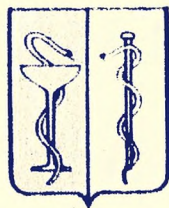


MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

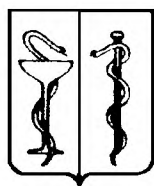
KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1984

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1984

ISSN 0137-6543

ROK XVI NR 1

CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Zakład Małej Poligrafii w Je-
niej Górze

Zam. nr 549/84 n. 600

Rektor Akademii Medycznej w Warszawie
Prof. dr hab. Jan Nielubowicz

Przemówienie Inauguracyjne w roku akademickim 1983/1984

WYSOKI SENACIE, DOSTOJNI GOŚCIE, POWSZECHNOŚCI
AKADEMICKA NASZEJ UCZELNI!

W dniu dzisiejszym odbywa się 151 kolejna uroczystość otwarcia nowego roku akademickiego Warszawskiej Wyższej Uczelni Medycznej. Jest to także ostatnie spotkanie z całą społecznością wybranych w 1981 roku władz Uczelni. W czasie minionych dwóch lat przeżyliśmy trudny okres, w ciągu którego staraliśmy się, aby praca w Uczelni przebiegała normalnie. Wymagało to najwyższego wysiłku, opanowania i dobrej woli ze strony nauczających, nauczanych, administracji i całej naszej społeczności.

Mogę chyba powiedzieć, że wysiłki nasze powiodły się: chorzy powierzeni naszej opiece byli leczeni. Jak zwykle, nauczanie odbywało się prawidłowo i - podobnie, jak co roku - duża liczba lekarzy, stomatologów i farmaceutów ukończyła naukę w zwykłym terminie. Nie uległ też całkowitemu zatrzymaniu bieg prac naukowych. Do osiągnięcia tego wszystkiego potrzebna nam była przede wszystkim zgoda i dobra wola ludzi różnych poglądów, różnego wieku i temperamentu, którzy dla wspólnego dobra jakim była dla nas wszystkich normalna praca Uczelni potrafili w najważniejszych sprawach znaleźć możliwość porozumienia się i podporządkowania władzom Uczelni. Wszystkim, którzy przyczynili się do tego, w imieniu tu obecnych władz Uczelni i swoim własnym dziękuję bardzo.

W okresie minionego roku w Uczelni naszej /poza leczeniem, nauczaniem i nauką/ trwały bardzo usilne prace nad wprowadzeniem w życie Ustawy o Szkolnictwie Wyższym z dnia 2 maja 1982 roku, oraz nad projektem zmiany programu studiów. Pierwsze wymagało opracowania i uchwalenia Statutu Uczelni, drugie bardzo głębokiego zastanowienia i licznych narad, które trwają nadal.

Projekt statutu opracowany przez specjalną komisję, został przedyskutowany na Radach Wydziałów oraz na różnych zebraniach, na których każdy miał możliwość wypowiedzenia swej opinii i uwag. Projekt statutu został następnie uchwalony przez Senat Uczelni i 15. IV. 1983 r. przesłany do zatwierdzenia do Ministerstwa Zdrowia. Prace nad Statutem wymagały bardzo dużego trudu i wysiłku. Wszystkim też, którzy brali w tym udział, a szczególnie Komisji Statutowej, dziękuję bardzo za ich ofiarną pracę i wysiłki. Statut, zgodnie z uchwałą, winien być zatwierdzony najpóźniej w ciągu 6 miesięcy tzn. do 15 października 1983 roku. Mam głęboką nadzieję, że tak będzie, chociaż postanowienia Sejmu o Szczególnej Regulacji Prawnej w Okresie Przewycięzania Kryzysu, odraczają samorządność Uczelni do 1985 roku. Postanowienia te stwarzają obecnym i przyszłym władzom Uczelni trudne zadania. Odroczenie do 1985 roku zatwierdzenia całkowitej samorządności Uczelni kwestionuje jakby poczucie odpowiedzialności, zrozumienia prawa i interesu społecznego przez nasze ciała kolegialne i osoby pełniące z wyboru urzędy Uczelni. Budzi to w nas troskę i przypomina o ciężącym na nas obowiązku odpowiedzialności za środowisko akademickie, powierzone naszej pieczy. Pragnęlibyśmy bowiem bardzo gorąco, aby środo-

wisko to, a w szczególności młodzież akademicka, mogła wywiązać się ze swoich, wymienionych przeze mnie przed chwilą, zadań i obowiązków jak najlepiej w poczuciu stabilności swojej sytuacji i uprawnień. Wierzę, że to nastąpi. Wierzę tym mocniej i pewniej, ponieważ historia Warszawskiej Wyższej Szkoły Medycznej pokazała niezbicie, jak wielka jest wola społeczeństwa i ludzi Warszawy, aby Uczelnia ta, pomimo różnych trudności i tragicznej historii Narodu, trwała i spełniała swe zadania jak najlepiej. Musimy o tym przypominać sobie i naszym następcom zawsze, a szczególnie w chwilach podobnych do dzisiejszej.

Założona w 1809 roku przez Staszica Akademia Lekarska działała w okresie Księstwa Warszawskiego i Królestwa przez 22 lata. Po powstaniu listopadowym zostaje zamknięta na 26 lat, a następnie odradza się na 12 lat jako Akademia Medyko-chirurgiczna i Szkoła Główna. Po powstaniu styczniowym zamieniona na Wydział Lekarski Cesarzowskiego Uniwersytetu z językiem wykładowym rosyjskim działa do roku 1914 przez 45 lat! Zamknięta na rok wznawia swą działalność na 24 lata jako Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Zamknięta w 1939 roku przez Niemców działa dalej w postaci Tajnego Nauczania, odradzając się w roku 1944 jako Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który w tej postaci istnieje do 1950. W tym roku Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego zostaje przekształcony w Akademię Medyczną, która istnieje do dnia dzisiejszego jako osobna wyższa szkoła.

W sumie od założenia pierwszej wyższej szkoły medycznej w Warszawie mija 172 lata, w ciągu których w różnych okresach uczel-

nia była zamknięta przez 28 lat. Zamykano ją i otwierano trzykrotnie. W historii tej Szkoły były różne okresy: wspaniałego rozkwitu i czasowej stagnacji. Nauka i nauczanie trwały pomimo powstań, wojen, rozbiorów i okupacji. Jest to zasługą całego społeczeństwa Warszawy, jak też wielkiego patriotycznego dzieła naszych nauczycieli. Tych, którzy żyli w zeszłym wieku i których pamiętamy tylko nazwiska i prace naukowe, jak i tych, którzy nas uczyli bezpośrednio, których wielu z tu obecnych pamięta gdy podobnie, jak my dzisiaj brali udział w uroczystych inauguracjach, zasiadając na takim samym jak dzisiejsze podium. Chcę im wszystkim złożyć hołd myśląc z najwyższą wdzięcznością, szacunkiem i oddaniem o tych, którym zawdzięczamy piękną tradycję naszej uczelni. Biorę ich za wzór i przykład, jakże godny naśladowania dla tych wszystkich, którzy biorą udział w dzisiejszej, a także przyszłych inauguracjach.

Myślę o wielkich ludziach XIX wieku, którzy tworzyli Naukę Medycyny Polskiej: Lelewelu, Staszicu, Chałubińskim, Szokalskim, Mianowskim, Girsztowcie, Dłuskim, Hoyerze, Kryńskim i wielu innych, których nie sposób wymienić. Myślę także o tych, których wielu z nas znało i pamięta dobrze. Są tu ich uczniowie, a nasi nauczyciele, których dzisiaj zaprosiłem specjalnie na to podium, aby im bezpośrednio a przez nich pośrednio ich nauczycielom, podziękować za istnienie tej uczelni, za naukę i za przykład, wskazujący jak należało pracować i działać, abyśmy mogli dziś istnieć i służyć społeczeństwu Warszawy i całemu krajowi. Ta lista nazwisk jest dłuższa, ponieważ niektórych ludzi pamiętamy osobiście. Są to nasi nauczyciele i nauczyciele naszych nauczycieli: Profesorowie - Brudziński,

Gluziński, Michałowicz, Hornowski, Czubalski, Przyłęcki, Czyżewicz, Konopacki, Nitsch, Paszkiewicz, Mazurkiewicz, Grzywo-Dąbrowski, Modrakowski, Loth, Venulet, Witold Orłowski, Zaorski, Szenajch, Butkiewicz, Gądzikiewicz, M. i J. Grzybowski, Zawadowski, Gruca i wielu innych, na Wydziale Stomatologii - Meissner, na Farmacji - Jeńczak, Krause, Deryng. W skład naszych Rad Wydziałów wchodzi jeszcze obecnie 3 Profesorów, którzy swą przysięgą lekarską składali Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego przed wybuchem II wojny światowej.

Niech to podziękowanie, które składamy wszystkim twórcom i nauczycielom naszej Uczelni, będzie odbiciem woli całej naszej społeczności akademickiej, która uchwalając w 3-cim punkcie projektu nowego statutu zapisała: "A.M. nawiązuje w swej działalności do najchlubniejszych tradycji Wydziałów: Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Akademii Stomatologicznej w Warszawie, czerpiąc z nich wzory dla służby społeczeństwu. - Szkoła kultywuje tradycje narodowe oraz dba o zachowanie postępowych tradycji i zwyczajów akademickich".

Cechą wielkości jest ciągłość. Ta ciągłość musi być utrzymana i dlatego zadaniem naszym jest tak pracować, aby pełna tradycji i dobrych zasług dla kraju Uczelnia istniała i rozwijała się nadal. Należy to przypomnieć właśnie dzisiaj - w chwili, gdy w Akademii Medycznej rozpoczyna naukę nowe pokolenie przyszłych lekarzy, stomatologów i farmaceutów. Witamy ich radośnie w naszej społeczności akademickiej, życząc im jak najlepszych i najpomysłniejszych studiów, Rodzicom ich,

którzy przez długie lata przygotowywali swoje dzieci do studiów akademickich, obecnie studentów I roku medycyny, składamy serdeczne powinszowania. Dziękujemy im za trud, wysiłek i liczne wyrzeczenia, które na pewno musieli ponieść, aby powstało nowe pokolenie studentów naszej Uczelni.

Witam Was, drodzy Koledzy rozpoczynający studia. Przedstawiając Wam całą historię i wielki wysiłek przeszłości, chcę Wam przypomnieć, że z chwilą immatrykulacji przyjmujecie na siebie szczególne zobowiązania. Musicie pamiętać o tym, aby dzięki Waszej pracy i staraniom Szkoła ta istniała nadal. Musicie nie tylko się uczyć i wdrażać do pracy naukowej, ale poza tym musicie także sposobić się do tego, że wkrótce będziecie leczyć ludzi. To leczenie i nauczanie leczenia jest cechą szczególną, która wyróżnia studia medyczne od innych.

Lekarz przez nabytą w Akademii Medycznej umiejętność leczenia, staje wobec szczególnych obowiązków pracownika Służby Zdrowia i musi pamiętać, że dobrego spełnienia tych obowiązków domagać się będzie od niego społeczeństwo. Mówię o tym specjalnie, ponieważ w całym kraju słyszymy obecnie zarzuty kierowane do nas. Zarzuca się nam, tak jak całej Służbie Zdrowia, złą organizację pracy, uzależnienie leczenia w placówkach Służby Zdrowia od dodatkowych opłat, niewłaściwy stosunek personelu do pacjentów, brak gospodarności, złą pracę rejonowych przychodni, niepotrzebne kolejki, odsyłanie chorego od specjalisty do specjalisty i wreszcie tzw. "odhumanizowanie medycyny". Niedociągnięcia i niedoskonałości, które mogą wystąpić zawsze stają się bardziej widoczne w okresie kryzysu gospodarczego, wówczas,

gdy brak leków, gorsze warunki w szpitalach, brak personelu pomocniczego, dają się szczególnie we znaki. Wszyscy to rozumieją, ale boli nas szczególnie zarzut, że - jak to nazwał Pan Minister - pogorszyła się kultura świadczeń i że rozwinęła się w naszym środowisku źle pojęta solidarność zawodowa. Boli nas to szczególnie dlatego, że są to rzeczy niezależne od warunków gospodarczych, sprawy wynikające z indywidualnego rozumienia obowiązków lekarskich - krótko mówiąc - zarzuty, które mówią o tym, że lekarz nie spełnia lub spełnia niecałkowicie słowa przysięgi lekarskiej Hipokratesa.

Myślę, że ci, którzy zarzucają nam niewłaściwy sposób postępowania oskarżają tak samo siebie! Przecież uczeń, student, młody lekarz spotyka się na co dzień z niegrzecznym urzędnikiem, nieuprzejmą sprzedawczynią, niesumiennym rzemieślnikiem, niestarannym robotnikiem, który robi wszystko byle jak. Powstaje i rozwija się kultura przeciętności, tolerowanie nieprawdy. Winna jest także szkoła średnia. Przyszły lekarz spotyka się w niej ze złym nauczycielem, który, podając wiadomości, nie świeci najczęściej dobrym przykładem i nie dba zupełnie o wychowanie i zainteresowanie ucznia samą nauką, lecz tylko świadectwem - cenzurą, które stanowią jakby zapłatę, a nie inspirację do samodzielnej dalszej nauki.

Lekarz jest dzieckiem społeczeństwa, do którego należy i ono ponosi tak samo winę za nasze niedoskonałości jak Akademia Medyczna, w której przyszły lekarz uczy się i wychowuje tylko w ciągu 6 lat swego życia.

Myśląc o licznych zarzutach, wysuwanych w naszym kierunku martwię się, czy aby nasze 30-letnie wysiłki w postaci różnych reorganizacji, reform i udoskonalania toku studiów medycznych nie były błędem, ponieważ zamiast uznania i wdzięczności spotykają nas zarzuty. Okazuje się, że wszyscy byliśmy niedoskonałymi nauczycielami. Myślę o tym z wielkim żalem, ponieważ zdaję sobie z tego sprawę, że ja także winien jestem temu. Najstarsi bowiem lekarze, których jako nauczyciel akademicki uczyłem przed laty - mają już dzisiaj około 50 lat. Powstaje w ten sposób błędne koło nieumiejętności, nieodpowiedzialności i niesumienności, które ktoś musi przerwać. Może pierwsi zrobią to ci studenci naszej Uczelni, przyszli lekarze stomatolodzy i farmaceuci, którzy rozpoczynają dopiero dziś swoją naukę. Wzywam Was do tego w imię potrzeby społecznej, którą każdy z nas widzi. Wiem, że jest to możliwe, bo naród nasz nie od dziś ma niezwykle zdolności odnowy, oświecenia i regeneracji, jak też stałą chęć dążenia ku poprawie. Trudne to zadanie - tym trudniejsze, że odnowa, o której mówię, wymagać będzie nie krótszego zrywu, ale długiej, może trwającej przez dwa pokolenia, pracy na co dzień, wymagać będzie bohaterstwa dnia codziennego, które jest tak dalekie od naszych cech narodowych. Istota zmiany i poprawy musi się zacząć w całym społeczeństwie, ale także i od nas samych. Każdy na swoim stanowisku pracy inaczej to będzie robił. My lekarze wiemy, że społeczeństwo domaga się od nas przede wszystkim lepszej służby, tzn. dania z siebie czegoś co nie zawsze jest bezpośrednio związane z osobistą korzyścią.

Dobłą, doskonałą usługę można uzyskać za szczerozłotą monetę, lub z prawdziwie złotego serca. Prawdziwie złota moneta to taka, za którą można wszystko otrzymać - takiej nie ma, bo takiej my jako społeczeństwo nie umieliśmy stworzyć. Usługi płynące ze słotego serca to takie, które pochodzą z radości dawania. Takich ludzi prawie nie ma, a ci nieliczni co są, to ludzie o wyjątkowo wysokim stanie umysłu i wyjątkowej narzuconej sobie dyscyplinie wewnętrznej. Trzeba więc za godziwą zapłatę - taką jaką nasze społeczeństwo jest w stanie ofiarować, dać w zamian trochę z siebie. Nie możemy od nikogo, a także od lekarza, wymagać całkowitej bezinteresowności, ale możemy oczekiwać od niego, że dopełni umowy społecznej, którą zawiera zostając lekarzem, czego dowodem są słowa przysięgi lekarskiej, którą każdy lekarz składał kiedyś, a którą usłyszymy za chwilę z ust naszych najmłodszych kolegów lekarzy i farmaceutów otrzymujących dzisiaj dyplom. Słowa te brzmią:

- "PRZYRZEKAM I ŚLUBUJE, ŻE W CIĄGU CAŁEGO ŻYCIA WEDŁUG NAJLEPSZEJ WIEDZY BĘDĘ POMAGAŁ CIERPIĄCYM MAJĄC NA CELU WYŁĄCZNIE ICH DOBRO".

Słowa te są jasne i proste. Na to, aby je wypełnić trzeba ino tylko chcieć! A chcieć musimy, bo tego sami się domagamy ustami całego społeczeństwa. Na to, aby przerwać to błędne koło nie trzeba planów, reform gospodarczych, trzeba dobrej woli, uświadomienia sobie, że ja już dzisiaj mogę zacząć tę poprawę w Uczelni, przychodni, w oddziale szpitalnym.

Słowa przysięgi Hipokratesa można wyrazić inaczej. Każdy z nas

lekarzy po to, aby spełnić swe obowiązki winien: 1/ myśleć mądrze, 2/ mówić prawdę, 3/ służyć choremu.

Chyba o nas także myślał St. Staszic, gdy przed 173 laty kończąc swe przemówienie inauguracyjne w drugim roku istnienia Akademii Lekarskiej w Warszawie, tak zwrócił się do nauczycieli i do Was drodzy koledzy studenci:

"Uczniowie, uważajcie! Ci, którzy nadawać Wam będą umiejętności jak ratować macie cierpiącą ludzkość, dają Wam przykład jak każdy Polak powinien służyć krajowi w potrzebie. Jest to pierwsza, którą Wam ci zacni nauczyciele dali, nauka. Nie zapominajcie jej nigdy"

Wysoki Senatcie, Powszechności Akademicka Warszawskiej Akademii Medycznej, w imieniu władz Uczelni i swoim własnym życzeniem Państwu, aby nadchodzący rok akademicki był dla wszystkich rokiem pomyślnej nauki i jak najlepszego nauczania.

Warszawa, dnia 4 października 1983

Maria Wierzbicka

Zapobieganie próchnicy zębów - możliwości i bariery

/wykład inauguracyjny/

Z Zakładu Stomatologii Zachowawczej IS AM w Warszawie

Próchnica zębów należy do chorób o najszerszym zasięgu.

W większości krajów świata cierpi na nią 100% ludności. Choroba ta prowadzi do nieodwracalnego zniszczenia tkanek zęba - upośledzenie funkcji całego narządu żucia. Jej następstwami są najczęściej choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych zęba, nabyte wady zgryzu, choroby stawu żuchwowo-skroniowego.

Z postępem próchnicy wiąże się inwazja drobnoustrojów do tkanek makroorganizmu - aktywacja mechanizmów odpowiedzi immunologicznej. Postępującej w wyniku próchnicy, patologii narządu żucia towarzyszą okresowo znaczne dolegliwości lokalne i odczyny ogólne, które są powodem przejściowej niezdolności do pracy.

Próchnica atakuje szczególnie intensywnie zęby świeżo wyrżnięte i rozprzestrzeniając się, stopniowo obejmuje całe uzębienie.

Wysoka frekwencja próchnicy i wzrastająca z wiekiem osobników jej intensywność sprawiają, że stomatolog jest lekarzem o najczęstszym i najszerszym kontakcie z podległą jego opiece grupą populacji. Osoba, która często jako pierwsza może dostrzec objawy nierozpoznanej jeszcze choroby układowej lub patologii innych narządów.

Charakterystyczny ciągły rozwój próchnicy, która zagraża użę-

bieniu człowieka w ciągu całego życia rozstrzyga o szczególnych, uwarunkowaniach stomatologicznej opieki zdrowotnej.

Tradycyjne systemy opieki opierające się na leczeniu chorób nie chronią przed postępującą destrukcją narządu żucia - angażują one natomiast ogromną liczbę stomatologów. Lekarz pracujący według takich zasad może sprostać potrzebom leczniczym jedynie 500 osób. Metody leczenia chorób zębów nie stwarzają również możliwości wyleczenia wszystkich stanów patologicznych, które powstają w następstwie próchnicy. Osoby w wieku 20-34 lat korzystające regularnie w latach 70-tych, z dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej w Szwecji straciły co 4 lata 1 ząb.

Opieka stomatologiczna musi więc uwzględniać zapobieganie próchnicy kontynuowane w ciągu całego życia osobnika. Intensywność działań profilaktycznych w odniesieniu do osób w różnym wieku winna być jednak zróżnicowana zależnie od potrzeb dyktowanych poznaczonym już naturalnym rozwojem choroby oraz wynikami systematycznie prowadzonych indywidualnych badań kontrolnych.

Intensywne badania ostatniego 20-lecia pozwoliły na określenie 3 czynników warunkujących występowanie próchnicy. Do czynników tych zalicza się ząb - o niekorzystnie ukształtowanej koronie i strukturze powierzchni, sprzyjających zaleganiu - o stosunkowo wysokiej zawartości w szkliwie węglanoapatytów - o niskiej energii powierzchniowej - niskim ładunku ujemnym. Drugim czynnikiem warunkującym występowanie próchnicy zębów są bakterie zdolne do zasiedlenia powierzchni zęba i metabolizowania cukrów prostych. Trzecim czynnikiem jest obec-

ność substratu - węglowodanów, których źródłem jest pożywienie.

Cechą charakterystyczną szkliwa eksponowanego na działanie środowiska jamy ustnej jest ciągły proces przebudowy składu nieorganicznego powierzchniowej jego warstwy. W procesie tym bardziej labilne związki nieorganiczne zastępowane są innymi związkami o korzystniejszej strukturze - słabiej rozpuszczalnymi w kwasach.

Odporne na próchnicę jest szkliwo zawierające w warstwie powierzchniowej znaczną ilość fluoru. Pierwiastek ten w naturalnie przebiegającym procesie dojrzewania szkliwa w środowisku jamy ustnej lub w procesie sterowanym przez nas podstawią jony wodorotlenowe hydroksyapatytu w wyniku czego powstają fluoroapatyty lub fluorowane apatyty - formy bardziej odpornej na działanie kwasów. Szkliwo bogate we fluor posiada niskie właściwości adhezyjne co utrudnia kolonizację bakterii na powierzchni zęba.

Próchnica zębów nie występuje u zwierząt hodowanych w warunkach "germ free" jałowych, jest ona chorobą przenoszoną przez kontakt z jednego osobnika na innych. Wszczepianie bakterii zwierzętom wolnym od próchnicy sprawia, że ulegają one tej chorobie. Podawanie antybiotyków hamuje rozwój choroby. Potomstwo nie choruje na próchnicę jeżeli zachowane są jałowe warunki hodowli. Ulega ono chorobie po umieszczeniu w klatkach ze zwierzętami dotkniętymi próchnicą.

W zapoczątkowaniu próchnicy istotną rolę odgrywają te drobno-ustroje, które pozostają dłużej na powierzchni zęba i uczestniczą w formowaniu się miękkiego złogu nazębnego zwanego płytką. Płytką nazębną odkłada się stale w warunkach jamy ustnej człowieka. W ciągu kilku minut po wyrżnięciu się zęba lub po oczyszczeniu na

jego powierzchni stwierdza się obecność bakterii. Wzrost płytki następuje przede wszystkim poprzez namnażanie się bakterii, które zasiedliły powierzchnię zęba oraz poprzez przyłączenie się innych drobnoustrojów, Głównym składnikiem płytki są bakterie. Substancja międzybakteryjna jest skąpa. Ilość jej wzrasta w przypadku spożywania węglowodanów, szczególnie sacharozy. Płytką jest miejscem złożonych przemian różnych związków chemicznych, które zachodzą w kontakcie z powierzchnią zęba, przy utrudnionym dostępie śliny do wnętrza płytki i do powierzchni zęba. Przemiany związków chemicznych w płytce wynikają z jej składu bakteryjnego i obecności substratu.

Do drobnoustrojów, którym przypisuje się szczególną rolę w formowaniu płytki nazębnej i w zapoczątkowaniu próchnicy zębów należą paciorkowce z gatunku *Streptococcus mutans*. Występują one na powierzchni zęba w dużej liczbie w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów próchnicy a wszczepione zwierzętom wolnym od próchnicy wywołują tę chorobę. Metabolizują one cukry proste w sposób najefektywniejszy. Ilość kwasu wytworzona z cząsteczki glukozy przez *S. mutans* jest w porównaniu z ilością wytwarzaną przez inne drobnoustroje znacznie wyższa. Syntetyzują one zewnątrzkomórkowo trudno rozpuszczalne glukany, które ułatwiają przyłączenie się do płytki innych bakterii, zwiększają siłę jej przylegania do powierzchni zęba, jej masę oraz utrudniają penetrację jonów w płytce - wydłużają po spożyciu węglowodanów czasokres utrzymywania się w tym złożu niskiego stężenia jonów wodorowych.

Bakterie próchnicotwórcze nie wywołują próchnicy u zwierząt odżywianych przez zgłębnik żołądkowy. Do zainicjowania choroby niezbędna jest obecność substratu dostarczonego do jamy ustnej z żywieniem.

Obserwowane w skali naszego globu różnice w występowaniu próchnicy wiążą się przede wszystkim z różnicami w nawykach żywieniowych różnych populacji.

Ustalono, że istnieje związek między frekwencją i intensywnością próchnicy a częstością spożywania i czasem zalegania w jamie ustnej produktów zawierających w swym składzie węglowodany, głównie dwucukier sacharozę.

Wprowadzenie do jamy ustnej węglowodanów powoduje niemal natychmiast obniżenie się pH płytki, które utrzymuje na poziomie poniżej wartości krytycznej przy której następuje demineralizacja szkliwa przez okres około 20 min. Spożywanie produktów długo zalegających w jamie ustnej wydłuża okres utrzymywania się w płytce niskiego stężenia jonów wodorowych. Przyjmowanie posiłków dodatkowych złożonych z produktów węglowodanowych zwiększa częstość okresów, w których przeważają procesy demineralizacji szkliwa. Wyrównanie ubytku związków nieorganicznych staje się trudniejsze lub wręcz niemożliwe - powstaje ognisko próchnicy.

Histopatologia ogniska próchnicy w szkliwie jest szczególnie interesująca, dowodzi, że w przebiegu choroby procesy demineralizacji przeplatają się w tej tkance z procesami remineralizacji. W różnych warstwach uszkodzonej tkanki obserwuje się nieregularne kryształy po-

nownie krystalizujących związków nieorganicznych.

Początkowe stadium próchnicy jest odwracalne. W korzystnych warunkach następuje remineralizacja - nie dochodzi do powstawania ubytku klinicznego.

Przedstawione osiągnięcia w badaniach nad etiologią próchnicy stanowią podstawę współczesnej koncepcji zapobiegania tej chorobie. Obecnie stomatologia dysponuje szeregiem metod, które umożliwiają kontrolę trzech wspomnianych czynników etiologicznych próchnicy. Metody dobrane zależnie od warunków lokalnych - dostępności środków i personelu tworzą programy zapobiegania próchnicy.

Do najważniejszych elementów programów zapobiegania próchnicy zalicza się działanie związkami fluoru.

Dostateczne stężenie jonów fluorkowych w płynie tkankowym w okresie rozwoju uzębienia wpływa na ukształtowanie koron zębów właściwości powierzchni zęba oraz na korzystny przebieg procesów mineralizacji szkliwa. Wzrastające kryształy uzyskują większe wymiary, posiadają niższą zawartość węglanów. Działanie związkami fluoru po wyrżnięciu się zęba powoduje dalsze gromadzenie się tego pierwiastka w tkance - zwiększa się stabilność związków nieorganicznych szkliwa w środowisku kwaśnym. Ułatwiane są procesy remineralizacji tej tkanki. Obecność jonów fluorkowych w roztworze obniża ponadto aktywność metaboliczną drobnoustrojów, tworzących płytkę nazębną. Hamowane są procesy glikozy beztlenowej oraz syntezy zewnątrzkomórkowych polimerów glukozy. W takich warunkach po wprowadzeniu do jamy ustnej np. sacharozy spadek stężenia jonów wodorowych jest mniej drastyczny.

Płytką wzrasta powoli, zmniejsza się jej szkodliwe oddziaływanie na tkanki.

Najskuteczniejszą i ekonomiczną metodą stosowania związków fluoru jest fluorkowanie wody pitnej, w której zawartość tego pierwiastka winna wynosić 0,8 - 1,2 mg/l wody zależnie od warunków klimatycznych. Fluor stosowany w tej dawce zmniejsza intensywność próchnicy w granicach od 45-76%, zależnie od wieku, w którym rozpoczyna się jej użytkowanie. Zalecane dawki są zgodne z ustaleniami ekspertów SOZ z lat 1970 i z roku 1981 oraz zgodnie z wynikami badań wrocławskich całkowicie bezpieczne. Autorzy zajmujący się oceną skuteczności metody fluorkowania wody pitnej w zapobieganiu próchnicy zgodnie podkreślają, że powoduje ona znaczne zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu następstw próchnicy i wymagających leczenia endodontycznego, protetycznego i ortodontycznego. Program zapobiegania próchnicy przyjęty w naszym kraju zaleca szerokie wykorzystanie tej metody. Metoda ta może jednak być stosowana tylko w większych skupiskach ludności. Obecnie ze sztucznie fluorkowanej wody korzysta w Polsce zaledwie 1,5 miliona osób.

Konkurencyjną w stosunku do wspomnianej metody endogennego stosowania związków fluoru jest fluorkowanie soli kuchennej. W metodzie tej przy zachowaniu dawki 250 mg F/kg soli uzyskuje się redukcję próchnicy podobną do uzyskanej przy pomocy fluorkowania wody, jest ona metodą prostą i zarazem mniej od poprzedniej kosztowną. Metoda ta stosowana od połowy lat 60-tych na Węgrzech i w Kolumbii a od roku 1970 w dwóch kantonach Szwajcarii doczekała się należy-

tych opracowań naukowych dopiero z końcem lat 70-tych. Na tej podstawie jest ona obecnie wprowadzana w kilku dalszych krajach.

Związki fluoru dodaje się również do innych środków spożywczych takich jak mleko, wody mineralne czy guma do żucia. Ze względu na ograniczenia w spożyciu tych produktów wynikające z indywidualnych upodobań nie przywiązuje się jednak do nich większego znaczenia.

Szersze zastosowanie posiada podawanie tabletek zawierających fluor. Przy pomocy tej metody można uzyskać redukcję próchnicy zbliżoną do obserwowanej po zastosowaniu fluorkowania wody. Ujemną cechą tej metody jest konieczność regularnego pobierania tabletek przez okres 16 lat co stanowi moment trudny do kontroli w skali masowej. Obok metod tzw. endogenego stosowania zw. fluoru wprowadzano szeregiem innych, takich które umożliwiają oddziaływanie zw. fluoru bezpośrednio na powierzchnię zęba. Metody te posiadają różną skuteczność w zapobieganiu próchnicy. Uzyskana z ich pomocą redukcja próchnicy waha się zależnie od zastosowanego związku fluoru, oraz metody od 29-79%.

Najszerzej obecnie akceptowanym i wysoce skutecznym sposobem kontaktowego oddziaływania związkami fluoru jest szczotkowanie zębów w tygodniowych odstępach czasu żelem zawierającym fluorowodorki amin lub ponawiane w odstępie kilku miesięcy powlekanie powierzchni zęba lakierami zawierającymi różne związki fluoru. Z lakierów tych przez dłuższy okres czasu uwalniane są jony fluoru, które ulegają wbudowaniu do szkliwa. Obie te metody są kosztowne ze względu na wysoką cenę stosowanych środków. Mimo to żel z zawartością orga-

nicznych związków fluoru był i po krótkiej przerwie będzie ponownie importowany do Polski dla potrzeb lekarzy szkolnych. Z nieco gorszym efektem stosowany jest w różnych metodach fluorek sodu. Związek ten należy do tanich, a metody jego stosowania są nad wyraz proste. Polegają one na płukaniu lub szczotkowaniu zębów. Stosuje się je w dużych grupach dzieci, pod nadzorem osoby dorosłej.

W naszym kraju metody te oceniane w warunkach kontrolowanych zmniejszyły intensywność próchnicy u dzieci szkolnych o ponad 50%. Inne związki fluoru proponowane do kontaktowego oddziaływania na powierzchnię zęba posiadają pewne niedoskonałości, stąd też mimo nawet lepszego efektu w zapobieganiu próchnicy nie znajdują równie szerokiego zastosowania jak już wymienione.

Szkodliwy wpływ płytki nazębnej ogranicza się obecnie usuwając odkładające się złoże mechaniczne. Systematyczne i umiejętne, codzienne oczyszczanie zębów przy użyciu szczotki i pasty do zębów z zawartością fluoru oraz przy użyciu innych środków pomocniczych, które umożliwiają oczyszczanie niedostępnych dla szczotki fragmentów powierzchni zęba powoduje redukcję próchnicy sięgającą 35%. Skuteczność tych zabiegów w zapobieganiu również i innych chorób narządu żucia nie budzi wątpliwości. Znaczenie tych zabiegów jest jednak niedoceniane przez społeczeństwo a wykształcenie nowych nawyków jest sprawą wielu lat konsekwentnego oddziaływania oświatowego również sprawą dostępności odpowiednich środków do oczyszczania zębów.

Programy zapobiegania próchnicy w kilku rejonach Szwecji uwzględniają okresowe profesjonalne usuwanie płytki nazębnej u dzieci

szkolnych.

W znanym eksperymencie Karlsztadzkiem udowodniono bowiem, że w wyniku powtarzanego początkowo co 2 tygodnie a następnie co 4 miesiące profesjonalnego oczyszczania zębów uzupełnianego ponawianiem motywacji i instruktażu w higienie jamy ustnej oraz miejscowym stosowaniem związków fluoru można całkowicie zahamować rozwój próchnicy. Metoda profesjonalnego usuwania płytki nazębnej mimo jej skuteczności posiada zasadniczą cechą ujemną - jest czasochłonna. Aby uzyskać właściwy efekt należy przeznaczyć na wykonanie jednego zabiegu u dziecka około 15 minut. Angażuje ona zatem dużą liczbę pomocniczego personelu stomatologicznego.

Podobny program stosowany w jednej ze szkół warszawskich przez przyuczone pomoce dentystryczne, w ciągu zaledwie roku uchronił dzieci 10 i 11-letnie przed powstaniem, średnio na dziecko, 4 nowych ognisk próchnicy i przed pogłębieniem się 2 uprzednio istniejących.

