

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1983

ISSN 0137-6543

ROK XV NR 1-2

SPIS TRESCI

<i>Bolesław Howorka</i> Akademia medyczna a państwowy szpital kliniczny	1
<i>Andrzej Stapiński</i> Udział Instytutu Wenerologii AM w zwalczaniu kiły i rzeżączki w Polsce	10
<i>Jan Mastowski</i> Swoistość życia i metody pracy niektórych psychiatrów polskich	19
<i>Miron Paciorkiewicz</i> Z dni odbudowy Warszawy i zakładów naukowych Wydziału Lekarskiego UW	28
<i>Halina Dusńska</i> Księgi pamiątkowe — w hołdzie uczonym	34
<i>Eugeniusz Janowicz</i> Prof. dr med. dr fil. Tadeusz Bilikiewicz (1901—1980)	45
<i>Ryszard Aleksandrowicz</i> Prof. Roman Poplewski — w 35 rocznicę śmierci	53
<i>Piotr Müldner-Nieckowski</i> Deontologia jako przedmiot badań	60
<i>Janusz Kapuścik</i> Dostępność informacji naukowej w służbie zdrowia	68
<i>Mirosława Furmanowa, Halina Strzelecka</i> Udział Wydziału Farmaceutycznego w dyskusji nad Statutem Uczelni . .	75
Konkurs prac magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym w r. ak. 1981/1982. Streszczenia nagrodzonych prac	79
Medyczne zagadnienia prawne	94
Kronika: (Skład Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecz- nej kadencji 1983—1985 — Uroczystość odnowienia dyplomów dr Stefana Tarnawskiego i prof. Bo- lesława Górnickiego)	100
Komunikat	103

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Kwartalnik AM

Rocznik XV

1983

nr 1-2

Bolesław Howorka

AKADEMIA MEDYCZNA A PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY

Dnia 1 września 1982 r. weszła w życie nowa ustawa o szkolnictwie wyższym (1), akt normatywny stanowiący podstawę prawną działania wszystkich państwowych szkół wyższych, z wyjątkiem uczelni podległych Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych /art. 5 ust. 1 (1)/, w tym także dziesięciu akademii medycznych. Podstawowe zadania szkoły wyższej określone zostały w art. 3 ust. 2 tej ustawy; ust. 3 tego artykułu zawiera ponadto postanowienia dotyczące wyłącznie akademii medycznych: „Wyższe szkoły medyczne uczestniczą ponadto w sprawowaniu opieki zdrowotnej w ramach społecznego systemu ochrony zdrowia. Ustalają one we własnym zakresie proporcje między badaniami naukowymi, potrzebami kształcenia i działalnością w zakresie ochrony zdrowia, która nie może narużyć podstawowych funkcji szkoły”.

Z przepisów tych wynika, że działalność usługowo-lecznicza szkoły jest działalnością wtórną; zadaniami pierwszoplanowymi są: praca dydaktyczno-wychowawcza i praca badawcza. Zadania lecznicze, obowiązek świadczenia usług z zakresu ochrony zdrowia, w żadnym wypadku nie powinny wpływać negatywnie na działalność dydaktyczno-wychowawczą i badawczą, nie mogą być realizowane kosztem tych działań, decydować o ich ograniczeniu.

W celu stworzenia warunków do działalności leczniczej jednostek organizacyjnych szkoły Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, któremu podlegają akademie medyczne, tworzy państwowe szpitale kliniczne.

Państwowe szpitale kliniczne są zakładami społecznymi służby zdrowia, stanowiącymi bazę dla badań naukowych i praktycznego nauczania studentów, udzielającymi świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie wiedzy oraz prowadzącymi specjalizację lekarzy (2).

1. Zadaniem szpitala klinicznego w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej jest:

1) udzielanie ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń wysoko-specjalistycznych w zakresie uzupełniającym działalność zakładów stopnia wojewódzkiego,

2) wykonywanie niektórych funkcji wojewódzkiego szpitala zespolonego, szpitala wojewódzkiego lub zespołu opieki zdrowotnej,

3) podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych.

2. Zadania określone w ust. 1 pkt 1 i 3 szpital kliniczny wykonuje na obszarze dwu lub więcej województw stosownie do zadań wykonywanych przez daną akademię medyczną.

3. Zakres zadań określonych w ust. 1 pkt 2 ustala porozumienie zawarte między wojewodą a akademią medyczną /§ 13 (3)/.

Państwowe szpitale kliniczne są jednostkami budżetowymi, podporządkowanymi właściwym akademiom medycznym. Nadzór nad działalnością tych szpitali sprawują rektorzy akademii medycznych. Za należyte funkcjonowanie szpitali klinicznych podporządkowanych określonej akademii medycznej odpowiedzialny jest przed rektorem prorektor do spraw klinicznych, który w zakresie nadzoru administracyjnego nad tymi zakładami wykonuje swoje obowiązki przy współudziale dyrektora administracyjnego /§ 13 (2)/.

Państwowym szpitalem klinicznym kieruje i odpowiada za jego działalność dyrektor szpitala, powołany na to stanowisko przez rektora uczelni /§ 10 (2)/. Dyrektor szpitala klinicznego zarządza tym zakładem i odpowiada za jego właściwe funkcjonowanie, m. in. jako bazy dla działalności badawczej i dydaktyczno-wychowawczej jednostek organizacyjnych uczelni medycznej, a przede wszystkim działalności leczniczej katedr, klinik i zakładów akademii — przed rektorem. Jest on zwierzchnikiem pracowników szpitala klinicznego; nie podlegają mu wykonujący swoje zadania na terenie szpitala klinicznego pracownicy akademii medycznej — nauczyciele akademicki, pracownicy naukowo-techniczni i inżynierzy techniczni oraz pracownicy biblioteczni i dokumentacji naukowej — zatrudniani w trybie określonym przepisami ustawy o szkolnictwie wyższym (1). Dyrektor szpitala klinicznego jest także zwierzchnikiem w sprawach administracyjno-gospodarczych kierowników klinik i zakładów naukowych (nauczycieli akademickich) wchodzących w skład szpitala klinicznego /§ 10 ust. 2 pkt 2 (2)/.

Wskazane już w tym opracowaniu przepisy (1, 2, 3) określają sytuację najwyższego organu wykonawczego akademii medycznej — rektora w stosunku do państwowego szpitala klinicznego i jego organów, mówią także o zadaniach nadzoru nad tymi szpitalami pełnomocników rektora — prorektora do spraw klinicznych i dyrektora administracyjnego. Przepisy te nie przewidują powiązań, więzi służbowych i funkcjonalnych, pomiędzy innymi organami szkoły wyższej, wymienionymi w art. 33 ustawy o szkolnictwie wyższym (1) (se-

natem, radą wydziału lekarskiego, dziekanem tego wydziału) a organami państwowego szpitala klinicznego.

Na terenie państwowego szpitala klinicznego działać mogą instytuty kierunkowe i specjalizacyjne, katedry, kliniki, zakłady, pracownie i laboratoria oraz inne jednostki organizacyjne akademii medycznej wymienione w art. 28 ustawy o szkolnictwie wyższym (1). Bazą dla działalności tych jednostek organizacyjnych są oddziały chorych oraz inne komórki organizacyjne szpitala klinicznego.

Instytut kierunkowy organizuje i prowadzi pracę badawczą oraz pracę dydaktyczno-wychowawczą związaną z określonym kierunkiem studiów; instytut specjalizacyjny rozwija te same działania — związane z określoną grupą przedmiotów nauczania lub specjalizacji badawczych /art. 28 ust. 1 i 2 (1)/. Wynika z tego, że instytuty kierunkowe i specjalizacyjne tworzy się przede wszystkim w celu skoordynowania prowadzonej przez inne, wchodzące w ich skład, jednostki organizacyjne akademii medycznej działalności badawczej i dydaktyczno-wychowawczej. Tylko w tym zakresie dyrektorzy instytutów są zwierzchnikami kierowników innych jednostek organizacyjnych uczelni, m. in. klinik i zakładów.

Określone ustawą o szkolnictwie wyższym (1) zadania instytutu kierunkowego i specjalizacyjnego determinują jego sytuację w państwowym szpitalu klinicznym. Instytuty, zarówno kierunkowe, jak i specjalizacyjne, nie mogą wykonywać zadań państwowego szpitala klinicznego, mają zupełnie inne zadania, nie mogą też być samodzielnymi jednostkami organizacyjnymi i budżetowymi, zakładami służby zdrowia. Przepisy (3) nie przewidują takiej sytuacji. Istnienie instytutów — zakładów służby zdrowia, samodzielnych zakładów budżetowych podlegających akademiom medycznym i wykonujących zadania państwowego szpitala klinicznego jest niezgodne z obowiązującymi przepisami (1, 2, 3).

Instytuty kierunkowe i specjalizacyjne nie są powołane do koordynowania działalności leczniczej klinik oraz zakładów, działalności usługowej pracowni, laboratoriów i innych jednostek organizacyjnych uczelni. Kierownik kliniki (zakładu) prowadzi działalność leczniczą samodzielnie, ponosi pełną odpowiedzialność za poziom leczenia chorych w podległych mu jednostkach organizacyjnych oraz za dyscyplinę pracy podległych im nauczycieli akademickich, pracowników naukowo-technicznych i inżynierijno-technicznych, a także pracowników państwowego szpitala klinicznego, oddelegowanych do pracy w odpowiednich jednostkach organizacyjnych akademii medycznej działających na bazie tego szpitala i podporządkowanych służbowo odpowiednim zwierzchnikom. Postanowienia instrukcji Ministra Zdrowia w sprawie zasad organizacji państwowych szpitali klinicznych /§ 11 (2)/ odpowiadają treści postanowień regulaminu pracy ordynatora oddziału

szpitalnego, który w § 4 ust. 1 stanowi m. in.: „Ordynator ponosi całkowitą odpowiedzialność za leczenie chorych na oddziale” (4). Szereg innych przepisów, m. in. najnowsze resortowe przepisy płacowe (5) identyfikują stanowisko kierownika kliniki (zakładu) ze stanowiskiem ordynatora w państwowym szpitalu klinicznym; kierownicy klinik działających na bazie oddziałów szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej oraz wojewódzkich szpitali specjalistycznych są jednocześnie ordynatorami odpowiednich oddziałów. Na wspomniane wyżej analogie pozwalają także postanowienia § 4 ust. 2 instrukcji o państwowych szpitalach klinicznych (2) („W zakresie organizacji wewnętrznej i zakresie działania komórek wymienionych w ust. 1 mają odpowiednie zastosowanie regulaminy szpitalne”).

W świetle przepisów ustawy o szkolnictwie wyższym (1) określających zadania instytutów kierunkowych i specjalizacyjnych nieuzasadnione jest także tworzenie w tych jednostkach organizacyjnych stanowisk zastępców dyrektora do spraw lecznictwa (do spraw klinicznych), sprzeczne z tymi przepisami jest zlecenie powołanym na te stanowiska lekarzom — nauczycielom akademickim odpowiedzialności za działalność leczniczą instytutów szkoły wyższej, za działalność, która nie jest zadaniem tych jednostek organizacyjnych. Nie można im zlecać zadania koordynowania działalności usługowej klinik, zakładów i innych jednostek organizacyjnych uczelni, bowiem dyrektorzy instytutów nie mogą w tym zakresie sprawować zwierzchnictwa nad kierownikami tych jednostek organizacyjnych.

Z postanowień ustawy (1) wynika, że działalność leczniczą mogą prowadzić katedry /art. 28 ust. 3 (1)/ oraz inne jednostki organizacyjne akademii medycznej, przede wszystkim kliniki, w odniesieniu do których ustawa (1) nie stanowi o ich zadaniach, przekazując tę sprawę do załatwienia w statucie szkoły.

Dlatego też jedną z najważniejszych spraw warunkujących sprawne działanie państwowego szpitala klinicznego jest stworzenie właściwych warunków do współpracy dyrektora państwowego szpitala klinicznego, przede wszystkim z kierownikami klinik, a także zakładów i innych jednostek organizacyjnych akademii medycznej wykonujących na bazie komórek organizacyjnych tego szpitala działalność leczniczą. Taka współpraca musi opierać się o postanowienia wewnętrznego aktu normatywnego, bowiem ogólnie obowiązujące przepisy nie są w stanie rozwiązać tego problemu.

Takim wewnętrznym aktem normatywnym jest statut państwowego szpitala klinicznego, opracowywany w tym szpitalu, przedstawiany przez dyrektora szpitala rektorowi dokument, którego postanowienia wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez rektora akademii medycznej /§ 15 ust. 2 (3)/.

W literaturze związanej z przedmiotem (6) wysuwane są wątpli-

wości, czy postanowienia § 15 ust. 2 rozporządzenia w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (3), mówiące o trybie wprowadzania w życie statutu państwowego szpitala klinicznego (po zatwierdzeniu przez rektora akademii medycznej) nie są sprzeczne z postanowieniami ustawy o szkolnictwie wyższym (1), wysuwana jest sugestia, że statut państwowego szpitala klinicznego powinien zatwierdzać senat akademii medycznej /w związku z postanowieniami art. 57 ustawy (1)/. Jestem odmiennego zdania, obowiązującą regulację (3) uważam za prawidłową i zgodną z postanowieniami ustawy o szkolnictwie wyższym (1). Państwowy szpital kliniczny nie jest częścią składową, wewnętrzną jednostką organizacyjną szkoły wyższej, nie podlega postanowieniom ustawy o szkolnictwie wyższym (1). Jest to zakład służby zdrowia, samodzielna jednostka organizacyjna i budżetowa działająca w oparciu o postanowienia innych aktów normatywnych, stanowionych przez naczelną organ administracji państwowej — Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (2, 3) w oparciu o przepisy ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (7), zakład podporządkowany tylko odpowiedniej akademii medycznej.

Encyklopedyczna definicja statutu mówi, że jest to zbiór przepisów regulujących strukturę, zadania i zasady działania jednostki organizacyjnej (zakładu państwowego) lub też związku, stowarzyszenia itp. Przyjmuje się, że na treść statutu powinny, w przedmiocie naszego zainteresowania, składać się następujące zagadnienia:

1) określenie nazwy i adresu szpitala, ewentualnie poszerzone o informację na temat jego utworzenia,

2) podstawy prawne działania szpitala oraz inne przepisy prawne dotyczące jego działalności,

3) zadania szpitala,

4) wskazanie jednostki nadrzędnej, nadzorującej działalność szpitala, ewentualnie także organów tej jednostki zobowiązanych do wykonywania funkcji nadzoru nad zakładem,

5) wyliczenie organów szpitala oraz krótkie omówienie zakresu ich działania, ich uprawnień (np. dyrektora szpitala, rady szpitala itp),

6) omówienie struktury organizacyjnej szpitala,

7) wskazanie ogólnego zakresu działania podstawowych komórek organizacyjnych szpitala wzgl. odesłanie w tej sprawie do innego, bardziej szczegółowego dokumentu (np. regulamin organizacyjny administracji szpitala),

8) omówienie zasad powoływania i zwalniania, uprawnień i obowiązków oraz zakresu odpowiedzialności pracowników zajmujących w szpitalu stanowiska kierownicze,

9) ogólne określenie uprawnień i obowiązków wszystkich pracowników szpitala,

10) postanowienia końcowe (np. termin wejścia w życie, tryb wnoszenia zmian, zasady kontroli przestrzegania postanowień statutu itp).

Statut państwowego szpitala klinicznego musi ponadto określać sytuację pracowników akademii medycznej wykonujących swoje podstawowe zadania na terenie tego szpitala, a także relacje zachodzące pomiędzy państwowym szpitalem klinicznym a jednostkami organizacyjnymi szkoły wyższej — instytutami, katedrami, klinikami, zakładami i innymi jednostkami organizacyjnymi, między organami szpitala a kierownikami tych jednostek organizacyjnych akademii medycznej.

Stosownie do postanowień § 4 ust. 2 instrukcji o państwowych szpitalach klinicznych (2) „kliniki wraz z poradniami przyklinicznymi i ośrodkami badawczo-klinicznymi wchodzi w skład państwowego szpitala klinicznego”, inaczej mówiąc — oddziały szpitalne to z zasady kliniki akademii medycznej, a wchodzące w skład przychodni przyszpitalnej poradnie to komórki organizacyjne tych klinik. Dlatego sprawą bardzo ważną jest właściwe uregulowanie stosunków służbowych zachodzących między dyrektorem państwowego szpitala klinicznego a kierownikami klinik (także katedr i zakładów), jak również określenie praw i obowiązków kierowników tych jednostek organizacyjnych jako zwierzchników nie tylko nauczycieli akademickich i innych pracowników zatrudnionych przez akademię medyczną, ale także, o czym nie mówi powoływana instrukcja (2), pracowników państwowego szpitala klinicznego.

Dyrektor państwowego szpitala klinicznego jest „zwierzchnikiem w sprawach administracyjno-gospodarczych kierowników klinik i zakładów naukowych wchodzących w skład szpitala klinicznego”. Stanowią o tym postanowienia instrukcji /§ 10 ust. 2 pkt 2 (2)/ określające zakres zwierzchnictwa dyrektora szpitala klinicznego nad kierownikami jednostek organizacyjnych akademii medycznej.

W czasie, kiedy instrukcja (2) wchodziła w życie, obowiązywały inne przepisy regulujące organizację i zasady działania szkolnictwa wyższego, w zasadzie nie działały w wyższych szkołach medycznych, instytuty, w każdym razie przepisy nie przewidywały, aby instytuty wchodziły w skład szpitala. Instrukcja (2) nie mówi nic o katedrach, mimo że zawsze działały one w ramach akademii medycznych, na bazie szpitali klinicznych, wspomina wyłącznie o klinikach i zakładach. Zakładam, że taka redakcja instrukcji (2), w której mowa jest jedynie o tych jednostkach organizacyjnych akademii medycznej, które przede wszystkim wykonują zadania lecznicze, miała podkreślić, że zadania szpitala klinicznego mogą dotyczyć działalności badawczej i dydaktyczno-wychowawczej uczelni ściśle związanej z działalnością usługową, z działalnością leczniczą szkoły wyższej.

Zarówno dyrektorzy instytutów, jak też i kierownicy katedr oraz innych jednostek organizacyjnych szkoły wyższej, o których mówią

postanowienia art. 28 ustawy (1), otrzymują do swojej dyspozycji lokale w szpitalu, sprzęt i materiały, tak samo, jak kierownicy klinik i zakładów naukowych są zwierzchnikami oddelegowanych do pracy w odpowiednich komórkach organizacyjnych pracowników państwowego szpitala klinicznego — o tych wszystkich sprawach, nie przewidzianych w instrukcji (2), nie wolno zapominać opracowując tekst statutu szpitala klinicznego.

Kliniki to jednostki organizacyjne wydziałów lekarskich wykonujące obok zadań dydaktyczno-wychowawczych i badawczych, także i zadania lecznicze. W zasadzie właśnie po to kreuje się państwowe szpitale kliniczne, aby stworzyć właściwe warunki dla leczniczej działalności tych klinik. Zarówno aparat działalności podstawowej, jak też i aparat administracyjny szpitala gros swoich wysiłków musi kierować na rzecz zapewnienia optymalnych warunków pobytu w szpitalu chorych leczonych w klinikach akademii medycznej, w poradniach przyklinicznych, zapewniania środków do działalności leczniczej, do bezawaryjnego działania tych komórek organizacyjnych.

Do dyspozycji kierowników klinik, a także i innych jednostek organizacyjnych akademii medycznej, dyrekcja szpitala stawia poważne środki materialne — wyposażenie, sprzęt medyczny, zapewnia dostawę leków i innych materiałów. Tymi materiałami, tym sprzętem, lekami trzeba właściwie, oszczędnie gospodarować — za gospodarkę przydzielonym jednostce organizacyjnej wyposażeniem i materiałami, za prawidłową ewidencję i użycie leków musi przed dyrektorem państwowego szpitala klinicznego odpowiadać nauczyciel akademicki zajmujący stanowisko kierownika odpowiedniej jednostki organizacyjnej akademii medycznej.

Działalność lecznicza katedry, kliniki, bądź zakładu nie może być realizowana wyłącznie przez pracowników akademii medycznej, przez nauczycieli akademickich. Do pracy w klinice, stanowiącej oddział państwowego szpitala klinicznego, oddelegowani są lekarze i inni pracownicy z wyższym wykształceniem zatrudniani na etatach tego szpitala. Jak wiadomo, głównym zadaniem nauczycieli akademickich jest wykonywanie podstawowych zadań szkoły wyższej, zadań określonych przepisami ustawy o szkolnictwie wyższym /art. 3 ust. 2 (1)/. Zadania dydaktyczno-wychowawcze i badawcze są dla nich zadaniami priorytetowymi, działalność lecznicza „nie może naruszyć podstawowych funkcji szkoły” /art. 3 ust. 3 (1)/. Działalność w zakresie ochrony zdrowia jest stale realizowana przez katedry, kliniki i zakłady akademii medycznej, jednostki organizacyjne uczelni jako placówki lecznictwa świadczące usługi lecznicze na najwyższym poziomie. Ale warunki do tej działalności musi stworzyć państwowy szpital kliniczny, którego dyrektor musi m. in. oddelegować do tych jednostek akademii medycznej odpowiedni zespół pracowników, którzy wykonywać

będą zadania lecznicze tych placówek, wykonujących swoje zadania pod kierownictwem kierownika katedry, kliniki lub zakładu oraz wyznaczonych przez niego lekarzy — nauczycieli akademickich.

Kierownik jednostki organizacyjnej akademii medycznej musi być zwierzchnikiem tych, oddelegowanych, pracowników szpitala klinicznego, musi mieć prawo wyznaczania z grona osób oddelegowanych do pracy w odpowiedniej jednostce organizacyjnej akademii medycznej pracowników odpowiedzialnych za poszczególne odcinki pracy, prawo ustalania dla nich zakresów czynności, egzekwowania wykonania zleconych zadań.

Trudno jest sobie wyobrazić pracę oddziałów szpitalnych — klinik bez zapewnienia im kadry średniego i niższego personelu medycznego — pielęgniarek, salowych. Zwierzchnikiem i organizatorem pracy pielęgniarek, a także pozostałego średniego i niższego personelu medycznego, w całym państwowym szpitalu klinicznym, jest przełożona pielęgniarek — w klinice (na oddziale) pielęgniarka oddziałowa. Dlatego też tak samo ważną sprawą jest ułożenie dobrej współpracy pomiędzy kierownikami działającymi w szpitalu klinicznym jednostek organizacyjnych akademii medycznej z przełożoną pielęgniarką, z pielęgniarką oddziałową.

Jak wynika z tego, opracowanie dobrego statutu państwowego szpitala klinicznego jest podstawowym warunkiem właściwego działania tego zakładu. Ten akt normatywny musi stanowić podstawę dobrej współpracy organów szpitala z kierownikami odpowiednich jednostek organizacyjnych uczelni, działających w szpitalu, postanowienia tego statutu muszą stwarzać warunki pozwalające na uniknięcie sporów kompetencyjnych.

Trzeba także zwrócić uwagę i na to, że instrukcja nr 71/55 Ministra Zdrowia (2) to akt normatywny przestarzały, w wielu punktach nie odpowiadający obecnym potrzebom, dlatego odpowiednie jego postanowienia muszą być właściwie skorelowane z postanowieniami ustawy o szkolnictwie wyższym (1), a także odpowiadać dzisiejszym potrzebom służby zdrowia, sytuacji, w jakiej obecnie działają zakłady służby zdrowia.

Wydaje się, że przedstawione uwagi pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1) zakładami społecznymi służby zdrowia, samodzielnymi jednostkami organizacyjnymi i budżetowymi, podporządkowanymi odpowiednim akademiom medycznym, stanowiącymi bazę dla działalności jednostek organizacyjnych tych szkół wyższych mogą być wyłącznie państwowe szpitale kliniczne; istnienie w ramach uczelni medycznych instytutów wykonujących ich zadania jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami,

2) nieuzasadnione jest tworzenie w instytutach akademii medycznych stanowisk zastępców dyrektora do spraw lecznictwa (klinicznych), ponieważ sprawy lecznictwa nie mieszczą się w zakresie działania tych jednostek organizacyjnych,

3) najważniejszą sprawą, decydującą o właściwej działalności państwowego szpitala klinicznego jest ułożenie dobrej współpracy dyrektora szpitala klinicznego z kierownikami jednostek organizacyjnych akademii medycznej, wykonujących zadania lecznicze na terenie tego zakładu, a przede wszystkim z kierownikami klinik — nauczycielami akademickimi, którzy otrzymują do swojej wyłącznej dyspozycji określone środki rzeczowe, którym podporządkowani zostają pracownicy państwowego szpitala klinicznego, oddelegowani do pracy w tych jednostkach organizacyjnych.

4) najważniejszym dokumentem, wewnętrznym aktem normatywnym, na postanowieniach którego opierać się będzie działalność szpitala klinicznego, współpraca organów szpitala z organami akademii medycznej, wzajemne relacje wewnątrz zakładu — jest statut państwowego szpitala klinicznego; sprawie opracowania tego dokumentu trzeba poświęcić należytą uwagę, zadbać, aby regulował on w sposób właściwy wszystkie zagadnienia istotne dla zakładu,

5) nie wszystkie postanowienia instrukcji nr 71/55 Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 1955 r. w sprawie zasad organizacji państwowych szpitali klinicznych (2) oparły się próbie czasu, są nadal aktualne i przestrzegane przepisy te są w części przestarzałe i wymagają zmiany.

Przypisy

¹ Ustawa z dnia 4 maja 1982 r. o szkolnictwie wyższym, Dziennik Ustaw 1982, 14, poz. 113.

² Instrukcja Nr 71/55 Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 1955 r. w sprawie zasad organizacji państwowych szpitali klinicznych. Dziennik Urzędowy Min. Zdr. 1955, 23, poz. 129.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej. Dziennik Ustaw 1982, 15, poz. 121.

⁴ Instrukcja Nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 czerwca 1961 r. Regulaminy szpitalne. Dziennik Urzędowy Min. Zdr. i Op. Społ. 1961, 13, poz. 89. Załącznik: broszura.

⁵ Niepromulgowane dotąd przepisy w sprawie dodatkowych wynagrodzeń nauczycieli akademickich za działalność leczniczą, wypłacanych przez państwowe szpitale kliniczne.

⁶ *Leoński Zbigniew*: Statut wyższej uczelni. Życie Szkoły Wyższej 1982, 10, 36 (przypis).

⁷ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia. Dziennik Ustaw 1948, 55, poz. 434; zm.: 1950, 36, poz. 327 i 334, 1951, 1, poz. 2, 1955, 11, poz. 67.

Doc. dr hab. Andrzej Stapiński
Instytut Wenerologii AM w Warszawie

UDZIAŁ INSTYTUTU WENEROLOGII AM W ZWALCZANIU KIŁY I RZEŻĄCZKI W POLSCE

Instytut Wenerologii został utworzony w Akademii Medycznej w Warszawie 1 kwietnia 1970 r. w związku z krytyczną sytuacją powstałą w Polsce w zakresie zachorowań na kiłę i rzeżączkę. Zwłaszcza zapadalność na kiłę kształtowała się bardzo niepomyślnie, bowiem w latach 1964—1969 wskaźnik kiły objawowej wczesnej wzrósł z 14,8 do 51,8, a kiły wczesnej ogółem z 18,5 do 66,6 na 100 000 ludności, zaś bezwzględna liczba zachorowań na kiłę wczesną osiągnęła 21 697 przypadków (8). Zapadalność taka stawiała Polskę daleko przed innymi krajami europejskimi, gdyż np. w drugiej z kolei Rumunii notowano 13,6 zakażeń na 100 000. Zachorowania na rzeżączkę rejestrowane w dziesięcioleciu 1960—69 zwiększyły się z 80,1 do 150,3 na 100 000 ludności, tj. do 48 219 przypadków. W porównaniu z innymi krajami Polska znalazła się wówczas na 5 miejscu w Europie.

W tej sytuacji Instytutowi Wenerologii powierzono oprócz działalności dydaktycznej dla studentów, lekarzy i innych pracowników — zadanie kierowania całokształtem walki z kiłą i rzeżączką w kraju¹.

Wspomniane zarządzenie wymieniało więc jako obowiązki Instytutu:

- planowanie, organizowanie i koordynowanie badań w zakresie zwalczania kiły i rzeżączki,
- opracowywanie metod zwalczania tych chorób i przekazywanie ich do praktycznej działalności służby zdrowia,
- inicjowanie, opracowywanie i publikowanie materiałów oświatowych z tej dziedziny,
- sprawowanie nadzoru specjalistycznego nad zakładami służby zdrowia w zakresie zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową.

¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1970 r. w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Warszawie (Dz. Urz. MZiOs z r. 1970 nr 7 poz. 16).

Zadania nałożone na Instytut Wenerologii znacznie przekraczały zakres działalności instytutu uczelnianego, choć organizacyjnie został on związany z Akademią Medyczną. Wbrew pewnym obawom okazało się jednak, że w takich warunkach możliwa jest realizacja tych zadań.

Przewidziano utworzenie w Instytucie trzech jednostek organizacyjnych: Zakładu Organizacji Zwalczania Chorób Wenerycznych, Zakładu Doświadczalno-Laboratoryjnego i Kliniki Chorób Wenerycznych, a także możliwości zawierania porozumień z innymi jednostkami resortu zdrowia i opieki społecznej w sprawie ich współdziałania w wykonaniu zadań Instytutu. Okazało się to bardzo pożyteczne i umożliwiło umieszczenie Zakładu Doświadczalno-Laboratoryjnego w miejskim laboratorium wenerologicznym.

Początki pracy Instytutu Wenerologii, którego kierownictwo powierzono prof. dr med. Józefowi Towpikowi, a jego zastępcstwo autorowi niniejszego opracowania, były trudne (6). Działał zaledwie kilkusobowy zespół, podjęto jednak niezwłocznie wcielanie w życie nowego programu zwalczania kiły i rzeżączki, nad którego przygotowaniem autor współdziałał z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej już wcześniej, od listopada 1969 r., tj. od czasu kiedy na posiedzeniu Kolegium Ministerstwa zapadły decyzje o nasileniu walki z kiłą i rzeżączką i o powołaniu Instytutu Wenerologii.

W połowie roku 1970 rozpoczęła działalność pod kierownictwem prof. dr med. J. Towpika Klinika Chorób Wenerycznych, licząca 30 łóżek oraz ambulatorium wenerologiczne pełniące dyżur całą dobę. Wkrótce uruchomiono też telefoniczną informację — tzw. wenerologiczny telefon zaufania, obsługiwany przez dyżurującego lekarza.

Przełomem w działalności Instytutu stała się Uchwała Rady Ministrów z 28 października 1970 r. w sprawie wzmożenia walki z chorobami wenerycznymi. Nie tylko nałożyła ona obowiązek na wiele instytucji — współdziałania w zwalczaniu chorób wenerycznych, lecz także przyznała na potrzeby Instytutu dodatkowych 17 etatów oraz samochód dla prowadzenia oświaty zdrowotnej. Pozwoliło to na utworzenie Zakładu Organizacji Zwalczania Chorób Wenerycznych, prowadzonego do września 1979 r. przez autora tego opracowania oraz Zakładu Doświadczalno-Laboratoryjnego kierowanego do końca 1978 r. przez prof. dr med. Bogdanę Hoffmanna, a po jego odejściu na emeryturę — od 1 stycznia 1980 r. przez doc. Danutę Weyman-Rzucidło. W dniu 1 października 1979 r. prof. Towpik przeszedł na emeryturę, a kierownictwo całego Instytutu i Kliniki objął autor; jego zastępczynią i kierowniczką Zakładu Organizacji została od 1 maja 1980 r. dr med. Walentyna Mazurkiewicz.

Wspomniany powyżej program zwalczania kiły i rzeżączki (7) realizowany od 1970 r., pozostający w swych założeniach podstawą działa-

nia służby zdrowia w Polsce do chwili obecnej, przewidywał następujące główne kierunki działania:

- usprawnienie pracy poradni dermatologicznych poprzez poprawę ich obsady i wyposażenia, rozbudowę zaplecza laboratoryjnego oraz wprowadzenie bardziej skutecznych sposobów leczenia,
- poprawę działalności epidemiologicznej przez zwiększenie skuteczności wywiadu epidemiologicznego, usprawnienie wykrywania źródeł zakażenia i kontaktów oraz upowszechnienie zasady natychmiastowego leczenia kontaktów,
- wydatne zwiększenie zakresu badań profilaktycznych ludności,
- zorganizowanie bezpłatnej opieki lekarskiej dla prostytutek,
- znaczne nasilenie i unowocześnienie form oświaty zdrowotnej.

Nowy program okazał się skuteczny i doprowadził do znacznego obniżenia w 1981 r. wskaźnika zapadalności na kiłę wczesną objawową do 6,3 na 100 000 ludności, a więc o 88% (ryc. 1) oraz na kiłę wczesną ogółem do 10,7, tj. o 84%. Zapadalność na rzeżączkę w tym samym czasie zmniejszyła się również, choć nie tak znacznie — do 87,6 zachorowań na 100 000 ludności, czyli o 43% (ryc. 2). Wyniki te są niewątpliwie sukcesem, gdyż na ogół w świecie notuje się wzrost liczby zachorowań. Jednak wskaźniki w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi są nadal jeszcze wysokie, a w latach 1978—80 nastąpiło przejściowe zwiększenie zapadalności na kiłę. Ocena uzyskanych wyników musi być więc ostrożna.

Jak wspomniano, zwalczanie kiły i rzeżączki prowadzone jest wielokierunkowo, przy udziale nie tylko dermatologicznych placówek służby zdrowia, choć oczywiście te są najbardziej zaangażowane i na ich pracę Instytut Wenerologii może najłatwiej oddziaływać. Bardzo ważną rolę ma do odegrania także pion ginekologiczno-położniczy, zwłaszcza w zapobieganiu kile wrodzonej oraz w zwalczaniu rzeżączki. Rzeżączka bowiem u znacznej części kobiet przebiega w początkowym okresie bezobjawowo, do czasu wystąpienia powikłań, głównie zapalenia narządów miednicy małej, które staje się przyczyną wizyty u ginekologa. Zresztą, jak to wynika z odpowiednich spostrzeżeń, także w przypadku zmian kiłowych umiejscowionych na narządach płciowych połowa takich kobiet zasięga pierwszej porady u ginekologa, nie dermatologa, a rozpoznanie postawione bywa niestety często z dużym opóźnieniem (1). Istotne znaczenie ma także praca lekarzy ogólnych i innych specjalności decydując o wczesnym lub opóźnionym ustaleniu rozpoznania. Trzeba zaś pamiętać, że od tego zależy czas objęcia opieką lekarską źródła zakażenia i kontaktów i możliwość zapobiegnięcia dalszym zakażeniom.

Najważniejsze kierunki działania w walce z kiłą i rzeżączką zasługują na bliższe omówienie.

Łatwość uzyskania porady lekarskiej przez osoby podejrzewające

zachorowanie oraz poziom fachowy udzielanych porad ma podstawowe znaczenie. Dlatego szczególnie nacisk położono na usprawnienie pracy poradni dermatologicznych. Założono nie tyle tworzenie nowych poradni, gdyż istniejąca ich sieć wymagała jedynie nieznacznego uzupełnienia, ile wzmocnienie już istniejących, przez lepszą ich obsadę i wyposażenie. Przestrzegano zasady wolnego wyboru poradni i lekarza przez te osoby (nieobowiązująca rejonizacja), dokonywania rejestracji chorych wenerycznie bezpośrednio w poradni, z pominięciem ogólnej rejestracji przychodni i bezwzględnego przyjmowania chorych w dniu zgłoszenia. Zwiększenie zainteresowania dermatowenerologią w początku lat siedemdziesiątych i uzyskanie dzięki staraniom Instytutu wielu stypendiów specjalizacyjnych pozwoliło na powiększenie liczby dermatologów w kraju z 842 w 1969 r. do 1390 w 1980 r. Od r. 1977 zanotowano jednak znaczne zmniejszenie zainteresowania specjalizacją w tym zakresie i istniejący jeszcze deficyt dermatologów zaczął się powiększać.

