywności tego enzymu w obu gruczołach ślinowych oraz wątrobie.

Urydyliłotransferaza G-1-P katalizuje węzłową reakcję biosyntezy urydynodwufosfoglukozy z glukozo-1-fosforanu i urydynotrójfosforanu:



Aktywność enzymu obliczono mierząc inkorporację znakowanego substratu G-1-³²P — fosforanu do nukleotydu UD³²P — glukozy adsorbującej się na węglu aktywnym.

Po ustaleniu optymalnych warunków katalizowanej przez urydyliłotransferazę reakcji wykazano, iż w porównaniu z aktywnością urydyliłotransferazy z wątroby aktywność enzymu w gruczole podjęzykowym jest 2-krotnie, a w gruczole podżuchwowym 15-krotnie niższa. Subkomórkowo lokalizacja urydyliłotransferaz jest identyczna we wszystkich badanych tkankach. W 70—80% zlokalizowana jest we frakcji supernatanowej i w około 20% we frakcji jądrowej. Ciężary cząsteczkowe oznaczone metodą sączenia na żelu Sephadex G-200 były takie same dla trzech badanych tkanek i wynosiły 300 000. Chromatografią na DEAE-celulozie stwierdzono w wyciągach z wątroby obecność dwóch frakcji, a gruczołów ślinowych jednej frakcji urydyliłotransferazy. Urydyliłotransferaza z obu gruczołów ślinowych jest enzymem o dużej specyficzności substratowej. Podobnie jak enzymy z innych tkanek katalizują biosyntezę UDPG tylko z UTP. Inne nukleozydo-5-trójfosforany nie zastępują UTP. Stałe Michaelisa, wyrażające powinowactwo enzymu do substratu wyliczone z wykresów Lineweavera-Burka wynosiły 1,25—2 x 10⁻⁴M dla UTP i 1,8—4,3 x 10⁻⁴M dla G-1-P w wyciągach z trzech badanych tkanek.

Enzym hamowany jest przez obydwa produkty reakcji: urydynodwufosfoglukozę i nieorganiczny pirofosforan. Hamująco działają również jony niektórych metali dwuwartościowych np. kadmu i niklu. Jony kobaltu zachowują się natomiast odmiennie, zwiększają aktywność enzymu z gruczołów podjęzykowych natomiast hamują aktywność enzymu wyizolowanego z gruczołu podżuchwowego, przy czym nie wywierają one w użytym stężeniu, żadnego wpływu na aktywność enzymu z wątroby. Specjalną funkcję w katalizowanej reakcji odgrywają jony magnezu. Są one niezbędne do tworzenia kompleksu z UTP a także mają wpływ na część białkową enzymu, co wykazano w doświadczeniach z preinkubacją.

W drugiej części pracy ustalono udział hormonów trzustki — insuliny i glukagonu — w regulacji aktywności tego enzymu w obu gruczołach ślinowych i wątrobie szczura. Glukagon w stężeniu 70 do 200 ug/100 g wagi hamował aktywność badanych urydyliłotransferaz. Teu

filina (powszechnie stosowany inhibitor fosfodwusterazy 3, 5 — AMP) również hamowała aktywność enzymu. Insulina podana zdrowym zwierzętom powodowała wzrost aktywności enzymu we wszystkich trzech badanych tkankach, natomiast deficyt insuliny, towarzyszący 8-dniowej cukrzycy alloxanowej, spadek aktywności enzymu średnio o 50%. W każdym przypadku podając zwierzętom cukrzycowym insulinę (5 j. insuliny krystalicznej i 4 j. insuliny protaminowo-cynkowej) osiągnano powrót do aktywności grupy zwierząt kontrolnych po 12 godzinach i obserwowano dalszy wzrost aktywności do 24 godzin. Podane łącznie z insuliną inhibitory procesu transkrypcji (aktynomycyna D) i procesu translacji (puromycyna) nie miały wpływu na obraz zmian wywoływanych podaniem insuliny.

Cukrzyca alloxanowej nie towarzyszyła zmiany w lokalizacji enzymu. Chromatografią na DEAE-celulozie dla wyciągów z wątroby i gruczołu podżuchowego wykazano obecność tych samych frakcji co u zwierząt kontrolnych. Natomiast podczas frakcjonowania wyciągu z gruczołu podjęzykowego stwierdzono pojawienie się dodatkowej frakcji U_2 .

W dalszej części pracy oparto się na hipotezie Walaas i Levine. Autorzy ci sugerują możliwość wpływu insuliny poprzez aktywowanie nieorganicznej pyrofosfatazy, kontrolującej poziom nieorganicznego pirofosforanu w komórce.

W obecnej pracy w warunkach niedoboru insuliny, jaki towarzyszy 8-dniowej cukrzycy alloxanowej wykazano spadek aktywności pirofosfatazy o około 50%, towarzyszący spadkowi biosyntezy urydynodwufosfoglukozy.

Reasumując, z przeprowadzonych badań wynika, iż urydylilotransferazy z gruczołów ślinowych podjęzykowych i podżuchowych posiadają własności bardzo podobne do enzymów z wątroby i innych tkanek. Istniejące jednak różnice w działaniu jonów kobaltu wskazują na różnice w ich budowie. Na podstawie danych z piśmiennictwa oraz badań własnych można sugerować regulację aktywności urydylilotransferazy przez hormony trzustki w trzech badanych tkankach za pośrednictwem cyklicznego AMP. Niezależnie od drogi działania insuliny na aktywność enzymu poprzez CAMP istnieje również możliwość regulacji badanego enzymu poprzez stymulowanie nieorganicznej pirofosfatazy.

* SALAMON ZDZISŁAW — „Wpływ roztworów obliterujących na wzrost podłużny i poprzeczny kości długich”.

Klinika Ortopedyczna AM

Tematem rozprawy jest możliwość celowego kierowania wzrostem podłużnym i poprzecznym kości długich. Autor oparł się na spostrzeżeniach klinicznych wykazujących dominującą rolę dopływu ukrwienia we wzroście kości długich. Założono, że poprzez celową regulację krwi do chrząstek nasadowych i okostnej, będzie można pośrednio ingerować w ich procesy kościotwórcze.

W doświadczeniach wyzyskano właściwość roztworów obliterujących, za pomocą których dokonywano zmian w ukrwieniu śród- i dookolakostnym kości udowych królików. Następnie badano wpływ tych zaburzeń w ukrwieniu na ich wzrost podłużny i poprzeczny. Autor stwierdził, że wprowadzenie roztworów do jamy szpikowej powoduje znaczny przyrost tkanki kostnej na obwodzie trzonów. Przyrost ciężaru masy tkanki kostnej wynosił od 16—26% całkowitego ciężaru kości udowych, podczas gdy pobudzenie wzrostu podłużnego było niewielkie — poniżej 1% długości. Wprowadzenie roztworów obliterujących bezpośrednio do nasady działa hamująco na wzrost podłużny i poprzeczny kości długich. Wielkość tego niedorozwoju jest zależna od ilości i częstości wprowadzanego roztworu obliterującego. W doświadczeniach uzyskano skrócenia w granicach 2,4—2,7% długości i zmniejszenie ciężaru kości w zakresie 5,2—5,8%. Obrazy histologiczne w tkance kostnej i chrzęstnej po działaniu roztworów obliterujących są podobne do opisanych przez innych autorów, obrazów występujących pod wpływem roztworów papainy i wyciągów z lathyrus odoratus oraz po zastosowaniu promieni jonizujących. Wyniki doświadczeń dają podstawę do przypuszczenia, że roztwory obliterujące mogą być przydatne w zastosowaniu klinicznym: a) do pobudzenia wzrostu poprzecznego kości długich, b) do hamowania czynności chrząstek nasadowych.

* SITKIEWICZ DARIUSZ — „*Procesy utleniania w mitochondriach ośrodkowego układu nerwowego i wątroby szczura w następstwie działania insektycydów tiofosforoorganicznych*”.

Zakład Metabolizmu Leków AM

W świetle faktów znanych z literatury wydaje się, że insektycydy fosforoorganiczne po działaniu antycholino-esterazowym, wpływają także na inne procesy metaboliczne w tym także na mitochondrialne układy oksydoredukcyjne. Lipofilne właściwości tych związków determinują prawdopodobnie ich działanie na białkowo-fosfolipidowe błony mitochondrialne, co związane jest z zaburzeniami struktury i funkcji tych organelli.

Poprzednie badania wykazywały, że insektycydy fosforoorganiczne dipterox i dichlorfos zarówno *in vivo* jak i *in vitro* wywierają znacznie silniejsze działanie w stosunku do niektórych oksydoreduktaz mitochondrii wątroby niż mózgu. Zaobserwowano także zależność pomiędzy budową chemiczną tych związków a ich działaniem na aktywność enzymów mitochondrialnych. Szczególnie ciekawą wydaje się obecność siarki w cząsteczce insektycydu. Pochodne tiofosforoorganiczne ulegają w organizmie oksydacyjnej przemianie do analogów tlenowych związków o znacznie większej toksyczności. Badania Sitkiewicza i wsp. wykazały, że analog tlenowy fenchlorfosu jest znacznie silniejszym inhibitorem oddychania homogenatów tkanek zwierzęcych i aktywności oksydazy cytochromowej niż związek macierzysty tzn. fenchlorfos.

Celem pracy było zbadanie wpływu pestycydów tiofosforoorganicznych fenchlorfosu i malationu oraz ich analogów tlenowych na wybrane procesy bioenergetyczne w mitochondriach ośrodkowego układu nerwowego i wątroby szczura. Obiektem badań były frakcje mitochondrialne mózgu i wątroby szczura białego. Badania dotyczyły przede wszystkim zachowania się procesu oksydacyjnej fosforylacji z oceną stopnia sprzężenia i intensywności utleniania bursztynianu. Frakcje mitochondrialne otrzymywano na drodze różnicowego wirowania i kontrolowano w mikroskopie elektronowym. Oksydacyjną fosforylację oceniano polarograficznie stosując elektrodę tlenową Clarka. Aktywność enzymów mierzono spektrofotometrycznie. Analogi tlenowe fenchlorfosu i malationu otrzymywano przez utlenianie macierzystych związków tiofosforoorganicznych kwasem nadoctowym w środowisku bezwodnym. Identyfikację otrzymanych preparatów przeprowadzono metodą analizy widmowej w podczerwieni oraz metodą chromatografii cienkowsarstwowej.

W doświadczeniach *in vivo* badano wpływ jednorazowego zatrucia dawką rzędu 50% LD₅₀ fenchlorfosu lub malationu w czasie do 24 godzin od momentu podania insektycydu a także efekt wielokrotnego zatruwania małymi dawkami (2% LD₅₀) przez okres 10 dni.

W następstwie jednorazowego zatrucia fenchlorfosem stwierdzono w mitochondriach wątroby zaburzenia oksydacyjnej fosforylacji. Zaburzenia te objawiające się zmniejszeniem ilorazu fosforylacyjnego ADP/O oraz wzrostem wskaźnika kontroli oddechowej występowały po 5- i 10-ciu godzinach od momentu zatrucia. Po 24 godzinach mierzone parametry wracały do poziomu rejestrowanego w grupie zwierząt kontrolnych. W analogicznym doświadczeniu nie stwierdzono zmian badanych procesów w mitochondriach mózgu. Wielokrotni podawanie małych dawek fenchlorfosu nie powodowało zmian w przebiegu oksydacyjnej fosforylacji i utlenieniu bursztynianu zarówno w mitochondriach wątroby jak i mózgu. W mitochondriach obu tkanek nie następowały zmiany badanych procesów bioenergetycznych w następstwie jednorazowego i wielokrotnego zatruwania malationem.

