

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Nr indeksu 365734

Cena 8000 zł

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA

Rok XXIV nr 3-4/1992

ISSN 0137-6543

**MEDYCYNA
DYDAKTYKA
WYCHOWANIE**

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny: prof. dr hab. Stefan Kruś

Redaktorzy Działów:

**Prof. dr hab. Bożenna Gutkowska,
dr n.hum. Irena Komasa,
dr Bronisław Pokrzycki**

Członkowie Kolegium:

**prof. dr hab. Krzysztof Boczkowski,
doc. dr hab. Wojciech Maria Kuś,
prof. dr hab. Andrzej Stapiński,
prof. dr hab. Teresa Szymczyk,
prof. dr hab. Maria Wierzbicka**

Sekretarz Redakcji: mgr Danuta Fiejdasz

**Adres Redakcji: ul. Chałubińskiego 5, 02-004 Warszawa
(Zakład Anatomii Patologicznej)**

WYDAWCA:

**Akademia Medyczna w Warszawie
ul. Filtrowa 30
02-032 Warszawa**

Nakład: 500 egz. Ark. wyd. 9,0; Ark. druk. 10,25.

Papier offsetowy III kl., 61x86 cm

Skład: „Borgis” Ltd.

Warszawa, ul. Polna 52/9 tel./fax 254-154

Druk: „Multiprint”

Warszawa, ul. Goździków 29/31

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	5
Lech Wałęsa – Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993	7
Andrzej Kajetan Wróblewski – Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993	9
Tadeusz Tołłoczko – Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993	15
Andrzej Stapiński – AIDS – epidemia XX w. Problemy medyczne i społeczne	21
Henryk Skarzyński, Stefan Kruś – Wszczępy ślimakowe, metoda przywracania słuchu	30
Leszek Pączek – Aktywność proteolityczna izolowanych kłębków nerkowych w wybranych doświadczalnych modelach białkomoczu i nadciśnienia tętniczego	36
Roman Danielewicz – Ocena gojenia rany skórnej i surowicówkowej w niewydolności nerek w warunkach doświadczalnych i w klinice	45
Krzysztof Klepacki – Doświadczalna ocena biologicznych skutków działania broni gazowej w aspekcie sądowo-lekarskim	48
Materiały III Uczelnianej Konferencji Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Akademii Medycznej w Warszawie, 11 – 12 kwietnia 1992	51
Marcin Łyskanowski – Kult Chałubińskiego: polemika z r.1897	94
Ryszard Zabłotniak - Sanatorium Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Świdrze (1935–1950)	100
Teresa Ostrowska – Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w okresie Powstania Listopadowego	106
Krzysztof Grzegorz Jeziorski – Rozwój wiedzy embriologicznej w warszawskim środowisku medycznym a ewolucjonizm	111
Marek Latoszek – Pamiętnik lekarza z Sierpnia 1980 roku	128
Artur Czyżyk – Wspomnienie pośmiertne o prof. Januarym Ławeckim	152
Piotr Kowolik – Recenzja książki: Włodzimierz N. Jarygin (red.) – Biologia (podręcznik dla studentów medycyny)	155
Stefan Kruś – Obywatelu Redaktorze: (K.I. Gałczyński, koniec cytatu)	157
Listy nowoprzyjętych studentów I i II Wydziału Lekarskiego, Oddziału Stomatologicznego i Wydziału Farmacji	161
Za rządów Rektora Franciszka Czubalskiego mówiono, że	169

CONTENTS

From the Editor	5
Lech Wałęsa – Address at the ceremony of inauguration of Academic Year 1992/1993	7
Andrzej Kajetan Wróblewski – Address at the ceremony of inauguration of Academic Year 1992/1993	9
Tadeusz Tołłoczko – Address at the ceremony of inauguration of Academic Year 1992/1993	15
Andrzej Stapiński – AIDS – epidemics of 20th century, medical and social problems	21
Henryk Skarzyński, Stefan Kruś – Cochlear implants, method of the restitution of hearing	30
Leszek Pączek – Proteolytic activity of isolated renal glomeruli in selected experimental models of proteinuria and arterial hypertension	36
Roman Danielewicz – Healing of cutaneous and serosal wounds in cases of experimental and clinical renal failure	45
Krzysztof Klepacki – Experimental evaluation of biological effects of gas gun for the purposes of legal medicine	48
Proceedings of the 3rd Conference of Students' Scientific Society of the Medical Academy in Warsaw, 11–12 April, 1992	51
Marcin Łysakowski – Cult of Chałubiński, polemics in 1897	94
Ryszard Zabłotniak – Sanatorium of the Warsaw Antituberculous Society in Świder (1935 – 1950)	100
Teresa Ostrowska – Polish medical journals in the period of November Insurrection (1830 – 1831)	106
Krzysztof Grzegorz Jezierski – Development of embryological science in Warsaw medical community in relation to evolutionism (1859 – 1939)	111
Marek Latoszek – August 1980, as seen by a physician (diary)	128
Artur Czyżyk – In memory of Professor January Ławecki	152
Piotr Kowolik – Review of the book: Włodzimierz N. Jarygin (Ed.). Biology (textbook for the students of medicine)	155
Stefan Kruś – Citizen Editor:	157
Lists of newly admitted students of the 1st and 2nd Faculties of Medicine, Division of Stomatology and Faculty of Pharmacy	161
Under the rule of Rector Franciszek Czubalski	169

Od Redakcji

Piątego października 1992 r. pracownicy i studenci Uniwersytetu Warszawskiego i Akademii Medycznej w Warszawie zebrali się w Teatrze Wielkim na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993. Tym razem gościliśmy Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Wałęsę, Jego Eminencję Ks. Kardynała Józefa Glempa i licznych przedstawicieli Rządu i Władz Warszawy. Dzięki ich przybyciu odczuliśmy, że jako Uczelnie, obie Uczelnie, nie jesteśmy osamotnieni, że tworzymy docenioną część Kraju i Miasta.

Niniejszy numer naszego czasopisma jest zdominowany przez osiągnięcia ludzi młodych, młodszych, najmłodszych i jeszcze młodszych.

Człowiek młody, doc. Henryk Skarżyński, przeszczepił na nasz teren (w przenośni) i do ucha człowieka pozbawionego słuchu (dosłownie) protezę ślimakową. Była to pierwsza operacja w Polsce, stwarzająca nadzieję wielu ludziom.

Ludzie młodszy, panowie: Leszek Pączek, Roman Danielewicz i Krzysztof Klepacki podzielili się z nami własnymi obserwacjami, zawartymi w rozprawie habilitacyjnej i w rozprawach doktorskich.

Ludzie najmłodszy przedstawili się na III Konferencji Studenckiego Towarzystwa Naukowego. Streszczenia ich prac drukujemy na pamiętkę i ku zachęcie.

Ludzie jeszcze młodszy są wymienieni na końcu. Przekroczyli oni barierę egzaminu wejściowego do naszej społeczności i stali się naszymi pożądanymi kolegami. Jestem pewny, że wielu z nich znajdzie się kiedyś w Kwartalniku na bliższych pozycjach spisu treści. Nasze łamy i serca są otwarte.

Wniosek adresowany do Wszystkich: Chcesz być młody wśród młodych, drukuj w Kwartalniku.

Stefan Kruś

LECH WAŁĘSA
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993

Panie, Panowie, Szanowni Państwo!

Trzy ostatnie lata dyskusji i zmagani ostatecznie przesadzają kształt III Rzeczypospolitej. Pluralizm, demokracja, wolny rynek przesadzają też rolę nauki polskiej w tym wielkim dziele. Nie może być wątpliwości, że o sile i znaczeniu państwa decyduje poziom nauki i wykształcenia. Także o dobrobycie obywateli. Zwłaszcza dzisiaj, kiedy stoją przed nami nowe wyzwania, wielkie przeobrażenia. Nauka powinna nadążać za nowymi potrzebami społeczeństwa i państwa. Rządzący natomiast powinni umiejętnie korzystać z jej osiągnięć.

Mamy wolną Polskę. Skończył się czas walki. Przed nami czas budowania. Nowy początek nigdy nie jest łatwy. Od wszystkich wymaga mądrości i odpowiedzialności. Jeśli nauka włączy się w dzieło przemian, reforma na pewno się powiedzie. Jestem przekonany, że osiągniemy sukces.

Polska, którą tworzymy, potrzebuje ludzi światłych, twórczych i aktywnych. Odważnych, zdolnych do podejmowania ryzyka. Właśnie w wyższych uczelniach dojrzeje nowa Polska. Praworzędna, gospodarna i nowoczesna. To młodzi ludzie, absolwenci wyższych uczelni, poprowadzą ją w XXI wiek. Wybór takiej drogi życiowej, której etapem są wyższe studia, jest wyborem trudnym. Szczególnie teraz. Nie rokuje bowiem szybkiego awansu materialnego. Ale jest wyborem mądrym. Dążymy do normalności. W normalnych warunkach absolwenci wyższych uczelni są dobrze opłacani. Ceni się specjalistów. Fachowość się opłaca. Z całego serca życzę Wam i sobie normalności. Zbudujemy normalność.

Kraj oczekuje, że będziecie nie tylko z niej korzystać, ale także ją współtworzyć. Podejmijcie pilne wyzwania prawne, gospodarcze i techniczne. Liczę, że z tą świadomością zasiądziecie w studenckich ławach. Z pomocą i zachętą Waszych nauczycieli przygotujecie się do roli reformatorów. Jesteście

wielkim kapitałem rodzącej się nowej Polski. Od zysków z tego kapitału zależy nasza przyszłość. Dostatnia i bezpieczna.

Zdaję sobie sprawę, że polska nauka znajduje się w trudnej sytuacji. Nadal jednak prezentuje europejski poziom. Zawdzięcza to największemu swemu bogactwu: obfitości talentów. Ma zdolnych uczniów i światłych pedagogów. Całemu środowisku akademickiemu życzę sił i wytrwałości. Twórczych pomysłów oraz inwencji. Ufam, że nie zabraknie wiary w sens pełnionej misji. Tego oczekuje rodząca się III Rzeczypospolita.

ANDRZEJ KAJETAN WRÓBLEWSKI

Rektor Uniwersytetu Warszawskiego

Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993

Społeczność akademicka Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczyna kolejny rok akademicki. Jest nas obecnie w obu kampusach, warszawskim i białostockim, już ponad 42000. Nasza uczelnia, największa w kraju, odgrywa w sferze edukacji i nauki rolę szczególną.

Pierwszy rok nauki rozpocznie ponad 9400 studentów na studiach dziennych, zaocznych i wieczorowych. Jest to liczba znaczna. Dość powiedzieć, że ogromna większość, 90 procent polskich szkół wyższych wymieniona w informatorze MEN ma na wszystkich latach mniej studentów niż my przyjmujemy na pierwszy rok. Świadczy to niestety także o ogromnym rozdrobnieniu naszego szkolnictwa, co jest dziedzictwem minionego okresu.

Ten wzrost liczby studentów to sprawa ostatnich lat. Jeszcze w roku akademickim 1989/90 mieliśmy na pierwszym roku tylko 4400 studentów, mniej niż połowę obecnej liczby.

Jeśli dodać wszystkich studentów studiów dziennych, zaocznych i wieczorowych i uwzględnić słuchaczy studiów podyplomowych, to otrzymamy, że na UW kształci się ponad 35000 osób, w tym prawie 25000 na studiach dziennych.

Mamy 3500 nauczycieli akademickich, w tym ponad 800 profesorów i docentów, wśród których 400 ma tytuł naukowy profesora.

Uniwersytet Warszawski jest także największym ośrodkiem naukowym w naszym kraju. Na naszej uczelni w ubiegłym roku został nadany co dwunasty doktorat i co siódma habilitacja w Polsce.

Kształcimy studentów na 23 wydziałach, z których 5 to wydziały białostockiej Filii. Studenci mogą zdobywać wiedzę w wielu unikatowych specjalnościach. Dla przykładu podam, że nauczamy 50 języków obcych i to na wysokim poziomie.

Staramy się stale wzbogacać i ulepszać naszą ofertę dydaktyczną, aby przekazywać naszym studentom wiedzę użyteczną i konieczną w zmieniają-

cym się szybko świecie. Jedną z nowości wprowadzonych w ubiegłym semestrze są magisterskie studia amerykańskie, jedyne w tej części Europy. Słuchacze poznają na nich historię, geografię, kulturę, prawo, ekonomię i oczywiście język Stanów Zjednoczonych Ameryki, częściowo pod kierunkiem profesorów uczelni amerykańskich, współpracujących z UW.

Zakończyliśmy przygotowania do rozpoczęcia studiów europejskich, na których będą się kształcić przyszli znawcy spraw zjednoczonej Europy. Przewidziane są trzy specjalizacje: prawo europejskie, gospodarka europejska oraz problemy kultury i społeczeństwa. W tym semestrze rozpoczniemy także roczne podyplomowe studia europejskie.

Na przeciw zapotrzebowaniu społecznemu wchodzi rozpoczynane obecnie Zaoczne Studium Samorządu Terytorialnego, w którym będą uczestniczyli pracownicy administracji samorządowej i animatorzy samorządności i rozwoju lokalnego.

Ogromne zainteresowanie wywołały inaugurowane obecnie Międzywydziałowe Indywidualne Studia Matematyczno-Przyrodnicze. Po ogłoszeniu rekrutacji zgłosiło się ponad 12 kandydatów na jedno miejsce. Studenci wybrani na podstawie ostrego egzaminu konkursowego, których przyjęliśmy więcej niż początkowo planowano, będą korzystać – w wybrany przez siebie sposób – z zajęć w ramach 7 wydziałów: Biologii, Chemii, Fizyki, Geografii i Studiów Regionalnych, Geologii, Matematyki, Informatyki i Mechaniki oraz Psychologii. Bardzo liczymy na powodzenie tego eksperymentu dydaktycznego, albowiem zbliża on nas do najlepszych wzorów światowych.

Elastyczność programów studiów wyzwala inicjatywę studentów i pozwala im najlepiej i najpełniej zaspokoić potrzeby intelektualne. Jest on ponadto, a może przede wszystkim, warunkiem włączenia Uniwersytetu Warszawskiego w międzynarodową sieć wyższych uczelni.

Nie możemy się odgradzać od reszty Europy nieprzenikalnym murem sztywnych – jak szkolne – programów, będących pozostałością starego systemu. Nasi studenci, tak jak ich rówieśnicy z innych krajów, muszą mieć w przyszłości swobodę kształcenia się nie w jednej, lecz w wielu uczelniach, wszędzie tam, gdzie powiodą zainteresowania i pozwolą środki. Program ERASMUS rozwijany z powodzeniem w krajach Wspólnoty Europejskiej nie może pozostać dla naszej młodzieży niedostępny.

Nasz zaś uniwersytet musimy otworzyć szerzej dla studentów z innych krajów. W tej chwili mamy tylko 500, a główną przyczyną dla znacznego

wzrostu tej liczby jest bariera językowa. Mamy w UW wielu uczonych ze światowej ekstraklasy, na których gościnne wykłady w innych krajach tłumnie zgłaszają się studenci. Będą oni znacznie częściej nas odwiedzać, jeśli zaofiarujemy tu w Warszawie wykłady w językach obcych. Uczestnictwo w takich zajęciach będzie także pożyteczne dla polskich studentów.

Niestety, dramatycznie zła sytuacja materialna Uniwersytetu Warszawskiego nie idzie w parze z naszymi ambitnymi zamierzeniami. Powszechnie znany jest fatalny stan budynków i laboratoriów, ciasnota, niedostatek nowoczesnej aparatury i agonia głównej biblioteki uniwersyteckiej. Pojawiła się jednak niedawno szansa rozwiązania tej ostatniej sprawy. Od kwietnia 1991 roku na koncie Fundacji UW są gromadzone środki na budowę nowego gmachu BUW. Jest to część zysku Spółki „Centrum Bankowo-Finansowe Nowy Świat”, która eksploatuje dawny Dom Partii i zobowiązała się dostarczyć środki na wykonanie gmachu w stanie surowym wraz z instalacjami. Obecnie na tym koncie znajduje się 70 mld zł. Załatwiane są ostatnie formalności potwierdzenia lokalizacji na Powiślu, między ulicami Lipową, Dobrą i Wybrzeżem Kościuszkowskim. Będziemy dążyli do tego, aby jeszcze w tym roku kalendarzowym położyć kamień węgielny pod budowę.

Tymczasem ze środków tych jest finansowana budowa magazynu zasobowego, którego uruchomienie pozwoli odsunąć widmo zamknięcia BUW dla użytkowników.

Dysponujemy niestety zaledwie drobną częścią środków koniecznych do remontów budynków uniwersyteckich, w tym zabytkowego budynku Szkoły Głównej, w którym nadal muszą się odbywać zajęcia Wydziału Biologii. Na domiar złego parę tygodni temu okazało się, że w złym stanie znajdują się mury Pałacu Kazimierzowskiego, którego remont musi być rozpoczęty niezwłocznie. Kłopoty finansowe i niepewność jutra spędzają sen z oczu władzom uczelni.

Trzy lata temu nastąpiła w Polsce zmiana systemu politycznego. W przemówieniu inauguracyjnym na rok akademicki 1989/90 powiedziałem, że nie możemy oczekiwać od nowego rządu cudów i natychmiastowej poprawy kondycji materialnej. Zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że przynależność do społeczności akademickiej zobowiązuje do zrozumienia sytuacji kraju. Liczyliśmy jednak na zmianę stosunku władz do edukacji i niestety zawiedliśmy się.