Duży nacisk położono na doszkalanie dermatologów w zakresie wenerologii, bowiem pomyślnie wyniki zwalczania kiły i rzeżączki po wojnie światowej doprowadziły do spadku zainteresowania wenerologią i odbiły się ujemnie na poziomie praktycznych umiejętności dermatologów w tej dziedzinie. Staraniem Instytutu Wenerologii organizowano co roku w kraju około 10 kursów przy współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. W latach 1971—81 doszkalaniami objęto ok. 1100 specjalistów, z tego ponad 800 w samym Instytucie.

Doszkalaniami w zakresie wenerologii objęto także lekarzy niedermatologów, zwłaszcza ginekologów i lekarzy ogólnych. Instytut przygotował i rozpowszechnił kilka filmów dydaktycznych na temat kiły i rzeżączki, bardzo pomocnych w tej pracy. Samo szkolenie prowadzone było przez wojewódzkie przychodnie skórno-wenerologiczne, częściowo także przez lekarzy poradni dermatologicznych w zespołach opieki zdrowotnej. O skuteczności leczenia świadczy zmniejszenie w woj. wrocławskim częstości, rozpoznawanej przez ginekologów z opóźnieniem, kiły objawowej wczesnej (4), a także zmniejszenie liczby błędów lekarskich powodujących urodzenie dzieci z kiłą wrodzoną.

Szczególne starania czynił Instytut Wenerologii w celu unowocześnienia i poprawy diagnostyki laboratoryjnej, jak bowiem wynikało z badań wstępnych, było to jedno z najsłabszych ogniw w walce z kiłą i rzeżączką w Polsce. Podjęto reorganizację laboratoriów serologicznych, przyjmując jako zasadę tworzenie dużych, dobrze wyposażonych placówek i likwidację małych, nie mających perspektyw rozwoju.

Dla diagnostyki kiły i kontroli po leczeniu wprowadzono powszechnie bardziej wartościowy odczyn VDRL, zamiast citocholowego oraz

odczyn immunofluorescencji krętków (FTA-ABS), z zastosowaniem technik ilościowych. Wobec uruchomienia badań odczynem FTA-ABS w ponad 40 laboratoriach — jako obowiązującą zasadę wprowadzono weryfikację tym odczynem z tej samej próbki krwi, każdego dodatniego lub wątpliwego wyniku odczynu VDRL. Masowe badania profilaktyczne oparto o prosty odczynUSR dzięki opracowaniu i wprowadzeniu do użytku, krajowej produkcji potrzebnego antygeny. Dobrą powtarzalność badań serologicznych uzyskano poprzez standaryzację metodyki, staranną kontrolę produkcji antygenów, systematyczną kontrolę wewnątrz- i międzypracownianą oraz stałe doszkalanie pracowników laboratoriów. O rozmiarach tego szkolenia świadczy liczba ponad 500 pracowników laboratoryjnych z wyższym wykształceniem, uczestniczących w dwutygodniowych kursach.

Zaplecze laboratoryjne rzeżączki było jeszcze słabsze, bowiem w 1970 r. zaledwie w 14 miastach istniały laboratoria wykonujące posiewy. Wobec trudności z transportem materiału diagnostyka ograniczała się w praktyce do badania rozmazów, co jest w wielu przypadkach niewystarczające. Na rozbudowę tych laboratoriów Instytut położył szczególny nacisk i do chwili obecnej powstało ich bez mała 200. Stało się to możliwe dzięki produkcji na skalę przemysłową podłoża liofilizowanego do hodowli gonokoków. Wprowadzono też opracowane w Instytucie Wenerologii podłoże selektywne, a ostatnio także transportowo-wzrostowe; możliwości weryfikacji diagnozy zwiększa także dostępny zestaw do immunofluorescencji gonokoków. Niestety, większość pracowni nie wykorzystuje w pełni swych możliwości, ponieważ w niedostatecznym stopniu prowadzone są badania profilaktyczne w kierunku rzeżączki metodą posiewów u pacjentek poradni ginekologicznych. Instytutowi Wenerologii nie udało się bowiem dotąd przekonać ginekologów o potrzebie takich badań.

Istotne znaczenie epidemiologiczne miała poprawa skuteczności leczenia rzeżączki. Zmniejszająca się wrażliwość dwoinek rzeżączki na penicylinę, a także na inne antybiotyki, prowadziła często do niepowodzeń leczniczych, stających się niebezpiecznym źródłem dalszych zakażeń. W związku z tym już w 1971 r. Instytut Wenerologii sprawdził skuteczność i zalecił stosowanie domięśniowo 4 800 000 j penicyliny prokainowej oraz doustne 1 g probenecidu (9). Nowa metoda leczenia została szybko upowszechniona w publicznej służbie zdrowia. Wysokiej jej skuteczności, wynoszącej w naszym materiale 99,5%, należy w znacznej mierze przypisać spadek zachorowań na rzeżączkę w latach 1972—73. Rzadkością stały się też jednoczesne zakażenia kiłą i rzeżączką, bowiem dawka taka leczy kiłę we wczesnym okresie wylegania. Metoda ta obowiązuje do dziś, jako zasadniczy sposób postępowania. Wobec pojawienia się w 1978 r. w Polsce szczepów gono-

koków produkujących beta-laktamazę, jako lek rezerwowo dostarczono przychodniom wojewódzkim spektinomycynę.

W leczeniu kiły stosowana poprzednio dobową dawką 600 000 j penicyliny prokainowej uznawana jest zasadniczo za wystarczającą. Przeprowadzona jednak w Instytucie ocena wyników leczenia w poradniach terenowych, okazała nie w pełni zadowalające rezultaty. Ponieważ badania laboratoryjne wskazywały, że u niektórych chorych po tej dawce dostępnego w kraju preparatu penicyliny prokainowej nie utrzymywał się pożądany poziom leku w surowicy przez pełne 24 godziny, zdecydowano zalecić podwyższenie dawki dobowej do 1 200 000 j.

Instytut Wenerologii położył szczególny nacisk na wykrywanie źródeł zakażenia i kontaktów. Wyniki wywiadu epidemiologicznego było wysoce niezadowalające. Nie tylko bowiem wśród chorych brakowało zrozumienia potrzeby współpracy ze służbą zdrowia w zakresie obejmowania opieką kontaktów, ale również lekarze często nie dość energicznie lub nieumiejętnie zabiegali o uzyskanie odpowiednich informacji od chorych. Szerokie uwzględnienie tego zagadnienia w programach kursów oraz analiza wskaźników wywiadu epidemiologicznego i presja wywierana na te środowiska, w których wskaźniki te były szczególnie niekorzystne, przyczyniły się do poprawy wyników, niestety jednak tylko przejściowo. Udało się natomiast wyraźnie skrócić przeciętny czas upływający do chwili zbadania tych osób.

Instytut od początku swej działalności propagował wśród dermatologów leczenia natychmiastowe (epidemiologiczne) kontaktów kiły wczesnej i kobiet, kontaktów chorych na rzeżączkę. Po objęciu w 1972 r. tego leczenia sprawozdawczością, okazało się, że jest ono, mimo wszystko, mało rozpowszechnione. W wyniku konsekwentnego nacisku Instytutu odsetek leczonych kontaktów uległ w kraju w ciągu roku podwojeniu. Powszechne stosowanie zasady natychmiastowego leczenia kontaktów kiły i rzeżączki uznać należy za bardzo ważny czynnik wpływający na zapadalność, który, jak to wynika z analizy danych liczbowych, w zdecydowany sposób przyczynił się do poprawy sytuacji epidemiologicznej.

Ogromną rolę w zwalczaniu kiły odgrywają masowe, serologiczne badania profilaktyczne, gdyż przyczyniają się do wykrywania wielu zakażeń, o których osoby chore nie wiedzą. Udało się zwiększyć liczbę tych badań z ok. 3,5 mln w 1969 r. do 9 mln. Przeprowadzana w Instytucie okresowa analiza ich nasilenia w poszczególnych województwach wykazywała istniejące w niektórych województwach niedostatki i pozwalała na systematyczne ich usuwanie. Ponieważ specjalnie organizowane badania są znacznie bardziej pracochłonne i kosztowne, wykorzystywane są, wg zaleceń Instytutu, przede wszystkim różne kontakty osób zdrowych i chorych ze służbą zdrowia. O ich znaczeniu epidemiologicznym świadczy fakt, że 43% wszystkich nowowykrywa-

nych przypadków kiły trafia do leczenia tą drogą. Dzięki nim zmniejsza się też stale liczba przypadków kiły późnej, która w 1981 r. wyniosła 759, podczas gdy 10 lat wcześniej sięgała prawie 2,5 tys.

Znacznie trudniejsze są badania profilaktyczne w kierunku rzeżączki, wskazane szczególnie u kobiet, ze względu na skryty przebieg tej choroby. Brak jest prostej i łatwej metody wykrywania zakażeń, zachodzi więc konieczność stosowania posiewów. Badania takie najłatwiej można przeprowadzać u kobiet zgłaszających się do badania w poradniach ginekologicznych, odpadają bowiem opory psychologiczne wynikające z konieczności pobierania wydzieliny. Długi czas profilaktyczne badania w kierunku rzeżączki, mimo starań Instytutu, nie odgrywały u nas większej roli, ze względu na powolny rozwój laboratoriów i niedostateczną współpracę ginekologów. Dopiero w ostatnich dwu latach są nieco szerzej prowadzone, obejmowano nimi bowiem ok. 200 000 osób rocznie.

Jedną z przyczyn szerzenia się zakażeń, zwłaszcza w dużych miastach, jest prostytutka. Trzeba jednak podkreślić, że w naszych warunkach, ze względu na jej rozmiary, nie można jej uważać za czynnik najważniejszy, ani decydujący. Ustalenie rzeczywistej liczby zakażeń od prostytutek jest niemożliwe ze względu na częste zatajenie tych okoliczności przez chorych. Stwierdzono natomiast, że np. w Warszawie w latach 1969—1970 ponad połowa badanych osób uprawiających nierząd była chora lub w ciągu półrocznej obserwacji zachorowała na rzeżączkę lub kiłę (5). Temu należało więc poświęcić odpowiednią uwagę. Administracyjne uregulowanie sprawy nie było możliwe ze względu na obowiązujący system abolicyjny. Jednak w oparciu o ogólnie obowiązujące przepisy utworzono w kilkunastu większych miastach poradnie czynne także wieczór i w nocy, których pacjentami były w przeważającej liczbie osoby trudniące się nierzodem. Instytut Wenerologii utrzymywał stałą współpracę z taką poradnią w Warszawie. Wprawdzie dość szybko nastąpiło zmniejszenie częstości zachorowań wśród prostytutek, jednak do dziś co piąta zgłaszająca się tam do badania osoba okazuje się chora na rzeżączkę.

Praca oświatowo-zdrowotna jest szczególnie ważnym czynnikiem oddziaływania długofalowego. Prowadzona jest we wszystkich środowiskach, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży. Wyniki socjomedycznych badań Instytutu Wenerologii na temat wiedzy społeczeństwa o kile i rzeżączce oraz jego postaw wobec tych problemów (2,3) są pomocne w przygotowaniu odpowiednich materiałów oświatowych. Staraniem Instytutu Wenerologii ukazało się wiele druków, magnetofonowych nagrań audycji, kilka zestawów przezroczycy, kilkanaście filmów oświatowych; wykorzystywano też prasę, radio, kina. Specjalną uwagę poświęcono szkołom. Odpowiednia tematyka została wprowadzona do programów nauczania, a Instytut przygotował i dostarczył

szkołom niezbędne pomoce nauczania oraz specjalny podręcznik dla nauczycieli (10). Badania skuteczności oświaty zdrowotnej wykazały, że musi ją cechować cierpliwość i wytrwałość, tak jak każdą działalność pedagogiczną. Najlepszych wyników można oczekiwać wśród młodzieży, znacznie trudniejsze jest oddziaływanie na dorosłych.

Opisana wielostronna działalność w zakresie zwalczania chorób wenerycznych, która doprowadziła do uzyskania tak pomyślnych wyników, nie byłaby oczywiście możliwa bez jednoczesnego, żywego rozwoju badań naukowych. Nie jest możliwe, ze względu na rozległość podejmowanej tematyki, omawianie poszczególnych publikacji. Większość badań dotyczyła problemów o znaczeniu praktycznym, z zakresu wenerologii społecznej, zapobiegania szerzeniu się zakażeń i ich zwalczania, doskonalenia diagnostyki oraz problematyki klinicznej. Większość tych publikacji powstała w Instytucie Wenerologii, wzrastał jednak udział także innych ośrodków klinicznych. Na szczególne zaś podkreślenie zasługuje angażowanie się też wielu lekarzy praktyków z pozaakademickich zakładów służby zdrowia, co przyczyniało się bezpośrednio do lepszej pracy tych placówek.

Niniejszy przegląd działalności mającej na celu zwalczanie kiły i rzeżączki w Polsce ukazuje jej kierunki i rozmiary. We wszystkich tych działaniach istotny udział ma Instytut Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie. Opracowanie programu, jego wdrożenie i stały nadzór nad realizacją przez placówki służby zdrowia oraz doskonalenie i dostosowywanie do zmieniających się potrzeb, a wreszcie systematyczna analiza wyników to najważniejsze zadania Instytutu.

Osiągnięte korzystne wyniki epidemiologiczne są dowodem wyboru odpowiednich metod działania oraz właściwego ich wykonania.

P i ś m i e n n i c t w o

1. Jacyk W.: Analiza przyczyn późnego rozpoznawania kiły (w okresie zmian nawrotowych). Pam. X. Konf. Nauk. Sek. Wen. PTD, Warszawa 19—30. XI. 1971, dod. do Przeg. Derm., 1973, 60, 47—50.

2. Kelus J., Sikorska U.: Socjolog wobec problemu chorób wenerycznych, w: Socjologia a zdrowie, red. M. Sokółowskiej, J. Hołównki, A. Ostrowskiej, PWN Warszawa, 1976, 215—240.

3. Kelus J., Kowalska M., Stapiński A.: Wpływ konkursu oświatowo-zdrowotnego na wiedzę i postawy wobec chorób wenerycznych. Przeg. Derm., 1977, 64, 299—305.

4. Libura Małys A.: Analiza przyczyn opóźnionego rozpoznawania kiły u chorych hospitalizowanych w Szpitalu Dermatologicznym w Prąszniku w latach 1974—1976. Przeg. Derm., 1978, 65, 399—404.

5. Prostytucja jako źródło zakażeń wenerycznych, w: Choroby weneryczne — zapobieganie — zwalczanie, red. A. Stapińskiego, PZWL, Warszawa, 1971, 71—77.

6. Stapiński A.: Dwa lata działalności Instytutu Wenerologii AM. Kwart. Akad. Med. Warsz., 1972, 4, 241—246.

7. *Stapiński A.*: Zwalczenie kiły i rzeżączki w Polsce. PZWL, Warszawa, 1979.

8. *Stapiński A.*: Kształtowanie się zapadalności na kiłę i rzeżączkę w Polsce w trzydziestoleciu 1948—1978. *Przeg. Derm.*, 1979, 66, 507—512.

9. *Towpik J., Stapiński A.*: Leczenie rzeżączki wysokimi dawkami penicyliny i probenecidu w świetle zaleceń Instytutu Wenerologii. *Pam. X. Konf. Nauk. Sek. Wen. PTD*, Warszawa 19—20. XI. 1971, dod. do *Przeg. Derm.*, 1973, 60, 233—238.

10. Wybrane problemy seksuologii i chorób wenerycznych, red. *A. Stapiński*, PZWL, Warszawa, wyd. I — 1972; wyd. IV — 1980.

mgr Jan Mastowski

były st. asystent naukowo-techn. Kliniki Psychiatrycznej AM w Krakowie

SWOISTOŚĆ ŻYCIA I METOD PRACY NIEKTÓRYCH PSYCHIATRÓW POLSKICH¹

Jednym z najmocniejszych ośrodków neurologiczno-psychiatrycznych w Polsce stał się już w drugiej połowie XIX wieku Kraków; przed pierwszą wojną światową wybił się tam m. in. prof. Jan Piltz². Szybko zaczynała się wyodrębniać psychiatria. Osiągnęła ona wysoki stopień rozwoju w dwudziestolecu międzywojennym. Druga wojna światowa zakłóciła i przerwała postęp dorobku w tym zakresie, lecz natychmiast po wyzwoleniu dawna klinika prof. Piltza wydzwignęła się ze zniszczeń wojennych. Wznowili pracę psychiatrzy z jego szkoły, zwłaszcza nowy kierownik Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej UJ (a od r. 1950 — Kliniki Psychiatrycznej AM) prof. dr Eugeniusz Brzezicki³. W lecie 1945 przybył ze Lwowa prof. dr Karol Spett⁴, wybitny psychiatra sądowy, od 1971 następcą Brzezickiego na katedrze. Wraz ze swymi uczniami — łącznie z wielkiej miary uczonym, jakim był prof. dr Antoni Kępiński⁵ — stworzyli oni krakowską szkołę psychiatryczną.

Cechami tej szkoły były głównie stałe poszerzanie wiedzy, zglę-

¹ Skrócona i zmieniona wersja referatu pt. Refleksje ze współpracy z psychiatrami (przedstawionego 17 maja 1982 r. na posiedzeniu Katedry Psychiatrii AM w Krakowie).

² E. Brzezicki: *Jean Piltz*. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. T. 95: 1931, z. 1, s. 1—7.

³ Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska, t. 15: 1965, nr 4. Numer jubileuszowy poświęcony pięćdziesięcioleciu pracy profesora *Eugeniusza Brzezickiego*. — A. Szymusik, J. Mastowski: Prof. dr Eugeniusz Brzezicki. Przegląd Lekarski, 1976, nr 1, s. 213—218.

⁴ A. Kępiński, J. Mastowski: Bibliografia profesora Karola Spetta. Psychiatria Polska, t. 3: 1969, nr 4, s. 391—396.

⁵ A. Jakubik, J. Mastowski: Antoni Kępiński — człowiek i dzieło. Warszawa 1981, PZWL. — J. Mastowski: Antoni Kępiński — metodyk i dydaktyk. Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie, r. 13: 1981, nr 1, s. 55—62.

bianie arkanów metody naukowej, unowocześnianie praktyki medycznej, umiejętność doceniania tak zapładniającego źródła, jakim są pogranicza nauki, stawianie wysoko etyki lekarskiej, dbanie o integralność społeczności terapeutycznej itp., a przy tym podporządkowywanie tego wszystkiego celom pracy dydaktycznej i usługowo-lekarskiej, słowem: dobru chorego.

Nieubłagany upływ czasu zabrał na zawsze kilku wyróżniających się psychiatrów, idących swą indywidualną drogą, jak wspomniany już Antoni Kępiński (1918—1972), nie mówiąc już o Brzezickim (1890—1974) czy Spettcie (1899—1969). Jakby w ich cieniu odeszli później jeszcze inni wybitni. Z ich pracy i postawy można też było sporo się nauczyć. Udowodnili oni, że każdy psychiatra, mający szlachetne ambicje, powinien rozwijać swe cechy indywidualne, wiedząc najwięcej o swych poprzednikach, ale też nie tracąc własnych, wyróżniających go możliwości. Pozostawili wiele cennych prac w czasopismach naukowych. Występowali na zjazdach i konferencjach naukowych, w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwie Higieny Psychiczej, w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim i na innych spotkaniach naukowych. Prof. Kępiński, gdy się tylko udawało, odbierał teksty referatów i składał w osobnych tezkach.

Profesor obu specjalności: neurologii i psychiatrii, Eugeniusz Brzezicki, znał z autopsji warunki panujące w zagranicznych ośrodkach psychiatrycznych jeszcze przed pierwszą wojną, chętnie przekazywał swe bogate doświadczenia, kładł nacisk na umiejętność diagnozy, uczył, jak wybierać należyte leczenie, poddawał wiele pomysłów badawczych, wpajał potrzebę należytego dystansu wobec bieżących nowinek i mód w nauce i w medycynie, a także wobec nacisków administracyjnych. Być może pod wpływem swych przeżyć w KL Sachsenhausen Brzezicki zwrócił się wyraźnie ku psychiatrii. Wyobraźnia górowała u niego nad precyzją tekstów, jakie często pisał i publikował. Umiał uchwycić to, co jego zdaniem najistotniejsze, doszlifowanie kompozycyjne i stylistyczne uważał za rzecz wtórną, lecz ważną — podobnie jak inni jego współpracownicy i uczniowie — chętnie korzystał z pomocy polonisty.

O precyzję formy najbardziej dbał prof. Spett, również wychowany w duchu starej kultury, mającej swój grecko-laciński rodowód. Byli to ludzie odcytani, erudyci. Z niejaką pobłażliwością patrzyli na pokolenia młodsze, tolerancyjni wobec naszego niedouczenia. Wszyscy trzech profesorowie — Brzezicki, Spett, Kępiński — jednakowo usilnie starali się wpajać odpowiedzialność za każde słowo. Czytając maszynopisy, ogólną ocenę dawali raczej pozytywną, łowiąc ujęcia i myśli twórcze i oryginalne, jak też mierząc głębokość sondażu piśmiennictwa. Nie kierowali się ujemnym wrażeniem. Prof. Spett

— podobnie jak działający w Polskim Towarzystwie Higieny Psychicznej wybitny językoznawca, prof. Zenon Klemensiewicz, czy na polonistycie UJ prof. Juliusz Kleiner — uważnie, słowo po słowie czytał maszynopisy, cierpliwie poprawiał nawet drobiazgi, tak też, jak w owych latach skrupulatny redaktor naczelny „Przeгляdu Lekarskiego”, prof. dr Bronisław Giędosz, rektor AM w Krakowie. Ekspertyzy sądowopsychiatryczne Spetta i jego uczniów (obecnego profesora, Adama Szymusika, dr. Romana Leśniaka i innych) wyróżniały się precyzją.

Spett podchodził do ocenianych prac w ten sposób, że na konkretnych, drobnych czy większych usterkach rozwijał dyskusję z autorem ocenianego płodu. Recenzje nigdy nie były wyrokiem. Pisząc je raczej streszczał prace, wydobywając interesujące treści tekstu — i tylko krótko rekapitulował. Kępiński zaś na kanwie recenzowanej pracy rozbudowywał problemy według własnych poglądów, a w konkluzji starał się oceniać całość pracy dodatnio. Nie spotykało się tego, żeby po schwyceniu jakiegoś potknięcia rozbudowywać krytykę. Jeśli się zdarzały prace złe, nieprzejrzyste, pogmatwane, błędne, jałowe, niedopracowane, niefortunny autor musiał zdobyć się na pokorę i na cierpliwość w swych dalszych, odpowiednio pokierowanych wysiłkach.

Zaufanie do ocen opierało się na autorytecie profesorów, dysponujących rozległą wiedzą i dobrą wolą wobec współpracowników i uczniów, a także obcych, przygodnych autorów (doktorantów itp.). Brzezicki czerpał swe oceny z rozległego wykształcenia, zarówno ogólnohumanistycznego, jak i medycznego. Spett, mający też wielką wiedzę, nawet historyczną (interesował się zwłaszcza epoką napoleońską), w pracy naukowej drażył głównie pogranicze prawa i medycyny. U podłoża zatem: kilka dziedzin wiedzy, zgłębione przynajmniej dwie, a w wyniku: ścisła specjalizacja (w wypadku Spetta psychiatria sądowa). A nadto powściągliwość, dokładność i spoistość w formułowaniu sądów, m. in. wypowiedzi dla władz wymiaru sprawiedliwości.

Swoiste też były sylwetki profesorów. Brzezicki — uśmiechnięty, pogodny, rozumiejący rozmówcę, jakby tokiem jego uczuć i pragnień idący, dobry doradca, człowiek zaradny. Relaks znajdował w hobby kolekcjonerskim. Spett oszczędny, wyważony, skrupulatny, wrażliwy, ale nie manifestujący swych uczuć, słowny, powściągliwy, swą maskę surowości tworzący z zasady, żeby decydować — w drażliwych sprawach — nie dzisiaj, lecz jutro, gdy ostygną emocje, Pragnął mieć we wszystkim przemyślane podstawy, w swych pracach nie oszczędzał miejsca na przypisy, przeciwnie niż np. Kępiński. Profesorowie ci pragnęli, żeby zawsze istniały czasy takie, gdy rzetelny dorobek, wyniki pracy, nieskazitelność charakteru mogły w ogóle decydować o karierze i o dalszych losach człowieka. Kępiński był do-

broduszy, pełen wyobraźni, śmiały w zamierzeniach, wolał eseje niż prace statystyczne, aczkolwiek doskonale posiadał umiejętności metodologiczne; hojnie udzielał wskazówek innym, choć to czasem wyczerpywało jego cierpliwość i elegancję wobec innych. Spett nie lubił rozmachu Kępińskiego w jego pracach, toteż miał z nim mniej wspólnego języka niż z Brzezickim. Wszyscy jednak nawzajem szanowali swe różne ujęcia. Kępiński pisał dużo, podobnie jak Brzezicki, Spett zaś, nakładający na siebie nadmierne hamulce (mógł znacznie więcej opublikować prac wartościowych), twierdził — a było to przed kilkunastu laty — że rzetelny badacz może w psychiatrii w ciągu aktywnych lat swego życia napisać najwyżej pięćdziesiąt porządných prac naukowych, wnoszących istotnie nowe wartości.

Pogląd ten wynikał zapewne stąd, że w psychiatrii trudno jest tworzyć nowe, oryginalne prace; zwykle modyfikuje się stare teorie i rozbudowuje na różne sposoby nowe, modne teorie. A również ze sceptycyzmu Spetta, który sądził, że planować można wiele, ale decydować o swym losie najwyżej na tydzień naprzód. Nie można jednak zaniedbać przygotowywania gruntu na przyszłość. Kępińskiemu Spett wytykał np. przedstawianie maszynopisów bez dokładnego zaplecza bibliograficznego, nienależyte uzasadnianie własnych poglądów, skłonność do uogólnień i metafor. Ale wiedział, że talent Kępińskiego już opiera się na dużym doświadczeniu z chorymi, a autor musi trzymać się wymagań metodologicznych, jeśli ma być, jak pragnie, badaczem naukowym, a nie publicystą. Najsilniej dbano o podstawowy rodzaj pisania, to znaczy o skrupulatne, systematyczne, wnikliwe i przejrzyste prowadzenie historii chorób pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych kliniki.

Psychiatrzy krakowscy współpracowali ściśle z lekarzami innych specjalności, m. in. z klinikami chorób wewnętrznych, z filozofami, psychologami, socjologami, statystykami itp. W miarę możliwości także utrzymywali kontakty korespondencyjne i osobiste z autorami zagranicznymi. Wyjeżdżali też poza Polskę na pobyty naukowe, staże itd. Z literatury psychiatrycznej niemieckiej i angielskiej czerpała m. in. dr Małgorzata Dominik (1941—1979) już w okresie swych studiów medycznych i pierwszych stażów psychiatrycznych. Na jej podejściu do problematyki nerwic, psychoterapii i terapii rodzin dodatkowo zaważyło m. in. nabywanie doświadczenia w klinikach zachodnio-niemieckich.

Kiedy dr Dominik pisała swą rozprawę doktorską na temat zazdrości patologicznej, a także studia dotyczące medycznych następstw przebywania w obozach hitlerowskich (tzw. KZ-syndrom), łączyła skrajną ostrożność badawczą i powściągliwość w konstruowaniu sformułowań, zwłaszcza interpretacji wyników, z dużym wyczuciem układu

słów i znaczenia terminologii specjalistycznej. Teksty miały być pozornie oschłe, niemal protokolarne, a z nich dopiero miała przebijać treść, nowatorska, oryginalnie ujmowana, jak np. w zakresie patologii potomstwa urodzonego w rodzinach byłych więźniów. Autorka, subtelna, wrażliwa, wędrowała po domach osób badanych, cierpliwie i delikatnie gromadziła materiał, bardzo obfity, umiała poddawać go czasem chirurgicznej niemal selekcji, aby w końcu powstał tekst przekonujący, możliwie niedyskusyjny w tej nowej i kontrowersyjnej problematyce. Wiedziała, że pisanie polega między innymi na sztuce wyrzekania się. Naukowy kontakt badawczy łączyła z podejściem terapeutycznym. Selekcja materiału badanego jest konieczna w psychiatrii, bliskiej naukom humanistycznym, mniej natomiast ważna np. w neurochirurgii, zbliżonej w publikacjach do ujęć jakby matematycznych.

Piśmiennictwo zachodnie odegrało ważną rolę w rozwoju psychiatrycznego dorobku polskiego. Doceniana była tak jak poprzednio — zwłaszcza przez prof. Brzezickiego — medyczna literatura radziecka, gdy pawłowizm został po latach stalinowskich sprowadzony do właściwych proporcji i gdy przywrócono mu wystarczającą rangę. Zresztą był on istotniejszy w neurologii. Tak zatem — obok Brzezickiego i Spetta — podobnie jak dr Dominik, z literatury głównie niemieckiej wiele interesujących poglądów, znając ją w śmienicie, przejął, pośród wymienianych tutaj psychiatrów niezwiązanych, neurolog i psychiatra dr Aleksander Teutsch (1918—1980). Rozważny, dokładny, skrupulatny, tak jak Spett, nie publikował często. Psychiatrią zajął się w r. 1948, lecz jako kapitan lekarz długo służył w wojsku (1950—1956). Podczas wojny był podchorążym sanitarnym w „Żelbecie”. Wobec osób postronnych nie ujawniał złego stanu zdrowia.

Teutsch był jednym z inspiratorów tłumaczenia kolejnymi fragmentami dzieła filozofa i psychiatry, Karla Jaspersa, „Allgemeine Psychopathologie”, z trudnej, zawiłej niemczyzny na język polski. Fragmenty te już przed ćwierćwieczem czytano w klinice krakowskiej na południowych odprawach lekarskich, będących codziennym forum, łączącym lekarzy z różnych oddziałów. Jasność myśli, by określić rzecz delikatnie, była prywatną własnością Jaspersa, trudności z komunikatywnością dawały się więc ostro we znaki. Dr Teutsch drażył w niemczyźnie przepastną dziedzinę filozofii oraz psychiatrii egzystencjalnej, wiedział bowiem, jak duże ona może mieć znaczenie we wnikliwym badaniu psychiki człowieka, dopiero znacznie później zainteresowano się w tym środowisku bliżej fenomenologią, mając już dobre podstawy metodyczne.

Powstawały też wtedy prace na nowe, trudne tematy, wymagające własnego opracowania metody, jak np. grupa rozpraw doktorskich

o tematyce oświęcimskiej. Na gruncie polskim było to zupełne novum; nie wszyscy okazywali też wobec tej dziedziny od razu przekonanie. A byli więźniowie bali się, że badania takie przydadzą im etykiety „wariatów”. Dziś są to już zamierzchłe kłopoty. Dr Teutsch opracował i w r. 1963 obronił pracę doktorską pt. „Analiza psychiatryczna przeżyć obozowych 100 byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka”. Swą dokładność i wnikliwość dr Teutsch okazał już w fazie badania byłych więźniów i w sporządzaniu kwestionariuszy (zestawienia szczegółowej problematyki) i protokołów. Przeżywszy sporo w swym życiu, autor ten umiał wczuć się w psychikę drugiego człowieka, nawet tak osobliwą i hermetyczną, jak u byłych więźniów.

Miał też adiunkt Teutsch, jak m. in. prof. Brzezicki, swe hobby, istniało bowiem w jego rodzinie zamiłowanie do muzyki (brat jego, Karol, jest znanym muzykiem kameralistą). Dr Aleksander Teutsch jest autorem m. in. pracy pt. „Poglądy na chorobę psychiczną Roberta Schumanna”; za tę pracę otrzymał nagrodę Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Podobnie jak u chirurga sprzyja sprawności manualnej gra na fortepianie, tak u psychiatry dziedziny zupełnie odrębne pomagają w usprawnianiu intuicji i odczuć, a analiza linii życia i arkanów osobowości wybitnych postaci pozwala na dostrzeganie coraz to nowych zawłości przebiegu zaburzeń psychicznych.

Tego formatu uzdolnieni psychiatrzy, znający też życie, bo nie tylko objawy chorób swoich pacjentów, ludzie książki, wyłamywali się ze schematu pojęć obiegowych o roztargnionych uczonych. Bardzo praktyczny, realnie patrzący na rzeczywistość był świetny organizator, żyjący codziennym funkcjonowaniem krakowskiej kliniki, wzór rzetelnego i odpowiedzialnego postępowania, niezwykle zdyscyplinowany adiunkt, dr Julian Gątarski (1922—1982). Psychiatrią zajmował się od r. 1951; jako kapitan lekarz służył w Lubelskiem w latach 1953—1956. Z układu twarzy i sylwetki przypominał przedwojennego aktora, Franciszka Brodniewicza; nie zaprzeczył, gdy mu o tym powiedziałem. Był przed dwudziestu laty jedynym psychiatrą w Krakowie wyszkolonym w elektroencefalografii. Mając 22 lata, został uwięziony w obozie „Liban” w dzień tzw. czarnej niedzieli krakowskiej, 6 sierpnia 1944 roku. Cudem wy dostał się na wolność. Wykonywał badania elektroencefalograficzne — jako pomocnicze — u byłych więźniów.

Dr Gątarski kojarzy się z trudnościami, jakie może napotkać badacz w zewnętrznym nielekarskim środowisku zawodowym. W r. 1967 obronił rozprawę doktorską pt. „Elektroencefalogram pięściarzy po 100 i więcej walkach ringowych”. Umiał stenografować i wykonywać zawiłe obliczenia, co mu ułatwiało analizę skomplikowanych kore-

lacji (eeg, wyniki badań neurologicznych i badania psychiatryczne). Korzystał też z badań psychologicznych. Sport polski już wtedy był nastawiony na wyczynowość i miał silne zabarwienie fiskalne. Pięściarze nie mieli ochoty poddawać się podejrzanym w ich mniemaniu badaniom, o zagrożeniu swego zdrowia nie mieli większego pojęcia, bali się odsunięcia od walk ringowych wskutek orzeczeń lekarskich. Tymczasem pojawiło się pytanie: skoro sport w ogóle ma służyć zdrowiu, a pięściarstwo niszczy zdrowie, prowadząc dość szybko do zmian organicznych w mózgu (encephalopathia pugilistica), to czy wobec tego boks spełnia wymagania stawiane sportom. Dr G ą t a r s k i musiał być dobrym dyplomatą i dobrym psychoterapeutą, żeby sobie radzić z twardym środowiskiem bokserskim, które umiał sobie ująć i pozyskać. Ze swych badań wysnuł ostrożne wnioski, nie podważając *expressis verbis* zasadności sportu pięściarskiego. Podobnie np. prof. S p e t t wnioski ze swych ekspertyz zostawiał sądowi jako najwyższemu biegłemu, czytelnicy artykułów dr. G ą t a r s k i e g o sami mogli sobie sporo dopowiedzieć.

Jednego z internistów, byłego więźnia Działdowa (Soldau) i Dachau, dr. Piotra Tadeusza Wesełuchę (1911—1982), zbliżyło jako konsultanta do Kliniki Psychiatrycznej AM w Krakowie problematyka oświęcimska. Wyszedł on śmiało poza granice medycyny wewnętrznej i stał się również dobrym psychiatrą. Ciężkie przeżycia i cierpienia — zarówno obozowe, jak i późniejsze, w śmiertelnej chorobie — ułatwiały mu rozumienie całości człowieka. Był wnikliwym psycho-somatykiem. Niezwykle życzliwie i z gotowością lekarską, bez względu na porę doby, podchodził do chorych i potrzebujących. Chciał żyć, leczyć chorych — i dlatego długo walczył z własną chorobą. Dłużej niżby można było sądzić. Przypuszczalnie obozy nauczyły go umiejętności przeżywania cudzych cierpień i aktywności skierowanej ku innym ludziom.

Analizował, podobnie jak K ę p i ń s k i, najtrudniejsze zagadnienia, które by można określić najkrócej: sens choroby, sens śmierci, sens życia. W swych artykułach na tematy obozowe dr W e s e ł u c h a szedł — prócz warstwy opisowej — ku głębszej refleksji. Obozy traktował jako eksperyment psychiatryczny. Szeroko więc wyzyskał pogranicza problemowe; poruszał się na ich obszarze z myślą o przekazaniu najcięższych doświadczeń innym⁶.