Przeprowadzone doświadczenia *in vivo* wskazują, że jedynie w przypadkach zatruc fenchlorfosem może dochodzić do uszkodzenia oksydacyjnej fosforylacji w mitochondriach, przy czym związkiem odpowiedzialnym za tę akcję może być jeden z metabolitów prawdopodobnie analog tlenowy.

Porównawcze badania działania *in vitro* fenchlorfosu, malationu i ich analogów tlenowych na przebieg oksydacyjnej fosforylacji wykazały, że jedynie analog tlenowy fenchlorfosu powoduje zmiany tego procesu we frakcjach mitochondrialnych mózgu i wątroby.

Stwierdzono, że analog tlenowy fenchlorfosu powoduje:

1) W niskich stężeniach (10—30 μM) stymulację zużycia tlenu w obecności bursztynianu jako substratu, która nie jest znoszona przez znany inhibitor oksydacyjnej fosforylacji — oligomycynę;

2) Zniesienie kontroli oddychania przez ADP wyrażające się brakiem stymulacji zużycia tlenu po dodaniu ADP.

Ponadto analog tlenowy hamuje proces pęcznienia mitochondrii wątroby zarówno w obecności ATP jak i bursztynianu co może sugerować działanie na transport jonów przez błony mitochondrialne. Stwierdzone efekty pozwalają przypuszczać, że mechanizm działania analogu tlenowego fenchlorfosu może polegać na rozprzężeniu oksydacyjnej fosforylacji od transportu elektronów w łańcuchu oddechowym. Analog tlenowy fenchlorfosu okazał się bardzo silnie działającym związkiem na procesy bioenergetyczne *in vitro*, podczas gdy *in vivo* nie obserwowano istotnych zmian metabolizmu energetycznego w mitochondriach mózgu i wątroby szczura. Fakty te nasuwają pytanie — w jakim stopniu można tłumaczyć różnice ilościowe efektów *in vitro* i *in vivo* adaptacyjną reakcją ustroju na aktywnie działający metabolit. Częściową odpowiedź na postawione pytanie starano się uzyskać w doświadczeniach, w których badano wpływ analogu tlenowego na oksydacyjną fosforylację w mitochondriach mózgu i wątroby izolowanych z narządów zwierząt uprzednio wielokrotnie zatrutowanych małymi dawkami fenchlorfosu. Analog tlenowy fenchlorfosu pozostawał bez wpływu na utlenianie bursztynianu i przebieg oksydacyjnej fosforylacji w mitochondriach wątroby szczurów uprzednio zatrutowanych w przeciwieństwie do frakcji izolowanych z wątroby zwierząt kontrolnych, w których powodował typowe zmiany jak opisano poprzednio. Różnic tych nie obserwowano w przypadku frakcji mitochondrialnych mózgu. Porównanie wpływu analogu tlenowego fenchlorfosu na aktywność oksydazy cytochromowej w pełnych i solubilizowanych mitochondriach, pozwala przypuszczać, że mechanizm obserwowanego zjawiska może polegać na wykształceniu bariery przepuszczalności błon, która ogranicza penetrację tego metabolitu do wnętrza mitochondrionu.

Przeprowadzone doświadczenia dają podstawę do przypuszczenia, że działanie zbliżone do rozprzęgającego związane jest prawdopodobnie z obecnością w cząsteczce chlorowanego pierścienia aromatycznego oraz obecnością wiązania fosfor : tlen (a nie fosfor : siarka).

* STĘPNIAK MAREK — „*Syntezy w grupie n-benzoilowych pochodnych 1,2,3,4-tetrahydrochinoliny*”.

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

W surowcach roślinnych, które znalazły zastosowanie w lecznictwie nie stwierdzono alkaloidów pochodnych 1,2,3,4-tetrahydrochinoliny.

Syntetyczne związki z wymienionej grupy były dotychczas niedostatecznie przebadane i w związku z tym tylko nieliczne znalazły zastosowanie w lecznictwie. W związku z powyższym wydała się celowa synteza związków pochodnych 1,2,3,4-tetrahydrochinoliny podstawionych w położeniu 1 ugrupowanymi chloro-hydroksy-, i acetoksybenzoilowymi. Do wyjaśnienia pozostało w jakim kierunku zsyntetyzowane związki wykażą działanie farmakologiczne i jaki będzie wpływ różnych podstawników na aktywność związku. Niezbędne do dalszych syntez 2-metylo-1,2,3,4-tetrahydrochinolinę i 4-metylo-1,2,3,4-tetrahydrochinolinę otrzymano przez uwodornienie 2-metylochinoliny względnie 4-metylochinoliny metodą opisaną przez Brauna. Na otrzymanie związki działano chlorkami kwasowymi wobec bezwodnej pirydyny otrzymując odpowiednie chloro- i acetoksy- N-benzoilowe pochodne. Związki zawierające w pierścieniu benzenowym grupy acetoksylove hydrlizowano alkoholowym roztworem HCl do grup hydroksylowych. Utlenienie grup metylowych w 2-metylo-1,2,3,4-tetrahydrochinolinie względnie 4-metylo-1,2,3,4-tetrahydrochinolinie do grup karboksylowych jest niemożliwe, gdyż działanie środków utleniających na metylotetrahydrochinoliny powoduje odwodornienie lub rozerwanie pierścienia tetrahydropirydynowego w układzie 1,2,3,4-tetrahydrochinolinowym.

W związku z powyższym, do otrzymania N-benzoilowych pochodnych kwasów 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-2-karboksylowego oraz 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-4-karboksylowego obrano następującą drogą syntez: kwasy chinolino-2-karboksylowy i chinolino-4-karboksylowy zestryfikowano, a następnie uwodorniono pierścienie pirydynowe otrzymanych estrów do 1,2,3,4-tetrahydro pochodnych.

Uwodornienie prowadzono nieopisaną dla tych związków metodą stosując niewielkie nadciśnienie wodoru oraz katalizator Adamsa. Proces prowadzono w temperaturze pokojowej. Otrzymane estry metylowo kwasów 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-2-karboksylowego i 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-4-karboksylowego benzoilowano chlorkami kwasowymi wobec bezwodnej pirydyny otrzymując odpowiednie chloro- i acetoksy- N-benzoilowe pochodne.

W uzyskanych związkach hydrolizowano grupy estrowe, otrzymując odpowiednie N-benzoilowe pochodne kwasów 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-2-karboksylowego i 1,2,3,4-tetrahydrochinolino-4-karboksylowego.

W wyniku przeprowadzonych syntez otrzymano 22 nieopisane w literaturze związki, których skład został potwierdzony analizą elementarną na zawartość węgla, wodoru i azotu a obecność grup funkcyjnych widmami absorpcji w podczerwieni.

KRONIKA

NOMINACJA PROFESORSKA

Uchwałą Rady Państwa z dnia 3 lutego 1976 r. nadano tytuł profesora nadzwyczajnego doc. dr hab. med. Jerzemu Majkowskiemu, dziekanowi II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej.

- Wiktoria Kuraś
- Stanisława Pieczyńska
- lek. Krystyna Plebańczyk-Lukas
- doc. dr Zbigniew Przetakiewicz
- Henryk Skóra
- Halina Stanisławska

HONOROWE CZŁONKOSTWO

W dniu 2 marca 1976 r. w Ambasadzie Czechosłowackiej odbyła się uroczystość wręczenia prof. dr med. Bertoldowi Kassurowi dyplomu członka honorowego Czechosłowackiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych, działającego w ramach Czechosłowackiego Towarzystwa Lekarskiego im. J. E. Purkyne'go.

POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY

W dniu 5 marca 1976 r. zostało podpisane porozumienie o współpracy pomiędzy Budowlanym Klubem Sportowym „SKRA” i Kliniką Ortopedyczną Warszawskiej Akademii Medycznej. Celem porozumienia jest otoczenie specjalistyczną opieką lekarską sportowców tego Klubu. Ze strony BKS „SKRA” porozumienie podpisał prezes — Zbigniew Lippe ze strony Warszawskiej Akademii Medycznej kierownik Kliniki Ortopedycznej — prof. dr Marian Garlicki.

ŚWIĘTO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

W dniu 7 kwietnia 1976 r. w Centralnym Szpitalu Klinicznym odbyło się uroczyste spotkanie Władz Uczelni z pracownikami z okazji Święta Służby Zdrowia. W czasie spotkania odznaki „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” wręczył rektor AM prof. S. L. Zgliczyński.

- Otrzymały je następujące osoby:
- lek. Grażyna Biskupska
 - Wanda Kalinowska
 - Krystyna Koręba

ŚWIĘTO 1 MAJA

W dniu 29 kwietnia 1976 r. odbyła się akademія z okazji święta 1 Maja. Referat okolicznościowy wygłosił prof. dr Jerzy Majkowski. Odznaczenia wręczał wiceminister Zdrowia i Opieki Społecznej — doc. dr hab. Józef Grenada.

Odznaczeniami państwowymi udekorowani zostali:

- doc. dr Halina Maślińska — Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski
- prof. dr Halina Kobierska — Medal Komisji Edukacji Narodowej
- Odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” udekorowani zostali:
- prof. dr Szczęśny Leszek Zgliczyński
- prof. dr Andrzej Trzebski
- doc. dr Stanisława Wiernicka
- mgr Danuta Idalia Kosińska
- dr Helena Grątkowska
- Marian Badurek
- Marianna Olak.

WRĘCZENIE NAGRÓD

W dniu 19 maja 1976 r. odbyło się uroczyste posiedzenie Senatu Akademii Medycznej, na którym JM Rektor prof. dr med. S. L. Zgliczyński wręczył nagrody przyznane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej następującym osobom:

- prof. dr hab. Jerzemu Majkowskiemu — nagrodę indywidualną I stopnia „Za cykl prac dotyczących badań nad funkcją tworzącego siatkowego pnia mózgu”.

— prof. dr hab. Arturowi Czyżkowi — nagrodę indywidualną I stopnia „Za szczególnie ważne i twórcze osiągnięcia uzyskane w roku akademickim 1974/75” oraz nagrodę zespołową II stopnia „Za prace dotyczące badań nad zachowywaniem się przeciwciał insulinowych u chorych na cukrzycę leczonych insulinami o różnych stopniach czystości i wielkościach immunogennych”.

— doc. dr hab. Andrzejowi Budkiewiczowi oraz dr n. med. Andrzejowi Krocinowi — nagrodę zespołową II stopnia „Za szczególnie ważne osiągnięcia w zakresie protetyki stomatologicznej”.

— prof. dr hab. Zbigniewowi Bochenkowi — nagrodę indywidualną I stopnia „Za szczególnie ważne i twórcze osiągnięcia uzyskane w roku akademickim 1974/75”.

Medyczne informacje prawne

OCHRONA ZDROWIA

- inwalidztwo wypadkowe
- opłaty za świadczenia udzielane cudzoziemcom
- świadczenia dla prowadzących gospodarstwa rolne
- postępowanie w sytuacjach awaryjnych
- opłaty za badania mikrobiologiczne i serologiczne
- zakres zadań i uprawnień w nowym podziale administracyjnym
- obszar działania służby zdrowia
- przeszczepianie nerek

CZAS PRACY

- czas pracy pracowników
- stanowiska kierownicze
- obowiązkowe zajęcia dla nauczycieli akademickich
- przedłużenie godzin pracy placówek zdrowia

ZATRUDNIENIE, WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ, INNE NALEŻNOŚCI PRACOWNIKÓW

- obszary o niedoborze kadr medycznych
- bezpłatne urlopy dla matek
- wynagrodzenie w zakładach sprzętu medycznego
- wynagrodzenie za dodatkowe czynności
- wynagrodzenie biegłych
- niezawieszanie praw rentowych

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE, ZAOPATRZENIE EMERYTALNE I RENTOWE

- świadczenia w razie choroby i macierzyństwa
- zasiłki rodzinne
- renta z tytułu wypadku lub choroby zawodowej
- zasiłek opiekuńczy w razie śmierci matki dziecka
- zwrot kosztów wykształcenia
- stawki za noclegi podczas podróży służbowych

RÓŻNE

OCHRONA ZDROWIA

Obwieszczenie Ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Finansów z dnia 18.XII.1974 r. w sprawie tabeli norm ustalenia trwałego inwalidztwa wypadkowego (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 1 poz. 1 z 1975 r.).