Od szeregu lat trwają poszukiwania środków chemicznych hamujących tworzenie się płytki nazębnej. Spośród badanych związków chemicznych największe zainteresowanie obok związków fluoru budził dwuglukonian chlorheksydyny. Związek ten dodany do past do zębów lub stosowany w postaci płukanek hamuje tworzenie się płytki nazębnej. Wcierany w postaci żelu w powierzchnię zębów przez okres tygodnia eliminuje *S. mutans* na okres 1 miesiąca. Obecnie dwuglukonian chlorheksydyny stosuje się okresowo w leczeniu niektórych chorób jamy ustnej. Kontynuowane są jednak badania nad efektami łącznego stosowania

chlorheksydyny i związków fluoru w zapobieganiu m.in. próchnicy zębów.

Pewne nadzieje wiąże się również z dalszym postępowaniem badań nad możliwością wykorzystania dwufosfonianów, które hamują wzrost drobnoustrojów i metabolizm węglowodanów w płytce nazębnej jak również ze względu na ich wpływ hamujący proces demineralizacji szkliwa. Wątpliwości nasuwają jeszcze wyniki badań *in vitro*, które wskazują na to, że zarówno EHDP jak i APD użyte w różnych stężeniach hamuje na dłuższy okres czasu redepozycję związków nieorganicznych w szkliwie, uprzednio demineralizowanym.

Inne obiecujące metody kontroli płytki przy pomocy enzymów takich jak dekstranaza czy mutanaza lub kontroli infekcji z wykorzystaniem różnych metod immunostymulacji są obecnie również w stadium badań. Spośród tych ostatnich stymulacja wydzielniczej IgA antygenami podawanymi w formie tabletek do ssania czy gumy do żucia wydaje się metodą rokującą większe nadzieje na przyszłość.

Trzeci z czynników warunkujących zapoczątkowanie i rozwój próchnicy - dieta bogata w węglowodany, może być opanowany w wyniku konsekwentnego propagowania zmiany nawyków żywieniowych. Warunkiem niezbędnym jest jednak dostępność szerokiego asortymentu produktów zawierających substytuty cukrów. Wyniki eksperymentu w Turku w Finlandii gdzie wprowadzono na rynek ponad sto produktów zawierających ksylitol potwierdziły możliwość uzyskania zamierzonego efektu ograniczenia spożycia węglowodanów i tą drogą hamowania próchnicy na szeroką skalę.

Omówione metody zapobiegania próchnicy nie chronią w dostatecznym stopniu przed próchnicą powierzchni żujących zębów. W przypadku niekorzystnego ich ukształtowania, obecności głębokich bruzd międzyguzkowych można skutecznie zapobiec rozwojowi próchnicy na tych powierzchniach poprzez ich odizolowanie od wpływu środowiska zewnętrznego przy pomocy tzw. uszczelniaczy bruzd. Ze względu na wysoką cenę materiałów uszczelniających metodę ta rezerwuje się na ogół do stosowania w indywidualnych przypadkach.

Dotychczasowe programy zapobiegania próchnicy nie są programami o 100% skuteczności. Około 10-20% populacji wykazuje tak wysokie zagrożenie próchnicą, że opanowanie u nich tej choroby wymaga szczególnie intensywnych, indywidualnie wyznaczanych działań profilaktycznych. Poszukuje się więc obecnie prostych i tanich metod identyfikacji osób szczególnie narażonych na próchnicę.

W latach 1966-1978 w 14 krajach świata odnotowano po raz pierwszy w historii stomatologii znaczny spadek frekwencji i intensywności próchnicy. W krajach tych pięciokrotnie wzrosła liczba dzieci, które nie są dotknięte próchnicą w wieku 12 lat, a u pozostałych dzieci w tym wieku intensywność próchnicy obniżyła się o 50%.

Z analiz SOZ przedstawianych w b.r. przez Barmesa jak również z analiz Scheihama i Andersona wynika, że we wszystkich krajach, które szczycą się sukcesem nie tylko w zapobieganiu próchnicy lecz również chorób przyzębia, nastąpiła poprawa stanu higieny jamy ustnej, użytkowano w sposób optymalny związki fluoru łącząc np. stosowanie past do zębów z płukaniem jamy ustnej i ponadto ograniczono spożycie

rafinowanych węglowodanów. Wspomniane analizy podkreślają niewiarygodną wręcz prostotę metod stosowania zw. fluoru co umożliwi ich masowe wykorzystanie przy niewielkim zaangażowaniu stomatologów.

Działania zmierzające do opanowania próchnicy rozpoczynają się otaczając właściwą opieką kobietę ciężarną. Stan jej zdrowia, znajomość czynników warunkujących jego utrzymanie pozostają w związku ze zdrowiem dziecka. Wśród wielu zależności jest i ta, która wskazuje na związek pomiędzy aktywnością próchnicy u przyszłych matek a nasileniem próchnicy u dziecka. Eliminacja u kobiet ciężarnych źródeł infekcji, ubytków próchnicznych oraz podjęcie działań profilaktycznych stanowi pierwszy etap zapobiegania próchnicy. Winien on być kontynuowany u dziecka z użyciem mlecznym. Skuteczność metod zapobiegania próchnicy wzrasta bowiem jeżeli rozpoczyna się ich stosowanie we wczesnym okresie życia. Leczenie próchnicy uzębienia mlecznego jest elementem zapobiegania próchnicy uzębienia stałego, zmniejsza bowiem zagrożenie tą chorobą. Szczególnie intensywnych działań profilaktycznych wymagają dzieci w wieku od 5 do 15 lat tzn. dzieci w okresie wyzynania się zębów stałych. Wykorzystuje się u nich łącznie wiele z omówionych wcześniej metod.

Ostatnie 20-lecie było okresem szczególnego rozwoju stomatologii. Badanie nad etiologią i zapobieganiem próchnicy w których uczestniczyli wybitni przedstawiciele różnych dyscyplin inspirowały postęp wielu kierunków nauk medycznych, że wspomnę choćby badanie nad mineralizacją tkanek czy epidemiologią i mechanizmami immunogennymi paciorkowców. Opracowano proste, łatwo dostępne metody, które umożli-

wiają opanowanie choroby o szczególnie szerokim zasięgu. Ograniczono jej występowanie w kilkunastu krajach. Opanowanie próchnicy w Polsce, uwolnienie naszego społeczeństwa od cierpień z nią związanych oraz zapobieganie innym schorzeniom, praca nad dalszym rozwojem nauk medycznych należą m.in. do obowiązków, które bierze na siebie lekarz zdobywający wiedzę i umiejętności w uczelni medycznej - w naszej uczelni.

Anna Olesińska-Serafin

Wiesław Tysarowski

Zakład Dydaktyki

Akademii Medycznej w Warszawie

Kierunki modernizacji programów kształcenia medycznego

Dla właściwego funkcjonowania służby zdrowia najistotniejszym elementem jest kształcenie kadr medycznych, a przede wszystkim lekarzy. W celu osiągnięcia pożądanego zwiększenia efektywności studiów medycznych, kształcenie lekarzy należy oprzeć na naukowych podstawach dydaktyki medycznej. Zgodnie z nimi w nauczaniu bardzo ważna jest organizacja nauczanych treści w taki sposób, by były one najlepiej zrozumiane i przyswajalne przez uczących się. Chodzi tu o taką specyficzną ich organizację, która możliwie blisko odpowiada mechanizmom organizacji informacji w umyśle. Takie uczenie się najlepiej pozwala na osiąganie zakładanych celów ogólnych. Należy więc szukać nowych rozwiązań przedstawiania treści medycznych, by nabywana podczas studiów wiedza tworzyła określony spójny system.

Dotychczas u podstaw tworzenia programów studiów medycznych leżą różne założenia. Stąd też różny sposób realizowania przez szkoły medyczne treści dydaktycznych.

Pierwszy, obowiązujący ciągle w Polsce, opiera się na klasycznym podziale na poszczególne dyscypliny medyczne. Student poznaje wiedzę medyczną począwszy od anatomii i histologii, przez biochemię, fizjologię, anatomię patologiczną aż po poszczególne nauki kliniczne, prezentujące właściwe im jednostki chorobowe.

Nauczanie wg dyscyplin rozpoczęło się w Anglii w 1954 r. - zaczęto wtedy wydawać pierwsze formalne medyczne uprawnienia. W Oxford wymagano najpierw, aby student medycyny w ciągu 6 lat studiował właściwie tylko jedną dyscyplinę - anatomię. W ciągu tych lat miał dwa kolokwia, obserwację dwóch sekcji anatomicznych i jeden egzamin. W roku 1958 powstał General Medical Council, który wpisywał lekarzy do rejestru praktyków. Zaczęto wtedy wymagać zaliczenia w czasie studiów większej liczby dyscyplin.

Początkowo obowiązywały dodatkowe zaliczenia z fizyki i biologii, a następnie zwiększano liczbę obowiązujących zaliczeń, doprowadzając listę nauczanych dyscyplin do ilości obowiązującej obecnie. Ta zmiana przeprofilowała kształcenie medyczne z przygotowywania w czasie studiów lekarza "bezpiecznego" /"safe graduate"/ na wielostronnie wykształconego /"well-balanced graduate"/.

Tak zdobywana wiedza medyczna obecnych studiów medycznych obudowana jest przedmiotami "paramedycznymi" /jak biologia, socjologia, psychologia, historia medycyny i in./, które ujmują interakcje człowieka ze środowiskiem biologicznym i psycho-społecznym.

W tym systemie oczekuje się, że student poznając treści kolejnych dyscyplin wytwarza sobie w umyśle taką organizację całościową, która odpowiada zintegrowanej wiedzy medycznej. Badania z zakresu dydaktyki medycznej oraz obserwacje pracy lekarzy udawadniają, że jednak nie następuje integracja nabywanej wiedzy. Jest ona w każdym razie niewystarczająca i studenci oraz lekarze nie dostrzegają nawet podstawowych zależności "interdyscyplinarnych" między poznawanymi ogólnymi

treściami /np. zależności objawów w cukrzycy od przebiegu procesów biochemicznych organizmu związanych z brakiem insuliny/.

Ten rozwinięty w Anglii system kształcenia lekarzy oparty na dyscyplinach medycznych realizowany jest w wielu krajach świata, także w Europie środkowej.

Drugą koncepcją nauczania medycyny jest oparcie się w działaniach dydaktycznych na systemach organizmu ludzkiego.

Tak nauczani studenci poznają poszczególne układy np. oddechowy, krwionośny, pokarmowy poprzez zintegrowane nauczanie ich /układów/ fizjologicznej struktury i funkcji. Dopiero na bazie tych zintegrowanych, podstawowych wiadomości na dalszych latach studiów przedstawiane są patologiczne aspekty funkcjonowania organizmu wraz z postępowaniem terapeutycznym.

Od tak nauczanego studenta oczekuje się, w końcowym efekcie, powiązania poszczególnych systemów w jeden, wielosystemowy organizm. Na takiej zasadzie opiera się kształcenie lekarzy np. w Western Reserve /USA/ i Newcastle /Anglia/.

Trzecim rozwiązaniem w kształceniu medycznym jest "problem oriented curriculum" - oparcie się na węzłowych problemach zdrowia i choroby.

Taką Szkołą jest uczelnia medyczna w Mac Master /Kanada/ i Maastricht /Holandia/. Studenci wychodząc od problemów np. bólu w okolicy brzucha poznają fizjologiczną funkcję i strukturę oraz klinikę narządów jamy brzusznej. W tym systemie studenci od pierwszego dnia nauki mają do czynienia z pacjentami. Ucząc się studenci wiążą poznane treści tak, by poszczególne problemy tworzyły w sumie zintegro-

wany obraz organizmu ludzkiego.

Dotychczas nie ma wystarczających danych na porównawczą analizę systemów kształcenia medycznego opartych na różnych założeniach programowych.

Wydaje się jednak, że dalsze poszukiwania w tej dziedzinie są obowiązkiem współczesnej dydaktyki medycznej.

Kształcenie dla przyszłości nakazuje oparcie się w działalności dydaktycznej na postępach nauki w takich dziedzinach jak teoria informacji, cybernetyka, psychologia, biologia oraz neurofizjologia. Współczesne osiągnięcia wymienionych nauk jednoznacznie wskazują na potrzebę oparcia planowania programów dydaktycznych na koncepcji poznawczej człowieka.

Koncepcja ta dotyczy funkcjonowania mechanizmów poznawczych w oparciu o przetwarzanie informacji. Zakłada ona, że podczas uczenia się człowieka następuje w umyśle kodowanie poznawanych informacji w strukturach pamięci trwałej. W kodowaniu tym największa rola przypada pojęciom. Wgląd w pojęciową strukturę myślenia kandydatów na studia medyczne, studentów czy wreszcie lekarzy jest, naszym zdaniem, współczesną podstawą funkcjonowania systemu kształcenia.

Wiadomo, że człowiek na co dzień świadomie operuje pewnymi pojęciami. Pojęcie można zdefiniować jako myśl, w której odzwierciedlone są cechy wspólne dla pewnej klasy przedmiotów lub zdarzeń. Pełnią one funkcję czynnika strukturotwórczego myślenia. Np. przez wytwarzanie sobie pojęcia danego objawu chorobowego lub zjawiska fizjopatologicznego student przyswaja nowe treści lekarskie. Nabywanie wie-

dzy wiąże się z ciągłym doskonaleniem struktury umysłu, którą Quillian opisuje jako relacje wzajemnie powiązanych "węzłów pojęciowych" pamięci trwałej. Odniesienie się do teorii przetwarzania informacji w rozwoju procesów poznawczych daje więc podstawę optymalnej organizacji nauczanych treści. W związku z tym wydaje się celowe opracowanie systemu pojęć medycznych, który obejmowałby wiedzę nauczaną w ciągu 6-ciu lat studiów przeddyplomowych. W systemie takim różnorodne tematy przedstawione muszą być tak, by pozwalały na maksymalne uogólnianie, co umożliwi studiującemu zrozumienie koniecznych dla poznania zasad ogólnych. Ułatwia on bowiem dostrzeganie relacji między "jednostkami informacyjnymi". Jest to bardzo ważne, gdyż uwzględnianie zależności jest jedną z podstaw myślenia lekarskiego. Odpowiednio funkcjonujący w umyśle lekarza system medycznych pojęć umożliwia transfer /przeniesienie/ danej zasady na taką, która da się zastosować w nowej sytuacji problemowej. Znany psycholog amerykański J. Brunner nazywa taką zdolność umysłu wychodzeniem poza dostarczone informacje /beyond the information given/. Ten funkcjonujący w umyśle lekarza system pojęć winien być odbiciem obiektywnej wiedzy medycznej. Jeżeli w istocie dochodzi do jego wytworzenia, łatwa staje się dla studiującego rekonstrukcja tego, co nauczane. Z punktu widzenia "użyteczności wiedzy" nawet ważniejsze w tym przypadku jest to, że funkcjonujący w umyśle system pojęć pozwala na prawidłowe rozumowanie, przewidywanie i dokonywanie ekstrapolacji. W ten sposób maksymalizuje się umiejętność rozwiązywania codziennych, a także nieoczekiwanych problemów nauki i praktyki lekarskiej - rozwija się myślenie lekarskie.

Przedstawioną wyżej poznawczą koncepcją funkcjonowania myślenia pojęciowego wykorzystaliśmy podczas nauczania interny na IV roku. Okazało się, że pojęciowo przedstawiana studentom "Cukrzyca" była zaburzeniem metabolicznym lepiej dla nich zrozumiałym niż dla grupy kontrolnej, nauczanej metodami dotychczasowymi.

Organizacja wymaganej wiedzy może być również wykorzystana dla celów selekcji /np. kandydatów na studia medyczne/. Badania nasze w Zakładzie Dydaktyki AM w Warszawie dotyczące, w oparciu o operowanie pojęciami, aktywności poznawczej kandydatów na studia medyczne podczas egzaminu wstępnego uzasadniają celowość takiego podejścia.

We wstępnym zintegrowanym egzaminie testowym z roku 1980 wykazano, że spójność odpowiedzi na kilkanaście pytań należących do jednego pojęcia np, oddychanie jest na tym samym poziomie jak rozwiązania całego 150-pytaniowego testu. Funkcjonowanie zatem jednego pojęcia jest reprezentatywną próbą funkcjonowania określonego zakresu wiedzy.

Propozycja pojęciowego nauczania treści medycznych ma więc nie tylko podstawy teoretyczne, ale potwierdzona już jest wynikami badań. Przygotowanie dalszych tak ukierunkowanych innowacji w dydaktyce medycznej wymaga wielu jeszcze przemyśleń i badań. Programy oparte o pojęcia należy tworzyć uwzględniając sposób funkcjonowania wiedzy w umyśle lekarza. W takim ujęciu centralnym zagadnieniem jest właściwa /pojęciowa/ organizacja przekazywanej wiedzy, natomiast ilość informacji jest już tu problemem wtórnym.

BIBLIOGRAFIA

1. Berezowski F. /pod red./: Problemy modelowania procesów dydaktycznych. PWN, W-wa 1974.
2. Botlin J.W., Elmandjra M. Maltiza M.: Uczyć się bez granic. Raport Klubu Rzymskiego, PWN, W-wa 1982.
3. Boduhowska W., Włodarski Z.: Psychologia uczenia się. PWN, W-wa 1977.
4. Bruner J.S.: Poza dostarczone informacje Studia z psychologii poznania. PWN, W-wa 1978.
5. Gagne Robert M.: The Conditions of Learning, Wyd, Holt, Rinehart and Winston, 1977.
6. Garczyński S.: Sztuka pamiętania, Iskry, W-wa 1966.
7. Ginsburg, Koslowski B.: Cognitive Development, Ann. Rev. Psych. 1976.
8. Graik F.J.M.: Human Memory, Ann. Rew. Psychol. 1979, 30, 63.
9. Guilford J.P.: Natura inteligencji człowieka, PWN, W-wa 1976.
10. Koziński J.: Zagadnienia psychologii myślenia, PWN, W-wa 1968.
11. Koziński J.: Koncepcje psychologiczne myślenia.
12. Lehrer A.: Semantic Fields in Lexical Structure, North-Holland Linguistic Series, North-Holland, Amsterdam 1974.
13. Łukaszewski W.: Osobowość, struktura i funkcje regulacyjne. PWN, W-wa 1974.
14. Medical Faculty of Maastricht. Program Information September 1974 - raport dla wydziału lekarskiego.

15. Obara M.: Wprowadzenie do teorii studiowania medycyny,
AM Poznań 1974.
16. Olesińska-Serafin A., Tysarowski W.: Nowe poglądy na temat
procesów uczenia się i myślenia - zastosowanie w medycynie.
Polski Tygodnik Lekarski 1983, nr 6.
17. Olesińska-Serafin A., Tysarowski W.: Rola pojęć poznawczych
we wstępnym egzaminie na studia medyczne. Dydaktyka Szkoły
Wyższej 1983, 3/63/.
18. Pietrasiński Z.: Sztuka uczenia się. WP. W-wa 1975.
19. Simon H.A.: Information Processing. Models of Cognition.
Ann. Rev. Psychol. 1979, 30, 363.
20. Tałyżina N.F.: Kierowanie procesem przyswajania wiedzy.
WSiP, W-wa 1980.
21. Tomaszewski T. /pod red./: Psychologia, PWN, W-wa 1978.
22. Tomaszewski T.: Wstęp do psychologii, PWN, W-wa 1971.
23. Trąbka J.: Mózg a świadomość. Wydawnictwo Literackie Kraków -
Wrocław 1983.
24. Vernon P.E.: Analysis of Cognitive Ability. Brit. Med. Bull. 3, 27.
25. Whorf B.L.: Język, myśl i rzeczywistość. PIW, W-wa 1982.
26. Ways P.O. Gregory Loftus John M. Jones, M.D.
Focal Problem Method in Medical Education. Journal of Medical
Education 1973, vol. 48, 565.

Dr n.hum. Marek Motyka, dr n.med. Zdzisław Pajor,
mgr piel. Krystyna Grzesiek

Pracownia Psychologii i Zakład Pielęgniarstwa
Klinicznego i Rehabilitacji AM w Krakowie

Zmiany charakterystyki psychologicznej studentek Wydziału
Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Krakowie w okresie
lat 1977 - 1983

1. Wstęp

Celem akademickich studiów pielęgniarskich jest przygotowanie kadry o szczególnie wysokich kwalifikacjach zawodowych. Przyjmuje się, że absolwenci Wydziałów Pielęgniarskich Akademii Medycznych będą podejmowali odpowiedzialne zadania dotyczące organizacji pracy pielęgniarskiej, bezpośredniej opieki nad chorym, szkolnictwa medycznego i pracy naukowej. Wypełnianie ich wiązać się może ze znacznym stopniem trudności, a nieraz nawet i osobistego ryzyka, zwłaszcza gdy trzeba pokonywać bariery tłumiące inicjatywę jednostki, negatywne stereotypy pracy, oraz środowiskowe uprzedzenia. Dlatego też ważne jest, aby wyższe studia pielęgniarskie podejmowali ludzie o właściwych predyspozycjach intelektualnych i osobowościowych. Zagadnienie to pojawia się w dwóch aspektach: naboru na te studia oraz oddziaływań wychowawczych w czasie ich trwania.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowaliśmy się na pierwszym z tych problemów, a ściślej na ocenie osobowości studentek rozpoczynających obecnie studia pielęgniarskie z równoczesnym odniesieniem tej diagnozy do sytuacji z lat ubiegłych.

W opublikowanych wcześniej badaniach /Motyka i wsp., 1980; Motyka i wsp., 1981/ sygnalizowaliśmy, iż selekcja jaka dokonuje się wśród młodych pielęgniarek przed podjęciem wyższych studiów pielęgniarskich nie jest w pełni zadowalająca. Wprawdzie badane wtedy studentki okazały się nieco lepiej przystosowane społecznie od swych koleżanek z grup porównawczych i nie wykazywały dominacji cech egocentrycznych, to jednak większość branych pod uwagę wskaźników przystosowania nie przekraczała wartości średnich. Z racji wymagań zawodowych należałoby tymczasem oczekiwać wartości wyższych, zwłaszcza w zakresie nasilenia takich cech psychicznych jak odpowiedzialność, opanowanie, rozumienie innych czy tolerancja /Pajor i wsp., 1979/.

Pierwsze badania przeprowadziliśmy w 1977 roku w odniesieniu do dwóch pierwszych roczników Wydziału Pielęgniarskiego AM w Krakowie, a obecnie pojawiła się potrzeba uaktualnienia dokonanej wówczas oceny poprzez przeprowadzenie analogicznych badań. Potrzeba ta wydaje się być tym istotniejsza, że okres ostatnich lat przyniósł zjawiska społecznie znaczące w skali kraju, a w dodatku obowiązujący wcześniej kandydatów na studia pielęgniarskie dwuletni staż pracy nie miał ostatnio charakteru obligatoryjnego. Zniesienie tego obowiązku wpłynęło wyraźnie na obniżenie średniej wieku osób podejmujących studia. Zmiany te, mogły wpłynąć także na zmianę charakterystyki psychologicznej studentek pierwszych lat. Aby się o tym przekonać podjęliśmy obecne badania. Postępowanie tego typu, polegające na okresowej diagnozie istniejącego stanu rzeczy jest naszym zdaniem jednym z warunków racjonalnego naboru na studia oraz planowania odpowiednich oddziaływań

wychowawczych w ramach zadań współczesnej szkoły wyższej. Dotyczy to szczególnie Akademii Medycznych, gdzie kształcą się i wychowują ludzie, którzy w przyszłości mają podejmować zadania o najwyższym stopniu odpowiedzialności, decydując o zdrowiu, a często i o życiu drugiego człowieka.

2. Osoby badane i metoda.

Badaniami psychologicznymi objęto w odstępie sześcioletnim dwie grupy studentek Wydziału Pielęgniarskiego AM w Krakowie. Grupę zasadniczą stanowiło 55 studentek I i II roku studiów pielęgniarskich badanych w roku 1963, a grupę porównawczą 70 studentek również dwóch pierwszych lat badanych w roku 1977. Średnia wieku w grupie zasadniczej wynosiła 22,6 a w grupie kontrolnej 25 lat.

Jako metodę badań wykorzystano Kwestionariusz psychologiczny H.G. Gougha - CPI /California Personality Inventory/. Jest to jeden z testów psychologicznych pozwalający dokonać stosunkowo wyczerpującej charakterystyki osobowości^{1/}. Umożliwia on pomiar 18 cech osobowości wyznaczających sposób działania jednostki w sytuacjach społecznych. Cechy te najczęściej grupuje się w 4 kategorie, a mianowicie:

1. Cechy warunkujące zrównoważenie, wpływ na innych i pewność siebie - zdolności przywódcze /Do/, ambicja /Am/, towarzyskość /To/, swoboda towarzyska /St/, poczucie własnej wartości /Pw/, dobre samopoczucie /Da/.

1/ Dodatkową zaletą zastosowanego testu jest to, że był on już stosowany w badaniach prowadzonych wśród polskich studentów /Polakowski, 1976; Strzałecki, 1969/, a szczególnie wśród studentów medycyny /Łapińska, 1974; 1975; Szałański, Szymańska, 1976; 1977/. Podobne badania z zastosowaniem tego testu prowadzono również za granicą /Gough i Hall, 1964/. Pozwala to na stosunkowo proste porównanie uzyskiwanych wyników.

2. Cechy warunkujące uspołecznienie, dojrzałość i odpowiedzialność - uspołecznienie /Us/, odpowiedzialność /Od/, opanowanie /Cp/, tolerancja /Tl/, wzbudzanie sympatii /Po/, typowość /Ty/.

3. Cechy warunkujące powodzenie i wydajność umysłową - osiągnięcie powodzenia dzięki dostosowaniu się do wymagań otoczenia /Pk/, osiągnięcie powodzenia dzięki niezależności /Pn/, wydajność umysłowa /Wu/.

4. Cechy warunkujące sposób myślenia i typ zainteresowań - rozumienie innych /Wp/, elastyczność /Rz/, łagodność /Kb/.

Analiza czynnikowa tego testu pozwoliła ustalić, że jego wyniki można także interpretować w kategoriach trzech ogólnych postaw dotyczących stosunku do ludzi, a mianowicie: postawy przeciw ludziom /nastawienie egocentryczne/, postawy ku ludziom /nastawienie prospołeczne/, oraz postawy od ludzi /dystans/ /Markowska i Kottas, 1971/. Dokładny opis zastosowanego testu i pełną charakterystykę poszczególnych skal można znaleźć w specjalnych opracowaniach /Markowska, Kottas, 1968; Zuber, 1977/.

Analizę statystyczną wyników badania testowego przeprowadzono korzystając z testu "U" dla dwóch średnich /Greń, 1982/.

3. Wyniki badań

Uzyskane w badaniach wyniki średnie /M/ dla 18 skal testu, wraz z odpowiadającymi im wartościami krytycznymi testu "U" zawiera tabela I.

TABELA 1. Porównanie wyników Kwestionariusza Osobowości Gougha /C/PI/ na I i II roku studiów pielęgnarskich w roku 1977 i 1983

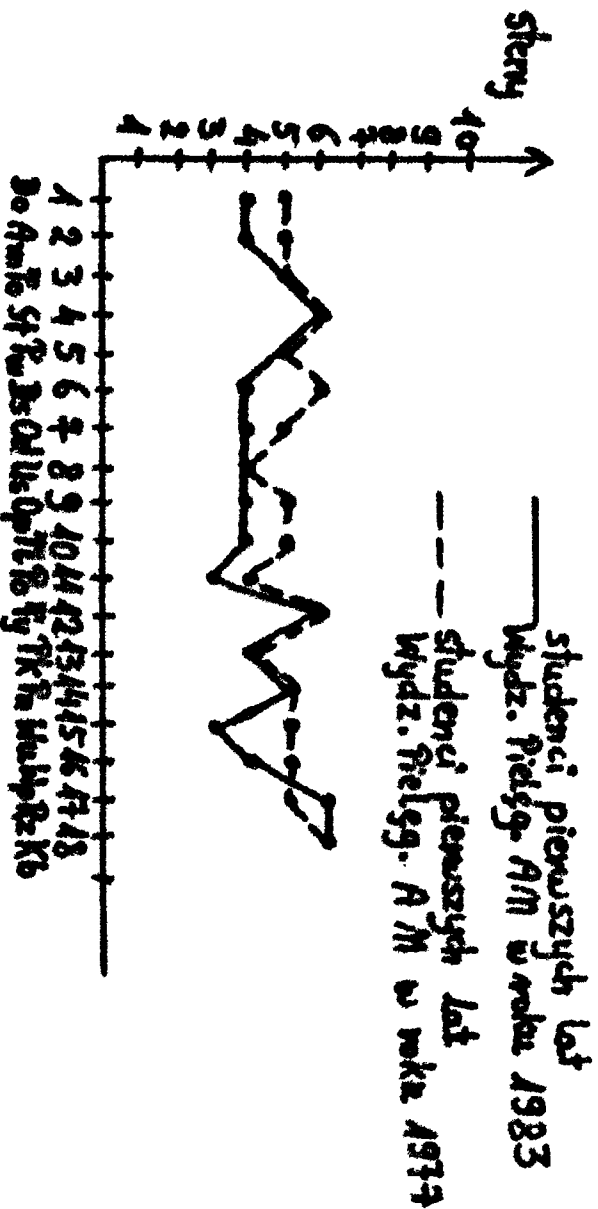
CZAS badania	PROFILE OSOBOWOŚCI																	
	Wartości średnie dla poszczególnych skal-cech /wyniki surowe/																	
	1 Do	2 Am	3 To	4 St	5 Pw	6 Ds	7 Od	8 Us	9 Op	10 Tl	11 Po	12 Ty	13 Pk	14 Pn	15 Wu	16 Wp	17 Rz	18 Kb
I Badanie /1977 rok/	23,08	14,14	21,18	26,15	17,96	30,04	26,03	34,25	27,79	15,45	17,04	22,34	22,23	14,74	31,08	8,44	4,53	22,22
II Badanie /1983 rok/	21,51	11,55	20,27	25,56	18,56	25,40	23,82	31,98	22,82	12,35	11,67	22,55	21,02	14,38	28,47	7,36	6,02	21,32
Test "U" dla M ₁ -M ₂	x 1,65	xxx 3,81	NS 1,98	NS 0,58	NS 0,88	xxx 4,20	xxx 3,05	x 2,11	xxx 3,84	xxx 4,58	xxx 5,29	NS 0,63	x 1,68	NS 0,52	xxx 3,11	xx 2,39	xx 2,67	NS 0,63

x - Różnica statystycznie istotna na poziomie 0,05

xx - Różnica statystycznie istotna na poziomie 0,01

xxx - Różnica statystycznie istotna na poziomie 0,001

NS - Różnice statystycznie nieistotna



Ryc. 1 Średnie profile osobowości (wyniki przeciętne) w badaniach grupach.

Z kolei graficzne przedstawienie średnich profilów osobowości /w stenach/ dla obu porównywanych grup zawiera rycina 1^{1/}.

Ryc. 1.

Z przedstawionych w tabeli i na rycinie danych wynika, iż nastąpiły wyraźne zmiany psychologicznej charakterystyki kolejnych roczników rozpoczynających studia pielęgniarские w okresie sześciu lat dzielących oba badania.

Zmiany te zaobserwowano aż w 12-tu na 18 skal testu Gougha. Polegają one na spadku wyników 11-u skal przy wzroście tylko w jednym, co oznacza obniżenie ogólnego poziomu przystosowania społecznego roczników studenckich badanych w roku 1968 w odniesieniu do roczników z grupy porównawczej /rok 1977/.

Dalsza analiza pozwala stwierdzić, że największe różnice wystąpiły w zakresie takich cech jak: ambicja /Am/, dobre samopoczucie /Ds/, odpowiedzialność /Od/, opanowanie /Op/, tolerancja /Tl/, wzbudzanie sympatii /Po/, wydajność umysłowa /Wu/, rozumienie innych /Wp/ i elastyczność /Rz/.

Nieco mniejsze, ale również statystycznie istotne różnice wystąpiły w odniesieniu do takich cech, jak: dominacja /Do/, uspołecznienie /Us/ i osiąganie powodzenia dzięki dostosowaniu się do wymagań otoczenia /Pk/. Jedynie w przypadku elastyczności /Rz/ różnica polega na wzroście natężenia ocenianej cechy.

1/ Wykazana w tabeli istotność różnic pomiędzy grupami obliczona była na podstawie wyników surowych /większa dokładność/, dlatego też wykres opierający się na wynikach przeliczonych /mniejsza dokładność/ nie uwzględnia niektórych różnic, które okazały się statystycznie istotne /Us, Pk/.

Warto podkreślić, iż wyraźny spadek natężenia dotyczył zwłaszcza tych cech, które według założeń testu stanowią miarę uspołecznienia, dojrzałości i odpowiedzialności /Cd, Us, Op, Tl, Pd/. Cechy te wyrażają prospołeczne nastawienie "ku ludziom" a ich brak może bardzo źle zaważyć na pełnieniu funkcji pielęgniarzkich.

Jeżeli skonfrontować wyniki testu sprzed 6-u laty oraz uzyskane obecnie z modelem cech pożądanym u "idealnej pielęgniarki" /Pajor i wsp., 1979/, to również okaże się, że zaobserwowane zmiany idą w niekorzystnym kierunku. Z trzech cech uznanych za najważniejsze w modelu idealnym, a mianowicie: odpowiedzialność /Od/, rozumienie innych /Wp/, opanowanie /Op/, natężenie wszystkich trzech wyraźnie spadło, podczas gdy cechy uznane za najmniej ważne czyli towarzyskość /To/, swoboda towarzyska /St/ i typowość /Ty/, pozostały bez zmian. Tak więc studentki badanych aktualnie roczników okazały się w porównaniu ze swymi koleżankami rozpoczynającymi studia dawniej mniej dojrzałe i bardziej drażliwe /Od, Op, Us/ oraz mniej tolerancyjne, a bardziej nieufne i z większym dystansem do ludzi /Tl, Po/. Ponadto okazały się bardziej bierne i przejawiające mniejszą umiejętność cieszenia się życiem /Am, Do, Ds/. Wyniki wskazują również na ich mniejszą pomysłowość i brak ochoty do wyczerpanej pracy umysłowej /Uu/.

Jedyną statystycznie istotny wzrost cechy określanej w teście jako elastyczność /Rz/, jest w tym kontekście dość trudny do zinterpretowania i może wskazywać na pewną niechęć do podporządkowania się wymogom zewnętrznych autorytetów.