Podobnym postawom psychiatrów i psycho-somatyków przyświecało pragnienie odkrywania i potęgowania u chorych cech wartościowych i korzystnych. Uważać to można za potężny oręż walki lekarza z przeznaczeniem pacjenta, a zarazem za sposób wychodzenia z nie-

⁶ Publikacje psychiatrów wymienionych w artykule podawała corocznie edycja biograficzna AM w Krakowie: *Annales Academiae Medicae Cracoviensis*.

których raczej kontemplacyjnych koncepcji psychoanalitycznych ku owocnej psychoterapii, gdy już mało pomagają ostatnie możliwe leki, kroplówki, przetaczanie krwi bądź dializy. Dr Wesełucha dawał mnóstwo przykładów działania, jak chronić chorego przed popadnięciem w czarną, zamkniętą kulę toksycznego wpływu beznadziei. Ci, którym los nie oszczędził śmiertelnych chorób w ciężkim, przewlekającym się cierpieniu — prof. Brzezicki, prof. Kępiński, dr Dominik, dr Wesełucha — pokazali też, jak się umiera z godnością.

Przewijający się tutaj wątek dodatnich właściwości psychicznych przywodzi na myśl trzynaście korzystnych cech, które ongiś zestawił Benjamin Franklin, bilansując swą biografię: umiar; milczenie i mówienie tylko tego, co może przynieść pożytek; ład; postanowienie czynienia tego, co się powinno; oszczędność w szerokim rozumieniu tego słowa; pracowitość; szczerłość (jakże ważna w kontakcie z chorymi); sprawiedliwość; powściągliwość; czystość; spokój; surowość cielesna (obecnie już nie dosłownie rozumiana, ale uwzględniana np. w psychopatologii zaburzeń seksualnych); pokora. Prof. Kępiński nazwałby to zbawiennymi radami i dodałby może, iż kto je usłyszy, to będzie... pokrzepiony. Zostawmy jednak rozległe rejony nauki o wartości filozofom i etykom. Chodziło tutaj tylko o to, żeby wywołać ducha, chodziło o ów *genius loci*, trwający w klinice krakowskiej od dziesiątków lat.

Z deontologicznego punktu widzenia aspekt ten trafnie sformułował znany etyk, prof. Mieczysław Michalak, którego warto cytować bliżej

„Nie jest (...) przypadkiem, że w żywych ostatnio dyskusjach na temat etyki zawodowej tak często zjawiają się problemy medycyny oraz lekarzy. W polemikach tych słyszymy niekiedy głosy, iż obowiązki moralne lekarza są przeciętnymi obowiązkami człowieka, obywatela, nie natomiast żadnych »specjalnych« zasad moralnych, które określałyby zachowanie się lekarza wobec pacjenta. Zdarzają się nawet opinie, że pacjent oczekuje od lekarza »medycyny«, a nie »moralności«, wiedzy, umiejętności, skutecznego leku i wyleczenia, a nie na przykład życzliwości, dobroci serca, człowieczeństwa. Wadliwa jednak jest taka alternatywa — oddzielanie i przeciwstawianie tego, co znajduje się w sferze sztuki lekarskiej, od tego, co już jest sferą moralności. I nie chodzi oczywiście o jakieś wyjątkowe, specjalne reguły moralne obowiązujące lekarza. Całkowicie można się zgodzić ze znanym stwierdzeniem, iż podstawową powinnością moralną lekarza jest »być dobrym człowiekiem«. Ale też godzić się trzeba z tym, iż to »bycie człowiekiem« najpełniej ujawnia się właśnie w relacji lekarz — pacjent, w trakcie uprawiania »sztuki lekarskiej« i w sytuacjach z nią związanych. Praktyka lekarska dostarcza zatem nieustannie argu-

mentów na rzecz tezy o koniecznej jedności moralności, wiedzy i prakseologii oraz przykładów tej jedności (...)”⁷.

Fachowa wiedza lekarska, połączona z rozległą edukacją humanistyczną, panowanie nad olbrzymim piśmiennictwem, wspieranie uznawania psycho-fizycznej jedności człowieka orientacją w wielu specjalnościach medycyny, fizyczna niemożność opanowania dogłębnego nawet paru takich specjalności itp. — to problemy zasługujące na uwagę. Epoka polihistorów minęła już jednak, lecz nie minęła pamięć o takich lekarzach, jak profesorowie Tadeusz Bilikiewicz w Gdańsku czy Eugeniusz Brzezicki i Antoni Kępiński w Krakowie, by wymienić psychiatrów.

Przeciwieństwo polihistoryzmu w medycynie, czyli wąskość specjalizacji, wąskość nawet w poszczególnych dziedzinach psychiatrii i innych działów medycyny — jest chyba etapem przejściowym, choć niektrótkim. Dobro chorego wymaga, żeby do samego spodu opanować jakąś wyodrębnioną problematykę, ale kiedy wyjdzie się z nią przez odpowiedni przesmyk na wybrane pogranicze, kiedy włączy się którąś z innych nauk, wówczas może niespodziewanie objawić się kolejne nowe ujęcie, przynoszące satysfakcję i pożytek, a żmudna pogoń za nowymi ujęciami i spostrzeżeniami jest nie kończąca się dołą lekarza z ambicjami naukowca.

Gdy się przyjrzeć bliżej życiu i pracy niektórych polskich psychiatrów, kilku tylko, bo krakowskich z okresu powojennego i nieżyjących, można dostrzec, że istotną rolę w ich osiągnięciach odegrało poszanowanie tradycji, niezasklepanie się na bieżących sprawach, nawiązywanie do dawnego dorobku, lektura polskich publikacji psychiatrycznych począwszy od wieku XIX (np. Romuald Płaskowski), sięganie do książek i czasopism psychiatrycznych z okresu dwudziestolecia międzywojennego, zachowywanie i rozwijanie własnych cech indywidualnych nawet pod kierunkiem silnych osobowości, wprawa w selekcyonowaniu naporu informacji, zdolność wyboru wartości poznawczych, trwałość wartości etycznych.

Potrzeby organizacyjne i wymagania administracyjne w oczach tych psychiatrów były warstwą przemijającą, zmieniającą się; rozwój nauki był zjawiskiem nieprzytłaczającym, gdy towarzyszyła mu umiejętność wyboru wartości; powściągliwość i dystans wobec spraw emocjonujących pozwalały na zachowanie godności i spokoju; stawianie na miejscu naczelnym dobra chorego pozwalało na tłumienie egocentryzmu; przenikliwe i wsparte wyobraźnią spojrzenie na przyszłość chroniło przed osobistymi kryzysami.

⁷ M. Michalak: Szkice o kryteriach moralnych. Warszawa 1980, Wiedza Powszechna, s. 15. — Sprawy te porusza także J. Bogusz: Lekarz i jego chorzy. Kraków 1979, Wydawn. Literackie.

Dr n. med. Miron Paciorkiewicz

Z DNI ODBUDOWY WARSZAWY I ZAKŁADÓW NAUKOWYCH WYDZIAŁU LEKARSKIEGO U.W.

Niemożliwe jest omówienie w całości tego problemu w tak niewielkim artykule. Przedstawiam zatem jedynie pewien wycinek tego okresu.

Dzięki zwycięskiej ofensywie wojsk radzieckich z II Armią Wojska Polskiego zamieniona w zgliszcza i gruzy Warszawa odzyskuje wolność. Niemal z pierwszym umilknięciem odgłosów toczącej się walki grupki studentów i wykładowców I Wydziału Lekarskiego UW wyruszyły w stronę ruin stolicy. Chcieli oni dowiedzieć się jak najprędzej o losach swoich najbliższych i sprawdzić co ocalało, względnie co da się jeszcze uratować z ruin zakładów naukowych Uczelni. Nie jest celem tego artykułu zapoznanie czytelnika z ogromem trudności związanych z restytuowaniem gmachów Wydziału Lekarskiego, a w nim zakładów naukowych; wymagałoby to napisania całego tomu. Dodatkową trudność w odbudowie stanowiło rozmieszczenie zakładów w różnych miejscach Warszawy.

Podkreślić należy, że studenci nie tylko pomagali przy usuwaniu zwałów gruzów, walących się szkieletów domów grożących katastrofą, jak na ulicy Marszałkowskiej. Włączyli się również spontanicznie do odbudowy uczelni, jak Zakładu Medycyny Sądowej, Anatomicum, klinik przy ulicy Miodowej, Nowogrodzkiej, Wydziału Farmaceutycznego przy ulicy Przemysłowej 25. Młodzież wiedziała dobrze, że pomagając Uczelni przyspiesza rozpoczęcie pracy dydaktyczno-badawczej i klinicznej. Najmniej zniszczony okazał się gmach medycyny teoretycznej na Krakowskim Przedmieściu i najłatwiej było go odrestaurować. Tu mieścił się później m. in. Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej z kierownikiem profesorem Julianem Walawskim. Jak wyglądała początkowo praca w zakładach, możemy wyobrazić sobie na tym przykładzie. Początkowo wszystkie kłopoty ponosił on sam, zanim pierwszym asystentem został ówczesny student Miron Paciorkiewicz. Cały personel pomocniczy stanowił

woźny Antoni. Do nich należało nadzorowanie prowadzonych robót remontowych, a następnie urządzenie Zakładu. Razem z woźnym nosiłem na plecach szafy, paczki ze szkłem laboratoryjnym, książkami, a ponadto zajmowałem się kompletowaniem narzędzi, urządzeniem biblioteki. Pierwsze prace doświadczalne rozpoczęli dr Masztak i późniejszy profesor Józef Dryjski. Prawie 5 lat trwało urządzenie tego Zakładu. Jednocześnie prowadzono pracę dydaktyczną.

Podobnie wyglądała działalność pracowników i kierowników innych zakładów, a nawet były sytuacje trudniejsze.

Jak umieli, tak spieszyli studenci z pomocą, propagując ideę odbudowy, wywieszając transparenty na rogu Al. Jerozolimskich i Marszałkowskiej z napisem „Koło Medyków odbudowuje gmachy Uniwersytetu Warszawskiego”. Niezależnie od tego młodzież medyczna organizowała pochody z transparentami po ulicy Marszałkowskiej. W 1946 roku z okazji września wzięła ona udział w manifestacji młodzieży szkolnej jako jedyna przedstawicielka akademików. W tymże czasie pomagała ona w odśnieżaniu stolicy, a w następnym roku zakres jej działania rozszerzył się. „Robotnik” z 8 kwietnia tegoż roku donosił m. in.: „Dziś Zakład Medycyny Sądowej jest w ruinie. Młodzi medycy biorą teraz sprawę odbudowy Zakładu w swoje ręce”.

Już w dniu 23 stycznia 1947 roku Koło Medyków na wniosek prof. Grzywo-Dąbrowskiego i przedstawiciela kursu V po-



Koło Medyków podczas zbiórki na odbudowę Zakładów Medycznych.

wołało Studencki Komitet Odbudowy Zakładu Medycyny Sądowej z przewodniczącym, wówczas studentem Mironem Paciorkiewiczem, wiceprzewodniczącym został Tadeusz Ingo. Przewodnictwo Honorowego Komitetu objął Minister Zdrowia prof. dr med. Tadeusz Michejda. Jeszcze w czasie wytężonej pracy nad Sądówką na wniosek Mirona Paciorkiewicza „Koło Medyków” utworzyło 1.VIII.1947 r. równorzędny, samodzielnie działający „Komitet Odbudowy Anatomicum”. Zleciło również jemu przewodnictwo nad tym Komitetem, a na wiceprzewodniczącego powołano Cezarego Włodzimierza Korczaka.

Fakt ten był wyrazem uznania dla dotychczasowej działalności Mirona Paciorkiewicza. W tym czasie współpracował on z ówczesnymi rektorami: Pieńkowskim, a głównie z Czubalskim. Służył też radą profesorom: Wiktorowi Grzywo-Dąbrowskiemu, Ludwikowi Paszkiewiczowi — gospodarzowi gmachu „Anatomicum”, Romanowi Poklewskiemu, Janowi Zaorskiemu oraz kuratorowi Koła Medyków prof. Marianowi Grzybowskiemu. Odgruzowanie Sądówki odbyło się w dniach 20.IV. do 10.V.1947 roku, co stało się możliwe dzięki dotacji Miejskiej Rady Narodowej. Potrzebny sprzęt jak łopaty, oskarady wypożyczono z Przedsiębiorstwa Wodociągów. W pracach wzięł udział prof. Grzywo-Dąbrowski wraz z całym personelem naukowym i pomocniczym. Z kolei przystąpiono do powołania Komitetu Honorowego z Ministrem prof. Tadeuszem Michejdą na czele.

Po opracowaniu kosztorysu odbudowy gmachu nad dopilnowaniem i nadzorem rozpoczętych następnie prac czuwała młodzież. Trzeba podkreślić, że pierwsza z pomocą finansową pospieszyła Akademia Górnicza w Krakowie, przekazując 5.000 zł, a następnie popłynęły inne



Pochody z transparentami po ulicy Marszałkowskiej organizowane przez młodzież medyczną.

dotacje. Przyznana w r. 1946 dotacja na odbudowę „Anatomicum” okazała się niewystarczająca. Pozostała nie wykończona część centralna budynku z salą wykładową i nadbudową II piętra. Starania gospodarza budynku w sprawie dalszej odbudowy były nieskuteczne. I w tym przypadku pomagała młodzież, której interwencje przeprowadzane na różnych szczeblach począwszy od Rektora, Ministra Zdrowia, Ministra Odbudowy — Piotrowskiego spowodowały decyzję dalszej odbudowy.

Uzyskana przez Studencki Komitet dnia 12.IX.1947 r. dotacja z Ministerstwa Administracji Publicznej umożliwiła odgruzowanie pozostałej części i przeprowadzanie robót remontowych w Zakładzie Anatomii Patologicznej. W obu akcjach odnotowano prawie 100-procentowy udział młodzieży wraz z kadrą naukową i personelem pomocniczym. Poparły akcję organizacje polityczne działające na Uczelni.

Warto wspomnieć, że wielu studentów chcąc powiększyć finanse sprzedawało w klinikach kalendarze terminowe, uzyskując dodatkowo 50.000 zł. Wśród tych studentów byli: przewodniczący Studenckich Komitetów, obecnie pracujący w Łodzi prof. Traczyk, przedstawiciele IV kursu, którzy przekazali ponadto 7.000 zł. Trzeba podkreślić, że Komitety Studenckie przyspieszyły wykonanie planów odbudowy obu gmachów. Zajmowały się również wysyłaniem memoriałów do różnych instytucji z prośbą o pomoc finansową, czuwały nad postępem robót, przeprowadzały interwencje na szczeblach ministerialnych. Najpierw oddano do użytku salę wykładową w Sądówce, już w 1949 r. Natomiast salę wykładową w Anatomicum przekazano w 1950 r. Na uroczystościach oddania do użytku tych sal Rektor oraz Minister przekazali pod adresem młodzieży i przewodniczącego słowa podziękowania i uznania.

W międzyczasie uzyskano pozwolenie od władz na przeprowadzenie zbiórki na terenie całego kraju. To stało się sygnałem do połączenia 2 Komitetów w „Studencki Komitet Odbudowy Zakładów Naukowych Wydziału Lekarskiego”, co pozwoliło na lepszą pracę i wyeliminowało konkurencyjność w działaniu. Prowadzone przez ten Komitet kwesty na ulicach Warszawy stały się bardziej urozmaicone i nabrały rozmachu. Pisał o tym „Express”. Udział w nich brali harcerze wygrywający fanfary na trąbkach, z udziałem skrzypka, obecnie prof. Kubikiego. Kwestujący zaopatrzeni byli w narzędzia chirurgiczne, transparenty, puszki. Za całokształt działalności został wyróżniony Złotą Odznaką NROW (Naczelnej Rady Odbudowy Warszawy) ówczesny student Miron Pacioriewicz, a brązowymi Odznakami ówczesny prezes Koła Medyków Wojciech Pędich (obecnie prof. w Białymstoku) i student Zbigniew Sternadel, dziś profesor warszawskiej AM. Cała młodzież wyróżniona została specjalnym dy-

plomem dziękczynnym prezesa S.K.O.W., a ówczesny student Stanisław Konzał specjalną nagrodą.

Niemal równocześnie z medykami podobne komitety założono na Wydziale Farmacji i Akademii Stomatologicznej. W wyniku porozumienia się tych Studenckich Komitetów oraz przeprowadzonej konsultacji ze studentami Politechniki Warszawskiej J. Goliszewskim i Z. Szymańskim postanowiono powołać, po otrzymaniu zgody S.K.O.W., „Ogólnoakademicki Komitet Odbudowy Wyższych Uczelni” w Warszawie. Postulat ten zgłoszono prezesowi S.K.O.W. inż. Czesławowi Klarnerowi. Po jego akceptacji utworzono ten Komitet. Prezesem został Miron Paciorkiewicz, ówczesnie już absolwent Wydziału Lekarskiego, a wiceprezesem inż. Goliszewski.

Z „Ogólnoakademickim Komitetem” współpracowało 11 rektorów, którzy rozpoczęli swoją współpracę od wydania odezwy do społeczeństwa, wzywającej do świadczeń na rzecz uczelni. W tym czasie ukazała się odezwa trzech rektorów Uniwersytetu, Politechniki i Akademii Stomatologicznej wzywająca byłych wychowanków do wpłat na rozwój wyższych uczelni. Odezwę tę podpisali dziekani Wydziału Lekarskiego i Farmacji.

Jedną z większych akcji tego Komitetu było zmobilizowanie młodzieży wszystkich uczelni do odgruzowania Muranowa, dokąd po wysłuchaniu przemówienia Rektora Fr. Czubałskiego na dziedzińcu



Kwesta na ulicach Warszawy.

Uniwersytetu przemaszerowali studenci w zwartych szeregach. Studenci nieśli transparenty z hasłami Odbudowy. Z młodzieżą maszerowała cała kadra profesorska. Pracowali oni na równie z młodzieżą, świecąc przykładem.

Drugą ważną akcją było kierowanie studentów do kwesty ulicznej, w której brali udział artyści.

Trzecim i najważniejszym poczynaniem Komitetu było zorganizowanie Wielkiej Loterii wspólnie ze Stołecznym Komitetem (S.K.O.W.). Fanty zdobyli studenci. Loteria przyniosła 17 milionów złotych. Z sumy tej otrzymało znaczną dotację „Anatomicum”. To były największe akcje Komitetu, ale nie jedyne.

Należy zaznaczyć, że za całokształt prac dla Odbudowy Warszawy, a zwłaszcza uczelni, Rektor prof. Fr. Czubałski został odznaczony Odznaką NROW.

Ogólnoakademicki Komitet Odbudowy Wyższych Uczelni rozwiązał się w 1950 roku.

Od redakcji: Do wspomnień dr Mirona Paciorkiewicza będziemy jeszcze wracać w kolejnych numerach kwartalnika.

Halina Dusińska

KSIĘGI PAMIĄTKOWE — W HOŁDZIE UCZONYM

Po zdławieniu powstania styczniowego, władze carskie zmierzały do rusyfikacji Królestwa Polskiego i całkowitego włączenia go do carskiego imperium. Szkołę Główną Warszawską, jedyny polski uniwersytet w zaborze rosyjskim, przekształcono w Cesarski Uniwersytet Warszawski, którego głównym celem miało być przyciąganie młodzieży Królestwa i rusyfikowanie jej. Poczynania zaborcy ukierunkowane były na zniszczenie polskiej nauki, kultury i tradycji narodowej. „Kraj Przywiślański” ogarnęła „noc apuchtinowska”.

W tym tragicznym okresie dla dziejów kraju wzrastała świadomość narodowa, rozwijał się bardzo żywy proces konsolidacji społeczeństwa, zadzierzgnęła się silna więź Polaków ze wszystkich zaborów i z emigracji. Szczególną tutaj rolę odegrały obchody o charakterze zbiorowym, zjazdy naukowe, uroczystości jubileuszowe.

Przykładem może być jubileusz 50-lecia twórczości Józefa Ignacego Kraszewskiego. Uroczystość, która odbyła się w Krakowie w 1879 r., stała się ogólnopolską manifestacją kulturalną i patriotyczną. Wysyłano do Krakowa listy i depesze. Dzięki zabiegom prof. Wiktora Szokalskiego zrealizowano wcześniejszy projekt — lekarze polscy uhonorowali Bolesławitę pięknym adresem. Twórcą jego i rysownikiem był Józef Peszke, który z benedyktyńską cierpliwością przez 2 lata pracował nad stroną artystyczną.

Spółeczność lekarska podzielona między trzech zaborców wykorzystywała każdą sposobność, aby się zbliżyć, wymienić spostrzeżenia, pochwalić wynikami badań, bo mimo tragicznego położenia politycznego, nauki medyczne rozwijały się dzięki ofiarności wybitnych jednostek.

W II połowie XIX stulecia zaczęto więc organizować zjazdy lekarzy i przyrodników polskich (I zjazd odbył się w 1869 r. w Krakowie) i na szerszą skalę obchodzić uroczyste jubileusze związane z działal-

nością naukową instytucji, towarzystw i zasłużonych lekarzy. W związku z tego rodzaju uroczystościami powstawały okolicznościowe publikacje, których celem było nie tylko upamiętnienie zaistniałych wydarzeń, ale również zademonstrowanie poziomu polskiej medycyny, propagowanie doniosłych odkryć dokonanych w pracowniach naszych uczonych, oraz zapoznanie z rozwojem poszczególnych dziedzin lekarskich na przestrzeni określonego czasu.

Okulista Józef Talko, autor i redaktor dwóch obszernych publikacji poświęconych prof. W. Szokalskiemu z okazji 50-lecia jego pracy naukowej, tak pisał: „Niech świat naukowy przekona się /.../, że i Polacy nie tylko nie pozostali w tyle w okulistyce, lecz szli za postępem nauki, przykładając się ze swej strony do jej rozwoju. Pracowaliśmy nie tylko dla literatury ojczystej, lecz z bogaciłymi naszymi pracami literaturę niemiecką, rosyjską i francuską. Na imiona polskich okulistów bardzo często się dziś powołują w czasopiśmie i dziełach swoich zagraniczni autorowie”.

Autorki „*Bibliografii polskich wydawnictw pamiątkowych*” F. Sawicka i J. Rupińska — zgromadziły opisy wszelkiego typu materiałów niezależnie od ich formy wydawniczej czy piśmienniczej, wydanych w latach 1801—1914, które dokumentują ważne wydarzenia w każdej niemal dziedzinie życia. Znalazły się tu albumy i kalendarze, jednodniówki, bibliografia, sprawozdania, opisy i programy uroczystości, prace zbiorowe i mające jednego autora, książki, broszury, odbitki i nadbitki, specjalne numery czasopism.

Najliczniejszą grupę stanowią publikacje pamiątkowe poświęcone osobom. M. in. wielu znanych, zasłużonych lekarzy z okazji jubileuszów związanych z działalnością naukową, było adresatami tego rodzaju wydawnictw. Poświęcano im numery specjalne czasopism, broszury, czy wreszcie całe księgi, w których często zamieszczano portret, życiorys, charakteryzowano drogę naukową, czasem dołączono bibliografię publikacji, opisywano uroczystość jubileuszową.

Np. w nr 21 i 22 z 1899 r. czasopisma „*Medycyna*” na 86 stronicach wydrukowano publikację pt. „*Prace chirurgiczne wydane ku uczczeniu 35 letniej pedagogicznej działalności profesora dra medycyny Juliana Kosińskiego*”. Tego obszerny artykuł poświęcony wybitnemu operatorowi i pionierowi postępowania antyseptycznego w Polsce, profesorowi chirurgii na Wydziale Lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej i Uniwersytetu Warszawskiego, omawia zwięźle historię polskiej chirurgii. Prof. Julian Kosiński (1833—1914) założyciel i kierownik szkoły polskich chirurgów, dzięki talentowi i doświadczeniu zdobytemu w zagranicznych szpitalach i klinikach, stosowaniu nowatorskich metod operacyjnych i środków zapobiegających zakażeniom przyrannym, zapoczątkował nowoczesny rozwój chirurgii w kraju, szczególnie w chirurgii narządów jamy brzusznej. Niektóre operacje wykonywał po raz

pierwszy w Polsce, np. w roku 1877 usunął krtań. Również zasługuje na uwagę działalność społeczna profesora. Przyczynił się do założenia Towarzystwa Doraźnej Pomocy (Pogotowia Ratunkowego) i Towarzystwa Higienicznego, którego był pierwszym prezesem. Dużymi sumami pieniędzy wspierał Kasę wsparcia dla wdów i sierot przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, którego członkiem czynnym był od 1863 r. Ten długoletni kierownik kliniki chirurgicznej wydziałowej w r. 1897 otrzymał tytuł zasłużonego profesora Uniwersytetu Warszawskiego. W roku jubileuszu 35-letniej działalności pedagogicznej popiersie prof. J. Kosińskiego zostało ustawione w sali wykładowej chirurgii, a czasopismo „Medycyna” wybiło medal pamiątkowy.

Profesor botaniki w Uniwersytecie Jagiellońskim, autor dziejów medycyny w Polsce, Józef Rostafiński wydał w roku 1900 własnym nakładem w Drukarni „Czasu” broszurkę pt. „Henryk Jordan. Z powodu 30-letniej rocznicy doktoryzacji dnia 22 stycznia”. W tej liczącej 13 stron publikacji omówił życie i pracę Henryka Jordana (1842—1907), profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, pioniera wychowania fizycznego w Polsce, wieloletniego członka Rady Miejskiej Krakowa, posła do Sejmu Krajowego, higienisty, który wprowadził do szkół średnich obowiązkowe lekcje gimnastyki i instytucję lekarzy szkolnych. Henryk Jordan był twórcą fundacji „Park Miejski doktora Henryka Jordana”, z którego boisk, kortów tenisowych, ślizgawki i pryszniców korzystała bezpłatnie i pod stałym dozorem instruktorów i lekarzy młodzież szkolna i rzemieślnicza, codziennie około 2000 osób. W latach późniejszych zorganizował warsztat stolarski i pracownie rzemieślnicze. Hołdował zasadzie wszechstronnego kształtowania jednostki poprzez wyrabianie w niej poszanowania dla pracy fizycznej i umiejętności godzenia jej z pracą umysłową.

Wiele funkcji pełnił społecznie dr Jordan. Z jego inicjatywy powstawały towarzystwa i stowarzyszenia, których celem było szerzenie higieny w społeczeństwie i polepszanie zdrowotnych warunków wychowania młodzieży. Warto zaznaczyć, że dr Jordan obchodził uroczyste 15-lecie utworzenia parku, natomiast nie zgodził się na uczczenie 30-lecia doktoryzacji. Po latach tak scharakteryzował jego działalność H. Smarzyński: „Jordan jako jeden z pierwszych w świecie i w Europie, a pierwszy na ziemiach polskich, wyprowadził wychowanie fizyczne z zamkniętych i dusznych sal gimnastycznych na wolne powietrze i słońce...”

Wśród wydawnictw pamiątkowych należy wymienić „Opis uroczystego obchodu 50-letniej rocznicy zawodu lekarskiego dra med. Adama Bogumiła Helbicha (w dniu 19 października 1867 roku i utworzeniu nagrody konkursowej imienia dra... Z wizerunkiem jubilata”. Przez Nowakowskiego Janusza Ferdynanda redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”. Warszawa 1868 Druk „Ga-

zety Polskiej” s. II, 32, 2 nlb. 1 tabl. Zawiera także życiorys pióra prof. Girsztofta, protokoły posiedzeń do wypracowania ustawy nagrody konkursowej im. dra Helbicha, ustawę i listę lekarzy i aptekarzy, którzy przyjęli udział w utworzeniu nagrody.

Dr Adam Bogumił Helbich (1796—1881) filantrop, kawaler krzyża *Virtuti Militari* za udział w powstaniu listopadowym, współzałożyciel i współredaktor z L. Natansonem i A. Le Brunem „Tygodnika Lekarskiego”, którego celem było informowanie polskich lekarzy o rozwoju nauk medycznych za granicą z podkreśleniem roli badań anatomo-patologicznych, fizjologicznych i mikroskopowych, był autorem licznych prac. M. in. wykazał w nich związek przyczynowy ropni jamy ustnej z innymi schorzeniami, czym wyprzedził Teofila Kaczorowskiego, twórcę teorii zakażenia ustnego. Był członkiem Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego, opracował wiele orzeczeń sądowo-lekarskich, był jednym z autorów statutu Akademii Medyko-Chirurgicznej, przyczynił się do reorganizacji służby zdrowia, współopracowując projekt zmian w przepisach o postępowaniu prawnolekarskim. Nie przyjął proponowanej sobie katedry w Akademii Medyko-Chirurgicznej. A. B. Helbich był współzałożycielem przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, członkiem którego był od 1830 roku, Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po nich pozostałych i podczas jubileuszu przekazał na jej konto 4500 rubli srebrem. W trakcie uroczystości jubileuszu zebrano kapitał nagrodowy na konkurs im. A. B. Helbicha. W ten sposób w 1867 r. utworzono pierwszą w Polsce stałą nagrodę konkursową. Autor „*Opisu uroczystego...*” stwierdza: „Nagrody konkursowe są wynikłością historyczną dojrzałości naukowej pewnych instytucji, którym dodając powagi i uroku, najwięcej przyczyniają się do ciągłego postępu nauki: nie ma bowiem szlachetniejszej widowni do współzawodnictwa jak praca”. Z procentów od kapitału Warszawskie Towarzystwo Lekarskie nagradzało co 4 lata autora najlepszej oryginalnej rozprawy naukowej lekarskiej napisanej w języku polskim.

We wspomnianej „*Bibliografii polskich wydawnictw pamiątkowych*” wśród publikacji poświęconych osobom uwzględniano 131 wydawnictw zbiorowych, z czego 39 to księgi pamiątkowe. Różnią się one od innych wydawnictw tego typu: objętością, rozmiarami, szatą graficzną, zawierają bogaty materiał ilustracyjny, oprawą, gatunkiem papieru; ze względu na walory zdobnicze i typograficzne są to niekiedy wspaniałe edycje bibliofilskie. Zawartość treściowa księgi jest także obszerniejsza.

Czterech zasłużonych polskich lekarzy działających w XIX wieku i w I dekadzie XX stulecia otrzymało w darze od swoich uczniów księgi pamiątkowe.

Ojciec okulistyki polskiej, członek Akademii Umiejętności w Kra-

kowie i wielu stowarzyszeń lekarskich i naukowych w kraju i zagranicą — prof. dr Wiktor Feliks Szokalski otrzymał w roku jubileuszowym 50-letniej działalności naukowej 2 księgi pamiątkowe.

I. Talko Józef: *„Prof. dr Szokalski i jego działalność, tudzież zebranie materiałów do historii oftalmologii w Polsce od najdawniejszych czasów aż do dni naszych. Rzec napisana ku uczczeniu 50-letniego jubileuszu ojca okulistyki polskiej, podczas IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.* Wydana w Warszawie 1884. Druk M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego. Na 163 stronicach pomieszczono portret profesora wykonany przez „fotografa Uniwersytetu Warszawskiego” Konrada Brandla, a rytowany przez najlepszego warszawskiego ksylografa Józefa Holewińskiego, z facsimile podpisu jubilata, dedykację od autora, życiorys profesora, szczegółowy opis wszystkich uroczystości, których prof. Szokalski był bohaterem, recenzję jego pracy, oraz „Materiały do historii oftalmologii w Polsce” zebrane przez Józefa Talko, bibliografię prac jubilata i prace drukowane dr. Talko.

Omawiana książka została wręczona adresatowi podczas zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu 1884 r. Źródła podają, że „Przez wrodzoną skromność uchylił się Jubilat od specjalnego obchodu i to tak dalece, że zastrzegł sobie, iż przybędzie na Zjazd pod tym tylko warunkiem, iż zaniechaną zostanie myśl o uczczeniu jego jubileuszu. Przyjął jedynie godność prezesa zjazdu”.

II. *„Księga jubileuszowa dla uczczenia pięćdziesięcioletniej działalności naukowej prof. dr Szokalskiego wydana pod red. doktora J. Talko przez okulistów polskich”* ukazała się w kilka miesięcy później nakładem doktorów J. Talko i M. Kępińskiego w drukarni Michała Ziemkiewicza. Redakcja zastrzegła, że po odtrąceniu kosztów, dochód z jej sprzedaży przeznaczony będzie na rzecz Kasy wsparcia wdów i sierot. Do omawianej zbiorowej księgi włączone zostały wszystkie materiały opublikowane w pierwszym wydawnictwie. powiększone m. in. o 21 prac naukowych autorstwa okulistów rodaków. Znalazł się w niej także doskonały portret zmarłego w 1883 r. okulisty Stanisława Kośmińskiego, autora *„Słownika lekarzy polskich”*.

Prof. Szokalski, uczestnik powstania listopadowego, z powodów politycznych musiał opuścić kraj. Na obczyźnie dokończył studia, prowadził ożywioną działalność zawodową i społeczną, przyczynił się m. in. do założenia niemieckiego towarzystwa lekarskiego. Po powrocie do kraju (od 1861 r. był profesorem Akademii Medyko-Chirurgicznej) równoległe z działalnością dydaktyczną pełnił funkcję naczelnego lekarza Instytutu Oftalmicznego, a społecznie działał w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Od 1856 r. był jego pierwszym dożywotnim sekretarzem. Ten wybitny okulista realnie patrzył na polską rzeczy-

wistość naukową i z całym naciskiem podkreślał konieczność budzenia i kultywowania samodzielnej narodowej myśli naukowej. Następująca wypowiedź prof. Szokalskiego, jako motto, została umieszczona na stronie tytułowej „Księgi jubileuszowej...”: „Kształcimy w sobie rodzimego ducha obserwacji i budźmy zaufanie do własnej nauki”.

Obydwie księgi są monografią polskiej okulistyki, doprowadzoną prawie do końca XIX wieku.

Główna Biblioteka Lekarska ma w swoich zbiorach dwa egzemplarze księgi pt. „Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin Włodzimierza Brodowskiego profesora anatomii patologicznej w Uniwersytecie Cesarskim Warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: Kazimierza Chełchowskiego, Adama Ciąglińskiego, Zdzisława Dmochowskiego, Teodora Dunina, Antoniego Elsenberga, Teodora Herynga, Władysława Janowskiego, Franciszka Kijewskiego, Stanisława Kleina, Leona Kryńskiego, Józefa Luxenburga, Edwarda Przewoskiego, Alberta Rosentala i Henryka Rupperta”. Warszawa 1893 w Drukarni K. Kowalewskiego, s. 219. Na treść składa się dedykacja „Czcigodny Profesorze i Drogi nasz Przewodniku” oraz 15 prac o treści anatomo-patologicznej napisanych przez uczniów profesora.

Piękny portret jubilata oraz ramki okalające tekst na każdej stronie wykonano w zakładzie litograficznym Władysława Głowczewskiego, rysownika-litografa i wydawcy, najlepszego warszawskiego specjalisty od tablic chromolitografowanych, którymi ilustrowano zwłaszcza wydawnictwa o treści medycznej i przyrodniczej. Tablice barwne wykonał litograf S. Modrzewski.

Posiadane przez GBL egzemplarze nie są identyczne; różnią się jakością papieru, stroną edytorską, oprawą i formatem. Pierwsza z nich o sygn. 180.229 jest oryginalnym, wytwornym i autentycznym egzemplarzem, który został подарowany prof. Włodzimirzowi Ludomirowi Brodowskiemu (1823—1903). Książka o wysokości grzbietu 31 cm charakteryzuje się piękną artystyczną oprawą, wykonaną w Introligatorni Franciszka Niedbalskiego — o czym informuje maleńka nalepka z odwrotu okładki — zapomnianego warszawskiego introligatora-artysty, autora artykułów na temat introligatorstwa, publikowanych w czasopismach rzemieślniczych.