W związku z § 2 zarządzenia Ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Finansów z dnia 18.XII.1974 r. w sprawie ustalenia następstw nie-szczęśliwych wypadków objętych obowiązkowymi ubezpieczeniami komunikacyjnymi (Mon. Pol. nr 42 poz. 257) ogłoszono w załączniku do obwieszczenia tabelę norm trwałego inwalidztwa wypadkowego. Tabelę, która zawiera 183 różnych uszkodzeń ciała stosuje się od dnia 1.I.1975 r.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3.IV.1975 r. zmieniające zarządzenie w sprawie opłat za niektóre świadczenia zakładów społecznych służby zdrowia udzielone cudzoziemcom dewizowym (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 8 poz. 27).

Zarządzenie wprowadza niewielkie zmiany do obowiązującego w dalszym ciągu zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 28.II.1973 r. w sprawie opłat za niektóre świadczenia zakładów społecznych służby zdrowia udzielane cudzoziemcom dewizowym (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 7 poz. 31). Zmiana polega m.in. na obowiązku obliczania przewidywanej lub faktycznej należności za świadczenia lecznicze cudzoziemca dewizowego, zgodnie z cennikiem i wydanie mu zlecenia (które stanowi załącznik nr 2 do cytowanego zarządzenia) do Narodowego Banku Polskiego, w którym zakład ma swój rachunek bankowy. Dalej, jeżeli cała należność, lub część należności wynikająca z rozliczenia za udzielone świadczenia nie przekracza 500,— zł zakład społeczny służby zdrowia podejmuje należność w złotych. Cudzoziemiec dewizowy opłaca faktyczne koszty zastosowanych w czasie operacji leczniczych środków technicznych takich jak: kardiostymulatory, sztuczne zastawki serca, płytki do pokrywania ubytków czaszki itp. Zwolnieni

są od opłat cudzoziemcy dewizowi, którzy przybyli do Polski na zaproszenie Towarzystwa Łączności z Polonią Zagraniczną na wniosek tego Towarzystwa.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5.IV.1975 r. w sprawie jednolitych metod postępowania przy zapobieganiu i zwalczaniu niektórych chorób zakaźnych (Dz. U. nr 9 poz. 54).

Stosownie do § 1 ust. 2 omówionego rozporządzenia Ministra ZiOP podano tabelę okresów wylegania zaraźliwości oraz izolacji chorych i osób podejrzanych o zakażenie oraz zasady przeprowadzania dezynfekcji i dezynsekcji (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 10, poz. 35).

Instrukcja nr 9/75 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10.V.1975 r. zmieniająca instrukcję w sprawie udzielania świadczeń leczniczych przez zakłady społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 11 poz. 36).

W instrukcji nr 13/72 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28.XI.1972 r. w sprawie udzielania świadczeń leczniczych przez zakłady społeczne służby zdrowia prowadzącym gospodarstwa rolne (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 23—24, poz. 103) do § 1 ust. 2 dodano pkt. 4 i 5. Nowy pkt. 4 i 5 rozciąga bezpłatne świadczenia lecznicze na osoby, których gospodarstwa rolne zostały wyłączone po dniu 1 stycznia 1972 r. oraz osoby, których głównym źródłem utrzymania jest produkcja pieczarek i ich grzybnia.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16.VI.1975 r. w sprawie wysokości opłat za badania histopatologiczne wykonywane przez akademie medyczne oraz w ramach środków specjalnych przez zakłady społeczne służby zdrowia (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 13 poz. 43).

Zarządzenie ustala wysokość opłaty za badania histopatologiczne wykonane przez akademie medyczne na zlecenie zakładu służby zdrowia. Opłata wynosi 80 zł i obejmuje zbadanie wycinków jednego narządu ciała łącznie z diagnozą.

Instrukcja nr 15/75 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10.V.1975 r. w sprawie trybu postępowania jednostek organizacyjnych służby zdrowia w sytuacjach awaryjnych (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 15 poz. 53).

Instrukcja w sposób szczegółowy normuje sposób postępowania w sytuacjach awaryjnych oraz określa kiedy mamy do czynienia z sytuacją awaryjną. Przez sytuację awaryjną należy rozumieć w szczególności:

- 1) katastrofy, wypadki komunikacyjne i lotnicze, które spowodowały lub mogły spowodować liczne ofiary w ludziach,
- 2) klęski żywiołowe jak: powódzie, pożary, sztormy na morzu oraz masowe wypadki w górnictwie, przemyśle itp.,
- 3) wystąpienie zachorowań lub znaczne zagrożenie wystąpienia:
 - a) chorób, których zwalczanie regulują międzynarodowe przepisy zdrowotne (Dz. Urz. M.Z. i O.S. z 1971 r. nr 8 poz. 38) tj. ospa prawdziwa, cholera, dżuma i żółta gorączka,
 - b) innych chorób, co do których stosuje się przepis art. 13 ustawy z dnia 13.XI.1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. nr 50, poz. 279) jak zbiorowe zatrucie pokarmowe, ogniska epidemiczne duru brzuszego, duru wysypkowego itp.,
- 4) masowe zatrucia lub inne, niż określone w pkt. 3, masowe zachorowania groźne dla zdrowia i życia ludzkiego,
- 5) wypadki i inne okoliczności stwarzające zagrożenie ze strony substancji toksycznej, cieczy żrących, materiałów wybuchowych oraz substancji radioaktywnych — połączone z zagrożeniem życia ludzkiego,
- 6) inne sytuacje wymagające prowadzenia akcji ratowniczej.

W sytuacji awaryjnej jednostki organizacyjne służby zdrowia mają obowiązek:

- zapewnienia szybkiej i efektywnej pomocy medycznej osobom poszkodowanym lub chorym
- rozwinięcie skutecznej akcji przeciwdziałającej powstałemu zagrożeniu
- współdziałanie z innymi służbami i instytucjami, których zadaniem jest udzielenie pomocy w sytuacji awaryjnej.

W razie wystąpienia sytuacji awaryjnej, jeśli liczba poszkodowanych lub chorych przekracza 5 osób, należy przekazać odpowiedni meldunek lekarzowi dyżurnemu województwa. Gdy liczba poszkodowanych lub chorych przekroczy 10 osób, lekarz dyżurny województwa przekazuje odpowiedni meldunek lekarzowi dyżurnemu kraju.

W razie wystąpienia chorób zakaźnych lub zbiorowego zatrucia pokarmowego, należy zawiadomić państwowego terenowego inspektora sanitarnego.

O wystąpieniu sytuacji awaryjnej należy zawiadomić również:

- 1) właściwy terenowy organ administracji państwowej,
- 2) właściwą terenową instancję PZPR,
- 3) właściwą jednostkę MO,
- 4) w zależności od potrzeby — inne właściwe instytucje (Komenę Straży Pożarnej itp.).

Szczegółowe zadania dla zakładów i jednostek organizacyjnych służby zdrowia zostały określone w wytycznych, które stanowią załącznik do omawianej instrukcji.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 lipca 1975 r. w sprawie opłat za badania mikrobiologiczne i serologiczne wykonywane przez akademie medyczne na zlecenie zakładów służby zdrowia (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 16, poz. 55).

Zarządzenie zawiera załącznik, w postaci cennika opłat za badania mikrobiologiczne i serologiczne. Za badania mikrobiologiczne nie wymienione w cenniku, pobiera się opłaty na podstawie kalkulacji kosztów tych badań.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1975 r. w sprawie określania zadań i uprawnień z zakresu ochrony zdrowia, należących do organów powiatowych administracji państwowej, które przejmują odpowiednie organy stopnia wojewódzkiego (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 18, poz. 66).

Wprowadzenie dwustopniowego podziału administracyjnego Państwa spowodowało zniesienie powiatowych wydziałów zdrowia, które były aparatem wykonawczym powiatowych organów administracji państwowej. W myśl zarządzenia wojewodowie przyjęli następujące zadania i uprawnienia należące w myśl rozporządzenia i zarządzeń dotychczas do powiatowych organów Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej administracji państwowej:

- 1) określone w § 5 ust. 1 i § 6 ust. 1 rozporządzenia z 2.VIII.1951 r. w sprawie rejestracji fachowych pracowników służby zdrowia oraz zasad powoływania ich na stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. nr 43, poz. 328);
- 2) określone w § 8 i § 13 ust. 2 rozporządzenia z 29.VIII.1958 r. w sprawie zajęć, których wykonywanie jest zabronione osobom dotkniętym chorobami wenerycznymi (Dz. U. nr 56, poz. 276);
- 3) określone w § 7 ust. 1, § 8 i 13 ust. 2 i 3 rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 1958 r. w sprawie warunków zdrowia wymaganych ze względów sanitarno-epidemiologicznych od osób wykonujących niektóre zajęcia zarobkowe (Dz. U. nr 56, poz. 275);
- 4) określone w § 5 ust. 1, w § 8 ust. 2 i § 10 ust. 3 rozporządzenia z 19.XII.1959 r. w sprawie przerwania ciąży (Dz. U. z 1960 r. nr 2, poz. 15);
- 5) określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia z 25.VII.1960 r. w sprawie zasad przeprowadzania badań mających na celu wykrywanie i leczenie gruźlicy (Dz. U. nr 40, poz. 245);
- 6) określone w § 2, § 20 i § 21 ust. 1 i 2 rozporządzenia z 19.IV.1961 r. w sprawie komisji społeczno-lekarskich do spraw przymusowego leczenia alkoholików (Dz. U. nr 22, poz. 109);
- 7) określone w § 4 i § 7 ust. 1 i 2 rozpo-

rzządzenia z 2.IX.1964 r. w sprawie badań lekarskich mających na celu wykrywanie chorób wenerycznych (Dz. U. nr 34, poz. 223); 8) określone w § 3 ust. 2, § 4 ust. 2 i § 10 ust. 3 rozporządzenia z 29.II.1968 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. nr 7, poz. 42); 9) określone w § 2 ust. 1, § 3 3ust. 1 i § 9 rozporządzenia z 24.X.1970 r. w sprawie warunków i trybu usprawiedliwienia niestawiennictwa z powodu choroby uczestników procesu w sprawach karnych (Dz. U. nr 27, poz. 218); 10) określone w § 17 ust. 5, § 19 ust. 2, § 20 ust. 1 i § 25 rozporządzenia z 2.VIII.1974 r. w sprawie zasad zaopatrywania ludności w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. U. nr 26, poz. 154); 11) określone w § 1 ust. 2 zarządzenia z 27.XI.1959 r. w sprawie leczenia poborowych w zakładach społecznych służby zdrowia (Mon. Pol. Nr 98, poz. 529); 12) określone w § 2 zarządzenia z 29.VIII.1960 r. w sprawie udzielania świadczeń przez organy i zakłady kolejowej służby zdrowia w zakresie zwalczania gruźlicy oraz zasad współpracy w tym zakresie z organami i zakładami podległymi Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej (Dz. Urz. MZiOS nr 19, poz. 89); 13) określone w § 2 ust. 2, § 5, § 8 i § 14 zarządzenia z 29.IX.1964 r. w sprawie warunków i trybu świadczenia zabiegów balneologicznych i fizykoterapeutycznych wykonywanych przez łaźnie komunalne (Mon. Pol. nr 76, poz. 356); 14) określone w § 1 ust. 1 zarządzenia z 10.IV.1968 r. w sprawie kontroli warunków pracy i prawidłowości zatrudnienia inwalidów w zakładach pracy (Mon. Pol. nr 21, poz. 138); 15) określone w § 3 zarządzenia z 18.IV.1968 r. w sprawie zasad i trybu opracowywania planów zatrudnienia inwalidów (Mon. Pol. nr 21, poz. 137); 16) określone w § 2, § 3 ust. 1, § 4, § 7 ust. 1, § 8 i § 9 zarządzenia z 18.IV.1968 r. w sprawie współdziałania pomiędzy wydziałami zdrowia i opieki społecznej a wydziałami zatrudnienia prezydiów rad narodowych (Mon.