Chodzi nie tylko o stale pogarszającą się sytuację materialną i ciągle cięcia budżetowe. Utrzymuje się u nas nadal ukształtowany w minionym okresie kult

pracy fizycznej i negacja znaczenia twórczości intelektualnej. Brak jest programu polityki edukacyjnej III Rzeczypospolitej. Nadal pomija się milczeniem perspektywy wchodzących w dorosłe życie pokoleń, które będą decydowały o kształcie Polski u progu trzeciego tysiąclecia. Frustracja środowisk intelektualnych i młodzieży spowodowała wielki drenaż mózgów, ponieważ wobec braku możliwości utrzymania rodziny z akademickich pensji nawet wieloletni pracownicy decydują się dziś na zajęcia wykorzystujące w znikomym stopniu ich kwalifikacje, lub udają się na emigrację, gdzie są witani z otwartymi rękami. Polskę opuściło już, być może bezpowrotnie, dziesiątki tysięcy ludzi o bardzo wysokich kwalifikacjach.

Senat UW nie raz przestrzegał władze przed kontynuowaniem tej polityki. Podobnie postępowały senaty innych uczelni i konferencje rektorów. W dniu 15 kwietnia br. zwróciliśmy się z listem otwartym do wszystkich posłów i senatorów Rzeczypospolitej. Wzywaliśmy w tym liście do rzeczowej dyskusji parlamentarnej nad kształtem szkolnictwa. Opracowany w takiej dyskusji program powinien także odnosić się do rozłożenia kosztów kształcenia między budżet państwa i obywateli. Społeczeństwo musi być uczciwie poinformowane o skutkach przyzwyczajania na dalszy upadek sfery intelektualnej w naszym kraju.

Żeby wyjść z kryzysu Polska potrzebuje ludzi wykształconych, dynamicznych, zdolnych szybko przekształcić i unowocześnić nasz kraj, a nie biernych, czy nierobów, którzy potrafią tylko głośno nie przebijając w środkach, domagać się większych zarobków, niczego w zamian nie oferując.

Świat ucieka nam coraz szybciej. W krajach Europy Zachodniej na wyższych uczelniach kształcą się trzykrotnie więcej studentów w przeliczeniu na głowę ludności. Tam zrozumiano już dawno, że inwestowanie w edukację daje największe zyski z możliwych. Skutki oszczędzania na edukacji nie stają się widoczne natychmiast. Dopiero za kilka lub kilkanaście lat zaczniemy się staczać do poziomu dzikusów z buszu. Jeśli więc walczymy o należne miejsce w hierarchii potrzeb, to czynimy z myślą o przyszłości Polski, a nie dla dobra osobistego.

Już po raz trzeci Uniwersytet Warszawski i Akademia Medyczna wspólnie inauguruje nowy rok akademicki. Ma to wymiar symbolu i przypomina, że od początku istnienia Uniwersytetu byliśmy jedną uczelnią, aż do wymuszonej separacji w 1949 r. Odizolowanie nauk medycznych od reszty jest rozwiązaniem kuriozalnym w skali światowej. Nie dopuszczono do tego nawet w

Czecho-Słowacji i w dawnej NRD. Powinniśmy jak najszybciej pozbyć się tego ponurego dziedzictwa. Wspólna komisja obraduje już nad różnymi zagadnieniami związanymi ze zjednoczeniem. Podobna komisja została niedawno powołana na poziomie Ministerstw Edukacji Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej, ponieważ dążenia integracyjne występują także w innych miastach.

Najbliższy jest nam projekt utworzenia Uniwersytetu w Białymstoku z połączeniem tamtejszej Akademii Medycznej oraz Filii: Uniwersytetu Warszawskiego, Akademii Muzycznej im. F.Chopina i Wyższej Szkoły Teatralnej im. A. Zelwerowicza, a także Wyższego Seminarium Duchownego. Zostały już opracowane założenia statutu przyszłego uniwersytetu. Będzie on od razu kształcił ponad 10000 studentów, a pod względem jakości kadry stanie się uczelnią w pełni akademicką i samodzielną. Białystok i cały region północno-wschodni zasługują od dawna na to, by mieć samodzielny, dobry uniwersytet. Należy dołożyć starań, aby to nastąpiło już od początku następnego roku akademickiego.

Także w innych miastach istnieją dążenia do integracji małych szkół i tworzenia uczelni, które ze względu na odpowiednio dużą masę krytyczną będą mogły ubiegać się o status uniwersytetu. Być może już za rok powstanie uniwersytet w Opolu, słychać też o podobnych tendencjach w Olsztynie i Rzeszowie. Oby procesy te następowały jak najszybciej. Integracja małych szkół pozwoli na znacznie lepsze wykorzystanie kadry i środków. W tym procesie wyprzedzili już nas Węgrzy, którzy pokonali rozdrobnienie pozostałe w spadku po minionym systemie, integrując szkoły wyższe metodą administracyjną. Jest to może sposób szybki, ale naruszający autonomię środowiska.

Rozpoczynany obecnie rok akademicki może zatem przynieść istotne zmiany w naszych uczelniach wyższych. Najbardziej istotne jest jednak to, by przetrwać ciężki okres, zatrzymać degradację majątku uczelni i ucieczkę kadr. Wierzę, że ten rok akademicki będzie lepszy niż poprzedni i tego nam wszystkim życzę.

Na zakończenie chcę się zwrócić do studentek i studentów, serdeczne gratulacje, że zostaliście przyjęci na Uniwersytet Warszawski, uczelnię dobrą i wysoko w świecie cenioną. Możecie być pewni, że tu można zdobyć wiedzę i umiejętności na wysokim poziomie. Możecie być pewni sympatii mojej, moich kolegów prorektorów i dziekanów i całej społeczności uniwersyteckiej. Nie znajduję nic godniejszego na Wasze powitanie w murach uczelni nad

słowa, którymi zwracał się do Waszych poprzedników pierwszy rektor naszego uniwersytetu, ks. Wojciech Szweykowski: „Młodzieży! Przyszła podpora Ojczyzny... Abyście nadziejom ojczyzny godnie odpowiedzieć mogli, na jej usługi kształcić się macie.”

TADEUSZ TOŁŁOCZKO
Rektor Akademii Medycznej w Warszawie

Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993

Początki warszawskiej szkoły lekarskiej sięgają 1736 r., kiedy to dziad znakomitego polskiego historyka Lelewela rozpoczął nauczanie cyrulików.

Akademia Lekarska w Warszawie powstała w 1789r. Tak więc Uczelnia nasza ma 256-letnią tradycję nauczania medycyny, a przed 203 lata rozpoczęliśmy akademicką działalność. Tragiczne losy naszego Państwa sprawiły, że dzisiejsza inauguracja odbywa się w polskiej Uczelni dopiero po raz 109.

W 1801r zostało założone pierwsze czasopismo lekarskie w języku polskim pod jakże znamienym, bo aktualnym i dziś tytułem „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów”.

Dziś po raz trzeci od 1949 wspólnie z Uniwersytetem Warszawskim rozpoczynamy nowy Rok Akademicki. W ten sposób chcemy dać wyraz tradycji, coraz bliższej łączności, oraz tego, że jesteśmy nośnikami uniwersalnych wartości.

Uczelnia kształtuje osobowości swoich wychowanków oraz wychowawców poprzez tradycje – a więc tradycyjne ceremonie takie jak dzisiejsza, poprzez to, co mówiła oraz poprzez to, co pomijała milczeniem.

Dziś nie musimy ani chwalić, ani przemilczać i dlatego zobowiązani jesteśmy do rzetelnego spojrzenia na naszą rzeczywistość, ażeby „hic et nunc” – tu i teraz – opracować właściwą koncepcję konstruktywnego działania, przekraczającą okres rektorskiej kadencji.

W bardzo trudnych chwilach, kiedy w latach 80-tych pełniłem funkcję Prorektora, ale i obecnie jakże często zadaję sobie pytanie: co myśleli, co mówili i jak działali rektorzy polskich Uczelni w tragicznych czasach naszej całej historii i dochodzę do wniosku, że porównywalne jest jednak brzemień odpowiedzialności Rektora za teraźniejszość i przyszłość Uczelni, z odpowiedzialnością Rektorów tamtych czasów za patriotyczny nakaz przetrwania.

Jak skutecznie samemu działać, by dogonić nowoczesność i czas?

W ciągu naszej 22 miesiące trwającej kadencji, mamy czwartej Ministra Zdrowia, czwartej Ministra Edukacji Narodowej, drugą Ustawę o Szkolnic-

twie Wyższym, utrzymany rozdzielczo-nakazowy system finansowy, oraz brak sprecyzowanego budżetu co najmniej przez pierwsze półrocze każdego roku. W tym czasie trudno było się dopatrzeć spójnego kształtu polityki zdrowotnej i naukowej, tak by aktywnie włączyć się w nurt realizacji. Brak spójnego kształtu legislacyjnego jest odczuwany natomiast codziennie.

Zagrożenie dla realizacji zasadniczych zadań Akademii Medycznych widzimy w jednym z projektów Zarządzenia o Szpitalach Klinicznych, przeciwko któremu jednogłośnie za to wielokrotnie wypowiedzieli się wszyscy Rektorzy wszystkich Akademii Medycznych.

Przy obecnym poziomie wynagrodzeń staje się oczywiste też zagrożenie brakiem kadry naukowo-dydaktycznej w katedrach nauk teoretycznych oraz na Wydziałach Farmacji i Stomatologii.

W ubiegłym roku z miejsca ponowiłem od 40 lat składaną przez Władze Uczelni prośbę do Władz wszystkich szczebli – o budynek dla biblioteki, która mieści się w prosektorium. Dziś proszę już o dwa pomieszczenia dla biblioteki, tak by w jednym z nich zarchiwizować wszystkie składane petycje.

Wielkim optymizmem napawają nas jednak wnioski z analizy naszych życiowych potrzeb, dokonane ostatnio w departamentach naszego ministerstwa, z którymi jesteśmy związani i jestem przekonany, że wspólnie zapobiegniemy grożącemu kryzysowi w Uczelni.

Zgodnie z nakazem chwili i duchem czasu rozwój naszej Uczelni opieramy również na własnej samorządności, inicjatywie i współodpowiedzialności. Dlatego też żadna decyzja dotycząca Uczelni nie została podjęta w zaciszu jakiegoś gabinetu, lecz wszystkie były podejmowane jawnie, tak by były one dla wszystkich zrozumiałe, uzasadnione i przyczyniały się do utrwalania więzi społecznej. Jestem bowiem przekonany, że w tak trudnej sytuacji kołem ratunkowym dla nas jest jawność, prawda i sprawiedliwość, pomimo że doświadczenie codzienne uczy, że czynniki te wcale nie są warunkiem skuteczności. A takie były, są i będą nasze nadzieje.

Senat nasz odbył łącznie 29 posiedzeń. Odmiennosc, a nawet sprzeczność wyrażanych poglądów i opinii nie była nigdy przyczynkiem do walki i siłowania się bezsilnych. Osobiście traktowałem ją zawsze jako sposobność do znalezienia rozwiązań.

Zdajemy sobie w pełni sprawę z istniejącego sprzężenia zwrotnego między kondycją ekonomiczną Państwa a nakładami na naukę, a w tym na Naszą Szkołę. Nasuwa się tu jednak pytanie, gdzie przerwać to koło współzależności,

obracające się na poziomie niedostatku?. Myślę, że najlepszym lekarstwem na bledę jest zawsze wiedza, a więc i nauka.

Pracując z wielkim zaangażowaniem i zgodnie z polityką Państwa liczymy na wsparcie znamienne dużych osiągnięć zarówno na arenie międzynarodowej jak i w naukowym życiu Kraju. Treściwym tego przykładem niech będzie proporcjonalnie wysoki udział członków naszej społeczności w pracach Centralnej Komisji, oraz fakt, że członek naszego Senatu jest jedynym przedstawicielem nauk klinicznych w Radzie Nauki przy Panu Prezydencie, Koordynujemy jeden z programów Tempus w skali międzynarodowej. Udział we władzach międzynarodowych towarzystw naukowych, czynny udział w międzynarodowych zjazdach naukowych, jak również wysoka jakość i liczba publikacji są bardzo znaczące. Chcemy aktywnie tworzyć naszą rzeczywistość tak, aby się sprawdziły słowa Pana Prezydenta skierowane do swojej Rady Nauki: „Aby w Polsce zwyciężyła mądrość”. Ale jak mądrość, to również i prawda. W stwierdzeniu tym odczytuję również nakaz uczenia naszej Młodzieży myślenia tak, aby oni sami w przyszłości potrafili rozwiązywać problemy Kraju, tak, aby nie musieli opierać własnych decyzji na radach ekspertów z innych krajów, nawet jeśli są Profesorami Harvardu.

Zarówno bez zbiorowego wysiłku ale i bez właściwego ustawienia spraw kultury, nauki i zdrowia przez polityków i ekonomistów w hierarchii spraw państwowych, w przyszłym wspólnym europejskim domu będziemy mogli spełniać tylko rolę pomocy domowej, a my następnemu pokoleniu lekarzy będziemy w stanie przekazać tylko nazwę Uczelni, ale już bez głębokich treści.

Do naszych zasadniczych zadań należy nie tylko uczyć, jak lepiej uczyć, ale również jak leczyć taniej. Studenci uczą się w Szpitalach, ale szpitale nasze są chore na uwiad z powodu niedostatecznych energetycznych infuzji w postaci pieniędzy. Skończyły się proste metody oszczędzania o charakterze wewnętrznym. Są potrzebne rozwiązania strukturalne. Jak różne jednak treści i interesy kryją się pod słowem prywatyzacja, i czy prywatyzacja naprawdę zawsze wprowadza autentycznych menagerów, czy co najmniej czasami tylko chytrych i sprytnych orędowników własnego i klanowego interesu. Sama prywatyzacja cudu nie sprawi, a ponadto nie może być ona celem samym w sobie, lecz służyć winna całemu społeczeństwu.

Stale słyszymy o rynku, wspólnym rynku, jednakże jakże często prawa rynku lekceważą i ignorują a nawet w głębokiej pogardzie mają, prawa człowieka, a zwłaszcza człowieka chorego, starego lub chociażby cierpiącego

„tylko” na samotność. Stwierdzenie to opę na powszechnie znanym fakcie, że w jednym z najbogatszych państw świata część ludności równa w przybliżeniu liczbie mieszkańców Polski nie ma w ogóle ubezpieczenia lekarskiego, a koszty leczenia stale rosną.

Z kolei ilekroć u nas słyszę, że stary chory człowiek odchodzi od lady w apteczkę bez leku z powodu braku pieniędzy, tylekroć kojarzy mi się to z nadużyciami gospodarczymi wykonanymi w majestacie „dziurawego” prawa, lub poprzez „furtki prawne”, lub długotrwały brak zarządzeń prewencyjnych.

Sytuacja, w której zwykła codzienna uczciwość i realizowane prawo stają się przeciwstawne, prowadzi do deficytu prawdy, a to z braku nadziei – a właśnie nadzieja, jak mówi Ks. Prymas „każe nam żyć, pracować, zdobywać wiedzę i tworzyć nową, lepszą przyszłość”.

Żyjemy w czasach kryzysu, ale w Uczelni nie może być kryzysu myśli, wiedzy, naukowej pasji, chęci, oraz kryzysu zasad moralnych i nadziei. Wiedza, którą chcemy tworzyć, ma nie tylko wartość bezwzględna, ale również praktyczną, bowiem nie ma nic bardziej praktycznego, ponad myśl, opartą na wiedzy.

Widząc tak wielki ogrom zadań stojących przed nami, zadajemy sobie pytanie: na jakich zasadach powinna funkcjonować nasza Uczelnia? Średniowieczna zasada „Universitas magistrorum et scholarum”, a więc wspólnota uczących i uczących się jest nadal aktualnym imperatywem dydaktycznym.

Równocześnie jednak z wielkim niepokojem obserwujemy zmniejszenie się etosu pracy dydaktycznej, która obecnie rzadko jest przedmiotem ambicji nas, nauczycieli akademickich. Musimy sami sobie określić bardzo wysokie dydaktyczne pensum – nie z godzin ale z chęci – i już nie tylko uczenia ale wykształcenia naszych studentów. Muszę jednak wyznać, że nie umiemy wysiłku dydaktycznego rozpoznać i należycie go ocenić a więc i premiować.

Zwracam się teraz do naszej Młodzieży, bo jej głównie uroczystość ta jest poświęcona. Wielka jest mnogość celów akademickiego kształcenia medycyny: nauczyć myśleć, przekazać wiedzę, wpoić chęć ustawicznego kształcenia się, pomóc w ukształtowaniu właściwych postaw moralnych.

Stawiajcie duże wymagania i sobie i swoim nauczycielom, tak abyście się przez najbliższe 6 lat nie tylko jakoś uczyli i jakoś zdawali, ale nauczyli – zwłaszcza myśleć.

W oparciu o własne 40-letnie doświadczenie lekarskie i w poczuciu swego obowiązku pragnę Was, jako przyszłych lekarzy, przestrzec przed woluntarystycznymi koncepcjami etycznymi. Nie okazujcie żadnej moralnej plastyczności. Nie ulegnijcie presji bezideowości i moralnego nihilizmu ukrytego za hasłami wolności i pluralizmu. Nie dajcie sobie narzucić relatywizmu w zakresie prawdziwych wartości połączonego najczęściej z egoistycznym i hedonistycznym „sacrum”.