4. Dyskusja.

Uzyskane w badaniach wyniki, a następnie ich analiza wskazują wyraźnie na obniżenie się ogólnego poziomu przystosowania społecznego studentek. Jest to szczególnie niekorzystne gdy dotyczy cech uznanych za bardzo przydatne w zawodzie pielęgniarstwie, takich jak: odpowiedzialność, opanowanie, rozumienie innych, uspołecznienie czy tolerancja /por. Pajor i wsp., 1979/. Wynik ten rodzi jednocześnie pytanie o źródła i interpretację tych obserwowanych niekorzystnych tendencji. Na pytanie to bardzo trudno odpowiedzieć w sposób jednoznaczny, ze względu na dużą liczbę niekontrolowanych zmiennych mogących odgrywać istotną rolę w tym względzie. Wydaje się jednak, że można wskazać na dwa zasadnicze kierunki poszukiwania odpowiedzi. Jeden musiałby brać pod uwagę zjawiska zachodzące wśród młodzieży w skali globalnej, uwzględniając wady systemu szkolnictwa w zakresie szkoły średniej i podstawowej, kryzys podstawowych wartości moralnych, z którym styka się młodzież, problemy współczesnej rodziny itp. Drugi musiałby nawiązywać bezpośrednio do systemu naboru na studia pielęgniarstwie. Jak zaznaczono na wstępie, ostatnio nie obowiązywał kandydatów na studia wcześniejszy staż pracy w zawodzie i bardzo wiele osób kierowało się na studia zaraz po ukończeniu liceum lub studium medycznego.

Rozwiązanie to, podyktowane wieloma słusznymi względami wpłynęło na obniżenie się średniej wieku i brak wielu doświadczeń życiowych składających się na ogólną dojrzałość psychiczną studenta. W pewnym stopniu było to rekompensowane zwiększeniem się liczby kandydatów na studia, a tym samym możliwością lepszej selekcji. Wyniki naszych badań

zdają się świadczyć, że selekcja ta jest wciąż niewystarczająca i to niewystarczająca w stopniu większym niż było to kilka lat temu. Potwierdza to potrzebę wprowadzenia obowiązkowego stażu pracy /być może już o charakterze specjalizacyjnym po studiach?/, a ponadto potrzebę zintensyfikowania oddziaływań wychowawczych w toku studiów. Niestety, jak wskazuje szereg badań, Akademia Medyczna na ogół nie stwarza studentom korzystnego środowiska pod względem wychowawczym /Łapińska, 1974; Motyka i wsp., 1984/. Ponawiane wysiłki w tym kierunku są jednak konieczne jeśli chcemy, aby Akademia Medyczna kończyli ludzie, którzy nie tylko posiadają fachową wiedzę i umiejętności, ale potrafią je jeszcze spożytkować dla dobra innych. Dlatego też aktualną i istotną sprawą pozostaje wciąż dyskusja nad metodami właściwego naboru na studia, zwłaszcza pielęgnarskie, oraz nad odpowiednim ukierunkowaniem oddziaływań wychowawczych w toku nauki.

Literatura:

1. Gough H.G., Hall W.B.: Prediction of performance in medical school from the California Psychological Inventory. "Journal of Applied Psychology" 1964.
2. Greń J.: Statystyka matematyczna. Warszawa, 1976, PWN.
3. Łapińska E.: Rozwój osobowości studentów w trakcie nauki. "Kwart. Med. w Warszawie" 1974.
4. Łapińska E.: Ocena zmian osobowości studentów medycyny w trakcie pierwszych lat nauki. "Kwart. Akad. Med. w Warszawie" 1975, 2.
5. Markowska B., Kottas A.: Inwentarz psychologiczny H.G. Gougha. Opracowanie monograficzne. Warszawa 1968, Pracownia Psychologiczna PAN. Druk powielany.
6. Markowska B., Kottas A.: Badania nad czynnikową trafnością Inwentarza Psychologicznego H.G. Gougha. "Przegl. Psychol." 1971, 21.
7. Motyka M., Pajor Z., Golańska Ż., Kabat Z.: Charakterystyka osobowości przyszłych pielęgniarek na podstawie badań Inwentarzem CPI. "Przegl. Psychol." 1980, 2.
8. Motyka M., Golańska Ż., Nowakowska J., Kabat Z., Pajor Z.: Cechy osobowości kandydatek do zawodu pielęgniarskiego. "Probl. Szkoln. i Nauk Med." 1981, 3-4.
9. Motyka M., Pajor Z., Kabat Z.: Przeobrażenia osobowości studentek Wydziału Pielęgniarskiego AM obserwowane w toku studiów "Probl. Szkoln. i Nauk Med." 1984, 1 /w druku/.

10. Pajor Z., Motyka M., Kabat Z.: Osobowość pielęgniarki w opinii studentek i nauczycieli akademickich Wydziału Pielęgniarskiego AM. "Probl. Szkoln. i Nauk Med," 1979, 1.
11. Polakowski K.: Psychologiczne determinanty powodzenia w studiach nauczycielskich. Warszawa 1976, WWN.
12. Strzałecki A.: Wybrane zagadnienia psychologii twórczości. Warszawa, 1969.
13. Szałański J., Szymańska I.: Cechy osobowości studentek psychologii oraz studentek i studentów medycyny w świetle pomiaru CPI na III roku studiów. "Przeł. Psychol." 1977, 4.
14. Szałański J., Szymańska I.: Osobowość studentów medycyny i jej przeobrażenia w toku studiów przedklinicznych w świetle wyników badań empirycznych. "Probl. Szkoln. i Nauk Med." 1976, 3.
15. Zuber L.: Inwentarz psychologiczny H.G. Gougha. W: Stanik J. /red./: Wybrane zagadnienia diagnostyczne w psychologii klinicznej. Katowice 1977, Wyd. Uniw. SI.

Bożena Szpruta

Zakład Dydaktyki

Akademii Medycznej w Warszawie

Problemy kształcenia przeddyplomowego lekarzy

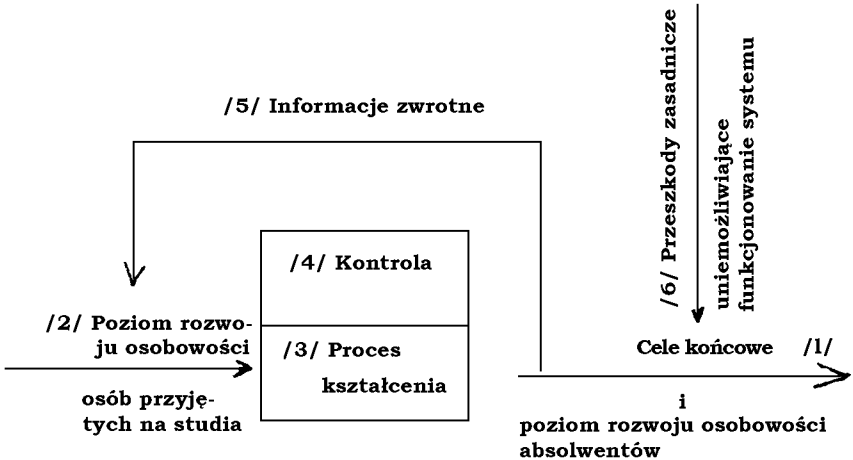
W dniach 21 - 26 marca 1983 r, odbyło się w Zakładzie Dydaktyki Akademii Medycznej w Warszawie seminarium na temat: "Formy i metody kształcenia przeddyplomowego lekarzy". Wzięli w nim udział lekarze praktycy, nauczyciele akademicy reprezentujący dyscypliny teoretyczne i kliniczne, psychologowie i pedagodzy.

Było to kolejne spotkanie, z cyklu dotyczącego problemów kształcenia przeddyplomowego lekarzy, jakie odbywają się w Zakładzie Dydaktyki AM. Poprzednie dotyczyły kolejno: "Oceny nauczania zintegrowane /1-5.III.1982 r./ oraz "Celów kształcenia przeddyplomowego lekarzy oraz ich kompetencji" /13-15.XII.1982 r./.

Niniejsze opracowanie jest próbą przedstawienia głównych idei i myśli przewodnich jakie wyłoniły się w toku dyskusji oraz wniosków końcowych.

Aby przeprowadzić w sposób efektywny proces kształcenia należy uwzględnić wiele czynników i etapów.

Przedstawia to następujący schemat:



Zgodnie ze schematem w tym procesie rzeczą nadrzędną dla efektywnego nauczania jest określenie celów końcowych /1/.

Próbie takiego sformułowania celów przeprowadzono podczas seminarium w dniach 13 - 15. XII. 1983 r. i uznano, że celem podstawowym jest jak najpełniejsze wykształcenie lekarza pierwszego kontaktu.

O skuteczności funkcjonowania każdego systemu ochrony zdrowia w stosunku do jednostki i społeczeństwa decyduje efektywność podstawowej opieki zdrowotnej. Na tę efektywność składa się szereg czynników ale zasadniczym wśród nich jest lekarz pierwszego kontaktu a więc lekarz rejonowy, domowy, nazywany też lekarzem ogólnie praktykującym.

Problem kształcenia lekarza pierwszego kontaktu znajduje się obecnie w centrum zainteresowania i działań organizatorów ochrony zdrowia, dydaktyków klinicznych, pedagogów, socjologów i psychologów we wszystkich krajach rozwiniętych. Kształcenie to powinno

uwzględniać potrzeby określonego systemu ochrony zdrowia społeczeństwa nie tylko na dziś ale i perspektywicznie.

Absolwent wydziału lekarskiego, przy prawidłowym realizowaniu tych celów, powinien w ciągu studiów i stażu nabywać odpowiednie kompetencje pozwalające na prawidłowe funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia zgodnie z założonymi celami. Przez owe kompetencje rozumie się wiedzę, umiejętności i postawy oczekiwane od absolwenta, które ujawniają się w jego działaniu.

Aby osiągnąć tak zarysowane cele należy odpowiednio przeprowadzić sam PROCES /3/ nauczania. Obejmuje on nauczanie, uczenie się, a także utrwalanie nabytej wiedzy. Jego prawidłowe realizowanie zależy nie tylko od programu merytorycznego. Ogromne znaczenie ma wartościowe środowisko kliniczne pełne ożywienia intelektualnego, nowych myśli, twórczych postaw. Nie do przecenienia jest należyte przygotowanie nauczycieli akademickich, świadomych swej roli jako ludzi odpowiedzialnych za kształcenie młodych lekarzy. Konieczna jest atmosfera dająca poczucie studentom i nauczycielom, że jednym z głównych zadań Uczelni jest działalność dydaktyczna.

W takiej atmosferze możliwe jest realizowanie założonego programu merytorycznego za pomocą właściwie dobranych form i metod. Jest to bowiem następny ważny element procesu nauczania. Przy wyborze odpowiednich metod trzeba uwzględnić specyfikę kształcenia medycznego. Polega ona na połączeniu studiów uniwersyteckich ze studiami wybitnie zawodowymi. Nieco inne metody mogą być zastosowane w nauczaniu dyscyplin teoretycznych niż klinicznych, innych metod i form będzie wymagała tzw. medycyna społeczna.

W nauczaniu dyscyplin teoretycznych ogromnie ważne wydaje się być tzw. podejście systemowe oraz integracja wiedzy zdobywanej przez studentów. Wiedza teoretyczna bowiem powinna stanowić "nitkę", na którą w trakcie studiów zostaną nanizane szczegółowe wiadomości kliniczne. A więc musi być zwarta, zrozumiała i przejrzysta, dobrze przyswojona, aby mogła funkcjonować nie tylko w trakcie całych studiów ale także w ciągu wielu lat pracy lekarskiej. Należyte zrozumienie przez studentów zagadnień z zakresu wiedzy teoretycznej obejmuje również świadomość przydatności tej wiedzy dla całości kształcenia. Znany jest powszechnie pragmatyzm studentów medycyny. Wydaje się, że często nie pokazuje się im w sposób jasny i przekonujący wzajemnych powiązań między dyscyplinami. Stwierdzono wielokrotnie, że nauczanie zespołowo-problemowe daje duży przyrost nie tylko wiedzy merytorycznej ale także rozumienie zagadnień w szerokim tego słowa znaczeniu. Wszystkie sposoby umożliwiające więc integrację wiedzy będą dawały lepsze wyniki niż metody podające.

Wydaje się, że nauczanie dyscyplin teoretycznych daje duże możliwości wzbudzania zainteresowań badawczych studentów. Toteż przy doborze metod należy pamiętać o aspekcie poznawczym w motywacji kształcenia. Wydaje się, że nie tyle bierne asystowanie studentów przy prowadzeniu eksperymentów naukowych, co ich praktyczne uczestnictwo może przynieść spodziewane efekty, ożywiając równocześnie w wyobraźni studentów przedmioty teoretyczne. Konieczność samodzielnego przeprowadzania eksperymentów faktycznie prowadzonych badaniach może w znacznym stopniu uatrakcyjnić i przybliżyć wiedzę a niekiedy mieć

wpływ na jej integrację.

Nauczanie medycyny społecznej powinno również uwzględniać aspekt poznawczy. Jest to sfera kształcenia lekarza, która ciągle jest niedoceniana i lekceważona. Obejmuje ona problemy epidemiologiczne, organizacji ochrony zdrowia, socjologiczne oraz historię medycyny i statystykę medyczną. Z punktu widzenia założonych celów kształcenia medycznego są to zagadnienia ogromnej wagi dla lekarza pierwszego kontaktu. Nasz kraj, z punktu widzenia epidemiologii, stanowi szczególnie różnorodną mozaikę zdrowotną. Mamy tu choroby charakterystyczne dla krajów rozwijających się /np. gruźlica, problem umieralności niemowląt/ i dla rozwiniętych /np. zawały serca, cukrzyca, problem nadumieralności mężczyzn i starzenie się społeczeństwa/.

Ciągle w naszym społeczeństwie są w pełni aktualne także zagadnienia higieniczne, jak np. tworzenie właściwych zachowań zdrowotnych.

Organizacja ochrony zdrowia - tak krytykowana i niedoskonała zawiera w sobie ciągle niedocenianą profilaktykę.

Socjologia medycyny - a więc alkoholizm, narkomania, choroby psychiczne - to w tej chwili ogromne problemy społeczne, w rozwiązywaniu których rola lekarzy jest ciągle niedostateczna.

Tak więc medycyna społeczna to ogromna mozaika problemów nieodłącznie związanych z pracą lekarza, problemów ważnych, ciekawych i absorbujących. Stwierdzono, że sprawy psychologiczno-socjologiczne stanowią drugą co do wielkości, po chorobach układu oddechowego, grupę spraw z jakimi zgłaszają się pacjenci do lekarza w przychodni rejonowej.

Wydaje się, że w nauczaniu tego rodzaju zagadnień ogromną wartość mają metody aktywizujące, takie jak dyskusje, metody eksponujące - włączające w tok nauczania przeżywanie przez studentów konkretnych spraw i dramatów ludzkich /przydatna tu byłaby metoda inscenizacji/. Nie można też zapomnieć o metodzie obserwacji, która stanowi w zawodzie lekarza niczym nie dającą się zastąpić umiejętność.

Nieco inne problemy związane są z nauczaniem przedmiotów klinicznych. Tutaj kształcenie powinno przebiegać dwoma torami nie tyle biegnącymi równolegle, co zazębiającymi się: tzw, lecznictwo otwarte - szpitalnictwo.

Studenci w toku studiów powinni opanować:

1. Umiejętność diagnozowania chorych i to przez pryzmat nauk podstawowych, a więc rozpoznawać zaburzenia fizjologii, biochemii itp., a nie poprzez stawianie rozpoznania choroby lub kilku chorób.
2. Umiejętność terapii, opartej na empirii w większym stopniu niż obecnie.

Te dwie podstawowe umiejętności powinny funkcjonować w kontekście całego szeregu zagadnień socjologiczno-psychologicznych związanych z pacjentem.

Aby realizować taki program w warunkach braku dobrych, nowoczesnych podręczników, które obecnie są tzw. "podręcznikami do egzaminów" a nie podręcznikami do dydaktyki przy łóżku chorego konieczne jest stosowanie rozlicznych form i metod nauczania w klinikach i przychodniach.

Jak wynika z doświadczeń Łódzkiej Wojskowej Akademii Medycznej

metoda nauczania zespołowo-problemowego jest najbardziej przydatna w początkowym okresie nauczania klinicznego. Daje ona dobre rozumienie podstawowych zagadnień klinicznych. Nauczanie sytuacyjne jest znacznie skuteczniejsze na wyższych latach studiów.

Jak wynika z przedstawionego na wstępie schematu, dla prawidłowego przeprowadzenia procesu nauczania konieczne jest systematyczne stosowanie kontroli. Kontrola ta powinna być traktowana jako informacja zwrotna a nie forma represji i informować o tym

- w jakiej mierze każdy student przyswoił konieczne na poszczególnych poziomach kształcenia umiejętności /informacja zwrotna dla studenta/
- w jakiej mierze system nauczania spełnia wytyczone mu cele /informacja zwrotna dla nauczyciela/.

Kontrola procesu nauczania powinna być przeprowadzana na poszczególnych jego etapach, jak również w formie zintegrowanego egzaminu końcowego. Taki egzamin dostarczyłby najwięcej informacji na temat funkcjonowania systemu. Kontrole cząstkowe mogą przybierać różne formy. Bardzo efektywne wydaje się wprowadzanie kontroli w postaci informacji zwrotnej dla studenta już na poziomie wykonywania ćwiczeń. Przykładem może być stosowana od wielu lat z dobrym skutkiem tzw. metoda Kellera /metoda szkocka/ w naukach teoretycznych, czy też bardzo ciekawy egzamin kliniczny tzw. OSCE.

Reasumując:

Istnieją w naszym systemie kształcenia przeddyplomowego lekarzy jasne i powszechne akceptowane cele. Realizacja ich jest natomiast wysoce niedostateczna.

Należy dążyć do:

- **faktycznej i ścisłej integracji nauczania przedmiotów teoretycznych i klinicznych**
- **praktycznego nauczania medycyny ogólnej, biorąc pod uwagę epidemiologię zjawisk zdrowotnych.**

Prof. dr Henryk Bukowiecki

Wojciech Oczko, Króla Jegomości medyk, ksiąg

"Cieplice" /1578/ i "Przymiot" /1581/ autor

Motto: "Czego u nas nie dostawa: konsultowania.

Najbardziej to widzimy, kiedy mistrzowie mówić nie chcą. Czemu? Bo umiećby potrzeba" /Wojciech Oczko/.

Wojciech Oczko urodził się w Warszawie w r. 1537 w domu przy ul. Freta róg Świętojerskiej, w rodzinie stelmachów z dziada pradziada, umarł zaś w Lublinie w styczniu 1600 r.; żył lat 63, jak głosi epitafium, do dziś bardzo dobrze zachowane w kościele Bernardynów lubelskich. Prócz stelmachów - kołodziejów byli w tym rodzie książa: stryj Wojciecha - Wawrzyniec, brat starszy - Rosłan i bratanek Wincenty, syn Baltazara stelmacha, kanonik gnieźnieński, fundator epitafium lubelskiego.

Medykami w tej rodzinie byli: Wojciech Oczko, i wspomniany bratanek Wincenty. Talentem pisarskim zasłynął tylko Wojciech Oczko, skarbiąc sobie trwałą pamięć u potomności. Oczkowie dobrze rozumieli, że jedynie nauka pozwoli im, plebejuszom, wybić się wśród ówczesnego społeczeństwa. Duma z posiadania nauki przebija z przytoczonych w "motto" słów Wojciecha. Bratanek pisarza - Wincenty tylko dzięki doktoratowi, dostąpił, jako plebejusz, godności kanonickiej w katedrze

gnieźnińskiej. Charakterystyczne jest ufundowanie przezeń w tejże katedrze kaplicy grobowej dla siebie i swych następców, doktoryzowanych kanoników.

Wojciech Oczko odbywał naukę w Warszawie w szkole święto-jerskiej, jednej z pięciu szkół warszawskich owego czasu. Około r. 1559 wyjechał na studia do Akademii Krakowskiej, gdzie uzyskał stopień bakałarza w r. 1562. W dwa lata później zdobył tytuł magistra sztuk /magister artium/. Wywdzięczając się za stypendium przez rok nauczał w szkole kolegiackiej u św. Jana w Warszawie. W czerwcu 1565 wyjechał do Włoch i tam dopiero rozpoczął studia medyczne, w dalszym ciągu korzystając z zasiłków warszawskiej kolegiaty.

W czasie studiów zwiedził Włochy: Florencję, Padwę, Bolonię, Rzym. Poznał także południową Francję, słuchał wykładów w Montpellier; odbył podróż do Katalonii. W r. 1569 wrócił do Warszawy, gdzie objął stanowisko lekarza Kapituły kolegiackiej i zarząd szpitala przy kościele św. Marcina przy ul. Piwnej. Być może, już za czasów Zygmunta Augusta miał Oczko praktykę lekarską na dworze królewskim, o czym świadczy lubelskie epitafium.

W r. 1576, w dniu 7 sierpnia, Wojciech Oczko został powołany na stanowisko lekarza króla Stefana Batorego. Z ksiąg skarbowych wiadomo, że wyznaczono mu pensji rocznej zł. polskich 200, prócz tego diet tygodniowych 4 zł, ponadto codziennie wina po dwie kwarty, owsa na sześć koni /co dzień po trzy korce/. W r. 1582 król w dowód uznania wyznaczył swemu lekarzowi pensję dożywotnią 300 zł rocznie. Batory cenił Oczkę, mówiąc o nim: "mąż najwyśmienitszy dowiódł nam szczególnej swego umysłu prawości, dowcipu i nauki, a do tego wierność znakomitej".

Oczko odwzajemnił się królowi pochwałą jego uczoności w dziedzinie materii medycznej: "O rzeczach przyrodzonych, co Historiam Naturalem zowiem... kiedy mówić pocznie, z tym sercem i z tą gotowością, jakoby Dioskoryda albo Theophrasta z ręku dopieruczko puścił: Ziół, kamienia, drzew, kruszców, y rzeczy do lekarstw, które nam albo Indyje posyłają, albo tu domowe pola rodzą, przezwiska y własności tak umie, iż między nami /medykami/.. o takiego trudno".

Oczko prowadził życie niezmiernie ruchliwe. Był lekarzem szpitala św. Marcina, jeździł z królem Stefanem na wyprawy wojenne, miał rozległą praktykę prywatną, a jednocześnie w okresie 1576-1581 napisał znakomite dzieło lekarskie "Przymiot", wydane w drukami Łazarza Andrysowicza w Krakowie. /O niezwykle ożywionym ruchu umysłowym owych czasów w Polsce świadczy wydanie 7200 druków, zestawionych w "Bibliografii Polskiej XV i XVI stulecia" K. Estreichera z r.1875/.

Druk traktatu medycznego o przymiocie był poprzedzony wydaniem w r. 1578 pierwszej u nas rozprawy balneologicznej "Cieplice" Wojciecha Oczki.

W r. 1881 ukazało się wydanie jubileuszowe "Przymiotu" i "Cieplie"; obejmuje ono: 1/ reprodukcję drzeworytu dłuta dr J. Peszkiego, przedstawiająca pomnik Wojciecha Oczki w kościele O.O. Bernardynów w Lublinie, 2/ dedykację prezesowi Akademii Umiejętności w Krakowie, prof. dr Józefowi Majerowi, 3/ wstęp pióra dr. E. Klinka /I-V/, 4/ życiorys i ocenę stanowiska naukowego W. Oczki również pióra dr. E. Klinka /do CX/, 5/ rozprawę o języku dzieł Wojciecha Oczki prof. mgr. Adama Antoniego Kryńskiego /do CXXXV/, 6/ repro-

dukcję listu W. Oczki z r. 1584, 7/ "Przymiot" - reprodukcja karty tytułowej i przedmowy oraz "Przymiotu księgi pierwsze" /1-208/, "Przymiotu księgi wtóre" /209-476/ - przedruk, 8/ "Cieplice" - karta tytułowa, dedykacja podkanclerzemu O. Wołowiczowi /479-481/, przedruk treści "Cieplic" /482-544/.

Zdaniem prof. Kryńskiego "styl Oczki raz zbliża się do wzorowego języka Łukasza Górnickiego, to znowu obrazowością swoją i dobitnością przypomina prostotę Rejowego wysłowienia, z tą wszakże różnicą, że Oczko w zakresie składni jest od Reja nierównie poprawniejszy".

Oczko dzieli nauki lekarskie na trzy części: medycynę domową, apteczną i chirurgię. Zgodnie z zachętą autora "za medycynę domową jako pospolitszą na ten czas sye weźmy". Rozdział pt. "Dieta" z "Przymiotu" nie utracił do dziś znaczenia, jak o tym przekonać mogą następujące wyjątki, dotyczące klimatu, pożywienia, napojów i ćwiczeń fizycznych.

"We Włoszech pomarańcza, cytr albo granat sye rodzi, ale zdrowiu tam wiatr tak przykry, że z lada czego gorączka i choroby gwałtowne, co do dni kilku zabijają. Patrzymy jako u nas chłopu usieka, do dni kilkanaście - zdrów. A tam za lada rankę ze świętymi sye wita".
Przeciw nadużywaniu przypraw: "Korzenno pułmiskując, krew dobrą suszą a palą: a z takiej co wzbudzisz? weźmi pszenicę y uprażywszy wsiey, ujrzysz jeśli roley nie zawiedziesz". "Pieprz, goździki, imbir, muszkat, cynamon, kmin, powidła, ocet, cukier, sól, cebulę, pietruszkę, limonię, wino etc. a kto taką mieszaninę zdrową być powie?"

"Umierkowanie w iedzeniu lat przedłuża... Taki człowiek pamięć, rozum, radę na pogotowiu ma, „przyjacielowi ucieszny, sąsiadowi miły, sobie nie przemierzły, na potomki trzecie albo czwarte patrząc z wielką uciechą żywie". "Plugawce mówią: Kiedym pijał, byłem zdrów, teraz wszystko mi szkodzi". Oczko tłumaczy: "Nie dlategoś ty był zdrów, żeś pijał, iedno żeś był zdrów, tedyś pijał". "A cóżby nasz pacjent pić miał?" - pyta dalej Oczko i odpowiada: "Naturam naszym lepsze piwo zwłaszcza z dobrej wody, z pszenice czystej, w miarę ochmielone, bo to posili, pragnienie zagasi, plugastw przyrodzonych bardzo dobrze popędzi".

"Nie ganić wina, które ludzi starych mlekiem nazywają. Jeśli choremu naszemu pić przydzie wino, niechay będzie ryńskie albo węgierskie, nie młode, nie stare, ale lat trzech, czterech, wonne, przezroczyste, farba złotu podobne, w miarę słodkie, nie przyprawne, a co najważniejsze pić go mało".

"Młodych nie częstuję winiem; Plato go im w swej rzeczypospolitey zabrania, zabrania go i niewiastom, stąd owe całowanie niewiast powstało, aby mężowie ich trzeźwości sye doznali".

Zdaniem Oczki praca fizyczna, i ćwiczenia cielesne utrzymują człowieka w dobrym zdrowiu. "Rola odłogiem leżąc nikczemnieje; woda jeśli nie ciecze uśmierdza sye; szaty mole iedzą; żelazo albo insze kruszce rdza gryzie, koń by snadź Arabski zepsieje; pies pola zależy; wszystkie rzeczy przez używania a pracey nikczemnieją; a cóż więcej człowiek?". "Praca człowieka hamuje od złego, a przywodząc do zdrowia wypędza choroby". Oczko zachęca do ćwiczeń fizycznych, pisząc:

"Galen najbardziej chwalił piłki małej rakiety granie, której w prawdziwej sztuce nie znają... Kto na koniu siedzi, wierze, że i pracuje, ale grzbiet, krzyż a łopatki najbardziej; kto łańcuje, nogi tylko; kto sznurkuje, młóci albo sye dREW imię, - ramiona albo ręce tylko; ale nie jest to ciała ćwiczenie: jest to robota, a praca, przeto Galen piłkę chwalił, iż wszystko ciało sye w niej pozwoli zagrzać, a zapociec może". Ćwiczenia niech będą latem, stanowi, pici służyć: bo pannie szrymować, mnichowi z kopiją gonić, wielkiemu panu siekirą rabić, więźniowi na przejażdżki jeździć, rozkazać nie przystoi".

Oczko na każdym kroku składa dowody wielkiego rozsądku, żąda od lekarza nie tylko znajomości ksiąg, ale i bystrości umysłu oraz doświadczenia; jest zdecydowanym przeciwnikiem wymyślnych i bardzo złożonych leków, charakterystycznych dla wieków średnich.

Ostatnie lata życia Oczko spędził w Warszawie w swojej posiadłości na Waliszewie, między ul. Mostową i Rybakami, gdzie dziś jest klasztor i kościół Dominikanów, pobudowany na gruntach Oczkowskich, po śmierci lekarza. Umarł Oczko w Lublinie w czasie podróży na początku stycznia 1600 r. Dat urodzin i śmierci nie przytacza epitafium Wojciecha Oczki w kościele Bernardynów lubelskich. W ścianie prawej nawy kościoła jest piękny, marmurowy, renesansowy pomnik nagrobkowy, przedstawiający Wojciecha Oczkę, klęczącego pod krzyżem.

W naszym przekładzie treść napisu nagrobkowego jest następująca: "Wojciechowi Oczce, ceniom jego i przodków, sławnemu królów polskich: Zygmunta Augusta, Stefana i Zygmunta III nadwornemu lekarzowi i sekretarzowi, zacnemu, roztropnemu, wielkodusznemu, łagod-

nemu i dobroczynnemu Wincenty Oczko, doktor medycyny, kanonik gnieźnieński i łowicki, Stryjowi i Dobroczyńcy najgodniejszemu postawił /nagrobek/. Żył lat 63 i był najznakomitszym mężem miły i pożądanym z powodu wielorakich zalet wymowy i znajomości języków".

Lesław Grzegorzcyk

Wkład wybitnych Rzeszowian w rozwój polskiej medycyny

Chciałbym podjąć próbę naszkicowania udziału wybitnych Rzeszowian w rozwoju nauk medycznych w naszym Kraju. Od razu nasuwa się pytanie: czy istniał naprawdę ten rzeszowski wkład w polskie nauki medyczne? Czy mamy prawo tak powiedzieć, czy byli rzeczywiście Rzeszowianie, którzy tworzyli polską naukę medyczną?

Będę starał się przekonać Szanownych Słuchaczy, że byli, że decydowali o rozwoju polskiej medycyny, że ten dorobek rzeszowski jest wielki, a nawet musiał być wielki. A dlaczego "musiał" - spróbuję to naświetlić pośrednio.

Żył w latach 1736 - 1821 uczeń, a potem nauczyciel starego rzeszowskiego kolegium - Antoni Karwowski, nie-lekarz, pijar. Wydał wiele książek, w tym kilka swoich własnych przekładów francuskich prac medycznych. Jeden z tych przekładów - to dzieło Tissota o wymownym tytule "Troska o zdrowie". Był to rok 1774. Przeskoczę teraz o lat 200. Jest przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych naszego wieku. Żyje wtedy jeszcze Mieczysław Adamowski, ostatni dyrektor I gimnazjum rzeszowskiego i pierwszy jego dyrektor w Polsce Ludowej. Dyrektor i wychowawca wielu pokoleń młodzieży rzeszowskiej, także mój dyrektor.

I oto od dyrektora Adamowskiego otrzymuję, jako miły dla mnie prezent, maszynopis pracy, którą przygotował. Tytuł pracy: Sprawy medyczne u Herodota. Mieczysław Adamowski nie był lekarzem, był filo-

logiem klasycznym, znawcą łaciny, greki, ale w każdym calu "czuł" medycynę jako humanista, bo przecież medycyny od humanizmu odzielić nie można, o czym - niestety - w okresie technicyzacji medycyny często się zapomina.

Był więc w Rzeszowie, zwłaszcza w tym jego "starym gimnazjum", które przed miesiącem obchodziło 325-lecie swego istnienia, swoisty genius loci, który promieniował na Rzeszów i nie tylko, także na duży teren od Wisły po Karpaty, od Wisłoki po San, skąd rekrutowali się wychowankowie tego gimnazjum. Był to duch humanizmu i humanistycznego pojmowania wiedzy, w tym także medycznej.

Chciałbym mówić o wybitnych polskich lekarzach, których urodzenie czy też wychowanie i nauka w "starym" gimnazjum związała z Rzeszowem, których umysłowość i społeczna pasja kształtowała się właśnie w Rzeszowie. I dlatego pozwoliłem sobie na ten wstęp, tylko pozornie niezwiązany z tematem mego doniesienia.

Mówiąc o ludziach z Rzeszowem związanych, stąd się wywodzących, należy zwrócić wyraźnie uwagę, że ich działalność i twórcza praca medyczna przypadała na lata pozarzeszowskie. Nie dziwny się: małe galicyjskie miasteczko, Rzeszów, było za ciasne na miarę wielkości, którą reprezentowali.

- Wojciech Józef Boduszyński. Urodził się w Rzeszowie w r. 1768. Uczeń starego gimnazjum rzeszowskiego. Mówi o nim w swym "Słowniku Lekarzy Polskich" z r. 1888 Stanisław Koźmiński: "nauk filozoficznych i lekarskich słuchał we Lwowie i Wiedniu, gdzie z r. 1797 uzyskał stopień doktora medycyny. Z początku praktykował we Lwowie

i Przemysłu, później pełnił obowiązki fizyka obwodu tarnowskiego. W r. 1811 objął w Uniwersytecie Krakowskim Katedrę Kliniki Lekarskiej, historii medycyny medycyny sądowej, tudzież policji lekarskiej. Od 1814 r. wykładał patologię i terapię ogólną i szczegółową, wraz z kliniką, higieną, semiotyką i farmakologią". Dziś te przedmioty wykłada dziewięciu profesorów. Po powołaniu wolnego miasta Krakowa został mianowany protomedykiem. W r. 1818 "uwolnił się od obowiązku profesora kliniki lekarskiej, zatrzymał wykład patologii i terapii ogólnej oraz farmakologii i obowiązki te spełniał do śmierci" /Koźmiński St., 1888/. Zmarł w r. 1832. A więc jeden z pierwszych profesorów patologii i farmakologii w Krakowie był wychowankiem rzeszowskiego gimnazjum, był Rzeszowianinem.