Pol. nr 21, poz. 139); 17) określone w § 1 ust. 1, § 6 ust. 1 i 2 i w § 13 zarządzenia z 4.VI.1968 r. w sprawie przeprowadzania przeglądów lekarskich dla celów powszechnego obowiązku obrony (Mon. Pol. nr 25, poz. 163)); 18) określone w § 7 ust. 1 zarządzenia z 28.IV.1972 r. w sprawie pomocy organizatorom placówek wczasów dla dzieci i młodzieży w zapewnieniu uczestnikom opieki higieniczno-lekarskiej (Dz. Urz. MZiOS nr 11, poz. 46).

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31.VII.1975 r. w sprawie obszarów działania niektórych jednostek resortu zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 18, poz. 67).

W załącznikach do zarządzenia zamieszczone zostały aktualne obszary działania: szpitali klinicznych i innych jednostek klinicznych akademii medycznych, 2) szpitali i sanatoriów udzielających świadczeń z zakresu gruźlicy i pulmonologii 3) zakładów udzielających świadczeń z zakresu onkologii, 4) wojewódzkich stacji kwiodawstwa, 5) zakładów rehabilitacji leczniczej. Regionalny zasięg terytorialny Akademii Medycznej obejmuje województwo stołeczne warszawskie i województwo płockie. W tym samym dzienniku ogłoszona instrukcja nr 18/75 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29.VII.1975 r. zmieniająca instrukcję w sprawie nadzoru specjalistycznego, oraz komunikat w sprawie ogłoszenia aktualnego tekstu Instrukcji nr 7/74 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1.VII.1974 r. w sprawie nadzoru specjalistycznego (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 18, poz. 69).

Wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 9.IX.1975 r. w sprawie dokonywania zabiegu przeszczepienia nerek (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 21, poz. 79).

Postęp nauk medycznych stwarza podstawę do stosowania zabiegu przeszczepienia nerek. Przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia nerek może być dokonane jedynie przez upoważnione jednostki organizacyjne akademii medycznej. Do czasu wydania

szczególonych przepisów w zakresie pobierania i przeszczepienia organów, przy dokonywaniu zabiegów przeszczepienia nerki należy stosować przepisy dotychczasowe i zasady podane w wytycznych. Pamiętać należy, że pobieranie nerki ze zwłok dla potrzeb leczniczych może nastąpić przy zachowaniu warunków określonych w art. 40 przepisów o zakładach leczniczych w brzmieniu nadanym ustawą z 30. XII.1949 r. w sprawie zmiany rozporządzenia o zakładach leczniczych (Dz. U. nr 65, poz. 530). Przy czym przez użyte w tym przepisie pojęcie „tkanki”, należy rozumieć zespoły tkanek, jako określone narządy, w tym również nerki.

CZAS PRACY

Instrukcja nr 7/75 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29.I.1975 r. w sprawie rozkładu czasu pracy niektórych pracowników zakładów służby zdrowia (Dz. Urz. M.Z.iO.S. nr 4 poz. 15).

Obowiązki i uprawnienia w tym czasie pracy zostały określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326). Wydana instrukcja ma na celu jednolite stosowanie przepisu § 5 ust. 1 i § 7 cytowanego rozporządzenia Rady Ministrów.

Zgodnie z instrukcją rozkład pracy pielęgniarek, położnych, techników medycznych, salowych i noszowych, powinien być stosowany na podstawie ustalonych harmonogramów pracy określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy. Harmonogram powinien obejmować cztery tygodnie tj. 28 dni kalendarzowych niezależnie od podziału roku na miesiące. Pozostałe dni danego miesiąca przenosi się następny czterytygodniowy okres. W okresie rozliczeniowym czterech tygodni określony w harmonogramie czas pracy nie może przekraczać 192 godzin.

Instrukcja także normuje pracę w godzinach nadliczbowych oraz określa

zasady wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych. Podaje również kto może być zobowiązany do pracy w systemie zmianowym. Do pracy w systemie zmianowym zobowiązani są pracownicy:

- komórek organizacyjnych zapewniających całodobową opiekę nad pacjentem (np. szpitale, sanatoria),
- pracownicy medyczni innych jednostek i komórek organizacyjnych, w których świadczenia profilaktyczno-lecznicze udzielane są 12 godzin i więcej w ciągu doby.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24.VII. 1975 r. w sprawie określenia kierowniczych i innych samodzielnych stanowisk pracy pracowników ekonomicznych i administracyjnych (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 17, poz. 59).

Pracownikami ekonomicznymi i administracyjnymi na stanowiskach kierowniczych i samodzielnych są: główny księgowy, zastępca głównego księgowego, kierownik działu, kierownik samodzielnej sekcji, kierownik sekcji, radca prawny, specjalista, zakładowy inspektor BHP, kierownik kancelarii, kierownik zespołu warsztatów, kierownik warsztatu, kierownik składnicy zapotrzenia, kierownik zespołu magazynów, kierownik magazynu, kierownik kuchni, kierownik stołówki, kierownik pralni. Pracownikom tym przysługuje czas wolny za pracę wykonywaną poza normalnymi godzinami pracy w nocy oraz w niedzielę lub święta.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2.XII.1975 r. w sprawie ustalenia wymiaru obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych dla nauczycieli akademickich w akademiach medycznych (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 23—24, poz. 87).

Wymiar obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych został ustalony na zasadach określonych w zarządzeniu nr 15 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z 18.VI.1975 r. w sprawie ustale-

nia dla nauczycieli akademickich wymiaru obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych (Dz. Urz. M. Sz. W i T nr 8, poz. 40). Obowiązkowy wymiar zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych powinien być ustalony w wysokości nie niższej niż: a) 500 godzin dla nauczycieli akademickich przygotowujących rozprawę doktorską lub habilitacyjną; b) 300 godzin dla pozostałych nauczycieli akademickich. Jeżeli nauczyciel akademicki uzyskał w ciągu roku akademickiego stopień naukowy doktora lub dra hab. obowiązkowy wymiar zajęć ulega odpowiedniemu zmniejszeniu. Obowiązkowy wymiar zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych ustala się w godzinach na okres roku akademickiego. Zarządzenie w sprawie ustalenia dla nauczycieli akademickich wymiaru obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych weszło w życie z dniem ogłoszenia z mocą od 1.IX.1975 roku.

Instrukcja nr 20/75 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 23.XII.1975 r. w sprawie udostępnienia niektórych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w godzinach wieczornych oraz w niedziele i święta (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 23—24, poz. 91).

W celu zapewnienia łatwiejszego dostępu do świadczeń leczniczych mieszkańcom miast, instrukcja zaleca w miarę możliwości przedłużenie godzin pracy placówek służby zdrowia.

ZATRUDNIENIE, WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ, INNE NALEŻNOŚCI PRACOWNIKÓW

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 września 1975 r. w sprawie określenia obszarów, na których występuje niedobór kadr medycznych (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 21, poz. 76).

Zarządzenie wymienia województwa, które zostały uznane za obszary na których występuje niedobór kadr medycznych. Fachowi pracownicy służby zdrowia podejmujący po raz pierwszy pracę na tych obszarach,

otrzymują zasiłek na zagospodarowanie. Wysokość przysługującego zasiłku określona została w rozporządzeniu Rady Ministrów z 27.XII.1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326).

Rozporządzenie Rady Ministrów z 29.XI.1975 r. w sprawie bezpłatnych urlopów dla matek pracujących, opiekujących się małymi dziećmi (Dz. U. nr 43, poz. 219).

Rozporządzenie ustala korzystniejsze warunki korzystania z urlopów bezpłatnych przez matki opiekujące się małymi dziećmi. Do najistotniejszych zmian należy m.in. możliwość pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy przez matkę opiekującą się małymi dziećmi. Podjęcie — przez pracownicę korzystającą z urlopu bezpłatnego — nauki na podstawie skierowania zakładu pracy. Pracownica skierowana do szkoły (szkoły wyższej) może otrzymać zwrot kosztów przejazdu.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 27.IX.1975 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników zatrudnionych w zakładach naprawczych sprzętu medycznego i zakładach ortopedycznych (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 22, poz. 81).

Zarządzenie dotyczy pracowników zatrudnionych w zakładach lub warsztatach konstrukcyjno-naprawczych i ortopedycznych.

W załącznikach do zarządzenia podane zostały tabele: miesięcznych stawek wynagrodzeń zasadniczych, zaseregowań oraz taryfikator kwalifikacyjny pracowników umysłowych, dodatków funkcyjnych dla pracowników na stanowiskach kierowniczych, płac i zasady wynagradzania oraz premiowania pracowników fizycznych.

Ponadto w zarządzeniu określone zostały zasady premiowania pracowników umysłowych.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 24. XII.1975 r. w sprawie wynagradzania pracowników medycznych za dodatkowe czynności (Dz. Urz. M.Z. i O.S. nr 23—24, poz. 85).

Zarządzenie ustala wynagrodzenie za wykonywanie poszczególnych dodatkowych prac. Wynagrodzenie może być wypłacone pracownikom wykonującym dodatkowe prace nie wchodzące w zakres obowiązków wynikających z umowy o pracę, poza miejscem podstawowego lub dodatkowego zatrudnienia.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 18.XII.1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym (Dz. U. nr 46, poz. 254).

Rozporządzenie ustala wynagrodzenie biegłych za wykonaną pracę, wynagrodzenie jednostek organizacyjnych akademii medycznej i instytutów naukowo-badawczych oraz zakładów służby zdrowia w postępowaniu przed sądami.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 10.IX.1975 r. w sprawie warunków odpowiedzialności materialnej pracowników za szkodę w powierzonym mieniu (Dz. U. nr 35, poz. 191).

Rozporządzenie jest aktem wykonawczym do kodeksu pracy. Ustala korzystniejsze warunki odpowiedzialności materialnej pracowników za szkodę w powierzonym im mieniu z obowiązkiem wyliczenia się lub zwrotu.

Pismo okólne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 25.VII.1975 r. w sprawie nie zawieszania prawa do emerytury lub renty rencistom zatrudnionym w niektórych rodzajach usług, w handlu i gastronomii. (Dz. Urz. ZUS nr 8, poz. 22).

Pismo podaje dalsze decyzje Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych podjęte stosownie do zasad określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z 2. I.1974 r. w sprawie nie zawieszania prawa do emerytury lub renty rencistom zatrudnionym w niektórych rodzajach usług, w handlu i gastronomii (Dz. U. nr 1, poz 3).