Wy musicie być siłą sprawczą zarówno klimatu moralnego jak i postępu naukowego i ekonomicznego. To już chyba dopiero na Was spadnie obowiązek pojednania cywilizacji kultury i moralności w naszym Kraju, w jedną spójną całość.

Mamy 256-letnią tradycję nauczania, ale tradycja nie tylko uczy, ale i zobowiązuje. Tradycja i obowiązek każą nam wykształcić elitę, która nie będzie myślała tylko o swych elitarnych sprawach, ale spojrzy na sprawy naszego Kraju globalnie i ponadczasowo. Nie można bowiem wzajemnie nazywać się elitą z tytułu zajmowanych stanowisk, lecz z tytułu posiadanych wartości intelektualnych i moralnych można dopiero elitę tworzyć i stanowić.

Naczelnym Waszym zadaniem jest nauczyć się samodzielnie myśleć i kształtować własne poglądy, oparte na gruntownych przemyśleniach i studiach a nie wyłącznie na gazetowych komentarzach.

Jestem zdecydowany, ażeby z jakże skromnych środków, finansowych Akademii i w bardziej znamienitym stopniu zainwestować w naukę i młodość – a więc w Koła Naukowe, które już poszczycić się mogą dużymi osiągnięciami.

Z radością witam i pozdrawiam nowoprzyjętych na studia. Składam Wam i waszym Rodzicom gratulacje. Jestem świadomy, że Rodzice Wasi włożyli wiele wysiłku i nieraz ponieśli wysokie koszty, ażeby przygotować Was do egzaminu wstępnego. Stanowi to dowód, że nauka kosztuje. Życzę Wam zapału i wytrwałości oraz radości z odkrywania tajemnic nauki i leczenia chorych.

Uzdolnionej Młodzieży, której zdolności nie zostały poparte możliwościami finansowymi rodziców i która nie dostała się na studia w bieżącym roku, życzę pomyślnego zdania egzaminu w roku przyszłym.

W sposób szczególny dziękuję obecnym tu byłym Rektorom naszej Uczelni, oraz wszystkim, którzy wraz z nimi przyczyniali się i przyczyniają nadal do rozwoju naszej Uczelni.

Serdeczne podziękowania składam tym naszym nauczycielom i pracownikom, którzy odchodzą na zasłużony odpoczynek.

Życzę wszystkim pracownikom zdrowia i sukcesów oraz radości z sukcesów ich uczniów.

ANDRZEJ STAPIŃSKI
AIDS– epidemia XX wieku.
Problemy medyczne i społeczne

Wykład na inauguracji Roku Akademickiego 1992/1993

„Świat się zmienia, AIDS zmienia świat, zmienia sposób w jaki myślimy i w jaki widzimy podstawowe problemy naszych czasów” – są to słowa doktora Janathana Manna, pierwszego dyrektora Programu Zwalczenia AIDS Światowej Organizacji Zdrowia, wypowiedziane przed czterema laty na otwarciu Międzynarodowej Konferencji AIDS w Sztokholmie. Zespół nabytego upośledzenia odporności czyli AIDS jest bowiem problemem daleko wybiegającym poza ramy medycyny i właśnie te pierwiastki pozamedyczne mają ciężar gatunkowy i znaczenie nierzadko większe niż strona medyczna i biologiczna.

Od czasu pojawienia się na początku lat osiemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej zachorowań na tę nieznana dotąd chorobę AIDS, jako zjawisko, budzi niesłabnące zainteresowanie przedstawicieli biologicznych nauk podstawowych i medycyny praktycznej, jak również socjologów, psychologów i wielu innych dyscyplin, a także środków przekazu i szerokich kręgów społecznych na wszystkich kontynentach. Zainteresowanie to nie słabnie, choć minął już okres spektakularnych osiągnięć pierwszych lat studiów nad zespołem i wywołującym go wirusem, a badania weszły w fazę systematycznego żmudnego zgłębiania, krok po kroku, tajników choroby. Wielkie, wręcz zasadnicze zmiany, notuje się natomiast w poglądach na pozamedyczne aspekty AIDS, na następstwa psychologiczne, rodzinne, ekonomiczne, socjalne, a nawet polityczne.

Ogromną wagę przywiązuje się w świecie do kształtowania stosunku społeczeństw do chorych i do samej epidemii. Szczególny nacisk kładzie się na ochronę praw człowieka i na zapobieganie dyskryminacji, jaka pojawia się w bardzo jaskrawych nierzadko postaciach. U podstaw wspomnianego zjawiska leży między innymi niepokój wywołany szerzeniem się zakażeń i poczucie zagrożenia, przekształcające się niejednokrotnie we wrogość wobec zakażonych i chorych. Zdolność do ochrony praw i godności chorych jest więc sprawą

zasadniczą, bez której nie może być mowy o skutecznym działaniu programów zapobiegania AIDS w poszczególnych krajach.

Zmieniło się w istotny sposób spojrzenie na nauki AIDS jako chorobę i rozumienie jej humanitarnych i humanistycznych implikacji, a Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, co jest wydarzeniem bezprecedensowym, po raz pierwszy w historii zaczęło się pojedynczą chorobą. Światowa Organizacja Zdrowia czyli WHO apeluje w związku z tym do swych członków o skoordynowanie działań wszystkich sektorów państwa, nie tylko służby zdrowia, na rzecz wdrażania narodowych planów walki z AIDS zgodnie z przyjętą strategią światową.

Budzą się jednak poważne wątpliwości, czy u nas wobec spiętrzenia poważnych napięć społecznych, licznych innych zadań wymagających pilnego rozwiązania, a także w obliczu ogromnych niedoborów materialnych służby zdrowia, powstające zagrożenie AIDS jest rzeczywiście rozumiane i doceniane przez środki decyzyjne. Obawy te uzasadniają takie zjawiska jak odrzucenie wiosną bieżącego roku przez Sejm wniosku grupy posłów o przyjęcie uchwały zobowiązującej kompetentne czynniki do przygotowania raportu na temat profilaktyki AIDS w Polsce, publiczne wypowiedzi w tym czasie niektórych znaczących polityków, a wreszcie konsekwentny, od początku, brak reakcji organów odpowiedzialnych za przestrzeganie prawa, w przypadkach, gdy było ono w odniesieniu do osób zakażonych łamane. Brak wreszcie przejrzystego programu zapobiegania AIDS i – zgodnie z zaleceniami WHO – jego szerokiego upowszechnienia.

Jednym z problemów, które w krajach o dużej zapadalności na AIDS ujawniły się bardzo wyraźnie już wcześniej, zostały jednak konsekwentnie ograniczone, jest strach związany z AIDS oraz nietolerancja, będąca jego konsekwencją. Występujące u nas z całą ostrością przejawy dyskryminacji wymagają podjęcia działań zapobiegawczych. Muszą one dotyczyć również samej służby zdrowia, zdarzają się bowiem – na szczęście coraz rzadsze – negatywne postawy wobec zakażonych i chorych pacjentów.

Historia AIDS liczy raptem 11 lat. Tym bardziej zdumiewające jest więc, że wywołujący AIDS ludzki wirus upośledzenia odporności – w skrócie HIV – rozprzestrzenił się spokojnie w świecie nie dostrzeżony i nie rozpoznany przez wiele dziesiątków lat, a być może znacznie nawet dłużej.

Omawiając problem AIDS można wyodrębnić cztery równoległe, wzajemnie związane ze sobą, epidemie:

– epidemię zakażeń HIV;
– epidemię zachorowań na AIDS;
– epidemię strachu przez AIDS, będącą reakcją społeczną na dwie pierwsze;
i wreszcie

– epidemię dyskryminacji, jako skutek tej ostatniej.

Trzecia i czwarta reakcja na dwie pierwsze są istotną, znaczącą częścią patologii AIDS.

Oczywiście, zakażeń HIV jest znacznie więcej niż zachorowań na AIDS. Ich liczbę Światowa Organizacja Zdrowia oceniła w początku 1992 r. na 10–12 milionów w świecie, z tego około sześciu i pół miliona jest w Afryce na południu od Sahary.

Zachorowań na AIDS – od początku epidemii do połowy bieżącego roku – zarejestrowano oficjalnie pół miliona, jednak rzeczywista ich liczba, wg oceny WHO, około 2 milionów, w tym około 500 000 dzieci. Znaczna większość zakażonych HIV zachoruje na AIDS, nastąpi to jednak dopiero po upływie lat, bowiem przeciętny czas, jaki mija od zakażenia do wystąpienia klinicznych objawów AIDS wynosi ponad 10 lat; oczywiście mowa o okresie przeciętnym, gdyż niektórzy chorują na AIDS już po kilkunastu miesiącach lub kilku latach. Osoby, u których rozwinął się AIDS, umierają zwykle w ciągu 2–3 lat od wystąpienia objawów, toteż około 60% wszystkich chorych na AIDS już nie żyje.

Przytoczone liczby muszą budzić niepokój, wynika z nich bowiem, że w świecie co 15 do 20 sekund zakaża się jedna osoba HIV, a więc tylko w ciągu I półrocza tego roku zakażyło się milion osób, a co 250 dorosły nosi wirusa w organizmie.

Jeszcze bardziej alarmujące są prognozy na przyszłość. Szczególnie w Azji zakażenia rosną w zawrotnym tempie i bez odpowiedniego programu zapobiegawczego liczba nowych zakażeń przekroczy tam w ciągu tej dekady kilkakrotnie liczbę zakażeń w Afryce, liczbę uchodzącą dotąd za wręcz przerażającą.

Według oceny WHO do roku 2000 należy oczekiwać w świecie 30–40 milionów zakażeń, a co najmniej dziesięciu milionom dzieci, AIDS zabierze jedno lub oboje rodziców. Prognozy przygotowane przez epidemiologów w innych ośrodkach są jeszcze bardziej pesymistyczne i mówią o 110 milionach zakażonych w roku 2000. Proporcjonalnie do tych liczb wzrosną zachorowania na AIDS i zgony.

W Polsce sytuacja epidemiologiczna jest w porównaniu z Zachodem, a także większością obszarów rozwijających się, jak dotąd korzystna, bowiem łączna liczba przypadków AIDS, od czasu rozpoznania pierwszego w 1986 r., zbliża się dopiero do 120, a liczba wykrytych zakażeń HIV do 2,5 tysiąca; zakażeń niewykrytych jest oczywiście kilkakrotnie więcej. Zakażenia i zachorowania narastają jednak szybko, a podejmowane u nas przeciwdziałania mają jedynie ograniczony zasięg i nie są adekwatne do istniejącego zagrożenia i potrzeb. Jeśli zakażeń przybywać będzie w podobnym jak dotąd tempie, w samym tylko roku 2000 na AIDS umrze u nas co najmniej 7500 osób w wieku 20–50 lat.

Wróćmy jednak do początków epidemii AIDS. Wspomniałem, że zespół nabytego upośledzenia odporności został opisany po raz pierwszy w 1981 r. w Stanach Zjednoczonych. U młodych mężczyzn o skłonnościach homoseksualnych zauważono występowanie zapaleń płuc wywołanych przez jednokomórkowe pierwotniaki *Pneumocystis carinii*, nie spotykanych u ludzi o prawidłowej odporności organizmu, lub też bardzo rzadkiego nowotworu, tzw. mięsaka Kaposiego o odmiennym niż zazwyczaj, gwałtownym przebiegu. Niekiedy obie te choroby pojawiały się jednocześnie. Uderzające było to, że wszystkie przypadki, o których donosili wówczas różni autorzy, głównie z Nowego Jorku i Kalifornii, dotyczyły osób uprzednio całkowicie zdrowych, a pojawienie się objawów klinicznych było połączone z bardzo znacznego stopnia obniżeniem odporności przede wszystkim komórkowej.

Zakaźny charakter AIDS był dostrzegany od chwili zdefiniowania choroby, od początku też podejrzewano, że zespół ten wywołany jest przez wirusa, a najważniejsza droga zakażenia to kontakty seksualne, głównie homoseksualne. Podobne przypadki stwierdzano także w Europie oraz Afryce. Wkrótce przekonano się, że choroba występować może u chorych na hemofilię, może być przeniesiona przez kontakty heteroseksualne, oraz atakować narkomanów wstrzykujących sobie dożylnie heroinę.

Wirus wywołujący AIDS został odkryty na wiosnę 1983 r. przez zespół badaczy w Instytucie Pasteura w Paryżu, kierowany przez Łukasza Montagnier. Rok później o wyizolowaniu wirusa doniósł Robert Gallo z zespołem, pracujący nad wirusami onkogennymi w Instytucie Rakowym w Bethesda. Obecną nazwę „ludzki wirus upośledzenia odporności” – HIV – nadał wirusowi w 1986 r. Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów. HIV jest blisko spokrewniony z retrowirusami spotykanymi u małp afrykańskich i z Afryki prawdopodobnie wywodzi się wirus ludzki.

W 1986 r. w zachodniej Afryce odkryty został, także przez zespół Montagnier, nieco inny retrowirus, bardziej zbliżony do wirusa występującego u małp, również wywołujący u ludzi AIDS. Nazwano go HIV-2, w odróżnieniu od poprzednio poznanego, któremu nadano nazwę HIV-1. Zakażenia HIV-2, rzadziej spotykane niż HIV-1 zdarzają się też poza Afryką, w Polsce jednak dotąd ich nie stwierdzono.

Wyosobnienie wirusa wywołującego AIDS pozwoliło na opracowanie testów umożliwiających wykrywanie w krwi swoistych przeciwciał i rozpoznawanie zakażeń bezobjawowych oraz śledzenie rozwoju i przebiegu choroby, nim dojdzie do dramatycznej, końcowej fazy rozwoju zakażenia, jaką jest AIDS. Powszechna dostępność, począwszy od 1985 r., prostych w użyciu zestawów diagnostycznych stworzyła możliwość nie tylko zapewnienia względnego bezpieczeństwa leczenia przetaczaną krwią, lecz także prowadzenia badań epidemiologicznych i śledzenia dróg szerzenia się zakażeń.

Retrowirusy HIV-1 i HIV-2 znajdują się przede wszystkim we krwi, spermie i wydzielinie pochwy oraz mleku osób zakażonych a w przypadkach zajęcia układu nerwowego – także w płynie mózgowo-rdzeniowym. Ogranicza to możliwość przeniesienia infekcji do kontaktów seksualnych, przetoczenia krwi, użycia zainfekowanych narzędzi oraz zakażenia dziecka przez matkę. Warunkiem jest wnikięcie odpowiednio dużej porcji wirusów. W związku z tym zakażenia w innych okolicznościach nie zdarzają się, gdyż w pozostałych płynach ustrojowych koncentracja wirusów jest zbyt mała, jeśli w ogóle tam się znajdują.

AIDS jest chorobą o bardzo niewielkiej zaraźliwości. O braku zagrożenia w życiu codziennym powszechnie wiadomo. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z bardzo niewielkiej zakaźności w innych okolicznościach niż przetaczanie zakażonej krwi, kiedy ryzyko znacznie przekracza 90% oraz ciąży u osoby zakażonej, kiedy prawdopodobieństwo zakażenia dziecka wynosi do 20%.

I tak statystycznie niebezpieczeństwo przeniesienia HIV przez jednorazowy kontakt heteroseksualny z osobą zakażoną bez użycia prezerwatywy jest jak 1 do 250, czy nawet 1 do 500. Jest więc ono niepomierne mniejsze niż w innych chorobach przenoszonych drogą płciową.

Podobny jest stopień zagrożenia zawodowego przy naruszeniu ciągłości tkanek narzędziem, np. igłą, którym wykonano uprzednio zabieg u osoby zakażonej. Ryzyko jednorazowego użycia niesterylnego sprzętu przez narkomana określa się na 0,5 do 1%.

Najważniejszą drogą zakażenia HIV są kontakty seksualne, toteż William Haseltine, wyraził opinię, że AIDS należy uważać za nową „śmiertelną chorobę weneryczną”. Wg WHO kontakty seksualne są przyczyną ponad 85% zakażeń HIV, w tym heteroseksualne przeszło 70% i homoseksualne 15%.

Na drugim co do częstości miejscu są w świecie zakażenia narkomanów przy użyciu wspólnej igły i strzykawki, stanowiące 7%, zaś zakażeń przez przetoczenie krwi i przez produkty krwiopodobne jest 5%. Dotyczy to obecnie głównie krajów rozwijających się, gdzie używana krew nie zawsze jest badana.

Co do kontaktów seksualnych to w Afryce i Azji przeważają zakażenia heteroseksualne, w Europie i w Stanach Zjednoczonych wśród chorych na AIDS największą grupę stanowią osoby o orientacji homo- i biseksualnej, choć odsetek tych osób stale się zmniejsza i wynosi obecnie tylko około połowy ogólnej liczby chorych. Rozpoznawane dziś zachorowania są przy tym wynikiem sytuacji sprzed kilku, czy nawet 10 lat, tyle bowiem wynosi przeciętny czas wylegania AIDS. Obecnie nowych zakażeń w tej grupie jest jeszcze mniej. W odczuciu społecznym jednak, AIDS jest nadal łączony z homoseksualizmem, a także z narkomanią.