Introligator zastosował oprawę pełną, tzn. jednym kawałkiem delikatnej, brązowej skóry obciągnął okładki i grzbiet. Zwierciadło, czyli część środkowa okładki, ujęte zostało w ramkę złożoną z bordiurą tłoczoną na ślepo. Centralne miejsce zajmuje inskrypcja; złożonymi literami przekazano następującą treść: „Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej ofiarowane Profesorowi Włodzimirzowi Brodowskiemu przez jego uczniów”. Na grzbiecie, na polach utworzonych przez zwieży, wytłoczono złotem tytuł i rok

1893. Złoczone brzegi stronic podnoszą elegancję i bogactwo księgi. Część wewnętrzna okładziny i wyklejki zostały pokryte białym jedwabiem.

Tekst estetycznie rozplanowany na stronie obejmuje skromną czerwoną ramkę. Ten zdobniczy element zapożyczony został z modnych w drugiej połowie XIX wieku dyplomów honorowych, których kolebką stały się Niemcy. Wszystkie ilustracje oddzielone są od zadrukowanych stronic cienką bibułką.

Omawiany egzemplarz wydrukowany został na bardzo ładnym papierze wodnym, w przeciwieństwie do drugiego z posiadanych. Małą, liczącą 24 cm książkę, wydrukowano na zwykłym papierze ciągnionym; posiada zwykłą oprawę introligatorską i przeznaczona była do rozpowszechnienia.

Adresat omawianej publikacji, związany od 1861 r. z Akademią Medyko-Chirurgiczną dosłużył się po 35 latach pracy dydaktycznej emerytury; przez 18 lat pełnił funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego. Wywarł ogromny wpływ na poziom naukowy ogółu lekarzy, zaliczany jest do grona najwybitniejszych profesorów medycyny w Szkole Głównej Warszawskiej. Przez jego pracownię, która najdłużej opierała się rusyfikacji, przeszli późniejsi profesorowie Uniwersytetu Warszawskiego i wybitni klinicyści. Profesor *Brodowski* zapisał się jako nieugięty obrońca polskiej nauki i jako wybitny wychowawca młodzieży, która darzyła go nadzwyczajnym poważaniem.

Jeden z uczniów prof. *Brodowskiego*, doktor medycyny, ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus, wybitny klinicysta *Teodor Dunin* otrzymał księgę jubileuszową od uczniów z okazji 25-lecia pracy lekarskiej. Księga podpisana została przez 20 „byłych i obecnych uczniów”. Wydrukowano ją w drukarni *Karola Kowalewskiego* w r. 1901. Liczy 537 stronic w 4°. Na treść składa się życiorys jubilata i 24 prace naukowe jego uczniów. Redakcję, korektę i prace administracyjne przy jej wydaniu wykonał dr *Władysław Janowski*. Dzieło zawiera portret, który z fotografii wykonał drzeworytnik *Onufry Wieresant-Wiśniewski*, autor drzeworytów do wydawnictw książkowych, „*Biesiady Literackiej*”, „*Wieczorów Rodzinnych*”, „*Wędrowca*”, „*Bluszczu*”. Spod jego rylca wyszło także 30 pozostałych drzeworytów umieszczonych w dziele.

Cztery litografowane tablice wykonano w zakładzie omówionego wcześniej litografa *Władysława Głowczewskiego*, a tablicę fotocynkograficzną sporządził warszawski drukarz *Bolesław Wierzbicki*, właściciel pierwszego w Królestwie Polskim zakładu fotochemigraficznego.

Notka bibliograficzna informuje, że księgę odbito w 137 egzemplarzach. Tekst dla jubilata wydrukowano na papierze wodnym *Grand Jésus*, 21 egz dla autorów odbito na papierze wodnym *Raisin-Mince* z papierni w Soczewce, resztę na sprzedaż na papierze z fabryki *Mirków*.

Tę jedną z piękniej wydanych ksiąg ofiarowano Teodorowi Duninowi (1854—1909) lekarzowi, badaczowi, działaczowi społecznemu i filantropowi. Funkcję ordynatora oddziału chorób wewnętrznych pełnił przez 27 lat. Stworzył pracownię naukową do badań chemicznych, bakteriologicznych i doświadczalnych, którą zaopatrywał w sprzęt kupowany z własnych środków. Dunin stworzył szkołę, jego uczniowie ogłosili drukiem 85 prac naukowych. Szczególną opieką otaczał chorych ze swojego oddziału. Uczniom wpajał cierpliwość dla chorego i potrzebę pedantycznego badania i obserwowania cierpiącego.

Rezultatem badań i obserwacji naukowych, którym dr Dunin poświęcił wiele czasu, były prace, które zdobyły mu uznanie w kraju i za granicami. Pierwszy bowiem zwrócił uwagę na występowanie zakażeń mieszanych i termin ten wprowadził do nauki lekarskiej. Biografowie Dunina podkreślają jego niepowszednią indywidualność. Jako współwłaściciel „Gazety Lekarskiej”, drukował w niej wiele prac, przez 8 lat redagował i częściowo finansował zapoczątkowane przez „Gazetę” wydawnictwo „Odczyty kliniczne”. Był czynnym członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Jako przewodniczący sekcji szpitali i przytułków przy warszawskim Towarzystwie Higienicznym, przyczynił się do poprawy stanu szpitalnictwa w kraju. Zajmował się również zwalczaniem gruźlicy. Dzięki jego energii i pomocy finansowej w ciągu 9 lat od rzucenia myśli o budowie, powstało sanatorium w Rudce dla chorych na gruźlicę. Przytoczone wyżej przykłady są tylko wycinkiem z działalności najwybitniejszego lekarza internisty.

Jednak najpiękniejszą księgę wręczono niespełna sto lat temu prof. Henrykowi Hoyerowi, pierwszemu polskiemu histologowi, podczas obchodów 25-lecia jego pracy naukowej na jubileuszowym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. *„Księga pamiątkowa wspólnymi siłami spisana, najzaciewniejszemu Mistrzowi, profesorowi medycyny Henrykowi Hoyerowi dwudziestopięcioletnią rocznicę mozolnej a użytecznej pracy obchodzącemu w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej — w Warszawie dnia 20 grudnia r.p. 1884”* liczy 710 stronic in folio. Opracowana została zbiorowo przez 33 współwłaścicieli „Gazety Lekarskiej”, jego uczniów.

Zawiera przedmowę „Zacny nasz Mistrzu”, która jest dedykacją od autorów: „Przyjm więc tą wiązanekę skromnych prac naszych jako dowód, że chcemy iść zawsze drogą, wskazaną przez takiego jak Ty przewodnika i walczyć za zasady, którym przez ćwierć wieku stale wiary dochowałeś”, pod którą znajdują się 33 podpisy. Obszerny życiorys prof. Hoyera napisał Władysław Matlakowski, biografie i streszczenia ważniejszych prac jubilata opracowali: T. Du-

nin, W. Kamocki, S. Kondratowicz, W. Matlakowski, W. Mayzel i J. Pawiński. Następnie znajduje się 30 artykułów naukowych napisanych wyłącznie przez współwłaścicieli „Gazety”. Ze „Spisu imiennego posiadaczy księgi pamiątkowej” wynika, że została odbita w 145 egz. Notka biograficzna i Spis rzeczy kończą treść tego obszernego dzieła.

O stronę redakcyjną i wydawniczą zadbał dr Stanisław Kondratowicz, wydawca „Gazety Lekarskiej”. Wytłoczona w drukarni Karola Kowalewskiego drukującego od lat wymieniony tygodnik, „Księga pamiątkowa” jest wspaniałą edycją bibliofilską. Wyróżnia się kunsztowną szatą graficzną i wysoką jakością druku, co uzyskano dzięki powierzeniu pracy nad dziełem najlepszym artystom warszawskim. Jest sygnowana numerami porządkowymi — rzymską liczbę umieszczono pośrodku bogato zdobionego finalika z wplecionym inicjałem „JP”. Kryje się pod nim Józef Emilian Peszke, lekarz, historyk medycyny, językoznawca, bibliotekarz, wreszcie malarz miniaturzysta. Stronica z numerem kolejnym książki otwiera wydawnictwo. (Egzemplarz będący w posiadaniu GBL ma numer 78 i został nabyty przez lekarza Szymona Portnera, byłego bibliotekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za 30 rubli).

Następną stronę zajmuje portret H. Hoyerera wykonany przez Stanisława Witkiewicza, ówczesnego kierownika artystycznego „Wędrowca”, wraz z facsimile podpisu jubilata. Jak wspominał Władysław Matlakowski „Portret prof. Hoyerera wyrysował po mistrzowsku z fotografii p. Witkiewicz; co do delikatności roboty, doskonałości wykończenia i sui generis zacięcia stoi on na równi z przepyszными portretami ciętymi na drzewie, jakie spotykamy w amerykańskich wydawnictwach np. »Century Magazine« lub francuskimi akwafortami”. Portret wg rysunku wycięty został w klocku drewnianym przez Józefa Holewińskiego z zachowaniem czystości rysunku St. Witkiewicza, miękkości linii i subtelności światłocienia.

Józef Holewiński był uczniem Wojciecha Gersona i Jana Styfięgo, malarzem i najwybitniejszym polskim drzeworytnikiem reprodukcyjnym (prawie wyłącznie odtwarzał cudze rysunki), który rytował dzieła tylko najlepszych mistrzów. Ilustrował „Kłosa”, „Tygodnik Ilustrowany”, książki, albumy, tworzył ekslibrisy. (W Notce bibliograficznej na końcu księgi mylnie podano inicjał imienia J. Holewińskiego — „W”. Holewiński).

Portret odbity został w drukarni braci Józefa i Jana Jeżyńskich, którzy w 1883 r. nabyli drukarnię Gracjana Ungera, jedną z największych wówczas tłoczni warszawskich.

Kartę tytułową rysował Józef Peszke, chromolitografowana została w zakładzie Władysława Głowczewskiego; tam także litografowano i chromolitografowano wszystkie tablice uzupełniające tekst.

Józef Peszke jest także autorem wszystkich obwódek, inicjałów i winiet, które zostały wycięte w drewnie w zakładzie drzeworytniczym Bronisława Puca. Strona tytułowa jest niezwykle piękna. Barwny ornament roślinny, z którego wyłaniają się dwaj żacy, niosący tarcze z datami 1859 i 1882, tworzy tło dla tytułu książki, zgodnie z ówczesną modą, wytłoczonego czcionką gotycką.

Począwszy od przedmowy, na wszystkich stronicach kolumnę druku otaczają bordiury, czyli winiety ramkowe z roślinnymi motywami w kolorach niebieskim i czerwonym. Przedmowę rozpoczyna drzeworyt przedstawiający Hipokratesa, po którego obu stronach siedzą kobiety trzymające książki z datami 1859 i 1884. Każdy z artykułów zaczyna się wspaniałym inicjałem wzorcowanym na stylu książkowym XIV i XV w. Z 31 inicjałów część to inicjały figuralne, np. „O” przedstawia Hygeę na tronie, część zaś utworzono z wici roślinnych, smoków itp.

Wytworną tę edycję bibliofilską zamyka strona z drzeworytowym odciskiem sygnetu drukarza Karola Kowalewskiego — przedstawiającym gryfa, który trzyma w szponach tampony drukarskie.

Jubilat, redaktor i wydawca oraz autor rysunków otrzymali egzemplarze, tłoczzone na papierze wodnym Grand Jésus, w których inicjały i winiety malowane były ręcznie. Poszczególne egzemplarze książki drukowane były także na papierze wodnym z pierni w Soczewce i z firmy Moes w Pilicy.

„Księgę pamiątkową” rozdzielono pomiędzy współwłaścicieli „Gazety Lekarskiej”, rozesłano bezpłatnie uczonym zagranicznym, z którymi H. Hoyer utrzymywał bliższe kontakty, otrzymały ją biblioteki towarzystw naukowych i lekarskich oraz duże biblioteki w kraju, polskie biblioteki za granicą i biblioteki zagraniczne. Pozostałą część nakładu sprzedano.

Prof. Henryk Hoyer (1834—1907) histolog, embriolog i lekarz stworzył warszawską szkołę biologiczną. Nieprzerwanie od 1859 do 1895 prowadził działalność dydaktyczną. W r. 1860 zorganizował pierwszą w Polsce pracownię fizjologiczno-histologiczną, a po przejściu na emeryturę kierował pracownią naukową Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Patronował wielu pracom naukowym. W jego pracowniach dokonywano cennych odkryć. Jest autorem pierwszego polskiego podręcznika z histologii (1862) oraz wydawcą i redaktorem podręczników tłumaczonych z jęz. obcych i wreszcie zespołowo opracowanego podręcznika histologii (1901). Jako redaktor czasopisma „Tygodnik Lekarski”, współwłaściciel i wydawca „Gazety Lekarskiej” przyczynił się do podniesienia ich poziomu naukowego. Publikował swoje artykuły i streszczenia polskich prac naukowych w zagranicznych czasopismach, rozślawiając osiągnięcia polskich badaczy. Był członkiem rzeczywistym bądź honorowym prawie wszystkich polskich towa-

rzystw naukowych i wielu zagranicznych, dopiero w 1895 r. został członkiem Akademii Umiejętności. Prof. H. Hoyer opublikował ok. 100 prac. Niektóre mają wartość nieprzemijającą. Ten wybitny polski lekarz — uczonej opracował nowe metody barwienia i nastrzykiwania preparatów sztucznymi masami; odkrył zespolenia tętniczo-żylny, wyjaśnił wiele szczegółów budowy tkanki łącznej, błon śluzowych, szpiku kostnego, śledziony, gruczołów; propagował szczepienia ochronne. Był przy tym niezwykle skromnym, uczynnym człowiekiem.

Piśmiennictwo pamiątkowe dokumentujące obchody uroczystości jubileuszowych, a szczególnie księgi pamiątkowe na trwałe zapisały się w polskiej kulturze. Spełniały one ogromną funkcję społeczno-polityczną, bowiem wywierały znaczny wpływ na kształtowanie się jedności i świadomości narodowej. Autorzy tego typu wydawnictw oprócz wyrażania hołdu znamienitym adresatom, świadomie propagowali osiągnięcia polskiej nauki także poza granicami rozgrabionego kraju.

P i ś m i e n n i c t w o

1. *Ciechanowski Stanisław*: Brodowski Włodzimierz Ludomir. W: Polski Słownik Biograficzny. T. 2. Kraków 1936 s. 449—450.
2. *Ciechanowski Stanisław*: Jordan Henryk. W: Polski Słownik Biograficzny. T. 11. Wrocław 1964—1965 s. 273—276.
3. *Dydyński L., Ławrynowicz A.*: Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich od r. 1869. *Medycyna* 1933 nr 17 s. 517—544.
4. *Filar Zbigniew, Hoyer Henryk W.*: Polski Słownik Bibliograficzny. T. 10. Wrocław 1962—1964 s. 38—40.
5. *Krakowiecka Ludmiła*: Helbich Adam Bogumił: W: Polski Słownik Biograficzny. T. 9. Wrocław 1960—1961 s. 353—354.
6. *Matlakowski Władysław*: (Zewnętrzny opis „Księgi pamiątkowej”). *Gazeta Lekarska* 1884 nr 51 s. 1032—1034.
7. *Opalek Mieczysław*: Drzeworyt w czasopismach polskich XIX stulecia. Wrocław 1949, 69 s.
8. *Sawicka Franciszka, Rupińska Jadwiga*: Bibliografia polskich wydawnictw pamiątkowych 1801—1914. Wrocław 1973.
9. *Sokół Stanisław*: Kosiński Julian. W: Polski Słownik Biograficzny. T. 14. Wrocław 1968—1969 s. 216—218.
10. *Zweigbaum Marek Maksymilian*: Dunin Teodor. W: Polski Słownik Biograficzny. T. 6. Kraków 1948 s. 1—3.

Mgr Eugeniusz Janowicz

**PROF. DR MED., DR FIL. TADEUSZ BILIKIEWICZ
(1901—1980)**

W pierwszych miesiącach 1978 r. w ramach problemu międzyresortowego III-15 przygotowywałem biogramy polskich filozofów medycyny okresu międzywojennego. O ile stosunkowo łatwo znalazłem publikacje z informacjami biograficznymi takich lekarzy jak np. prof. prof. Szumowski, Wrzosek, Nusbaum czy Zembruski, o tyle napotykałem trudności z dotarciem do szczegółów biograficznych dotyczących osoby prof. Tadeusza Bilikiewicza. O podobnych trudnościach pisze również prof. S. Konopka w swoim wspomnieniu pośmiertnym o prof. T. Bilikiewiczu opublikowanym w 1 numerze „Archiwum Historii Medycyny” z r. 1981. Na początku marca 1978 r. zwróciłem się listownie do prof. Bilikiewicza z prośbą o informacje biograficzne. W odpowiedzi otrzymałem list, datowany 6 kwietnia 1978 r., w którym prof. Bilikiewicz tak pisał: „Bardzo dziękuję za zainteresowanie szczegółami do mojego nekrologu. Tak się złożyło, że właśnie wyszedł z druku I zeszyt „Kwartalnika Historii Nauki i Techniki”, wydawany przez Zakład Historii Nauki i Techniki PAN. Lada dzień mam otrzymać to czasopismo, gdzie zamieszczono napisane przeze mnie na zaproszenie Redakcji Wspomnienia Autobiograficzne. Są tam szczegóły, o które Pan Magister zapytuje w swoim liście”. W załączeniu otrzymałem kilkanaście odbitek prac Profesora z zakresu filozofii ścisłej i dziedzin pogranicznych. Nie przeczuwałem wówczas, że minie zaledwie dwa lata, a żartobliwe zdanie Profesora o nekrologu stanie się rzeczywistością. Odszedł od nas na zawsze 10 listopada 1980 r., ale swoją działalnością naukową, dydaktyczną i społeczną zdobył sobie pełny tytuł, by powtórzyć za Horacym: „Non omnis moriar!”.

Życie i działalność Tadeusza Bilikiewicza zasługują na przypomnienie co najmniej z kilku powodów. Należał on do coraz mniej licznej grupy lekarzy humanistów, których zainteresowania nie zawężają się jedynie do medycyny klinicznej. Wynikało to po części

ze specyfiki jego osobowości, o której tak pisze we Wspomnieniach Autobiograficznych: „Za naczelną moją wadę, która zresztą często była dla mnie z pożytkiem, uważałem od dawna swoją wszechstronność”, po części zaś z głębokiego przekonania, że odhumanizowana medycyna staje się bezdusznym rzemiosłem. Jego publikacje, oparte na gruntownej wiedzy, często oryginalne, a nawet zaskakujące głębią dociekań naukowych i filozoficznych, rozległe tematycznie od psychiatrii, psychologii poprzez historię medycyny, filozofię medycyny, filozofię kultury aż do zagadnień filozofii ścisłej, a przy tym pisane piękną polszczyzną, wzbogaciły naukę i kulturę polską trwałymi wartościami. Jako uczony umiał bronić swoich poglądów nawet wtedy, gdy były one niepopularne, a ich twórcę i głosiciela narażały na szykany tych, którzy chcieli komenderować lub administrować procesem badań naukowych i akceptować jedynie wygodne dla swoich założeń ich wyniki. Jako lekarz całą swoją bogatą wiedzę medyczną oddał na usługi lecznictwa psychiatrycznego, pracując przez wiele lat w Zakładzie Psychiatrycznym w Kocborowie oraz kierując Katedrą Psychiatrii AM w Gdańsku. Jako obywatel nie był obojętny na cierpienia społeczne powodowane rozszerzającą się plagą alkoholizmu wprzegając do walki z nią całą swoją wiedzę i zaangażowanie. Zastanawiając się nad swoją aktywnością życiową pisał: „Nie wiem dotychczas, w jaki sposób udało mi się jednocześnie tak wszechstronnie i tak różnokierunkowo pracować. Tajemnicą mojej wydajności były zawsze pewne niezwykłe właściwości fizjologiczne. Na pierwszym miejscu wymienilibym bardzo małe zapotrzebowanie snu. Kiedy byłem młodszy, sypiałem po 4 godziny na dobę, rzadko dłużej. Z upływem czasu zapotrzebowanie to ustaliło się na 3 i pół godziny na dobę. Nigdy nie wysypiałem się ani nie leżałem rano, ani w dzień”. A dalej tak pisze: „Jeśli chodzi o moją osobę, to cały dzień wypełniała mi różnoraka praca umysłowa. Uważam ją do dzisiaj za najpotężniejszy środek psychoprofilaktyczny, zwłaszcza w zapobieganiu ośpieniu starczemu. Tak jak mięśnie sportowca słabną i wiotczeją, jeśli zaniedbuje on zaprawę i zatrzuwa się alkoholem, tak samo mózg naukowca wyrodnije ex inactivitate.” (Wspomnienia Autobiograficzne).

Tadeusz Bilikiewicz, s. Bolesława i Kazimierzy ze Swarczewskich urodził się 5 kwietnia 1901 r. we Lwowie. Ukończył klasyczne gimnazjum św. Anny w Krakowie. Jeszcze jako uczeń VIII klasy gimnazjalnej zgłosił się ochotniczo do wojska (r. 1918) i w potyczce z Ukraińcami pod Chorośnicą został ciężko ranny w obie nogi. Píše o tym tak: „Następstwa tego dają mi się we znaki do dnia dzisiejszego. Na szczęście kula nie uszkodziła mi mózgu, nie oddawałem się też pijaństwu, dzięki czemu mogłem przystąpić do studiów wyższych” (Wspomn. Autobiogr.). Rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Jednocześnie

uczęszczał na wykłady i ćwiczenia z filozofii ścisłej prowadzone przez profesorów Rubczyńskiego i Garbowskiego. Studia medyczne ukończył uzyskaniem w dniu 11 lipca 1925 r. stopnia doktora wszech nauk lekarskich.

W latach 1926—1928 przebywał w Szwajcarii, poddając się początkowo leczeniu, a po poprawie stanu zdrowia pracując jako wolontariusz w Klinice Psychiatrycznej Uniwersytetu Zurychskiego „Burg-hölzli” pod kierunkiem prof. H. W. Maiera i dra Lutz’a, późniejszego wybitnego profesora psychiatrii dziecięcej.

Podczas pobytu w Szwajcarii wykorzystał Bilikiewicz okazję do nawiązania osobistego kontaktu i przyjaźni z prof. Henry E. Sigeristem — kierownikiem Instytutu Historii Medycyny w Lipsku. Znajomości tej w przyszłości zawdzięczał bardzo wiele.

Zachęcony przez prof. Rubczyńskiego powrócił do kraju i rozpoczął studia na Wydziale Filozoficznym UJ. Jednocześnie został asystentem prof. Wł. Szumowskiego w Zakładzie Historii Medycyny. Dnia 28 maja obronił wcześniej napisaną i wydaną (1928 r.) rozprawę pt. „Zagadnienie życia w świetle zasad psychologii porównawczej” i uzyskał doktorat filozofii. Wkrótce potem habilitował się z historii i filozofii medycyny pod kierunkiem prof. Szumowskiego. Rozprawa habilitacyjna pt. „Jan Jonston (1603—1675) żywot i działalność lekarska” ukazała się drukiem w r. 1931 w wydawnictwie Kasy im. Mianowskiego.

Dnia 22 czerwca 1931 r. minister W.R. i O.P. zatwierdził uchwałę Rady Wydziału Lekarskiego UJ mianując Bilikiewicza docentem historii i filozofii medycyny, a kilka dni później, 30 czerwca 1931 r. Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie wybrała go profesorem nadzwyczajnym historii i filozofii medycyny. Wprawdzie katedry w Wilnie Bilikiewicz nie objął z powodu jej redukcji przez ministra, już po dokonanych wyborze, jednak nominacja ta miała duże znaczenie, ponieważ pozwoliła mu po wojnie zostać od razu profesorem zwyczajnym.

Uzyskane w r. 1930 i 1932, dzięki poparciu prof. Sigerista, stypendium Fundacji Rockefeller’a, pozwoliło Bilikiewiczowi zrealizować dwie, trwające po pół roku, naukowe podróże zagraniczne. W r. 1930 przebywał w Instytucie Historii Medycyny w Lipsku, gdzie współpracował z Sigeristem i Temkinem przy przekładzie dzieł Hipokratesa na j. niemiecki. Razem też uczestniczyli w VIII Międzynarodowym Kongresie Historii Medycyny w Rzymie, na który Bilikiewicz przygotował dwa referaty. Drugi pobyt w Paryżu w r. 1932 był poświęcony badaniom źródłowym w Bibliotèque Nationale i zapoznaniu się z lecznictwem psychiatrycznym we Francji.

W r. 1931 Bilikiewicz ożenił się z Klementyną z Sedlaczków, historyczką, która całe życie pomagała mu w jego pracach.

Wynagrodzenie, jakie otrzymywał za wykłady na UJ, nie zaspokajało podstawowych potrzeb bytowych. Dzięki sugestii prof. Wrzoska zdecydował się opuścić Kraków i z dniem 1 maja 1935 r. przyjął stanowisko ordynatora Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie pow. Starogard, skąd dojeżdżał na wykłady do Krakowa.

W r. 1932 wziął udział w IX Kongresie Historii Medycyny w Bukareszcie, a w r. 1938 w X Kongresie w Madrycie.

Okupację hitlerowską przeżył pracując jako lekarz w szpitalu psychiatrycznym w Kocborowie. Był tam naocznym świadkiem zarówno eksterminacji chorych, dokonywanej przez lekarzy niemieckich, jak też zbrodni hitlerowskich dokonywanych na miejscowej ludności. Swym spostrzeżeniom i przemyśleniom w tym względzie dał wyraz po wojnie występując w r. 1948 w charakterze biegłego w procesie zbrodniarza wojennego Forstera przed Najwyższym Trybunałem Narodowym oraz w publikacji zamieszczonej w numerze oświęcimskim „Przeglądu Lekarskiego” z r. 1966 p.t.: „*Z rozważań nad psychologią ludobójstwa*”.

Po zakończeniu wojny organizująca się Akademia Lekarska w Gdańsku zaferowała Bilikiewiczowi Katedrę Historii i Filozofii Medycyny oraz kierownictwo Kliniki Chorób Psychiczych. Bilikiewicz ofertę przyjął i oba te stanowiska objął z dniem 1 lutego 1946 r. Jednocześnie pełnił funkcję kuratora Domów Akademickich studentów AL w Gdańsku. Podjął ogromną pracę organizatorską i dydaktyczną jednocześnie w dwóch dziedzinach: humanistycznej i klinicznej, łącząc ją z intensywnymi badaniami naukowymi, zakończonymi szeregiem ważkich publikacji z zakresu historii i filozofii medycyny, filozofii ścisłej oraz psychiatrii. Zorganizował Zakład Historii Medycyny i zgromadził w nim pokaźny księgozbiór podręczny.

W r. 1950 Akademia Lekarska uległa reorganizacji i przyjęła nazwę Akademii Medycznej. Bilikiewicz został przeniesiony w stan spoczynku jako kierownik Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Medycyny i decyzją Wydziału Lekarskiego powołany jako profesor zwyczajny na stanowisko kierownika Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Gdańsku, które zajmował aż do przejścia na emeryturę w r. 1971.

W uznaniu dorobku naukowego dnia 5 czerwca 1948 r. został członkiem korespondentem Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności. Od r. 1958 był redaktorem działu psychiatrii czasopisma: „*Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*”, a od r. 1967 redaktorem naczelnym (od r. 1973 — honorowym) „*Psychiatrii Polskiej*”. Szereg towarzystw naukowych polskich i zagranicznych powołało go na swego członka. W r. 1932 został honorowym członkiem Rumuńskiego Towarzystwa Historii Medycyny. Brał czynny udział w organizacji Gdańskiego Towarzystwa Naukowego. W r. 1950 został jego wicepre-

zesem, a w latach 1956—58 prezesem i organizatorem Wydziału II Nauk Biologicznych i Medycznych. W r. 1953 został wybrany członkiem zamiejscowym Towarzystwa Naukowego w Toruniu. W listopadzie 1961 r. zostaje wybrany członkiem zagranicznym francuskiej Société Médico-Psychologique i w tym samym roku — członkiem korespondentem Czechosłowackiego Towarzystwa Lekarskiego Jana Ewangelisty Purkyniego, Sekcji Psychiatrycznej. Za najwyższy zaszczyt swojego życia poczytywał jednomyślny wybór w r. 1966 na członka najstarszej akademii nauk na świecie (zał. w r. 1652) Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina. Pełnił również funkcję wiceprezesa Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Filozoficznego. W roku 1972 został członkiem honorowym Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, od r. 1974 — Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny, a od r. 1976 Polish Medical Alliance w USA.

Był organizatorem i czynnym uczestnikiem wielu zjazdów naukowych krajowych i zagranicznych. Obok wspomnianego już uczestnictwa w międzynarodowych kongresach historii medycyny wygłaszał szereg referatów na zjazdach naukowych psychiatrów polskich. Szeroki oddźwięk zdobyło jego wystąpienie na Zjeździe Międzynarodowej Federacji Świadomego Macierzyństwa w Warszawie w r. 1962. Zorganizował niezwykle interesujące I Sympozjum Psychiatrii Dziecięco-Młodzieżowej Krajów Socjalistycznych w dniach 8—11 lipca 1965 r. w Szczecinie i Nowym Czarnowie. W r. 1969 wziął udział w V Wszechzwiązkowym Zjeździe Neuropatologów i Psychiatryków w Moskwie. Utrzymywał żywe kontakty z naukowcami i instytucjami naukowymi krajów socjalistycznych i kapitalistycznych. W zagranicznych czasopiśmie naukowych zamieścił szereg interesujących publikacji. Zaatakowany przez przeciwników za hołdowanie poglądom idealistycznym i głoszenie teorii etioepigenezy na Naradzie Psychiatryków Polskich w Warszawie w r. 1952, w której wziął udział wpływowy psychiatra radziecki prof. Snieżniewski, po burzliwej dyskusji odniósł walne zwycięstwo nad poglądami doktrynerskimi, prezentując przekonujące fakty kliniczne.

Bilikiewicz był nie tylko cenionym nauczycielem akademickim, klinicystą, wychowawcą kilku pokoleń lekarzy, zwłaszcza lekarzy-psychiatrów, ale i wrażliwym społecznikiem. Za najgroźniejszy objaw patologii społecznej w Polsce uważał alkoholizm. Przeciwno temu nałogowi ogłosił szereg artykułów. Jako psychiatra rozumiał jak niebezpieczną trucizną dla ośrodkowego układu nerwowego jest alkohol, a zwłaszcza jego wysokoprocentowe stężenia w napojach alkoholowych. Zgłosił projekt ustawy prohibicyjnej, przewidujący m. in. zaniechanie produkcji i sprzedaży napojów zawierających powyżej 18% alkoholu ze stopniowym obniżaniem zawartości alkoholu w tych napojach do 5%. Autor projektu postuluje redukcję do minimum ilości

punktów sprzedaży alkoholu oraz stworzenie solidarnego i konsekwentnego frontu propagandy przeciwalkoholowej. Winna ona z jednej strony ukazywać rozmiary klęski biologicznej, gospodarczej, moralnej i propagandowej, do której doprowadza pijaństwo, z drugiej — kontrolować wszystko w publikacjach, środkach masowego przekazu, filmach, widowiskach estradowych i teatralnych, co przedstawia pijaństwo jako zjawisko humorystyczne, podnoszące człowieka na duchu. Na marginesie tego problemu Bilikiewicz w swoich „Wspomnieniach” pisze, że w r. 1974 Grzegorz Królikiewicz nakręcił kolorowy film osnuty na jego osobie, który miał kosztować ok. 850 tys. zł. i nigdy nie został wyświetlony szerszej publiczności tylko dlatego, że któremuś z decydentów nie podobał się w nim fragment wypowiedzi dotyczący walki z alkoholizmem.

Spuścizna pisarska Tadeusza Bilikiewicza zawiera kilkakaset prac naukowych będących świadectwem rzetelnej wiedzy, oryginalnych myśli i szerokich zainteresowań ich autora. O ile szeroko znane są jego publikacje z zakresu psychiatrii i dziedzin ściśle z nią związanych bądź będących jej częścią takich, jak: psychoanaliza, onejroanaliza (metoda analizy marzeń sennych), seksuologia, psychoterapia, psychologia, o tyle stosunkowo mniejsze zainteresowanie budziły publikacje z zakresu historii medycyny, a już tylko niewielki krąg osób zna dociekania filozoficzne Bilikiewicza. A są one i oryginalne i interesujące. Nie sposób przedstawić w krótkim szkicu biograficznym bogatej i złożonej ich tematyki. Tylko bezpośrednie zetknięcie się z bogatą spuścizną naukową prof. Bilikiewicza pozwoli uważnemu i odpowiednio przygotowanemu czytelnikowi dogłębnie poznać i zrozumieć ich treść.

Tematyka prac filozoficznych Bilikiewicza obraca się wokół problemów z pogranicza filozofii i medycyny, historii filozofii i dziejów poglądów filozoficzno-lekarskich, filozofii kultury, etyki lekarskiej, problematyki teoriopoznawczej. Obok dużego dzieła, wspomnianego wyżej: „Zagadnienie życia w świetle zasad psychologii porównawczej” wypada tu wymienić takie publikacje jak: „Problem psychofizyczny i możliwości jego rozwiązania” (Przeł. Lek. 1947 nr 1), „Pamięć i świadomość” (Rocznik Psychiatryczny 1949 nr 2—3), „Teoria mnemosyneidesis jako nowoczesna próba rozwiązania problemu psychofizycznego” (Zesz. Nauk. Wydz. Hum. Uniw. Gd. 1974), „Theory of a corpuscular structure of the stream consciousness” (Dialectics and Humanism 1974 nr 2), „Somatectomia totalis i jej psychopatologiczne następstwa” (Psychiatria Polska 1968 vol. II nr 5), „Norma i psychopatologia przeżyć estetycznych” (Zesz. Nauk. PWSM w Gdańsku 1975 nr 14), „Znaczenie perspektywy dla syntezy historycznej” (Wwa 1938), „Problem perspektywizmu poznawczego ze stanowiska teorii descendencji” (Gd. Zesz.

Hum. s. Filozofia Gdańsk 1967 t. I nr 6), *Aspekt filozoficzno-lekarski problemu eutanazji* (Gd. Zesz. Hum. s. Filozofia 1966 z1 2).

Rozważania filozoficzne Bilikiewicza zmierzały — jak sam pisze — do rozświetlenia niedocieczonego problemu psychofizycznego, czyli przejścia między światem wydarzeń przedmiotowych i światem przeżyć podmiotowych. Bilikiewicz poszukuje najbardziej podstawowych zasad, od których musi zacząć każdy badacz zjawisk życiowych na wszystkich poziomach ewolucji. Posługując się teorią descendentacji stwierdza, że w przebiegu ewolucji rozrasta się życie psychiczne, ale na wszystkich jej szczeblach typ jakościowy wszelkiego życia psychicznego pozostaje zawsze jeden i ten sam. Jego istotę stanowi egocentryczna struktura świata podmiotowych przeżyć. Tworzy oryginalną koncepcję mnemosyneidesis, opartą na korpuskularnej teorii strumienia świadomości, tworząc w ten sposób model mający unaoznić jedność psychofizyczną celem skondensowania rzeczywistości podmiotowej i przedmiotowej. Model ten pokazuje w dużym uproszczeniu stan wzajemnych relacji elementów strukturalnych w jednolitym sprzężeniu podmiotowo-przedmiotowym. W myśl tej koncepcji nawet na najniższym poziomie rozwojowym, wszędzie tam, gdzie tylko istnieje możliwość wykazania procesów mnemicznych należy założyć, że powstały one z przeistaczania się sensorium w mneme. Sensorium i mneme — to dwie strony tego samego procesu życiowego, genetycznie odwracalne podobnie, jak to się dzieje z wzajemną odwracalnością w podścielisku biochemicznym kwasu rybonukleinowego i desoksyrybonukleinowego. Koncepcji tej nie da się przedstawić w kilku zdaniach i po jej pełne wyjaśnienie należy sięgnąć do publikacji jej twórcy.

Bilikiewicza fascynuje problem umiejscowienia świadomości w mózgu i próbuje wyjaśnić ten problem posługując się stworzonym przez siebie eksperymentem myślowym, zwanym somatectomia totalis, opierając się w swych rozważaniach na hipotezie biochemicznego stanu dynamicznego.