Osobom zatrudnionym w zakładach społecznych służby zdrowia, zakładach pomocy społecznej i zakładach rehabilitacji zawodowej inwalidów oraz u-

społecznionych zakładach wytwarzających sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny, nie zawiesza się prawa do emerytury lub renty. Podobnie nie zawiesza się prawa do emerytury lub renty profesorom, docentom oraz wykonującym prace naukowo-badawcze, dydaktyczne oraz doradztwo naukowo-techniczne w PAN-ie, szkołach wyższych i instytucjach naukowych. Pod warunkiem podjęcia zatrudnienia zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i w niepełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę lub wykonanie czynności na podstawie umowy — zlecenia lub umowy o dzieło, jeżeli zarobki ich nie przekraczają 2 tys. zł miesięcznie albo 24 tys. zł rocznie.

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE, ZAOPATRZENIE EMERYTALNE I RENTOWE

Ustawa z 23.X.1975 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. nr 34, poz. 185).

Ustawa wprowadziła zmiany do obowiązujących przepisów 1974 r. Zmiany dotyczą głównie wysokości zasiłku chorobowego, który zależny jest obecnie od okresu zatrudnienia i wynosi: 100% wynagrodzenia dla pracowników posiadających okres zatrudnienia dłuższy niż 8 lat, 80% wynagrodzenia przy zatrudnieniu od 3 do 8 lat i 75% gdy okres zatrudnienia jest krótszy niż 3 lata, dalej wysokość zasiłku wyrównawczego, podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego oraz wysokość zasiłku opiekuńczego.

Obwieszczenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z 24.X.1975 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy z 17.X.1975 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. nr 34, poz. 188).

Ustawa z 23.X.1975 r. o dalszym zwiększeniu świadczeń dla kombatantów i więźniów obozów koncentracyjnych (Dz. U. nr 34, poz. 186). Zwiększenie świadczeń dla kombatantów i

więźniów obozów koncentracyjnych jest wyrazem uznania zasług dla tych, którzy walczyli o narodowe i społeczne wyzwolenie ojczyzny, przeszli gehennę w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. Stanowi wyraz troski Państwa o poprawę warunków socjalno-bytowych i coraz lepszej opieki zdrowotnej dla tego środowiska.

Rozporządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z 31.VII.1975 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasiłków rodzinnych (Dz.U. nr 27. poz. 143).

Rozporządzenie wprowadziło zmiany w §§ 6 i 16 rozporządzenia Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z 31.V.1974 r. w sprawie zasiłków rodzinnych (Dz. U. nr 21, poz. 127). Podobnie uległ zmianie załącznik nr 2 do tego rozporządzenia. Załącznik nr 2 w nowym brzmieniu określa w 13 punktach stany fizyczne, psychiczne i psychofizyczne uzasadniające wypłatę zwiększonego zasiłku rodzinnego o kwotę 500 zł.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 24. X.1975 r. w sprawie zasad określenia zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz pokrywania wydatków na te zasiłki (Dz.U. nr 35, poz. 193).

Rozporządzenie m.in. ustala podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, zwłaszcza składniki uzupełniające wchodzące w skład tej podstawy w uspołecznionych zakładach pracy, podstawę wymiaru zasiłku przy przyjęciu okresu krótszego i dłuższego niż miesiąc oraz zasiłku dla osób, które ostatnio pracowały za granicą, sposób obliczania zasiłku przy dwóch lub więcej zatrudnieniach, jakie okresy zatrudnienia uwzględnia się przy ustaleniu wysokości zasiłku i inne zagadnienia. Rozporządzenie zawiera dwa załączniki: 1) wymierne składniki wynagrodzenia uwzględnione przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, m. in. na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dodatek za wystugę lat uwzględnia się

przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego (Dz. Urz. MZiOS z roku 1976 nr 5, poz 13) 2) podaje składniki wynagrodzenia nie uwzględnione przy ustaleniu wymiaru zasiłku macierzyńskiego.

Zarządzenie nr 38 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 24.X.1975 r. wprowadzające instrukcję w sprawie świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. Urz. ZUS nr 10—13, poz. 26).

Instrukcja wprowadzona zarządzeniem Prezesa ZUS-u ma zastosowanie do wszystkich zakładów pracy, którym powierzona została wypłata świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego i zakładów pracy pokrywających wydatki na zasiłki ze środków własnych oraz do oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ma ona na celu usprawnienie załatwiania spraw ubezpieczonych w zakresie ustalenia uprawnień, obliczania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz zabezpieczenia prawidłowej gospodarki funduszami przeznaczonymi na ten cel.

Instrukcja składa się z następujących rozdziałów: 1) Prawo do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, 2) zasiłki chorobowe, 3) zasiłki wyrównawcze, 4) zasiłek porodowy, 5) zasiłek macierzyński, 6) zasiłek opiekuńczy, 7) zasiłek pogrzebowy, 8) podstawa wymiaru zasiłków i sposób ich obliczania, 9) Postępowanie w sprawach zasiłków, 10) Wypłata zasiłków w zakładach pracy, 11) Dokumentacja i dowody wymagane do uzyskania zasiłków, 12) Renta chorobowa, 13) Szczególne warunki ustalenia uprawnień do zasiłków, 14) Przepisy przejściowe.

Prawie każdy rozdział jest ilustrowany przykładem, co w poważnym stopniu ułatwia ustalenia prawa do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego. Instrukcja zawiera wzory pism oraz tabele ułatwiające obliczanie zasiłków chorobowych.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 3.X.1975 r. w sprawie podstawy wymiaru renty tytułem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, świadczeń dla pracowników, którzy ulegli wypadkom w szczególnych okolicznościach oraz świadczeń dla osób nie będących pracownikami (Dz. U. nr 33, poz. 179).

Rozporządzenie m. in. ustala: 1) podstawę wymiaru renty dla pracownika, który stał się inwalidą wskutek wypadku przy pracy albo wskutek choroby zawodowej w okresie przygotowania zawodowego lub w czasie wstępnego stażu pracy, podstawą wymiaru renty inwalidzkiej dla pracownika, który stał się inwalidą wskutek wypadku przy pracy albo wskutek choroby zawodowej przed ukończeniem 25 lat lub okresie pięciu lat od podjęcia pierwszej pracy albo w okresie podnoszenia kwalifikacji, podstawę wymiaru renty rodzinnej w razie śmierci pracownika wskutek choroby zawodowej lub wypadku przy pracy, prawo do renty w razie wykonywania zajęć, wymienionych w rozporządzeniu w 10 punktach, prawo do renty dla osób, które uległy wypadkowi w czasie pracy za granicą. Ponadto rozporządzenie upoważnia, w uzasadnionych przypadkach Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do przyznawania renty osobie, która wykonywała czynności na rzecz uspołecznionego zakładu pracy na podstawie innej niż umowa o pracę.

Równocześnie dokonano zmian w rozporządzeniu Rady Ministrów z 5. XII.1974 r. w ustaleniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (Dz. U. nr 47, poz. 287).

Okólnik nr 21 Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 26.VI.1975 r. w sprawie ustalenia podstawy wymiaru świadczeń emerytalno-rentowych dla pracowników uspołecznionych zakładów pracy, którzy w okresie ostatnich 12 albo kolejnych 24 miesięcy zatrudnienia pobierali zasiłki z ubezpieczenia społecznego (Dz. Urz. ZUS nr 8, poz. 19).

Ustalając podstawę wymiaru emerytury lub renty dla pracownika uspo-

łecznionego należy przyjąć — jeżeli jest to korzystniejsze — do zarobków z okresu ostatnich 12 albo kolejnych 24 miesięcy zatrudnienia również zarobki z tego miesiąca lub miesięcy, w których pracownik za część miesiąca otrzymał 100% zasiłek chorobowy, opiekuńczy lub macierzyński, bez względu na to, czy okres pobierania zasiłku był dłuższy lub krótszy niż 5 dni w miesiącu.

Okólnik nr 25 Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 9.VII.1975 r. w sprawie przyznawania zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego za czas opieki nad dzieckiem w razie śmierci matki dziecka przy porodzie lub w ciągu 4 miesięcy po porodzie (Dz. Urz. ZUS nr 8, poz. 21).

Zgodnie z wykładnią dokonaną przez Ministerstwo Pracy, Płac i Spraw Socjalnych, zakłady pracy powinny uznawać za usprawiedliwioną nieobecność w pracy pracownika — ojca dziecka w razie śmierci matki dziecka przy porodzie lub w krótkim okresie po porodzie. Za czas takiej niobecności w pracy należy pracownikowi — ojcu dziecka przyznawać — do czasu ukończenia przez dziecko 4 miesięcy życia — zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego dziecka pracownikowi — ojcu dziecka — zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego należy przyznawać do ukończenia przez dzieci 6 miesięcy życia.

Przyznanie zasiłku macierzyńskiego nie ogranicza uprawnień pracownika — ojca dziecka w zakresie zasiłku opiekuńczego.

Zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego może być przyznawany pracownikowi — innemu członkowi najbliższej rodziny rodziców dziecka, jeśli ojciec nie żyje, został pozbawiony władzy rodzicielskiej lub nie może z innych ważnych przyczyn zapewnić opieki dziecku.

Zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego przysługuje pracownikowi — ojcu dziecka lub członkowi najbliż-

szej rodziny rodziców dziecka — bez względu na to czy matka dziecka była w chwili śmierci zatrudniona.

RÓŻNE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 26.VI.1975 r. w sprawie ustalenia wysokości sumy należnej Skarbowi Państwa od absolwentów akademii medycznych (Dz. U. nr 22, poz. 120).

Absolwenci akademii medycznych, którzy uchylają się od wykonania obowiązku wynikającego z przepisów ustawy z 25.II.1964 r. o zatrudnieniu absolwentów szkół wyższych (Dz. U. nr 8, poz. 48), obowiązani są do zwrotu Skarbowi Państwa tytułem częściowego zwrotu kosztów wykształcenia następujących kwot pieniężnych:

- 1) absolwenci wydziałów lekarskich 185.000 zł
- 2) absolwenci wydziałów stomatologicznych 145.000 zł
- 3) absolwenci wydziałów farmaceutycznych 120.000 zł
- 4) absolwenci wydziałów pielęgniarских 40.000 zł

Zarządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z 26.VI.1975 r. w sprawie ryczałtów za noclegi podczas podróży służbowych na obszarze kraju (Mon. Pol. nr 21, poz. 126).

Zarządzenie ustala nowe korzystniejsze zryczałtowane stawki za noclegi podczas podróży służbowych.

Opr. *Mgr Stanisław Zaworczyński*
Radca prawny AM

Z życia SSKN

*Doc. dr hab. Bogdan Kamiński *)*

UWAGI O STUDENCKICH KOŁACH NAUKOWYCH

Aby szkoła wyższa mogła właściwie wypełniać swoje zasadnicze zadanie — kształcić fachowców określonej dziedziny, musi się posługiwać wieloma metodami nauczania. Obok przekazywania wiedzy zawodowej szkoła wyższa ma też obowiązek formowania młodego człowieka. Jest to kontynuacja długotrwałego procesu rozpoczynanego przez rodziców, a dalej prowadzonego przez szkołę podstawową, organizacje wychowawcze i inne środowiska społeczne. Proces ten nie jest bynajmniej zakończony w wieku lat 18, gdy zwykle rozpoczyna się studia wyższe.

Powszechnie wiadomo, że tradycyjne sposoby oddziaływania dydaktycznego i wychowawczego, jak wykłady, seminaria, ćwiczenia, uznawane są za formy skostniałe. Nawet młody asystent powtarzający stale ten sam program, po 4—5 latach wpada w rutynę i znudzenie, które łatwo udziela się słuchaczom. Potrzebne są więc stale poszukiwania nowych form, podejmowane wspólnie z nauczonymi. Na tym — w moim przekonaniu — polega partnerstwo edukacji, nie zaś na wzajemnym wypominaniu sobie niedostatków stale tych samych metod: z jednej strony metod nauczania, wywodzących się z kilkusetletnich tradycji uniwersyteckich, z drugiej strony — sposobu przyswajania wiedzy, jako umiejętności nabytej przez poprzednie lata edukacji.