Pociąga to za sobą określone negatywne następstwa, gdyż osoby, które nie identyfikują się z żadną z tych grup, nie biorą pod uwagę niebezpieczeństwa związanego z ryzykownym zachowaniem, jakim jest heteroseksualny promiskuityzm (czyli bezładne życie płciowe). W USA pewien przełom w myśleniu przyniosło zakażenie ogromnie popularnego koszykarza „Magica” Johnsona, który publicznie ogłosił, że jest zakażony, przyznając się do kontaktów z licznymi kobietami. Wstrząsnęło to młodymi Amerykanami, z których wielu poddało się badaniu krwi.

Epidemiolodzy zastanawiają się, co sprawiło, że AIDS tak szybko w początku lat osiemdziesiątych rozprzestrzenił się w środowisku amerykańskich homoseksualistów. Bez wątplenia rolę grał większą promiskuityzm, oraz rozpowszechnione formy współżycia seksualnego (gdyż kontakty analne, zarówno homo- jak i heteroseksualne są najbardziej ryzykowne), a wreszcie częstsze zachorowania homoseksualistów na inne choroby przenoszone drogą płciową, które nie tylko usposabiają do zakażeń HIV, lecz także skracają czas do serokonwersji, a u zakażonych przyspieszają AIDS. Są to bez wątpienia rzeczowe argumenty, jednak nie do końca sprawę wyjaśniające.

Dopiero ostatnie badania w Tajlandii wykazały, że u 90% prostytutek izolowano tam typ wirusa szerzący się przez kontakty heteroseksualne, odpo-

wiadający szczepom afrykańskim, zaś u 75% narkomanów typ odmienny przenoszący się przez krew, odpowiadający szczepom powszechnym w Ameryce i Europie. Kontakty analne oczywiście sprzyjają przenoszeniu tego ostatniego.

W Polsce wśród chorych na AIDS przeważają mężczyźni zakażeni przez kontakty homoseksualne, stanowiący 57%. Chorych narkomanów jest dotąd tylko 39%, choć wśród zakażonych stanowią oni około 70%. Poprzez kontakty heteroseksualne zakażyło się 10% chorych, 1% to hemofilicy.

Nieco uwagi chciałbym jeszcze poświęcić niektórym zagadnieniom związanym z ograniczeniem rozmiarów epidemii.

Wciąż nie ma szczepionki chroniącej przed zakażeniami, choć prace nad nią trwają w co najmniej kilkunastu renomowanych laboratoriach i zapoczątkowano próby na ludziach; masowe szczepienia nie będą jednak rozpoczęte do końca stulecia.

Notuje się wprawdzie postępy w leczeniu i przeciętny czas przeżycia od wystąpienia klinicznych objawów AIDS przedłużył się z 6 miesięcy w roku 1981 do ponad 3 lat, nie zmienia to jednak faktu, że AIDS pozostaje chorobą śmiertelną, i nie wydaje się by w bliskiej przyszłości nastąpił przełom w tym zakresie.

W działaniach zapobiegawczych WHO położyła ostatnio nacisk na potrzebę zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową, jako element przeciwdziałania AIDS. Wspomniałem o związku zakażeń HIV z innymi chorobami tej grupy. Leczenie tych chorób jest możliwe i pozwoli zdaniem WHO, wydatnie ograniczyć szerzenie się AIDS.

Sprawą, która skupia uwagę, jest szerzenie się gruźlicy równoległe z AIDS. Mowa jest nawet o „podwójnej epidemii”. Dodatkowym zagrożeniem są zakażenia szczepami prątków opornymi na standartowe leczenie. Ponieważ zakażenie gruźlicą przenosi się przez powietrze, chory na gruźlicę jest bardzo niebezpieczny dla innych pacjentów z AIDS oraz osób zakażonych HIV. Niebezpieczeństwo gruźlicy wyklucza pracę osób zakażonych HIV w oddziałach dla chorych na AIDS, gdzie mogły one dotąd pracować nie narażając siebie i innych.

Przy okazji badań nad związkami AIDS i chorób płuc zauważono, że intensywne palenie papierosów jest u zakażonych przyczyną dużo szybszego wystąpienia AIDS w porównaniu z niepalącymi.

Wobec braku innych możliwości skutecznego zapobiegania, najważniejszym czynnikiem pozostaje działalność edukacyjna, mająca na celu ograniczenie ekspozycji na zakażenie.

Przeniesienie HIV drogą kontaktów seksualnych można uniknąć przez zachowanie abstynencji lub przez konsekwentną wzajemną monogamię, co winno być zawsze podkreślane. Dla wielu osób są to warunki, mimo świadomości zagrożenia, trudne do zachowania, w związku z czym Światowa Organizacja Zdrowia propaguje szeroko konsekwentne używanie prezerwatyw, zmniejszających w dużej mierze ryzyko zakażenia. Przy wspomnianej małej zakaźności HIV jest to postępowanie wysoce skuteczne, pozwalające w praktyce uniknąć zakażenia. Trzeba też zaznaczyć, że bez prezerwatywy nie powinny współżyć dwie zakażone osoby, ze względu na niebezpieczeństwo nadkażenia innym szczepem, co może skracać czas do wystąpienia AIDS.

Bardzo ważną grupą, do której muszą być kierowane działania zapobiegawcze, są osoby uzależnione od środków odurzających wstrzykiwanych dożylnie, czyli narkomani. Wśród nich zakażenia HIV szerzą się przez używanie wspólnych igieł i strzykawek oraz przez kontakty seksualne.

Działalność profilaktyczna uwzględni oczywiście leczenie odwykowe, jednak wielu narkomanów nie podejmuje takiego leczenia, lub je przerywa. W tej sytuacji wysiłki kierowane są na przekonanie osób uzależnionych o konieczności zaniechania używania cudzych igieł i strzykawek i w bardzo wielu krajach udostępnia się im bezpłatnie sterylne sprzęt oraz prezerwatywy. Ze względu bowiem na dużą częstość zakażeń HIV, osoby te, nawet jeśli mają ujemny wynik badania krwi, powinny bezwzględnie w przypadku kontaktu seksualnego używać prezerwatywy.

Działania edukacyjne wśród osób uzależnionych są bardzo trudne, jednak konsekwentne postępowanie przynosi wyniki. Przykładem może być Holandia, gdzie najwcześniej opracowano odpowiedni program i gdzie udało się zatrzymać nowe zakażenia narkomanów.

Zorganizowane działania edukacyjne muszą być kierowane do całego społeczeństwa, a zwłaszcza do młodzieży, która często pada ofiarą zakażeń. Ogromną więc rolę mają do odegrania szkoły, poprzez realizację właściwego programu nauczania w zakresie wychowania seksualnego i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową, w tym AIDS.

Co roku, pierwszego grudnia, jest obchodzony, z inicjatywy WHO, Światowy Dzień AIDS, dla zwrócenia publicznej uwagi na istniejące zagrożenie oraz pobudzenia działań mających na celu ograniczenie pandemii. Tym razem hasłem dnia będzie: „zaangażowanie społeczeństwa”. Hiroshi Nakajima, Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia, określił następująco

znaczenie tego zaangażowania: „Społeczność – a więc sąsiedztwo, szkoła, czy wspólnota akademicka, grupa zawodowa czy mała grupa pomocy złożona z rodziny i przyjaciół – jest niezwykle potężną wewnętrzną siłą w społeczeństwie, która musi być wykorzystywana, jeśli chcemy sprowadzić epidemię AIDS pod kontrolę”.

Sądzę, że wbrew pesymistycznemu obrazowi wyłaniającemu się z wielu opracowań na temat AIDS, można żywić nadzieję, że człowiek ma zdolność skutecznego przeciwstawienia się groźbie AIDS. Jest jednak konieczne docenienie rzeczywistej powagi zagrożenia oraz połączenie wysiłków na wszystkich poziomach: międzynarodowym, krajowym i społeczności miejscowej.

WSZCZEPY ŚLIMAKOWE, METODA PRZYWRACANIA SŁUCHU

Szesnasty lipca 1992 r. był z pewnością dniem bardzo ważnym w historii Akademii Medycznej w Warszawie, dniem sukcesu naszej Kliniki Otolaryngologicznej, dniem uzasadnionej dumy całej społeczności Uczelni. W dniu tym doc. dr hab Henryk Skarżyński wykonał po raz pierwszy w Polsce operację wszczepu (implantu) ślimakowego. W związku z tym w Centralnym Szpitalu Klinicznym odbyło się tegoż dnia spotkanie z ludźmi, którzy przyczynili się do pokrycia kosztów operacji, i z warszawskimi dziennikarzami. Na spotkaniu tym kierownik Kliniki Otolaryngologicznej, prof. dr hab. Grzegorz Janczewski, i doc. dr hab Henryk Skarżyński przedstawili zasadę wprowadzenia implantu i zakres jego skuteczności, a prof. dr hab. Stefan Kruś, prezes Rady Fundacji „Homo homini”, pośredniczącej w gromadzeniu funduszków, zapoznał zebranych z charakterem tej instytucji. Przedstawiamy podsumowanie tych wypowiedzi.

HENRYK SKARŻYŃSKI

Stracić słuch i słyszeć. Nowe szanse dla osób, które straciły słuch. Słyszeć przy pomocy wszczepu ślimakowego.

Klinika Otorynlaryngologiczna Akademii Medycznej w Warszawie

Utrata słuchu jest jednym z najcięższych stanów chorobowych, z jakimi spotyka się lekarz. Nagła lub postępująca choroba, prowadząca do całkowitej głuchoty zarówno u dzieci jak i dorosłych, pozostawia nieodwracalne uszkodzenie ucha wewnętrznego. Realną szansą pomocy dla okaleczonych w taki sposób chorych jest wszczepienie do ucha protezy określonej mianem implantu ślimakowego. Założenie wszczepu u dorosłych pozwala na zdecydowaną poprawę jakości ich życia poprzez wyrwanie ze świata ciszy. Zaopatrywanie dzieci z całkowitą utratą słuchu w tego typu protezę jest szczególnie pożądane, gdyż jest możliwe wywarcie w ten sposób ogromnie pozytywnego wpływu na przyszły ich los. Umożliwia to także sprawniejsze porozumiewanie się, stwarza warunki integracji społecznej i daje szansę właściwego rozwoju. Grupa chorych niesłyszących niepokojąco rośnie. Tłumaczymy to następstwem rozwoju cywilizacji, przemysłu, wzrostu urazowości, negatywnego wpływu hałasu, działania leków ototoksycznych. Oczywiście są i inne przyczyny, mniej lub bardziej poznane. Wychodząc na przeciw tym ważnym problemom społecznym w Klinice Otolaryngologii Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie powstał zespół lekarzy, psychologów, logopedów i elektroników, którzy pod kierunkiem doc. dr hab. Henryka Skarżyńskiego przystąpił w dniach 16 i 17 lipca 1992 do wszczepienia pierwszych w Polsce implantów ślimakowych osobie dorosłej i dziecku. Są to równocześnie jedne z nielicznych tego typu zabiegów w Europie środkowo-wschodniej. Ośrodek Warszawski, kierowany przez prof. dr hab. Grzegorza Janczewskiego, dołącza się w ten sposób do bardzo wąskiego grona wysokospecjalistycznych klinik na świecie, w których osoby niesłyszące mogą znaleźć szansę dla siebie. W naszym kraju będzie to szansa powrotu do świata dźwięku, jakiej dotąd nie mieli.

Co to jest implant ślimakowy? Jest to urządzenie, dostarczające słabych impulsów prądu elektrycznego w pobliże nerwu słuchowego. Nerw przewodzi te impulsy do mózgu, gdzie zostają one przekształcone we wrażenia słuchowe. Najistotniejszym momentem jest przetwarzanie fali dźwiękowej, docierającej do implantu, w prąd elektryczny, który drażni zakończenia nerwu słuchowego. Implant ślimakowy składa się z procesora mowy i z cewki nadawczej, umieszczonych na zewnątrz np. za małżowiną uszną. W tej części fale dźwiękowe są przetwarzane w słabe sygnały elektryczne. Impulsy drogą bezprzewodową są przenoszone na część wewnętrzną, wszczepioną do kości skroniowej, za pośrednictwem specjalnych, jedno- lub wielokanałowych elektrod, są doprowadzane w pobliże zakończeń nerwowych. Wszczepienie implantu jest podstawą dostarczania dźwięku osobie niesłyszącej. Jakie będą ostateczne z tego korzyści, decyduje następująca po zabiegu rehabilitacja. Jest ogromnie ważne, czy chory przed utratą słuchu miał już wykształconą mowę, czy też nie, i jak długi okres czasu upłynął od utraty słuchu. Z obserwacji w pierwszych ośrodkach światowych wynika, że u chorych, którzy mieli wykształconą mowę przed wystąpieniem głuchoty istnieje wielka szansa na częściowe odtworzenie funkcji słuchu i rehabilitację mowy. Zastosowanie wszczepu ślimakowego jest ogromnym postępowaniem w leczeniu całkowitej głuchoty. Wymagało to zespolenia wysiłku lekarzy różnych specjalności oraz rozwoju wysokiej technologii. Jest to leczenie bardzo kosztowne (jedna operacja 200 milionów zł). Wprowadzenie tej metody leczenia w naszym kraju, przygotowanie i przeszkolenie zespołu w uniwersyteckich klinikach Paryża i Wiednia było efektem bardzo aktywnej działalności Fundacji Rozwoju Medycyny „Homo homini” („Człowiek człowiekowi”). Zakup pierwszych implantów był możliwy głównie dzięki wsparciu finansowemu Banku Państwowego Powszechnej Kasy Oszczędności oraz pomocy ze strony Państwowego Zakładu Ubezpieczeń, Powszechnego Banku Kredytowego, Oddziału Warszawskiego Pierwszego Banku Komercyjnego w Lublinie oraz dzięki wielu drobnym wpłatom, wniesionym na konto Fundacji przez osoby prywatne i instytucje państwowe i społeczne. Do przygotowania pacjentów, którzy będą operowani, dużą pomoc uzyskaliśmy od austriackiej firmy Med-El, która dostarcza implanty przez Ranmedic Trade Randall Group. W ten sposób, jak już wspomniano, otworzyła się szansa wyleczenia wielu osób, które straciły słuch. Aby tego typu leczenie, które jest w naszych warunkach 3–4 krotnie tańsze niż w ośrodkach zagranicznych, mogło być kontynuowane w odniesieniu do wielu

oczekujących chorych, są potrzebne dalsze środki finansowe. Doceniamy w pełni ofiarność społeczeństwa, niemniej należy oczekiwać regulacji prawnych, pozwalających chorym niesłyszącym leczyć się na mocy własnych polis ubezpieczeniowych. Zanim to nastąpi, każdy następny wszczep będzie kolejnym sukcesem, a każda kwota wpłacana na konto Fundacji Rozwoju Medycyny „Człowiek człowiekowi”, nr 1603–570183–132–3 X/O PKO Warszawa, pozwoli następnego przywrócić naszemu światu, światu dźwięku.

STEFAN KRUSĆ

Fundacja „Homo homini”

W połowie XVIII wieku Wolter powiedział: „potrzeba 9 miesięcy, aby dać życie człowiekowi, potrzeba było dwudziestu wieków, aby poznać budowę jego ciała, potrzeba będzie wieczności, aby poznać jego duszę, i wystarczy chwila, aby go zabić”. W zdaniu tym mieszczą się dwa kierunki postępowania wobec człowieka, trwające od początku świata: ten pierwszy to poznawanie ciała i psychiki człowieka z myślą, aby życie jego przedłużyć, ten drugi to intensywne poszukiwanie sposobu sprawnego zabijania.

Początkowo oba te działania nie wymagały wielu kosztów. Zabicie człowieka z łuku albo kosą pryczepioną na sztorc do patyka było skuteczne wobec jednostki ale nie dawało efektu w skali masowej. Tak czy owak budżetu przesadnie nie obciążało. Leczenie też było niedrogie, bo nieskuteczne.

Mała liczbowo efektywność zabijania pobudzała inwencje wynalazczą, ale maszyny antyludzkie stawały się coraz kosztowniejsze, czego doświadczamy i teraz. W walce o przedłużenie życia człowieka też poczyniono postępy. Wynaleziono i wynajduje się wiele skutecznych leków, metod operacyjnych, aparatów diagnostycznych. Wszystko to działa ale piekielnie kosztuje. Przykład pierwszy z brzegu. Chory z niewydolnością nerek może istnieć tylko dzięki dializom. Każdy taki zabieg kosztuje milion złotych a trzeba go powtarzać dwa razy w tygodniu. Wypada plus minus 10 milionów miesięcznie przy średnich zarobkach dwóch albo dwóch i pół miliona. Takich osób w Polsce jest kilka tysięcy i mało która jest w stanie sprostać takim wydatkom. Każdy zna truizm, że najbiedniejsze państwo może sobie zawsze pozwolić na czołgi, ale najbogatszego nie stać na zapewnienie swoim obywatelom właściwej pomocy lekarskiej, niestety drogiej choć ciągle tańszej od czołgów.