W zakresie problematyki teoriopoznawczej tworzy oryginalną koncepcję perspektywizmu poznawczego. W jego rozumieniu perspektywa służy określeniu granic subiektywnego poznania, jest podstawą eliminacji, racją estetyczną i kategorią fizjologiczną. Uznając istnienie prawdy obiektywnej poza nami zwraca jednocześnie uwagę na subiektywizm naszego poznania, na jego zabarwienie emocjonalne i kreatywne.

Snuje rozważania nad normą i psychopatologią przeżyć estetycznych. Zastanawia się nad genezą twórczego popędu estetycznego. Zwraca uwagę, zgodnie z teorią perspektywizmu poznawczego, na częste zacieranie się ostrej granicy między poezją i nauką, poezją i prozą, twórczością artystyczną i odtwórczością poznawczą, bowiem przygniatająca większość rzeczywistości i dzisiejszej, i minionej leży poza doświadczeniem i zdana jest na domysł badacza.

Wymieniłem tylko niektóre problemy z bogatego wachlarza zainteresowań prof. Bilikiewicza. Zaslужują one w pełni na bliższe poznanie i analizę.

Źródła informacji biograficznych:

1. *Bilikiewicz T.*: Wspomnienia autobiograficzne. Kwartalnik Historii Nauk i Techniki 1978 R. 23 nr 1 s. 3—51.
2. *Bilikiewicz T.*: O własnych pracach naukowych. Służba Zdrowia 1950 R. 2 nr 36 s. 3.
3. *Konopka S.*: Prof. dr med. i fil. Tadeusz Bilikiewicz wybitny historyk medycyny, psychiatra i neurolog. Arch. Hist. Med. 1981 R. XLIV nr 1 s. 1—17.
4. Sześćsetlecie medycyny krakowskiej. T. 2 Historia katedr. Kraków 1964 s. 370.
5. *Ochocki M. O.*: o perspektywiźmie poznawczym T. Bilikiewicza. Gd. Zesz Human. s. Filozofia 1966 z. 2 s. 261—265.
6. Zbiory specjalne GBL: Dokum. Kartoteka Osobowa Lekarzy. Arch. Izby Lek. Warsz.-Białost. nr 1025-328, 619-9, 607-7, 608—12.

Prof. dr hab. med. Ryszard Aleksandrowicz

PROFESOR ROMAN POPEWSKI W 35-TĄ ROCZNICĘ ŚMIERCI



Profesor dr hab. n. med. Roman Poplewski 1894—1948.

Profesor Roman Poplewski urodził się 6 lipca 1894 r. w Rychtalu koło Oleśnicy. Medycynę studiował w Genewie, gdzie też uzyskał dyplom lekarza w 1919 roku. W tym samym roku rozpoczyna pracę w Katedrze Anatomii w Paryżu (Sorbona), tam też w rok później uzyskuje doktorat medycyny. W 1920 roku wraca do kraju i podejmuje studia na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Warszawskiego. W roku 1923 rozpoczyna pracę pod kierunkiem prof. Edwarda Lotha w Katedrze Anatomii Opisowej i Topograficznej Uniwersytetu Warszawskiego. Tu wykonuje pracę doktorską pt. „*Badania nad kręgiem szczytowym Polaków*”, na podstawie której Uniwersytet

w Genewie nadaje mu w 1927 roku stopień doktora medycyny. Habilituje się na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego w 1929 roku, na podstawie pracy pt.: „*Mięśnie grzebieniaste serca*”. Tu też wkrótce otrzymuje etat docenta.

W okresie pracy w Katedrze Anatomii w Warszawie odbywa dalsze studia naukowe poza granicami kraju przebywając w Paryżu, Brukseli, Londynie, Berlinie i Lipsku. W 1926 roku zostaje przyznane Mu stypendium fundacji Rockefellera, z którego jednak nie skorzystał.

Równoległe z pracą w Katedrze Anatomii, od 1926 roku prowadzi nauczanie anatomii i biomechaniki w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego w Warszawie (obecnie Akademia Wychowania Fizycznego), wykłada także anatomię w Wyższej Szkole Sztuk Pięknych im. Gersona w Warszawie.

W roku 1930 zostaje mu powierzona Katedra Anatomii Zwierząt na Wydziale Weterynaryjnym Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 1932/33 jest Dziekanem Wydziału Weterynaryjnego U.W. Do czasu wybuchu drugiej wojny światowej nawiązuje i utrzymuje liczne, ożywione kontakty naukowe z wybitnymi anatomami jak prof. prof.: Bouin z Brukseli, Berenstein i Beritow z Moskwy, Broman i Hoffman ze Sztokholmu, Keath z Londynu, Kolda z Berna, Milavic z Belgradu, Morris z Filadelfii i Piorier z Paryża.

Lata wojny i okupacji spędza Profesor w bardzo trudnych warunkach ukrywając się przed okupantem, co rujnuje Jego zdrowie. Bierze czynny udział w tajnym nauczaniu anatomii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Ziemi Zachodnich w Filii w Częstochowie. Po wyzwoleniu, mimo nadszarpniętego zdrowia, powraca do pełnej działalności naukowej, dydaktyczno-wychowawczej i społecznej. Dźwiga z gruzów i organizuje Katedrę Anatomii Prawidłowej i Topograficznej Uniwersytetu Warszawskiego. No nowo oranizuje też Zakład Anatomii i Biomechaniki w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, którego jest kierownikiem. Tworzy i kieruje Pracownią Neuroanatomii w Państwowej Wyższej Szkole Higieny Psychiczej w Warszawie, gdzie pełni funkcję Prorektora. Udziela się społecznie i politycznie będąc członkiem egzekutywy Koła PPR przy Uniwersytecie Warszawskim.

Profesor Roman Poplewski był wielkim przyjacielem młodzieży, toteż zawsze otaczało Go liczne grono młodych asystentów, demonstratorów i „akcesoriusów”, ci ostatni to studenci, którzy zdali egzamin z anatomii.

Profesor trawiony nieuleczalną chorobą umiera 14 listopada 1948 roku, w 54 roku swego życia.

W roku akademickim 1947/48 słuchałem wykładów profesora Romana Poplewskiego prowadzonych przezeń dla studentów Wydziału Lekarskiego U.W. i dla słuchaczy Państwowej Wyższej Szkoły Higieny Psychiczej w Warszawie. Od pierwszej chwili byłem pod

wrażeniem nieprzeciętnej osobowości Profesora. Mimo niepozornej, drobnej postaci Profesor był człowiekiem, który fascynował i intrygował młodzież swą wielką indywidualnością. Potrafił On barwnie, żywo, a przy tym jasno i plastycznie przedstawiać trudne do zgłębienia dla studenta tajniki anatomii, zwłaszcza z zakresu biomechaniki i neuroanatomii funkcjonalnej. Nauczał nas anatomii łącząc pojęcie struktury z funkcją. Wprowadzał do wykładów demonstracje na osobniku żywym, co zwłaszcza dla przyszłych lekarzy było nie tylko interesujące, ale i niezmiernie pożyteczne, bo pozostawało w pamięci na całe życie. Podawał nam wiedzę potrzebną przy łóżku chorego. Niezmiernie interesujące i pouczające były też dyskusje Profesora z towarzyszącymi mu na wykładzie asystentami i studentami, których zapraszał na podium. Prof. R. Poplewski reprezentował oryginalne i szerokie spojrzenie na anatomię, które daleko wybiegało w przyszłość. Niezwykły Jego umysł i uzdolnienia w kierunku syntetycznego ujmowania zagadnień i rzucania śmiałych porównań, umożliwiały słuchaczom zrozumienie celowości poznawczej budowy i funkcji organizmu. Dziś możemy powiedzieć, że był On prekursorem anatomii czynnościowej i klinicznej (praktycznej) w kraju i jednym z niewielu w ówczesnym świecie, świadczą o tym Jego prace, podręczniki, a także i opinie Jemu współczesnych.

Poniżej przytoczę urywki z Jego dzieł i wyjątki z artykułu prof. B. Rosińskiego (2) napisanego w 1948 roku pod wpływem przeczytanego nowego wydania „Anatomii Ssaków”. Artykuł pisany za życia Prof. R. P o p l e w s k i e g o — „Książkę Jego czytałoby się jednym tchem bez końca. Dzieje się tak, że autor zwraca uwagę na cechy anatomicznie istotne i życiowo ważne, a darem ujmowania trudnych zagadnień jasno, żywo i plastycznie stawia czytelnika obok siebie”. Dalej prof. B. R o s i ń s k i nazywa Go współtwórcą nowego typu anatomii „Anatomii Rozpoznawczej”, od decydującego czynnika jakim jest rozpoznanie kształtów na drodze analizy morfologicznej i biomechanicznej. „Kształt — pisze autor — ma swą szczególną wymowę dla anatoma, a ostateczne jego poznanie jest równoznaczne z poznaniem środowiska, w którym on powstał, z rolą czynnościową, której jest wykładnikiem, wreszcie z kierunkiem zmian, którym on ulegnie w przyszłości. (*Anatomia Ssaków* t. I str. 22)”. „Gdy kształt mówi, a kompozycja ruchu jest treścią tej wymowy, anatomia staje się nauką żywą badającą układ stosunków dynamicznych organizmu i jest zaledwie na początku nie kończącej się drogi odkrywania tajników życia ujawniającego się kształtami organicznymi. Poznanie czynników kształtotwórczych i wszechstronne ich naświetlenie za pomocą innych nauk jest zaledwie punktem wyjściowym anatomii rozpoznawczej”. — Tak ujmując swą dziedzinę badań, jakże daleko odszedł Prof. P o p l e w s k i od klasycznej anatomii opisowej zajmującej się poszczególnymi sta-

diami statycznymi, zadowalającej się wiedzą prosektoryjną, gromadzeniem nazw słownikowych i szczegółików, które wobec dynamiki organizmu żywego byłyby martwym, nieruchomym kapitałem. „Dziś — pisał w 1948 roku Profesor — wykształcenie prosektoryjne choć konieczne nie jest ostateczne dla anatomii żywego ustroju. Określenie wartości wszędzie i zawsze, ważniejsze jest niż wykazanie się jałową znajomością rzeczy” (*Układ Mięśniowy* str. 21). „Każdy ruch jest wypadkową uzgodnionego współdziałania mięśni”. (*Układ Mięśniowy* str. 41)”.

Prof. Poplewski zwracał uwagę na konieczność znajomości biomechaniki w życiu codziennym i pracy ludzkiej. W oparciu o zasady biomechaniki wykazuje, jak usprawnienie wyzwala potencjalną energię organizmu.

Można powiedzieć, że w skład dzieła „*Anatomia ssaków*” weszło nie jedno badanie, odkrycie, czy też własna teorii Autora, np. badania dotyczące kości długich (t. II *Anatomii Ssaków* ryc. od 285 do 289) ułatwiając zrozumienie pionizacji człowieka, ilustrując działanie kształtotwórcze sił skurczowych mięśni w czasie. Prof. B. Rosiński uważa za najbardziej ciekawe wyjaśnienie mechaniki chodu, różne od dotąd pojmowanych, a wnikające w istotę przejawów przemieszczalności ruchowej rytmiczno-automatycznej chodu.

Prof. R. Poplewski zajmował się również prozopologią — prowadził badania ukształtowania twarzy, jej typów i poszczególnych cech. B. Rosiński uważa Go za twórcę prozopologii, która to wyparła dawną fizjognomistykę. „Każdy ruch — pisze prof. R. Poplewski — może symbolizować pewną myśl i ilustrować jakiś stan psychiczny”. Twarz ludzka wyraża ciągłą grę najprzeróżniejszych czynników. Morfologia twarzy ludzkiej, jak długo człowiek reaguje na terażniejszość, przez cały okres życia jest w stanie formowania się i ustawicznych przeobrażeń”. Profesor Poplewski sądził, że gwałtowne nabrzmienie twarzy w silnych wzruszeniach psychicznych jest nie tylko wskutek rozszerzenia się naczyń, ale również następującego „przesączenia się surowicy” w obrębie tkanki podścieliskowej. Jego zdaniem jakże specyficzny wyraz posiada twarz starca, „Który choć patrzy lecz nie widzi terażniejszości, bo żyje tylko przeszłością, a jak charakterystyczna jest twarz młodzieńca zajętego realizacją jakiegoś celu”.

Książki i skrypty Profesora zawierają liczne bardzo trafne i wartościowe motta i aforyzmy. Wielu aforyzmów jest On sam autorem, chociaż ukrywa to pod pseudonimem „Dr Archibald”. Przytaczam niektóre: „Kształty są niczym innym, jak tylko śladami sił... Ale przecież jest to powiedziane wiele”. W skryptowym wydaniu neuroanatomii znajdujemy: „Głębię wszechświata mierzy się głębią własnego umysłu, pozostającego w ścisłym związku z rozbudową układu nerwowego.

Miarą wielkości człowieka nie jest ani jego wzrost, ani masa, lecz jedynie sprawność jego mózgowia". Liczne prace Profesora były cytowane w piśmiennictwie polskim, angielskim, francuskim, czeskim i niemieckim.

Poniżej wymieniam tylko 37 pozycji z prac Profesora, do których udało mi się dotrzeć, zdając sobie sprawę, że nie jest to całość Jego działalności naukowej, — oto one:

1. *Badania nad kręgiem szczytowym Polaków.* (Recherches sur Atlas des Polonais) — Kosmos 1925, 50, 750—797. Lwów.
2. *Nauka o stawach.* Arthrologia. — (skrypt) — PKWF. Warszawa 1925.
3. *Zarys nauki o mięśniach* — (skrypt) Wyd. 1, K. Wojnar, Warszawa 1925.
4. *Zarys nauki o mięśniach.* Wyd. 2., K. Wojnar, Warszawa 1926.
5. *Otwór kolcowy siódmego kręgu szyjnego (foramen apicale).* — Ze sprawozdań posiedzeń Tow. Nauk. Warsz., J. Dziewulski, Warszawa 1926, 164, 2.
6. *Przyczynek do anatomii szczęki górnej.* — Przegląd Dentystyczny 1926, 1, 37. Warszawa.
7. *Celowość budowy i rozmieszczenia stawów.* — Wychowanie Fizyczne 1927, 6, 7—8. Warszawa.
8. *Szlaki nerwowe.* — Koło Medyków, Warszawa 1927 (skrypt).
9. *Recherches sur l'Atlas des Polonais, These presentee a'la Faculte de Medecine de l'Universit e de Gen ve...* nr 1243 — Włocławek 1927 (Druk. Neuman i Tomaszewski 8° s. 28).
10. *Podstawy Biomechaniki.* — CIWF, Warszawa 1927. (skrypt).
11. *Zasady Biomechaniki.* — K. Wojnar, Warszawa 1927.
12. *Twarz i pleć.* — Gebethner i Wolff, Warszawa 1928.
13. *Mięśnie grzebieniaste serca (musculi pectinati).* Tow. Nauk. Warsz. Archiwum Nauk Biologicznych. Warszawa. 1929, 3, 2, 143.
14. * tudes prosopologiques I. La conformation exterieure de la levre superieure en rapport avec la terminaison de ses muscles elevateurs.*
15. * tudes prosopologiques II. Sur l'origine et la signification du oruge des levres.* —  tudes presentees a la XXIIIe Reunion... Paris 1928 Extrait du Bull. Soc. de Morphologie 1928.
16. *Studia prozopologiczne III — Tkanka podścieliskowa twarzy.* Odbitka z Przeglądu Dentystycznego. Warszawa 1929. Druk. A. Michalski 8° s. 10.
17. *Studia prozopologiczne IV — Prozopografia.* Odbitka z posiedzeń Tow. Nauk. Warsz. 1930, 23, 23—33.
18. *Mechanika ciała ludzkiego.* — CIWF, Warszawa 1931 (skrypt).
19. *Mechanika ciała ludzkiego.* — CIWF, Warszawa 1932, (skrypt, wyd. popraw.).
20. *Metoda przedstawienia stosunków palcowych u ssaków.* — Wiadomości Weterynaryjne. 1933, 160. Warszawa.
21. *Rozważania teoretyczne nad budową kości długich ssaków.* — Odbitka ze sprawozdań Tow. Nauk Warsz. 1933, 26.
22. *The biomechanics of the carpus of mammals by...* — Folia Morphol. 1934, 5. Separatum.
23. *Studia prozopologiczne V. Anatomia powierzchniowa okolicy ust.* — Odbitka z Przeglądu Dentystycznego. Warszawa 1935.
24. *Przyczynek do anatomii kości kopytowej koniowatych.* — Odbitka z Wiadomości Wet. 1935, 147.

25. *Anatomia ssaków.* — Warszawa 1935—1939, T. 1 — *Część ogólna.*, T. 2. — *Układ kostno-stawowy.*, T. 3 — *Miologia.*, T. 4 — *Układ pokarmowy, oddechowy, moczowy, płciowy, dokrewny, krwionośny, nerwowy, powłokowy, odbiorczy.*
Anatomia ssaków. (jak wyżej). Wyd. 2 offsetowe. Sockholm 1947. (Czytelnik odbite w Szwecji).
26. *Biomechanik der Carpus bei EQUiden-* Anat. Anz. 1936, 91, Jena.
27. *Badania nad mechaniką chodu.* — Wiad. Wet. 1937, 204, 249—277.
28. *Świat ssaków.* — Książnica Atlas. Lwów 1937. Wyd. 1.
29. *Z podstaw biomechaniki.* — Odbitka ze sprawozdań posiedzeń Tow. Nauk. Warsz. 1938, 31. 24—40.
30. *Nowa metoda mioanalizy.* — Odczyt wygłoszony w czerwcu 1939 roku na posiedzeniu Tow. Anat. w Warszawie (nie drukowany).
31. *Anatomia człowieka. Cz. 3. Układ mięśniowy.* — Koło Medyków. Warszawa 1945 (skrypt).
32. *Anatomia człowieka. Cz. 3. Układ mięśniowy.* Wyd. 2 zmienione i poprawione. — Koło Medyków. Warszawa 1946. (skrypt).
Cz. 4. Neurologia, Układ nerwowy — ośrodkowy. Koło Medyków. Warszawa 1946 (skrypt).
33. *Współzależności morfologiczne* — wygłoszony 20.03.1948 r. na otwarciu Tow. Anatomicznego (nie drukowany).
34. *Zarys biomechaniki narządów ruchu.* — AWF. Warszawa 1947 (skrypt).
35. *Układ mięśniowy człowieka (Compendium Myologicum).* Wyd. 3. zmienione i uzupełnione. E. Kutham, Warszawa 1948.
36. *Neuroanatomia. Cz. 1.* — E. Kutham. Warszawa 1949.
37. *Zarys biomechaniki narządów ruchu.* — Wyd. (poprawione), Bratnia Pomoc Studentów AWF, Warszawa 1949.

Na zakończenie chcę zaznaczyć, że do napisania tego wspomnienia skłoniły mnie słowa zachęty, argumenty mych Przyjaciół, jak i słowa Ibrahima el Hakima (napisane przez Johna Knittela) zamieszczone w jednym ze skryptów Profesora, które cytuję „Zamilczę raczej, czy opowiedzieć o mej pierwszej lekcji anatomii. Życzyłbym sobie tylko, by wszyscy moi koledzy ze mną oglądali to co ja widziałem. Niech nikt nie próbuje mnie przekonywać, że tylko dusza ludzka pełna jest tajemnic, a ciało nie!”.

Pragnę wyrazić serdeczne podziękowanie p. doc. dr hab. Krystynie Szlachetko, p. doc. dr Stanisławowi Borowcowi, p. Dyrektorowi Głównej Biblioteki Lekarskiej dr n. hum. Januszowi Kapuścikowi za wydatną pomoc przy zbieraniu materiału do opracowania tego wspomnienia, którego celem jest jednym przypomnieć, a drugim przedstawić sylwetkę Prof. R. Poplewskiego.

Piśmiennictwo

1. *Krysiak Kazimierz:* „S. P. Prof. dr Roman Poplewski” *Folia Morphol. (W-wa)* 1950. I. 1. str. 1—4.
2. *Rosiński Bolesław:* „Rola ruchów i wymowa kształtów w Anatomii Rozpoznawczej Prof. d-ra Romana Poplewskiego” *Wych. Fiz.* 1948, 22, 7/8, 9—19.

3. Redakcyjny artykuł „Poprostu” pt. „Profesor dr Roman Poplewski”. *Poprostu* 1948. 46, 1, z dnia 22—23.XI.1948.

4. *Szulc Zygmunt*: „Rozwój Biomechaniki w Polsce i jej podstawowe zadania” — praca doktorska — Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie 1963.

5. *Szulc Zygmunt*: „Rozwój Biomechaniki w Polsce i jej zadania”. *Kultura Fizyczna* 1966, 19, 366.

*Dr n. med. Piotr Müldner-Nieckowski *)*

DEONTOLOGIA JAKO PRZEDMIOT BADAŃ

W dotychczasowych pracach z zakresu historii medycyny odnoszących się pośrednio, a nawet bezpośrednio do dziejów zawodu lekarskiego rzadko spotykamy opisy, z których można wnioskować, na czym ten zawód polegał w danej epoce, jak był rozumiany przez samych lekarzy i w jakiej atmosferze odbywała się praktyka lekarska.

Szczególnie wyraźnie można to zauważyć w podręczniku historii medycyny i w pracach, które uogólniają poglądy historyków na różne typy zawodu lekarza. Zazwyczaj bierze się pod uwagę aspekty filozoficzne, społeczne lub naukowe, które wpływały na istotę tej profesji, ale pomija się charakter wykonawstwa lekarskiego, tak zwane życie codzienne medycyny typowe dla poszczególnych okresów historycznych.

Mówiąc o *typie* zawodu mam na myśli ściśle określony zespół warunków (determinant), cech praktycznych ogólnego poglądu na zawód i poglądów indywidualnych poszczególnych lekarzy w *danym* okresie, a więc nie specjalności lekarskie i nie poglądy na medycynę. Typ zawodu lekarskiego nie jest więc rodzajem, ale etapem rozwojowym, nie jest także kierunkiem naukowym, lecz sposobem bycia lekarzem lub sposobem bycia środowiska lekarskiego.

Pojmując rolę historii medycyny jako heurystykę, metodę dydaktyczną, moralistykę, jedną z dróg przewidywania rozwoju medycyny i wreszcie jako konkretną, użyteczną dla całej historii wiedzę, niedostatki w określaniu historycznych typów zawodu lekarskiego trzeba traktować poważnie. Zwłaszcza jeśli chcemy myśleć o przyszłości.

Niektórzy¹ są skłonni twierdzić, że deontologia lekarska jest niepotrzebna. Dostrzegają w niej jedynie etyczny wymiar, szczególnie moralistyczny i dydaktyczny. Mają rację ci, którzy uważają, że dotychczas deontologia tylko w małym stopniu kształtowała typ zawodu i raczej z niego wynikała niż odwrotnie. Nie bez znaczenia jest także to, że etyka lekarska ulegała w dziejach niewielkim przekształceniom i że jest w znaczny sposób zbieżna z etyką ogólną. To powoduje zbyt

*) Redaktor Naczelny Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich.

pochopne wyróżnianie wpływów etyki ogólnej na lekarską i odrzucanie sensu istnienia tej ostatniej.

Rzeczywiście etyka lekarska jest pochodną etyki ogólnej, jak wszystkie etyki zawodowe, ale jest także wykładnikiem poglądu na istotę zawodu lekarza. W tym znaczeniu jest odrębnym zbiorem norm i trudno to dziś podważyć. Jak jednak wytłumaczyć to, że sam zawód ulegał wyraźnym przemianom, a jego etyka prawie się nie zmieniła? Czy naprawdę etyka lekarska ma charakter moralistyki i pomocy dydaktycznej, które także mają działanie, jak wołanie na puszczy?

Zadając sobie takie oto pytanie, próbowałem znaleźć odpowiedź w metodologii historii medycyny, etyki opisowej i w metaetyce. Myślę, że jest to właściwa droga dlatego, że uwzględnia aspekty praktyki, a nie moralistyki i dlatego, że umożliwia prowadzenie badań i wyciąganie wniosków praktycznych na przyszłość sposobami nauki pozytywnej.

Różnice między etyką lekarską i jej deontologią

Trzeba zacząć od wyjaśnienia, dlaczego nie ma sprzeczności w założeniu, że etyka lekarska i zawód lekarza są ściśle ze sobą związane w sensie dialektycznym i nie tylko w ramach koncepcji hipokratesowych, a mimo to wzajemnie na siebie wpływają i są zmienne w czasie. Można tego dokonać przez uściślenie pojęć „etyka lekarska” i „deontologia lekarska”, co wcale nie jest zabiegiem sztucznym, bo ma uzasadnienie historyczne.

Etyka lekarska (gr. *ethos* — charakter, powinność) to spisane normy odpowiadające na pytanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele zawodu lekarskiego powinni i jak nie powinni postępować². Od tak rozumianej etyki zawodowej należy odróżnić przekonania moralne realizowane przez lekarzy w praktyce, a także ocenę ich postępowania, to jest *moralność* lekarzy.

Deontologia lekarska (gr. *deon* — obowiązek, powinność) jest pochodną zespołu norm etycznych. Treść norm deontologicznych wypływa z treści moralnej norm etycznych, ale ma charakter *praktyczny*, to jest zawiera konkretny opis sposobu postępowania odpowiadający na pytanie „jak w danych warunkach wykonać treść normy etycznej”. Norma deontologiczna zasadniczo nie obejmuje swą treścią całości danej normy etycznej, tej z której wynika, a nawet w niektórych wypadkach jest od niej pozornie całkowicie różna, tak odległa, że związków z etyką trzeba poszukiwać poprzez wyznajdowanie norm pośrednich.

Normy etyczne są zatem normami ogólnymi, a normy deontologiczne — szczegółowymi, praktycznymi, użytkowymi. Jeśli w zakresie etyki lekarskiej zaszła tylko jedna, choć ważna zmiana przez dodanie

do niej w XIX wieku normy o społecznych obowiązkach lekarza, to deontologia jest obszarem nieustannych przekształceń. Zmiany w etyce dokonują się w takim stopniu, w jakim ulega rozwojowi cała cywilizacja, zaś zmiany w deontologii są odpowiednikiem nawet minimalnych przemian społecznych, ekonomicznych, politycznych, naukowych i innych. Etyka lekarska ma związek z najogólniejszym pojęciem „ludzkość”, deontologia zaś z pojęciami, które się na ludzkość składają. Jak byśmy na to nie patrzyli, są to jednak dwie różne dziedziny.

Pojęcie deontologii³ wprowadzili pod koniec XIX wieku lekarze francuscy, a u nas dość szybko pojawił się na to odzew. W 1904 roku w Krynicy Lekarskiej ukazał się artykuł Leona Endelmana „O deontologii, jej celach i zadaniach”, który nawiązywał do podjętych we Francji w 1900 r. wysiłków w celu nauczania tego przedmiotu na wydziale lekarskim. Endelman streścił istotę deontologii następująco: „Używając języka pospolitego, powiem wprost, że etyka lekarska to teoria, deontologia zaś to praktyka”.

Ksawery Rowiński⁴ definiował deontologię podobnie: „Deontologia lekarska, tzn. nauka o obowiązkach i powinnościach lekarza, wypływa z etyki lekarskiej, tj. nauki o normach właściwego, odpowiedniego, słusznego postępowania lekarza. Lekarski kodeks deontologiczny stanowi zbiór szczegółowych wytycznych, wskazań zaleceń i zakazów dotyczących postępowania lekarza (...) Kodeks stanowi jedynie zbiór przykładowych rozwiązań i przykładowego zakwalifikowania pewnych problemów czy zagadnień spotykanych w trakcie wykonywania zawodu lekarza”.

Zatem można powiedzieć, że deontologia jest pochodną etyki i że deontologia jest wyrazem praktycznym etyki. To nas jednak nie zadowala. O jaki „wyraz praktyczny” tu chodzi? Czy ciągle jeszcze jesteśmy na etapie dziewiętnastowiecznych ustaleń w tym względzie? Wydawałoby się, że wystarczy twierdzenie o *jednotorowej praktyce*, to jest *od etyki poprzez deontologię do życia codziennego lekarza*. Zgoda. Pomówmy najpierw o praktyce jednotorowej, a więc o tym, jakie problemy napotykamy, kiedy badamy proces powstawania zbiorów norm.

Przez jednotorowość praktyki, której dotyczy deontologia, rozumiem przebieg tworzenia norm zależny od powstałych, *istniejących* już wszelkich warunków pracy i myślenia lekarzy. Praktyka lekarska dyktuje unormowanie pewnych zasad postępowania, czyli praktyka nakazuje niektórym lekarzom ponowny przegląd etyki lekarskiej i stworzenie w jej granicach norm deontologicznych. Dzieje się tak dlatego, że normy etyczne są elastyczne i dopuszczają tworzenie norm instrumentalnych bez naruszenia norm ogólnych.

Taki system został zakodowany w rozumowaniu deontologów i tak

też są formułowane nasze kodeksy. Pewne trudności, mimo wyraźnego przecież oddzielenia pojęć deontologia i etyka, napotyka się przy określaniu „co jest wyłącznie etyczne” i co jest „również deontologiczne”. Nie wystarczy bowiem przyjęcie za Tulczyńskim⁵, że „deontologia jest pomostem łączącym z jednej strony etykę, z drugiej zaś prawo w aspekcie funkcji zawodu lekarskiego”. Choć istotnie kodeksy prawne czy ustawy⁶ zawierają swoiste normy deontologiczne, a już w ubiegłym stuleciu Konrad Dobrski czy Emanuel Sonnenberg omawiali powinności lekarskie „ze stanowiska etycznego i prawnego”, trzeba za Marią Ossowską⁷ stwierdzić, że z takich dociekań pożytek jest niewielki. Chodzi bowiem o etykę, nie o przepisy!

Dla zrozumienia do końca, na czym polega proces powstawania norm deontologicznych, dlaczego dotychczas jest jednotorowy i co powoduje, że definicja deontologii mimo wszystko nie jest jednoznaczna albo... jest niepełna — trzeba przypomnieć i rozwinąć zagadnienie obowiązku lekarskiego. Chcę bowiem doprowadzić do udowodnienia tezy o potrzebie przewartościowania deontologii⁸.

Koncepcja obowiązku lekarskiego

Dla większości z nas obowiązek i powinność to synonimy, ale w historii etyki lekarskiej trzeba te pojęcia odróżniać. Będzie to przydatne zwłaszcza wtedy, gdy badacz zechce oceniać postępowanie lekarzy w warunkach danej epoki, a twórca deontologii współczesnej określać, co jest konieczne do sformułowania normy.

Jak wynika z definicji deontologii, obowiązek stanowi jedną z jej dwóch podstaw, drugą jest „prawo lekarzy do czegoś”⁹. Tę drugą na zawsze lub czasowo odrzuciliśmy na skutek przyjęcia tezy Biegańskiego, że pacjent i społeczeństwo pacjentów (nie całe!) nie mają wobec lekarzy żadnych obowiązków i że ich obowiązki to raczej taktyka w stosunku do służby zdrowia niż rzeczywista powinność. Będziemy więc mówić wyłącznie o obowiązku lekarzy wobec pacjentów.

Jako podstawa deontologii obowiązek służy do formułowania norm postępowania. Jest to najogólniejsza koncepcja obowiązku, która jednak nie zawiera jego definicji, ma więc znaczenie czysto pragmatyczne. Takie ujęcie wydaje się przydatne tylko do opisu *poglądów* lekarzy (nakazów, zakazów, przyzwoleń) i jedynie na drodze pośredniej możemy wnioskować, co spowodowało powstanie pewnych przeświadczeń o obowiązkach zawodowych. W ten sposób otrzymujemy zaledwie ogólną przesłankę do badań szczegółowych typu zawodu w historii i prac nad wytyczaniem kierunków dyskusji deontologicznych obecnie. Według Petrażyckiego¹⁰ obowiązki są „idealnymi projekcjami”, które powstają w naszej psychice i którym odpowiadają określone emocje i wyobrażenia, a nie konkretne przedmioty lub zjawiska istniejące

w otaczającym świecie. Zatem deontologia byłaby tylko zbiorem spisanych emocji i wyobrażeń o jak najwłaściwszym stosunku do rzeczywistości. W tym ujęciu nie mogłaby być zbiorem zasad odpowiadających rzeczywistym potrzebom otoczenia, np. społeczeństwa.

Władysław Biegański, który wiedział, że takie idealistyczne spojrzenie na problem obowiązku ma niewielkie zastosowanie nawet w moralistyce, skłaniał się ku perfekcjonizmowi etycznemu Kanta i dlatego posługiwał się dwiema kategoriami — powinności i obowiązku. Uważał on, że obowiązek jest czymś więcej niż powinność, jest mianowicie uświadomieniem powinności¹¹. Badacza zawodu lekarskiego i deontologii nie interesują „projekcje” i „wyobrażenia” o ideale postępowania. Kierunki hedonistyczne i eudajmonistyczne w etyce, zwłaszcza w ujęciu utylitarycznym (Bentham), zwracają uwagę na użyteczność, przydatność obowiązku. W tym zestawieniu rysuje się koncepcja, o którą nam chodzi: obowiązek jest uświadomioną powinnością i ma sens praktyczny.

Spójrzmy na ten problem od strony metodologicznej, a zauważymy zastosowanie powyżej tezy. Jeśli o istocie obowiązku decyduje jego uświadomienie i jednocześnie możliwość zastosowania praktycznego, to obydwa te wyrażenia odnoszą się do rzeczywistości, w której pracował lub pracuje lekarz. Idąc dalej tym samym tropem, możemy powiedzieć, że badając historyczny typ zawodu lekarskiego powinniśmy się posługiwać takim oto schematem postępowania:

etyka ogólna — etyka zawodowa — deontologia — warunki powstawania przeświadczeń o normach deontologicznych + podatność rzeczywistości na zastosowanie tych norm.

W ten sposób zbliżyliśmy się do obiektywnych zasad postępowania zarówno historyka, jak i twórcy nowej deontologii.

Historyk będzie pytał: jakie elementy świadomości i rzeczywistości odzwierciedla dana norma deontologiczna, wypowiedź lekarza lub kodeks jako całość (zbiór kilku danych). Wiele wskazówek w tej sprawie można znaleźć u metaetyków¹², którzy posługują się logiką w celu wyjaśniania zdań normatywnych i ustalania ich stosunku do prawdy. Jednak w warsztacie historyka bardziej przydatne są metody dedukcyjno-indukcyjne. Niestety nie możemy się wyprzeć dedukcji, choć ma ona charakter spekulacyjny, ani całkowicie zdać się na indukcję, mimo że zależy nam na ścisłości naukowej. Przedmiot badania jest bowiem zawsze niekompletny, zwykle brakuje podstawowych źródeł historycznych, inne są niecałkowicie wiarygodne.

Posłużmy się przykładem. Pewnego razu miałem za zadanie zrekonstruować wizytę lekarza w domu chorego w XII wieku na południu Europy. Jedynym opisem godnym zainteresowania okazał się tekst deontologiczny „*De adventu medici*” z 1140 r.¹³ Oto zdanie, które wzbudziło wiele kontrowersyjnych opinii historyków: „Przekroczywszy pro-

gi domu chorego zwróć się z zapytaniem naprzód, czy otworzył już swoje sumienie przed kapłanem...". Oto teraz opinia pierwsza: twórca tego przykazania odwołał się do obowiązujących w średniowieczu poglądów i jednocześnie założył, że lekarze zrobią wszystko, aby te poglądy zrealizować w praktyce. I druga opinia: nie ma żadnych podstaw, aby sądzić, że tak postępowali wszyscy lekarze. Jaki należało wydać werdykt? Zebrałem wszelkie możliwe dowody na to, że w owym czasie z imieniem Boga na ustach szyto buty, kuto żelazo, żęto zboże, że takich zwrotów używano oficjalnie i półoficjalnie i że wreszcie prawie wszyscy lekarze byli organizacyjnie związani z kościołem. W ten sposób deontologia umożliwiła odtworzenie najbliższego prawdy obrazu badania chorego, przyczyniając się do lepszego opisanego typu zawodu lekarskiego z tamtych czasów.