- Dr Teofil Józef Kwaśniewski, to kolejny profesor, kierownik katedry położnictwa, chorób dziecięcych i kobiecych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Urodził się w Staszowie w r. 1792, tam uczęszczał do szkoły powszechnej, do gimnazjum w Rzeszowie. W r. 1809 został urzędnikiem w dyrekcji żywności wojska. Warto zwrócić uwagę, że ten urzędnik ma wtedy lat aż 17! Pewno poszedł do wojsk ks. Józefa Poniatowskiego, który właśnie wtedy - po bitwie raszyńskiej - przeganiał Austriaków z Galicji. Potem w Krakowie "oddawał się naukom w części na wydziale filozoficznym, w części na lekarskim" /Koźmiński St., 1888/. Zwracam tutaj uwagę Państwa! "Oddawał się naukom". Jakie piękne i głębokie określenie, którego dziś nie używamy, pewno ze szkoda, zwłaszcza, że nie o wszystkich "uczonych" można powiedzieć, że "naukom się oddają". W r. 1816 wyjechał Kwaśniewski na studia

do Wiednia, dzięki pomocy ks. Elżbiety z Czartoryskich Lubomirskiej. Stopień doktora medycyny uzyskał w Landshut w 1818 r., poczem osiadł w Krzeszowicach, gdzie dał się poznać jako znakomity lekarz. W 1825 r. objął urząd lekarza okręgu wolnego m. Krakowa, pozostając na nim przez 10 lat. W r. 1835 wygrał konkurs na kierownika Katedry Położnictwa, Ginekologii i Pediatriki. Pod koniec życia przeniósł się do Warszawy, gdzie umarł w r. 1867. Kościński przytacza trzy jego prace naukowe: 1/ De functione partus /Landshuti, 1818/, 2/ O potrzebie wczesnego wydobycia łożyska, 3/ O sztucznem bezczuciu rodzących za pomocą chloroformu. /Roczn. tow. nauk. krak. Roczn. 2-gi tom VI, 1852/. Tutaj zwracam uwagę. Rok wydania 1852. A więc Kwaśniewski to jeden z pionierów anestezjologii polskiej.

Teraz parę słów o Józefie Dymnickim. Urodził się we Fryszta-ku w r. 1826. Uczył się w Jaśle, gimnazjum kończy w Rzeszowie. Dymnicki ukończył dwuletni wydział filozoficzny, w Przemyślu czteroletni teologiczny /seminarium duchowne/, potem medycynę od 1850 r. w Krakowie, w r. 1855 uzyskał doktorat medycyny, został asystentem kliniki położniczej. Czyli ksiądz-lekarz. Na pewno nie spełniał obowiązków księdza, bo nie było wolno być równocześnie księdzem i położnikiem. Ogłosił Dymnicki 33 prace w języku niemieckim, głównie dotyczą one leczenia i rozpoznawania przymiotu /kiły/ oraz efektów leczenia balneologicznego. A więc jeden z pierwszych balneologów polskich. Pracował w Królewcu, na Kujawach, a od 1858 r. w Busku Zdroju. Żył długo, zmarł w 1918 r. /Kościński St., 1888/.
Trzy życiorysy: Boduszyński, Kwaśniewski, Dymnicki - a sami pionie-

rzy: farmakologii, anestezjologii, balneologii.

Stopniowo zbliżamy się do lat, które już pamiętamy. Okupacja niemiecka, noc z 4/5 lipca 1941 r. We Lwowie ginie 25 profesorów polskich Uniwersytetu Jana Kazimierza, rozstrzelanych przez Niemców na stokach wuleckich. To wtedy ginie Tadeusz Boy-Żeleński, profesorowie Bartel, Grek, Ostrowski, Ruff, Sieradzki i inni. Ginie także rozstrzelany, emerytowany już wówczas profesor interny we Lwowie, 75-letni dr Roman Rencki, Rzeszowianin, wychowanek starego gimnazjum rzeszowskiego.

Roman Henryk Rencki, znakomity internista, był profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i potem we Lwowie Uniwersytetu Jana Kazimierza. Urodzony w Rzeszowie w r. 1867, nazywał się Roman Kamyk, dopiero później zmienił nazwisko. Roman Rencki, dyrektor uniwersyteckiej Kliniki Chorób Wewnętrznych we wspomnieniach /Roczniki Polskiej Akademii Umiejętności, 1946/ charakteryzowany jest jako "człowiek o niezwykłym autorytecie, o niewyczerpanej inicjatywie, o zdolności rzadkiej doprowadzania rozpoczętej rzeczy do zamierzonego końca. Wraz z nim zginął jeden z motorów polskiego życia lekarskiego" /Roczniki Polskiej Akademii Umiejętności, 1946/.

Prace naukowe prof. Renckiego dotyczyły w dużej części problemów hematologicznych. Pamiętajmy, że chodzi o czasy, gdy walka z chorobami krwi w Polsce - zresztą nie tylko - dopiero się zaczyna. Inne prace badawcze prof. Renckiego dotyczyły problematyki ziarniaka złośliwego oraz gastrologii. Obok pracy naukowej dużo czasu i starań poświęcał Rencki pracy pedagogicznej, dydaktycznej. "Miał

jasny sposób wykładania, zaadaptowany do umysłów młodych słuchaczy, umiał wpoić formę logicznego, ale także intuicyjnego traktowania problemów klinicznych" /Roczniki Polskiej Akademii Umiejętności, 1946/. Prof. Rencki był jednym z najświetniejszych internistów polskich i najwybitniejszych naukowców w zakresie chorób wewnętrznych. Był ponadto społecznikiem. Własnym kosztem wybudował w lwowskiej klinice oddział dla gruźlicy. Doprowadził do wybudowania w Morszynie nowoczesnego domu zdrojowego, własnym kosztem ufundował kościół w Morszynie oraz część wspomnianego domu zdrojowego. Stworzył w Morszynie stację lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych oraz pracownię analityczną. Przypominam - są to lata dwudzieste. Współpraca klinik medycznych z uzdrowiskami zaczęła się naprawdę w 50 lat później, choć prof. Tempka z Krakowa wiąże swą klinikę z Krynicią w tych samych latach. Rencki to wspaniały lekarz, znakomity internista, niezwykle zasłużony dla rozwoju polskiej nauki medycznej. A więc dawał Rzeszów, dawało to stare gimnazjum rzeszowskie poprzez swych wychowanków wielki wkład w rozwój nauki polskiej.

Rzeszowianinem był więc wspaniały polski internista okresu międzywojennego, Rzeszowianinem był także jeden z najznakomitszych chirurgów polskich pierwszej połowy XX wieku - prof. Jan Glatzel. W przeciwieństwie do wcześniej przedstawianych wybitnych polskich lekarzy o rzeszowskim rodowodzie, Glatzel nie uczęszczał w Rzeszowie do szkoły średniej.

Jan Glatzel urodził się 26.VI.1888 r. w Rzeszowie. Jego rodzina była od co najmniej dwóch pokoleń ściśle związana z Rzeszowem. Po ukończeniu szkoły powszechnej oraz szkoły średniej Gimnazjum II

im. św. Jacka w Krakowie/ w 1906 r., Jan Glatzel rozpoczął na Wydziale Lekarskim UJ studia, które ukończył w 1912 r. uzyskując tytuł doktora wszech nauk lekarskich.

W chwili wybuchu I wojny światowej Glatzel wraz z utworzoną tzw. "grupą chirurgiczną prof. Rutkowskiego" wyruszył na front rosyjski, potem włoski, niosąc pomoc operacyjną rannym w szpitalach polowych. Pod koniec wojny Glatzel pracował już jako samodzielny ordynator oddziału chirurgicznego szpitala załogi Krakowa /Grzegorzczuk L., Małek P., Kulinowski J., 1980/. Po powrocie do swego macierzystego oddziału chirurgicznego w 1919 r. Glatzel został pierwszym asystentem kliniki w 1923 r. habilitował się z zakresu chirurgii na Wydziale Lekarskim UJ w Krakowie, a następnie jako stypendysta Fundacji Rockefellera odbył roczne studia chirurgiczne w Paryżu i Londynie. Po powrocie do kraju, pracując na stanowisku I asystenta Kliniki, prowadził wykłady z zakresu chirurgii ogólnej. W r. 1929 Jan Glatzel został mianowany profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem II Kliniki Chirurgicznej UJ /Grzegorzczuk L., Małek P., Kulinowski J., 1980/.

Prof. Glatzel był już wówczas znakomitym, podziwianym w kraju i za granicą chirurgiem, uważanym powszechnie za jednego z najlepszych w Polsce. I w życiu, i w pracy cechowała go odwaga. Swoje demokratyczne przekonania wyraził podpisując np. protest przeciw uwięzieniu posłów na Sejm w Brześciu /Grzegorzczuk L., Małek P., Kulinowski J., 1980/. Był znawcą sztuki. Obrazy świetnych polskich malarzy z kolekcji zapisanej przez Glatzla Muzeum Narodowemu w Su-

kiennicach, możemy oglądać do dziś. Koledzy Absolwenci myślą zapewne teraz o Renckim, który ufundował kościół i dom zdrojowy, o Glatzlu, który ufundował galerię obrazów Malczewskiego, Michałowskiego, Kossaka i pewno myślicie, ile trzeba by Waszych pensji lekarskich na tego typu fundacje.

Po rozwiązaniu II Kliniki Chirurgicznej prof. Glatzel pracował jako ordynator oddziału. W 1937 r. prof. Rutkowski przeszedł na emeryturę, a prof. Glatzel został powołany na stanowisko kierownika I Kliniki Chirurgicznej UJ, jedynej wówczas kliniki chirurgicznej w Krakowie. Był nie tylko znakomitym chirurgiem, ale także z ogromną pasją oddawał się pracom nad rozbudową i unowocześnieniem Kliniki, w której powstały nowe pracownie.

Po wrześniu 1939 r. w pierwszym okresie okupacji nadal pracował w Klinice. Zmuszony przez hitlerowców do opuszczenia Kliniki w 1941 r., powrócił do niej zaraz po wyzwoleniu Krakowa 18.I.

1945 r.

I znowu z energią przystąpił do odbudowy zniszczeń w Klinice. W tym czasie profesor pełnił, obok obowiązków kierownika I Kliniki Chirurgicznej, funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego UJ oraz prezesa Towarzystwa Chirurgów Polskich. Pracował z zapałem mimo pogarszającego się stanu zdrowia /Grzegorz L., Małek P., Kulinowski J., 1980/. Długotrwała choroba zmusiła profesora do stopniowego zmniejszania swej chirurgicznej aktywności. Odejście prof. Glatzla w r. 1948 od umiłowanej pracy i Kliniki na emeryturę zbiegło się z pogarszaniem stanu zdrowia. Dnia 30.III.1954 r. prof. Jan Glatzel umiera.

Przypominam życiorys prof. Glatzla, wspaniałego polskiego chirurga, o rzadko spotykanej technice operacyjnej, o której dziś jeszcze wiele można usłyszeć od lekarzy starszego i średniego pokolenia. Nieżyjący już prof. Laskownicki pisze, że techniką operacyjną Glatzla podziwiano w kraju i za granicą. Na jednym ze zjazdów chirurgicznych - wspomina prof. Laskownicki - Włosi wybiegali z sali operacyjnej, w której operował Glatzel, z okrzykiem *il diavolo*. Szybkość i równocześnie staranność przeprowadzanych zabiegów były wręcz niewiarygodne /Laskownicki St., 1980/.

Jednakże młodsze pokolenie lekarskie i studenci wiedzą dziś o profesorze Glatzlu stosunkowo niewiele. Może jest tak dlatego, że wśród 22 ogłoszonych, przez profesora prac nie było podręczników chirurgii i dlatego, że znane metody operacyjne nie łączą się z nazwiskiem Glatzla, może wreszcie i dlatego, że chory profesor spędził ostatnie lata swego życia poza kliniką i uczelnią. Prace naukowe Profesora, poświęcane w większości chirurgii jamy brzusznej, dotyczyły jednak bardzo istotnych wówczas i do dziś aktualnych modyfikacji zabiegów i pracy chirurgicznej. Mówiąc te słowa chciałbym przybliżyć postać znakomitego chirurga zwłaszcza młodym pokoleniom lekarskim. Droga życiowa prof. Glatzla, trudna, mozolna, pełna przejść wojennych i zakrętów, poświęceń i ofiarności, a nade wszystko ciężkiej pracy, jest dla nas i dlatego bliska, że jest charakterystyczna dla wielu polskich naukowców i lekarzy z tych lat, na które przypadło jego życie.

Chronologicznie powinienem w tej chwili przedstawić sylwetkę twórcy polskiej bibliografii lekarskiej, absolwenta rzeszowskiego

gimnazjum - prof. dr. hab. Stanisława Konopki. Wszyscy Szanowni Słuchacze zdają sobie sprawę z tego, że bez bibliografii nie ma rozwoju nauki, bez bibliografii lekarskiej nie ma rozwoju medycyny. Ale o prof. Konopce powie nam najlepiej kontynuator Jego dzieła w Głównej Bibliotece Lekarskiej w Warszawie, dyrektor tej Biblioteki, Pan dr Janusz Kapuścik.

Poza przedstawionymi tutaj sylwetkami naukowców, wielu było zasłużonych lekarzy rzeszowskich, na ówczesne lata znakomitych, polityków i organizatorów życia społecznego. Ale mogę mówić tutaj tylko o tych, którzy wnieśli istotny wkład w rozwój polskiej medycyny. Wspomnę więc tylko jeszcze o jednym lekarzu rzeszowskim, niezwiązanym z uczelnią wyższą, którego dorobek zasługuje na szczególne uznanie. Myślę o jednym z pionierów higieny i epidemiologii na ziemiach polskich - dr med. Józefie Barzyckim. Był on długoletnim lekarzem powiatowym w Rzeszowie. Dr Józef Barzycki był autorem wielu prac z zakresu statystyki lekarskiej, higieny i zdrowia publicznego. Pamiętajmy, że prace te przypadają na drugą połowę XIX wieku. Szczególnie znana jest praca pt. "Szkice statystyczne o śmiertelności w Austrii z lat ośmiu /1875 - 1882/ ze szczegółowem uwzględnieniem Galicyi i W.ks.krakowskiego". Praca ta, wydana w Rzeszowie w 1886 roku stanowić może po dzień dzisiejszy wzór rzetelności i szerokiego spojrzenia na zdrowie. Dr Józef Barzycki był ponadto redaktorem "Zbioru ustaw i rozporządzeń sanitarnych ze szczególnym uwzględnieniem Galicyi i W. Księstwa krakowskiego" /autorzy: Józef Barzycki, Zdzisław Lachowicz, Leon Kruszyński. Lwów 1899 r./.

Wśród trzynastu prac Józefa Barzyckiego, które prof. Konopka wymienił w Polskiej Bibliografii Lekarskiej XIX wieku, przeważają prace z zakresu higieny. Na szczególne uwzględnienie zasługują także najrozmaitszego typu wskazówki higieniczne i sanitarne dla ludności. Możemy więc śmiało nazwać Józefa Barzyckiego krzewicielem higieny i oświaty sanitarnej w Polsce południowo-wschodniej. Rzadka to w tych latach działalność i nie sposób o niej zapomnieć. Trzeba też przyznać, że współczesne prace historyczno-medyczne często wymieniają nazwisko tego znakomitego higienisty, niesłusznie dzisiaj zapomnianego. W przeciwieństwie do wcześniej przedstawionych sylwetek wybitnych Rzeszowian, Józef Barzycki nie był związany urodzeniem i swą młodością z Rzeszowem, w pierwszych latach pracy lekarskiej zatrudniony był w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, tam ukazywały się pierwsze jego publikacje. Potem związał się z Rzeszowem na długie lata, Rzeszowowi poświęcił też niektóre swe prace i badania /Woda studzienna w miastach i miasteczkach powiatu rzeszowskiego. Rzeszów, 1888, druk J.A. Pelara/, zmarł w Rzeszowie i mamy prawo określić go jako Rzeszowianina.

Drodzy Koledzy Absolwenci, za chwilę już Lekarze!

Staralem się przedstawić Wam w tym wykładzie, kończącym formalnie Wasze studia lekarskie, kilka wybitnych postaci lekarskich, kilku wielkich lekarzy, polskich profesorów, których umysłowość kształtowała się w Rzeszowie. Chcę zwrócić uwagę, że ci wybitni lekarze, ludzie wspanialej wiedzy fachowej, byli także prawdziwymi społecznikami, humanistami, naukowcami o żarliwej życzliwości dla ludzi, byli nieskazitelnymi

Polakami, patriotami. Te cechy muszą charakteryzować każdego polskiego lekarza.

Chciałem pokazać Wam dzisiaj rzeszowski rodowód tych, którzy rozwijali polską medycynę. Jest to potrzebne. Rzeszów - to miejsce ostatnich lat Waszych studiów lekarskich. Obowiązkiem Katedry Nauczania Klinicznego krakowskiej Akademii Medycznej w Rzeszowie, w której odbywaliście ostatnie lata studiów, jest nawiązywanie do pięknych tradycji: Konopki, Glatzla, Renckiego, Barzyckiego, Boduszyńskiego, Kwaśniewskiego, Dymnickiego. Stąd też właśnie dzisiejszą uroczystość pragnęliśmy połączyć z nadaniem sali Rady Katedry imienia Stanisława Konopki - jednego z tych wielkich profesorów.

Życzę Wam, Drodzy Koledzy, w chwili lekarskiego startu, by nie zabrakło Wam żarliwości i zapału w pogłębianiu wiedzy i kwalifikacji fachowych, życzę Wam niezmiennej wiary w człowieka i życzliwości dla człowieka, zgodnie z duchem tradycji, której częśćkę starałem się Wam przedstawić.

x/ Wykład wygłoszony na uroczystości nadania sali Rady Katedry imienia Stanisława Konopki połączonej z wręczeniem dyplomów lekarskich absolwentom Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie /grupa rzeszowska/ z roku akademickiego 1982/83.

Uroczystość odbyła się w dniu 9. XI. 83 r.

Piśmiennictwo

1. Grzegorzczak L., Małek P., Kulinowski J.: Pol. Tyg. Lek.,
1980, 3.
2. Koźmiński Stanisław: Słownik Lekarzy Polskich, Warszawa, 1888.
3. Laskownicki St.: Szpada, bagnet, lancet. Wrocław, 1970.
4. Roczniki Polskiej Akademii Umiejętności 1939/1945. Kraków, 1946.

Mgr Hanna Bojczuk
Biblioteka Główna A.M.

De Bibliotheca Societatum Medicorum Varsoviensis - Biblioteka
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego /1821 - 1944/.

/Doktor Stanisław Kościński/1837-1883/, kolejny bibliotekarz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w latach 1871-1883 ^{1/}.

Po ustąpieniu ze stanowiska bibliotekarza doktora Szymona Portnera pod koniec 1871 roku, opiekę nad księgozbiorem Towarzystwa powierzono doktorowi Kościńskiemu ^{2/}, który podobnie jak jego poprzednicy pracę w bibliotece rozpoczął od kontroli i porządkowania księgozbioru liczącego już wówczas około 6000 dzieł ^{3/}. Na liczbę tę złożyło się 4608 dzieł "rzadko przez ...poprzednika systematycznie ułożonych", oraz kilka tysięcy nie spisanych duplikatów, dzieła z księgozbiorów ofiarowanych Towarzystwu przez doktorów Aleksandra Le Bruna /1803-1868/, Adama Helblich /1797-1881/ oraz rozprawy inauguralne nadesłane przez Wileńskie Towarzystwo Lekarskie ^{4/}. Po zakończeniu kontroli dzieł objętych ówczesnym katalogiem Biblioteki, Kościński wraz z doktorem Józefem Stummerem /1832-1895/ przystąpił do porządkowania dubletów oraz dzieł treści nielekarskiej oddzielając od dzieł naukowych utwory beletrystyczne, które wkrótce sprzedano. Unikalne dzieła naukowe, których dotychczas w Bibliotece nie było natychmiast włączono do księgozbioru ^{5/}. W sprawie upłynnienia zbędnych dzieł naukowych Kościński prowadził korespondencję z innymi towarzystwami naukowymi oferując im kupno, lub też wymianę tych

dział^{6/}. Porządkując księgozbiór Biblioteki Kościński jednocześnie przygotowywał materiały do druku dodatku do wydanego przez Szymona Portnera w roku 1869 "Katalogu Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego"^{7/}. W dodatku tym, który ukazał się w styczniu 1875 roku⁸, jako "Dopełnienie I"⁹, Kościński zamieścił 1571 tytułów dzieł jakie wpłynęły do księgozbioru Towarzystwa od roku 1869 do 1874. włącznie¹⁰ Wszystkie zamieszczone w tym "Dopełnieniu" dzieła Kościński uszeregował według zasad przyjętych przez Portnera w wydanym przez niego katalogu¹¹.

Zapoznając się bliżej z wprowadzonym przez Portnera działowym układem książek na półkach, Kościński szybko doszedł do wniosku, że przy stałym wzroście księgozbioru system ten wprowadza sporo nieładu powodowanego zarówno ograniczoną pojemnością szaf bibliotecznych, jak też przydzielania tak zwanych "klocków" do działu jakiemu odpowiadała treść zagadnienia omówionego w pierwszej składce klocka. Książki dużego formatu, które nie mieściły się na półkach w odpowiednim dla nich dziale ustawiano na innych, odpowiednich dla ich formatu półkach. Nowe nabytki, zgodnie z przyjętym przez Portnera systemem upychano pomiędzy dzieła już ustawione na półkach, w miarę potrzeb rozbudowując cyfrowy system oznakowania tych dzieł dodatkowymi symbolami cyfrowo-literowymi, W wyniku tego rodzaju ustawienia książek wkrótce zabrakło miejsca na nowe nabytki, które albo na siłę wciskano pomiędzy już stojące, albo przenoszono gdzie indziej, pozostawiając jedynie kartkę z adresem, gdzie należy ich szukać. Toteż Kościński, który podczas swych krajowych i zagranicznych wycieczek

poznawał także organizację większych bibliotek naukowych, postanowił zmienić działowy system układania książek na półkach, na bardziej praktyczny i powszechnie już wówczas stosowany przez większe biblioteki naukowe, a mianowicie według bieżących numerów inwentarza. W tym celu własnym kosztem ufundował specjalną księgę inwentarzową do której pod kolejnym, bieżącym numerem wpisywał nowe nabytki i w takim samym porządku ustawiał je na półkach. Według tego inwentarza /katalogu repozytorialnego/ na koniec 1875 roku w Bibliotece Towarzystwa było 6860 dzieł¹². Wprowadzenie nowego układu książek na półkach oraz ich przeinwentaryzowanie ułatwił Koźmińskiemu fakt przeniesienia pod koniec 1873 roku siedziby Towarzystwa wraz z Biblioteką do nowego, własnego budynku przy ulicy Niecałej 7¹³. Obok powyżej wspomnianej księgi inwentarzowej Koźmiński opracował wzór tak zwanej "cedułki", czyli luźnej kartki z nadrukiem do sporządzania kartkowego katalogu, a po uzyskaniu odpowiedniego funduszu na druk owych cedulek przystąpił do spisywania, z bibliograficzną dokładnością katalogu alfabetycznego /"cedułkowego"/, dzieł znajdujących się w ówczesnym księgozbiórze Biblioteki Towarzystwa. Rozpoczęte pod koniec 1874 roku prace nad sporządzaniem katalogu alfabetycznego Koźmiński, przy pomocy swej małżonki zakończył w grudniu 1875 roku¹⁴. Po czym przystąpił do sporządzania nowego katalogu rzeczowego zwanego wówczas "katalogiem umiejętniczym". Poszczególne karty do tego katalogu Koźmiński szeregował w porządku systematycznym, według działów wiedzy lekarskiej. Po przygotowaniu tego katalogu wystąpił z projektem wydrukowania go, wskazując na konieczną potrzebę posiadania tego

rodzaju informatora ¹⁵. W ciągu następnych lat sprawa druku aktualizowanego katalogu rzeczowego powracała na obrady posiedzeń Towarzystwa. W roku 1877 Koźmiński zaproponował wyasygnowanie z kasy Towarzystwa sumy 666 rubli 15 kopiejek na druk powyżej wspomnianego katalogu. Jednakże z powodu braku odpowiednich funduszków realizację tego przedsięwzięcia odłożono na dalszy plan ¹⁶. W roku 1879 Koźmiński, świadomy braku odpowiednich funduszków na druk pełnego katalogu rzeczowego, wystąpił z projektem wydrukowania przygotowanego przez siebie skróconego wykazu "alfabetyczno-rzeczowego" dzieł znajdujących się w ówczesnym księgozbiornie Biblioteki Towarzystwa, prosząc o wyasygnowanie z kasy sumy około 100 rubli na druk tego wykazu ¹⁷. W wykazie tym Koźmiński opisy dzieł bardzo skrócone uszeregował w porządku alfabetycznym haseł przedmiotowych czyli terminów lekarskich. Obok każdego terminu zamieścił nazwiska autorów dzieł odnoszących się do danego terminu kierując się przy tym chronologią wydawniczą tych dzieł ¹⁸. Jednakże i tym razem do druku tego wykazu nie doszło ¹⁹.

Wraz z projektem opracowania i wydrukowania katalogu rzeczowego Koźmiński złożył projekt nowej, opracowanej przez siebie ustawy bibliotecznej, w której omówił organizację, zasób, fundusze oraz sposób udostępniania księgozbiornu, a także prawa i obowiązki pracowników oraz użytkowników Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Opracowany przez Koźmińskiego projekt ustawy jako obowiązujący przyjęto i zatwierdzono na posiedzeniu administracyjnym w dniu 14 grudnia 1875 roku ²⁰. Z uwagi na to, że we wszystkich poprzedza-

jących tę ustawę aktach zamieszczanych w kolejnych redakcjach ustaw i regulaminów Towarzystwa nie precyzowano zasad organizacji i działalności Biblioteki Towarzystwa tak dokładnie, jak uczynił to właśnie Kościński warto w całości przytoczyć tekst opracowanej przez niego ustawy.

USTAWA BIBLIOTEKI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

zatwierdzona na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 1875 roku

A. Skład Biblioteki

1. Biblioteka Towarzystwa składa się z pism periodycznych i dzieł treści lekarskiej i przyrodniczej, oraz w osobnym dziale zamieszcza zbiór dzieł klasycznych dotyczących historii i literatury polskiej.
2. Towarzystwo Lekarskie utrzymuje z funduszy swoich pewną liczbę pism periodycznych lekarskich, których wybór uskuteczniiony zostaje na posiedzeniu administracyjnym na cały rok następny. Nadto Towarzystwo na temże posiedzeniu wyznacza w budżecie pewną sumę na zakupienie dzieł treści lekarskiej przeważnie polskich i znakomitszych dzieł lekarskich w językach obcych.
3. Towarzystwo corocznie wyznacza z grona swego komitet z 5-ciu osób złożony, którego zadaniem będzie rozpatrywać dzieła dla zakupienia przez bibliotekarza podane, lub przez członków Towarzystwa zalecane.

B. Nadzór księgozbioru

4. Biblioteka zostaje pod wyłącznym nadzorem bibliotekarza, który stosownie do brzmienia ustawy, przez głosowanie ma być wybierany.

C. Obowiązki bibliotekarza

5. Obowiązki bibliotekarzy są następujące:
- a/ dbałość o całość biblioteki, za którą jest odpowiedzialny:
 - b/ utrzymywać najlepszy porządek w bibliotece, tak aby każde żądane dzieło z łatwością znaleźć można było. W tym celu powinien spisywać katalog kartkowy, ułożony w porządku alfabetycznym nazwisk autorów, trzymając się ściśle schematów drukowanych w naszej bibliotece przyjętych, dalej obowiązany jest utrzymywać katalog repozytorialny tj. w osobnej księdze spisywać dzieła w porządku takim w jakim w szafach są ułożonej na koniec od czasu do czasu w miarę zebrania się znaczniejszej liczby dzieł najmniej 300, wydawać kosztem Towarzystwa dodatek do katalogu systematycznego czyli umiejętniczego /np. przypuszczając, że Towarzystwo uzna za niezbędne drukowanie nowego katalogu systematycznego/.
 - c/ Przestrzegać porządku w biegu pism periodycznych, roznoszonych członkom Towarzystwa do mieszkań.
 - d/ Wydawać za kwitem dzieła żądane, czyniąc o tem wzmianki w odpowiedniej księdze.
- Na koniec:
- e/ zdawać corocznie na posiedzeniu administracyjnym dokładną sprawę o stanie biblioteki.

6. Raz na rok, przed posiedzeniem administracyjnym powinna być dokończona rewizja biblioteki przez komitet wybrany z grona Towarzystwa. Obowiązek ten ma wchodzić w atrybucję komitetu corocznie wyznaczonego do wyboru dzieł, jakie mają być do księgozbioru zakupowane.

Przepisy dotyczące wypożyczania dzieł z księgozbioru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

7. Każdy członek stale w Warszawie zamieszkały, ma równe prawo wypożyczać i brać do swego mieszkania dzieła w bibliotece się znajdujące wedle prawideł niżej przepisanych.
8. Członek życzący sobie mieć jakie dzieło do przejrzenia na czas dłuższy zapisze żądanie w księdze zapotrzebowań znajdującej się stale w bibliotece - prześle tytuł dzieła bibliotekarzowi, który przynajmniej raz w tygodniu w dniu uprzednio na cały rok oznaczonym, w bibliotece znajdować się powinien.
9. Dzieła żądane do mieszkań członków odnosi woźny Towarzystwa, który pokwitowanie członka z odbioru każdego dzieła bibliotekarzowi ma doręczyć.
10. Książki mogą być wypożyczane najwyżej na 3 miesiące, po upływie tego czasu, dzieła powinny być do biblioteki zwróconemi, aby dać możność i innym członkom korzystania z księgozbioru.
11. Członek może zatrzymać u siebie wypożyczone dzieło nadal tylko wtedy, gdy bibliotekarz nie otrzymał od innych członków zapotrzebowania danego dzieła ale zawsze po 3-ch miesiącach nowe pokwitowanie bibliotekarzowi nadesłać winien.

12. Prolongacja nie może być nad rok czasu przeciągnięta.
13. Maximum dzieł, które członek ma prawo jednocześnie z księgozbioru Towarzystwa wypożyczać nie powinno przynosić 10-ciu.
14. Jeżeliby który z członków we 3 miesiące od czasu wzięcia wypożyczonych dzieł nie powrócił, lub prolongować zaniedbał, bibliotekarz obowiązany jest przesłać do niego o tem obowiązku przypomnienie a gdyby i to okazało się bezskutecznem, uwiadomić o tem Zarząd Towarzystwa.
15. Wypożyczanie poza obręb Biblioteki rękopismów, dzieł rzadkich, miejsca mieć nie może. Dzieła inne kosztowne mogą być wypożyczanemi.
16. Członek wyjeżdżający z Warszawy na czas dłuższy winien prze wyjazdem dzieła wypożyczone do Biblioteki powrócić .
17. Członek wypożyczający wszystkie szkody jakieby Biblioteka z jego winy poniosła, wynagrodzić winien.
18. Członek nie stosujący się do powyższych przepisów, traci prawo korzystania z księgozbioru Towarzystwa.

D. Czasopisma

19. Każdy członek w Warszawie zamieszkały ma równe prawo do czytania wszystkich pism periodycznych przez Towarzystwo utrzymywanych.
20. Czasopisma, nim w obieg między czytelników puszczone będą, winny przez tydzień znajdować się na stołach czytelnicy bibliotecznej aby tym sposobem dać możność wcześniejszego przejrzania dzienników żądanych.
21. Czasopisma odnosi kolejno do mieszkań woźny Towarzystwa.

22. Czasopisma odmieniają się w pewnych dniach oznaczonych na kartce przyklepionej do każdego pisma z wymienieniem daty oddania i odebrania.
23. Każdy członek Towarzystwa obowiązany jest oddawać pismo punktualnie w dniu na kartce oznaczonym, nie wolno pod żadnym pozorem dłużej takowe u siebie przetrzymywać.

Prezes Dr Kosiński

Sekretarz stały dr W. Szokalski ²¹

Opracowana przez Koźmińskiego "Ustawa biblioteczna" obowiązywała do roku 1885, kiedy to jego następcą doktor Józef Peszke /1845-1916/ w związku z całkowitym zniesieniem praktykowanego od lat zwyczaju roznoszenia bieżących numerów czasopism, zapisanym na nie lekarzom do domów oraz urządzeniem nowej czytelni wystąpił z projektem nowelizacji dotychczas obowiązującego regulaminu bibliotecznego ²². Sprawa urządzenia przy Bibliotece Towarzystwa czytelni czasopism bieżących wypłynęła na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 21 grudnia 1875 roku, kiedy to kilku lekarzy złożyło na piśmie projekt urządzenia "oświetlonej sali bibliotecznej czynnej codziennie od godziny 18^{oo} do 22^{oo}, gdzie oprócz prasy medycznej powinny znajdować się także czasopisma treści nielekarskiej. W projekcie tym domagano się; aby wszystkie, najnowsze numery czasopism przez okres jednego tygodnia pozostawały do wglądu w czytelni ²³. Jednakże z czasem okazało się, że "porozkładane na stołach czasopisma na próżno oczekiwały czytelników ²⁴. I to nawet pomimo tego, że sprowadzano najnowsze dzienniki lekarskie oraz czasopisma

treści ogólnej, takie jak na przykład: Ateneum, Bibliotekę Warszawską, Gazetę Polską, Przegląd Tygodniowy, a okres oczekiwania na doręczenie do domu zamówionego tytułu czasopisma, z powodu stale zwiększającej się liczby czytelników coraz bardziej się wydłużał²⁵. Warto przypomnieć, że już w roku 1842 rozważano sprawę otwarcia przy Bibliotece Towarzystwa czytelni, ponieważ praktykowany wówczas zwyczaj roznoszenia czasopism lekarzom do domów podlegał ciągłej krytyce. Jednakże projekt urządzenia przy Bibliotece czytelni zrealizowano dopiero po przeniesieniu jej do lokalu przy ulicy Jezuickiej 73. Wówczas to postanowiono, że każdy najnowszy numer czasopisma przez okres 2 tygodni będzie pozostawał w czytelni, a dopiero po upływie tego terminu może być "puszczany w obieg". Wkrótce jednak przekonano się, że czytelni prawie nikt nie odwiedza, toteż postanowiono "zwinąć ją zupełnie, aby tym sposobem pisma prędzej przechodziły w kurs"²⁶. W ciągu następujących kilkunastu lat sytuacja nie uległa zmianie na lepsze. Często zwracano uwagę na znikome wykorzystywanie na miejscu w czytelni bieżącej literatury medycznej i nie medycznej²⁷.