W takich warunkach ludzie, chcący trochę dłużej żyć w zdrowiu, szukają pomocy sami. Mnożą się zgłoszenia potrzeb na łamach prasy, rozmaite konta, fundacje. Są gromadzone pieniądze, te potrzebne duże pieniądze. Operacja, którą wykonano przed kilkoma godzinami, była możliwa dzięki sumom, pochodzącym m.in. z Fundacji Rozwoju Medycyny „Homo homini”. Instytu-

cja ta została założona przez kilkanaście osób, pracowników naukowych Akademii Medycznej w Warszawie, i pracowników bankowości. Wspólnie złożyliśmy się na fundusz założycielski. Wszyscy staramy się zdobywać wpłaty, medycy ustalają sposób ich wydatkowania, bankowcy pomagają nam swoim doświadczeniem w prawidłowym postępowaniu finansowym. Jak powiedziałem, bierze nas w tym udział kilkanaścioro, ale duszą i motorem przedsięwzięcia jest pan Docent Henryk Skarżyński, którego energii, pomysowości i przedsiębiorczości Fundacja zawdzięcza właściwie wszystko. Fundacja dysponowała do tej pory niewielkim funduszem, dlatego zdecydowaliśmy się na koncentrację wysiłków na kilku zagadnieniach, aby uniknąć rozpraszania środków. Uznaliśmy za celowe:

– dofinansowanie krótkoterminowych wyjazdów zagranicznych studentów i młodych lekarzy,

– podjęcie operacji implantów ślimakowych, konkretnie od dziś, 16 lipca 1992,

– wspomaganie finansowe prac nad aparatami ułatwiającymi zespolenie kości złamanych i ich zrastanie, obmyślonymi z polotem przez zespół ortopedów z kręgu prof. Tylmana i zaprezentowanymi nam przez dr Deszczyńskiego.

Fundacji naszej nadaliśmy nazwę „Homo homini”, „Człowiek człowiekowi”. Słowa proste, znane. Człowiek człowiekowi, ale kim, ale czym? Sięgnąłem do książki p. Czesława Jędraszki „Łacina na codzień” i znalazłem tam takie hasło: Homo homini deus, człowiek człowiekowi Bogiem. Wydało mi się, że Rzymianie przesadzili i spojrzałem rządkiem niżej: homo homini lupus, człowiek człowiekowi wilkiem. Brzmi to groźnie, ale tym razem bajkopisarzy rzymskich zawiodła wyobraźnia. W odróżnieniu od ludzi wilki nie zjadają siebie. Przypisanie im cech ludzkich środowiska wilcze przyjęłyby prawdopodobnie z dezaprobatą. Cóż pozostaje? A może „homo homini homo”. Tylko który, czy ten, co zabija, czy ten, co życie przedłuża” Koło się zamyka.

Tak to wszystko wygląda dzisiaj, a co dalej? Zacząłem od Woltera, a więc od niedowiarka. Nie odzwierciedla to postawy widzianej teraz najmilej, spróbuj zatem odwrócić sytuację. Jedną z moich ulubionych książek są „Pamiętki Soplicy” Henryka Rzewuskiego. Mieści się tam takie zdanie; „Każda ofiara Panu Bogu miła, ale im większa tym skuteczniejsza”.

Zwracam się serdecznie do wszystkich z Państwa o wspieranie Fundacji albo osobiście albo przez informowanie o jej istnieniu i numerze konta: X Oddział PKO w Warszawie, nr r-ku 1603–570183–132–3.

LESZEK PĄCZEK

Aktywność proteolityczna izolowanych kłębków nerkowych w wybranych doświadczalnych modelach białkomoczu i nadciśnienia tętniczego

Streszczenie rozprawy habilitacyjnej

Institut Transplantologii A.M. w Warszawie

Przewlekła niewydolność nerek (PNN) charakteryzuje się postępującym szkliwieniem kłębków. Zmniejszenie przesączenia kłębkowego (GFR) uruchamia mechanizmy adaptacyjne, wiodące do funkcjonalnych i strukturalnych zmian kłębków. W ich następstwie dochodzi do rozplemu macierzy mezangium, grubienia błony podstawnej kłębka, rozplemu fibroblastów, tworzenia się mikrotętniaków i zakrzepów w pętli naczyniowej oraz odkładania się hialiny. W efekcie ostatecznym dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek, kiedy to można stwierdzić zeszkliwiałe kłębki nerkowe i zwłóknienie tkanki śródmiąższowej nerki.

Niezależnie od podstawowej przyczyny do schyłkowej niewydolności nerek dochodzi (po kilku – kilkunastu latach) u większości pacjentów z GFR poniżej 25 ml/min.

Rola czynników modyfikujących progresję glomerulopatii, działających niezależnie od przyczyny pierwotnej choroby nerek, jest przedmiotem dyskusji.

Udział nadciśnienia tętniczego w progresji szkliwienia kłębków

Rola nadciśnienia tętniczego została zauważona już w 1923 r. kiedy to Volhard sformułował koncepcję, że choroba nerek wywołuje lub nasila już istniejące nadciśnienie tętnicze, które z kolei uszkadza czynność nerek. W badaniach klinicznych i patologicznych wykazano dodatnią korelację pomiędzy stwardnieniem tętniczek nerkowych a szkliwieniem kłębków nerkowych.

Przyjęto hipotezę, że stwardnienie tętniczek nerkowych powoduje niedokrwienie kłębka, które prowadzi ostatecznie do jego szkliwienia i nieodwracalnego uszkodzenia. Badania na zwierzętach wykazały jednak, że zmiany niedokrwienne kłębka dominują w końcowych fazach uszkodzenia nerki, natomiast we wczesnych okresach, decydujących o powstaniu progresji szkliwienia, obserwuje się zwiększony przepływ krwi przez kłębek i zwiększone przesączanie. W 1982 r. Brenner opierając się na badaniach na modelu 5/6 nefrektomii u szczura przedstawił hipotezę hemodynamicznego uszkodzenia kłębka. Wg tej teorii kolejność zjawisk jest następująca: zmniejszenie efektywnej masy nerki prowadzi do rozszerzenia naczyń pętli kłębka z jednoczesnym wzrostem ciśnienia śródkłębkowego. Pozwala to na wzrost przesączania kłębkowego przez pojedynczy nefron (hiperfiltracja) i utrzymanie funkcji wydalniczej nerki. Lokalne zmiany hemodynamiczne powodują jednak przechodzenie białek do obszaru mezangium, co stymuluje komórki mezangium do rozplemu i zwiększonej produkcji macierzy mezangium. Kłębek nerkowy powiększa się (hipertrofia), dochodzi do hialinizacji i ostatecznie do zaciskania pętli naczyńowej. Okazało się jednak, że w nefropatii wywołanej podaniem szczurowi adriamycyny dochodzi do progresji niewydolności nerek i uszkodzenia kłębków bez poprzedzającej hiperfiltracji.

Wiele badań klinicznych i eksperymentalnych wykazało, że nadciśnienie tętnicze należy do istotnych czynników wiodących do przewlekłej niewydolności nerek. Badania Azara (DOCA-salt) wykazały, że nadciśnienie tętnicze wywołane podaniem DOCA może „przenieść się” na układ naczyniowy kłębka. U osobnika zdrowego, zjawisku temu zapobiega opór naczyniowy tętniczki doprowadzającej.

Wiele stanów chorobowych znosi ochronny mechanizm zwiększenia oporu t. doprowadzającej krew do kłębka, w następstwie czego dochodzi do wzmożonego ciśnienia śródkłębkowego. Wzmożone ciśnienie śródkłębkowe obserwowano: w cukrzycy, w modelu 5/6 nefrektomii, w przebiegu nadciśnienia tętniczego systemowego oraz krótkotrwale po posiłku bogatobiałkowym.

W przebiegu doświadczalnego kłębkowego zapalenia nerek wykazano, że podwyższenie ciśnienia tętniczego poprzez chirurgiczne zwężenie jednej tętnicy nerkowej, prowadzi do nasilenia szkliwienia w nerce ukrwionej przez prawidłową tętnicę nerkową.

W doświadczalnej cukrzycy, podwyższenie ciśnienia tętniczego znamieniem przyspieszało progresję niewydolności nerek (NN) a leczenie enalapilem

powodowało normalizację ciśnienia tętniczego i zatrzymanie postępu niewydolności nerek.

Badania kliniczne mimo braku jednoznacznego wytłumaczenia działania nadciśnienia układowego na kłębek, wskazują na istnienie dodatniej korelacji pomiędzy stopniem nadciśnienia tętniczego a progresją niewydolności nerek. Regulacja ciśnienia tętniczego pozostaje kardynalnym zaleceniem w procesie leczenia chorego z nefropatią.

Wpływ zawartości białka i fosforanów w diecie na progresję niewydolności nerek.

Niekorzystny wpływ diety bogatobiałkowej na progresję niewydolności nerek uznany jest od ponad 50 lat.

W eksperymentalnym nadciśnieniu typu DOCA-salt ograniczenie białka w diecie prowadziło do zmniejszenia hiperfiltracji i nadciśnienia śródkłębkowego, czego wyrazem było zmniejszenie białkomoczu i spowolnienie szkliwienia kłębków. Tapp na modelu 5/6 nefrektomii u szczura porównał wpływ diety ubogobiałkowej z dietą ubogokaloryczną (zwierzęta otrzymywały taką samą ilość białka w diecie, co zwierzęta kontrolne, ale o 35% kalorii mniej). Dieta ubogokaloryczna w równym stopniu co dieta ubogobiałkowa hamowała postęp szkliwienia kłębków. Dieta z ograniczeniem kalorycznym zapobiegała włóknieniu tkanki śródmiąższowej nerki, podczas gdy dieta ubogobiałkowa nie wywierała istotnego wpływu na uszkodzenie tkanki śródmiąższowej nerki. Zarówno zdrowe szczury jak i szczury z mocznicą karmione pokarmem ubogobiałkowym, spontanicznie zmniejszyły podaż kalorii o 30-50%. W nefropatii wywołanej podawaniem adriamycyny u szczura drastyczne ograniczenie białka (6% w diecie) powodowało znaczne zahamowanie szkliwienia kłębków nerkowych i zmniejszenie białkomoczu.

Dane z literatury dotyczące leczenia ludzi za pomocą diety ubogobiałkowej są niejednoznaczne.

Dieta ubogobiałkowa moduluje również funkcjonowanie układu immunologicznego. Obserwuje się atrofię układu chłonnego i grasicy, czego wyrazem jest upośledzenie odpowiedzi immunologicznej typu komórkowego. Obniżenie zawartości fosforanów w diecie prowadzi do częściowego zahamowania postępu nefropatii, okazało się również korzystne w modelach immunologicznego uszkodzenia nerek u zwierząt.

Udział lipoproteidów osocza w procesie niewydolności nerek.

W 1982 roku Moorhead zwrócił uwagę na nefrotoksyczny efekt lipoprotein. Autor twierdzi, że lipoproteiny mogą akumulować się w rejonie mezangium kłębka nerkowego, stymulować rozplęgnięcie komórek mezangium i nasilać produkcję macierzy mezangium.

Zwierzęta na diecie wysokocholesterolowej (2–4% cholesterolu) charakteryzowały się powiększeniem kłębków, którego podłożem była proliferacja komórek mezangium i nadprodukcja macierzy mezangium, a ostatecznie następowała progresja NN ze szkliwieniem kłębków.

Udział czynników genetycznych w progresji szkliwienia kłębków.

U 50–55% pacjentów z cukrzycą w ciągu 30 lat dochodzi do nefropatii cukrzycowej. W grupie tej znamienne częściej występuje antygen HLA B8. Dalsze badania wskazały na genetyczne uwarunkowanie takich parametrów, jak liczba kłębków w nerce, różnice w unerwieniu sympatycznym kłębka, czy stopień reaktywności tętnic na angiotensynę.

Udział macierzy mezangium w progresji szkliwienia kłębków.

Zewnątrzkomórkowa macierz zawiera glikoproteiny (fibronektyna i laminina), kolagen, kwas hialuranowy oraz siarczany chondroityny i keratanu. W stanie patologicznym dodatkowo dochodzi do napływania i akumulacji w rejonie mezangium białek pochodzących z osocza. Akumulacja mezangialnej macierzy oraz błony podstawnej odgrywa, jak się wydaje, istotną rolę w szkliwieniu kłębka. Wzmocniona akumulacja białek prowadzi do stymulacji nadprodukcji macierzy mezangium i przez to zaburzeń morfologii i funkcji kłębka.

W normalnych warunkach synteza oraz degradacja macierzy mezangium i GBM pozostają w równowadze. Degradacja białek zachodzi na drodze fagocytozy i następującej w komórce proteolizy przez enzymy lizosomalne.

Zebrane dane wskazują na istotną rolę macierzy mezangium dla prawidłowego funkcjonowania kłębka. Zmiana ilościowa lub jakościowa macierzy mezangium prowadzi do zaburzeń funkcji i struktury kłębka. Na metabolizm macierzy mezangium i innych białek kłębka wpływają enzymy proteolityczne,

w które komórki kłębkka są bogato wyposażone, lub enzymy pochodzące z granulocytów i monocytów napływających z krwi.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie akumulacji białek na terenie izolowanych kłębków nerkowych oraz ocena aktywności proteolitycznej homogenatów izolowanych kłębków nerkowych w następujących modelach doświadczalnych nefropatii u szczurów:

1. Nefropatie przebiegające z białkomoczem:
 - a) Zespół nerczycowy wywołany podaniem adriamycyny (ADR-nefropatia);
 - b) Błoniaste kłębkowe zapalenie nerek typu Heymanna;
 - c) Kłębkowe zapalenie nerek wywołane podaniem surowicy anti-GBM;
2. Nefropatia w przebiegu nadciśnienia tętniczego (dwunerkowe nadciśnienie naczynionerkowe typu Goldblatta)

Omówienie wyników

W modelu ADR-nefropatii, nieimmunologicznym modelu schyłkowej niewydolności nerek, nie obserwuje się nadciśnienia śródkłębkowego ani hiperfiltracji. Zespół cechuje się białkomoczem, hipoproteinemią i hipalbuminemią. Wzrasta również ciśnienie tętnicze osiągając od 12 tygodnia wartości znacznie wyższe niż w grupie kontrolnej. U zdrowych szczurów, prawidłowy poziom kreatyniny wynosi 0,3–0,5 mg%. W grupie ADR-nefropatii, po 22 tygodniach obserwacji średni poziom kreatyniny osiągnął wartość 1,16 mg%, co należy interpretować jako zaawansowaną niewydolność nerek.

Badania izolowanych kłębków wykazało, że począwszy od 8 tygodnia obserwacji w grupie z ADR-nefropatią dochodzi do akumulacji białek. Równowaga czynnościowa pomiędzy syntezą a degradacją białek strukturalnych, jak również odkładanie się białek pochodzenia osocznego, zależy w dużej mierze od aktywności enzymów proteolitycznych komórek kłębkka. Począwszy od 4 tygodnia obserwacji aktywność proteolityczna izolowanych kłębków nerkowych (zarówno w pH 5,4 i pH 7,4) była obniżona znacznie. Dwie obserwacje wskazują, że jest to również ilościowy deficyt enzymów proteoli-

tycznych. Już po 4 tygodniach obniża się aktywność proteolityczna kłębków w ADR-nefropatii, a nie obserwuje się wówczas kumulacji wewnątrzkiłbkowych białek.

Nieznany jest mechanizm prowadzący do obserwowanego obniżenia się aktywności proteolitycznej izolowanych kłębków nerkowych. Dyskutuje się mechanizm „wyczerpania” enzymów lub ich częściowej inaktywacji przez czynniki pojawiające się w przebiegu trwania nefropatii. Jednym z takich czynników może okazać się hiperlipidemia. Kiedy w ADR-nefropatii obniżono poziom trójglicerydów i cholesterolu za pomocą 4-tygodniowego leczenia lowastyną (inhibitor syntezy cholesterolu), równoległe wzrosła aktywność proteolityczna izolowanych kłębków nerkowych.

Doświadczalna nefropatia Heymanna jest wywoływana u szczurów przez podanie antygeny Fx1A (pochodzącego z rąbka szczoteczkowego cewki proksymalnej) zawieszzonego w adjuwancie Freund’a. Wytworzone przeciwciała reagują z cewkami proksymalnymi, ale również z komórkami nabłonkowymi ściany naczyniowej kłębka nerkowego. Badanie immunofluorescencyjne wykazuje ziarniste złoża IgG i składowej C3 dopełniacza, a badanie w mikroskopie elektronowym depozyty zlokalizowane między GBM a komórkami nabłonkowymi. Klinicznym obrazem uszkodzenia błony podstawnej kłębka i filtru sącającego kłębka jest białkomocz. W przebiegu nefropatii Heymanna dochodzi do wzrostu masy nerek zależnej od kumulacji białek w korze nerek.

Hipertrofia kory była interpretowana jako odpowiedź na zwiększony dowóz białek (białkomocz) do cewek.

W prezentowanej pracy, stwierdzono znamienne wyższą zawartość białek kłębka nerkowego w przebiegu nefropatii Heymanna w porównaniu do zwierząt zdrowych. Akumulacja białek zależy również od stopnia ich degradacji przez enzymy proteolityczne kłębka. Zwierzęta z nefropatią Heymanna mają istotnie zredukowaną aktywność proteolityczną. Stwierdzono deficyt enzymów o optimum działania w środowisku kwaśnym (w którym ocenia się enzymy lizosomalne), jak i w środowisku obojętnym. Zmniejszona aktywność proteolityczna w stosunku do białka zawartego w kłębku nerkowym, odzwierciedla względny czynnościowy niedobór enzymów proteolitycznych.