Tworzenie deontologii. Dwutorowość

Kiedy w numerze 195—195 „Studiów Filozoficznych” ogłasza się kolejną i bodaj odwieczną polemikę pomiędzy etykami (tu: Hansenz Haeckerem i Iją Lazari-Pawłowską) na temat potrzeby istnienia bezwzględnych norm moralnych, przychodzi się nam zastanowić, czy takie w gruncie rzeczy jałowe dyskusje (choć może bogacące naszą wiedzę etyczną) mają nadal zastosowanie do medycyny, a w każdym razie do deontologii. Wydaje się, że problem istnienia lub nieistnienia kodeksów deontologicznych może być odłożony na bok wtedy, kiedy deontologia przestanie być jednotorowa, a więc wówczas, gdy przestanie być „odtwórczynią” danego typu zawodu lekarskiego i stanie się jego „twórczynią”, gdy jednocześnie będzie zapisywać to, co się już stało, i to, co się stać może lub powinno.

Intencje są proste: nadać deontologii charakter doktryny¹⁴. Byłaby to doktryna moralna (nie przepisy, nie katechizm) oparta na gruntownej wiedzy zdobytej sposobem opisanym powyżej na użytek historyka (źródła i możliwości ich zdobycia mamy w bród), przygotowana tak, aby kształtować *dzisiejszy i przyszły zawód lekarski*. Myślenie o przeszłości jest tu szczególnie ważne. Przypomnijmy, że ongiś Henryk Nusbaum¹⁵ spowodował umieszczenie w pierwszym warszawskim kodeksie deontologicznym (1884) zasad deontologicznych dotyczących obowiązków społecznych lekarza, które dopiero po pewnym czasie miały zastosowanie w praktyce! Zatem jest to możliwe i, jak się wydaje, konieczne, zwłaszcza teraz, kiedy się tyle mówi o kryzysie medycyny¹⁶.

Jeżeli kształtowanie zawodu (i dopiero poprzez to poszczególnych jego wykonawców) możemy nazwać „stwarzaniem warunków dla realizacji etyki lekarskiej”, to sens tworzenia doktryny stanie się oczywisty. Być może właśnie tędy powinna przebiegać droga docierania do lekarzy. Nie obejdzie się tu bez zastrzeżeń: doktryna powinna być nie-

ustannie (powtarzam: nieustannie) odnawiana, powinna być oparta na samorządnym działaniu lekarzy i ich prawdziwych przedstawicieli, powinna uwzględniać nawet bardzo szczegółowe, ale pilne potrzeby zawodu lekarskiego, nie może się obracać w biurokratyczne dyktowanie przepisów — musi pozostać deontologią.

Myślę, że taką ideę mogłyby zrealizować Izby Lekarskie, jeśli tylko będą istnieć. Badaniem i tworzeniem deontologii musi się zająć jedna, ściśle lekarska instytucja.

Bibliografia

1. Z takimi poglądami występował w XIX wieku Henryk Łuczkiwicz, a dziś etycy nadal prowadzą zażarte polemiki próbując ustalić kryteria przydatności norm deontologicznych na poziomie aksjologii. Prawdopodobnie chodzi tu o błędne koło poszukiwań tego, czego nasza kultura po prostu nie wydała, bo chyba wydać, nie może.
2. *Lazari-Pawłowska I.*: Etyki zawodowe jako role społeczne. W: *Etyka zawodowa* (red. A. Sarapata). Książka i Wiedza, Warszawa 1971, str. 33.
3. Twórcą wyrazu „deontologia” był Jeremi Bentham (1747—1832), ale miało ono wówczas inne znaczenie. *Endelman L.*: O deontologii, jej celach i zadaniach. *Krytyka Lekarska*, 1904, t. 8, nr 1, str. 10—15.
4. W: *Getter Henryka* (red. *Rowiński K.*: Materiały do propedeutyki lekarskiej. Skrypt (maszynopis powielany). Warszawa 1957, str. 197.
5. *Tulczyński Aleksander*: Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne. PZWL, Warszawa 1975, str. 74.
6. Np. Ustawa z dnia 28.X.1950 r. Dz. Ustaw nr 50 i 53.
7. *Ossowska Maria*: Podstawy nauki o moralności. PWN, Warszawa 1966. str. 301—302.
8. *Müldner-Nieckowski P.*: Nowa deontologia lekarska? *Pol. Tyg. Lek.* grudzień 1983. W pracy tej omawiam szczegółowe zasady przekształcenia, jakiemu mogłaby ulec deontologia w najbliższej przyszłości, oraz wymieniam i omawiam najbardziej palące potrzeby medycyny praktycznej, które powinny być ujęte przez nowy kodeks deontologiczny.
9. Por. kodeksy galicyjski z 1876 r. i warszawski z 1884 r. W: *Tulczyński A.*, op. cit.
10. *Petrażycki Leon*: O pobudkach postępowania i o istocie moralności i prawa. Warszawa 1915, str. 29.
11. *Biegański Władysław*: Etyka ogólna. Warszawa 1918.
12. Np. *Klaus Georg*: Norma jako kategoria pragmatyczna. W: *Metaetyka* (red. *I. Lazari-Pawłowska*). PWN, Warszawa 1975. Tamże prócz artykułów, piśmiennictwo przedmiotu.
13. *Szpilczyński Stanisław*: Salernitański wzór postępowania lekarskiego. De adventu medici, 1140 rok. *Arch. Hist. Med.*, 1976, t. 39, nr 3, str. 355—359.
14. Chodzi mi tu nie tylko o stworzenie swoistego programu, ale także o sposób myślenia etycznego i deontologicznego w medycynie.
15. Dr N. (*Nusbaum Henryk*): W kwestyi kodeksu etyki lekarskiej. *Gazeta Lekarska*, 1881, t. 16, nr 1, str. 3—10, nr 8, str. 150—159, nr 14, str. 278—286.
16. Oto główne problemy, które wymagają jako najszybszego omówienia deontologicznego: objęcie deontologią lekarzy z administracji służby zdrowia; ustalenie norm społecznej roli lekarza; integracja struktury służby zdrowia; kon-

sultacje i konsylia; rola lekarza w opiece społecznej; etyczne sposoby przeciwstawiania się niewłaściwej postawie diagnostyczno-terapeutycznej pacjentów; język lekarski w relacjach lekarz-lekarz, lekarz-lekarze, lekarz prowadzący — lekarz konsultant lub specjalista, lekarz — pacjent, pacjent — lekarz i lekarz-społeczeństwo; przewidywanie postępowania chorego; tajemnica lekarska; psychoterapia; tanatologia; rozbieżności między ilością istniejących środków medycznych a liczbą osób, które powinny z nich korzystać; odpowiedzialność ekonomiczna lekarzy; formuła nauczania medycyny; redukcjonizm i szarlataneria lekarzy; stosunek do medycyny nieoficjalnej i co należy z niej przejąć; deontologia lekarzy — naukowców; wtórny analfabetyzm lekarzy, w tym specjalistów; pozycja profesora medycyny; zagadnienie ciągłości terapeutyczno-diagnostycznej; deontologia pracy zespołów lekarskich i zespołów złożonych z różnych pracowników służby zdrowia. Powyższe zagadnienia zostały omówione w pracy poz. bibl. nr 8.

Dr Janusz Kapuścik

DOSTĘPNOŚĆ INFORMACJI NAUKOWEJ W SŁUŻBIE ZDROWIA *

Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) określa informację naukową jako informację otrzymaną z przekazu naukowego, stworzoną w procesie badawczym i obrazującą warunki, zawartość i wyniki badań.

Działalność informacji naukowej składa się z zespołu czynności polegających na opracowywaniu i rozpowszechnianiu danych z określonej dziedziny nauki, mających na celu ustalenie aktualnego stanu wiedzy.

Każdy dobrze funkcjonujący system informacji musi zawierać następujące elementy:

— działalność biblioteczną polecającą na gromadzeniu, opracowywaniu i udostępnianiu materiałów piśmienniczych (ew. innych);

— działalność dokumentacyjną, tj. gromadzenie, opracowywanie dokumentacyjne, udostępnianie zainteresowanym oraz rozpowszechnianie materiałów informacyjnych w postaci wyciągów, streszczeń, zestawień analitycznych, bibliografii itp.:

— rozpowszechnianie informacji oraz współdziałanie z instytucjami wydawniczymi w zakresie tematyki i formy wydawniczej publikacji fachowych;

— upowszechnianie i popularyzację przodujących osiągnięć nauki, techniki, ekonomiki i organizacji w jednostkach gospodarki społecznej.

Sprawne funkcjonowanie wszystkich wyżej wymienionych elementów, stosownie do założeń systemu informacyjnego, zapewnia ilościową i jakościową efektywność przekazu informacji.

Z punktu widzenia użytkownika podstawowe znaczenie ma taka dostępność do źródeł informacji, która w optymalnie krótkim czasie, w możliwie maksymalnym stopniu zaspokaja jego potrzeby w interesującym go obszarze tematycznym.

Stopień dostępności informacji naukowej oraz jej ilościowa i jakości-

* Skrót referatu wygłoszonego na posiedzeniu Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 18.01.1983 r.

ciowa efektywność zależy przede wszystkim od sprawności działania placówek sieci informacyjno-dokumentacyjnej, ich zaopatrzenia w wydawnictwa informacyjne, dokumenty pierwotne, urządzenia techniczne, bazę lokalową oraz od ilości i jakości odpowiednio wykwalifikowanej kadry. Ze względu na fakt, że wymienione problemy determinują stopień dostępności informacji naukowej również w medycynie, przedstawieniu aktualnego stanu i propozycjom ich rozwiązania poświęcimy dalsze rozważania.

Dostępność informacji naukowej w naukach medycznych i paramedycznych jest realizowana w Polsce przede wszystkim przez placówki medycznej sieci informacyjno-dokumentacyjnej. Sieć ta była i jest budowana w oparciu o integrację działalności bibliotecznej i informacyjnej. Zgodnie z Uchwałą nr 35 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 1971 r. o rozwoju informacji naukowej, technicznej i ekonomicznej oraz decyzją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 grudnia 1971 r. (NN-010-c-56/71) na czele tej sieci stoi Główna Biblioteka Lekarska pełniąc funkcję centrum naukowej informacji medycznej oraz Centralnej Biblioteki Medycyny, Kultury Fizycznej i Turystyki (w myśl postanowień Zarządzenia nr 1 Min. Kultury i Sztuki, Min. Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki oraz Sekretarza Naukowego PAN z dnia 2 kwietnia 1979 r. w sprawie specjalizacji w zakresie gromadzenia materiałów bibliecznych i ustanowienia odpowiedzialnych za tę specjalizację bibliotek centralnych).

Obok GBL do sieci informacji medycznej należą biblioteki akademii medycznych, biblioteki i ośrodki informacji resortowych i pozareportowych instytutów naukowo-badawczych związanych z medycyną, większych zakładów leczniczo-profilaktycznych i innych placówek służących medycynie oraz oddziały terenowe GBL.

O ile w dawnej strukturze administracyjnej kraju prawie każde województwo miało bibliotekę medyczną z prawdziwego zdarzenia (bibliotekę Akademii Medycznej albo oddział GBL), o tyle w nowej szereg młodych województw jest jej pozbawionych. Nie mogą takiej roli spełniać biblioteki przy szpitalach wojewódzkich lub ZOZ-ach, ponieważ często nie są to biblioteki sensu stricto, a jedynie gorzej bądź lepiej funkcjonujące księgozbiory podręczne. Nb. biblioteki te nie mają możliwości zatrudniania kadry bibliotecznej o wysokich kwalifikacjach. W ostatnich latach jedynie Kalisz i Częstochowa uzyskały zgodę na powołanie w nich nowych oddziałów terenowych GBL. Naszym zdaniem należałoby w przyszłości powołać również w innych stolicach nowych województw oddziały terenowe GBL włączając w ich strukturę większe księgozbiory fachowe znajdujące się w tamtejszych szpitalach lub ZOZ-ach. Zapewniłoby to rozwój placówek sieci na odpowiednim poziomie i lepszy nadzór nad całą pozostałą siecią bibliotek w każdym województwie.

Działalność GBL i pozostałych bibliotek sieci jest uprofilowana na możliwie najszersze dotarcie naukowej informacji medycznej zarówno do kadry naukowo-dydaktycznej, jak i do pracowników służby zdrowia wykonujących swoje zadania w medycynie praktycznej na terenie całego kraju. Jest ona realizowana w formach i zakresie odpowiadającym możliwościom wynikającym z posiadanych zbiorów dokumentów pierwotnych i pochodnych oraz środków technicznych będących w dyspozycji różnych placówek sieci.

GBL przekazuje swoim użytkownikom tematyczne zestawienia bibliograficzne sporządzane zarówno tradycyjnymi metodami, jak też od niedawna uzyskiwane, po trwającej od 1 kwietnia 1981 r. przerwie spowodowanej brakiem dewiz, drogą off i on line z systemu naukowej informacji medycznej o zasięgu światowym MEDLARS-MEDLINE, za pośrednictwem Karolinska Institutet w Sztokholmie. Zainstalowany w GBL system cyfrowy Singer-Cogar 1500 pozwolił zarówno na uruchomienie konwersacji z systemu MEDLINE, jak też na tworzenie własnych programów w zakresie zbierania i przetwarzania informacji. Powrót polskiej medycyny do korzystania z serwisu MEDLARS-MEDLINE jest tym wartościowszy, że posiada on obecnie abstrakty, tj. krótkie streszczenia ważniejszych pozycji bibliograficznych, pozwalające na dokładniejszą selekcję otrzymanego piśmiennictwa. Mamy nadzieję, że przyznane od 1983 r. środki dewizowe na przywrócenie łączności z systemem MEDLARS-MEDLINE nie będą tylko akcją jednorazową.

Obok GBL również inne placówki sieci opracowują tradycyjnymi metodami tematycznymi zestawienia bibliograficzne, bądź też pośredniczą w uzyskiwaniu takich zestawień z GBL.

Powrót do łączności z systemem MEDLARS-MEDLINE pozwoli GBL na wznowienie informatora o uzyskanych i opracowanych tematycznych zestawieniach bibliograficznych.

GBL i pozostałe placówki sieci udostępniają zbiory dokumentów pierwotnych, opracowania informacyjne i zbiory specjalne na miejscu w czytelniach ogólnych i czytelniach czasopism. W tym zakresie zarówno GBL, jak i pozostałe placówki sieci realizują swoje zadania na bieżąco. Inną formę udostępniania zbiorów są wypożyczenia. Realizuje się je również na bieżąco, w miarę posiadanych i aktualnie dostępnych materiałów bibliotecznych i informacyjnych, zarówno na zamówienia instytucji, jak i użytkowników indywidualnych. Warto tu zauważyć, że GBL jest jedyną tego typu biblioteką w Polsce, która realizuje wypożyczenia dla użytkowników indywidualnych na zamówienia kierowane do niej drogą pocztową.

Zarówno GBL, jak i te placówki sieci, którym pozwala na to wyposażenie techniczne, udostępniają materiały biblioteczno-informacyjne w postaci dokumentów wtórnych (kserokopii, fotokopii, mikroform).

Obecnie GBL realizuje kierowane do niej zamówienia na kserokopie prawie na bieżąco. Realizacja zamówienia nie trwa dłużej niż 3, a maksymalnie 4 tygodnie, wliczając w to czas przesyłki pocztowej. W przypadku, gdy aktualnie nie rozporządzamy materiałem pierwotnym niezbędnym do wykonania kserokopii, zawiadamiamy czy i kiedy użytkownik może spodziewać się realizacji swego zamówienia. Roczna produkcja kserokopii sięgać będzie w najbliższym czasie ok. 600.000 kopii formatu A4 (oznacza to 78.000 ark. druk. głównie nakładów jednorazowych). Biblioteki akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych mają możliwości dostarczania swoim użytkownikom kserokopii w ograniczonym zakresie spowodowanym dotkliwym brakiem wielu dokumentów pierwotnych (druków zwartych i czasopism) i ograniczonymi możliwościami sprzętu reprograficznego.

Już od kilku lat GBL dostarcza swoim użytkownikom mikrofiszę czasopism w celu ich uwielokrotnienia w warunkach ograniczonej ilościowo prenumeraty. Niestety, dotychczasowy system mikrofiszowy, przyjmując do realizacji każde zamówienie, spowodował duże opóźnienia w terminowości dostarczania mikrofisz do placówek sieci. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy była również niewydolność posiadanego sprzętu w stosunku do potrzeb. W związku z tą sytuacją GBL podjęła kroki organizacyjne i inwestycyjne, zakupując drugi zestaw do mikrofiszowania typu Pentakta i opracowując nowy, możliwy do realizacji system mikrofiszowy. W pierwszej fazie rozwoju tego systemu poddanych zostanie mikrofiszowaniu 150 najważniejszych i najpoczytniejszych czasopism medycznych świata, uzgodnionych z placówkami naukowymi. Ponadto przewiduje się mikrofiszowanie dalszych ponad 100 tytułów specjalistycznych, stosownie do zamówień bibliotek-abonentów systemu. W ten sposób ok. 300 podstawowych tytułów czasopism znajdzie się w posiadaniu bibliotek akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych z możliwością dalszego kopiowania na papierze dla potrzeb lokalnych odbiorców. Efektywność tego systemu wymaga wzbogacenia bazy reprograficznej w sprzęt umożliwiający sporządzanie z mikroform odbitek na papierze (rank xerox 740 micro-printer lub czytnik powielający R 110 Pentakta).

GBL prowadzi od kilku lat w systemie abonenckim dostarczanie użytkownikom odbitek spisów treści bieżących numerów interesujących ich czasopism lekarskich. Ta forma informacji odpowiada większemu zainteresowaniu użytkowników wykorzystaniem publikacji zawartych w czasopismach w stosunku do publikacji książkowych. Jest ona stosunkowo tania, bardzo efektywna i ukierunkowana przede wszystkim na indywidualnego odbiorcę.

Podstawowe znaczenie dla upowszechniania informacji naukowej mają wydawnictwa informacyjne. Umiejętność posługiwania się nimi

pozwała użytkownikowi na zorientowanie się w aktualnym stanie badań w interesującym go zagadnieniu lub temacie.

W zakresie nauk biomedycznych podstawowe znaczenie mają wydawnictwa informacyjne typu bibliografii specjalnych. Z wydawnictw obcych należą do nich „Index Medicus”, „Current Contents”, „Excerpta Medica”, natomiast z polskich: „Polska Bibliografia Lekarska”, IB — Informacja Bieżąca (przegląd polskiego piśmiennictwa lekarskiego).

Zawieszona w związku z ogłoszeniem stanu wojennego wydawnictwa własne GBL w najbliższym czasie zostaną wznowione. W przygotowaniu do druku znajduje się kumulacja „IB” (numery od 7 za r. 1980 do 12 za r. 1981), „Polska Bibliografia Lekarska” za r. 1979 (trwa obecnie korekta wydruku komputerowego), „Biuletyn GBL”, kumulacja „IB” za rok 1982, „Wykaz nowych nabytków”.

W związku z ograniczeniami dewizowymi biblioteki naszej sieci mają trudności z dopływem wydawnictw informacyjnych z zagranicy. I tak np. „Index Medicus” aktualnie otrzymują tylko 23 placówki, „Current Contents — Clinical Practice” — 7, „Current Contents — Life Sciences” — 17, „Excerpta Medica” — różne sekcje mają po 2—3 odbiorców.

Dzięki zainstalowaniu systemu cyfrowego Singer-Cogar 1500 GBL nie tylko włączyła się w system MEDLINE, ale opracowała i wdrożyła własne programy komputerowe dotyczące „Polskiej Bibliografii Lekarskiej”, spisu czasopism, prac doktorskich, tezaury medycznego. Kontynuuje się prace nad oprogramowaniem i projektem technicznym systemu wyszukiwania z bazy danych polskiego piśmiennictwa medycznego. Wdrożone i przygotowywane programy w najbliższym czasie zaowocują przyśpieszonym ukazywaniem się wydawnictw informacyjnych GBL oraz ilościowym i jakościowym wzbogaceniem serwisów informacyjnych z zakresu polskich publikacji medycznych.

W latach 1979—1982 placówki biblioteczno-informacyjne naszego resortu utraciły z prenumeraty z II obszaru płatniczego 268 tytułów i 3700 egzemplarzy czasopism medycznych. Z ok. 350—400 egz. tych czasopism przypadających na jedną akademię medyczną w r. 1980 pozostało w r. 1982 tylko 50. W r. 1982 GBL otrzymała 1884 tytuły wszystkich czasopism zagranicznych (z kk i ks), z tego z II obszaru płatniczego 1405 (w tym: z prenumeraty 1077, z wymiany 320 i z darów 8). Tymczasem system MEDALRS uwzględnia ok. 3000 tytułów, a funkcjonujący w jego ramach system konwersacyjny MEDLINE ok. 2000. Z tej statystyki wynika, że nie posiadamy około połowy tej ilości tytułów czasopism medycznych, o których zawartości uzyskujemy informacje z systemu MEDLARS-MEDLINE. Na przywrócenie w resorcie względnie dostatecznego stanu prenumeraty czasopism z r. 1978 potrzeba ok. 1.500 tys. dolarów wobec 420 tys. przekazanych na ten cel na rok 1983.

Przydzielone środki dewizowe na zakup książek tylko w niewielkim stopniu zaspokajają potrzeby bibliotek resortu w zakresie zakupu druków zwartych z II obszaru płatniczego. M. in. również ze względu na fakt, że część tych pieniędzy idzie na pokrycie zadłużeń z lat ubiegłych.

Pomoc w zaopatrzeniu GBL i pozostałych placówek sieci stanowią dary w postaci książek i czasopism medycznych, przekazywane z zagranicy przez różne instytucje i osoby fizyczne jak np. dar Polonii Amerykańskiej w postaci 11 ton książek medycznych Mosby'ego. Dary te stanowią wprawdzie cenne uzupełnienie zasobów biblioteczno-informacyjnych, nie mogą jednak zastąpić planowych zakupów literatury naukowej, dyktowanych aktualnymi potrzebami nauki i praktyki medycznej w Polsce.

W perspektywie roku 1984 GBL winna uzyskać ok. 7—10 tys. Ł na zakup nowego kserografu firmy Rank Xerox wraz z zapasem materiałów eksploatacyjnych wobec zbliżającej się śmierci technicznej staroego modelu RX 720. Natomiast na materiały eksploatacyjne i części zamienne do pozostałych urządzeń (kserografy, składopis IBM-Composer, komputer) minimum 4 tys. dolarów.

Realizacja planu wydawniczego dotyczącego wydawnictw własnych GBL wymaga przydziału na rok 1983 minimum 5—5,5 tys. kg papieru drukowego. Obecnie przewidywany deficyt wynosi ok. 2,5 tys. kg. Dla wykonania niezbędnej ilości kserokopii potrzebujemy rocznie ok. 3200 kg papieru kserograficznego, a dla oprawy wydawnictw własnych ok. 500 kg kartonu rocznie.

Realizacja programu mikrofizowego wymaga zakupu 15.000 srebrowych błon negatywowych. W I fazie jego rozwoju ok. 150.000 błon pozytywowych i diazo, w dalszej perspektywie ok. 300.000 w skali roku.

W związku z realizacją systemu mikrofizowego, korzystające z niego placówki sieci winny zostać zaopatrzone w kserografy, wykonujące kserokopie z mikrofisz typu RX 740 microprinter. Dotyczyłoby to akademii medycznych i CMKP — w sumie 12 placówek (wraz z bydgoską filią AM w Gdańsku) i wymagałoby jednorazowego wydatkowania ok. 50 tys. Ł (czyli ok. 80 tys. dolarów), co wydaje się sumą stosunkowo niewielką w porównaniu z 420 tys. dolarów wydatkowanymi obecnie na prenumeratę czasopism zachodnich. Natomiast instytuty naukowo-badawcze dla potrzeb wprowadzenia u siebie tego systemu mogłyby zakupić czytniko-kopiarki R 110 typu Pentakta w cenie 250 tys. zł za sztukę. Wydaje się, że wobec braku perspektyw na odczuwalne zwiększenie środków dewizowych na prenumeratę czasopism z II obszaru płatniczego jedynym realnym sposobem zaopatrzenia sieci bibliotek medycznych i ośrodków informacji w najbliższej przyszłości będzie system mikrofizowy i dlatego warto podjąć starania o jedno-

razowy zakup odpowiedniego sprzętu gwarantującego efektywność jego realizacji.

Sytuacja lokalowa GBL i większości bibliotek sieci jest katastrofalna. Stara czynszowa kamienica przy ul. Chocimskiej 22 z dobudowanymi pomieszczeniami magazynowymi już w latach sześćdziesiątych nie mieściła całości zbiorów. Wynajęto więc 7 pomieszczeń poza Warszawą, w których z powodu braku elementarnych warunków przechowywania, kilkadziesiąt tysięcy woluminów zbiorów nieopracowanych uległo zniszczeniu.

Wszelkie próby uzyskania lepszych pomieszczeń, budowy nowego gmachu, mimo przygotowania dokumentacji technicznej i uzyskania lokalizacji, nie przyniosły rezultatu. Zbiorami więc zawalone są klatki schodowe i korytarze, magazyny przeciążone do tego stopnia, że pękają stropy i ściany, kontrole przeciwpożarowe wnioskuje o natychmiastowe zamknięcie biblioteki, ponieważ sytuacja magazynowa stwarza zagrożenie życia pracujących tam ludzi, a w razie wybuchu pożaru z braku jakichkolwiek dróg ewakuacyjnych nie będzie możliwa żadna akcja przeciwpożarowa.

Aktualnie poza Warszawą, w Opaczu, w budynku b szkoły, znajduje się ok. 200 tys. wol. zbiorów. Miejskowa ludność domaga się reaktywowania szkoły i zwrotu zajmowanego przez GBL budynku.

Od roku walczymy, przy wielkim zaangażowaniu się kierownictwa Ministerstwa, o przydział wskazanego przez nas pawilonu handlowo-wystawowego na przyczółku grochowskim przy Trasie Łazienkowskiej, którego inwestor odstąpił od planowanego zagospodarowania. Pawilon ten o powierzchni 5.750 m² gwarantuje aktualne i perspektywiczne rozwiązanie problemu lokalowego GBL i znakomicie nadaje się na pomieszczenia biblioteki.

Bez rozwiązania problemu lokalowego GBL nie tylko nie będzie w stanie realizować swoich funkcji w zakresie specjalizacji zbiorów bibliotecznych i ich archiwizowania, ale i zadań bieżących, nie mając ani metra kwadratowego na nowe nabytki.

W podobnej sytuacji znajduje się większość bibliotek sieci. Potrzebne są decyzje inwestycyjne bądź też przydział innych pomieszczeń niezbędnych dla rozładowania magazynów bibliotecznych.

Reasumując należy stwierdzić, że stopień dostępności informacji naukowej w medycynie zależy od organizacji i sprawności działania GBL i pozostałych placówek medycznej sieci biblioteczno-informacyjnej, a sprawność ta jest uwarunkowana przede wszystkim stanem obecnym i perspektywami rozwoju bazy materialnej w postaci zapewnienia odpowiednich środków dewizowych na dopływ literatury medycznej z II obszaru płatniczego, zakupu niezbędnego sprzętu reprograficznego i materiałów eksploatacyjnych oraz poprawy aktualnej bazy lokalowej.

Prof. dr hab. Mirosława Furmanowa, Prof. dr hab. Halina Strzelecka

UDZIAŁ WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO W DYSKUSJI NAD STATUTEM UCZELNI

Wydział Farmaceutyczny AM w Warszawie żywo uczestniczył w dyskusji nad statutem Akademii Medycznej. Możliwość bezpośredniego udziału w tworzeniu treści zawartych w statucie zaktywizowała zarówno pracowników wydziału, jak i studentów. Analiza poszczególnych rozdziałów dokonywana była początkowo na terenie zakładów, pracowni, a także w środowisku studenckim. W dyskusji uczestniczyły wszystkie grupy pracowników. Efektem tego było zgromadzenie wielu uwag, które przesłane zostały do Komisji Statutowej. Podsumowanie dyskusji odbyło się na trzech posiedzeniach Rady Wydziału. Omówiono kolejno poszczególne rozdziały projektu statutu: postanowienie wstępne (dział I), jednostki organizacyjne Akademii (rozd. II), organy szkoły (rozd. III), studia i studenci (rozd. IV), pracownicy szkoły (rozd. V), oraz administracja, gospodarka majątkiem trwałym i obrotowym oraz zasady finansowania działalności Akademii (rozdział VI). Już początek dyskusji wykazał, że etapowe opracowanie statutu spowodowało pewne niezgodności statutu z ustawą. Istnieje zatem potrzeba usunięcia tych merytorycznych niedociągnięć przez Komisję. Na posiedzeniach Rady Wydziału poruszono ważne problemy uczelni, a także wprowadzono szereg drobnych poprawek, uściślających przedstawione w statucie treści. W niniejszym artykule omówione zostaną tylko niektóre zagadnienia.

Najwięcej uwagi poświęcono rozdziałowi III, który obejmował zagadnienia kompetencji organów szkoły, zasady i tryb ich wyboru, skład organów szkoły, ich wzajemne zależności, prawa i obowiązki przełożonych i pracowników. Wszystkie grupy dyskutantów zgłosiły postulat zachowania parytetu w stosunku do przedstawicieli wydziałów w senacie. Proponowano, aby w skład senatu wchodziło 10 przedstawicieli profesorów, docentów i doktorów habilitowanych wybieranych na wydziałach spośród ich grona, w tym:

* Wydział Farmacji AM w Warszawie.

- 4 osoby z I Wydziału Lekarskiego, w tym jedna z Oddziału Stomatologicznego,
- 3 osoby z II Wydziału Lekarskiego,
- 3 osoby z Wydziału Farmaceutycznego (zamiast proponowanego w statucie składu,
- 6 osób z I Wydziału Lekarskiego w tym 2 osoby z Oddziału Stomatologicznego,
- 2 osoby z Wydziału Farmaceutycznego).

Rada Wydziału uważa, że trzech przedstawicieli Wydziału Farmaceutycznego lepiej będą mogli przedstawiać na posiedzeniach senatu problemy wydziału, tak bardzo odmienne od problemów obu Wydziałów Lekarskich. W przypadku utrzymania propozycji projektu statutu Wydział będzie miał zbyt mały wpływ na decyzje podejmowane przez senat w ważnych sprawach wydziałowych — dydaktycznych, naukowych i kadrowych.

Analizując działalność senatu zaproponowano, aby do jego kompetencji dołączyć:

- ustalenie ogólnych zasad polityki kadrowej,
- propozycje limitu przyjęć na studia,
- przyznawanie doktoratów honoris causa,
- opiniowanie wniosków w sprawie przyznawania nagród państwowych i ministerialnych, medalu Akademii Medycznej, członkostwa PAN.

Dyskutanci zwrócili uwagę na potrzebę pewnych zmian w komisjach i zespołach senatu. Postulowano powołanie komisji budżetowej, natomiast utworzenie tylko jednego zespołu zamiast dwóch komisji: informacji naukowej i działalności wydawniczej.

Zaproponowano, aby tryb powołania komisji ustalał senat uwzględniając propozycje rad wydziału. Senat powinien mieć również możliwość powoływania komisji doraźnych.

Dyskusyjna była sprawa wyborów rektorów i dziekana oraz udziału liczebnego poszczególnych grup pracowników w ciałach kolegialnych. W przypadku wyborów rektora, obok głosów zwolenników wyboru poprzez elektorów, były także głosy za powrotem do tradycyjnego wybierania przez senat. W przypadku wyborów dziekana część społeczności akademickiej uważała, że podany w statucie sposób wyboru dziekana na radzie wydziału pozbawia grupę asystentów i adiunktów znaczącego wpływu na wybory władz wydziału.

Wprowadzenie autonomii uczelni zwiększyło zakres działalności rady wydziału i dziekana, pociągnęło to za sobą potrzebę właściwego zinterpretowania roli instytutów na wydziale oraz dokładne sprecyzowanie zakresu kompetencji dziekana i rady wydziału oraz dyrektora i rady instytutu. Dyskusja o działalności naukowej wydziału nie obejmowała konkretnych propozycji ze względu na zapowiedziane zmiany

zasad finansowania uczelni. Zgłaszane propozycje dotyczyły generalnych kierunków badań bez analizy szczegółowych rozwiązań.

Omawiając kompetencje rady wydziału zaproponowano uzupełnić te następujące zagadnienia:

- analiza działalności naukowej jednostek organizacyjnych wydziału,
- wnioskowanie do senatu w sprawie obsadzania stanowisk kierowników katedr, klinik i zakładów,
- wnioskowanie o odznaczenia,
- rozstrzyganie konkursu na stanowisko asystenta w zakładach w razie rozbieżności opinii między komisją d/s rozwoju kadry naukowo-dydaktycznej a kierownikiem jednostki organizacyjnej. W projekcie statutu ten przywilej przyznano senatowi.

Uznano za słuszne poszerzenie kompetencji kierownika zakładu dotyczące spraw personalnych podległych mu pracowników. Zatrudnianie pracowników, awansowanie, a także rozwiązywanie z nimi umowy powinno odbywać się na wniosek kierownika; również dyskusja w senackiej komisji lub innych zespołach powinna przebiegać z udziałem zainteresowanego kierownika. Paragraf traktujący tylko o obowiązkach kierowników zakładów proponowano zamienić na paragraf o kompetencjach, w ten sposób poza obowiązkami zostałyby ujęte i prawa.

Rada Wydziału uznała za konieczne preredagowanie części statutu, dotyczącej biblioteki Akademii Medycznej. Wiele zagadnień potraktowanych zostało zbyt obszernie, większość treści powinna być przeniesiona do regulaminu biblioteki. Zwrócono również uwagę na to, że okresowe mianowanie dyrektora, jak to podano w statucie Biblioteki Głównej, jest możliwe tylko na uczelni humanistycznej, gdzie wielu pracowników naukowych ma kwalifikacje do objęcia tej funkcji i mogą ją pełnić okresowo obok swojej pracy zasadniczej. W przypadku Akademii Medycznej konieczne jest zaangażowanie na stałe.

Wiele uwag poświęcono rozdziałowi IV, który omawia sprawy studiów i studentów. Rada Wydziału jednomyślnie wypowiedziała się za utrzymaniem rad pedagogicznych na młodszych latach, a w zmniejszonym składzie na latach starszych.

Zgłoszono również poprawki dotyczące zgromadzeń lub manifestacji studentów Akademii Medycznych. Wprowadzone uwagi mają na celu wytworzenia akademickiej atmosfery w dyskusji między nauczycielami a studentami.

W rozdziale V dotyczącym pracowników szkoły zwrócono uwagę na konieczność określenia trybu postępowania w przypadkach żegnania pracowników odchodzących na emeryturę. Proponowano, aby stworzyć specjalny fundusz na uroczystość pożegnalną.

Rozdział VI dotyczący administracji jest zdaniem Rady Wydziału potraktowany za obszernie. Rada Wydziału uważa, że statut nie powinien być zbyt szczegółowy, aby nie ograniczał możliwości pewnej

swobody w pracach uczelni; lepiej byłoby, gdyby obejmował on zagadnienia problemowe i wskazywał kierunki rozwiązań, nie precyzując ich zbyt szczegółowo.

Wszystkie uwagi, jakie zostały przesłane przez Wydział Farmaceutyczny do Komisji Statutowej, dotyczące zarówno treści jak i formy, miały na celu wyeksponowanie problemów specyficznych dla uczelni medycznej. Było to konieczne z tego względu, że projekt statutu, przedstawiony przez komisję statutową, miał charakter ogólny, nie wynikało z niego, że uczelnia kształci przyszłych pracowników służby zdrowia.

Wprowadzone zmiany powinny pozwolić na spełnienie wszystkich funkcji przez Akademię Medyczną i odegranie właściwej roli uczelni wyższej w społeczeństwie.

KONKURS PRAC MAGISTERSKICH NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM W R. AK. 1981/82

Wieloletnią tradycją Wydziałów Farmaceutycznych Akademii Medycznych jest organizowanie dorocznych konkursów prac magisterskich. Obok przeglądu tematyki oraz oceny poziomu prac dyplomowych, realizowanych w poszczególnych latach, celem konkursu jest zainteresowanie tymi pracami szerszego ogółu środowisk farmaceutycznych-naukowych i zawodowych, jak również społeczności wydziałowej.