W latach urzędowania Stanisława Kościńskiego na stanowisku bibliotekarza księgozbiór Biblioteki Towarzystwa rozrastał się bardzo szybko. Nadal podstawowym źródłem gromadzenia zbiorów były dary przekazywane przez lekarzy oraz współpracujące z warszawskim inne towarzystwa naukowe od których otrzymywano rozprawy, pamiętniki, sprawozdania, protokoły posiedzeń itp. Najwięcej darów otrzymano wówczas od profesora Henryka Hoyera /1834-1907/ oraz doktorów Wilhelma Lubelskiego /1832-1891/, Józefa Peszkego /1845-1916/²⁸. Sporo darów otrzymano

także w spuściźnie po zmarłych lekarzach, jak na przykład po doktorze Hilarym Czajewiczu /1841-1877/²⁹, czy też Bolesławie Fudakowskim /1834-1878/³⁰. Oprócz darów ofiarowywanych Towarzystwu w postaci książek i czasopism otrzymywano także pewne sumy na pomnażanie księgozbioru Biblioteki. I tak na przykład w roku 1876 Jan de Rzeczyc Koźmian³¹ dowiedziawszy się, że Warszawskie Towarzystwo Lekarskie zamierza rozszerzyć zakres swego działania i do "umiejętności ściśle lekarskich" pragnie dołączyć nauki przyrodnicze nadesłał listowne zobowiązanie, że przez okres najbliższych 10 lat, będzie raz w roku przekazywał na rzecz Towarzystwa sumę 100 rubli na zakup dzieł treści przyrodniczej³², których w ówczesnym księgozborze Biblioteki nie było zbyt wiele³³. Do większych darów jakie wówczas dzięki staraniom doktora Lubelskiego otrzymano, należał księgozbiór, rozwiązanego w roku 1870 Towarzystwa Lekarzy Polskich w Paryżu /1856-1870/³⁴. Koźmiński był znawcą i miłośnikiem starych druków, o które nieustannie zabiegał³⁵. Między innymi w roku 1876 za sumę 35 rubli zakupił cenny zabytek polskiego piśmiennictwa lekarskiego, a mianowicie Zielnik Hieronima Spieczynskiego³⁶ a także doskonale zachowany egzemplarz Zielnika Marcina z Urzędowa³⁷. Inną rzadkością bibliograficzną było dzieło Szymona z Łowicza pt. "Enchiridion medicinae pro Tyrunculis hujus artis quam compendiosissime per Simones de Lovic... collectum, Cracoviae in officina Ungleriana. Anno 1537 in 8-o"³⁸.

Kiedy w roku 1871 powierzono Koźmińskiemu urząd bibliotekarza, zastał on w Bibliotece Towarzystwa 4608 dzieł rzadko przez swego poprzednika systematycznie ułożonych, oraz kilka tysięcy nie opracowanych

dubletów, a także dzieła ofiarowane przez towarzystwa naukowe. Wkrótce liczba nie opracowanych dzieł powiększyła się nowymi nabytkami pochodzącymi z darów od doktorów: Antoniego Bałwańskiego i Torzańkiego. Doktor Józef Talko z Lublina nadesłał 18 dzieł treści lekarskiej pochodzących z XVII wieku. Sporo darów otrzymano od Gustawa Fritschego, Witolda Placzkowskiego, Polikarpa Girsztowta oraz aptekarza Jakubowskiego³⁹. W dalszym ciągu utartym zwyczajem systematycznie napływały do Biblioteki Towarzystwa egzemplarze autorskie najnowszych dzieł wydanych przez lekarzy polskich w kraju oraz poza jego ówczesnymi granicami. Otrzymywano także najnowsze dzieła obce przekazywane przez zagraniczne towarzystwa naukowe a nawet biblioteki, o czym świadczy fakt, iż w roku 1872 otrzymano kilka dzieł nadesłanych przez Cesarską Bibliotekę Publiczną w Petersburgu⁴⁰.

O tym jak rozległe były kontakty Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z innymi ośrodkami naukowymi świadczy prowadzona przez Towarzystwo wymiana wydawnictw własnych. Z rocznych sprawozdań o stanie Biblioteki wynika, że wydawany przez Towarzystwo "Pamiętnik" poza towarzystwami krajowymi docierał do lekarzy w Petersburgu, Moskwie, Charkowie, Odessie, Kazaniu, Archangielsku, Irkucku; a dalej do Krakowa, Lwowa, Torunia, Czerniowic na Bukowinie, Poznania, Wrocławia, Drezna, Gryflii, Paryża itd.⁴¹.

W oparciu o powyżej wspomniane sprawozdania o stanie Biblioteki Towarzystwa wykonano tabelę ilustrującą wzrost księgozbioru Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ilość utrzymywanych tytułów czasopism i wydawnictw ciągłych, z uwzględnieniem ilości zapisanych na poszczególne tytuły czytelników, którym doręczano te czasopisma

do domów.

Zgodnie z obowiązującą od roku 1875 Ustawą biblioteczną wszelkie decyzje o zakupie książek oraz prenumeracie czasopism należały do komitetu bibliotecznego, w skład którego oprócz bibliotekarza wchodziło jeszcze czterech lekarzy wybieranych na posiedzeniu administracyjnym pod koniec każdego roku kalendarzowego. Do zadań tego komitetu należała kontrola księgozbioru, ksiąg inwentarzowych, rachunków itp. Pierwszy w dziejach Towarzystwa Komitet biblioteczny powstał w roku 1876. Odnawiany rok rocznie przetrwał do końca 1882 roku, kiedy to na wniosek doktora Konrada Dobrskiego / 1849-1915/ został rozwiązany. Ponownie powołano go do życia w roku 1893⁴². Jak wspomniano już wcześniej wszystkie utrzymywane przez Towarzystwo czasopisma, według sporządzanej przez bibliotekarza listy, woźny Towarzystwa zanosił lekarzom do domów, a następnie po upływie ustalonego terminu zabierał je przekazując następnej osobie. Z uwagi na dużą ilość czytelników oczekujących na doręczane im czasopisma, kilkakrotnie modernizowano postanowienia zamieszczone w Ustawie bibliotecnej z roku 1875, ograniczając ilość doręczanych do domów tytułów czasopism, oraz skracając termin ich zwrotu.⁴³ Z okresu urzędowania w Bibliotece Towarzystwa doktora Koźmińskiego pochodzą pierwsze dane dotyczące udostępniania księgozbioru. A więc ilości wypożyczonych dzieł oraz czytelników zapisanych na poszczególne tytuły czasopism. Zdaniem Koźmińskiego, bogaty księgozbiór Towarzystwa nie był dostatecznie wykorzystywany. Przyczynę takiego stanu rzeczy upatrywał w braku drukowanych informatorów w postaci katalogów

bibliotecznych⁴⁴. Jednakże pomimo tego, rozrastający się z każdym rokiem księgozbiór przed bibliotekarzem stawiał coraz to trudniejsze zadania, którym już jedna osoba nie była w stanie sprostać. Toteż Kościński w roku 1882 wystąpił z umotywowanym wnioskiem o zatrudnienie pomocnika bibliotekarza⁴⁵. Wniosek Kościńskiego jako słuszny przyjęto, a następnie zatwierdzono zaproponowaną przez niego kandydaturę doktora Józefa Peszkego /1845-1916/ na młodszego bibliotekarza⁴⁶. Krótco jednak trwała współpraca obu bibliotekarzy. Już we wrześniu 1883 roku doktor Peszke z powodu nagłej śmierci Kościńskiego przejął na siebie wszystkie obowiązki związane z prowadzeniem Biblioteki Towarzystwa⁴⁷.

Kościński od lat cieszył się dużym uznaniem kolegów, którzy już w roku 1877 zorganizowali na jego cześć uroczystość podczas której wręczono mu "bogato w srebro oprawny album z fotogramami", na okładce którego wyryto napis "Stanisławowi Kościńskiemu wdzięczni koledzy w dniu 19 maja 1877 roku"⁴⁸. Uznanie to zdobył sobie dzięki pracowitości i zaangażowaniu w sprawy Towarzystwa i jego Biblioteki⁴⁹. W bardzo krótkim czasie uporządkował cały ówczesny księgozbiór Biblioteki Towarzystwa, sporządził katalog alfabetyczny i rzeczowy oraz zaprowadził nowy rodzaj inwentarza⁵⁰. Przygotował i przekazał do druku uzupełnienie do wydanego przez Portnera "Katalogu Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego"⁵¹, oraz "Wykaz rzeczy zawartych w 72 tamach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z lat 1837-1876"⁵². Autorem projektu "szczegółowego katalogu treści wszystkich tomów Pamiętnika, był doktor Polikarp Girsztowt /1827-1877/, który to jeszcze w roku 1868, na

okoliczność planowanych obchodów 50-tej rocznicy założenia Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego zaproponował opracowanie i wydanie dzieła zbiorowego, w którym omówiono by całokształt dorobku naukowego Towarzystwa w minionym okresie. W tym także szczegółowego spisu wszystkich prac zamieszczonych w dotychczas wydanych tomach Pamiętnika⁵³. Jednakże ułożeniem takiego spisu dopiero w roku 1875 zajął się doktor Stanisław Koźmiński⁵⁴, który pomimo narastających trudności związanych z porządkowaniem księgozbioru Biblioteki Towarzystwa, w listopadzie 1876 roku zawiadomił Towarzystwo, iż zakończył prace nad spisem rzeczy zamieszczonych w dotychczas wydanych tomach Pamiętnika⁵⁵. Początkowo nawet rozważano możliwość rozłożenia tej pracy na barki kilku osób⁵⁶. Jednakże albo nie znaleziono wówczas chętnych do tego rodzaju pracy, albo też Koźmiński nie chciał dzielić się autorstwem tego dzieła. Za tego rodzaju przypuszczeniem może przemawiać fakt, iż Koźmiński po zakończeniu pracy nad "Wykazem" oznajmił, że jeśli Warszawskie Towarzystwo Lekarskie nie wyda tego Wykazu, to przekaze on tę pracę zainteresowanemu nią Krakowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu⁵⁷. Oczywiście, że ambicją Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego było wydanie pracy o własnej działalności naukowej przygotowanej przez lekarza należącego do ich grona. Zrąb główny opracowanego przez Koźmińskiego Wykazu składa się z trzech części. Pierwsza obejmuje całość materiałów zamieszczonych w 72 tomach Pamiętnika uszeregowanych w 22 działach głównych oraz 74 poddziałach. W części drugiej w porządku alfabetycznym haseł przedmiotowych zamieszczono zestawienie

tematów prac zamieszczonych w Pamiętnikach. Obok hasła, lub jego określnika podano jedynie numer tomu oraz strony Pamiętnika gdzie znajduje się praca na określony temat. Trzecia część Wykazu obejmuje spis autorów wszystkich prac zamieszczonych w 72 tomach Pamiętnika. W dodatkach zamieszczono wykaz wszystkich dotychczasowych członków, i osobno urzędników Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Całość materiałów zamieszczonych w Wykazie poprzedzono obszerną historią polskiego czasopiśmiennictwa lekarskiego oraz samego Pamiętnika⁵⁸.

O wyjątkowej pracowitości Koźmińskiego świadczy fakt, że obok codziennych czynności związanych z wykonywanym zawodem lekarza⁵⁹, brał także czynny udział w działalności Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego członkiem czynnym był od roku 1867⁶⁰. W ramach prac związanych z działalnością Towarzystwa przez kilkanaście lat /1871-1883/ pełnił zaszczytną funkcję bibliotekarza⁶¹. Wchodził w skład doraźnie i okresowo wybieranych komitetów⁶². Współdziałał w organizowanych przez Towarzystwo uroczystościach⁶³. Nie skąpił grosza na fundusz prowadzonej przez Towarzystwo Kasy wsparcia podupadłych lekarzy⁶⁴. Czynnie popierał inicjowane w ramach Towarzystwa akcje rozwoju badań naukowych uczestnicząc w komisjach przygotowujących tematy prac badawczych i konkursowych⁶⁵. Obmyślał sposoby i środki do zwalczania i zapobiegania chorobom epidemicznym⁶⁶. Brał udział w opracowaniu projektu zasad etyki lekarskiej⁶⁷. Pełnił funkcję sekretarza wyłonionego w ramach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Oddziału Balneologicznego⁶⁸. Na posiedzeniach refe-

rował nadsyłane do oceny prace lekarzy, kandydatów na członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego⁶⁹. Opracowywał recenzje nadsyłanych prac naukowych⁷⁰. Tłumaczył najnowsze dzieła z zakresu okulistyki⁷¹, a także pisał streszczenia polskich i obcych artykułów z zakresu okulistyki zamieszczanych w ówczesnych czasopismach lekarskich⁷². Napisał także i opublikował kilka prac naukowych z różnych dziedzin wiedzy⁷³. W dostępnych mu czasopismach zamieszczał spostrzeżenia z własnej praktyki lekarskiej⁷⁴.

Jednakże do najcenniejszych i powszechnie do dzisiaj wykorzystywanych prac naukowych doktora Kościńskiego, obok wcześniej wspomnianego "Wykazu", należy "Słownik lekarzów polskich..."⁷⁵, w którym obok krótkich notatek biograficznych lekarzy Polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, zamieścił bibliografię opublikowanych przez nich prac naukowych. Do opracowania tego Słownika Kościński wykorzystał nie tylko zasoby Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ale także skrzętnie gromadzone od kilkunastu lat materiały do dziejów sztuki lekarskiej w Polsce⁷⁶. A ponadto posiadany zasób materiałów bio-bibliograficznych poszerzał życiorysami nadsyłanymi przez współczesnych mu lekarzy, do których zwracał się osobiście, listownie oraz za pośrednictwem prasy i rozsyłanych okólników⁷⁷. Słownik lekarzy polskich Stanisława Kościńskiego narodził się w okresie niewoli narodowej i stał się wymownym dowodem pielęgnowanych przez ówczesne środowisko naukowe uczuć patriotycznych. Idąc śladami Estreichera, Kościński pierwszy udowodnił światu, iż nauka polska w dziedzinie medycyny ma również bardzo bogaty dorobek.

Koźmiński bardzo śpieszył się z wydaniem "Słownika". Dwa pierwsze zeszyty "Słownika" ukazały się wkrótce po zakończeniu druku pierwszej części klasycznej "Bibliografii polskiej" Karola Estreichera⁷⁸, i natychmiast zostały przyjęte jako jej uzupełnienie pod względem przyrodniczo-lekarskim⁷⁹. Zeszyty te zawierały 2068 alfabetycznie uszeregowanych życiorysów lekarzy oraz 9178 opisów bibliograficznych prac naukowych⁸⁰, w tym takie dzieła i broszury wydane anonimowo⁸¹. "Słownik lekarzów polskich" Stanisława Koźmińskiego, pomimo jego nagłej i nie oczekiwanej śmierci doprowadzono do końca, wydając kolejne dwa zeszyty zawierające 2437 życiorysów oraz 8953 opisy bibliograficzne prac naukowych⁸². Razem więc w wydaniu zeszytowym "Słownika" zamieszczono 4505 życiorysów oraz 18131 opisów bibliograficznych prac naukowych. Współcześni historycy medycyny twierdzą, iż "Słownik" zawiera 4111 życiorysów oraz ponad 17.000 opisów druków lekarskich i prac ogłoszonych w czasopiśmie od czasów najdawniejszych aż do roku 1885 włącznie⁸³. Dużą trudnością w dokładnych obliczeniach ilości zamieszczanych w "Słowniku" życiorysów oraz prac naukowych jest brak liczbowania kolejnych haseł oraz opisów bibliograficznych wymienianych tam prac. Można przypuszczać, że po zakończeniu prowadzonych obecnie prac badawczych nad "Słownikiem" Stanisława Koźmińskiego uda się dokładnie obliczyć ilość haseł autorskich i przedmiotowych, odsyłaczy oraz opisów bibliograficznych zamieszczonych w nim prac naukowych. Tymczasem wartym podkreślenia jest fakt ciągłego wykorzystywania "Słownika" przez dawnych i współczesnych historyków oraz badaczy dziejów medycyny.

cyny w Polsce⁸⁴. I to pomimo szeregu zarzutów z powodu błędnych informacji, lub też nie wykorzystania wszystkich dostępnych wówczas źródeł do opracowania tego rodzaju dzieła⁸⁵. Niektórzy współcześni historycy medycyny pytają o to, jak się ma ilość zamieszczonych w "Słowniku" lekarzy zamieszkałych w Królestwie Polskim na przykład do lekarzy zamieszkałych wówczas na terenach Galicji, Prus, Niemiec czy też Rosji i Francji. Odpowiedź na to pytanie wymaga jeszcze trochę czasu.

Literatura

1. Kościński S.: "Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" Warszawa 1877 s. 346.
2. Dobrzycki H.: Sp. Stanisław Kościński. "Medycyna" 1883 T.XI nr 38 s. 626.
3. Peszke J.: Stanisław Kościński. W: "Słownik lekarzów polskich" Warszawa. 1888 s. VII.
4. Kościński S.: Sprawozdanie ze stanu biblioteki. "Pam. Tow. Lek. Warsz.", 1855, t. LXXII s. 523.
5. Tamże s. 523-524
6. Protokół posiedzenia Towarzystwa w dn. 15 grudnia 1874 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1874 t. LXX s. 85
7. Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ułożony przez dra med. Szymona Portnera, członka bibliotekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Nakł. Towarzystwa Lek. Warsz. Druk Aleksandra Ginsa. Warszawa 1869, 80 s.210

8. Protokół posiedzenia Towarzystwa w dn. 3 lutego 1875 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 218.
9. Dopełnienie I. Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ułożony przez dra Stanisława Koźmińskiego, bibliotekarza tegoż Towarzystwa. Nakł. Tow. Lek. Warsz., druk E. Skiński. Warszawa 1874, 80 s. 109.
10. Zvejgbaum M.: O katalogach Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1916 t. CXII s. 171.
11. Koźmiński S.: Sprawozdanie ze stanu Biblioteki Towarzystwa Lek. Warsz. "Pam. Tow. Warsz." 1875 t. LXXI s. 524.
12. Tamże s. 526-527.
13. Zvejgbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 Nr 1. s. 35.
14. Koźmiński S.: Sprawozdanie ze stanu Biblioteki Towarzystwa. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 526-527.
15. Tamże s. 527.
16. Zvejgbaum M.: O katalogach Biblioteki Towarzystwa Lek. Warsz. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1916 t. CXII s. 173.
17. Koźmiński S.: Sprawozdanie o bibliotece Towarzystwa. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1880 t. LXXVI s. 200.
18. Zvejgbaum M.: O katalogach Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warsz. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1916 t. CXII s. 173.
19. Koźmiński S.: Sprawozdanie o bibliotece Towarzystwa, "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1880 t. LXXVI s. 200.

20. Koźmiński S.: Sprawozdanie ze stanu Biblioteki. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 527.
21. Ustawa Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 539-542.
22. Regulamin Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1886 t. LXXXII s. 430-437.
23. Protokół posiedzenia Towarzystwa w dniu 21 grudnia 1875 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 128-129.
24. Koźmiński S.: Sprawozdanie o bibliotece Towarzystwa w roku 1876. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1877 t. LXXIII s. 132.
25. Zwejgbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 nr 1 s. 35.
26. Tamże s. 32.
27. Jakowski M.: Sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1887. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1888 t. LXXXIV s. 185.
28. Zwejgbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 nr 1 s. 35.
29. Posiedzenie z dnia 18 grudnia 1877 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1877, t. LXXIII s. 217.
30. Koźmiński S.: Sprawozdanie o stanie biblioteki w roku 1879. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1879, t. LXXV s. 296.
31. Właściciel dóbr Wierzchowickich w guberni lubelskiej, a wnuk i spadkobierca Jana Bęcwicza /1799-1864/, który w roku 1865 zapisem testamentowym przekazał na rzecz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego sumę 22.500 rubli na kupno placu pod budowę domu na pomieszczenie Biblioteki i zbiorów

Towarzystwa. Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 4 października 1927 roku. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1928 t. CXXII s. 63-64.

32. Protokół posiedzenia w dniu 22 lutego 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 304.

33. Koźmiński S.: Sprawozdanie o stanie Biblioteki za rok 1876. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1877 t. LXXIII s. 128.

34. Protokół posiedzenia w dniu 22 stycznia 1878 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1878 t. LXXIV s. 529; S. Koźmiński: Roczne sprawozdanie o stanie biblioteki Towarzystwa. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1879 t. LXXV s. 293; Zwejgbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 Nr 1 s. 36.

35. Zwejgbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 nr 1 s. 36.

36. Koźmiński S.: Sprawozdanie o stanie biblioteki w roku 1876. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1877 t. LXXIII s. 129-130.

37. Protokół posiedzenia w dn. 2 maja 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 402-403.

38. Koźmiński S.: Sprawozdanie ze stanu biblioteki. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1880, t. LXXVI s. 197.

39. Koźmiński S.: Sprawozdanie ze stanu Biblioteki Towarzystwa. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 523.

40. Protokół posiedzenia w dniu 5 listopada 1872 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1872 t. LXVII s. 647-648.

41. Koźmiński S.: Sprawozdanie o stanie Biblioteki. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1879 t. LXXV s. 298-299, oraz 1880 t. LXXVI s. 198-199.
42. Zwegbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 nr 1. s. 35.
43. Protokół posiedzenia z dn. 29 grudnia 1881 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1883 t. LXXIV s. 167-169
44. Koźmiński S.: Sprawozdanie o stanie biblioteki. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1879 t. LXXV s. 292-299, Tenże: "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1880 t. LXXVI s. 199-200.
45. Koźmiński S.: Memoriał w sprawie stworzenia posady młodszego bibliotekarza. Protokół posiedzenia w dniu 19 grudnia 1882 roku. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1883 t. LXXIX, s. 212-13.
46. Protokół posiedzenia w dniu 3 stycznia 1883 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1883 t. LXXIX s. 342.
47. Zwegbaum M.: Dzieje Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Medycyna" 1939 nr 1 s. 68.
48. "Biblioteka Warszawska" 1877 T. II, s. 521-522.
49. Rogowicz J.: Uznanie zasług doktora Stanisława Koźmińskiego. "Medycyna" 1877, t. II, s. 352.
50. Zwegbaum M.: Dzieje Biblioteki Tow. Lek. Warsz. "Medycyna" 1939 nr 1 s. 34-36, nr 2 s. 67-68.
51. Dopełnienie I. Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ułożony przez dra Stanisława Koźmińskiego, członka i bibliotekarza tegoż Towarzystwa. Warszawa 1874 Nakł. Tow. Lek. Warsz. Druk E. Skiński str. 109 w 8-ce.

52. Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z lat 1837-1876, złożył Stanisław Kościński, członek i bibliotekarz Tow. Lek. Warsz. Warszawa 1977 Nakł. Tow. Lek. Warsz. Druk E. Skiwski 8-o str. 2nlb., XIV, 345,5 nlb.
53. Protokół posiedzenia w dniu 7 kwietnia 1868 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1868 t. LIX s. 248.
54. Sprawozdanie z posiedz. w dn. 7 marca 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 312.
55. Protokół posiedz. w dn. 7 listopada 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 610.
56. Sprawozdanie z posiedz. w dn. 7 marca 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 312.
57. Prot. pos. w dn. 7 listopada 1876 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 611.
58. Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika... s. I-XIV.
59. Peszke J.: Stanisław Kościński. W: Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1888 s. IV-V.
60. Lista członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1867. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1868 t. LIX s. III.
61. Urzędnicy i komitety Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. "Pam. Tow. Lek. Warsz." /za lata 1872-1883/.
62. Sprawozdanie z posiedz. w dn. 14 grudnia 1875 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1876 t. LXXII s. 129 oraz T. Ostrowska: Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX w. Warszawa 1975 s. 44-45.

63. Ko/Kośmiński S./ Dr Wiktor Szokalski. "Biesiada Literacka"
1879 nr 173 s. 262, oraz Protokół posiedź, w dn. 18 listopada 1882 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1883 t. LXXIX s. 186, oraz Prot. Pos. z dn. 4 października 1927 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1928 t. CXXII s. 60-65.
64. Lista imienna osób, które wniosły składki terminowe na fundusz kasy wsparcia podupadłych lekarzy. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1871 t. LXVI s. 140 i następne lata/.
65. Sprawozd. z posiedz. w dn. 19 grudnia 1871 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1872 t. LXVII s. 58, oraz Lista ofiarodawców na fundusz im. dra T. Chałubińskiego. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1875 t. LXXI s. 255.
66. Sprawozdanie z posiedz, w dn. 18 lutego 1879 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1879 t. LXXV s. 657.
67. Sprawozdanie z posiedz. w dn. 23 grudnia 1880 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1861 t. LXXVII s. III oraz 259.
68. Sprawozd. z posiedz. w dn. 10 października 1870 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1871 t. LXV s. 288 /i następne lata/.
69. Sprawozdanie z dn. 4 maja 1869 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1869 t. LXI s. 341. oraz z dnia 16 Listopada 1869 r. tamże 1870 t. LXIII s. 31-36, oraz z dnia 7 marca 1870 r. tamże 1871 t. LXV s. 229-239.
70. Protokół z dnia 4 października 1870 r. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1871 t. LXV s. 38-47.

71. Zehender W.: Zboczenia akomodacji i refrakcji oka. Tłum.

S. Koźmiński. Dodat. Kwart. do czasop. Klinika 1867

T. 1 s. 184-218, 342-409, oraz Meyer E.: Wykład chorób

oczu. Przekł. S. Koźmiński. Warszawa 1875, oraz Badanie

przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcję, akomodację

i ostrość widzenia. "Medycyna" /w latach 1879-1880/.

72. Oftalmologia. W: Przegląd postępu nauk lekarskich... Warszawa

/w latach 1872-1875/ oraz W: Rocznik Medycyny polskiej.

Warszawa /w latach 1880-1882/.

73. - Dopełnienie I. Katalog Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego

Warszawskiego. Warszawa 1874.

- Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa
Lekarskiego Warszawskiego. Warszawa 1877.

- Tinea tonsurans. v. herpes tonsurans. "Pam. Tow. Lek. Warsz."
1867 t. LVII s. 11-34, 237-257, 379-398.

- Czerniak /melanoma/ ciała rzęskowego. "Klinika" 1868 t. 2
nr 15 s. 241-245.

- O tegoczesnej krótkowzroczności. "Gazeta Lekarska" 1868 nr
197, 200, 201.

- Ostra gruźlica naczyńówki oka. "Klinika" 1868 t. IV nr 11
s. 173-174.

- O badaniu refrakcji oka. "Pam.Tow.Lek.Warsz." 1877 t.LXXIII
s. 157-170.

- Chronologia moru dymienicowego. "Medycyna" 1879 t. VII nr 6
s. 88-91.

- Praktyczne przykłady oznaczania refrakcji i akomodacji oka.

"Medycyna" 1880 t. VIII s. 596-599, 613-617.

- Kilka słów o wymóżdzeniu i cięciu cesarskim. "Pam. Tow. Lek.

Warsz." 1880. t. LXXVI s. 137-144.

- Skórski A.: Przypadek nagłej utraty wzroku wskutek wstrzymania

się odpływu miesięcznego. "Medycyna" 1877 t. V nr 20 s. 311-

312 /Z uwagami dra Koźmińskiego/.

74. - Przypadek ostrego zatrucia nikotyną. Spostrzeżenie własne.

"Pam. Tow. Lek. Warsz." 1868 t. LIX s. 192-193.

- Przypadek wągra /cysticercus cellulosa/ w oku ... Spostrze-

żenie własne. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1873 t. LXIX s. 22-23.

- Przypadek ogromnej wrodzonej szczeliny kości mostkowej

u 12-letniej dziewczynki. "Pam. Tow. Lek. Warsz." 1874 t. LXX

s. 1-2.

- Półpasiec czołowy, Zona ophthalmica. Dwa spostrzeżenia własne.

"Pam. Tow. Lek. Warsz." 1874 t. LXX s. 1-8.

- Wypadek z kazuistyki położniczej. "Pam. Tow. Lek. Warsz."

1879 t. LXXV, s. 274-280.

75. - Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa Le-

karskiego Warszawskiego. Warszawa 1877.

- Słownik lekarzów polskich obejmujący oprócz krótkich życiorysów

lekarzy Polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych,- dokładną

bibliografię lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do

1885 roku. Ułożył Stanisław Koźmiński, członek i bibliotekarz

Warsz.Tow.Lek., członek związkowy Tow.Lek.Wileńskiego.

Warszawa 1888,8° s. XVII, 665.

76. Peszke J.: Stanisław Koźmiński. W: Słownik lekarzów polskich.
Warszawa 1888 s. XI-XII.
77. Koźmiński S.: Do lekarzy zamieszkałych w Galicji, Kongresówce,
Poznańskiem, Prusach, Rosji i Francji. "Przegląd Lekar-
ski" 1882 R. 21 nr 8, s. 98.
78. Estreicher K.: "Bibliografia polska. Stulecie XIX. Część 1 tom 1-7
/1870-1882/.
79. Dobrzycki H.: Sp. Stanisław Koźmiński. "Medycyna" 1883 t. XI
nr 38, s. 628.
80. Słownik lekarzów polskich... ułożył Stanisław Koźmiński. Warszawa
1883 Zeszyt 1 /Abano-Haller/ str. 160. Zawiera 1026 ży-
ciorysów lekarzy oraz 4519 opisów prac naukowych. "Prze-
gląd bibliograficzny 1883 s. 97-98.
- Zeszyt II /Halpern-Mierzejewski/. Warszawa 1883.
str. 161-320. Zawiera 1042 życiorysów lekarzy oraz 4659
opisów bibliograficznych prac naukowych. "Przegląd bi-
bliograficzny" 1883 s. 185.
81. Fritsche G.: Słownik lekarzów polskich... "Medycyna" 1883 t. XI
nr 24, s. 404.
82. Słownik lekarzów polskich. Zeszyt III /Mierzejewski-Steuermark/
Warszawa 1884 s. 321-480. Zawiera 1932 życiorysy lekarzy
oraz 4712 opisów prac naukowych. "Przegląd bibliograficzny"
1884 s. 204.
- Zeszyt IV /Stępiński Ż./ Warszawa 1888 s. 481-665.
Wraz z Dopelnieniem zawiera 1405 życiorysów oraz 4241
opisów prac naukowych. "Przegląd bibliograficzny" 1888
s. 187.

83. Konopka S.: Stanisław Koźmiński... "Archiwum Historii Medycyny"

1962 t. XXV nr 4 s. 445.

84. Na przykład: Album zasłużonych lekarzy polskich. Warszawa 1925

s. 6. Malanowski H.W.: Dzieje Instytutu Oftalmicznego

1823-1944. Warszawa 1948 s. 12.

Dzieje Uniwersytetu Warszawskiego 1807-1915. Red.

S. Kieniewicz. Warszawa 1981 s. 11.

B. Seyda: Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa 1873 s. 9

i inne...

85. Konopka S.: W sprawie słownika lekarzy polskich. Warszawa 1954

Dodat. do Pol. Tyg. Lek. s. 5.

Dr n.med. Miron Paciorkiewicz

Profesor dr hab.med. Bertold Kassur / 1906-1982/

W naszej pamięci pozostanie Profesor jako wychowawca kilku pokoleń lekarzy, jeden z twórców powojennego zakaźnictwa polskiego^{3/}. Urodził się w Łodzi 10.XII.1906 roku w rodzinie robotniczej⁴. Po ukończeniu szkoły średniej wstąpił na Wydział Lekarski U.W., uzyskując dyplom lekarza w 1931 roku. W czasie studiów pracował zawodowo w charakterze asystenta w dziale epidemiologii P.Z.H. Już w latach 1929-1930 opublikował pierwsze prace naukowe z zakresu profilaktyki malarii oraz zwalczania epidemii duru brzusznego w powiatach świętochłowski i pułtuski.

Pracował jako asystent P.Z.H. w Warszawie do 1932 roku, a następnie jako kierownik Ośrodka Zdrowia w Raszynie /1933-1936/². W roku 1936 zrobił doktorat z rozprawy pt. "Epidemia duru brzusznego na kolonii dziecięcej "Górka" w Busku-Zdroju". Z chwilą wybuchu wojny zgłosił się do wojska i otrzymał przydział do drugiej kompanii sanitarnej. W latach 1939-1941 był ordynatorem oddziału wewnętrznego i zakaźnego szpitala w Pruszkowie, a następnie od 1942 do 1944 roku ordynatorem Szpitala Zakaźnego Świętego Stanisława w Warszawie.

Tę ostatnią funkcję łączył z prowadzeniem w ramach tajnego nauczania wykładów i ćwiczeń z chorób zakaźnych dla studentów medycyny różnych ośrodków. Brał udział w powstaniu warszawskim w stopniu porucznika A.K., został odznaczony Krzyżem Powstańcym⁴. Po wyz-

woleniu Warszawy /?/ został ordynatorem Miejskiego Szpitala Zakaźnego Nr 1, a w roku 1952 habilitował się na podstawie pracy p.t.: "Choroba papuzia". Akademia Medyczna przyznała mu stopień docenta, a w dwa lata później otrzymał tytuł Profesora Nadzwyczajnego. Jako stypendysta Światowej Organizacji Zdrowia pogłębiał swą wiedzę w 1960 roku w Klinikach Szwajcarii i N.R.F.² W siedem lat później został mianowany profesorem zwyczajnym. Kierownikiem katedry i kliniki był od 1953 r., a następnie Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych. A.M. w Warszawie.

Profesor jako dydaktyk z wielką umiejętnością nauczał studentów i lekarzy. Mówił stylem jasnym, zrozumiałym dla każdego słuchacza. Najbardziej zawiłe problemy przedstawiał w sposób dostępny. Nic więc dziwnego, że frekwencja na jego wykładach była wysoka. Toteż w roku 1977 przyznano mu tytuł Zasłużonego Nauczyciela PRL³.

W październiku 1953 r. powstała II Klinika Chorób Zakaźnych a kierownictwo Kliniki powierzono ówczesnemu doc.dr med. Bertoldowi Kassurowi. Do 1957 Klinika działała w ramach Oddziału Sanitarно-Higienicznego Warszawskiej Akademii Medycznej, a od 19.XI.1957 r. włączona została do Studium Sanitarно-Higienicznego A.M. Z dniem 25.VI.1960 r. Klinikę przyłączono do Wydziału Lekarskiego.

Profesor Kassur konsekwentnie dążąc do stworzenia Instytutu połączył istniejące kliniki ze sobą, a mianowicie II z I dołączając w końcu Klinikę Wieku Dziecięcego. Przyłączył następnie do tak powstałego organizmu Oddział VII /po Heine Medina/ zamieniając go na Oddział Intensywnej Terapii.^{x/} Jego dziełem było również stworzenie poradni /jeli-x/ m.in. stworzył Klinikę Chorób Tropikalnych

towej, po w.z.w., chorób tropikalnych/, laboratoriów. Po przejściu na emeryturę w 1977 r. pracował nadal jako dyrektor Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych.