Ogólnie przyjmuje się, że w indukcji glomerulopatii wywołanej mechanizmami immunologicznymi, dochodzi do wzmożonego uwalniania i wzmożonej aktywności enzymów proteolitycznych.

W błoniastym kłębkowym zapaleniu nerek, jak i w jego doświadczalnym odpowiedniku, jakim jest nefropatia Heymanna, nie stwierdza się jednak nacieku granulocytów/makrofagów w kłębku nerkowym.

Akumulacja białek w obrębie kłębka jest również argumentem, przemawiającym za względnym deficytem enzymów proteolitycznych.

W przedstawionej pracy na modelu przyspieszonej anty-GBM nefropatii u szczurów stwierdzono akumulację białek w kłębkach nerkowych już po 24 godzinach od indukcji choroby. Ważnym czynnikiem, powodującym tak wczesną akumulację białek, jest białkomocz. W przebiegu białkomoczu dochodzi do wzmożonego przechodzenia białek osocza do mezangium kłębka. Wykazano również, że pod wpływem odkładania się makrocząstek pochodzenia osoczowego, komórki kłębka mogą zwiększać produkcję mezangialnej macierzy. Kłębek wyposażony jest w cały system enzymów proteolitycznych odgrywających zasadniczą rolę w degradacji białek. Wykazano, że nerka zawiera przeszło 3 razy więcej katepsyny (jeden z głównych enzymów proteolitycznych zlokalizowanych w lizosomach), przypadającej na jednostkę wagową tkanki, niż wątroba. W przypadku chorób wywołanych czynnikami immunologicznymi dodatkową pulę enzymów proteolitycznych dostarczają granulocyty i monocyty napływające do kłębka.

W tej pracy przedstawiono wyniki aktywności proteolitycznej homogenatu izolowanych kłębków nerkowych w modelu anty-GBM u szczurów. 3 i 24 godziny po indukcji nefropatii obserwowano nieznamiennie obniżenie się lizosomalnej aktywności proteolitycznej, a 24 godziny po indukcji obniżały się nieznamiennie enzymy proteolityczne aktywne w pH obojętnym, po 72 godzinach obserwacji aktywność proteolityczna wróciła do wartości jak u zwierząt kontrolnych.

Badania Sterzela wykazały, że w okresie 2–3 doby dochodzi do nacieczenia kłębka nerkowego przez monocyty i granulocyty. Można wnioskować, że uwalniają one swoje enzymy lityczne, co jest wymienione jako jedna z przyczyn uszkodzenia kłębka. W modelu doświadczalnym uszkodzenia kłębków nerkowych u szczura (wywołanego przez podanie surowicy anty-GBM) podanie inhibitora enzymów lizosomalnych (trans-epoxysuccinyl – L – leucylamido – 4 – (guanidino) butane) w ciągu pierwszych godzin po indukcji nefropatii powodowało zmniejszenie białkomoczu w pierwszej dobie. Nie podano efektów takiego leczenia w okresach późniejszych. W prezentowa-

nych badaniach nie stwierdzono jednak wzrostu całkowitej aktywności enzymów homogenatu kłębka.

Po 14 dniach obserwacji doszło do drastycznego, ponad dwukrotnego spadku aktywności proteolitycznej przypadającej na miligram białka. W tym czasie nie obserwuje się nacieczenia i monocytów na terenie kłębka. Kłębek staje się „przeładowany” białkiem, a jego zdolności do degradacji białka są istotnie obniżone. Na uwagę zasługują badania Emancipatora wskazujące na niedobór enzymów proteolitycznych kłębka nerkowego w przebiegu doświadczalnego kłębkowego zapalenia nerek typu nefropatii IgA.

Eksperymentalne nadciśnienie tętnicze wywołane przez operacyjne zwężenie jednej tętnicy nerkowej u szczura jest wygodnym modelem badania wpływu podwyższonego ciśnienia tętniczego na nerki. Założenie nacisku na jednej tętnicy powoduje różnice w funkcji i strukturze obu nerek. U zwierząt dochodzi do nadciśnienia systemowego na skutek aktywacji układu renina-angiotensyna.

Ostatnio zwrócono uwagę, że angiotensyna, poza efektem naczynio-zwężającym, stymuluje komórki nerki do proliferacji oraz nasila produkcję białek przez tkankę nerki. W nerce ze zmniejszonym dopływem krwi (zwężona tętnica) następuje obniżenie przesączania kłębkowego, podczas gdy w drugiej nerce wzrasta przesączanie kłębkowe, dochodzi do zwiększenia masy nerki i w końcowym okresie obserwuje się szkliwienie kłębków nerkowych. W przebiegu doświadczalnej nefropatii cukrzycowej oraz nefropatii anty-GBM wywołanie nadciśnienia tętniczego nasila przebieg i stopień uszkodzenia nerek. Stopień akumulacji strukturalnych białek (błona podstawna kłębka, mezangialna macierz) oraz białek pochodzących z osocza krwi odgrywa kluczową rolę w procesie szkliwienia kłębków. W procesie degradacji białek kłębka biorą udział enzymy proteolityczne, w które kłębki są bogato wyposażone. W prezentowanej pracy oceniono aktywność proteolityczną homogenatu izolowanych kłębków nerkowych pobranych z nerki narażonej na wysokie ciśnienie tętnicze (nerka przeciwległa do nerki ze zwężoną tętnicą nerkową). Wykazano, że aktywność ta jest obniżona zarówno, gdy mierzono aktywność enzymów lizosomalnych, jak i gdy oceniano aktywność enzymów z optimum działania w środowisku neutralnym.

Dla pomiaru aktywności proteolitycznej użyto czułego ale niespecyficznego testu z azokazeiną jako substratem. Zmierzone również zawartość katepsyny B, enzymu zawartego w lizosomach, zdolnego do trawienia białek

strukturalnych kłębka, jak i białek pochodzenia osoczowego znajdujących się na terenie kłębka. Okazało się, że zawartość katepsyny B była obniżona w nerkach narażonych na nadciśnienie tętnicze. Obserwacja ta nasuwa przypuszczenie, że za zmniejszoną aktywność proteolityczną kłębków odpowiada przynajmniej częściowo, zmniejszona produkcja enzymów proteolitycznych. W związku z tym, że akumulacja białek w obszarze kłębka odgrywa istotną rolę do rozwoju szkliwienia, zmniejszona zdolność do proteolizy może być dodatkowym czynnikiem nasilającym uszkodzenie kłębka nerkowego w chorobie nadciśnieniowej.

Akumulacja białek w kłębku nerkowym, zwłaszcza w rejonie mezangium, wydaje się być istotnym czynnikiem prowadzącym do uszkodzenia kłębka z jego zeszkliwieniem.

Wspólną cechą przedstawionych modeli nefropatii, była akumulacja białek kłębkowych i obniżona aktywność proteolityczna. Podsumowując, można wysunąć tezę, że obniżona aktywność proteolityczna izolowanych kłębków wywiera „przyzwalający” efekt na akumulację białek w obszarze mezangium oraz GBM, przez co nasila proces uszkodzenia kłębka nerkowego. Nie znany jest natomiast mechanizm prowadzący do deficytu aktywności proteolitycznej.

ROMAN DANIELEWICZ

Ocena gojenia rany skórnej i surowicówkowej w niewydolności nerek w warunkach doświadczalnych i w klinice

Streszczenie rozprawy doktorskiej

*Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej
Akademii Medycznej w Warszawie*

Według utartych opinii niewydolność nerek jest jednym z czynników, wpływających negatywnie na gojenie się ran, jednakże nie można tego twierdzenia uznać za jednoznacznie uzasadnione. Podobne opinie panują w odniesieniu do leczenia steroidami: także w tej kwestii nie ma pełnej zgodności.

Celem pracy jest ocena gojenia się rany skórnej i surowicówkowej w niewydolności nerek przy jednoczesnym zastosowaniu dużych dawek steroidów. Praca jest podzielona na części: eksperymentalną i kliniczną.

W pierwszym etapie części doświadczalnej w celu uzyskania populacji szczurów z niewydolnością nerek posłużyłem się własną modyfikacją modelu Morrisona, która polega na wyłączeniu funkcji 5/6 miąższu nerek. Po takim zabiegu ponad połowa zwierząt żyje kilka miesięcy z przewlekłą niewydolnością nerek. Potwierdziły to oznaczenia hematokrytu i białka ogólnego, które to parametry obniżyły się znamienne, oraz znamienne wyższe stężenie mocznika i kreatyniny. Przebieg gojenia się rany oceniałem w czterech następujących grupach: szczury z niewydolnością nerek (grupa NN – 27 szczurów), szczury z niewydolnością nerek otrzymujące steroidy (NNS – 28 szczurów), szczury otrzymujące steroidy (ZS – 26 szczurów) i grupa kontrolna zdrowych szczurów (Z), licząca 26 zwierząt. We wszystkich grupach zwierząt wykonywałem rany skóry i żołądka, a następnie badałem je w 3, 7 i 14 dobie po operacji, określając siłę rozrywającą ranę skórna, ciśnienie rozrywające żołądek, zawartość hydroksyproliny w próbce pobranej z rany skóry i żołądka oraz wykonując badania histopatologiczne (barwienia hematoksyliną i eozyną i metodą Azan).

Badania siły rozrywającej ranę wykazały opóźnienie gojenia się skóry, jakie wywiera niewydolność nerek jak i steroidoterapia, natomiast występowanie tych czynników u jednego osobnika nie potęguje ich działania. Począwszy od siódmej doby wartości siły rozrywającej są znamienne statystycznie niższe w badanych grupach (NN, NNS, ZS) niż w grupie kontrolnej. Zawartość hydroksyproliny w ranie skórnej w trakcie gojenia szybko narasta już w siódmej dobie, dorównując wartościom stwierdzonym w skórze nieuszkodzonej, a wartości te pomiędzy badanymi grupami nie różnią się zasadniczo. W obrazie histologicznym przebieg gojenia nie różni się pomiędzy grupami.

Badania wytrzymałości zranionego żołądka na ciśnienie rozrywające wykazało dużą dynamikę gojenia we wszystkich badanych grupach.

Gojenie we wczesnym okresie przebiegało we wszystkich grupach podobnie, w siódmej dobie znamienne niższą wytrzymałość stwierdziłem w grupach NNS i ZS a w 14 dobie wytrzymałość ran we wszystkich grupach była wysoka i nie różniła się znamienne. Także oznaczenia hydroksyproliny świadczą o dużej dynamice procesu gojenia (szybki powrót zawartości do spotykanej w zdrowych tkankach) i nie różnią się zasadniczo pomiędzy grupami. Obraz histologiczny preparatów z gojącego się żołądka podobnie jak w skórze nie różni się wyraźnie pomiędzy grupami – końcowym efektem gojenia w 14 dobie był obraz blizny łącznotkankowej.

W klinicznej części pracy oceniłem częstość występowania powikłań gojenia rany i powikłań infekcyjnych u chorych z niewydolnością nerek operowanych w naszej Klinice. Oceniłem chorych w trzech zasadniczych grupach: chorzy z przewlekłą niewydolnością nerek (90 chorych), chorzy z ostrą niewydolnością nerek (90 chorych) i chorzy z przewlekłą schyłkową niewydolnością nerek (psnn) nerek, leczeni hemodializami. Do tej ostatniej grupy zaliczyłem 88 chorych operowanych ze wskazań ogólnochirurgicznych, 486 chorych operowanych w celu przeszczepienia nerki, 199 chorych wymagających operacji po przeszczepieniu nerki i dodatkowo 411 chorych operowanych w celu wykonania dostępu naczyniowego do dializ.

Największą częstość powikłań w postaci zakażenia rany stwierdziłem w grupie z ostrą niewydolnością nerek (44,4%). Częste są w tej grupie także inne powikłania infekcyjne – zakażenie uogólnione wystąpiło u 44,4% chorych, zapalenie płuc u 33,3% chorych.

W grupie z przewlekłą niewydolnością nerek ropienie rany występowało u 15,5% chorych, rozejście rany operacyjnej u 8,8% a desaturacja zaspolenia u

2,2%. Najczęstszymi zakażeniami są zapalenia płuc (28,8%) i zakażenia układu moczowego (17,7%). W obu tych grupach znaczna część operacji była wykonywana doraźnie, bez dostatecznego przygotowania (odpowiednio 91,6% i 50,4% operacji), u chorych częstokroć będących w ciężkim stanie, co może stanowić wytłumaczenie dużej częstości występowania powikłań. Znacznie lepsze wyniki leczenia uzyskano w grupie chorych dializowanych, którzy najczęściej wymagają planowego zabiegu związanego z chorobami nerek własnych. Właściwe przygotowanie do operacji i postępowanie okołoperacyjne pozwoliło na obniżenie odsetka zakażenia rany do 4,5%. Inne powikłania infekcyjne także są rzadkie.

W grupie biorców przeszczepu nerki pomimo przewlekłej schyłkowej niewydolności nerek leczonej hemodializami, immunosupresji i doraźnego trybu operacji powikłania gojenia są rzadkie i w ostatnich latach częstość zakażenia rany nie przekracza 1,5% a częstość powikłań gojenia zespolenia moczowego nie przekracza obecnie 0,5%. Potrzeba leczenia operacyjnego chorych po przeszczepieniu nerki (często niewydolności przeszczepu i zwykle w czasie leczenia immunosupresyjnego) wynikała z powikłań związanych z przeszczepem. Mimo tych obciążeń częstość powikłań również nie była wysoka (ropienie rany wystąpiło u 6%, ewentracja u 2,5%). Dodatkową grupę stanowili chorzy wymagający wykonania dostępu naczyniowego do dializ. Częstość zakażenia rany nie przekracza tu 1%.

WNIOSKI

1. Niewydolność nerek opóźnia gojenie rany skóry, natomiast nie wpływa na gojenie rany surowicówkowej.

2. Steroidoterapia zwiększa podatność rany na zakażenie, opóźnia gojenie się skóry a nie wpływa na gojenie rany surowicówkowej.

3. Ocena mikroskopowa przebiegu procesu gojenia zarówno rany skórnej jak i surowicówkowej w niewydolności nerek i steroidoterapii wskazuje, że nie różni się on od obserwowanego u osobników zdrowych.

4. Operacje doraźne chorych z niewydolnością nerek są obarczone większą częstością występowania powikłań i wyższą śmiertelnością.

5. Niewydolność nerek nie stanowi przeciwwskazania do leczenia operacyjnego pod warunkiem właściwego przygotowania chorego (dializy) i postępowania w okresie okołoperacyjnym.

KRZYSZTOF KLEPACKI

Doświadczalna ocena biologicznych skutków działania broni gazowej w aspekcie sądowo - lekarskim

Streszczenie rozprawy doktorskiej

Zakład Medycyny Sądowej A.M. w Warszawie

W zwierzęcym modelu doświadczalnym oceniono obrażenia tkanki żywej w następstwie postrzałów z broni gazowej oraz badano uszkodzenia trzech różnych tkanin ubraniowych po postrzale z tejże broni.

Zwierzętami doświadczalnymi były króliki New Zealand z Termand, obojga płci, wagi około 2500 – 3500 g. Przed każdym oddaniem strzału zwierzęta wprowadzano w głębokie znieczulenie ogólne przez podanie dożylnie pentobarbitalu sodu. Strzały oddawano na wolnym powietrzu, wybierając jako miejsce postrzału górną część uda królików, a przed oddaniem strzału skóra była ostrożnie depilowana. W badaniu użyto pistoletu P-83G kaliber 9 mm PA produkcji polskiej oraz naboji gazowych WADIE-9 mm PA zawierających lakrymator CS (dwunitryl O-chlorobenzylidenomolinowy) i naboji akustycznych 9 mm PA, nie zawierających lakrymatora. Jako kontroli użyto P-83 na naboje tzw. ostre.

Łącznie oddano 51 strzałów do królików, w tym 18 nabojem gazowym i 17 nabojem akustycznym z pistoletu P-83G oraz w celach porównawczych 16 strzałów nabojem tzw. ostrym z pistoletu P-83. Przy użyciu każdego z wymienionych rodzajów naboji strzały oddawano z dwóch odległości: około 2 cm i około 15 cm. Z odległości 2 cm oddano 9 strzałów nabojem gazowym, 9 strzałów nabojem akustycznym i 8 strzałów nabojem tzw. ostrym. Z odległości 15 cm oddano 9 strzałów nabojem gazowym, 8 strzałów nabojem akustycznym i 8 strzałów nabojem tzw. ostrym.

Powstałe obrażenia postrzałowe poddano ocenie mikroskopowej na drodze klasycznej oceny sekcyjnej. W czasie sekcji pobierano równolegle materiał tkankowy z miejsca postrzału do dalszych badań histopatologicznych. Wycin-

ki przeznaczone do badań histopatologicznych utrwalano w sposób typowy w formalinie, a wykonane preparaty barwiono hematoksyliną i eozyną i oglądano w mikroskopie świetlnym. Materiał tkankowy przeznaczony do badań toksykologicznych pobierano do słoic z metanolem, a badanie przeprowadzono według metody chromatografii gazowej, podejmując próbę identyfikacji w tym materiale lakrymatora CS.