Tegoroczny konkurs zorganizowany przez Zarząd Wydziałowy Polskiego Stowarzyszenia Studentów Farmacji przy udziale i pomocy Władz Dziekańskich był już osiemnastą imprezą tego rodzaju na Warszawskim Wydziale Farmaceutycznym. W imprezie wzięli udział dyplomanci z większości Zakładów Wydziału. Zgłoszono najlepsze prace w ilości 25% wykonanych w r. ak. 1981/82 o zróżnicowanej tematyce, obejmującej wszystkie współcześnie ważne i aktualne kierunki rozwoju nauk farmaceutycznych.

Całością prac organizacyjnych i merytorycznych kierowało powołanie jury w składzie: Doc. dr hab. J. Brzeziński, doc. dr hab. M. Gajewska, prof. dr hab. T. Zawadowski, prof. dr hab. L. Piekarski, doc. dr hab. R. Paruszewski oraz przedstawiciele studentów: E. Brulińska, J. Mięskiewicz, Z. Żuk, G. Blichewicz. W pierwszym okresie pracy jury przeprowadziło wstępną kwalifikację prac oraz podział na grupy tematyczne w układzie: lek syntetyczny, analiza leku, bioanaliza, farmacja stosowana, farmakologia i toksykologia, lek roślinny. Następnie prace zostały skierowane do recenzji przez powołane w tym celu zespoły oceniające w składzie: dwóch samodzielnych pracowników naukowych i przedstawicieli studentów. Podstawą była ocena: wartości merytorycznej podjętego tematu, uzasadnienie celu pracy, dobór i poprawność rozwiązań metodycznych, nowatorstwo, umiejętność wykorzystania piśmiennictwa naukowego, poprawność językowa i stylistyczna, opracowanie dokumentacyjne i graficzne.

Opierając się na przedstawionych recenzjach jury konkursu przeprowadziło ostateczną kwalifikację prac i ogłosiło werdykt, przyznając

w poszczególnych grupach tematycznych nagrody od I do III. Łącznie przyznano 17 nagród w tym w dwóch grupach tematycznych (Farmacja Stosowana i Lek Syntetyczny) po dwie równorzędne III nagrody.

Uroczysty finał konkursu odbył się w dniu 7.I.1983 r. W zakończeniu, obok Władz Dziekańskich, członków Rady Wydziału, studentów i pracowników Wydziału oraz zaproszonych gości, wziął udział Prorektor d/s studenckich A.M. dr hab. Marek Dąbrowski.

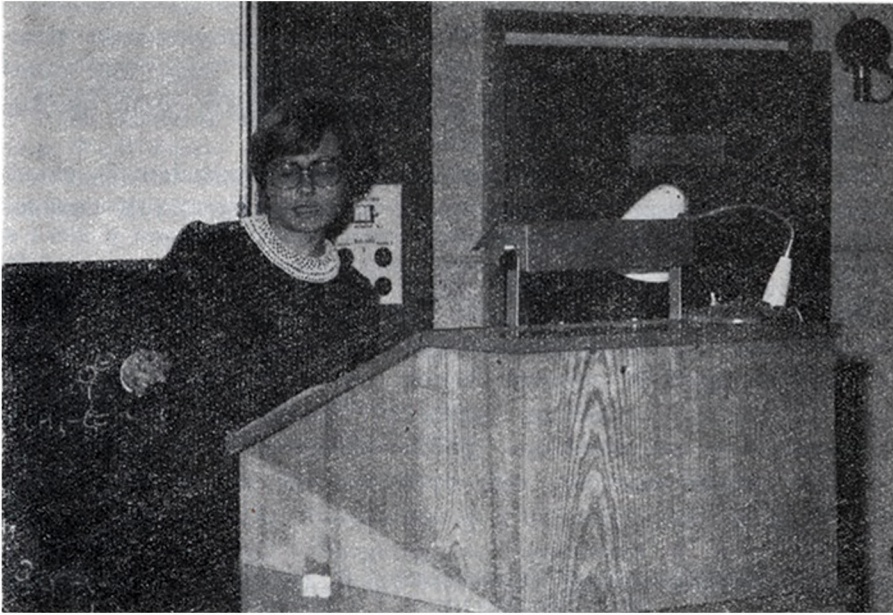
W krótkim wystąpieniu otwierającym finał konkursu, Prorektor A.M. podkreślił cenną inicjatywę Wydziałów Farmaceutycznych organizujących tego rodzaju przeglądy osiągnięć absolwentów, zwrócił uwagę na duże znaczenie dydaktyczno-wychowawcze imprezy w życiu Uczelni oraz jej niewątpliwie stymulujący wpływ w przyszłej pracy i życiu zawodowym absolwentów.

W dalszym ciągu nastąpiła prezentacja najlepszych prac (I i II nagroda) w formie 10 min. doniesień ilustrowanych przez roczniki i wykresami. Forma prezentacji była oceniana przez jury konkursu. Wyównany poziom merytoryczny prac, podobnie jak sposób ich przedstawienia i ilustracji graficznej skłonił jury do przyznania trzech równorzędnych nagród za wygłoszenie pracy.

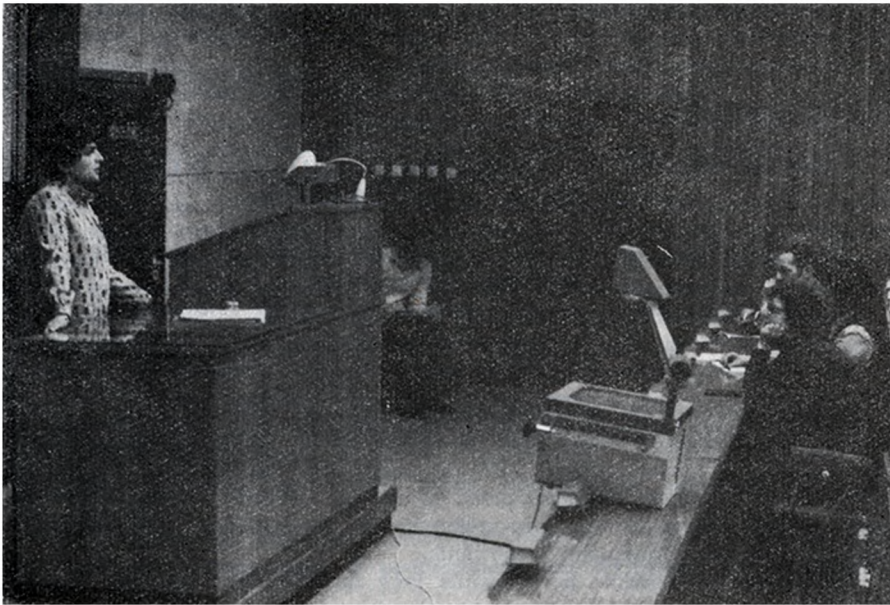
Uroczysty akt wręczenia dyplomów oraz cennych nagród książkowych i pieniężnych ufundowanych przez J. M. Rektora Akademii Me-



Dziekan prof. dr hab. M. Furmanowa wręcza nagrody laureatom. Za stołem członkowie jury: (od lewej) prof. dr hab. T. Zawadowski, doc. dr hab. M. Gajewska, doc. dr hab. R. Paruszewski, prodziekan doc. dr hab. J. Brzeziński.



Mgr D. Sowińska referuje pracę z grupy leku naturalnego.



Mgr E. Nowak wygłasza autoreferat pracy z grupy farmacji stosowanej.

dycznej, a dokonany przez Dziekana Wydziału, Prof. dr hab. M. Furmanow^ą zakończył imprezę. W wystąpieniu zamykającym Konkurs Dziekan Prof. Furmanow^a złożyła gratulacje wszystkim uczestnikom rywalizacji, Kierownikom Zakładów i bezpośrednim opiekunom prac biorących udział w konkursie.

Po zakończeniu na ostatnim posiedzeniu jury z udziałem Dziekana wytypowano najlepsze nagrodzone prace do udziału w XVIII Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich.

Obecnie Konkurs Ogólnopolski został już zakończony. Odbył się on w Gdańsku w dniach 10—12.III.1983. Pięciosobowa grupa absolwentów Warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego była najliczniejszą spośród uczestniczących w imprezie. Opiekę nad uczestnikami sprawował dr Antoni Giro z Zakładu Technologii Środków Leczniczych, który równocześnie był członkiem Ogólnopolskiego Jury Konkursowego.

Wysoki poziom naukowy prac dyplomowych wykonanych na naszym Wydziale oraz zdolności i przygotowanie uczestników znalazły odzwierciedlenie w uzyskanych osiągnięciach. Ogólnokrajowe Jury Konkursu oceniając wartość merytoryczną prac oraz formę i sposób ich przedstawienia przyznało zgłoszonym z Warszawskiego Wydziału pracom dwie I nagrody, jedną II i III oraz dwa wyróżnienia za najlepszą prezentację.

Równocześnie jedna praca została skierowana do udziału w Międzynarodowej Konferencji studentów Farmacji „INTERFARM-83”, która odbędzie się w Poznaniu w kwietniu b.r.

Streszczenia nagrodzonych prac uzupełniają powyższy tekst.

Doc. dr hab. J. Brzeziński

Jarosław Aranowski

WPLYW TIURAMU NA POZIOM NORADRENALINY I DOPAMINY W PRAŻKOWIU MÓZGU SZCZURA

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji Akademii
Medycznej w Warszawie

Kierownik Zakładu/Opiekun pracy — doc. dr hab. J. Brzeziński

Streszczenie

Tiuram (dwusiarczek czterometylo-bis-tiokarbamylu) jest fungicydem szeroko stosowanym w technice rolnej. Przy niewielkiej ostrej toksyczności (DL_{50} 577,8—14 mg/kg wg różnych autorów, IV kl. toksyczności pestycydów) tiuram powoduje szereg zaburzeń biochemicznych w ustroju. Ostatnio ukazały się doniesienia o jego oddziaływaniu neurotoksycznym, wyrażającym się upośledzeniem ruchowym oraz zmianami zachowania.

Poszukując mechanizmu powstawania tych zaburzeń, na szczurach (Wistar) przebadano wpływ tiuramu na poziom noradrenaliny (NA) i dopaminy (DA) w prążkowie mózgu szczura. Oparto się na znanym fakcie udziału równowagi

adrenergiczno/cholinergicznej tej struktury mózgu w regulacji czynności motorycznych. Szczury zatrutowano p.o. zawiesiną tiuramu — jednorazowo, dawką 50% DL₅₀ oraz wielokrotnie (21 dni) dawką 5% DL₅₀. Mózgi po wyizolowaniu, dzielono wg metody Głowińskiego i wsp. pobierając do badań prążkowie. Zawartość NA i DA oznaczano spektrofotometrycznie, po 0,25; 0,5; 1; 5; 12; 24 godz. oraz po 7 i 21 dniach.

Wykazano, że tiuram przy zatruciu ostrym oraz przy wielokrotnym wprowadzeniu niskiej dawki, powoduje statystycznie znaczne obniżenie poziomu DA i NA w prążkowie mózgu szczura: fazowe w zatruciu ostrym, trwałe przy wielokrotnym. Sposób oddziaływania tiuramu na poziom DA i NA w prążkowie jest różny od obserwowanego w całym mózgu szczura. Zdolność obniżania poziomu DA w prążkowie mózgu szczura może stanowić biochemiczną podstawę mechanizmu neurotoksycznego oddziaływania tiuramu.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

I Nagroda na Konkursie Ogólnopolskim.

Zbigniew Braszkievicz

SYNTEZA WYBRANYCH POCHODNYCH 2-P-CHLOROSTYRYLO -PIRYDO) 2, 3-D)PIRYMIDONU-4/3H)

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Instytutu Nauki
o Leku AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *doc. dr hab. Bożena Gutkowska*

Opiekun pracy: *dr Franciszek Herold*

Streszczenie

W części teoretycznej pracy zostały omówione ważniejsze leki działające na ośrodkowy układ nerwowy, ze szczególnym podkreśleniem preparatów z grupy benzodiazepin, chinazolonu-4 oraz pirydo /2.3-/ pirymidonu-4.

Celem pracy była synteza nieopisanych w piśmiennictwie chemicznym 2-p-chlorostyrylowych pochodnych pirydo/2.3-d/pirymidonu-4/3H/, związków o spodziewanym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy.

Substratem do syntezy był kwas 2-aminonikotynowy, który został otrzymany w wyniku acetylowania a następnie utleniania 2-amino-3-metylopirydyny w oparciu o przepisy Seide'a i Robinsona. Uzyskany kwas 2-aminonikotynowy został przeprowadzony w 2-metylo-4H-pirydo/2,3-d/1,3/-oksazynon-4 działaniem bezwodnika octowego według przepisu podanego przez Duffa i Ruddygo. W reakcji o-, m-, i p- chlorobenzylamin oraz 2-, 3-, i 4- pirydyloaminy z uprzednio otrzymanym 2-metylo-4H-pirydo/2,3-d/1,3 oksazynonem-4 otrzymano podstawione w pozycji 3 odpowiednie pochodne pirydo/2,3-d/pirymidonu-4. Zaplanowane w pracy 2-p-chlorostyrylowe pochodne pirydo/2,3-d/pirydo/2,3-d/pirymidonu-4 otrzymane zostały w wyniku kondensacji p-chlorobenzaldehydu z otrzymanymi uprzednio pochodnymi, wobec wodorotlenku potasowego w metanolu.

Budowę chemiczną oraz skład nowo otrzymanych w pracy związków potwierdzono interpretacją widm w podczerwieni oraz wynikami analiz elementarnych na C, H, N.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Ewa Wretowska

BADANIA NAD IZOENZYMAMI ARGINAZY TKANEK CZŁOWIEKA I ICH SPECYFICZNOŚCIĄ ANTYGENOWĄ

Zakład Analityki Klinicznej Instytutu Biofarmacji AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. Lech Tomaszewski*

Opiekun pracy: *dr n. przyr. L. Konarska*

Streszczenie

Własności antygenowe arginaz z tkanek człowieka i ich związków z arginazami ssaków nie były dotychczas wyczerpująco przebadane.

I. Celem pracy było porównanie właściwości antygenowych arginazy z wątroby, leukocytów i krwinek czerwonych człowieka, o identycznym profilu izoenzymatycznym (arginaza A_1 i A_2). Zainteresowanie arginazą krwinkową wynika z faktu, że erytrocyty stanowią łatwo dostępny materiał do badań arginazy u człowieka, w aspekcie poznawczym i diagnostycznym.

Obserwacje kliniczne sugerują, że arginazy z wątroby, krwinek białych i czerwonych są być może identycznymi enzymami kodowanymi przez to samo locus w hiperargininemii, genetycznie uwarunkowanym bloku metabolicznym, deficyt aktywności arginazy występuje nie tylko w wątrobie, ale także w krwinkach białych i czerwonych. Wyniki tej pracy wskazują na identyczność także immunologiczną arginazy A_1 i A_2 z wątroby oraz krwinek białych i czerwonych. Stanowią więc one dowód eksperymentalny potwierdzający wnioski płynące z obserwacji klinicznych.

II. Badając filogenetyczne uwarunkowane immunologiczne związki arginazy tkanek człowieka i innych ssaków stwierdzono, że antyserowica przeciwko arginazie A_1 z wątroby ludzkiej reaguje krzyżowo z arginazą wątrobową innych ssaków: szczura (arginaza A_1) i wołu (arginaza A_2). Do immunoprecypitacji 1 jednostki arginazy A_1 z wątroby szczura oraz arginazy A_2 z wątroby wołu potrzeba jednak około 10-krotnie więcej przeciwciała niż w przypadku arginazy z wątroby człowieka.

Różnice antygenowe pomiędzy arginazami z wątroby człowieka, szczura i wołu potwierdziły także jakościowe teksty immunologiczne. Podczas immunodyfuzji wzór częściowej identyczności uzyskano dla: arginazy A_1 z wątroby ludzkiej i A_1 z wątroby szczura, arginazy A_1 z wątroby ludzkiej i A_2 z wątroby wołu oraz arginazy A_1 z wątroby szczura i A_2 z wątroby wołu.

Niska specyficzność antygenowa badanych enzymów sugeruje, że w obrębie ssaków zmiany ewolucyjne nie prowadziły do zasadniczych zmian w budowie cząsteczki arginazy wątrobowej.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Elżbieta Kublin

**WPLYW ŻYWIENIA NA POZIOM PRZECIWUTLENIACZY TKANKOWYCH
U SZCZURÓW PO NARAŻENIU NA PARY FRAKCJI R-33
ROPY NAFTOWEJ**

Zakład Bromatologii Instytutu Biofarmacji AM w Warszawie
Kierownik Zakładu: *doc. dr hab. Regina Olędzka*
Opiekunowie pracy: *dr hab. Jan Woźniak, dr n. farm. A. Tokarz*

Celem pracy było zbadanie zmian ogólnego poziomu przeciwutleniaczy naturalnych u szczurów karmionych dietą bezbiałkową i standardową z równoczesnym narażeniem ich na działanie par frakcji R-33 ropy naftowej.

Stężenie związków o właściwościach przeciwutleniających określano w surowicy krwi i wątrobie zwierząt za pomocą metody wykorzystującej zjawisko reakcji stabilnego rodnika DFPH (2,2-dwufenylo-1-pikrylohydrazyl) z substancjami o właściwościach redukujących. Równolegle oznaczano również poziom związków zawierających grupy sulfhydrylowe, opierające się na spektrofotometrycznej reakcji z DTNB (kwas 5,5-dwutio-bis-/2-nitrobenzoesowy). Trzydniowe narażenie zwierząt na działanie par ropy naftowej przy jednoczesnym karmieniu dietą standardową powodowało istotny wzrost aktywności przeciwutleniającej w wątrobie i surowicy krwi.

W przypadku zatrucia ropą naftową z jednoczesnym podawaniem diety bezbiałkowej bądź kazeinowej obserwowano spadek poziomu przeciwutleniaczy w wątrobie i surowicy krwi (z wyjątkiem zwierząt na diecie bezbiałkowej, gdzie w przypadku przeciwutleniaczy rozpuszczalnych w lipidach zanotowano wzrost). Wszystkie szczury reagowały również obniżeniem poziomu związków z grupami sulfhydrylowymi we krwi i wzrostem ich zawartości w wątrobie.

Otrzymane wyniki świadczą o tym, że zarówno zubożenie diety pod względem zawartości białka, jak i niewłaściwy pod względem ilościowym bądź jakościowym dopływ aminokwasów (kazeiny) przyczyniają się do osłabienia zdolności obronnych organizmu w przypadku narażenia ustroju na czynnik toksyczny.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

I Nagroda na Konkursie Ogólnopolskim.

Elżbieta Nowak

**BADANIE TRWAŁOŚCI ANTYBIOTYKÓW Z GRUPY CEFALOSPORYN
W PŁYNACH INFUZYJNYCH**

Z Zakładu Farmacji Stosowanej Instytutu Nauki o Leku Akademii Medycznej
w Warszawie

Kierownik: *prof. dr hab. Zdzisław Zakrzewski*

Opiekun: *Mgr Ewa Kietlińska-Zaleska*

Streszczenie

Praca poświęcona jest badaniom porównawczym trwałości cefradyny w preparatach Sefril i Cefradeks oraz antybiotyków drugiej generacji tj. cefazoliny

w preparacie Cefacidal, cefotaksymu w preparacie Claforan i cefsulodyny w preparacie Pseudocef.

Wykorzystując metodę jodometryczną badano stabilność wymienionych antybiotyków w 0,9% roztworu NaCl oraz w 5% roztworze glukozy przechowywanych przez 24 godziny w termostacie w temperaturze $25^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$. Oznaczenia wykonywano w czasie 0 h, 3 h, 6 h, 24 h, a procentową zawartość nierozłożonego antybiotyku obliczono względem wyniku w czasie 0 h przyjętego za 100%. Stwierdzono mniejszą trwałość cefradyny w porównaniu do pozostałych antybiotyków. Poszerzając badania o dwa następne płyny infuzyjne: roztwór Dekstranu 40000 i 10% roztwór glukozy stwierdzono, że Cefradyna z obu preparatów tj. Sefrilu i Cefradeksu wykazuje identyczną trwałość w badanych płynach infuzyjnych. Próby zastąpienia węgla sodowego w preparacie Sefril na inny związek ułatwiający rozpuszczalność cefradyny, a nie obniżający trwałości antybiotyku w roztworach, pomimo zastosowania kilkunastu wariantów wypadły negatywnie.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Dorota Sowińska

REGENERACJA CARUM CARVI L. W KULTURZE TKANKOWEJ IN VITRO

Zakład Botaniki Farmaceutycznej Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. Mirosław Furmanowa*
Opiekun pracy: *dr Hanna Ołędzka*

Streszczenie

Carum carvi L. — kminek zwyczajny jest rośliną leczniczą. Surowcem farmakopealnym są owoce zawierające olejek lotny. Duże zapotrzebowanie przemysłu zielarskiego na owoce kminku skłania do poszukiwania nowych kierunków badań mających na celu zwiększenie ilości surowca i uzyskanie większej wydajności olejku.

Celem podjętych badań było opracowanie metody szybkiego mnożenia *Carum carvi* L. w kulturze tkankowej in vitro.

Do zapoczątkowania kultury, różnicowania i regeneracji tkanek kminku zastosowano kilkanaście zmodyfikowanych pożywek Nitscha i Nitscha oraz Murašige'a i Skooga.

Przeprowadzone badania wykazały, że metodą kultur tkankowych można uzyskać z jednej rośliny matecznej kminku w czasie dwóch miesięcy 16 roślin potomnych o skróconym okresie wegetacji. Kminek zwyczajny jest rośliną dwuletnią. Rośliny kminku uzyskanego w hodowli in vitro, przeniesione do gruntu, zakwitły i dały owoce w pierwszym, a nie w drugim roku wegetacji. Przeprowadzenie biologicznej oceny rozłupek wykazało, że ciężar 1000 rozłupek kminku jednorocznego z kultury in vitro był wyższy niż ciężar rozłupek kontrolnych z dwuletniej uprawy w gruncie. Oznaczenie energii i zdolności kiełkowania nie wykazało istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami surowca. Zawartość olejku w owocach kminku z kultury in vitro odpowiadała wymogom F.P.IV, wynosiła 4,6%, była wyższa niż w owocach kontrolnych, które miały 3,8% olejku.

I Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

II Nagroda na Konkursie Ogólnopolskim.

Małgorzata Pawłowska

**BADANIE FENOŁOKWASÓW, GARBNIKÓW I GLIKOZYDÓW FENOŁOWYCH
ZIELA PRZYMIOTNA KANADYJSKIEGO**

Zakład Farmakognozji Instytutu Nauki o Leku AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. Halina Strzelecka*

Opiekun pracy: *mgr Grażyna Glinkowska*

Streszczenie

Przymiotno kanadyjskie — *Erigeron canadensis* L. (Compositae) — jest rośliną bardzo w Polsce rozpowszechnioną, może być również uprawiane. W medycynie ludowej stosowane jest jako lek przeciwkrwotoczny, przeciwrumatyczny i diuretyczny. W wyniku badań farmakologicznych stwierdzono działanie diuretyczne oraz korzystne działanie terapeutyczne w różnych typach skazy krwotocznej.

Tematem pracy jest badanie związków fenolowych: kwasów fenolowych, garbników i glikozydów fenolowych ziele przymiotna kanadyjskiego.

Za pomocą chromatografii cienkowarstwowej i bibułowej, jedno i dwukierunkowej stwierdzono w surowcu obecność wolnych kwasów: kawowego, protokatechowego, p-kumarowego, fenolowego, waniliowego, p-hydroksybenzoesowego i chlorogenowego.

We frakcji otrzymanej po hydrolizie kwaśnej wykryto kwas wanilinowy. Frakcja po hydrolizie alkalicznej zawierała kwasy: kawowy, protokatechowy, p-kumarowy, fenolowy, wanilinowy, p-hydroksybenzoesowy, chlorogenowy i galusowy. Metodą Świątka rozdzielono izomery cis i trans pochodnych kwasu cyjamonowego.

Wyniki reakcji osadowych i barwnych oraz badań chromatograficznych wskazują na obecność w surowcu garbników pirogalolowych. Jednym z produktów hydrolizy frakcji garbnikowej jest kwas galusowy. Zawartość garbników w ziele oznaczona metodą FP IV wynosiła 11%. Nie stwierdzono w ziele przymiotna kanadyjskiego obecności glikozydów fenolowych.

II Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Ewa Partyka

**OPRACOWANIE TECHNOLOGII OTRZYMANIA MIKROKAPSULEK
Z RYBOFLAWINĄ ORAZ MIKROKAPSULEK Z KWASEM
ASKORBOWYM**

Z Zakładu Farmacji Stosowanej Instytutu Nauki o Leku Akademii Medycznej
w Warszawie

Kierownik: *prof. dr hab. Zdzisław Zakrzewski*

Opiekun: *dr n. farm. Danuta Szretter*

Streszczenie

Tematem pracy było mikrokapsułkowanie ryboflawiny oraz kwasu askorboowego z przeznaczeniem uzyskanych serii mikrokapsulek do formułowania doustnych postaci leku.

Mikrokapsułkowanie prowadzono w oparciu o technikę topliwą dyspersji stosując do otoczkowania substancji leczniczej glikole polioksyetylenowe (PEG 6000 lub PEG 10000) oraz technikę koacerwacji prostej stosując do otoczkowania etylocelulozę lub etylocelulozę + PEG 6000. Przy mikrokapsułkowaniu ryboflawiny w metodzie koacerwacji, w niektórych wariantach technologicznych użyto również Tween₂₀, jako substancję hydrofilizującą tą witaminę.

W otrzymanych seriach mikrokapsułek przeprowadzono analizę mikroskopową i oznaczono zawartość witamin w poszczególnych preparatach mikrokapsułek.

Oznaczano ponadto szybkość uwalniania się witamin do sztucznego soku żołądkowego bez enzymów.

Wykazano, że wielkość mikrokapsułek, zawartość i szybkość uwalniania się substancji leczniczych zależna była od rodzaju witaminy i od zastosowanej technologii mikrokapsułkowania.

II Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Anna Stanaszek

SYNTEZA NIEKTÓRYCH POCHODNYCH 6-AMINOMETYLO-1,4-BENZODIOKSANU O SPODZIEWANYM DZIAŁANIU DOPAMINERGICZNYM

Zakład Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr n. techn. Jerzy Woliński*

Opiekun: *dr Maria Niemyjska*

Streszczenie

Temat pracy został podyktowany niewielką ilością i małą wybiórczością działania leków dopaminergicznych stosowanych obecnie oraz licznymi niezbadanymi do końca teoriami na temat mechanizmu działania leków tej grupy.

Budowę związków o potencjalnym działaniu dopaminergicznym zaprogramowano na podstawie budowy leku Pirybedilu.

Praca obejmuje syntezę substratów: 1,4-benzodioxanu (nieco zmieniona metoda literaturowa) oraz 6-formylo- i 6-chlorometylo-1,4-benzodioxanu.

Produkty końcowe to cztery nieopisane dotychczas w literaturze związki:

- dichlorowodorki 6-/N, N-dimetylo oraz diizopropylaminoetyloaminometylo-1,4-benzodioxanu otrzymane przez kondensację 6-formylo-1,4-benzodioxanu z odpowiednimi aminami, redukcję powstałych zasad Schiffa i wysycenie wolnych zasad chlorowodorem,
- dichlorowodorki 6-[N-benzylo-N-/dimetyloaminoetylo-/aminometylo] — oraz 6-/N-benzylo-N-metyloaminometylo-/1,4-benzodioxanu uzyskane przez kondensację 6-chlorometylo-1,4-benzodioxanu z odpowiednimi aminami i wysycenie uwolnionych zasad chlorowodorem.

Wstępne badania farmakologiczne dichlorowodorku 6-/N,N-dimetyloaminoetyloaminometylo-/1,4-benzodioxanu potwierdzają celowość pracy. Związek wykazuje przewidywaną aktywność biologiczną.

W pracy przytoczono 41, związanych z tematem, pozycji literaturowych.

II Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

III Nagroda na Konkursie Ogólnopolskim.

Ewa Kałamańska

**SYNTEZA ZWIĄZKÓW MODELOWYCH DO TEMPERATUROWYCH BADAŃ
(METODA SPEKTROSKOPII $^1\text{H-NMR}$) ZJAWISKA ZAHAMOWANEJ
ROTACJI WOKOŁ WIĄZANIA $\text{C}'\text{-N}$, W N , N -DWUPODSTAWIONYCH
POCHODNYCH ORTO-TOLUIDYNY**

Zakład Chemii Fizycznej Instytutu Nauki o Leku AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *doc. dr hab. inż. Lech Skulski*

Opiekun pracy: *doc. dr hab. Jerzy Kleps*

Streszczenie

W ramach pracy zsyntetyzowano następujące związki modelowe: N -benzylo- N - p -tosylo"-o-toluidynę, N -benzylo- N - p -tosylo/- m -ksylidynę, 3-nitro-2-toluidynę, 4-nitro-2-toluidynę, 5-nitro-2-toluidynę. Zmierzono widma H-NMR tych związków celem potwierdzenia ich struktury oraz wykonano ich analizy elementarne.

Praca składa się z części teoretycznej i doświadczalnej. We wstępie omówiono kryteria wyboru związków modelowych do badań zjawiska zahamowanej rotacji wewnętrznej związków organicznych metodą spektroskopii $^1\text{H-NMR}$, a także wyjaśnienia dotyczące celu pracy i możliwości wykorzystania metody do badań innych związków, w tym również biologicznie czynnych.

W skład części teoretycznych wchodzi następujące rozdziały:

1) „Teoretyczne podstawy spektroskopii magnetycznego rezonansu jądrowego”, w którym przedstawiono ogólne prawa rządzące oddziaływaniem zewnętrznego pola magnetycznego na umieszczone w nim jądro magnetyczne, ze szczególnym uwzględnieniem jądra wodoru.

2) „Zastosowanie spektroskopii $^1\text{H-NMR}$ do badania struktury związków organicznych”, w którym omówiono zjawisko tzw. ekranowania jąder, przedstawiono zmodyfikowaną postać warunku rezonansowego oraz omówiono wielkości pozwalające zidentyfikować związek organiczny na podstawie jego widma $^1\text{H-NMR}$. Zamieszczono również ideowy schemat spektroskopii NMR wąsko- i szeroko-pasmowej.

3) „Dynamiczny magnetyczny rezonans jądrowy”, w którym scharakteryzowano wpływ zmian otoczenia protonu na charakter jego sygnału w widmie $^1\text{H-NMR}$. Omówiono także szerzej metodę zahamowanej rotacji wewnętrznej w związkach organicznych jako jeden ze sposobów identyfikacji izomerów.

Część doświadczalna zawiera:

1) Opisy syntez pochodnych orto-toluidyny wykonywanych w ramach pracy.
2) Tabela zestawienie fizycznych właściwości i wyników analiz otrzymanych związków.

3) Rozdział pt: „Teoretyczne podstawy krystalizacji frakcyjnej”, ponieważ na tej drodze rozdzielono mieszaninę nitrowych pochodnych ortotoluidyn.

4) Rozdział pt: „Pomiary i interpretacja zamierzonych widm $^1\text{H-NMR}$ ”, w skład którego wchodzi:

— zestaw widm zsyntetyzowanych związków

— tabela zawierająca wartości przesunięć chemicznych, wyniki całkowania i opisy charakteru poszczególnych sygnałów zmierzonych widm,

— dokładna analiza widm oraz wnioski wyciągnięte na podstawie ich interpretacji

— ocena dokładności metody rozdzielania izomerów drogą krystalizacji frakcyjnej na podstawie widm 3-, 4-, i 5-nitro-2-toluidyn.

Zakończenie pracy zawiera wnioski ogólne dotyczące wyników pracy oraz wykaz literatury, obejmujący 18 pozycji.

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Henryka Miąskiewicz

AKTYWNOŚĆ WYBRANYCH ENZYMÓW METABOLIZUJĄCYCH LEKI W WARUNKACH PODWYŻSZONEJ TEMPERATURY OTOCZENIA

Zakład Metabolizmu Leków Instytutu Biofarmacji Akademii Medycznej
w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. W. Bicz*

Opiekun pracy: *dr J. Pacheczka*

Streszczenie

Celem pracy było zbadanie zachowania się aktywności N-demetylazy amidopirynowej, O-demetylazy p-nitroanizolowej i hydroksylazy anilinowej we frakcji mikrosomalnej wątroby szczurów poddawanych działaniu podwyższonej temperatury otoczenia oraz określenie aktywności tych enzymów u szczurów poddawanych działaniu fenobarbitalu i podwyższonej temperatury otoczenia. Stosowano temperatury: 21°C, 28°C i 37°C przez okres 3 i 6 godz. W badaniach nad skojarzonym działaniem fenobarbitalu i temperatury szczurom podawano lek (80 mg/kg) przez okres 4 dni 1 raz dziennie, a następnie przetrzymywano je 3 godz. w wyżej wymienionych temperaturach.

Przeprowadzono też badania nad wpływem podwyższonej temperatury na aktywność mikrosomalnych monoooksygenaz w warunkach *in vitro*.

Stwierdzono, że 3-godzinne działanie temperatury 37°C powoduje statystycznie znamienne wzrost aktywności N-demetylazy amidopirynowej, natomiast po 6-godzinnej ekspozycji na tę temperaturę obserwowano wzrost aktywności hydroksylazy anilinowej i N-demetylazy amidopirynowej w stosunku do kontroli, którą były szczury przetrzymywane w temperaturze 21°C. Aktywność O-demetylazy p-nitroanizolowej nie ulegała zmianom.

Stwierdzono brak zmian aktywności badanych enzymów pod wpływem temperatury u szczurów, którym podawano fenobarbital, a następnie przetrzymywano 3 godz. w temperaturze 37°C w stosunku do szczurów przetrzymywanych w temperaturze 21°C.

W badaniach *in vitro* stwierdzono różną termostabilność badanych enzymów. Najbardziej termowrażliwym enzymem okazała się hydroksylaza anilinowa, najbardziej termostabilnym N-demetylaza amidopirynowa.

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Katarzyna Niewiadomska

WPLYW PODŁOŻY MAŚCIOWYCH NA SZYBKOŚĆ UWALNIANIA IBUPROFENU

Z Zakładu Farmacji Stosowanej Instytutu Nauki o Leku Akademii Medycznej
w Warszawie

Kierownik: *doc. dr hab. Zdzisław Zakrzewski*

Opiekun: *dr Hanna Piasecka*

Streszczenie

W przedstawionej pracy poddano ocenie wpływ niektórych środków powierzchniowo czynnych i ich stężenia na rozpuszczalność ibuprofenu. Następnie zbadano zależność między rozpuszczalnością a uwalnianiem substancji czynnej z różnych podłoży maściowych, zawierających różne stężenia uprzednio przebadanych tenzydów. Ilościowe oznaczenia ibuprofenu wykonywano metodą spektrofotometryczną.

Ponadto przebadano wpływ stężenia ibuprofenu oraz sposobu jego inkorporowania do maści na szybkość uwalniania powyższej substancji leczniczej. Badanie uwalniania *in vitro* prowadzono w układzie statycznym przez błonę selektywnie przepuszczalną.

Z otrzymanych rezultatów badań wyciągnięto następujące wnioski: że zarówno rodzaj, jak i stężenia substancji powierzchniowoczynnych odgrywają istotną rolę w procesie rozpuszczania i uwalniania ibuprofenu. Następnie stwierdzono, że sposób inkorporowania substancji czynnej do maści oraz jej stężenie wpływają na szybkość uwalniania.

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Bożena Piendyk

OZNACZANIE ZAWARTOŚCI SELENU W WYBRANYCH ARTYKUŁACH ZBOŻOWYCH

Zakład Bromatologii Instytutu Biofarmacji AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *doc. dr hab. Regina Olędzka*

Opiekun pracy: *dr farm. Danuta Witkowska*

Streszczenie

Selen zaliczany jest do pierwiastków, których znaczenie biologiczne należy rozpatrywać w dwóch aspektach — toksykologicznym i fizjologicznym. Wykazano bowiem, że zarówno jego nadmiar, jak i niedobór w diecie może być powodem zaburzenia prawidłowej homeostazy ustroju.