Formą otwartą, a więc zmienną i dzięki temu stale żywą, są koła naukowe. Jest to eksperyment dla obu partnerskich stron: nauczycieli i nauczanych. Niełatwo nawet powiedzieć, która strona korzysta z tego eksperymentu więcej.

Dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności dobry fachowiec opiekujący się kołem bywa nieraz zaledwie jakim takim pedagogiem i nic w tym dziwnego, bo mało który z asystentów szykował się do kariery pedagogicznej, a chyba naprawdę żaden nie ma do niej przygotowania fachowego. Koło przez niego kierowane gromadzi dobrą młodzież, budzi zainteresowanie, jak się to mówi „przynosi sukces”.

Co można nazwać sukcesem koła naukowego? Innymi słowy, co jest zadaniem koła naukowego?. Pozostawiając na boku ogólniki sformułowałbym te zadania w sposób następujący:

1. Nabycie umiejętności skupiania się na określonej dziedzinie, problemie czy pytaniu. Po kilkunastoletnim kształceniu „encyklopedycznym” nie jest to łatwe.
2. Wychowanie nawyków dyskusji, myślenia niezależnego, dbałości o precyzję sformułowań (dyskusja jest bowiem „piętą achillesową” wszystkich posiedzeń, z naukowymi włącznie).

*) Zakład Anestezjologii AM

3. Wyrobienie przekonania, że język rodzimy nie wystarcza do komunikowania się wśród fachowców. To zadanie kolo naukowe mogłoby oczywiście odstąpić dobremu studium języków obcych, ale nie jest to sprawą prostą, gdyż większość studiów to placówki o poziomie nierównym.

4. W miarę możliwości — dostarczenie członkowi koła wiadomości fachowych z określonej wąskiej dziedziny wiedzy. Jest to jednak metoda działania, a nie cel ostateczny.

Wspólnym mianownikiem wszystkich powyższych działań jest wychowanie rozumnego człowieka, wykorzystującego najekonomiczniej swoje wrodzone uzdolnienia oraz nabyte wiadomości.

Powyższe uwagi mają zastosowanie w każdej szkole wyższej, jak również i w każdej specjalności.

Metodyka pracy koła naukowego musi już być dostosowana do kierunku studiów, specjalności, a także do osobowości opiekuna. Naukowiec będzie uczył podczas czynności naukowych, lekarz praktyk — przy łóżku chorego, organizator — przy naprawianiu błędów organizacyjnych itp.

Po tym teoretycznym wstępie można już krótko przedstawić zasady pracy koła w Zakładzie Anestezjologii AM.

Przez 12 lat jego działalności pracowało w nim 70 studentów. Obecnie liczy cno 44 członków w 3 sekcjach, notabene 16 spośród dawnych członków koła jest obecnie pracownikami zakładu, a dalszych 7 zostało anestezjologami w innych szpitalach. Nie przeczy to jednak punktowi 4 z mojej tabelki; był to bowiem po prostu korzystny „produkt uboczny” naszej działalności.

Praca w kole obejmuje:

1. Regularne i punktualne spotkania, na których zasadnicze miejsce ma dyskusja, a nie wstępny referat (choć i ten jest oceniany przez zgromadzonych wnikliwie i surowo). Tematy posiedzeń muszą obejmować wiedzę ściśle specjalistyczną, dziedziny z pogranicza oraz ogólną problematykę kliniczną (cieszącą się wielkim zainteresowaniem).
2. Obowiązkowe dyżury popołudniowo-wieczorne, których celem jest przede wszystkim kontakt z asystentem, a nie nauka zawodu.
3. Samodzielne lub zespołowe obserwacje naukowe. Nie oczekujemy tu większych sukcesów; rok pracy studenta jest bowiem krótki, trwa od listopada do kwietnia. Zapewne można osiągnąć więcej, rozkładając pracę na parę sezonów.
4. Przygotowanie publicznych wystąpień czy posiedzeń, stanowiących bodziec organizacyjny.
5. Przygotowanie do pracy zawodowej. Wymaga to podjęcia pracy w określonym wymiarze godzinowym (oczywiście na zwykłych zasadach finansowych). Obecnie 21 członków koła (ok. 50%) pracuje w zakładzie w wymiarze 1/4 etatu; te 50 godzin miesięcznie to 3 dyżury popołudniowo-nocne lub 2 dobowe. Z pewnością nie jest to nadmierne obciążenie dla przeciętnego studenta.

Zamierzamy wykorzystać starszych członków koła do działalności dydaktycznej, regularnie organizować „lekkie” zajęcia naukowe (konkursy, quizy) wymyślać atrakcyjne metody doskonalenia języków obcych. No i wciąż poszukiwać nowych sposobów działania. Dotychczasowa praca koła dowodzi, że pomaga ono wykształcić żywsze umysły, aktywniejszych lekarzy, światlejszych obywateli. Zaś opiekunom koła działalność ta przynosi wiele satysfakcji i przyjaźni, choć w świetle przepisów nie jest wliczana do pracy dydaktycznej.
Honny soit qui mal y pense!

Jan Walewski *), Włodzimierz Czarnecki **)

RAPORT O STANIE STUDENCKIEGO RUCHU NAUKOWEGO AM

Podstawowym zadaniem studenckiego ruchu naukowego jest zapewnienie każdemu członkowi koła naukowego optymalnych warunków rozwoju w kierunku przygotowania do pracy badawczej w medycynie oraz głębszego przygotowania do przyszłego zawodu.

Sekretariat SSKN stwierdza na podstawie doświadczeń zdobytych w okresie upływającej kadencji 1974—1976 r., że studencki ruch naukowy nie spełnia tego zadania w dostatecznym stopniu. W związku z powyższym Sekretariat SSKN dokonał analizy aktualnej sytuacji w studenckim ruchu naukowym i przedstawił Władzom Uczelnianym propozycje zmian, których należy dokonać, w postaci „Memoriału w sprawie poprawy efektywności pracy studenckiego ruchu naukowego AM w Warszawie”.

Poniżej przedstawiamy pełny tekst „Raportu o stanie studenckiego ruchu naukowego AM w Warszawie” ***).

Dane zawarte w niniejszym Raporcie dotyczą 21 studenckich kół naukowych. Zostały one zebrane przez członków Sekretariatu SSKN w czasie spotkań z członkami poszczególnych kół.

Celem tych spotkań było zebranie bezpośrednich informacji o pracy kół naukowych i przedstawienie „Memoriału SSKN w sprawie poprawy efektywności pracy studenckiego ruchu naukowego AM”. Raport niniejszy został przedstawiony przez Sekretariat SSKN dnia 23.02.1976 r. na posiedzeniu Rady Kół Naukowych.

W posiedzeniu tym uczestniczyło zaledwie 20% opiekunów studenckich kół naukowych.

Na podstawie wyników rozmów przeprowadzonych z członkami poszczególnych kół naukowych stwierdzamy co następuje:

1. Zdecydowana większość studentów i opiekunów kół naukowych uważa, że optymalną formą działalności studenta w kole jest praca w zespole asystencko-studenckim. Niemniej jednak zespoły takie funkcjonują jedynie w 14 kołach. Procent zaangażowania studentów w pracę zespołów waha się w różnych kołach od 0 do 100. 100% udziału członków koła w pracy zespołów stwierdza się tylko w 4 kołach. SKN przy Zakładzie Anestezjologii AM, SKN przy Zakładzie Histologii i Transplantologii AM, SKN przy II Klinice Chorób Wewnętrznych i SKN przy Oddziale Wewnętrznym Instytutu Chirurgii.

2. Zajęcia o charakterze szkoleniowym — zarówno w formie zebrań referatowych jak i w formie praktycznej — odbywają się w 13 kołach.

*) Przewodniczący SSKN

***) Sekretarz SSKN

***) Redakcja nie podziela wszystkich opinii zamieszczonych w „Raporcie”.

3. W 12 kołach studenci mają możliwość działalności praktycznej — udział w dyżurach, wykonywanie drobnych zabiegów, asystowanie do operacji, praca na etacie pielęgniarskim itp.

4. W 3 kołach studenci są włączani do pracy dydaktycznej — SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej, SKN przy Zakładzie Anatomii Prawidłowej, SKN przy Zakładzie Histologii i Transplantologii.

5. W 2 kołach są organizowane formy pogłębiania znajomości języka obcego (SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej i SKN przy Zakładzie Anestezjologii).

6. 3 koła zrezygnowały ze statutowej formy działalności: SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej, SKN przy Klinice Dermatologii, Koło Ochrony Środowiska przy Instytucie Biofarmacji.

7. Wnioski ogólne:

a) w dwóch grupach kół statutowa forma działalności wydaje się trudna do utrzymania: w kołach o niewielkiej liczbie członków i ich nieregularnym kontakcie z zakładem (kliniką) oraz przede wszystkim w kołach działających optymalnie — studenci pracują efektywnie w zespołach asystencko-studenckich a opiekunowie wykazują aktywne zainteresowanie pracą koła. W pierwszej grupie kół wszelkie formy administracji, stymulacji, wydają się niecelowe natomiast w drugiej nie ma potrzeby ich stosowania.

b) W większości kół obserwuje się u studentów głód działalności praktycznej będący wyrazem ograniczonych możliwości udziału w pracy badawczej oraz niedostatecznego obciążania ich pracą przez klinikę (zakład). Większość studentów traktuje swoje zajęcia praktyczne w ramach koła jako rekompensatę za brak satysfakcji poznawczej z programowych ćwiczeń.

c) Zespoły asystencko-studenckie funkcjonują najlepiej w tych kołach, w których zostały one ustanowione przez kierownika kliniki (zakładu). W tych przypadkach kierownik jest gwarantem ich trwałości i efektywności.

d) W wielu kołach podkreślano potrzebę opracowania koncepcji działalności wychowawczej studenckich kół naukowych, dotyczącej zwłaszcza kształtowania postaw etycznych pożądaných u przyszłych lekarzy i naukowców. Sprawa wydaje się tym pilniejsza, że działalność wychowawcza Uczelni jest minimalnie odczuwalna przez studentów w ogóle.

e) We wszystkich kołach oceniono pozytywnie projekt modyfikacji zasad realizowania indywidualnego programu studiów zawarty w memoriale SSKN. Przeważało jednak przekonanie, że podstawową trudnością w realizacji zawartych w „Memoriale” postulatów, jest daleko idąca niechęć poszczególnych klinik i zakładów do naruszania obowiązującego wszystkich schematu zajęć.

Obecnie stan realizacji indywidualnego programu studiów przedstawia się następująco:

- realizuje go 15 osób w skali uczelni będących członkami 7 studenckich kół naukowych,
- żadnej z tych osób nie udało się wprowadzić istotnych zmian w obowiązującym programie studiów,
- opiera się na systemie zajęć dodatkowych.

Jan Walewski, Włodzimierz Czarnecki

UCZELNIANA KONFERENCJA STUDENCKICH KÓŁ NAUKOWYCH

Dnia 10.4.1976 r. odbyła się uczelniana konferencja studenckich kół naukowych. Była to druga studencka konferencja naukowa — zaplanowana przez Stowarzyszenie Studenckich Kół Naukowych, jako przegląd naukowego dorobku studentów Akademii Medycznej i jednocześnie konkurs na najlepszą pracę naukową.

Konferencje tego typu, które będą odbywać się systematycznie w każdym roku akademickim stanowią forum uczelni, na którym podlega ocenie jedna z podstawowych funkcji studenckiego ruchu naukowego: przygotowanie studentów do przyszłej pracy twórczej w medycynie. Jury konferencji, w swoim ostatecznym werdykcie, odpowiada na pytanie: czy prace naukowe wykonywane przez studentów w kołach naukowych spełniają swoje zadanie jako trening metodologiczny do przyszłej pracy.