Po postrzałach nabojem gazowym i akustycznym z pistoletu P-83G obserwowano obrażenia tkanek królików w postaci ran postrzałowych oraz pól miejscowego zwięzienia skóry o różnym stopniu nasilenia, występujących przy odległości strzału około 2 cm. Przy strzałach z odległości około 15 cm po odpaleniu wymienionych rodzajów naboju w obrębie skóry występowały drobne, punktowe uszkodzenia, zawierające drobinny spalony lub niezupełnie spalony proch, układające się w obraz tzw. tatuażu prochowego. Po postrzałach nabojem tzw. ostrym stwierdzono powstawanie ran postrzałowych typowych dla danej odległości strzału i użytej broni palnej.

Przy odległości strzału wynoszącej około 2 cm zaobserwowano powstawanie typowych ran postrzałowych w 6 przypadkach postrzałów nabojem gazowym i 2 przypadkach postrzałów nabojem akustycznym. W bezpośrednim pobliżu rany wlotowej stwierdzono większe nasilenie zmian termicznych, a w kanale rany obfitszą ilość sadzy po postrzale nabojem gazowym niż tzw. ostrym. Rany powstałe w następstwie postrzałów z broni gazowej odróżniał od powstałych w wyniku postrzału z broni tzw. ostrej brak rąbka otarcia naskórka w skórze brzegów rany wlotowej. Inne cechy ran wlotowych i początkowego odcinka kanału postrzałowego były podobne w przypadku użycia obu rodzajów broni.

Znamienną cechą przy postrzałach nabojem akustycznym był charakterystyczny obraz obrażeń skóry z inkrustacją żółtymi drobinami niezupełnie spalonego prochu. Inkrustację taką zaobserwowano w 6 na 7 przypadków postrzałów nabojem akustycznym z odległości około 2 cm, nie powodujących rozerwania skóry.

Badania histopatologiczne tkanek w okolicy postrzału nabojem gazowym i akustycznym nie wykazywały znamienych różnic w obrazie mikroskopowym.

W pobranym w dłuższy czas po śmierci zwierzęcia materiale tkankowym z okolicy miejsca postrzału nabojem gazowym, bez względu na odległość strzału, nie stwierdzono obecności lakrymatora CS.

W celu poszerzenia możliwości diagnostyki klinicznej, drugim modelem doświadczalnym w podjętym badaniu były tkaniny ubraniowe: wełna, bawełna i poliamid o kolorach jasnych (białym i kremowo-białym) i o dość gęstym splocie. Strzały oddawano z tej samej broni i przy użyciu takich samych naboji jak w przypadku królików, strzelając w takich samych warunkach z amunicji gazowej, akustycznej i tzw. ostrej. Do każdego materiału oddawano po 6 strzałów poszczególną amunicją, z odległości około 2 cm, około 15 cm i około 50 cm, łącznie oddając 162 strzały, w tym po 54 strzały każdym z rodzajów naboji.

Uszkodzenia postrzałowe tkanki poddawano orientacyjnej ocenie wizualnej oraz dokładniejszej ocenie mikroskopowej i pod lupą o powiększeniu x 8.

Ocena śladów postrzału na doświadczalnych tkaninach wykazała największy stopień osmalenia po strzale nabojem gazowym. Rozerwania doświadczalnej tkaniny wełnianej i bawełnianej występowały częściej po postrzale nabojem akustycznym niż gazowym.

Przeprowadzono również badania toksykologiczne tkanin w kierunku obecności lakrymatora CS po postrzałach nabojami gazowymi, przy użyciu tej samej metody gazowej chromatografii co w przypadku zwierząt doświadczalnych. W badanych doświadczeniach stwierdzono obecność tego gazu nawet po długim okresie przechowywania.

Uwzględniając rodzaj i charakter obrażeń stwierdzonych u zwierząt doświadczalnych oraz obraz uszkodzeń powstałych w obrębie doświadczalnych tkanin po postrzale z pistoletu gazowego, odniesiono skutki takiego postrzału do potencjalnych zagrożeń, jaki może stanowić dla człowieka niewłaściwie użyta broń tego rodzaju. Stwierdzono, że strzał z pistoletu gazowego oddany z tzw. bezpośredniego pobliża w newralgiczne okolice ciała człowieka jak np. głowa lub szyja, może stanowić realne zagrożenie dla jego życia. Uwzględniając obserwowane na badanych modelach doświadczalnych skutki działania gazów wybuchowych i drobin prochu przy odległości strzału około 15 cm, nasuwa się uzasadnione przypuszczenie, że strzał z broni gazowej w tych warunkach, w niektóre nie osłonięte okolice ciała, może doprowadzić u człowieka nawet do ciężkiego kalectwa, np. w następstwie uszkodzenia gałki ocznej.

III UCZELNIANA KONFERENCJA STUDENCKIEGO TOWARZYSTWA NAUKOWEGO PRZY AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

11–12 kwietnia 1992 r.

Prolog

W dniach 11 i 12 kwietnia 1992 r. odbyła się III Uczelniana Konferencja naszego Studenckiego Towarzystwa Naukowego. Jest to zrzeszenie młodych ludzi, pogłębiających własną wiedzę i pragnących się przyczynić do rozwoju wiedzy świata: dokonać, co się da, już teraz, i przysposobić się do wejścia w szranki w perspektywie. Do tych młodych ludzi należy przyszłość i dlatego poprzez streszczenia wygłoszonych prac przedstawiam ich nazwiska społeczności Akademii Medycznej.

Stąpając mocno po ziemi,

Konferencję zorganizowali młodzieńcy, Państwo: Ewa Filipowicz, Ewa Filipp, Anna Kulińska, Grzegorz Ostrowski, Piotr Socha, Krzysztof Mlosek, Tomasz Niewiarowski, Cezary Wójcik, Janusz Anusik i Maciej Siński, ale nieba przychyłili im sponsorzy:

- International Publishing Service, przedstawicielstwo w Warszawie,
- Firma Philips, przedstawicielstwo w Warszawie,
- „Pfizer Corporation” – Oddział w Warszawie,
- „Bio-Merieux S.A.” – przedstawicielstwo w Polsce: Arcus, Sp. z o.o.,
- Polskie Towarzystwo Lekarskie, Oddział w Warszawie.

MATERIAŁY KOFERENCJI

Krystyna Mancewicz, Mery Topolska, Krystyna Żelazowska

Ocena łuków zębowych u dzieci z tyłozgryzami w okresie uzębienia mlecznego

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Ortodoncji A.M. w Warszawie

Opiekun Koła: dr n.med. B. Piekarczyk

Opiekunowie Pracy: E. Biedrzycka, M. Zadurska

Celem pracy była ocena wymiarów łuków zębowych w przypadkach wad zgryzu z grupy tyłozgryzów u dzieci z uzębieniem mlecznym. Na modelach gipsowych 30 pacjentów w wieku od 3 do 6 lat zmierzono szerokość i długość łuków zębowych oraz głębokość podniebienia. Określono wskaźnik łuku zębowego oraz wskaźnik podniebienia dla każdego pacjenta. Otrzymane wyniki porównano z grupą kontrolną (dzieci w tym samym wieku ze zgryzem prawidłowym). Rezultaty tych badań przedstawiono w tabelach.

Wnikliwa analiza pomiarów wykazała zwiężenie górnego i dolnego łuku zębowego, skrócenie dolnego łuku oraz obniżenie wartości wskaźnika łuku zębowego, a podwyższenie wartości wskaźnika podniebienia u dzieci z tyłozgryzami w porównaniu z grupą kontrolną, bez wady zgryzu.

Wyniki naszych badań potwierdzają potrzebę uwzględniania w planowaniu leczenia tyłozgryzów w okresie uzębienia mlecznego, rozszerzenia górnego łuku i przywrócenia prawidłowej długości dolnego łuku zębowego.

Dorota Pietrzak, Agata Szafirowska

Analiza postaw i cech stomatologów w ocenie własnej, ocenie pacjentów i studentów – na podstawie ankiety WHO „Dentists Attributes”

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Protetyki Stom. A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. E. Spiechowicz

Opiekun pracy: dr n.med. K. Rusiniak-Kubik.

Konieczność poddania się leczeniu stomatologicznemu i kontakt z lekarzem może wyzwalać u pacjenta różnorodne, przykre reakcje emocjonalne,

zaniepokojenie i lęk. Wytwarza się dla pacjenta trudna sytuacja psychologiczna wyboru między dwiema sprzecznymi tendencjami – dążeniem do leczenia (aby polepszyć wygląd lub pozbyć się bólu) przy równoczesnej chęci jego uniknięcia i uruchomieniu mechanizmów ucieczki. Cechy stomatologa, które z punktu widzenia pacjenta są najkorzystniejsze i najmniej korzystne dla rozwiązania tego problemu, są nie zawsze zbieżne z oceną własną lekarzy.

Celem badań było poznanie oczekiwań pacjentów w zakresie kontaktu i formy oddziaływania między lekarzem i pacjentem, przez wypunktowanie cech jakimi powinien się charakteryzować stomatolog. Starano się określić różnice pomiędzy oceną pacjentów a oceną własną lekarzy. Oceniane było też podejście lekarza do problemu higieny jamy ustnej i higieny protez.

Podstawą analizy była ankieta oparta na ankiecie WHO („Dentists Attributes”). Wyniki badań opracowano statystycznie zależnie od płci, wieku, wykształcenia, grupy zawodowej i kliniki, w jakiej leczył się ankietowany.

**Nela Brodzikowska, Monika Bujakowska,
Elżbieta Kuźnicka, Dorota Pietrzak**

Stan uzębienia, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej oraz uzupełnień protezowych u osób starszych.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej
A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu; Prof. dr hab. M. Wierzbicka

Opiekun Pracy: Dr n.med. R. Górka

Celem pracy była ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia oraz nasilenia próchnicy u pacjentów po 65 roku życia, z uwzględnieniem potrzeb leczenia stomatologicznego.

Stwierdzono liczne jednostki chorobowe o rozkładzie procentowym odmiennym od występującego w innych grupach wieku. Zbadano 60 osób w wieku od 65 do 99 lat (średnia wieku wyniosła 82 lata). U 71% stwierdzono drożdżakowe zapalenie jamy ustnej, które najczęściej występowało u kobiet po 85 roku życia (25% ogółu). Obok jednostek chorobowych takich jak leukoplakia u 8,3% badanych, stomatodinia u 8,3%, choroba Delbanco u 10%, język pofałdowany u 11,7%, na uwagę zasługują liczne przypadki zapalenia

kąćników ust zaobserwowane u 25% badanych. Można je powiązać z wysokim odsetkiem drożdżakowego zapalenia jamy ustnej, oraz z bardzo częstą koniecznością leczenia protetycznego. W grupie badanej ponad 63% to osoby wymagające uzupełnień protetycznych (w większości przypadki nieleczonego bezzębia). Potrzeba leczenia chirurgicznego (u 26,7%) i zachowawczego (u 21,7%) jest również bardzo częsta.

Wiek chorego nie może stanowić przeszkody dla podjęcia decyzji wykonania potrzebnych zabiegów leczniczych, jak również nie upoważnia lekarza do odrzucania leczenia. To właśnie skłoniło nas do zajęcia się zagadnieniem geriatry w stomatologii, na który to temat ciągle niewiele można dowiedzieć się z fachowej literatury krajowej.

Robert Mlosek, K. Markiewicz, D. Szostak, J. Anusik.

Wartość badań eksperymentalnych za pomocą ultrasonografii i magnetycznego rezonansu jądrowego w diagnostyce procesów chorobowych przyzębia.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Radiologii Stomatologicznej i
Szczękowo-Twarzowej A.M. a Warszawie.
Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. K. Mlosek
Opiekun pracy: Dr nauk med. H. Markiewicz

W piśmiennictwie podkreśla się, że ze względu na częstość występowania procesy chorobowe przyzębia są chorobą społeczną oraz stanowią zasadniczą przyczynę utraty zębów. Rozpoznanie oraz ustalenie dynamiki i zasięgu zmian nie tylko w strukturach kostnych lecz również w częściach miękkich ma ważne znaczenie w postępowaniu leczniczym.

Badania rentgenowskie są od wielu lat uznawaną metodą rozpoznawania zmian w strukturach kostnych przyzębia, nie ma natomiast obiektywnych radiologicznych metod oceny współistniejących zazwyczaj zmian w częściach miękkich.

Celem pracy jest przede wszystkim przedstawienie metody badania części miękkich przyzębia za pomocą ultrasonografii (USG) oraz magnetycznego rezonansu jądrowego (MR).

Badania przypadków klinicznych zostały poprzedzone badaniami eksperymentalnymi preparatów anatomicznych żuchwy i struktur mięśniowych, w których umieszczono skalibrowane części kostne i mikrozbiorniki treści płynnej lub kuleczki tłuszczu. Przedstawiono metodykę badania w tym również za pomocą aparatów USG Hitachi EUB, Toshiba z zastosowaniem sond o małych okienkach akustycznych i aparatu MR Resonex RX 5000 HP.

Udowodniono przydatność tych technik do rozpoznawania w warunkach eksperymentów różnych struktur i ciał w obrębie części miękkich oraz określono granice rozdzielczości metody w materiale imitującym badanie przypadków klinicznych.

Udowodniono w sposób autentycznie odkrywczy przydatność kliniczną metod do oceny przypadków zaawansowanych zmian w częściach miękkich przyzębia, w przebiegu których dochodzi do procesów rozrostowych i przerostowych.

Marcin Wiśniewski

Naczyniaki szczęk i twarzy

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej A.M. w Warszawie

Kierownik I Katedry: prof. dr hab. med. L. Kryst

Kierownik II Katedry: prof. dr hab. J. Piekarczyk

Opiekun Koła: prof. dr hab. J. Piekarczyk

Praca została oparta na 5-letnim materiale Kliniki Chirurgii Szczękowej A.M. w Warszawie. W okresie tym diagnozowano i leczono 53 chorych z naczyniakami twarzy i jamy ustnej. Wiek chorych wahał się od 9–73 lat, w tym 20 mężczyzn i 33 kobiety. Rozpoznanie zostało ustalone na podstawie biopsji guza lub innych badań np. angiografii. Rozpoznano: w 11 przypadkach naczyniaka prostego, w 19 – naczyniaka jamistego, w 1 – przetokę tętniczo-żylną i w 3 przypadkach naczyniaka limfatycznego.

Najczęściej naczyniaki były zlokalizowane w obrębie policzków, warg i języka. Wszystkich chorych leczono chirurgicznie. Wybór metod zależał od rozległości guza i jego lokalizacji. Najlepsze wyniki osiągnięto stosując me-

tość krioaplikacji guza. Powikłania wystąpiły u około 30% leczonych chorych. Powikłaniami wczesnymi w 6 przypadkach były krwawienia. W grupie powikłań późnych najczęściej odnotowano zaburzenia wzrostu tkanek twarzy (9 przypadków), i zaburzenia twarzowo-szczękowo-zgrzyzowe (11 przypadków).

**A. Goliński, I. Jędrzejcka, E. Misalska, M. Siwkiewicz,
I. Perendyk, A. Śmagacz, M. Wieczorek**

**Ocena wpływu leków przyjmowanych przez matkę w okresie ciąży
na termin pierwszego ząbkowania u dzieci**

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Dziecięcej
A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. M. Springer – Nodzak
Opiekun Koła: lek. stom. D. Stańczak – Sionek

W pracy wykorzystano dane z badań epidemiologicznych realizowanych w latach 1988/89 w ramach resortowego tematu badacza M2 XI/13, obejmujących dzieci do trzeciego roku życia, w tym 540 dziewcząt i 540 chłopców. Analizowano zawarte w kartach informacje, dotyczące przyjmowania przez matki w okresie ciąży niektórych preparatów i leków oraz terminów rozpoczęcia pierwszego ząbkowania u ich dzieci, z uwzględnieniem płci.

Stwierdzono, że związki fluoru przyjmowane przez matki w okresie ciąży wpływają na skrócenie procesu pierwszego ząbkowania u dzieci. Preparaty żelaza, przyjmowane w okresie ciąży, nie wpływają istotnie na średni termin początku pierwszego ząbkowania u dzieci. Zaobserwowano natomiast liczniejsze zęby wrodzone i noworodkowe u dzieci tych matek. Dzieci matek, przyjmujących antybiotyki w okresie ciąży zaczynają ząbkować w przeciętnych terminach, z tym, że u dziewczynek zaznacza się tendencja do przedwczesnego ząbkowania.

U dzieci matek, przyjmujących w okresie ciąży preparaty hormonalne, w grupie chłopców zauważono tendencję do późniejszego rozpoczęcia pierwszego ząbkowania.

**Beata Czeluśniak, Katarzyna Domańska,
Tomasz Lewandowski, Beata Pieczara**

Czynność fagocytarzna granulocytów obojętnochłonnych oceniana za pomocą testu redukcji błękitu nitrotetrazoliowego w różnych chorobach hematologicznych.

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Hematologii A.M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Z. Kuratowska
Opiekun pracy: Dr med. M. Rokicka-Piotrowicz

Błękit nitrotetrazoliowy, NBT, jest to rozpuszczalny w wodzie barwnik, który po wchłonięciu do fagosomu ulega wewnątrzkomórkowej redukcji do formazanu pod wpływem powstających w komórce nukleotydów pirydynowych NADH i NADPH. Redukcja informuje o zdolności komórki do fagocytozy, która jest ukierunkowana aktywnością przemian w cyklu oksydoredukcyjnym fagocyta. Redukcja NBT odbywa się głównie w granulocytach o jądrze podzielonym. W stanach prawidłowych (grupa kontrolna) odsetek granulocytów ze złożem wynosi średnio około 10% (z 200 policzonych granulocytów).