Głównym źródłem selenu dla człowieka jego żywność. W Polsce niewiele jest danych o ilości tego pierwiastka w artykułach spożywczych. Dlatego też celem pracy było określenie poziomu selenu w wybranych produktach zbożowych pochodzących z rynku krajowego. Materiałem do badań była mąka, kasha jęczmienna, płatki owsiane i ryż.

Do badań zastosowano metodę spektrofotometryczną opracowaną przez Chenga w modyfikacji Służewskiej, z adaptacją własną dotyczącą głównie procesu mineralizacji.

Oznaczona zawartość selenu w artykułach zbożowych wynosiła w:

mące pszennej	— 0,88 — 1,19 mg Se/kg
mące żytniej	— 0,82 — 1,34 mg Se/kg
kaszy jęczmiennej	— 0,86 — 1,04 mg Se/kg
płatkach owsianych	— 1,00 mg Se/kg
ryżu	— 1,42 — 1,56 mg Se/kg

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Maria Pyzel

WPLYW WARUNKÓW PRZECHOWYWANIA PREPARATÓW NA ICH JAKOŚĆ

Z Zakładu Farmacji Stosowanej Instytutu Nauki o Leku Akademii Medycznej
w Warszawie

Kierownik: *prof. dr hab. Zdzisław Zakrzewski*

Opiekun: *dr Stefania Gwiaździńska*

Streszczenie

W niniejszej pracy dokonano oceny wpływu warunków przechowywania na trwałość insuliny w preparatach o przedłużonym działaniu (Insulinum semilente, Insulinum lente oraz Insulinum ultralente). Preparaty przechowywane były przez okres dwóch lat w temperaturze ca + 4°C tj. zgodnie ze wskazaniami producenta oraz równolegle w celach porównawczych w temperaturze otoczenia tj. + 18°C — + 25°C. Tak przechowywane preparaty oceniono metodą filtracji żelowej na Sefadeksie G-50. W zależności od warunków przechowywania preparatów wystąpiły różnice w rozdziale chromatograficznym, niekiedy dość znaczne. Dotyczyły one przede wszystkim wielkości pól poszczególnych zespołów frakcji. Wszystkie bez wyjątku preparaty przechowywane w temperaturze otoczenia, w porównaniu do analogicznych preparatów przechowywanych w lodówce (temp. ca + 4°C) wykazywały mniejszą zawartość insuliny przy jednoczesnym wzroście pozostałych frakcji o większych od insuliny masach cząsteczkowych. Powyższe fakty wskazują na to, że w preparatach insulinowych odbywa się proces meryzacji cząstek insuliny, przy czym w temperaturze otoczenia odbywa się on znacznie szybciej niż w temperaturze ca + 4°C.

Spośród przebadanych preparatów, największy spadek zawartości insuliny wystąpił w preparatach Insulinum semilente, a najmniejszy — Insulinum ultralente.

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Joanna Winkler

**SYNTEZA 2-FENYLO-3/2-METYLOFENYLO/-PIRYDO/3,4-D/-PIRYMIDONU-4
3H/**

Zakład Technologii Chemicznej Srodków Leczniczych Instytutu Nauki o Leku
AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *doc. dr hab. Bożena Gutkowska*

Opiekun pracy: *dr Andrzej Chodkowski*

Streszczenie

Celem pracy była synteza nieopisanego w literaturze chemicznej 2-fenylo-3/2-metylofenylo/-pirydo/3,4-d/pirymidonu-4^{3H}/ — związku o spodziewanym działaniu depresyjnym na centralny układ nerwowy, z racji swego podobieństwa w budowie do Methaqualonu i innych chinazonów, co zostało wyczerpująco udokumentowane w części teoretycznej pracy.

Substratem do syntezy był kwas 3-aminonikotynowy, który autorka otrzymała wychodząc z izochiniliny. Po jej utlenieniu powstały kwas cynchomerony przeprowadziła w bezwodnik, a następnie w imid, który z kolei w reakcji podbrominowej Hoffmana dał założony kwas 3-aminoizonikotynowy.

Kwas ten działaniem chlorku benzoilu przeprowadziła autorka w 2-fenylo-pirydo-/3,4-d/-/1,3/-oksazynon-4. Związek ten poddała reakcji z o-toluidyną w wyniku której powstała 2-metylofenyloamid kwasu 3-benzoiloamino-izonikotynowego (związek również nieopisany w literaturze). Uzyskany amid podczas ogrzewania w temp. 240°C. uległ cyklizacji dając założony w tytule pirydo-piryrimidon. Budowę nowych związków autorka potwierdziła analizą elementarną C, H, N oraz analizą widmową IR.

III Nagroda na Konkursie Wydziałowym.

Medyczne zagadnienia prawne

SZKOLNICTWO WYŻSZE

- Ustawa o szkolnictwie wyższym
- wynagradzanie i wyróżnianie studentów przodujących w nauce oraz warunki korzystania przez studentów z domów studenckich i stołówek
- postępowanie wobec pracowników szkół wyższych i studentów zakłócających ład i porządek w okresie zawieszenia stanu wojennego

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

- zaopatrzenie emerytalne pracowników i ich rodzin
- zmiana przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego i o zaopatrzeniu emerytalnym
- najniższe emerytury i renty
- wiek emerytalny oraz wzrost emerytur i rent inwalidzkich dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze
- urlopy wychowawcze

ZATRUDNIENIE I WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ

- wynagradzanie nauczycieli akademickich
- wynagradzanie pracowników szkół wyższych nie będących nauczycielami akademickimi
- uposażenie pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji inwalidów
- wynagrodzenie ryczałtowe pracowników medycznych
- wynagrodzenie za dyżury zakładowe i za gotowość do pracy oraz pracę w pomocy doraźnej
- zmiana wynagrodzeń za prelekcję, odczyty lub pogadanki wygłaszane w ramach działalności oświatowo-leczniczej
- wynagrodzenie za udział w komisjach poborowych
- wydawanie posiłków pracownikom zatrudnionym w porze nocnej

ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA

- nadzór specjalistyczny
- zasady i tryb organizowania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia
- organizacja i zadania zakładów opieki zdrowotnej

Dz. U. Nr 14 z 20.5.1982 r. zawierający ustawę z 4.V.1982 r. o szkolnictwie wyższym.

Ustawa określa:

- zadania szkół wyższych i podstawy ich samorządności
- zasady tworzenia i działania szkół wyższych
- jednostki organizacyjne szkoły
- organy oraz zasady i tryb ich powoływania
- kompetencje organów szkoły
- zasady finansowania szkoły
- prawa i obowiązki studenta
- odpowiedzialność studenta
- samorząd studencki
- organizacje i zgromadzenia studenckie
- pracowników szkoły
- odpowiedzialność dyscyplinarną nauczycieli akademickich

MP Nr 7 z 19.02.1982 r.

Zarządzenie MNSWiT z dnia 29.I.1982 roku zmieniające Zarządzenie w sprawie wynagradzania i wyróżniania studentów przodujących w nauce oraz warunków korzystania przez studentów z domów studenckich i stołówek.

Zarządzenie wprowadza nową opłatę za całodzienné wyżywienie studenta w kwocie 57 zł oraz reguluje sposób i tryb nabywania posiłków.

Rozporządzenie Ministra Nauki Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 14.01.1983 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania wobec pracowników szkół wyższych i studentów zakłócających ład i porządek w okresie zawieszenia stanu wojennego.

Rozporządzenie określa sankcje oraz tryb postępowania wyjaśniającego w odniesieniu do w/w osób, a także tryb odwoławczy od decyzji rektora.

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

Dz. U. Nr 40 z 18.12.1982 r.

Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i członków ich rodzin.

Ustawa reguluje komu przysługuje zaopatrzenie emerytalne, jaki jest zakres świadczeń, okresy zatrudnienia oraz podstawy wymiaru świadczeń.

Ustawa szczegółowo określa warunki uzyskania oraz wysokość świadczeń takich jak: emerytura, renta inwalidzka, renta rodzinna, dodatki do emerytur i rent, zasiłek pogrzebowy. Ponadto ustawa zawiera przepisy szczególne dotyczące świadczeń dla niektórych grup osób oraz przepisy wspólne dotyczące wysokości świadczeń tj. regulujące górną i dolną wysokość świadczeń, zbieg prawa do świadczeń, waloryzację świadczeń, powstawanie prawa do świadczeń oraz zmiany w prawie do świadczeń i ustanie prawa do świadczeń oraz ogólne zasady postępowania w sprawach świadczeń i wypłaty świadczeń.

Ustawa z dnia 1.02.1983 r. o zmianie niektórych przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego i o zaopatrzeniu emerytalnym (Dz. U. Nr 5, poz. 33).

Ustawa wprowadza zmiany w następujących ustawach:

1. Ustawa z dnia 17.XII.1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 1975 r. Nr 34, poz. 188) w zakresie:

- zasiłku chorobowego
- świadczeń rehabilitacyjnych
- zasiłku porodowego
- zasiłku macierzyńskiego

2. Ustawa z dnia 12.06.1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 20, poz. 105 i z 1977 r. Nr 11, poz. 43) w zakresie:

- świadczeń dla pracowników rencistów i ich rodzin
 - wysokości podstawy wymiaru renty oraz zasad jej obliczania, zasady corocznych podwyżek tych świadczeń
 - świadczeń dla osób uprawnionych do renty inwalidzkiej oraz renty rodzinnej.
3. Ustawa z dnia 4.05.1982 r. o szkolnictwie wyższym w zakresie:
- zasiłku chorobowego
 - dodatku do emerytury lub renty pracowników naukowo-dydaktycznych
 - corocznych podwyżek rent i emerytur.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7.02.1983 r. w sprawie najniższych emerytur i rent (Dz. U. Nr 8, poz. 44).

Rozporządzenie określa kwoty najniższych emerytur, rent inwalidzkich oraz rent rodzinnych oraz dodatki, które nie są wliczane do w/w kwot.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7.02.1983 r. w sprawie wieku emerytalnego oraz wzrostu emerytur i rent inwalidzkich dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43).

Rozporządzenie określa prace uprawniające do wcześniejszego przejścia na emeryturę lub rentę, zasady obliczania okresów pracy, szczegółowe warunki jakim powinny odpowiadać osoby starające się o przejście na w/w emeryturę lub rentę, a także zasady wzrostu tych świadczeń.

Dz. U. Nr 5 z 26.02.1982 r.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 27.01.1982 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie urlopów wychowawczych.

Rozporządzenie zawiera zmiany rozporządzenia Rady Ministrów z 17.07.1981 r. w sprawie urlopów wychowawczych, dotyczące zwłaszcza wysokości zasiłku wychowawczego i zasad jego otrzymywania.

ZATRUDNIENIE, WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ

Dz. U. Nr 25 z 27.08.1982 r.

Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wynagradzania nauczycieli akademickich.

Rozporządzenie zawiera stawki wynagrodzenia dla nauczycieli akademickich oraz zasady ustalania wynagrodzenia zasadniczego. Rozporządzenie reguluje również zasady wynagrodzenia za prowadzenie zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych oraz na podstawie umowy-zlecenia i zasady przyznawania dodatków do wynagrodzenia zasadniczego.

MP Nr 20 z 31.08.1982 r.

Uchwała Rady Ministrów w sprawie zasad wynagradzania pracowników szkół wyższych nie będących nauczycielami akademickimi.

Uchwałę stosuje się do:

- 1) pracowników naukowo-technicznych
- 2) pracowników inżynieryjno-technicznych
- 3) pracowników informatyki
- 4) pracowników administracyjno-technicznych
- 5) pracowników obsługi
- 6) robotników

Uchwała ustala również dodatek za nieprzerwaną pracę w szkole wyższej oraz ustala czas pracy w/w grup pracowników.

Dz. U. Nr 8 z dnia 16.03.1982 r.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1.03.1982 r. w sprawie uposażenia pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej, zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów.

Rozporządzenie określa jakich grup osób zatrudnionych w zakładach społecznej służby zdrowia dotyczy oraz zawiera stawki uposażenia zasadniczego i wykaz dodatków do uposażenia.

Rozporządzenie reguluje również zasady wynagrodzenia pracowników za

dyżury zakładowe, gotowość do pracy i pracę w pomocy doraźnej oraz warunki przyznawania nagród jubileuszowych i zasady awansowania pracowników.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15.10.1981 r. w sprawie wynagrodzeń ryczałtowych pracowników medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. i OS Nr 3, poz. 15).

Zarządzenie określa rodzaje prac, za które przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe oraz wynokosć tego wynagrodzenia.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15.12.1981 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia za dyżury zakładowe i za gotowość do pracy oraz za prace w pomocy doraźnej (Dz. Urz. Min. Zdr. i OS Nr 3, poz. 14).

Zarządzenie określa wysokość wynagrodzenia za dyżury zakładowe i za gotowość do pracy oraz za prace w pomocy doraźnej w zależności od czasu tego dyżuru oraz procentowe dodatki do wynagrodzenia za prace w pomocy doraźnej.

Instrukcja Nr 5/82 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1982 r. zmieniająca instrukcje w sprawie wynagrodzeń za prelekcje, odczyty lub pogadanki wygłaszane w ramach działalności oświatowo-leczniczej.

Instrukcja zmienia wysokość wynagrodzenia za odczyty, prelekcje i pogadanki w zakresie działalności oświatowo-leczniczej.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18.05.1982 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wydawania posiłków pracownikom zakładów społecznej służby zdrowia i zakładów pomocy społecznej (Dz. Urz. Min. Zdr. i OS Nr 8, poz. 36).

Zarządzenie określa osoby uprawnione do otrzymania posiłku w czasie dyżuru w porze nocnej oraz wartość tych posiłków.

Dz. U. Nr 9 z dnia 25.03.1982 r.

Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie składu komisji poborowych i wynagradzania za udział w pracach tych komisji.

Rozporządzenie reguluje wysokość wynagrodzenia za udział w pracach komisji poborowych, a także skład tych komisji.

ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA

Instrukcja nr 7/82 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.09.1982 roku w sprawie Nadzoru Specjalistycznego (Dz. Urz. Min. Zdr. i OS Nr 11, poz. 57).

Instrukcja określa formy nadzoru specjalistycznego, dziedziny w których jest on prowadzony oraz zasady działania tego nadzoru. W oparciu o te instrukcje uległa likwidacji forma nadzoru regionalnego. Instrukcja weszła w życie z dniem 1.01.1983 r.

Dz. U. Nr 15 z 1.06.1982 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7.05.1982 r. sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia.

Rozporządzenie określa warunki i zasady przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia podległych MZiOS oraz zawiera wykaz stanowisk, przy obsadzeniu których nie przeprowadza się konkursu.

Dz. U. Nr 15 z 1.06.1982 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19.05.1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie zawiera wykaz zakładów służby zdrowia sprawujących opiekę zdrowotną oraz określa zasady i zadania działania tych zakładów.

Opracowali:

mgr Błażej Kraszewski
mgr Krzysztof Pokora

Kronika

**SKŁAD RADY NAUKOWEJ
KADENCJI 1983—1985
PRZY MINISTRZE ZDROWIA
I OPIEKI SPOŁECZNEJ**

Przewodniczący:

Prof. dr Janusz Jeljaszewicz

Prezydium:

Prof. dr Krystyna Bożkowa

Prof. dr Janusz Indulski

Prof. dr Wojciech Kostowski

Prof. dr Stanisław Kozłowski

Prof. dr Leszek Kryst

Prof. dr Julian Liniecki

Prof. dr Janusz Nauman

Prof. dr Tadeusz Popiela

Prof. dr Włodzimierz Ptak

Prof. dr Henryk Rafalski

Prof. dr Witold Rudowski

Prof. dr Konstanty Wiśniewski

Sekretarz Naukowy:

Dr hab. Andrzej Członkowski

Członkowie:

Prof. dr Stanisław Berger (Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych)

Prof. dr Jarosław Billewicz-Stankiewicz (Polskie Towarzystwo Fizjologiczne)

Prof. dr Krystyna Bożkowa (pediatria)

Prof. dr Jacek Brzeziński (Polskie Towarzystwo Toksykologiczne)

Prof. dr Tadeusz Brzeziński (Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji)

Prof. dr Eugeniusz Butruk (gastroenterologia)

Prof. dr Janusz Chechliński (ekonomia)

Prof. dr Alfons Chodera (Polskie Towarzystwo Farmakologiczne)

Prof. dr Maria Dąbska (Stowarzyszenie Neuropatologów Polskich)

Prof. dr Wiktor Dega (chirurgia ortopedyczna i rehabilitacja)

Prof. dr Wanda Dobryczycka (biochemia)

Prof. dr Stanisław Filipecki (choroby wewnętrzne)

Prof. dr Maciej Gembicki (Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne)

Prof. dr Kornel Gibiński (Polskie Towarzystwo Gastroenterologii)

Prof. dr Maria Goncerzewicz (pediatria)

Prof. dr Roman Góral (chirurgia gastrologiczna)

Prof. dr Bolesław Górnicki (Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich)

Prof. dr Stefan Groszkowski (chemia leków)

Prof. dr Ryszard Gryglewski (farmakologia)

Prof. dr Romuald Gutt (historia medycyny, hematologia)

Prof. dr Bożena Hager-Malecka (Polskie Towarzystwo Pediatryczne)

Prof. dr Zygmunt Hanicki (choroby wewnętrzne, nefrologia)

Prof. dr Irena Hausmanowa-Petrusewicz (Polskie Towarzystwo Neurologiczne)

Doc. dr Andrzej Hliniak (Polskie Towarzystwo Onkologiczne)

Prof. dr Maria Hoffman (kardiologia)

Prof. dr Aleksander Hulek (Polskie Towarzystwo Walki z Kalcem)

Prof. dr Janusz Indulski (Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy)

- Prof. dr Stefania Jabłońska (Polskie Towarzystwo Dermatologiczne)
- Doc. dr Jerzy Janecki (Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej)
- Prof. dr Włodzimierz Januszewicz (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne)
- Prof. dr Jerzy Januszkiewicz (Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych)
- Prof. dr Józef Japa (Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów)
- Prof. dr Janusz Jeljaszewicz (mikrobiologia)
- Doc. dr Zygmunt Kaliciński (Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych)
- Prof. dr Bogdan Kamiński (anestezjologia)
- Prof. dr Mirosław Kańtoch (wirusologia)
- Dr Janusz Kapuścik (Główna Biblioteka Lekarska)
- Prof. dr Juliusz Keller (Polskie Towarzystwo Fizyki Medycznej)
- Prof. dr Zdzisław Kleinrok (farmakologia)
- Prof. dr Mieczysław Klimas (ekonomia)
- Prof. dr Rudolf Klimek (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne)
- Prof. dr Franciszek Kokoń (nefrologia, biochemia kliniczna)
- Prof. dr Janusz Komender (histologia, transplantologia)
- Doc. dr Cezary Korczak (Polskie Towarzystwo Higieniczne)
- Prof. dr Wojciech Kostowski (psychofarmakologia)
- Prof. dr Stanisław Kozłowski (Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej)
- Prof. dr Paweł Krakówka (Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumologiczne)
- Prof. dr Leszek Krówczyński (farmacja stosowana i technologia postaci leku)
- Prof. dr Tadeusz Krwawicz (Polskie Towarzystwo Okulistyczne)
- Prof. dr Aleksandra Krygier-Stojalowska (Polskie Towarzystwo Histochemików i Cytochemików)
- Prof. dr Stefan Kruś (Polskie Towarzystwo Patologów)
- Prof. dr Leszek Kryst (chirurgia szczękowa)
- Prof. dr Tadeusz Krzeski (urologia)
- Prof. dr Zdzisław Kuźnik (Polskie Towarzystwo Urologiczne)
- Prof. dr Wincenty Kwapiszewski (Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne)
- Prof. dr Bohdan Lewartowski (fizjologia kliniczna)
- Prof. dr Zdzisław Lewicki (Polskie Towarzystwo Lekarskie)
- Prof. dr Julian Liniecki (medycyna nuklearna)
- Prof. dr Jan Łaciak (Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne)
- Prof. dr Jerzy Łebkowski (Polskie Towarzystwo Neurochirurgów)
- Prof. dr Seweryn Łukasik (Towarzystwo Internistów Polskich)
- Prof. dr Stefan Mackiewicz (Polskie Towarzystwo Immunologiczne)
- Prof. dr Wiesław Magdzik (epidemiologia)
- Prof. dr Stefan Malawski (Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne)
- Prof. dr Eugeniusz Małydk (Polskie Towarzystwo Reumatologiczne)
- Mgr Stanisław Marcinowski** (Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa)
- Prof. dr Olgierd Narkiewicz (Polskie Towarzystwo Anatomiczne)
- Prof. dr Janusz Nauman (endokrynologia, biochemia)
- Prof. dr Jan Nielubowicz (chirurgia)
- Prof. dr Adam Nowosławski (patologia, immunopatologia)
- Doc. dr Wojciech Pędich (Polskie Towarzystwo Gerontologiczne)
- Prof. dr Zbigniew Pirożyński (ekonomia)

- | | |
|--|--|
| Prof. dr Tadeusz Popiela (chirurgia gastroenterologiczna) | Doc. dr Gerard Straburzyński (Polskie Towarzystwo Balneologii, Bioklimatologii i Medycyny Fizykalnej) |
| Prof. dr Stanisław Potoczek (Polskie Towarzystwo Stomatologiczne) | Prof. dr Marek Sych (Towarzystwo Anestezjologów Polskich) |
| Doc. dr Czesław Póltorak (Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej) | Prof. dr Jerzy Szczerbań (chirurgia) |
| Prof. dr Włodzimierz Ptak (mikrobiologia, immunologia) | Prof. dr Jan Sznajd (analityka lekarska, choroby wewnętrzne) |
| Prof. dr Stanisław Puzyński (psychiatria) | Prof. dr Adam Szymusik (Polskie Towarzystwo Psychiatryczne) |
| Prof. dr Henryk Rafalski (higiena, epidemiologia) | Prof. dr Władysław Z. Traczyk (Polskie Towarzystwo Elektroencefalografii i Neurofizjologii Klinicznej) |
| Prof. dr Stefan Raszeja (medycyna sądowa) | Prof. dr Andrzej Trzebski (fizjologia) |
| Prof. dr Witold Rudowski (Towarzystwo Chirurgów Polskich) | Prof. dr Ignacy Wald (neurologia, genetyka kliniczna) |
| Prof. dr Alfons Senger (ortopedia) | Prof. dr Marian Wilimowski (farmakologia) |
| Prof. dr Halina Seyfriedowa (serologia) | Prof. dr Konstanty Wiśniewski (farmakologia) |
| Prof. dr Jan Steffen (genetyka, immunologia) | Prof. dr Jerzy Zajgner (Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne) |

UROCZYSTOŚĆ ODNOWIENIA DYPLOMÓW DR STEFANA TARNAWSKIEGO I PROF. BOLESŁAWA GÓRNICKIEGO

Przemówienie Dziekana I Wydziału Lekarskiego AM prof. dr hab. med. Janusza Komendera.

Mamy uhonorować dzisiaj dwóch wybitnych absolwentów Wydziału Lekarskiego, którzy osiągnęli w zawodzie wiek dojrzały, ale obaj nadal są czynni zarówno w pracy zawodowej, jak i w pracy społecznej. Życie i usługi obu Panów są niezwykle i Wydział, który wychował Ich i nauczył zawodu może być z Nich dumny podobnie jak wszystkie szkoły, w których obaj Panowie się kształcili.

Mam niełatwy obowiązek przedstawienia Wysokiej Radzie oraz zaproszonym Gościom działalności obu Panów.

Zacznę od przedstawienia Pana Doktora Pułkownika W.P. Stefana Tarnawskiego. Pan Doktor urodził się w 1898 roku, a Wydział Le-

karski U.W. ukończył w 1926 roku. Przez ogromną część swego życia służył Ojczyźnie i społeczeństwu w mundurze wojskowym. Rozpoczął służbę w wojsku w roku 1916 w szeregach P.O.W. w Humaniu, w roku 1918 wstępuje do regularnego Wojska Polskiego i odbywa kampanię wojenną, od roku 1920 jest związany ze służbą zdrowia służąc w Wilnie w szeregach plutonu sanitarnego, następnie zostaje wydelegowany na studia medyczne i po ich ukończeniu pełni służbę lekarską w różnych jednostkach W.P. W 1939 roku jest naczelnym lekarzem 1 Pułku Szwoleżerów w randze majora, w czasie kampanii jest szefem sanitarnym Brygady Mazowieckiej. Przy końcu kampanii wrześniowej dostaje się do niewoli niemieckiej pod Medyką. Szybko jednak ucieka z niewoli i przybywa do Warszawy stając w sze-

regach służby lekarskiej dla jeńców polskich i w szeregach konspiracyjnej pracy przeciw Niemcom. Od tych dni datuje się Jego bliska współpraca z gen. Janem Mazurkiewiczem — „Radosławem”. W pracy konspiracyjnej pełni szereg odpowiedzialnych funkcji na terenie okręgu krakowskiego i w Komendzie Głównej A.K. w Warszawie. Przeżycia naszego szanownego Jubilata w tym okresie mogłyby być podstawą nie jednej sensacyjnej powieści. Walczy w powstaniu kierując pracą placówek sanitarnych na Starówce i w śródmieściu. Po tragicznej kapitulacji powstania działa w szpitalach na Lwowskiej w Warszawie i w Szpitalu PCK w Krakowie, od 1945 roku podejmuje służbę w Ludowym Wojsku Polskim pełniąc odpowiedzialne funkcje Szefa Sanitarnego Okręgu Warszawskiego i Komendanta Szpitala Okręgowego w Warszawie. W 1947 roku został zdemobilizowany ze względów zdrowotnych. Podejmuje wówczas pracę jako Dyrektor zespołu sanatoriów dziecięcych w Rabce, gdzie wyróżnia się inicjatywą i działalnością społeczną. Wybór pracy w sanatoriach dziecięcych nie jest przypadkiem. Dr Tarnawski od dawna mimo służby wojskowej interesował się pediatrią i odbywał nawet staże szkoleniowe w naszej Klinice Pediatrii pod kierunkiem prof. Michałowicza w 1931 r. Toteż gdy po kilku latach w Rabce powraca do Warszawy zostaje inspektorem pediatrycznym na Pradze. Pracuje do dziś jako konsultant d/s inwalidztwa na Pradze. Działalność dr Tarnawskiego została wysoko oceniona przez społeczeństwo i Władze Państwa; może o tym świadczyć choćby lista odznaczeń, na której znajduje się czterokrotnie Krzyż Walecznych, Krzyż Niepodległości, Krzyż Zasługi z Mieczami oraz najbardziej szanowany przez wszystkich Order Virtuti Militari V kl. Jest to bardzo skrócony życiorys i garść faktów charakteryzujących działalność naszego dzisiejszego Gościa i Jubilata pozwalające Pań-

stwu wyrobić sobie opinię o niezwykle czynnym życiu dr Tarnawskiego. Ale najciekawszą rzeczą powiedział mi Pan Doktor w czasie długiej rozmowy w zeszłym tygodniu. Otóż Pan Doktor uznaje, że człowiek z wykształceniem lekarskim i jakimś doświadczeniem organizacyjnym i społecznym zawsze musi starać się być użyteczny i znaleźć sobie możliwość pracy dla dobra wspólnego i Pan Doktor zawsze wiedział, co należy robić, chociaż życie Jego upływa w czasie niespokojnym i pełnym wydarzeń historycznych.

Mam nadzieję, że Pan Prof. Bolesław Górnicki wybaczy mi, że zacząłem przemówienie od przedstawienia Gościa, który jest Pana starszym kolegą. Myślę, że Pan Profesor również od Niego zacząłby przemówienie.

Przedstawianie Profesora Bolesława Górnickiego Wysokiej Radzie byłoby nietaktem zarówno w stosunku do Profesora, jak i Wysokiej Rady. Profesor jest nam bliski, jest jednym z nas już od wielu dziesiątek lat. Ponadto w sali posiedzeń Senatu znajduje się portret Pana Profesora z insygniami rektorskimi, z którego towarzyszy władzom uczelni Jego uważne spojrzenie we wszystkich ważniejszych wydarzeniach w A.M. Portretem tym Uczelnia uczciła okres 1962—72, kiedy to Pan Profesor był Rektorem i kierował naszą działalnością.

Nie wiem jednak czy wszyscy Państwo zdają sobie sprawę, że Prof. Bolesław Górnicki jest znany niemal całemu światu medycznemu jako wybitny lekarz, organizator opieki nad matką i dzieckiem oraz historyk medycyny i wybitny popularyzator nauk medycznych.

Jest członkiem rzeczywistym kilkunastu towarzystw naukowych i członkiem honorowym sześciu międzynarodowych towarzystw naukowych. Jest członkiem założycielem Akademii Historii Medycyny w Kos, ekspertem światowej Organizacji Zdrowia i członkiem wielu komitetów międzynarodowych, działających w ramach WHO,

FAO i UNICEF. Natomiast podstawą Jego rozległej działalności jest znaczny dorobek naukowy składający się z ponad 180 prac opublikowanych i sześciu podręczników pediatrii do szkolenia przed- i podyplomowego.

Ale Profesor jest przede wszystkim nauczycielem i był nim nawet w okresie okupacji uczestnicząc w tajnym nauczaniu studentów medycyny.

Najcenniejszym chyba wkładem Profesora do rozwoju społecznej służby zdrowia jest kształcenie kadr. Przygotował bowiem do habilitacji kilkusetu pracowników naukowych, doktoryzował kilkudziesięciu i nie ma chyba w Polsce szpitala dziecięcego, w którym nie pracowałyby uczniowie Profesora lub uczniowie Jego uczniów. Profesor Górnicki ma jednak uczniów nie tylko wśród pediatrów, każdy z nas rozmawiając z Profesorem czy słuchając jego wykładów lub przemówień mógł się przekonać, że nasyczone są one głęboką wiedzą, nawiązując do zdarzeń ważnych i pomagają zrozumieć to, co się wokół dzieje.

50-letni okres działalności Profesora w medycynie przyniósł Mu wiele wyróżnień. Rada Państwa nadała Mu Order Odrodzenia Polski — Krzyż Komandorski z Gwiazdą, Order Sztandaru Pracy I klasy, Tytuły Zasłużony Nauczyciel i Zasłużony Lekarz PRL i wiele innych. Profesorowi przyznano również Medal im. Purkyniego.

Mimo formalnego odejścia na emeryturę przed kilku laty Pan Profesor nadal jest czynny zawodowo: jest konsultantem Centrum Zdrowia Dziecka, członkiem Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, jest v-przewodniczącym Europejskiej Unii Towarzystw Pediatrycznych. Przewodniczy Komitetowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Bywa na posiedzeniach Rad Wydziałów i czynnie w nich uczestniczy. Cieszymy się z tego, tym bardziej że wiem, że życie akademickie, któremu niemal całkowicie Profesor poświęcił 50 lat swego życia, jest czymś ważnym dla Niego, z czego jest dumny.

Ponad 50 lat, które każdy z obu Jubilatów spędził w ciężkiej i odpowiedzialnej pracy, ilustruje złożone i trudne losy Polaków tej generacji. Obaj Panowie przeżyli te lata w służbie społeczeństwu, zyskując uznanie i przywiązanie swoich środowisk.

Proszę przyjąć Szanowni Panowie nasze wyrazy szacunku i serdeczne gratulacje z okazji tak pięknego jubileuszu. Szkoła lekarska, która kiedyś wydała Panom dyplomy lekarskie, zalicza obu Panów do swoich najwybitniejszych wychowanków i będzie się szczyć Panami przy każdej okazji.

Warszawa, dnia 27.IV.1983.

CONTENTS

<i>Bolesław Howorka</i>	
Medical Academy and the teaching hospitals	1
<i>Andrzej Stapiński</i>	
Role of the Institute of Venerology Warsaw Medical Academy, in the fight against syphilis and gonorrhoea	10
<i>Jan Masłowski</i>	
Style of life and work among some eminent Polish psychiatrists . . .	19
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
Reminiscences from the early days of Warsaw and its Medical Faculty- reconstruction	28
<i>Halina Dusńska</i>	
Commemorative Books — a tribute to scientists	34
<i>Eugeniusz Janowicz</i>	
Professor Tadeusz Bilikiewicz, MD, PhD, (1901—1980)	45
<i>Ryszard Aleksandrowicz</i>	
Professor Roman Poplewski — in 35-th anniversary of death	53
<i>Piotr Müldner-Nieckowski</i>	
Deontology as scientific subject	60
<i>Janusz Kapuścik</i>	
Access to scientific information in medicine	68
<i>Mirosława Furmanowa, Halina Strzelecka</i>	
Discussion on the Medical Academy Statutes — contribution of the Phar- maceutical Faculty.	75
Competition of Master's Theses, Pharmaceutical Faculty, 1981/82. Sum- maries of prize papers	79
Medical law	94
Cronicle. (New Scientific Council at the Ministry of Health and Social Wel- fare	100
News and notices	103

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Redaktor naczelny: prof. dr hab. med. BOGDAN KAMIŃSKI
Z-ca red. naczelnego: doc. dr hab. med. MARCIN ŁYSKANOWSKI
Sekretarz redakcji: mgr MAŁGORZATA CZELEY-WYBIERSKA

Redaktorzy działów:

Doc. dr hab. farm. BOŻENA GUTKOWSKA, dr n. hum. JANUSZ KAPUŚCIK

Członkowie:

doc. dr hab. ANDRZEJ BUDKIEWICZ, dr hab. ANDRZEJ KARWOWSKI
doc. dr hab. JAN KOPCZYŃSKI, prof. dr hab. WIESŁAW TYSAROWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI

00-238 Warszawa, ul. Długa 16

Sekretariat i administracja redakcji czynne:

poniedziałki i środy w godz. 9-14

telefony:

Redaktor naczelny: 21-73-05, Sekretarz redakcji: 31-02-41 w. 4

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

02-032 Warszawa, ul. Filtrowa 30

WARUNKI PRENUMERATY:

1) dla osób prawnych — instytucji i zakładów pracy:

- instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miastach wojewódzkich i pozostałych miastach, w których znajdują się siedziby oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” zamawiają prenumeratę w tych oddziałach.
- instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miejscowościach gdzie nie ma oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” i na terenie wiejskich opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli.

2) dla osób fizycznych-indywidualnych:

- osoby fizyczne zamieszkałe na wsi i w miejscowościach gdzie nie ma oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch”, opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli,
- Osoby fizyczne zamieszkałe w miastach — siedzibach oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” opłacają prenumeratę wyłącznie w urzędach pocztowych nadawczo-oddawczych właściwych dla miejsca zamieszkania prenumeratora. Wpłaty dokonują używając „blankietu wpłaty” na rachunek bankowy: Centrali Kolportażu Prasy i Wydawnictw w Warszawie, ul. Towarowa 28, nr konta NBP XV Oddział w Warszawie nr 1153-201045-139-11.

- 3) Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę przyjmuje RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw, ul. Towarowa 28, 00-958 Warszawa, konto NBP XV Oddział w Warszawie Nr 1153-201045-139-11. Prenumerata ze zleceniem wysyłki za granicę pocztą zwykłą jest droższa od prenumeraty krajowej o 50%, dla zleceniodawców indywidualnych i o 100% dla zlecających instytucji i zakładów pracy.

Terminy przyjmowania prenumeraty:

- od prenumeratorów indywidualnych zamieszkałych w miastach siedzibach oddziałów RSW „Prasa-Książka-Ruch” — do dnia: 31 sierpnia 1983 na 1/2 nr oraz 3/4 nr, które ukażą się w II półroczu roku bieżącego.
- od instytucji, zakładów pracy i prenumeratorów indywidualnych zamieszkałych na wsi i w małych miasteczkach do dnia 10 miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty.

Cena prenumeraty: półroczna 60 zł, roczna 120 zł.

Nr indeksu: 36578

Cena egz. 60.— zł

PL ISSN 0137-6543