Prace zgłoszone przez studentów na konferencję były oceniane przez jury w składzie:

przewodniczący — doc. dr hab. Wojciech Kostowski
członkowie: — doc. dr hab. Andrzej Butkiewicz
doc. dr hab. Leszek Ceremurzyński
prof. dr hab. Stanisław Kozłowski
prof. dr hab. Stefan Kruś
dr Danuta Liszewska
doc. dr hab. Irena Smólska

Konferencja odbyła się w dwóch sesjach: sesji nauk podstawowych i sesji nauk klinicznych.

Ogółem zgłoszono 17 prac w ramach konkursu i 2 prace poza konkursem.

Autorzy przedstawionych prac reprezentowali 9 następujących kół naukowych:

SKN przy Zakładzie Anatomii Prawidłowej,
SKN przy I Klinice Chirurgii Dziecięcej,
SKN przy Klinice Chirurgii Szczękowej,
SKN przy II Klinice Chorób Wewnętrznych,
SKN przy Zakładzie Fizjologii Człowieka,
SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii,
SKN przy Instytucie Onkologii,
SKN przy Klinice Psychiatrycznej,
SKN przy Zakładzie Transplantologii.

Przyznano następujące nagrody:

— sesje nauk podstawowych:

I — Andrzej Horban, Anna Kańska

Porównanie radioaktywności w komórkach syntetyzujących i niesyntetyzujących DNA w nabłonku jelita cienkiego myszy podczas hydrolizy kwaśnej.

II — Paweł Januszewicz,

Porównanie i analiza komponenty sercowej odruchu z baroreceptorów tętniczych u szczurów normotensyjnych i u szczurów szczepu Okamoto z genetycznie uwarunkowanym nadciśnieniem tętniczym.

III — Janusz Czerkwiński, Elżbieta Michniewicz,

Unaczynienie tętnicze krezek ścięgien mięśnia prostownika palców ręki człowieka.

— sesja nauk klinicznych:

I — Włodzimierz Czarnecki, Anna Deka, Paweł Januszewicz,

Nadciśnienie tętnicze u licealistów warszawskich.

II — Izabella Skórska, Paweł Makarewicz,

Niezstąpione jądro.

III — Anna Deka,

Ultrasonogram tylnej ściany lewej komory u chorych z nadciśnieniem tętniczym.

III — ex equo — Maria Mazuchowska, Maria Mierzejewska,

Próba zastosowania wizualnego sprzężenia zwrotnego w treningu rytmu alfa EEG człowieka.

*Bohdan Maruszewski, Wojciech Strzałkowski *)*

PRZEPUKLINY PRZEAPONOWE U DZIECI

Celem pracy jest analiza sposobu postępowania stosowanego w klinice w przypadku przepukliny przeponowej oraz wyników tego postępowania u dzieci w różnych grupach wiekowych. Ze względu na stały wzrost liczby ośrodków o możliwościach pozwalających na leczenie noworodka z wrodzoną przepukliną przeponową, wydaje nam się celowe podkreślenie odrębności postępowania w tych przypadkach, szczególnie w okresie przed- i pooperacyjnym.

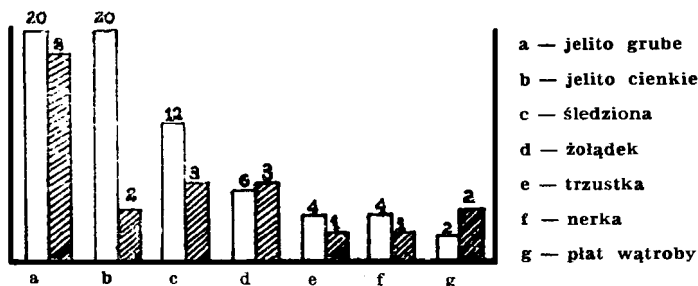
W latach 1955—1975 w klinice leczono 20 dzieci z przepukliną przeponową wrodzoną typu Bochdaleka oraz 9 dzieci z przepukliną zamostkową typu Morgagniego. W 16 przypadkach przepukliny wrodzonej typu Bochdaleka wadę tę stwierdzono u noworodków, 4 pozostałych dzieci miało od 1 do 7 lat. Wszystkie te przepukliny wystąpiły po stronie lewej; w 2 przypadkach obecność worka przepuklinowego. Dwukrotnie ubytek w przeponie był tak duży, że praktycznie nie istniała ona po jednej stronie. W grupie 9 dzieci z przepukliną typu Morgagniego u 1 wystąpiła ona w wieku 2 miesięcy, u 3 dalszych między 2 a 12 miesiącem życia. Najstarsze dziecko miało 9 lat. Wszystkie przepukliny tej grupy posiadały worek.

Rys. 1 przedstawia zawartość obu rodzajów przepuklin. W dalszym ciągu materiał nasz omawiać będzie zgodnie z podziałem klinicznym, kierując się wiekiem chorego dziecka i ostrością występujących u niego objawów.

U noworodka z wrodzoną przepukliną przeponową na czoło wysuwają się objawy ze strony układów: oddechowego, krążenia i pokarmowego. Zależą one od rozmiarów przepukliny, a tym samym od stopnia ucisku na płuca i narządy śródpiersia. Sinica i duszność występują zazwyczaj zaraz po urodzeniu i nasilają się po każdym doustnym karmieniu. Nasilenie się tych objawów może być tak znaczne, że często minuty decydują o życiu dziecka. W naszym materiale duszność, sinicę i przesunięcie uderzenia koniuszkowego serca obserwowano jako zespół objawów u 13 noworodków. U 10 stwierdzono brak lub osłabienie szmeru oddechowego po stronie przepukliny. Jama brzuszna sprawiała zazwyczaj wrażenie pustej. Jest warto podkreślenia, że aż u 12 noworodków ostrość objawów stanowiła wskazanie do natychmiastowej operacji, niewątpliwie ratującej życie tym dzieciom; w tym w 7 przypadkach zabieg wykonano w pierwszej dobie życia, w pozostałych 5 między 2 a 9 dniem życia, co spowodowane było trudnościami w ustaleniu rozpoznania i w transporcie z odległych czasem od Warszawy miejscowości.

W naszym materiale znalazło się 13 dzieci w okresie ponoworodkowym. Wymioty, przesunięcie uderzenia koniuszkowego oraz niewielkiego stopnia sinicę i duszność stwierdzono u nich po 5 razy, czterokrotnie występowały napadowe bóle brzucha. Do rzadszych objawów należały odgłosy perystaltyki w klatce piersiowej oraz osłabienie szmeru oddechowego po stronie przepukliny.

*) SKN przy I Klinice Chirurgii Dziecięcej Instytutu Pediatrii AM.



Rys. 1.

Charakterystyczne jest, że u wszystkich tych dzieci objawy miały charakter łagodny i przewlekły, bądź występowały okresowo. Ani razu nie wystąpiły naglące wskazania do leczenia operacyjnego.

Przepuklinę przeponową rozpoznawano na podstawie objawów klinicznych oraz zdjęcia przeglądowego klatki piersiowej i jamy brzusznej. W okresie noworodkowym nie podaje się środków kontrastowych, które nie są konieczne, a mogą być wręcz szkodliwe ze względu na wypełnienie przewodu pokarmowego i zaostrenie objawów uciskowych. Wśród omawianych 16 noworodków u dziesięciorga (co stanowi 62,5%), zdjęcie przeglądowe wystarczyło do ustalenia prawidłowego rozpoznania. W ciągu ostatnich 4 lat odsetek ten wzrósł do 83. U dzieci starszych badanie radiologiczne przewodu pokarmowego z użyciem kontrastu jest konieczne.

Odnotowaliśmy 1 przypadek przepukliny typu Bochdaleka rozpoznanej jako wrodzona torbielowatość płuca, ponadto dwukrotnie rozpoznawano mylnie wrodzoną wadę serca i płatowe zapalenie płuc, a u 1 dziecka wysiękowe zapalenie opłucnej.

Wśród ogólnej liczby 29 dzieci z przepukliną przeponową towarzyszące wrodzone wady rozwojowe wystąpiły w 14 przypadkach, co stanowi 48%, w tym w 5 przypadkach były to wady mnogie. W 11 przypadkach wady rozwojowe skojarzone były z wrodzoną przepukliną typu Bochdaleka (na 20 tego rodzaju przepuklin opisywanych w naszym materiale), w 3 z przepukliną typu Morgagniego. Spotkaliśmy się również z pojedynczymi przypadkami następujących wrodzonych wad rozwojowych — u dzieci z przepukliną typu Bochdaleka: wrodzona wada C.U.N., przetrwały przewód tętniczy Botalla, lewe płuco trzypłatowe, wnętrostwo; u dzieci z przepukliną zamostkową: nieprawidłowy skręt jelit, zespól Downa, przepuklina pępkowa.

W leczeniu przepuklin przeponowych postępowanie przedoperacyjne nabiera szczególnej wagi u noworodka z wrodzoną przepukliną typu Bochdaleka. Uciśnięte płuco po stronie przepukliny nie rozpręża się, zaś wypełnienie jelit połączonym powietrzem powoduje przemieszczenie narządów śródpiersia i zwiększenie ucisku płuca po stronie przeciwnej. Z tego względu konieczne jest wprowadzenie sondy do przełyku i jak najczęstsze aspirowanie zawartości żołądka, co zapobiega narastaniu objawów uciskowych. Aby nie dopuścić do ich zwiększenia tlen podaje się przez rurkę intubacyjną, stosując respirator. Sprawą, od której zależy życie dziecka jest przestrzeganie ciśnienia pod jakim rozpręża się płuco. Z doświadczenia kliniki wynika, że ciśnienie to nie powinno przekraczać 20 cm słupa wody. Stosowanie zbyt wysokich ciśnień grozi uszkodzeniem (pęknięciem) płuca i odmą opłucnową, czemu często towarzyszy zatrzymanie akcji serca. W przypadku odmy tylko natychmiastowe nakłucie jamy opłucnowej ratuje dziecko życie.

W klinice wykonano 28 operacji przepuklin przeponowych. W tym 20 razy operowano przepuklinę typu Bochdaleka i 8 razy przepuklinę typu Morgagniego. Tylko w 2 przypadkach operowano z dostępu piersiowego i dwukrotnie posłużono się dostępem mieszanym: brzuszno-piersiowym. 24 pozostałych dzieci operowanych było z dostępu brzuszego. Cięcie skóry wykonuje się na wysokości i wzdłuż łuku żebrowego poczynając od brzegu mięśnia prostego brzucha, a kończąc na linii pachowej tylnej. W trakcie odprowadzania zawartości przepukliny do jamy brzusznej nie natrafiano na ogół na większe trudności. W 2 przypadkach stwierdzono zrosty worka przepuklinowego z narządami śródpiersia i wykonano dodatkowe cięcie od strony klatki piersiowej. Wszystkie zabiegi wykonano jednoetapowo, nie natrafiając na trudności z pomieszczeniem trzew w jamie brzusznej i zamknięciem jej powłok. Tylko w 1 przypadku zaistniała konieczność użycia łąty w celu zamknięcia ubytku w przeponie. Wykorzystano do tego celu płat skóry z pola operacyjnego (przypadek przepukliny typu Morgagniego operowany w 1955 r.).