Dorobek prac naukowych Profesora obejmuje około 300 pozycji³ z zakresu różnych zagadnień chorób zakaźnych i pasożytniczych. Napisał szereg prac z dziedziny chorób zakaźnych zawartych w podręcznikach dla studentów i lekarzy praktyków /jako redaktor-autor/. Był pierwszym w Polsce, który rozpoznał i opisał fularemię /monografię/ i chorobę papuzią. Prowadził badania kompleksowe dotyczące kliniki i epidemiologii duru wysypkowego. Wyniki tych badań przyczyniły się do rozpoznania choroby Brilla-Zinsena. Zajmował się również ostrą i przewlekłą czerwonką bakteryjną oraz zespołem czerwinkowym, co umożliwiło organizację zwalczania i wypracowanie metod leczenia tej choroby. Opracował metody leczenia dławca błoniczego i wpływ szczepień ochronnych na obraz i przebieg kliniczny błonicy, co dało podstawę do zwalczania tej choroby w Polsce. Prowadził prace badawcze nad patogenezą i kliniką włośnicy oraz brucelozy, osiągając wyniki na skalę międzynarodową. Współdziałał z Kliniką Chorób Zakaźnych Uniwersytetu w Zagrzebiu, pracując nad kliniką i terapią ropnych zapaleń mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. Wiele badań poświęcił patogenecie i leczeniu ostrej niewydolności wątroby z encefalopatią w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby. Również nosicielstwa w.z.w. Był jednym z współtwórców polskiej szczepionki przeciwko w.z.w. typu B.³

W latach 1953-1971 był specjalistą wojewódzkim z dziedziny chorób

zakaźnych początkowo na terenie województwa zielonogórskiego i opolskiego, a następnie poznańskiego i m. Poznania. Od roku 1958 sprawował czynności konsultanta krajowego.

Brał udział w pracach towarzystw naukowych jak: Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa do walki z poliomyelitem, Międzynarodowego Towarzystwa Patologii Chorób Zakaźnych². Wraz z innymi naukowcami inicjował założenie Zarządu Międzynarodowej Federacji Towarzystw Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, którego był następnie członkiem. Wiele czasu poświęcił dla Polskiego Towarzystwa Epidemiologicznego i Lekarzy Chorób Zakaźnych, będąc jego członkiem założycielem, a od 1959 roku członkiem Zarządu Głównego.

Kilka zagranicznych towarzystw naukowych przyznało mu członkostwa honorowe.

W 1956 roku wziął czynny udział w międzynarodowym sympozjum na temat żółtaczki zakaźnej. Był to XIII Zjazd Wszeczhwiązkowy Higienistów, Epidemiologów i Infekcjonistów w Leningradzie.² W trzy lata później uczestniczył czynnie w II Międzynarodowym Kongresie Patologii Chorób Zakaźnych w Mediolanie.

Czynnie działał w kolegiach redakcyjnych czasopism lekarskich /krajowych, zagranicznych/, brał udział w radach naukowych /PZH, Instytutu Matki i Dziecka, Rady Sanitarно-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektoracie Sanitarnym, Rady Naukowo-Technicznej Zjednoczenia Wytwórni Surowic i Szczepionek, Komisji Parazytologii Lekarskiej, Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Senatu

Warszawskiej Akademii Medycznej. Był również przewodniczącym Senackiej Komisji dyscyplinarnej dla studentów III instancji, członkiem Podkomisji Senackiej d/s pomocniczych pracowników nauki, w sprawach doraźnych członkiem Komitetu Nauk Klinicznych PAN Wydziału VI, członkiem kilku komisji Rady Naukowej przy MZiOS.

Pełnił również funkcję przewodniczącego Komisji d/s specjalizacji z dziedziny parazytologii lekarskiej z polecenia Ministra Zdrowia.

Profesor pracował do ostatnich chwil swojego życia, nie przerywając działalności naukowej, dydaktycznej i lekarskiej. Jako lekarz nie szczędził swego zdrowia dla dobra chorego.³

W uznaniu zasług dla zakaźnictwa polskiego odznaczony został kolejno: Krzyżem Kawalerskim Odrodzenia Polski, Medalem Dziesięciolecia PRL, Odznaką "Za Wzorową Pracą w Służbie Zdrowia", Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski i Orderem Sztandaru Pracy. Republika Francuska dekorowała Go Krzyżem Kawalerskim Orderu Legii Honorowej w dowód uznania za osiągnięcia naukowe w ramach współpracy polsko-francuskiej⁴.

Odszedł od nas 14 marca 1982 roku.

Piśmiennictwo

1. Dawidowicz Aleksander: Z dziejów tajnego nauczania medycyny i farmacji w latach 1939-1945, Warszawa PZWL 1977 s. 361
 2. Monicki Jerzy i inni: Dzieje uczelni medycznych w Warszawie w latach 1944-1960. Warszawa PZWL 1968 s. 398
 3. Praca zbiorowa : Wspomnienie pośmiertne Prof. dr hab. med. Bertold Kassur /1906-1982/. Przegląd Epidem. 1983, 2 s. 287-288
- Akta personalne: Warszawska Akademia Medyczna /Archiwum/

Zamieszczamy poniżej fragmenty wspomnień z bogatego życia dr. med. Mirona Paciorkiewicza. Była to cała instytucja, jak tego dowodzą poniższe zapiski.

Mamy nadzieję, że niestrudzony dr Paciorkiewicz napisze książkę o swoim tak bogatym w wydarzenia /a i anegdoty/ życiu.

Sądzymy, że z jego wspomnień i doświadczeń mogą się wiele nauczyć młodzi lekarze i studenci, a starsi wzruszą się wspominając te nie tak odległe heroiczne lata

/Redakcja/

Dr n.medycznych Miron Paciorkiewicz
Zakład Historii Medycyny i Farmacji

Wspomnienia z minionych lat

Zadanie to niełatwe, odtworzyć i to w sposób interesujący przebieg minionego życia z okresu tak burzliwego. Jak fama rodzinna głosi urodziłem się w Warszawie 24 listopada 1916 r., podobno w czepku. Wróżba z tym faktem związana głosiła, że czeka mnie niezwykle życie. A i imię otrzymane na chrzcie - Mirona potwierdzić miało to przypuszczenie. Nosił to imię nie byle kto, bo słynny rzeźbiarz grecki z V wieku przed naszą erą. Jest faktem, że imię to przyniosło mi popularność i było uważane przez środowisko lekarskie za moje nazwisko. Niejednokrotnie torowało mi ono drogę niełatwego życia, ale było też i źródłem drobnych nieporozumień.

Kim byli moi rodzice spytacie; inteligencją pracującą. Ojciec Czesław urzędnik, a matka farmaceutka z domu Jadwiga Paderewska, spokrewniona z wielkim muzykiem. Miałem jedyną siostrę, starszą ode mnie o kilka lat.

Dziecięce lata upłynęły nam beztrąsko i bezchmurnie. Początkowo nauki pobieraliśmy w domu, prywatnie. Atmosfera panowała w domu ciepła i w duchu wzajemnego zrozumienia. Chętnie czytaliśmy książki o przygodach w dalekich krajach. Niepokoila nas ciężka choroba wieńcowa ojca. To w końcu stało się źródłem mego późniejszego zainteresowania się medycyną. Niemalą rolę w wyborze zawodu odegrała tradycja rodzinna, trzech lekarzy w rodzinie, a mianowicie dr Alfred Paciorkiewicz, gen. dr Stanisław Antoniewicz /rzeczywisty radca stanu/, dr med. Ludwik Jaźwiński /dyr. lecznicy "Jano" przy ul. Lwowskiej/. Klasę podwstępną skończyłem na pensji A. Wareckiej przy ulicy Foksal. Tu po raz pierwszy zbratałem się z muzą wygłaszając wierszyk, za co dostałem książeczkę. Po roku przenieśliem się do szkoły Lorentza, a następnie po egzaminach dostałem się do Państwowego Gimnazjum im. A. Mickiewicza przy ul. Sewerynowek. Egzaminy wówczas połączone były z pytaniami sprawdzającymi inteligencję kandydata. Przypominam sobie te pytania: 1/ czego jest więcej na świecie: czy ziemi czy wody, 2/ dlaczego mucha chodząc po suficie nie spadnie, 3/ czy masło waży się czy mierzy. Pamiętam i trafne moje odpowiedzi. Szczęśliwie skończyłem i liceum A. Mickiewicza. Nadszedł czas wyboru kierunku dalszych studiów. Jak łatwo domyśleć się, wybrałem medycynę. Niestety, dwukrotnie mimo zdania egzaminów nie zostałem przyjęty.

W międzyczasie wybuchła wojna. Pracowałem początkowo przy budowie umocnień. Na wezwanie prezydenta Starzyńskiego zgłosiłem się do Wydziału Sanitarnego Straży Obywatelskiej - Śródmieście przy ulicy Nowogrodzkiej. Pełniłem obowiązki sanitariusza, zaopatrującego punkty sanitarne w leki. Następnie po zakończeniu działań wojennych pracowałem jeszcze przez miesiąc w sanitariacie. Za pełnienie moich obowiązków otrzymałem podziękowanie na piśmie komendanta Regulskiego.

W czasie okupacji zmarł mój ojciec, a ja z siostrą i mamą utrzymywaliśmy się z korepetycji. Studiowałem w tym okresie w szkole sanitarnej docenta Jana Zaorskiego. Pamiętam wykłady m.in. prof. Garkiewicza, gdy tłumaczył nam zjawisko powidoku. Mówił wówczas: maluję na tablicy kredką zieloną, a na to nakładam warstwę czerwoną i co widzimy - pomarańcz.

Po wybuchu powstania zaledwie w kilka dni jego trwania zostaliśmy wypędzeni przez bandy ukraińskie do obozu najpierw na Zieleniu, a następnie w Pruszkowie. Udało się nam zmylić czujność Niemców i dołączyć do grupy starców i kalek. Z grupą tą po upchnięciu nas w wagonach bydłowych wyruszyliśmy do Oświęcimia. Przejeżdżaliśmy przez różne stacje. Aż wreszcie dojechaliśmy do miasta Głowna, gdzie zatrzymano pociąg na bocznym torze. Jak okazało się, trwały pertraktacje między ludnością a Niemcami o wielkość okupu za transport. W końcu pociąg z ludźmi został wykupiony, a myśmy otrzymali przydział do chłopów na wieś Wysoki. W taki to sposób uniknęliśmy Oświęcimia. Tu na wsi spędziliśmy szereg miesięcy.

Z chwilą gdy już można było dostać się na Pragę udałem się tam częściowo pieszo, częściowo z wojskiem koleją. Na Pradze powstała tzw. Akademia Boremlowska, dokąd się zgłosiłem. Tu profesor Butkiewicz przyjął mnie na III rok studiów. Nie miałem początkowo gdzie mieszkać. Spałem na zestawianych krzesłach w dawnej szkole /przy ul. Boremlowskiej/ zamienionej na szpital. Koleżanki widząc mnie tak śpiącego pozwoliły mi spać na sali, która służyła jako sypialnia, jadalnia, a w razie potrzeby sala wykładowa. Gdy zrobiło się ciepłej, spałem na strychu wśród rozwieszanej często bielizny. Między mną a koleżankami zawiązała się przyjaźń. Jak mogłem pomagałem im w okresie kolokwium przynosiłem im śniadanie z pobliskiej stołówki. Gdy zachęły przychodzić paczki UNRRA, zostałem wybrany na przewodniczącego Komisji Darów dla kursu III. W tym czasie otrzymywałem podania od koleżanek i kolegów w sprawach różnych. Któregoś dnia wpłynęło od jednej z koleżanek podanie tej treści: "Do przewodniczącego. Uprzejmie proszę o przydział 2 kompletów bielizny damskiej, ponieważ od kilku miesięcy nie mam ubocznych dochodów". W celu sprawdzenia konieczności przydziału sekretarz Komisji miał z nią przeprowadzić rozmowę.

Tu na Boremlowie zaprzyjaźniłem się z synem dziekana Jerzym Butkiewiczem. Razem spędzaliśmy wolny czas na rozmowach, spacerach. Zdarzyło się pewnego dnia pod nieobecność profesora, a mojej u niego wizyty, że jego matka poprosiła mnie o poradę lekarską dla swego syna. Zrobił mu się czyrak na nodze. Na próżno tłumaczyłem się swoją niekompetencją i tym, że jestem jeszcze studentem. Pani Profesorowa

zamknęła dyskusję słowami "ale jest pan przyjacielem Jurka". Nie pozostało mi nic innego jak poddać się i udać się do szpitala po zastrzyk, modny wówczas "cibasol". Nie wiedziałem wówczas, że profesor uznawał tylko w powyższym przypadku propidon. Zaopatrzony w strzykawkę i cibasol wróciłem do domu państwa Butkiewiczów, gdzie wstrzyknąłem lek Jurkowi. Następnie zadowolony wróciłem do szpitala. Tymczasem wrócił dziekan i zaproponował synowi wyprawę do Warszawy. Miała to być przejażdżka końmi. Jurek, który miał aktualnie zaplanowane spotkanie z kolegami, odpowiedział: "nie pojedę, noga mnie boli. Miron zrobił mi zastrzyk". Profesor w pierwszej chwili zaniemówił, a potem powiedział: "Jak on śmiał, przecież ja jestem chirurgiem, a on tylko studentem. Ja z nim porozmawiam". Powiadomiony przez Jurka o tym co zaszło unikałem spotkania z dziekanem. Jednak niespodziewanie spotkaliśmy się. Dziekan jeszcze podenerwowany powiedział do mnie: "Jak pan mógł. Nie słyszałem, żeby student zaczął felczerować w domu dziekana". Nie pomagały żadne tłumaczenia. W kilka dni później otrzymałem od profesora przebaczenie i stypendium bezwrotne.

Po zakończeniu walk zaczęliśmy myśleć o powrocie na ruiny Warszawy oraz możliwościach odbudowy. Rozpoczęły się codzienne wędrowki do rozminowanych terenów i poszukiwania wracających tu rodzin. Stopniowo włączaliśmy się w powszechny nurt odgruzowania a następnie odbudowy. Hasło: Cały Naród Odbudowuje Stolicę zamieniło się w czyn. Powstawały stopniowo zakłady naukowe. Wydział Lekarski przenosił się na prawy brzeg Wisły. Po wyremontowaniu stosunkowo najmniej zniszczonego gmachu Koła Medyków utworzyłem Komisję Studencką dla przydziału koleżanek i kolegów na poszczególne

grupy ćwiczeniowe. Dzięki temu pomogłem przeciążonemu pracą Dziekanatowi.

Imię moje coraz bardziej stawało się popularne. Byłem znanym studentem i starostą Kursu. Przenoszenie się z jednej grupy do innej było dozwolone jedynie w wyjątkowych przypadkach. Zdarzyło się, że pewnego razu zgłosił się student do profesora Adama Czyżewicza prosząc o przeniesienie do innej grupy. Ponieważ znał moje prawdziwe nazwisko, powiedział: "Moją prośbę popiera starosta Paciorkiewicz". Profesor oburzony odpowiedział: "Niech mi pan głowy nie zawraca, starostą IV Kursu jest Miron". Ulubionym powiedzeniem profesora w czasie wykładu było powiedzenie: "Czy znacie tę bajkę? A więc posłuchajcie". Przypominam sobie i inne ciekawe wydarzenia z pełnionej funkcji starosty. Zdarzyło się, że student z Poznania przeniósł się w ciągu roku akademickiego na studia do Warszawy i oczywiście nie znał wykładowców. Przydzielony został na ćwiczenia z chirurgii do jednego z asystentów, który dał mu do opracowania historię choroby jednej z pacjentek. Gdy kolega wszedł na salę, jego chora powiedziała: "Przed badaniem muszę skorzystać z basenu". Student wyszedł z sali po salową. W pewnym momencie spostrzegł na korytarzu niewysokiego i niepozornego mężczyznę w białej czapeczce na głowie, na którego kiwnął palcem. Był to prof. dr hab, Zdzisław Łapiński. Podszedł on do studenta i zapytał "Co pan sobie życzy". Medyk odpowiedział: "Basen dla chorej i to szybko". Profesor przyniósł basen na salę. Skonsternowana chora zawołała: "To już nie ma salowych i pan profesor musiał osobiście fatygować się?" Jak należało się domyśleć, student uciekł z sali.

W czasie prowadzonych ćwiczeń profesor Stefania Jabłońska po wykładzie na temat kiły chciała pokazać objawy tej choroby u pacjentki. Sprowadzono młodą chorą na salę. Profesor poleciła rozebrać się chorej. Widząc dużą grupę studencką pacjentka zaprotestowała, mówiąc: "Ludziom nie będę się pokazywała". Na to profesor zareplikowała: "Lekarze to nie ludzie". Pacjentka spełniła natychmiast polecenie pani profesor.

Nie wolno było zdawać dawniej egzaminu z anatomii patologicznej wcześniej jak po absolutorium, chyba że za zezwoleniem w terminie prywatnym. Ja byłem m.in. tym wyjątkiem. Po omówieniu terminu egzaminu zabrałem się ochoczo do opanowania ogromnego materiału. Zdarzyło się, że w tym okresie odbywał się "śledź" w Kole Medyków. Usiadłem wraz z dwoma koleżankami na kilka minut przed 24. Nagle o dwunastej w nocy ukazał się orszak w białych fartuchach złożony z profesora Ludwika Paszkiewicza w otoczeniu ówczesnej doc. J. Dąbrowskiej i laboranta pana Wardy. Gdy orszak ten znalazł się na środku sali balowej, rozpoznałem w rękach pana Wardy niesiony mikroskop i dwie tablice histopatologiczne. Grupka ta wędrując po sali szukała jakiegoś studenta. Ku memu zdziwienia profesor podszedł do mnie i powiedział: "Panie Mironie, dziś będzie pan zdawał egzamin, rozmyśliłem się i zmieniam termin". Ja na to powiedziałem: "Do umówionego terminu pozostało jeszcze dwa miesiące". Moje tłumaczenie nie pomogło. W sali bufetowej posadzono mnie, a pan Warda postawił przede mną mikroskop. Tymczasem profesor zaczął coś szukać w portfelu. Po dłuższej chwili mego zdenerwowania wyciągnął swój bilet wizytowy i powiedział: "Co

pan rozpozna oglądając ten eksponat". Ja już nie speszony zacząłem oglądać bilet pod mikroskopem. Na pytanie pierwsze odpowiedziałem dobrze. Nastąpiły dalsze pytania z teorii przedmiotu, a potem tablic. Profesor zadowolony powiedział: "Biorę wszystkich za świadków, że egzamin odbył się i został zaliczony z wynikiem bardzo dobrym". W umówionym terminie odbył się prawdziwy egzamin.

Moje imię stało się nieporozumieniem na egzaminie u profesora Mieczysława Michałowicza. Zdawałem wówczas egzamin z pediatrii. Protokół opiewał na nazwisko Paciorkiewicz. Sekretarka Dziekanatu pani Rumpowa zapomniała je dopisać. Gdy pomyślnie zdałem egzamin, wręczyłem ten protokół profesorowi a on powiedział: "To nie Pana". Musiałem tłumaczyć się i dostarczyć nowy dokument.

Profesor Wiktor Grzywo-Dąbrowski był tak wielkim pedantem, że polecił mi odwołać delegację do Ministra Odbudowy z powodu swego wykładu. Motywował on swoją decyzję ważnością poruszanych tematów.

Już jako absolwent odbywałem praktykę na chirurgii w Konstancinie pod Warszawą. Gdy podawałem dożylną narkozę z ewipanu chorej zdarzyło się, że część leku dostała się poza żyłę, chora zaczęła budzić się. Musiałem wkluć się po raz drugi, a ordynator Cholewicki krzyczał, wołając: "Pchaj pan dalej".

Pracowałem w kilku zakładach teoretycznych i klinikach A.M. Na czwartym kursie zostałem asystentem w Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej, którego kierownikiem był profesor Julian Walewski. Początkowo Zakład trzeba było urządzić. Nie było w nim prawie nic prócz paru krzeseł i stołu. Po uzyskaniu mebli wnosiłem razem z woź-

nym Antonim meble po krętych schodach. Następnie zaopatrzyłem Zakład w narzędzia, które otrzymałem od profesora Butkiewicza. Potem przystąpiłem do zorganizowania biblioteki. Gdy można było rozpocząć prace badawcze, pomagałem w nich profesorowi, jak również doktorantom, docentom, między innymi ówczesnemu doktorowi Dryjskiemu. W czasie nieobecności profesora siedziałem w jego gabinecie na fotelu przygotowując się do egzaminu. Byłem już wtedy znanym studentem, moje imię stało się moim drugim nazwiskiem. Zdarzyło się pewnego razu, że zapukano do gabinetu profesora, w którym aktualnie przebywałem, siedząc za górą książek. "Proszę", powiedziałem, wówczas wszedł student i powiedział: "Panie profesorze, proszę o podpis w indeksie". Ja wówczas wziąłem pióro i udałem, że podpisuję, a oddając mu indeks powiedziałem: "Pamiętam, siedział pan na wykładzie w pierwszym rzędzie". Po paru minutach wpadł on bez pukania do gabinetu i powiedział: "Pan się pomylił i w innym miejscu musiał pan podpisać". Na to odpowiedziałem: "Kolego, profesor nigdy się nie myli. To, że pan profesora Walewskiego nie zna, to jest zrozumiałe, ale kolegi Mirona nie śmie pan nie znać". Anegdotka ta w różnych wersjach była powtarzana przez profesorów i młodzież akademicką. Gdy profesor Walewski pisał Patofizjologię, włączył część mego artykułu o Speranskim do swego dzieła. Artykuł ten przetłumaczyłem z języka niemieckiego. Moją zasługą było przyspieszenie pierwszego wydania tej książki. Interweniowałem wspólnie z innymi starostami w Ministerstwie Oświaty.

W roku 1950 przeniosłem się do Zakładu Farmakologii, gdzie kierownikiem był profesor Piotr Kubikowski. Tu brałem udział w ćwicze-

niach ze studentami, przyjmowałem kolokwia. W czasie mojej pracy w Zakładzie brałem udział w pracach przygotowawczych do I Zjazdu Fizjologów Polskich organizując biuro zjazdowe, którego byłem kierownikiem. Próbowałem następnie robić prace badawcze nad wynalezieniem substancji czynnych w strączkach fasoli, co sugerowały dawne prace zebrane przeze mnie. Niestety, wyniki tych doświadczeń nie dały oczekiwanego efektu.

W czasie zajęć u profesora dr hab. Piotra Kubikowskiego zorganizowałem wspólnie z asystentami w ramach białych niedziel wyjazd do Węgrowa, gdzie badaliśmy młodzież szkolną. Moim dziełem było również objęcie opieką lekarską młodzieży muzycznej mieszkającej w Dziekance.

W związku z większym zamiłowaniem do medycyny praktycznej zwróciłem się do profesora Leona Plockiera o umożliwienie mi pracy pod jego kierunkiem. Otrzymałem dzięki niemu stypendium specjalizacyjne z gastroenterologii. Tu pracowałem początkowo pod kierunkiem starszych asystentów, a następnie samodzielnie prowadziłem chorych. Tu zacząłem zbierać materiały do pracy "Plamy na języku w przebiegu choroby wrzodowej". Tu również pod kierunkiem docenta Ellbauma uczyłem się na zwłokach punkcji wątroby.

W Klinice Gastroenterologicznej przeprowadzałem także z dr. med. Zygmuntem Łoguckim badania lekarskie stypendystów szkoły muzycznej im. Fryderyka Chopina. Brałem w tym czasie udział w białych niedzielach organizowanych przez Szpital Miejski Nr 6 przy ul. Goszczyńskiego. W Klinice Gastroenterologicznej krążył wierszyk o mnie następującej treści:

"Nasz fakirek złotowłosa

Młody, dumny i uroczy

Z pękiem węży na ramieniu

Do sal chorych wkracza

Same otwierają się usteczka

Połyka sondę panienczka

A fakirek mówi słodko

Łykaj węża moje złotko".

W ramach dalszej specjalizacji w internie pracowałem pod kierunkiem profesorów Jakuba Węgierki, Eugeniusza Kodejszki, docenta Aleksandra Dawidowicza i Artura Czyżyka. W ramach pracy na oddziale profesor Jakub Węgierko skierował mnie na uzupełnienie brakujących staży cząstkowych. Profesor zaliczył mi wszystkie staże i kolokwia do I stopnia z interny, proponując mi w ramach egzaminu zdanie tylko diabetologii, bez części praktycznej. Niestety z powodu choroby nie mogłem skorzystać z propozycji profesora. W trakcie odrabiania stażu z chorób zakaźnych zafascynowała mnie przeważnie szybko działająca terapia, co spowodowało porzucenie III Kliniki Chorób Wewnętrznych i rozpoczęcie pracy w II Klinice Chorób Zakaźnych pod kierunkiem docent Klementyny Rachoń. Tu napisałem dwie prace na temat grup krwi. Pierwsza była drukowana również w języku angielskim. Obie prace zostały przyjęte z uznaniem u nas i za granicą. O tym świadczą liczne listy z zagranicy, a profesor Henryk Brokman zaproponował mi współpracę nad rozpracowaniem tego zagadnienia. Propozycji tej nie mogłem zrealizować

z powodu pogarszającego się stanu zdrowia profesora, był on już wówczas na emeryturze. Gdy w I Klinice Chorób Zakaźnych zaobserwowałem, że chorzy na żółtaczkę zakaźną leżą niekiedy po kilka miesięcy, postanowiłem w okresie poprawy zdrowia przyzwyczajając ich do czynnej pracy. Ponieważ pracowałem na salach kobiecych, wdrażałem pacjentki do wykonywania robótek ręcznych. Wychodziła nawet gazetka "Żółtek". Hasło głoszone przeze mnie "Cały naród pracuje" chwyciło. Chore już od wejścia na salę witały mnie tym okrzykiem. Te trzy prace ukazały się w druku w czasie pracy w Klinice Zakaźnej po fuzji dwóch klinik pierwszej z drugą w związku z przejściem na emeryturę docent Klementyny Rachoń, a objęciem kierownictwa nad całością przez profesora Bertolda Kassura. Poza pełnieniem codziennych obowiązków asystenckich tłumaczyłem z angielskiego i niemieckiego. Część tekstów została wydrukowana na łamach "Przeglądu Epidemiologicznego".

Drugą pasją mojego życia oprócz leczenia chorych była historia medycyny, którą zajmowałem się od wielu lat. W 1974 r. przeniósłem się do Zakładu kierowanego przez docenta Marcina Łyskanowskiego. Tu zrobiłem doktorat z rozprawy pt.: "Działalność naukowo-badawcza prof. dr wszech nauk lekarskich Walerego Jaworskiego /1849-1924/ i dr med. Mikołaja Rejchmana /1851-1918/ oraz ich wkład do rozwoju gastroenterologii w Polsce na przełomie XIX i XX stulecia" uzyskując stopień dr nauk medycznych i nagrodę III stopnia Rektora.

Jeszcze jako student włączyłem się do prac przy odbudowie stolicy. Służyłem stałą pomocą ówczesnemu Rektorowi Franciszkowi

Czubalskiemu przy odbudowie gmachów Medycyny Sądowej i Anatomicum, współpracując z profesorami Wiktorem Grzywo-Dąbrowskim, Ludwikiem Paszkiewiczem, Janem Zaorskim, Romanem Poklewskim. Między innymi podpisałem kosztorys na odbudowę sali "Anatomicum" przy braku pieniędzy w kasie U.W., gdy dopiero za osiem miesięcy miały wpłynąć subsydia. Pomogłem dyrektorowi ówczesnemu dr med. Sierpińskiemu w zmobilizowaniu studentów do odgruzowania szpitala Dzieciątka Jezus. Jako ciekawostkę podaję, że członkowie misji szwedzkiej mieszczącej się przy ul. Nowogrodzkiej pomagali również przy odgruzowaniu "Anatomicum" .

W 1947 roku przystąpiłem do odgruzowania innych budowli naszej uczelni i innych ośrodków akademickich w Warszawie, tworząc przy Stołecznym Komitecie Odbudowy Warszawy Ogólnoakademicki Komitet Odbudowy Wyższych Uczelni w Warszawie. Wspólnie ze Stołecznym Komitetem zorganizowałem Loterię Akademicką z dochodem 17 milionów złotych na ówczesną walutę. Organizowałem wtedy szereg akcji, jak odgruzowanie Muranowa, szereg kwest ulicznych z udziałem artystów, koncertów.

Premier Józef Cyrankiewicz jako działacz SPOS udzielił mojemu Komitetowi pisemnego podziękowania, a Śródmiejski Front Jedności Narodu przyznał mi Odznakę Działacza Frontu. W ramach SFBSI inicjowałem środowisko do budowy wiejskich ośrodków zdrowia. Z kolei w związku z likwidacją prac tej organizacji przeszedłem do nowo powstającego Towarzystwa Przyjaciół Warszawy, dokąd zgłosili się i inni działacze SPOS-u. Początkowo rozpocząłem pracę na Woli

jako wiceprezes i przewodniczący Komisji Imprez. Wobec pozytywnej oceny mojej pracy awansowałem na członka Zarządu Głównego i kolejno wiceprezesa Komisji Imprez na prezesa. Zaczął się wspaniały rozwój imprez nie tylko dla członków Towarzystwa, ale i Zakładów Pracy. Współpracowały z nami Radio i Telewizja, Stołeczna Estrada, Wydział Kultury Śródmieścia ze Stołecznym, Zespoły Pieśni i Tańca "Mazowsze", Wojska Polskiego, Politechniki, Uniwersytetu, chóry Harfa i Lutnia, Filharmonia, Opera Warszawska, Opera Wojewódzka, Operetka, wybitni artyści, Domy Nauczyciela, Międzynarodowe Kluby Prasy i Książki, Zespoły Pieśni i Tańca: wojska, Mazowsza, kolei, Politechniki, Kapela Feliksa Dzierżanowskiego, "Polonez" Elżbiety Lubieńskiej, "Eskulap" doc. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, Zespół orkiestrowy Sewena, chóry: Harfa, Lutnia, UW, Cyrk, Tow. Muzyczne, Komitet d/s Radia i Telewizji itp. Miejscami artystycznych imprez były: Sala Kongresowa, Filharmonia, Szkoła Muzyczna na Okólniku, Szpitale, Domy Seniora, Klub Lekarza, Aula Politechniki, Riwiera, Kluby Nauczyciela, STOCER /Konstancin, Chylice/, Muzea, Wilanów, Zamek Królewski. Dochód z części imprez był przeznaczany sukcesywnie raz na Zamek, na Centrum Zdrowia Dziecka i wynosił około 200.000 zł.

Za całokształt prac otrzymałem następujące odznaczenia państwowe i wyróżnienia: Krzyż Kawalerski /K 12974 z 1966 r./, Złoty Krzyż Zasługi /F-5479 z 1961 r./, Srebrny Krzyż Zasługi /B-18297 z 1057r./, Złotą Odznakę NBOw z 1948 r., Odznakę "Za wzorową pracę w służbie zdrowia" z 1972 r., Złotą Odznakę Honorową M.St. Warszawy

/N 1852 z 1966 r./, Odznakę Zasłużonego Działacza Frontu Jedności Narodu /z 1973 r./, Medal 30-lecia PRL /z 1974 r./, Działacza Kultury, Odznaki Honorowe PCK: trzeciego /N 30495 z 1965 r./, drugiego /N 49075 z 1975 r./, pierwszego stopnia z 1981 r., Medal 50-lecia PCK, Złotą Odznakę Związkową /N 1773 z 1971 r., Odznakę Tysiąclecia /NF-0781/, Medal Srebrny Towarzystwa Higieny.

dr Bronisław Pokrzycki
Zakład Dydaktyki AM w Warszawie

Marian Obara: Podstawy kształcenia medycznego

Warszawa, 1983, PWN, s. 278

Po kilku wartościowych książkach opublikowanych w latach 70-tych, pierwszy doktor habilitowany w Polsce z zakresu dydaktyki medycznej Marian Obara z Akademii Medycznej w Poznaniu, wzbogacił teorię kształcenia medycznego kolejną wartościową pozycją nadając jej zarazem zobowiązujący tytuł: "Podstawy kształcenia medycznego".

Recenzowana książka znanego już dobrze w Polsce, a także za granicą dydaktyka medycznego ukazała się w serii Monografie i Studia Biblioteki Nauczyciela Akademickiego w edycji Państwowego Wydawnictwa Naukowego w 1983 r.

Rodzące się pytania o adresata, jak i społeczne zamówienie na omawianą pozycję, nie wymagają odpowiedzi, jeśli się tylko zapoznamy uprzednio ze spisem treści zawartym na ostatnich stronach książki.

Całość merytoryczna zawarta została w sześciu obszernych rozdziałach poprzedzonych przedmową Autora. W niej podkreśla się na wstępie badawczy aspekt nad procesem nauczania - uczenia się medycyny. "Obecnie - pisze dalej autor - pojawia się potrzeba dokonania syntezy dotychczasowego dorobku technologii kształcenia medycznego, podsumowania wyników badań naukowych, systematyzacji wiedzy z zakresu dydaktyki medycznej i określenia perspektyw jej dalszego rozwoju.

Niniejsza praca stanowi próbę zaspokojenia tej potrzeby" /s. 3/.

Twierdzenie powyższe zdaje się dostatecznie mocno podkreśla główny motyw i sens przedsięwzięcia jaki autorowi przyświecał w tej pracy.

W rozdziale pierwszy zatytułowanym: "Medycyna jako przedmiot kształcenia" autor z pozycji metodologa usiłuje określić podstawowe pojęcia, takie jak: medycyna, jej funkcje, jej stosunek do innych nauk, jako nauka i jako przedmiot nauczania, jako praktyka. Nawiązując do określeń K. Kacprzaka, T. Kielanowskiego, F. Widy-Wirskiego, J. Kostrzewskiego, Wielkiej Encyklopedii Powszechnej z 1966 r. podaje, iż: "Medycyna jest więc nauką o zdrowiu i chorobie człowieka, psychicznych, społecznych, zawodowych, intelektualnych i etyczno-moralnych uwarunkowaniach zdrowia i choroby" /s. 7/. Z wielu spraw poruszonych w tym rozdziale warto - jak sądzę - podkreślić dwie.

Pierwsza, to zintegrowane nauczanie /w postaci poziomej i pionowej/, które ma stanowić swego rodzaju antytezę dotychczasowego zatomizowanego procesu nauczania, a domagające się nowego /strukturalnego/ ujęcia treści poznawczych. Druga, to oparcie kształcenia medycznego na naukowych podstawach materializmu funkcjonalnego, którego istotę stanowi dialektyczne wiązanie poznania z działaniem. Przyjęcie za podstawę kształcenia medycznego teorii materializmu funkcjonalnego, pozwala na realizację wielostronnego kształcenia na niwie medycznej.

Rozdział drugi poświęcony jest charakterystyce systemu kształcenia medycznego. W nim autor zajął się składnikami wiedzy lekarskiej, a więc wiadomościami, umiejętnościami i nawykami, dzieląc pierwszy z nich na wiadomości o fizjologii człowieka i wiadomości o procesach chorobowych i przyczynach ich występowania. Z kolei omówił cele

nauczania rozumiane jako opisy stanów projektowanej przyszłości w zakresie operacji i procesów umysłowych nawiązując przy tym do określeń B. Górnickiego, J. Tatonia, W. Tysarowskiego i A. Trzebskiego. Dalej, godne podkreślenia w tej części pracy, wspomina autor, co prawda bardzo skrótowo o systemowym podejściu do procesu kształcenia medycznego a także o potrzebie jego planowania. Z tą ostatnią kwestią łączy autor zagadnienie wzorca / modelu/ zawodowego lekarza medycyny akceptując jego różnorodne dotychczasowe ujęcia spotykane w literaturze medycznej /L. Kryst, E. Łapińska, G. Rzepecka, J. Tatoń/.