Po operacji pozostawiano dren w jamie opłucnowej, wyprowadzając go przez dodatkowe nacięcie powłok klatki piersiowej i podłączając do aparatu Bulau, ssącego pod niewielkim ciśnieniem. Okres drenowania jamy opłucnowej zależny był od czasu rozprężania się płuca. Spośród 16 noworodków u dzieciociorga osiągnięto w okresie pooperacyjnym pełne rozprężenie płuca. Czas rozprężania wynosił w tej grupie od 1 do 5 dni. W 6 pozostałych przypadkach (dzieci zmarły) rozprężenia płuca nie osiągnięto; u 4 z tych dzieci badaniem sekcyjnym stwierdzono niedorozwój płuca.

Zabiegu operacyjnego nie podjęto u 1 dziecka w wieku 9 lat z przepukliną typu Morgagniego, wykrytą przypadkowo i nie dającą żadnych objawów klinicznych. Według informacji uzyskanych drogą listowną od rodziców, do dnia dzisiejszego (to jest do 24 roku życia) przepuklina nie daje dolegliwości. W 3 przypadkach zaistniały powikłania w gojeniu się rany operacyjnej w postaci niewielkiego ropienia. Przeciętny czas, jaki dzieci przebywały w klinice po zabiegu wynosił około 3 tygodni i wahał się od 11 do 59 dni.

Spośród 28 operowanych zmarło 7 dzieci, co wynosi 25%. Najliczniejszą grupę stanowiły noworodki z wrodzoną przepukliną typu Bochdaleka — na 16 operowanych zmarło 6 czyli 37%. U 5 z nich poza przepukliną obserwowano dodatkowe ciężkie wady rozwojowe, które miały niewątpliwy wpływ na niepomyślny wynik leczenia. 1 dziecko w wieku 6 lat zmarło w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego przepukliny zamostkowej i jednoczesnego zespolenia naczyniowego z powodu współistniejącej pentalogii Fallota.

Grupę 22 wyleczonych dzieci wezwaliśmy do badania kontrolnego. Zgłosiło się 12 dzieci; w tym 9 z przepukliną typu Bochdaleka i 3 z przepukliną zamostkową. Okres obserwacji pooperacyjnej wynosił od 1 do 20 lat. Badania te polegały na zebraniu dokładnych wywiadów odnośnie rozwoju dziecka w okresie od operacji do chwili kontroli, ewentualnych dolegliwości ze strony układów: pokarmowego, oddechowego i krążenia oraz na ustaleniu, czy istnieją jakiegokolwiek nieprawidłowości związane z przebytą operacją i wadą. U żadnego ze skontrolowanych dzieci nie wystąpił nawrót przepukliny, nie obserwowano u nich również żadnych dolegliwości po opuszczeniu kliniki. Ciężar ciała i wzrost tych dzieci mieściły się w granicach norm przewidzianych dla danego wieku. Wyniki kosmetyczne operacji były dobre. Jednym powtarzającym się odchyleniem były wady postawy ciała polegające na niewielkim skrzywieniu bocznym kręgosłupa piersiowego i obniżeniu barku po stronie operowanej. Były one jednak zaznaczone w tak niewielkim stopniu, że wymagały jedynie ćwiczeń usprawniających.

Rozważając przedstawiony powyżej materiał nasuwają się pewne uwagi:

1. U noworodka z wrodzoną przepukliną przeponową operacja nie stwarza poważniejszych trudności, a powodzenie leczenia zależy od właściwego postępowania przedoperacyjnego, szczególnie przestrzegania zasad wentylacji.

2. Do ustalenia prawidłowego rozpoznania w przypadku wrodzonej przepukliny przeponowej u noworodka, oprócz wywiadu i objawów klinicznych, wystarcza zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej i jamy brzusznej, bez użycia kontrastu.

3. Biorąc pod uwagę wysoki odsetek wad rozwojowych zlokalizowanych w obrębie jamy brzusznej i występujących równolegle z przepukliną przeponową, uzasadnione jest stosowanie dostępu brzuszego w leczeniu operacyjnym tej wady. Przemawia za tym także brak trudności operacyjnych i nawrotów przepukliny przy stosowaniu tej metody.

4. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że drenowanie jamy opłucnowej z użyciem aparatu Bulau, ssącego pod niewielkim ciśnieniem, wystarcza do pełnego rozprężenia płuca w czasie nie przekraczającym 5 dni (o ile nie było ono dotknięte wadą rozwojową).

5. Stosunkowo wysoka śmiertelność u noworodków operowanych z powodu wrodzonej przepukliny przeponowej (wynosząca 37%) związana jest ze współistnieniem u tych dzieci ciężkich wad rozwojowych.

6. Przepuklina przeponowa występująca u dzieci w wieku ponoworodkowym, zwykle zamostkowa, daje objawy łagodne i przewlekłe, nie stwarzając nagłych wskazań do podjęcia leczenia operacyjnego.

CONTENTS

Editorial	185
<i>Szczęśny Leszek Zgliczyński</i> — An Address Delivered at the Inauguration of the Medical Academic Year of Postgraduate Training	186
<i>Wiesław Tysarowski</i> — Principles of Continuous Education	189
<i>Teofila Bystrzanowska</i> — Tasks of the Medical Academy Concerning Postgraduate Education	195
<i>Jan Tatoń</i> — Clinical Sciences in the Region of Warsaw: the Present State and Prospective Development	199
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — The Museum and Archives of Polish Phthysiology	205
<i>Janusz Kapuścik</i> — At the Service of Books and Learning	225
Chosen Scientific Works	233
Chronicle	246
Medical Jurisprudence	248
Student Scientific Circles:	
<i>Bogdan Kamiński</i> — Comments on Student Scientific Circles	258
<i>Jan Walewski</i> — Report on the State of Student Scientific Movement at the Medical Academy in Warsaw	260
<i>Włodzimierz Czarnecki</i> — School Conference of Student Scientific Circles	262
<i>Bohdan Maruszewski</i> — Diaphragmatic Hernia in Children	264
<i>Wojciech Strzałkowski</i>	

СОДЕРЖАНИЕ

От Редакции	185
Щенсны Лешек Эгличиньски — Выступление на открытии последипломного учебного года в Медицинской Академии	186
Веслав Тысаровски — Основы непрерывного обучения	189
Теофиля Быстшановска — Задания Медицинской Академии в последипломном обучении	195
Ян Татонь — Нынешнее состояние и перспективы развития клинических наук в Варшавском регионе	199
Ежи Цельма-Панек — Музей и архив польской фтизиатрии	205
Януш Капушцик — На службе книги и науки	225
Избранные научные труды	233
Хроника	246
Медицинские юридические информации	248
Из жизни Объединения студенческих научных кружков	
Богдан Каминьски — Замечания о студенческих научных кружках	258
Ян Валевски — Рапорт о состоянии студенческого научного движения Медицинской Академии в Варшаве	260
Влодзимеж Чарнецки — Вузовская Конференция студенческих научных кружков	262
Богдан Марушевски — Диафрагменная грыжа у детей	264
Войцех Стшалковски	

INHALTSVERZEICHNIS

Redaktionsnote	185
<i>Szczęśny Leszek Zgliczyński</i> — Inaugurationsrede während der Eröffnung des Studiumsjahres für Weiterbildung an der Medizinischen Akademie	186
<i>Wiesław Tysarowski</i> — Grundsätze der ständigen Bildung	189
<i>Teofila Bystrzanowska</i> — Aufgaben der Medizinischen Akademie in der Weiterbildung	195
<i>Jan Tatoń</i> — Aktueller Zustand und Perspektiven der Entwicklung der klinischen Wissenschaften im Bezirk Warszawa	199
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — Museum und Archiv der polnischen Phthisiatrie	205
<i>Janusz Kapuścik</i> — Im dienste des Buches und der Wissenschaft	225
Ausserwählte wissenschaftliche Arbeiten	233
Chronik	246
Juristische Informationen der Medizin	248
Aus dem Leben der Wissenschaftlichen Studentenzirkel	
<i>Bogdan Kamiński</i> — Hinweise über die wissenschaftliche Studentenzirkel	258
<i>Jan Walewski</i> — Bericht über den Zustand der wissenschaftlichen Tätigkeit der Studenten der Medizinischen Akademie in Warszawa	260
<i>Włodzimierz Czarnecki</i> — Hochschulkonferenz der wissenschaftlichen Studentenzirkel	262
<i>Bohdan Maruszewski</i> — Zwerchfellbruch bei Kindern	264
<i>Wojciech Strzałkowski</i>	

TABLE DES MATIÈRES

Editorial		185
<i>Szczęsny Leszek Zgliczyński</i>	— Allocution à l'occasion de l'ouverture des Etudes post-univeritaires de l'Académie de Médecine	186
<i>Wiesław Tysarowski</i>	— Les principes de l'enseignement perma- nent	189
<i>Teofila Bystrzanowska</i>	— Objectifs de l'Académie de Médecine dans l'enseignement post-universitaire	195
<i>Jan Tatoń</i>	— L'état actuel et les perspectives de développement des sciences cliniques dans la région de Varsovie	199
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Le Musée et l'Archive de Phtisiologie polonaise	205
<i>Janusz Kapuścik</i>	— Au service du livre et de la science	225
Travaux scientifiques choisis		233
Chronique		246
Législation médicale (renseignements)		248
De l'activité des Cercles Scientifiques d'étudiants:		
<i>Bogdan Kamiński</i>	— Remarques sur les Cercles Scientifiques d'étudiants	258
<i>Jan Walewski</i>	— Compte-rendu de l'activité scientifique des étudiants de l'Académie de Médecine	260
<i>Włodzimierz Czarnecki</i>	— Session des Cercles Scientifiques d'étu- diants de l'Académie de Médecine	262
<i>Bohdan Maruszewski</i>		
<i>Wojciech Strzałkowski</i>	— Hernie diaphragmatique chez les enfants	264

SPIS TREŚCI

Od Redakcji		185
<i>Szczęśny Leszek Zgliczyński</i>	— Inauguracja Roku Szkolenia Podyplomowego	186
<i>Wiesław Tysarowski</i>	— Zasady kształcenia permanentnego	189
<i>Teofila Bystrzanowska</i>	— Zadania Warszawskiej Akademii Medycznej w kształceniu podyplomowym	195
<i>Jan Tatoń</i>	— Stan obecny i perspektywy rozwoju nauk klinicznych w regionie warszawskim	199
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	— Muzeum i Archiwum Ftyzjatrii Polskiej rozszerza zakres działalności	205
<i>Jausz Kapuścik</i>	— W służbie książki i nauki	225
Wybrane prace naukowe		233
Kronika		246
Medyczne informacje prawne		248
 Z życia SSKN:		
<i>Bogdan Kamiński</i>	— Uwagi o studenckich kołach naukowych	258
<i>Jan Walewski</i>	— Raport o stanie studenckiego ruchu naukowego AM	260
<i>Włodzimierz Czarnecki</i>	— Uczelniana konferencja studenckich kół naukowych	262
<i>Bohdan Maruszewski</i>	— Przepuklina przeponowa u dzieci	264
<i>Wojciech Strzałkowski</i>		

KOMITET REDAKCYJNY:

prof. dr hab. med. Jerzy Majkowski — redaktor naczelny
dr med. Cezary Włodzimierz Korczak — sekretarz redakcji
doc. dr hab. farm. Bożena Gutkowska — redaktor działu
inż. Zdzisław Sztajer — redaktor działu

OPRACOWANIE EDYTORSKIE:

red. Jerzy Celma-Panek

KOREKTA

Wanda Gradowska

ADRES REDAKCJI

ul. Filtrowa 30

02-032 Warszawa

telefon: 25-00-51 w. 42, 29-02-43

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

WARUNKI PRENUMERATY:

Cena prenumeraty rocznej 60,— zł.

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 wpłacać na konto PKO nr 1-6-100024 RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych, Warszawa, ul. Wronia 23.

Indeks 36438/36304