Przedstawione propozycje wzorca zawodowego lekarza pozwalają autorowi przejść do omówienia kolejnego, obszernego problemu w rozdziale trzecim, tj. do kształtowania osobowości lekarza w procesie wychowania.

Już na wstępie tego rozdziału autor zajmuje się relacjami zachodzącymi między wychowaniem i nauczaniem w procesie kształcenia medycznego. Przyjmuje wyróżnione przez W. Sterna a rozwinięte w pracach H. Muszyńskiego dyspozycje instrumentalne kształtowane przez nauczanie i dyspozycje kierunkowe rozwijane podczas wychowania. Stanowisko autora w tej sprawie niezbyt jasne się staje dla czytelnika, kiedy zestawi pogląd ze strony 26 a mówiący o tym, że podstawą kształcenia medycznego jest materializm funkcjonalny, którego istotą jest integralny związek poznania z działaniem i twierdzenia ze strony 68: "Związki między nauczaniem i wychowaniem należy traktować postulatycznie, to znaczy należy nauczaniu nadawać taki kształt, aby służyło ono równocześnie realizacji celów wychowawczych" z kolejnym twier-

dzeniem: "Problemu kształtowania właściwych postaw młodzieży akademickiej uczelnia nie rozwiąże jedynie za pomocą dobrze zorganizowanego procesu dydaktycznego" /s. 68/. Tu warto przypomnieć, że na materialnie fanie funkcjonalnym opiera się wielostronne nauczanie - uczenie się podczas realizacji którego mamy do czynienia ze strategią uczenia się przez przyswajanie, odkrywanie, przeżywanie /!/ i działanie. Ta wielostronność zapewnia rozwój poznawczy, emocjonalny /czyt. wychowawczy/ i działaniowy. A więc dobrze zorganizowany proces dydaktyczny zapewnia rozwój poznawczy i wychowawczy wychowania szkoły i uczelni.

Na dalszych stronach tego rozdziału autor zapoznaje czytelnika ze związkiem ideału i celów wychowania ze sformułowaniami kodeksu etyczno-deontologicznego jako zbiorem zasad postępowania lekarza w różnych sytuacjach. Pozostałe zagadnienia godne odnotowania to: wychowanie patriotyczne, kształtowanie postaw zawodowych, kierowania własnym rozwojem. Następnie porusza szereg zagadnień z zakresu psychologii społecznej, takich jak: postawy studentów, pełnienie przez nich ról społecznych, funkcjonowanie grup społecznych, style kierowania współpracownikami oraz podległym personelem medycznym. Warto zwrócić uwagę również na przytoczony przez autora zarys systemu wychowawczego uczelni medycznej.

Rozdział czwarty, najobszerniejszy, recenzowanej publikacji poświęcił autor metodom i formom organizacyjnym nauczania medycznego. W kolejnych jego podrozdziałach autor aplikuje czytelnikowi tematykę dotyczącą: zasad kształcenia /poglądowości, przystępności,

systematyczności, świadomego i aktywnego udziału słuchaczy w procesie kształcenia, trwałości zdobywanej wiedzy, operatywności, wiązania teorii z praktyką/, metod nauczania medycyny i ich podziału /na słowne, oglądowe i praktyczne/, form nauczania /wykłady, seminaria, konwersatoria, ćwiczenia, praktyki/ oraz czynności kierowniczych nauczyciela medycyny /przygotowanie zajęć dydaktycznych, ich organizowanie, realizację zajęć oraz sprawdzanie przebiegu realizacji założonych celów kształcenia/. Przy opracowaniu tego rozdziału autor korzystał z piśmiennictwa krajowego /B. Nawroczyński, W. Okoń, Cz. Kupisiewicz, T. Nowacki, K. Kruszewski, J. Koziński/ i zagranicznego /B.F. Skinner, A.M. Matjuszkin, N.F. Tałyżina i in./ starając się w miarę możliwości zapewnić odpowiednią egzemplifikację merytoryczną dla wyżej wyróżnionych problemów. Trafne uwypuklenie wysokiej efektywności nauczania uzyskiwanego przy stosowaniu metody dyskusji, a także wskazanie na możliwości zastosowania metod gier dydaktycznych w procesie kształcenia medycznego to także warte odnotowania w tej części pracy, walory.

Kolejny rozdział piąty poświęcony został materialnemu środowisku jako elementowi systemu kształcenia. "W skład tego środowiska /.../ wchodzi zespoły pomieszczeń dydaktycznych, gabinetów diagnostycznych, pokoi badań, sal operacyjnych i zapobiegowych, pomieszczeń administracyjnych i socjalno-bytowych oraz pełne wyposażenie tych pomieszczeń" /s. 171/. Szczegółowe kwestie tego rozdziału to: pojęcie i klasyfikacja środków dydaktycznych, ich funkcje w szkole wyższej, metodyka ich stosowania, ergonomiczne aspekty projektowania i użytkowania pomieszczeń dydaktycznych. Jako uzasadnienie takiego

podejścia do środków dydaktycznych autor przyjmuje za L. Leją następującą tezę: "Efektywność kształcenia jest funkcją wielkości form, metod i środków dydaktycznych /podkreślenie - B.P./ głosi jedna z podstawowych zasad nowoczesnej technologii kształcenia" /s. 172/. Ta nowoczesność w ujmowaniu tematyki tego rozdziału stanowi rys. charakterystyczny w jego prezentacji.

Merytoryczna zawartość rozdziału szóstego, tj. ostatniego, poświęcona została kontroli i ocenie wyników nauczania w systemie kształcenia medycznego. Warto podkreślić, iż tematyce tej autor "Podstaw kształcenia medycznego" poświęcił w latach ubiegłych wiele miejsca w oddzielnych monografiach i artykułach. /Por. piśmiennictwo str. 257 w tej sprawie/. Kolejność poruszonych zagadnień poczynając od przedmiotu kontroli, jej funkcji, form, metod jest z punktu widzenia logicznego ujęcia bardzo poprawna. To przyczynia się do dużej komunikatywności tekstu a równocześnie świadczy o dużej erudycji autora w tej dziedzinie wiedzy. Szczególnie zwięzłe i jednocześnie systematyczne ujęcie kwestii dotyczących testów dydaktycznych i ich cech /obiektywności, trafności, rzetelności, mocy dyskryminacyjnej/ może stanowić zwłaszcza dla młodych nauczycieli dużą pomoc.

Pracę zamyka krótkie, sumujące zakończenie, w którym autor raz jeszcze podkreślił dwie główne zasady odnoszące się do kształcenia medycznego, a mianowicie: zasadę integracji i humanizacji a także potrzebę kompleksowych badań nad tym kształceniem.

Czy postawione przez autora na wstępie zadanie syntezy dotychczasowych badań z zakresu dydaktyki medycznej zostało wykonane

poprawnie? Wydaje się, że recenzent dał jednoznacznie temu wyraz oceniając poszczególne rozdziały pracy. Sumując należy z dużym uznaniem odnieść się do wykonanej przez autora "Podstaw kształcenia medycznego" solidnej, obszernej, wykonanej z dużym rozmachem pracy. Dydaktyka medyczna jako dyscyplina szczegółowa dydaktyki szkoły wyższej wzbogaciła się o kolejną, starannie opracowaną i wartościową pozycję.

WYBRANE PRACE NAUKOWE

BARANOWSKI ANDRZEJ^{x/} - "Syntezy pochodnych etylenodiaminy o spodziewanym działaniu farmakologicznym"

Zakład Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM.

Wykonano syntezy 37 nieopisanych w literaturze pochodnych etylenodiaminy o spodziewanym działaniu hipotensyjnym, adrenolitycznym, spazmolitycznym, przeciwbólowym i antycholinergicznym. Są to N,N'-di-/pirydylometylowe pochodne etylenodiaminy, 2-/2,3,4-pirydylometyloamino/etyloamidy kwasów 2-,3-,4-pirydynokarboksylowych, pochodne 3-/2-aminoetyloamino/-8-butyl-8-azabicyklo 3.2.1 oktanu i 4-/2-aminoetyloaminometylo/2-benzyl-2-fenyl-1, 3-dioksolanu.

W pracy przytoczone są dokładne opisy otrzymywania tych związków, a ich dane fizykochemiczne zestawiono w tabelach. Tożsamość nowych związków potwierdzono wynikami analizy elementarnej na zawartość C, H, N, Cl oraz interpretację widm IR. Spis literatury zawiera 91 pozycji ściśle związanych z tematem.

Zsyntetyzowane związki przekazano do badań farmakologicznych.

BILLIP-TOMECKA ZOFIA^{x/} - "Leczenie zatruc lekami nasennymi i uspakajającymi metodą diurezy forsowanej" .

Instytut Chorób Wewnętrznych AM

Liczba ostrych zatruc w naszym kraju stale wzrasta. Zwłaszcza często występują zatrucia lekami nasennymi i uspakajającymi. Istotny wpływ na rokowanie ma czas w jakim podjęto leczenie zmierzające do

x/ praca doktorska
xx/ praca habilitacyjna

szybkiego usunięcia trucizny z ustroju. Często stosowaną w tym celu metodą jest diureza forsowana.

Leczono 255 chorych w III i IV^o śpiączki, zatrutych lekami nasennymi i uspakajającymi metodą diurezy forsowanej. Diurezę wymuszano stosowaniem płynów infuzyjnych z dodatkiem chlorku potasu, który skutecznie zabezpieczał ich przed hipopotasemią. W przypadku nienadążania diurezy za podażą płynów stosowano Furosemid.

Określono granice kliniczne i toksykologiczne, w których ta prosta i tania metoda jest bezpieczna i jednocześnie skuteczna w leczeniu zatruc lekami nasennymi i uspakajającymi.

Ustalono górną granicę stężenia trucizny w surowicy krwi, powyżej której leczenie diurezą forsowaną jest nieskuteczne i staje się niebezpieczne.

Określono wskaźniki optymalnej diurezy i oczekiwanej ilości eliminowanej trucizny z moczem.

Uściślono wskazania do leczenia zatrutego w specjalistycznym ośrodku dializoterapii.

BRONARSKI JANUSZ ^{x/} - "Ocena wydolności mięśnia pośladkowego średniego w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego metodą Wallera".

Klinika Ortopedyczna AM

Treścią rozprawy doktorskiej jest ocena wydolności mięśnia pośladkowego średniego u osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego leczonych operacyjnie metodą pełnej endoprotezoplastyki

stawu biodrowego. Metodą badań zastosowaną w pracy jest rejestracja elektromiograficzna czynności bioelektrycznej mięśnia przy użyciu elektrod powierzchniowych /metodą elektromiografii globalnej/ podczas chodu na ruchomym chodniku. Wyniki badań wykazały stałe, patologicznie wzmożone napięcie m. pośladkowego średniego w chorobie zwyrodnieniowej biodra oraz reaktywowanie jego czynności po leczeniu operacyjnym.

FRACKI STANISŁAW^{x/} - "Dynamika zmian morfologicznych i czynności hormonalnych jąder w Zespole Klinefeltera z kariotypem 47 XXY"

Instytut Położnictwa i Ginekologii AM

Celem pracy było zastosowanie ilościowej metody stereometrycznej wg Weibla do badań struktur morfotycznych jąder w Zespole Klinefeltera, a następnie porównanie tych wyników ze zmianami hormonalnymi przysadki mózgowej i jąder z uwzględnieniem wieku metrykalnego. Histologiczną analizą objęto 250 chorych z Zespołem Klinefeltera, u 156 z nich wykonano badanie frakcji 17-ketosterydów, a u 48 oznaczono poziom FSN, LH i Testosteronów surowicy krwi metodą radioimmunologiczną. Wyniki badań stereometrycznych wykazały zwiększenie objętości jądra zajmowanej przez tkankę śródmiąższową a w następnych latach życia ponowne obniżenie oraz stałe obniżanie się frakcji kanalików plemnikotwórczych z niepogrubiałą błoną graniczną. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem względnej objętości zajmowanej przez tkankę śródmiąższową następuje obniżenie poziomu testosteronu i rezerwy czynnościowej gruczołu śródmiąższowego. Rezerwa czynnościowa gruczołu śródmiąższowego obniża się wraz z wiekiem. Względnie prawi-

dłowy poziom frakcji 17-ketosterydów, przy obniżonym poziomie testosteronu wskazuje kompensacyjne zwiększenie się androgenów nadnerczy,

FRUBA JOANNA ^{x/} - "Przetoka gardłowa po laryngektomii całkowitej, /Analiza kliniczna materiału Warszawskiej Kliniki Otolaryngologicznej z lat 1970-1979/"

Klinika Otolaryngologiczna Instytutu Chirurgii AM

Celem rozprawy doktorskiej była ocena metod odtwórczych w przetokach gardłowych po laryngektomii całkowitej, stosowanych w Warszawskiej Klinice Otolaryngologicznej w latach 1970-1979. Badaniami objęto 492 chorych operowanych z powodu raka płaskonabłonkowego krtani. W grupie tej 303/61,6%/ zagoiło się bez powikłań, a u 189 /38,4%/ wytworzyła się przetoka gardłowa. Wśród chorych z przetoką u 137 /72,5%/ nie wykonano operacji rekonstrukcyjnych, ponieważ w 94,9% przetoki zagoiły się samoistnie, a tylko w 5,1% nie uległy zagojeniu z powodu zgonu chorych na skutek wznowy, przerzutów oraz zakażenia pałeczką ropy błękitnej. Natomiast 52 chorych wymagało przeprowadzenia operacji odtwórczych, w celu zamknięcia przetoki. Podjęto również próbę ustalenia przyczyn powstawania przetok gardłowych na podstawie analizy czynników związanych z przebiegiem choroby, z techniką operacyjną i z postępowaniem pooperacyjnym.

GAJKOWSKI KAZIMIERZ ^{xx/} - "Doświadczalne badania wpływu hipertermii mikrofalowej na mózg prawidłowy i z ogniskiem padaczkowym"

Klinika Neurologiczna WAM

Celem pracy było zbadanie wpływu jednorazowej i wielokrotnej

ogólnej hipertermii mikrofalowej na mózg królika zdrowego i z penicylinowym ogniskiem padaczkowym. Wykazano, że hipertermia ogólna powoduje zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, manifestujące się zmianami w zapisach elektroencefalograficznych /eeg/ i we wzrokowych potencjałach wywołanych. Zmiany w eeg są proporcjonalne do czasu działania hipertermii i jej natężenia, są jednak odwracalne i cofają się samoistnie. Hipertermia uaktywnia czynność ogniska padaczkowego w zapisach eeg i prowokuje występowanie napadów drgawkowych. Istnienie ogniska padaczkowego nasila zmiany w eeg pod wpływem hipertermii. Podłożem obserwowanych zmian jest obrzęk mózgu, czego dowodem są badania morfologiczne i samoistne cofanie się zmian eeg. Wykazano również normalizujący wpływ hydrokortizonu na czynność bioelektryczną mózgu i na zmniejszenie aktywności ogniska padaczkowego w warunkach hipertermii ogólnej.

GOMUŁA ANDRZEJ ^{x/} - "Zastosowanie metod submikroskopowych do oceny skuteczności działania preparatów farmakologicznych w leczeniu kamicy dróg moczowych"

Klinika Urologiczna AM

W pracy przedstawiano oryginalną metodę badania skuteczności działania leków litolitycznych, stosowanych w zachowawczym leczeniu kamicy dróg moczowych. Skład chemiczny złożeń poddawanych litolizie określono na podstawie wyników badań w spektrofotometrze podczerwień i mikroanalizatorze promieni X. Oceny zmian ilościowych, zachodzących w badaniach złożeń w czasie litolizy, dokonywano w dektro-

nowym mikroskopie skaningowym. Do rozpuszczania fragmentów złogów dróg moczowych używano moczu pacjentów, którym podawano badany lek. Grupę kontrolną stanowiły złogi rozpuszczane moczem tych samych pacjentów, uzyskiwanych od nich w czasie, kiedy nie otrzymywali leku. W części klinicznej pracy dokonano analizy porównawczej skuteczności siedmiu leków litolitycznych. Ponadto przeprowadzono badania wpływu zakażenia dróg moczowych na przebieg procesu rozpuszczania złogów dróg moczowych oraz dokonano oceny wpływu moczu zawierającego badany lek na różne rodzaje złogów. Przeprowadzono również badania skuteczności litolicznej frakcji chromatograficznych trzech leków, określając związek odpowiedzialny za efekt terapeutyczny. Wyniki badań oparte są na analizie 825 fragmentów złogów dróg moczowych poddawanych rozpuszczaniu przez mocz zawierający różne leki.

GUTKOWSKA JULIA ^{x/} - "Rola pałeczki Haemophilus influenzae w chorobach górnych dróg oddechowych u dzieci"

Instytut Pediatrii AM

Treścią rozprawy jest próba oceny roli pałeczki Haemophilus influenzae w chorobach górnych dróg oddechowych u dzieci. Badania prowadzono w Klinice Laryngologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii AM w Warszawie i Pracowni Bordetella i Haemophilus Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie. Zbadano grupę 752 dzieci chorych i zdrowych. Materiał obejmował dzieci z zapaleniem zatok przynosowych, podgłośnionym zapaleniem krtani i dzieci zdrowe. U wszystkich dzieci przeprowadzono badanie kliniczne, wykonywano podstawowe badania dodatkowe a następnie dokonywano posiewów materiału pobranego z części

nosowej gardła.

Oznaczano również wrażliwość wychodowanych szczepów na wybrane chemioterapeutyki i dokonano oceny zależności wyhodowań pałeczki *H.influenzae* od pory roku. Okazało się, że pałeczka *H.influenzae* jest często izolowanym drobnoustrojem z górnych dróg oddechowych u dzieci zarówno chorych jak i zdrowych. Lekiem z wyboru pozostaje nadal ampicilina.

GÓRALSKI STEFAN^{x/} - "Badania doświadczalne nad wytrzymałością mechaniczną zespołów jelita cienkiego i powstającymi zrostami otrzewnej, w farmakologicznie wywołanych zaburzeniach układu krzepnięcia"

Instytut Hematologii w Warszawie

W przedstawionej rozprawie doktorskiej problematykę gojenia się ran operacyjnych w farmakologicznej koagulopatii opracowano na przykładzie gojącej się rany zespoleniowej jelita cienkiego.

Poddano analizie mechaniczną wytrzymałość rany, jej obraz histologiczny oraz występowanie zrostów otrzewnej. Badania przeprowadzano na królikach podzielonych na pięć grup: grupę kontrolną, grupę zwierząt, którym podawano heparynę podskórną, grupę królików, którym heparynę wstrzykiwano dożylnie, grupę z wykonaną hemodilucją dekstranem oraz zwierzęta, którym podawano dojelitowo synkumar.

Wykonane badania wykazały niezaburzone gojenie się ran zespoleniowych jelita u zwierząt otrzymujących heparynę podskórną oraz synkumar. We wszystkich grupach doświadczalnych, w porównaniu do grupy kontrolnej, stwierdzano: ograniczenie stanu zapalnego wokół rany oraz mniejszą liczbę zrostów otrzewnej. Analiza porównawcza wykazała,

że najoptymalniejsze warunki dla gojenia się zespożeń jelitowych, w przedstawionym modelu doświadczalnym, istniały u zwierząt otrzymujących synekumar.

JAŹDZIKOWSKA-SZLEZYNGIER GRAŻYNA ^{x/} - "Przeszczepy allogeniczne kosteczek słuchowych w operacjach odtwórczych ucha środkowego".

Instytut Chirurgii AM

Celem pracy było dokładniejsze opracowanie zagadnień związanych z przygotowaniem i konserwacją kosteczek słuchowych, przebadanie Cialitu jako środka konserwującego, organizacja banku kostnego dla potrzeb mikrochirurgii ucha, a także analiza odległych wyników tympanoplastyk wykonanych w Klinice Otolaryngologicznej w latach 1971-1975, z zastosowaniem przeszczepów allogenicznych błon bębenkowych i kosteczek słuchowych konserwowanych 0,02% roztworze Cialitu. Własności Cialitu przebadano prowadząc doświadczenie na modelu zwierzęcym z użyciem szczepów wsobnych myszy CFW i C₅₇Bl. Jako materiału do przeszczepów użyto różnych przeszczepów kostnych, następnie w różnych odstępach czasu badano odczyn blastyczny w regionalnych dla przeszczepu węzłach chłonnych.

KOZIOŁ EWA DOROTA ^{x/} - "Syntezy niektórych N-acylowych pochodnych 1,2,3,4,5,6-heksahydro-6-metylo- i 6,11-dimetylo-2,6-metano-3-benzazocyny"

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych

Instytutu Nauki o Leku AM

Wykonano syntezy dwunastu nieopisanych w literaturze N-acylo-

wych pochodnych 1,2,3,4,5,6-heksahydro-6-metylo- i 6,11-dimetylo-2,6-metano-3-benzazocyny. Spodziewano się, że otrzymane związki będą działać przeciwbólowo ze względu na układ 1,2,3,4,5,6-heksahydro-2,6-metano-3-benzazocyny. Poza tym uzyskane amidy mogą działać antagonistycznie w stosunku do opiatów. W części doświadczalnej znajdują się dokładne opisy przeprowadzanych syntez. Przepisy dotyczące związków wyjściowych oparte są na metodach literaturowych. Stosując te metody wprowadzono pewne modyfikacje, które były warunkiem koniecznym do uzyskania założonej wydajności bądź określanego produktu reakcji. Własności fizykochemiczne związków i wyniki analiz elementarnych zostały przedstawione w tablicach: osobno załączono atlas widm IR otrzymanych związków.

KWIATKOWSKA BOŻENNA^{x/} - "Syntezy niektórych pochodnych 8-alkilo-8-aza bicyklo /3.2.1/ oktanu"

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych
Instytutu Nauki o Leku AM

W pracy przedstawiono syntezy 18 nieopisanych w literaturze związków, pochodnych tropanu, podstawionych w położeniu 3 oraz pochodnych N-butylonortropanonu-3 podstawionych w pozycji 2 i 4. Spodziewano się, że pierwsza grupa związków, zawierających układ tropanu posiadający podstawniki w położeniu 3 wykazywać będzie działanie spazmolityczne. Założono również, że pochodne N-butylentropanonu-3 z podstawnikami w pozycji 2 i 4 posiadać będzie działanie zólcio-pędne. Przepisy dotyczące syntez związków wyjściowych oparte są na metodach literaturowych. Własności fizykochemiczne związków

i wyniki analiz elementarnych zostały zestawione w tablicach, osobno załączono atlas widm otrzymanych związków.

KALISZCZUK-MAKLES TATIANA ^{x/} - "Egzamin końcowy z medycyny jako próba oceny efektywności studiów na wydziale lekarskim"

Instytut Medycyny Społecznej AM

W części teoretycznej pracy dokonano krytycznego przeglądu literatury z zakresu efektywności studiów, struktury wiedzy medycznej, mechanizmów poznawczych. Część eksperymentalna zawiera opis testowych metod egzaminacyjnych i tryb przeprowadzania egzaminu końcowego z medycyny, łącznie z ewolucją jego koncepcji.

Dokonano szczegółowej analizy wyników egzaminu końcowego przeprowadzonego dla całej populacji absolwentów wszystkich wydziałów lekarskich w Polsce w roku 1976 i 1977. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie z jakim zasobem zintegrowanej wiedzy medycznej absolwenci opuszczają uczelnię, jaka jest struktura tej wiedzy, a także jakie są różnice pomiędzy poszczególnymi uczelniami.

KARDASZ KRYSTYNA ^{x/} - "Dynteza nowych związków o potencjalnym działaniu leczniczym w oparciu o 2-acetylocykloheksanon"

Politechnika Warszawska

Przedmiot pracy stanowiła synteza nowych związków - pochodnych 2-cynamoilo-6-benzylidenocykloheksanonu o potencjalnym działaniu żółciotwórczym i żółciopędnym. Zaplanowane związki otrzymano na drodze kondensacji 2-acetylocykloheksanonu z aldehydami aromatycznymi

i heterocyklicznymi. Reakcje prowadzono przy użyciu różnych katalizatorów i rozpuszczalników. Pozytywne wyniki otrzymano przy użyciu trójtlenku boru i octanu morfoliny jako katalizatorów. Otrzymano 24 nowe związki. Ich strukturę ustalono na podstawie analizy elementarnej widm IR i NMR. Trzy spośród otrzymanych związków przebadano pod względem farmakologicznym.

KORAB-LASKOWSKA MARIA ^{x/} - "Model diagnozy lekarskiej opartej na procedurach wyjaśnienia i sprawdzania hipotez"

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Rozprawa przedstawia koncepcje i opis matematyczny procesu diagnostycznego w części ukierunkowanej hipotezami. Model diagnozy oparty jest na procedurach wyjaśnienia i sprawdzenia hipotez.

Model składa się z dwóch części: modelu wiedzy medycznej i algorytmu procesu diagnostycznego. Wiedzą medyczną wykorzystywaną przez lekarza w rozwiązywaniu problemów diagnostycznych przedstawiam w postaci uporządkowanej paragrafów: grafu wiedzy medycznej i grafu semantycznego.

Wierzchołkami grafu wiedzy są stany biopatologiczne, a łuki odzwierciedlają możliwe uwarunkowania jednych stanów biopatologicznych przez inne. Graf semantyczny jest uzupełnieniem grafu wiedzy. Umożliwia on opis stanu pacjenta i zawiera dodatkowe informacje o zależnościach między stanami biopatologicznymi. Na podstawie modelu wiedzy opracowano algorytm procesu diagnostycznego składający się z kilku części odzwierciedlający podstawowe kroki rozumowania ukierunkowanego

hipotezami. Na podstawie algorytmu opracowano program w języku APL/360 na maszynie IBM 5110 przewidziany do zastosowania w dydaktyce.

KORNISZEWSKI LECH^{xx/} - "Znaczenie biopsji cienkoigłowej w rozpoznawaniu limfocytowego zapalenia tarczycy u dzieci i młodzieży"

Instytut Pediatrii AM

Celem pracy było poszukiwanie prostej i pewnej metody rozpoznawania limfocytowego zapalenia tarczycy u dzieci i młodzieży. Materiał badany stanowiło 76 dzieci z wolem obojętnym. Rozpoznanie limfocytowego zapalenia tarczycy ustalono u 39 dzieci, wykazując obecność nacisków limfocytowych w aspiratach tarczycy pobranych przy pomocy biopsji cienkoigłowej.

Przedstawiono wyniki badań klinicznych, hormonalnych, immunologicznych i cytologicznych u tych chorych. Obraz kliniczny i badania hormonalne wносиły niewiele do rozpoznania a przeciwciała tarczycowe stwierdzono tylko u części chorych z naciekami limfocytowymi w tarczycy. Wykazano, że biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jest prosta, bezpieczną i pewną metodą rozpoznawania limfocytowego zapalenia tarczycy u dzieci i młodzieży. W oparciu o doświadczenia własne zaproponowane optymalne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadkach wola obojętnego.

KRZYMIENI JANUSZ^{x/} - "Wpływ dożylnego podania papaweryny, fentolaminy i propranololu na przepływ obwodowy u chorych na cukrzycę"

Instytut Chorób Wewnętrznych AM

Celem pracy była obiektywna ocena wpływu wybranych leków o różnym mechanizmie działania: papaweryny fentolaminy oraz propranololu na przepływ w stopie u pacjentów z cukrzycą typu I.

Badania zostały oparte na pomiarach przepływu krwi przez stopę za pomocą wodnej pletyzmografii okluzyjnej.

Do pomiarów przepływów krwi zastosowano czujnik pletyzmograficzny wg własnego projektu. Badania przeprowadzono u 25 osób zdrowych i 40 osób z cukrzycą typu I.

Uzyskane wyniki badań dowiodły małej skuteczności poprawy przepływu naczyniowego w stopie chorych na cukrzycę takich leków jak fentolamina i papaweryna, a z drugiej strony przemawiają przeciwko ryzyku pogorszenia przepływu naczyniowego po podaniu propranololu.

ŁOJKO BOGDAN^{x/} - "Ocena kompleksowej pooperacyjnej balneorehabilitacji w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych"

Klinika Ortopedyczna AM

Rozprawa doktorska dotyczy własnej metody kompleksowego usprawniania pooperacyjnego chorych z arthrosis deformans coxae w warunkach uzdrowiskowych. Materiał kliniczny dotyczy 704 chorych operowanych metodą: Mc Murraya i Pauwelsa /255 chorych/ i alloplastyki totalnej /383 chorych/ kapoplastyki Wagnera /47 chorych/ i plastyki

dachu panewki Salmona /19 chorych/. W zastosowanej metodzie leczniczej wykorzystano naturalne tworzywa uzdrowiska oraz różne zabiegi klinezyterapeutyczne i fizykalne. W ocenie wartości opracowanej metody uwzględniono takie parametry jak: bóle stawu biodrowego, zakres ruchu czynnego i biernego, siłę mięśniową zespołów dynamicznych operowanej kończyny, wydolność i sprawność chodu. Uzyskane wyniki potwierdziły wysoką skuteczność oraz praktyczną przydatność przedstawionej w rozprawie metody balneorehabilitacji w odniesieniu do chorych leczonych operacyjnie z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych.

MUSZYŃSKI JACEK ^{x/} - "Badania nad wydzielaniem hormonu wzrostu w różnych postaciach cukrzycy i u ludzi zdrowych po stymulacji L-Dopa"

Instytut Chorób Wewnętrznych AM

Przeprowadzono badania mające na celu ustalenie zależności pomiędzy rodzajem cukrzycy, wiekiem i otyłością a stopniem sekrecji hormonu wzrostu. Przebadano 30 osób zdrowych i 43 pacjentów z różnym stopniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej /nieprawidłowa tolerancja glukozy z otyłością i bez otyłości, cukrzyca typu 1 bez powikłań naczyniowych, cukrzyca typu 2 skojarzona z otyłością i bez otyłości/. Grupy kontrolne osób zdrowych zostały odpowiednio dobrane pod względem wieku i ciężaru ciała. Dla pobudzenia sekrecji hormonu wzrostu podawano 500 mg L-Dopa doustnie. Wartości hormonu wzrostu i insuliny w osoczu oznaczano metodą radioimmunologiczną z próbek

krwi pobieranych co 30 minut w ciągu 3 godzin. Stwierdzono, że przyrost hormonu wzrostu w osoczu chorych na cukrzycę typu 1 jest większy niż u ludzi zdrowych, natomiast u chorych na cukrzycę typu 2 wyraźnie mniejszy niż u ludzi zdrowych.

Wyniki te wskazują na większą aktywność systemu regulacji wydzielania podwzgórzowo-przysadkowego w cukrzycy cechującej się bezwzględnym deficytem endogennej insuliny.

OKNIŃSKA-HOFFMANN ELŻBIETA^{x/} - "Kryteria wczesnego rozpoznawania zakażeń uogólnionych u noworodków"

Instytut Pediatrii AM

Celem pracy było ustalenie przydatności klinicznej wybranych parametrów biochemicznych dla wczesnego rozpoznania wrodzonych i nabytych infekcji uogólnionych u noworodków. Oceniano poziom fibrynogenu, alfa-1-antytrypsyny, alfa-2-makroglobuliny, oraz immunoglobulin IgG, IgA i IgM. Stwierdzono, że podwyższony poziom fibrynogenu jest wskaźnikiem stanu zapalnego i świadczy o zakażeniu noworodka. Podwyższenie poziomu alfa-1-antytrypsyny oraz obniżenie poziomu alfa-2-makroglobuliny również świadczy o zakażeniu. Wzrost poziomu immunoglobulin IgA i IgM nie obserwowany po urodzeniu u noworodków matek z infekcją okresu okołoporodowego, stwierdzany jest natomiast u dzieci w przebiegu posocznicy.

OLSZOWSKA OLGA^{x/} - "Rozmnażanie klonalne *Thymus vulgaris* L. drogą kultur tkankowych in vitro i ocena uzyskanych linii"

Zakład Botaniki Farmaceutycznej Instytutu Nauki o Leku AM

Opracowano metodą klonalnego rozmnażania tymianku pospolitego /*Thymus vulgaris* L., Labiatae/ drogą kultur tkankowych in vitro.

Kulturę zapoczątkowano z pączków szczytowych i bocznych oraz ze szczytowych fragmentów siewek. Wyrosłe z tych eksplantatów rośliny mnożono dalej z fragmentów pędów. Uzyskano wysoki wskaźnik mnożenia - po zapoczątkowaniu kultury z 1 pączka w wyniku czterech kolejnych comiesięcznych pasażów można otrzymać około 2200 roślin.

Ustalenie optymalnych warunków regeneracji roślin z różnych eksplantatów wymagało zastosowania licznych modyfikacji kilku podstawowych pożywek. Uzyskano 22 linie tymianku pospolitego. 12 z nich porównano pod względem niektórych cech morfologicznych oraz wydajności i składu olejku w ziele. Zawartość olejku w ziele wynosiła 0,97 - 1,82%.

Ziele 11 linii odpowiadało wymaganiom FP IV, która dopuszcza surowiec zawierający nie mniej niż 1% olejku. Głównym składnikiem olejków był tymol. Opracowana metoda może być wykorzystana do otrzymania linii o korzystnych cechach morfologicznych i fitochemicznych. Linie te mogą być przydatne w pracach hodowlanych.

PIEKARCZYK JANUSZ^{xx/} - "Ocena zaawansowania raków szczęki w oparciu o analizę wybranych metod diagnostycznych"

Klinika Chirurgii Stomatologicznej AM

W oparciu o materiał Kliniki Chirurgii Szczękowej AM w Warszawie poddano analizie 167 przypadków raka szczęki. Oceniono zaawansowanie raków na podstawie analizy różnych metod diagnostycznych.

Podstawę do badań anatomicznych szczęki stanowiła analiza 47 czaszek ludzkich macerowanych oraz 12 zwłok ludzkich świeżych lub konserwowanych. Dokonano analizy klinicznej badanego materiału ustalając między innymi zespół objawów występujących w rakach szczęki w zależności od zaawansowania procesu nowotworowego. Oceny konwencjonalnych badań radiologicznych dokonano w wyniku analizy całej populacji, gdyż badania te przeprowadzone były we wszystkich przypadkach. Badania naczyniowe pozwoliły na ustalenie zespołu objawów występujących w rakach szczęki. Analiza przeprowadzonych badań izotopowych oparta była na 37 przypadkach przebadanych tą metodę. Badania KT wykonane u 21 chorych pozwoliły na wstępne ustalenie wysokiej przydatności tej metody do oceny zaawansowania raków szczęki. Metodę weryfikującą trafność oceny zaawansowania raków przy użyciu poszczególnych metod diagnostycznych było kontrolne badanie histopatologiczne.

PUCIŁOWSKI OLGIERD ^{x/} - "Badania nad rolą neuronów serotoniner-
gicznych mózgu w zachowaniu agresywnym szczurów"

Instytut Psychoneurologiczny

W pracy tej podjęto próbę oceny wpływu aktywności ośrodkowych serotonergicznych /5HT / na zachowanie agresywne izolowanych szczurów. Zastosowano dwie metody: stymulację farmakologiczną i drażnienie elektryczne dwu podstawowych skupisk tych neuronów w mózgu, jądra grzbietowego szwu /DR/ i jądra środkowego szwu /MR/. Wykazano, że podane środki farmakologiczne pobudzające neurony lub receptory 5HT jak np. fenfluramina czy kwipazyna, silnie hamowały agresywność. Stwierdzono także, że drażnienie DR spowodowało statystycznie znamienne zahamowanie agresywności szczurów. Nie obserwowano istotnego zmniejszenia agresywności w wyniku drażnienia drugiej struktury 5HT tj. MR, wcześniejsze podanie obwodowe antagonisty receptorów 5HT, metergoliny, znosiło efekt drażnienia DR. Dowodzi to udziału 5HT w mechanizmie efektu drażnienia tej struktury. Uzyskane wyniki wskazują, że neurony 5HT leżące w obrębie DR, lecz nie MR, odgrywają rolę hamującą w regulacji badanego typu zachowania agresywnego.

RAKOCZY ANDRZEJ ^{x/} - "Wartość badań ultradźwiękowych w diagnostyce różnicowej guzów trzustki"

Instytut Radiologii AM

W pracy oceniono wartość badania ultradźwiękowego w uwidacznianiu guzów nowotworowych zapalnych i torbielowatych trzustki, oraz

możliwości metody w diagnostyce różnicowej ich charakteru.

Dodatkowo w pracy oceniani siłę diagnostyczną ultradźwiękowych objawów raka trzustki. Spośród 980 pacjentów podejrzanych o schorzenie trzustki u których wykonano badanie ultradźwiękowe wybrano 123 chorych u których dokonano weryfikacji rozpoznania drogą operacyjną i/lub sekcyjną. Otrzymany materiał poddano analizie statystycznej. Zgodność diagnostyczną uzyskano - 84%. Dla poszczególnych guzów trzustki zgodność schorzenia uzyskano: a/ dla raków trzustki w 72%, guzów zapalnych w 85%, guzów torbielowatych w 96%. Ponadto oceniono wartość metody w aspekcie zgodności całkowitej, wskaźników czułości i swoitości oraz współczynnika Youdena. Wyselekcjonowano cztery główne objawy ultradźwiękowe raków trzustki.

RECHOWICZ PRZEMYSŁAW^{x/} - "Synteza kwasu 2,7-dimetylofuro/
/2,3f/benzofurano-3-karboksylowego oraz jego pochodnych o spodziewanym działaniu farmakologicznym"

Zakład Chemii Ogólnej Instytutu Nauki o Leku AM

W pracy opisano syntezę kwasu 6-acetylo-5-hydroksy-2-metylobenzofurano-3-karboksylowego i kwasu 2,7-dimetylofuro/2,3f/benzofurano-3-karboksylowego oraz ich pochodnych. Otrzymano 21 nowych związków. Surowcem do opisanych syntez był ester etylowy kwasu 5-acetoksy-2-metylobenzofurano-3-karboksylowego, z którego po przegrupowaniu Friesa otrzymano kwas 6-acetylo-5-hydroksy-2-metylobenzofurano-3-karboksylowy, a potem jego pochodne. Następnie powyższy kwas poddano reakcji z bromooctanem etylu, produkt zhydrolizowano

KOH i zcyklizowano do kwasu 2,7-dimetylofuro/2,3f/benzofurano-3-karboksylowego. Następnie kwas ten bromowano, nitrowano i estryfikowano otrzymując odpowiednie jego pochodne.

Niektóre z nowo otrzymanych aminoestrów poddano wstępnym badaniom na aktywność p-bakteryjną. W przygotowaniu badania aktywności p-nowotworowej.

SKARŻYŃSKI HENRYK ^{x/} - "Stan naczyń limfatycznych błony śluzowej w raku krtani"

Instytut Chirurgii AM

Przeprowadzono badania naczyń limfatycznych błony śluzowej krtani w oparciu o 90 preparatów, w tym 46 prawidłowych oraz 44 usunięte operacyjnie z powodu rozległego nacieku lub wznowy raka po napromienianiu. Ustalono, że układ limfatyczny błony śluzowej stanowi całość anatomiczną, a wprowadzony podział na cztery okolice: nagłośnię, głośnię i podgłośnię ma znaczenie topograficzne i czynnościowe wynikające m.in. z odrębności w drenażu limfy. Wykazano połączenie pomiędzy poszczególnymi okolicami krtani oraz krtanią a gardłem śród-kowym i tchawicą. Stwierdzono, że okolica głośni nie stanowi bariery anatomicznej pomiędzy piętrami krtani. Obecność i rodzaj nacieku nowotworowego powodują zmiany w sieci naczyń limfatycznych zwłaszcza głębszej, co m.in. wyjaśnia niektóre przyczyny szybkiego wzrostu w poszczególnych okolicach oraz szerzeniem się procesu do regionalnych węzłów chłonnych po obu stronach krtani. Napromienianie powoduje zmiany w rysunku n. limfatycznych oraz zaburza ich połączenie pomiędzy poszczególnymi okolicami krtani.

SKUP KRZYSZTOF MIECZYŚLAW^{x/} - "Synteza niektórych

N-acylowych pochodnych 6-metylo- i 6,11-dimetylo-1, 2,3,4,5,6-heksahydro-2,6-metyno-3-benzazocyny"

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Instytutu Nauki o Leku AM

Celem rozprawy doktorskiej była synteza niektórych N-acylowych pochodnych 6-metylo- i 6-dimetylo-1, 2, 3, 4, 5, 6-heksahydro-2,6-metano-3-benzazocyny o spodziewanym działaniu analgetycznym.

Otrzymano, w wyniku wieloetapowej syntezy, aminokondensowano z następującymi chlorkami kwasowymi: 2- i 3-chinuklidynokarboksylowym 1-ademantanokarboksylowym, 1-metylo-1, 2, 3, 4, 5, 6-tetrahydro-3-pirydynokarboksylowym oraz 1-metylo-1, 2, 3, 4, 5, 6-tetrahydro-4-pirydynokarboksylowym.

Ostatecznie otrzymano dziesięć, dotychczas nieopisanych w literaturze chemicznej związków, które poddano analizie elementarnej na C,H,N oraz zmierzono i zinterpretowano widma IR i ¹H-NMR. Związki przekazano do badań farmakologicznych.

STEFANOWICZ JACEK ANDRZEJ^{x/} - "Syntezy N-arylo-N-/8-/2-fen-

nyloetylo-/8-azabicyklo-/3.2.1/okt-3-ylo/ i N-arylo-N-/8-/2-mofolinoetylo-/8-azabicyklo/3.2.1/okt-3-ylo/acetamidów i propinamidów o spodziewanym działaniu farmakologicznym"

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Instytutu Nauki o Leku AM

Tematem pracy były syntezy N-arylo-N-/8-/2-feniloetylo/- i N-arylo-N-/8-/2-morfolinoetylo-/8-azabicyklo/3.2.1/okt-3-ylo/amin

oraz ich acetamidów i propionamidów o spodziewanym narkotycznym działaniu przeciwbólowym. Zsyntezowano 20 nieopisanych w literaturze związków, które po oczyszczeniu poddano analizie elementarnej na C.H.N. Wyniki analiz, właściwości fizykochemiczne otrzymanych związków zamieszczono w tabelach. W pracy zamieszczono również ich widma IR i NMR. Związki przekazano do badań farmakologicznych.

SWOBODA-KOPEĆ EWA ^{x/} - "Badanie niektórych wykładników odpowiedzi komórkowej in vitro oraz liczebności subpopulacji limfocytów krwi obwodowej i antygenów HLA u chorych na cukrzycę"

Instytut Chorób Wewnętrznych AM

Celem badań było określanie, czy cukrzyca typu 1 i 2 różni się w wybranych parametrach charakterystycznym wkładem populacji limfocytów we krwi obwodowej i reaktywnością na PHA oraz ustaleniem związku współwystępowania odpowiednich antygenów HLA z cukrzycą obu typów. Pomiędzy grupami chorych na cukrzycę typu 1 i 2 nie wykazano różnic w liczebności limfocytów i ich subpopulacji z markerami E_{SRBC}, EA, EAC i SIg, stwierdzono natomiast znamienne statystycznie wzrost liczebności limfocytów z markerami dla fragmentu Fc Ig i składnika C, komplementu na powierzchni u chorych obu typów w porównaniu z grupą zdrowych dawców krwi. Nie wykazano istotnych różnic w reaktywności limfocytów na PHA w badanych grupach. Potwierdzono istnienie dodatniej korelacji występowania cukrzycy typu 1 z antygenem HLA i cukrzycy typu 2 z antygenem HLA B15.

Przedstawione wyniki dostarczają dowodów na to, że ze wszystkich uwzględnianych parametrów tylko liczba limfocytów z markerami EA

i EAC była znamienne wyższa u pacjentów z cukrzycą w porównaniu do zdrowych dawców, co może sugerować wzrost aktywności komórek K u chorych na cukrzycę. Wzrost liczebności w/w komórek nie był związany z typem cukrzycy, co może sugerować, że jest on procesem wtórnym. Nie można jednak rozstrzygnąć czy zwiększone liczby komórek EA i EAC mają charakter pierwotny czy wtórny.

SZELENBERGER WALDEMAR^{xx/} . "Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu"

Klinika Psychiatryczna AM

Głównym założeniem pracy była hipoteza, że słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu /BAEP/, dzięki połączeniom podkorowych dróg słuchowych z układem limbicznym mogą znaleźć zastosowanie w badaniach psychiatrycznych. W grupie 50 zdrowych mężczyzn i 20 chorych na schizofrenię znaleziono wysoce istotną zależność między niektórymi parametrami BAEP a wymiarem osobowości P /wg kwestionariusza EPQ/. Przedstawiono hipotezę dotyczącą anatomicznego podłoża stwierdzonej zależności. Stwierdzono istotne różnice między czasami utajonego pobudzenia załamek BAEP u kobiet i mężczyzn. Ze względu na możliwość diagnostycznego stosowania BAEP w organicznych zmianach patologicznych mózgu opracowano standardową metodę badania do celów diagnostycznych i obliczono normy dla osób zdrowych. Metodę badania zweryfikowano w grupie 32 pacjentów z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego i u 13 pacjentów z presbycusis. Opracowano metodę analizy wektorowej BAEP umożliwiającą automatyczną ocenę za pomocą maszyny

cyfrowej i z jednoczesnym wskaźnikiem błędu pomiaru. Zasadniczymi wnioskami z badań było potwierdzenie możliwości stosowania BAEP w diagnostyce organicznych uszkodzeń mózgu oraz wykazanie znaczenia BAEP w poszukiwaniach patogenezy zaburzeń psychicznych.

SZUTOWSKI MIROSLAW MARIAN ^{XX/} - "Badania nad rolą systemu monoooksygenaz z udziałem cytochromu P-450 w procesach aktywacji i detoksykacji trucizn"

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Przedmiotem przeprowadzonych badań było poznanie systemu mono-ooksygenaz z udziałem cytochromu P-450 /s.m. z u. cyt. P-450/ w biotransformacji trucizn ze szczególnym uwzględnieniem wpływu tych procesów na siłę toksycznego działania trucizn.

Rozprawa habilitacyjna obejmuje badania in vitro i in vivo. W badaniach in vitro autor wyizolował z mikrosomów płuc królika składniki s.m. z u. cyt. P-450: dwie formy cytochromu P-450, NADPH cytochrom P-450 reduktazę i frakcję fosfolipidową. Opracował model wyjaśniający mechanizm funkcjonowania zrekonstruowanego systemu mono-ooksygenaz: wykazał obecność miceli i ich rolę w interakcji między cytochromem P-450 i reduktazą, wykazał obecność dysocjującego kompleksu złożonego z miceli, cytochromu P-450 i reduktazy. Opracował i uzasadnił teoretycznie wysoce wydajny sposób rekonstrukcji systemu mono-ooksygenaz wprowadzając preinkubację. Zrekonstruował dwa s.m. z u. cyt. P-450 z mikrosomów płuc królika o różnej zdolności do biotransformacji trucizn na przykładzie benzo/a/pirenu, 7-etoksykumaryny i ben-

zfetaminy. W badaniach *in vivo* wykazał rolę s.m. z u. cyt. P-450 w procesach aktywacji i detoksykacji trucizn na przykładzie insektycydu fosforoorganicznego - fenitrotonu stosując różnego typu inhibitory i aktywatory / disulfiram, tioscetamid, etanol/. Przedmiotem drugiej części badań *in vivo* jest wpływ trucizn na aktywność s.m. cyt. P-450. Autor wykazał indukcję cyt. P-450 i cyt. b_5 w wątrobie szczura pod wpływem inhalacji frakcją ropy naftowej R-33 /C₆-C₉ alkany, cykloalkany, aromaty/. Zbadał wpływ wywołanej indukcji na biotransformację benzenu. Opracowane modele *in vivo* i *in vitro* pozwalają w sposób kompleksowy badać procesy aktywacji i detoksykacji trucizn w ustroju przez system monoksygenaz z udziałem cytochromu P-450.

WARDYN KAZIMIERZ^{x/} - "Mineralizacja tkanki kostnej w przewlekłej niewydolności nerek"

Instytut Chorób Wewnętrznych

W przewlekłej niewydolności nerek dochodzi do rozwoju zmian kostnych, określanых ogólnie osteodystrofią nerkową. Celem pracy była ocena zaburzeń procesu mineralizacji układu kostnego oraz wpływ tego zaburzenia na krystaliczność tkanki kostnej u osób z przewlekłą niewydolnością nerek. Oceny tej dokonano, posługując się metodą histomorfometryczną oraz techniką elektronowego rezonansu paramagnetycznego. Stwierdzono, że wraz z rozwojem niewydolności nerek, nasilają się zaburzenia mineralizacji kości oraz zwiększa się współczynnik krystaliczności, co świadczy o wcześniejszym "starzeniu" się mierału kostnego.

WÓJCIK ZDZISŁAW ^{x/} - "Wczesne objawy rokownicze w ostrym zapaleniu trzustki"

Instytut Chirurgii AM

Na podstawie analizy przebiegu klinicznego oraz bezpośrednich wyników leczenia 149 chorych na ostre zapalenie trzustki, w latach 1959-1980, dokonano próby wyodrębnienia wczesnych objawów rokowniczych w tej chorobie. Poddano statystycznej analizie 16 danych klinicznych i laboratoryjnych, oznaczonych u tych chorych, w pierwszej dobie pobytu w Klinice. Okazało się, że wartość prognostyczną posiadają: wiek powyżej 53 lata, nadwaga, obecność wstrząsu, spadek hematokrytu powyżej 6% w ciągu 24 godzin, poziom glukozy powyżej 145 mg%, mocznika - powyżej 58 mg%, wapnia powyżej 8,8 oraz lizozynu w moczu powyżej 7,5./ml/ stwierdzone w pierwszej dobie pobytu w szpitalu/. Prospektywna kontrola przydatności rokowniczej tych objawów /w grupie 51 chorych, w okresie VII 1981-XII 1982/ wykazała, że u chorych z ponad 2-ma objawami, powikłania ostrego zapalenia trzustki obserwowano u ponad 90%.

WOZNIAK MACIEJ ^{xx/} — "Fizjopatologia, diagnostyka i leczenie chirurgiczne wodogłowia o różnej etiologii"

Klinika Neurochirurgiczna AM

Opracowanie monograficzne dotyczące fizjopatologii, diagnostyki i leczenia chirurgicznego wodogłowia, w oparciu o analizę 267 chorych leczonych z powodu wodogłowia w okresie 18 lat. W części pierwszej przedstawiono współczesne poglądy dotyczące płynu m.rdz. i przestrze-

ni płynowych oun, patofizjologii wodogłowia oraz wyniki własnej pracy eksperymentalnej /zmiany naczyniowe u myszy hy - 3 z wodogłowiem wrodzonym/. W części drugiej omówiono diagnostykę i leczenie chirurgiczne wodogłowia. Z badań - najbardziej pomocne były: osiowa temografia komputerowa cysternografia izotopowa, odma centralna i pomiaru ciśnienia śródczaszkowego. Przyczyny wodogłowia: w 124 przypadkach - guz nowotworowy mózgu; i u 143 pozostałych - różne przyczyny. U wszystkich chorych wszczepiano różne typy zastawek, przy czym w 134 przyp. - w pierwszym etapie wykonano próbę chirurgicznego usunięcia przeszkody. Pomyślne wyniki leczenia uzyskano średnio - u 73% chorych. Po wszczępieniu zastawek wystąpiły różne powikłania /u 31.8%/, z czego najczęstszym była niedrożność połączenia. Prace zamykają wnioski, stanowiące podsumowanie obserwacji eksperymentalnych i klinicznych.

ZIELEŃSKA MARIA^{x/} - "Badanie właściwości mutagennych tiuramu w układach pro- i eukariotycznych"

Instytut Biofarmacji AM

Badano właściwości mutagenne tiuramu fungicydu z grupy dwutio-karbaminianów oraz jego metabolitów powstających w obecności różnych frakcji zwierzęcych i roślinnych w układach pro- i sukarieta. Wykazano, że tiuram indukuje mutację typu zmiany zasady w szczepach S.typhimurium i ma właściwości mutagenne dla grzyba A.nidulans. Nie indukuje profagan w szczepie GY5027 E.coli K12. Tiuram po aktywacji metabolicznej indukuje mutacje typu zmiany ramki odczytywania

w szczepach S.typhimurium. Największą aktywność enzymów przekształcających tiuran do mutagennych metabolitów stwierdzono we frakcji mikrosomalnej z wątroby myszy i szczura. Najefektywniejszym induktorem tych enzymów był Areolor 1254.

Metabolity tiuranu powstające w obecności frakcji mikrosomalnej, z wątroby szczura po indukcji Aroclorem 1254 nie mają zdolności wywoływania mutacji u A.nidulans oraz nie indukują profaga w szczepie GY5027 E.coli K12. Frakcje roślinne /siewki pszenicy i kukurydzy, korzenie marchwi i bulwy ziemniaka/ /nie przekształcają tiuranu do związków mutagennych dla szczepów S.typhinurium.

Siewki pszenicy i kukurydzy znoszą aktywność mutagenną tiuranu.

Czynniki antymutagenne w stosunku do tiuranu zawarte w ekstraktach z siewek pszenicy są termostabilne. Wykazano, że cysteina i glutation znoszą całkowicie aktywność mutagenną tiuranu w szczepach S.typhinaurium.

ZIÓŁKOWSKI JERZY^{x/} - "Zdolność dyfuzyjna płuc w wybranych chorobach układu oddechowego u dzieci".

Instytut Pediatrii AM

Badania zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenku węgla wykonano u 126 dzieci, które podzielono na 3 grupy: 30 dzieci zdrowych, 50 dzieci, u których rozpoznano włóknienie płuc, 46 dzieci, u których rozpoznano astmę oskrzelową. Badanie przeprowadzono w spoczynku i podczas wysiłku.

Posłużono się metodą stanu równowagi wg Bates'a.

Wyniki wykonanej pracy wskazują na przydatność tego testu w diagnostyce chorób śródmiąższowych układu oddechowego u dzieci.

Wykazano również, że badania D_{LCO} w czasie wysiłku u dzieci ze zwłóknieniem płuc pozwala na pełniejszą ocenę czynnościową układu oddechowego. Badanie D_{LCO} w czasie wysiłku można uznać za test czulszy niż badanie spoczynkowe w przypadkach braku wzrostu D_{LCO} w czasie wysiłku u dzieci, które mają prawidłową wartość tego parametru w spoczynku. Niskie wartości D_L w spoczynku, lub brak wzrostu w czasie wysiłku u dzieci w okresie międzynapadowym astmy oskrzelowej mogą nasuwać podejrzenie wczesnego okresu rozedmy.

KRONIKA

W dniu 27 lutego 1984 r. w MZiOS otrzymali odznaczenia:

1. Zasłużony Nauczyciel PRL

- prof.dr hab. med. Stefania Jabłońska

2. Medal Edukacji Narodowej

- prof, dr hab.med. Tadeusz Chorzelski

3. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski

1. dr med. Maria Bereza Jarocińska
2. dr med. Irena Belżyńska Żychowska
3. doc. dr farm. Halina Bronisz
4. dr med. Chruścikowski Roman
5. doc.dr hab. med. Olga Grosfeld
6. prof.dr hab. farm. Maria Gajewska
7. doc. dr hab. med. Zbigniew Gawlik
8. pfof. dr hab. farm. Mirosława Głowacka Ruszczak
9. dr hab. med. Ireneusz Janczarski
10. prof.dr hab.farm. Jerzy Jarzębiński
11. dr med. Elżbieta Juzwa
12. dr farm. Janina Kamińska
13. doc.dr hab.med. Andrzej Karwowski
14. dr med. Maria Kąkolewska Mączyńska
15. dr farm. Elżbieta Klepaczevska Sałuda
16. prof.dr hab. med. Ewa Kossowska Dubanowicz
17. dr med. Irena Kozłowska
18. dr med. Włodzimierz Kozłowski

19. dr hab. med. Halina Łukaszewska Otto
20. dr med. Maria Majczyno Winiarska
21. doc. dr med. Wanda Makuch Korulska
22. doc. dr hab. med. Kazimierz Marzinek
23. doc.dr hab. med. Feliksa Mikołajczyk
24. doc.dr hab. med. Wanda Mitkiewicz Bochenek
25. dr farm. Wanda Modrzejewska
26. dr med. Barbara Modrzejewska Kidawa
27. prof.dr hab. med. Bogusław Moszyński
28. doc.dr hab. med. Leopold Myszkowski
29. doc. dr hab. med. Maria Ochocka
30. doc.dr hab. farm. Henryk Osowiecki
31. dr med. Kazimierz Piekacz
32. dr farm. Anna Pietura
33. prof.dr hab. med. Aniela Popielarska
34. doc.dr hab. med. Jadwiga Sicińska
35. prof. dr hab. med. Maria Sieniawska
36. dr med. Melania Smolarska
37. doc. dr hab. med. Irena Smólska
38. doc.dr hab. med. Andrzej Stapiński
39. mgr farm. Tadeusz Stępień
40. prof.dr hab. med. Stefan Starzyński
41. prof.dr hab. med. Irena Szczepańska
42. doc.dr hab. med. Krystyna Szlachetko
43. doc.dr hab. med. Maria Szpringer Nodzak
44. prof. dr hab. med. Leszek Tomaszewski

- 45. lek. Izabella Trąbska
- 46. dr farm. Ewa Walewska
- 47. prof.dr med. Regina Stańczyk
- 48. doc.dr hab. med. Danuta Weyman Rzucidło
- 49. dr farm. Celina Wiercińska Radzio
- 50. doc. dr hab. med. Tadeusz Zalewski
- 51. dr hab. farm. Irena Zawadowska
- 52. dr med. Barbara Zawirska Reofler
- 53. dr farm. Alina Zduńska

4. Złoty Krzyż Zasługi

- 54. dr med. Irena Arendt
- 55. dr med. Bocheńska Nadzieja
- 56. prof. dr hab. med. Krzysztof Boczkowski
- 57. doc.dr hab. med. Krystyna Ceglecka Tomaszewska
- 58. doc. dr hab. med. Anna Fidziańska Dolot
- 59. mgr wf. Tadeusz Flinkowski
- 60. doc. dr hab. med. Stanisław Gumułka
- 61. dr med. Krystyna Jordan
- 62. dr med. Danuta Kamińska
- 63. dr med. Jadwiga Komender
- 64. dr med. Jadwiga Korniszewska
- 65. doc.dr hab. med. January Ławecki
- 66. dr med. Ewa Maciejewska
- 67. dr med. Paweł Opaliński
- 68. mgr farm. Krystyna Owczarek

69. mgr Janina Pilichowska

70. dr n.hum. Bronisław Pokrzycki

71. dr med. Zbigniew Sadowski

72. dr n.techn. Stanisław Sijka

73. dr med. Halina Szucka May

74. mgr farm. Krystyna Twardowska

75. dr med. Ryszard Wasilewski

76. dr hab. med. Janina Więcko

77. dr med. Izabella Żmudzka Stapińska

78. dr med. Irena Pietruszewska

5. Srebrny Krzyż Zasługi

79. lek. Maria Jerzyńska

80. Henryk Kowalewski

W dniu 6.IV.1984 r. odznaki "Za wzorową pracą w Służbie
Zdrowia" otrzymali:

1. Bies-Szostek Krystyna
2. Błaszko Stanisława
3. lek. Bukowska Krystyna
4. lek. Chądryńska Maria
5. prof. dr hab. Dąbrowska Trzcińska Zofia
6. Dzwonkowska Janina
7. doc.dr hab. farm. Fitak Bohdan
8. Goszczyńska Wanda
9. Jakubowska Elżbieta
10. Jezierska Stella
11. Knecht Czesława
12. dr med. Kraska Alicja
13. dr med. Krocin Andrzej
14. Kondrad Irena
15. Kucejko Helena
16. Leszko Lucyna
17. doc.drhab. med. Marianowski Longin
18. Morawska Maria
19. Matyjuk Barbara
20. Redos Zofia
21. Rek Halina
22. mgr Różański Piotr
23. Skassa Jadwiga

24. **płk Skrzypek Jan**
25. **Szafrańska Leokadia**
26. **Szponder Alina**
27. **Świerycka Leokadia**
28. **dr med. Tomankiewicz Zbigniew**
29. **mgr Tomorowicz Barbara**
30. **prof.dr hab. med. Tomaszewski Leszek**
31. **lek. Walkiewicz-Okopień Wanda**
32. **Wojtaszczyk Stanisława**
33. **Woltersdorf Czesława**

Dr n. farm. Adam Glass

Dział Aparatury i Wynalazczości

Zakupiona aparatura medyczna

Pomimo, że od kilku lat występują drastyczne ograniczenia w zakupach aparatury medycznej, Uczelnia nasza nabyła ostatnio kilka bardzo wartościowych pozycji aparaturowych, które rozszerzą możliwości diagnostyczno-lecznicze nowych szpitali klinicznych i przyczynią się do wyleczenia a być może i uratowania życia wielu ludzi.

Poniżej przedstawiam kilka najistotniejszych zakupów aparatury dokonanych na przestrzeni ostatnich 2 lat:

1. Ultrasonograf z przystawką do badań urologicznych

f-my ALOCAHELLIGE typ SSD 256

Cena: 6.000.000.- zł

Użytkownik: I Z-d Rentgenodiagnostyki Instytutu Radiologii
przy ul. Chałubińskiego 5

Aparat został zakupiony w grudniu 1983 r.

Do chwili zakupu aparatu pacjenci jednego z większych w stolicy, wieloprofilowego szpitala PSK nr 1 przy ul. Lindley'a 4 byli przewożeni karetką do szpitala na Bródnie oraz do szpitala przy ul. Banacha w celu wykonania niezbędnych badań aparaturą ultradźwiękową. Zakup tej nowoczesnej aparatury wyposażonej w odpowiednie przystawki odciążyło znacznie szpitale na Bródnie i przy ul. Banacha, skróciło czas oczekiwania na badanie, rozwiązało trudny problem transportu chorych. Aktualnie z usług pracowni ultrasonograficznej korzystają

praktycznie wszystkie Kliniki PSK nr 1. Aparat obsługiwany jest przez asystenta zakładu, specjalnie przeszkolonego w zakresie ultrasonografii w trakcie pobytu na stypendium w Paryżu.

2. Zestaw rentgenowski do głębokiej terapii typ RT-250

f-my PHILIPS

Cena: 10.000.000.- zł

Użytkownik: Klinika Radioterapii Instytutu Radiologii
przy ul. Lindley'a 4

Aparat został zakupiony w II połowie 1983 r.

Aparat został zakupiony po kilkuletnich staraniach.

Wymienił pracujący od ponad 8 lat i niemal całkowicie wyeksploatowany aparat podobnego typu. Znacznie skrócił kolejkę czekających chorych do napromieniowania. Miesięcznie liczba seansów dokonywanych wynosi ok. 800. Z usług aparatu korzystają m.in. chorzy na raka krtani z wszystkich oddziałów laryngologicznych w Warszawie i spoza Warszawy /Płock, Działdowo, Radom, Łęczyca/. Napromienowanymi są także chorzy z Centrum Zdrowia Dziecka w Międzyzlesiu.

3. Ultrasonograf typ B-7100 f-my PHILIPS

Cena: 10.000.000.- zł

Użytkownik: I Klinika Położnictwa i Ginekologii

Pl. Starynkiewicza

Aparat został zakupiony w końcu 1982 roku.

Aparat zapewnił pełną diagnostykę w położnictwie przy ocenie ciąży wczesnej, lokalizację łożyska, diagnostykę ciąży mnogiej, ocenę wad rozwojowych oraz inne zagadnienia perinatologiczne.

W ginekologii aparat umożliwił diagnostyką guzów macicy i jajników.

4. Analizator biochemiczny typ RA-100 f-my TECHNIKON

Cena: 14.000.000.- zł

Użytkownik: Centralne Laboratorium PSK nr 1

Aparat został zakupiony w kwietniu 1984 r., nie jest jeszcze zainstalowany.

Jest to automatyczny analizator oznaczający poziom elektrolitów w surowicy krwi i w moczu na zasadzie elektrod jonoselektywnych. Aparat zapewni pełną automatyzacją wykonywanych badań laboratoryjnych z komputerową selekcją wyników oraz ich statystycznym opracowaniem i kontrolą jakości przy zapisie cyfrowym na zintegrowanej z systemem drukarce. Od momentu zainstalowania analizatora Centralne Laboratorium Zespołu Kliniki PSK nr 1 Będzie w stanie sprostać nieustannie wzrastającemu zapotrzebowaniu na badania laboratoryjne. Badania będą wykonywane szybko, masowo, nowocześnie i tanio.

5. Dezintegrator ultradźwiękowy mikroorganizmów UDM-10

prod. polskiej

Cena: 1.900.000.- zł

Użytkownik: Zakład Bakteriologii i Immunologii Instytutu
Biostruktury

Aparat jest wykorzystywany głównie do prac naukowo-dydaktycznych. Służy do rozbijania komórek mikroorganizmów i izolowania ich składników np. mitochondriów, chromosomów itp.

6. Aparat do uzdatniania wody do dializ f-my GAMBRO /Włochy/

Cena: 5.000.000.- zł

U Użytkownik: I Klinika Chorób Wewnętrznych Instytutu

Chorób Wewn.

Aparat został zakupiony w I połowie 1983 roku.

7. W najbliższych dniach sfinalizowany zostanie zakup 2 aparatów:

a/ licznika promieniowania Gamma f-my LKB

**b/ automatycznej linii przygotowania próbek do badań radio-
immunologicznych f-my LKB**

Cena: 7.000.000.- zł

Użytkownik: Zakład Medycyny Nuklearnej ul. Banacha 1^a

Aparatura zostaje zakupiona w związku ze znacznym rozszerzeniem programu badań radioimmunologicznych dla pacjentów A.M. oraz regionu warszawskiego /liczba badań wynosi ok. 100 tys. rocznie/.

Przyznanie w/w aparatury stanowi realizację akcji zainicjowanej przez Krajowy Zespół Nadzoru Specjalistycznego d/s Radiologii i Medycyny Nuklearnej oraz resort zdrowia, której celem jest renowacja aparatury w dużych ośrodkach regionalnych naszego kraju.

C O N T E N T S

Professor Jan Nielubowicz, M.D. Rector, Medical Academy, Warsaw	
Inauguration address 1963/84	1
 Maria Wierzbicka	
Prevention of caries - advances and barriers /inauguration lecture 1983/84/	11
 Anna Olesińska-Serafin, Wiesław Tysarowski	
Trends in improving medical curricula	25
 Marek Motyka, Zdzisław Pajor, Krystyna Grzesiak	
Changing psychological profile among the students, Faculty of Nursing, Medical Academy, Cracow, in the period 1977- -1983	33
 Bożena Szpruta	
On undergraduate medical education.....	43
 Henryk Bukowiecki	
Wojciech Oczko - 16-century Polish physicion	51
 Lesław Grzegorzczuk	
Eminent Polish physicians from the Rzeszów region	58
 Hanna Bojczuk	
The Library of the Warsaw Medical Society 1821-1944	71
 Miron Paciorkiewicz	
Professor Bertold Kassur, M. D. /1906-1982/	100
 Bronisław Pokrzycki	
Marian Obara: Fundaments of medical education. Review ..	120
Review of selected M. D. theses, defended in the Medical Academy, Warsaw	127
Chronicle	

SPIS TRESCI

	Str.
Rektor Akademii Medycznej w Warszawie	
Prof.dr hab. Jan Nielubowicz - Przemówienie inauguracyjne w roku akademickim 1983/1984.....	1
Maria Wierzbicka	
Zapobieganie próchnicy zębów - możliwości i bariery /wykład inauguracyjny/	11
Anna Olesińska-Serafin, Wiesław Tysarowski	
Kierunki modernizacji programów kształcenia medycznego ...	25
Marek Motyka, Zdzisław Pajor, Krystyna Grzesiak	
Zmiany charakterystyki psychologicznej studentek Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Krakowie w okresie lat 1977-1983	33
Bożena Szpruta	
Problemy kształcenia przeddyplomowego lekarzy.....	43
Henryk Bukowiecki	
Wojciech Oczko Króla Jegomości medyk, książ "Cieplice/ /1578/ i "Przymiot" /1581/ autor	51
Lesław Grzegorzcyk	
Wkład wybitnych Rzeszowian w rozwój polskiej medycyny.....	58
Hanna Bojczuk	
De Bibliotheca Societatum Medicorum Varsoviensis	
Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego /1821-1944/ 71	
Miron Paciorkiewicz	
Profesor dr hab.med. Bertold Kassur /1906-1982/	100
Miron Paciorkiewicz	
Wspomnienia z minionych lat	105
Bronisław Pokrzycki	
Marian Obara: Podstawy kształcenia medycznego /rec./.....	120
Wybrane prace naukowe	127
Kronika:	
Odnaczenia w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej	156
Adam Glass:	
Zakupiona aparatura medyczna	162