Wstępne wyniki badania testu NBT wskazują na zaburzenia aktywności fagocytarnej granulocytów o jądrze podzielonym w chorobach nowotworowych układu odpornościowego oraz pierwotnych chorobach nowotworowych komórki macierzystej.

Dodatkowo nieprawidłowa czynność granulocytów wpływa ujemnie na stosowane leczenie cytotatyczne.

Beata Czeluśniak, Grzegorz Ostrowski

Biopsja nerki w materiale Kliniki Chorób Wewnętrznych w latach 1984–1991.

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewn. A.M. w Warszawie.
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. K. Ostrowski
Opiekunowie pracy: Dr med. Z. Billip-Tomecka, dr med. R. Gellert

Analizowano wyniki 510 biopsji nerki (grupa A: 42 wyłącznie po lokalizacji ultrasonograficznej dolnego bieguna lewej nerki; grupa B: 468 w czasie

wizualizacji nerki metodą fluoroskopową) wykonanych w latach 1984–1991 w Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie. W badanej grupie było 241 mężczyzn i 269 kobiet (A: 24 mężczyzn, 18 kobiet; B: 237 mężczyzn, 231 kobiet) a jednoznacznie ustalono w 437 przypadkach (212 mężczyzn, 225 kobiet) – w grupie A w 35 przypadkach i w grupie B w 402 przypadkach. Biopsja ujawniła najczęściej przewlekłe kłębkowe mesangialne rozplamowe zapalenie nerek, u 287 osób (148 mężczyzn, 137 kobiet), na drugim miejscu – przewlekłe kłębkowe mezangialno-włośniczkowe zapalenie nerek, u 88 osób (147 mężczyzn, 41 kobiet), na trzecim amyloidozę, występujące u 23 osób (15 mężczyzn, 8 kobiet). Inne rozpoznania, jak błoniaste kłębkowe zapalenie nerek, ostre kłębkowe zapalenie nerek, lupus erythematosus, scleroderma diffusa, nefropatia cukrzycowa, kłębkowe zapalenie nerek w przebiegu periarteritis nodosa, nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 31 osób. W 8 przypadkach zmian kłębkowych nie stwierdzono. U osób starszych stwierdzono spadek częstości zapaleń kłębkowych mesangialnych, wzrost częstości innych rozpoznań, zwłaszcza glomerulopatii wtórnych, oraz spadek odsetka biopsji diagnostycznych.

Anna Kulińska

Stężenie Na⁺ w osoczu jako czynnik zagrożenia powikłaniami w czasie dializy

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewnętrznych
A.M. w Warszawie

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. K. Ostrowski

Opiekun pracy: Dr n. med. R. Gellert

Oceniano zależność między stężeniem Na⁺ w osoczu pacjentów przed dializą a częstością powikłań w czasie dializy u 37 chorych (12 kobiet i 25 mężczyzn).

Powikłania: bóle głowy, kurcze mięśni, spadek ciśnienia poniżej 90/60 mmHg, nudności i wymioty pojawiły się u 36 pacjentów.

Wyróżniono dwie grupy:

Pierwsza CP₁ – powikłania wystąpiły w mniej niż 6% dializ (80% badanych)

Druga PC₂ – powikłania wystąpiły w więcej niż 6% dializ (20% badanych). Średnia stężenia Na⁺ w grupie CP₁ przed dializą wynosiła 138,4 (128–148)mEq/l, mediana 139 mEq/l, a w grupie CP₂ 136,1 (130–142)mEq/l, mediana 136 mEq/l (p<0,001).

Stwierdzenie stężenia Na⁺ poniżej 135 mEq/l zwiększało szansę wystąpienia dializy powikłanej a stężenie Na⁺ powyżej 139 mEq/l predysponowało do niepowikłanego przebiegu dializy.

Stężenie Na⁺ poniżej 135 mEq/l i powyżej 139 mEq/l pozwala na trafną ocenę z 78% prawdopodobieństwem wystąpienia częstych lub rzadkich powikłań w czasie dializy.

Wartość Na⁺ między 135 i 139 mEq/l nie pozwalały na ocenę prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań w czasie dializy.

Małgorzata Dębowska, Ewa Filipowicz, Ewa Sędkiewicz

Zmiany długości odstępu QT u pacjentów przewlekle dializowanych

Studenckie Koło Naukowe przy I Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w
Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. K. Ostrowski
Opiekun Koła: dr A Wardyn

Celem pracy była retrospektywna ocena zmian czasu trwania odstępu QT u pacjentów przewlekle dializowanych. Przy porównywaniu posługiwano się odstępem QT, tzw. odstępem QTc skorygowanym według wzoru Bezetta.

Badania przeprowadzono na grupie 53 pacjentów przewlekle dializowanych. U 39 osób (74%) stwierdzono wydłużenie odstępu QTc. Pomiar EKG były wykonywane każdorazowo po zakończeniu hemodializy, w pozycji leżącej.

Oceniano częstość zmian długości odstępu QTc w zależności od wieku chorego, czasu prowadzenia hemodializ, współistnienia choroby niedokrwiennej serca, zaburzeń rytmu, hiperlipidemii, nadciśnienia oraz cukrzycy.

W grupie osób z wydłużeniem odstępu ATc (39 osób) 77% było powyżej 35 roku życia. 33% miało cechy choroby niedokrwiennej serca ujawnione w badaniu EKG oraz w wywiadzie. Zaburzenia rytmu stwierdzono u 34%. U

13% stwierdzono cukrzycę, zaś hiperlipoproteinemię u 38%. Nadciśnienie występowało u 69%.

W grupie chorych przewlekle dializowanych, bez wydłużenia odstępu QTc (14 osób), powyżej 35 roku życia było 43%. U 14% ujawniono chorobę niedokrwienną serca, zaburzenia rytmu stwierdzono u 35%, cukrzycę u 7%, hiperlipoproteinemię u 36%, zaś nadciśnienie u 64%.

Stwierdzono wyraźnie częstsze wydłużenie odstępu QTc u osób powyżej 35 r. życia. W grupie badanych z wydłużeniem odstępu QTc częściej występowała choroba wieńcowa, cukrzyca i zaburzenia rytmu.

Małgorzata Dębowska, Ewa Filipowicz, Ewa Sędkiewicz

Zaburzenia echokardiograficzne u pacjentów przewlekle dializowanych.

Studenckie Koło Naukowe przy I Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w
Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. K. Ostrowski

Opiekun Koła: dr A. Wardyn

Celem pracy była retrospektywna ocena badań echokardiograficznych u pacjentów przewlekle dializowanych.

Badania przeprowadzono na grupie 24 osób, u których wykonano badanie echokardiograficzne.

U 17 pacjentów (71% badanych) obserwowano powiększenie lewej komory serca. Oceniano korelację powiększenia LK ze współistniejącą chorobą niedokrwienną serca, niedomykalnością zastawki dwudzielnej, nadciśnieniem tętniczym, okresem trwania hemodializ i przebytym zapaleniem wsierdza.

W grupie osób z powiększeniem lewej komory stwierdzono u 35% chorobę niedokrwienną serca w EKG i w wywiadach. U 47% stwierdzono fałę zwrotną zastawki mitralnej.

U 29% wystąpiła niedomykalność zastawki mitralnej. Zapalenie wsierdza przeżyło 6% pacjentów, cechy hipokinezy stwierdzono u 18% chorych. U 64% występowało nadciśnienie.

W grupie bez powiększenia LK (29%) chorobę niedokrwienną serca stwierdzono u 29%, fałd zwrotną mitralną – u 12%, niedomykalność mitralną u 12%. U 75% występowało nadciśnienie. Nie stwierdzono cech hipokinezy ani też wystąpienia zapalenia wsierdza.

U pacjentów z powiększeniem LK znamienne częściej obserwowano cechy wady mitralnej jak również zaburzenia kurczliwości (hipokinezę).

**Krzysztof Camlet, Tomasz Kulawik, Grzegorz Welk,
Beata Zdun, Fouz Yoosuf**

**Czy leczenie fibrynolityczne wpływa na komorowe zaburzenia rytmu
w zawale serca?**

Studenckie Koło Naukowe
przy Katedrze I Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego
A. M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. J. Kuch
Opiekun pracy: Dr n. med. J. Król

Leczenia fibrynolityczne jest współcześnie uważane za jedną z podstawowych metod postępowania w zawale serca (ZS). Ma ono jednak wiele potencjalnych działań ubocznych. Oprócz powikłań krwotocznych często podkreśla się możliwość wystąpienia groźnych dla życia komorowych zaburzeń rytmu (KZR) związanych z reperfuzją niedokrwionej tkanki. Celem pracy jest ocena, czy chorzy leczeni fibrynolitycznie mają rzeczywiście więcej KZR niż leczeni zachowawczo. Zbadano retrospektywnie 32 chorych (25 mężczyzn i 7 kobiet) w wieku 39–74 lat (średnia 56 lat) w pierwszej dobie ZS leczonych w OIOK. Leczenia fibrynolityczne stosowano u 13 chorych. KZR oceniano wg klasyfikacji Lowna i Wolfa na podstawie kart kontrolnych prowadzonych przy monitorowaniu. W grupie leczonej fibrynolitycznie u wszystkich chorych stwierdzono występowanie KZR. Złożone arytmie klas 4a i 4b stwierdzono aż u 10 z nich. W drugiej grupie nie leczonej fibrynolitycznie KZR występowały u 9 chorych i były one sporadyczne – klas 1 i 2 wg Lowna i Wolfa.

Chociaż KZR stanowią zagrożenia życia, to w warunkach OIOK mogą być szybko i skutecznie leczone i nie wpływają na rokowanie w ostrej fazie ZS. Na podstawie piśmiennictwa wiadomo, że są one dowodem skutecznej reper-fuzji. Dalsze badania, na większej grupie chorych, pozwolą na statystyczną ocenę wyników.

Anna Pfejfer, Mirosław Skwarek, Małgorzata Wrocławska

Ostra niewydolność nerek w materiale Kliniki Chorób Wewnętrznych w latach 1985–1991

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. K. Ostrowski

Opiekun SKN: dr med. A. Wardyn

W badaniach retrospektywnych przeanalizowano 8000 historii chorób pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych w latach 1985–1991. W 231 przypadkach u chorych rozpoznano ostrą niewydolność nerek. W grupie tej było 139 mężczyzn, którzy stanowili 60,2% (średnia wieku 55 lat) i 92 kobiety (39,8% – średnia wieku 70,8).

Celem naszej pracy było prześledzenie mechanizmów prowadzących do ostrej niewydolności nerek w zależności od wieku i płci oraz analiza konieczności dializoterapii i form zejścia choroby.

Wśród kobiet najczęstsza była przednerkowa niewydolność nerek (77,2%), która występowała zwłaszcza w grupie pacjentek powyżej 60 roku życia i w 60% przypadków poprzedzała zgon.

Średnia wieku mężczyzn, u których stwierdzono ostrą niewydolność nerek, była znacznie niższa niż u kobiet, na co miała wpływ liczna grupa pacjentów poniżej 60 roku życia z ostrą niewydolnością nerek pochodzenia nerkowego (33,7%). Ten typ niewydolności najczęściej, bo aż w 77,8%, wymagał dializoterapii.

Pozanerkowa ostra niewydolność nerek występowała stosunkowo rzadko tak u kobiet, jak u mężczyzn i poprawa warunków odpływu moczu była w większości przypadków postępowaniem wystarczającym do polepszenia czynności wydalniczej nerek i normalizacji parametrów ich wydolności.

**Anna Pfejfer, Mirosław Skwarek,
Małgorzata Wrocławska**

Układ moczowy mężczyzn z rozrostem gruczołu krokowego

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewnętrznych
A. M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: Chorób Wewnętrznych
prof. dr hab. med. K. Ostrowski
Opiekun: dr med. A. Wardyn

Na poprzedniej konferencji STN (1991) przedstawiliśmy pracę pod tytułem „Choroby nerek i układu moczowego u osób w podeszłym wieku”, w której zwróciliśmy uwagę na znaczne różnice w występowaniu stanów patologicznych układu moczowego u mężczyzn i u kobiet. W tym roku podjęliśmy próbę odpowiedzi na pytanie o wpływ rozrostu gruczołu krokowego na stan układu moczowego.

Zajęliśmy się trzema podstawowymi stanami patologicznymi: przewlekłą niewydolnością nerek, zakażeniami układu moczowego i kamicą układu moczowego w trzech grupach chorych w wieku 60 a 85 rokiem życia, hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych w latach 1985–1990:

- 299 pacjentów z rozpoznaniem rozrostem gruczołu krokowego:
- 62 pacjentów, u których w przeszłości została wykonana resekcja gruczołu krokowego:
- 118 pacjentów, u których nie stwierdzono rozrostu gruczołu krokowego.

Zaobserwowaliśmy większą częstotliwość występowania przewlekłej niewydolności nerek, zakażeń układu moczowego i kamicy układu moczowego u chorych z rozpoznaniem rozrostem gruczołu krokowego, niż w grupie bez rozrostu.

Resekcja gruczołu krokowego w przeszłości zmniejszała tendencję do zakażeń układu moczowego, lecz nie miała wpływu na poprawę czynności nerek, co sugerowałoby nieodwracalność procesów uszkadzających nerki zachodzących w czasie długotrwałego utrudnienia odpływu moczu.

**Joanna Hermanowicz,
Bartosz Salamon**

**„Wpływ kalcytoniny
na reaktywność limfocytów
ocenianą testem radialnej segmentacji jąder komórkowych
u kobiet ciężarnych zdrowych
i z cukrzycą insulino-zależną”**

Studenckie Koło Naukowe
przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych
i Hematologii A. M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. A. Polubiec
Opiekun Koła: Dr med. R. Starzyńska

Ciąża w przebiegu cukrzycy jest stałym przedmiotem zainteresowania zarówno diabetologów jak położników. Zmiany immunologiczne warunkowane ciążą nakładają się na typowe dla cukrzycy zaburzenia odporności.

Celem pracy było porównanie radialnej segmentacji jąder limfocytów (RSL) w grupie zdrowych kobiet w ciąży z grupą kobiet ciężarnych chorych na cukrzycę insulino-zależną.

Zjawisko RSL polega na zmianie kształtu jąder limfocytów krwi obwodowej, wyrażającej się ich segmentacją. RSL wywołano poprzez inkubację krwi z mieszaniną roztworów szczawianu potasowego i amonowego. Oceniano wpływ preinkubacji z kalcytoniną na reaktywność RSL.

Stwierdzono, że reaktywność RSL w ciąży u kobiet zdrowych wynosiła 26,83– 9,18% i nie różniła się od reaktywności u ciężarnych z cukrzycą insulino-zależną, która wynosiła 27,92– 11,84% ($p < 0,05$). Zaobserwowano istotną różnicę między wpływem kalcytoniny na RSL u zdrowych ciężarnych (21,91– 6,81%) oraz u ciężarnych z cukrzycą insulino-zależną (28,21– 11,11%) ($p < 0,05$). Świadczy to o tym, że droga wapniowa pobudzania limfocytów w porównanych grupach jest odmienna.

Dyskutuje się możliwość wpływu przestrojenia immunologicznego w ciąży na ryzyko wystąpienia późnych powikłań naczyniowych w cukrzycy.

**Monika Tchorzewska, Bartosz Symonides,
Andrzej Januszewicz, Mariusz Łapiński**

Zmiany hormonalne w nadciśnieniu naczyniowo-nerkowym

Koło Naukowe
przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Naczyń,
A. M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. W. Januszewicz
Opiekun Koła: dr M. Łapiński

Celem pracy było zbadanie wpływu wysokiej reninemii na stężenie przed-sionkowego peptydu natriuretycznego u chorych z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym.

Badaniami objęto 13 pacjentów (10 kobiet, 3 mężczyzn), w wieku od 20 do 64 lat, z nadciśnieniem tętniczym i podejrzeniem zwężenia tętnicy nerkowej. W wyniku postępowania diagnostycznego nadciśnienie naczyniowo-nerkowe rozpoznano u 7 chorych (6 kobiet i 1 mężczyzna) natomiast u 6 (4 kobiet i 2 mężczyzn) wyłączono to podejrzenie.

Metodyka: U chorych w warunkach szpitalnych wykonano arteriografię tętnic nerkowych i cewnikowanie żył nerkowych. W czasie badania pobierano krew na oznaczenie aktywności reninowej osocza (ARO), stężenie we krwi przed-sionkowego peptydu natriuretycznego (ANP) w lewej i prawej żyły nerkowej, żyły głównej dolnej oraz w aorcie. ANP i ARO oznaczono metodą radioimmunologiczną.

Wyniki: Stwierdzono istotnie większą aktywność reninową osocza w żyły nerki zaopatrywanej przez zwężoną tętnicę (43 ng/ml/h) w porównaniu do nerki z niezwężoną tętnicą (19,9 ng/ml/h). Nie obserwowano natomiast lateralizacji w stężeniu ANP w krwi żyłnej pobranej z obu nerek (odpowiednio: 16,2 pg/ml i 20,5 pg/ml). Nie obserwowano również różnic w stężeniach ANP w krwi żyłnej pomiędzy badanymi z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym a grupą bez nadciśnienia naczyniowo-nerkowego.

Wniosek: Na stężenie przed-sionkowego peptydu natriuretycznego nie ma wpływu wysoka aktywność reninowa osocza uwalniana w niedokrwionej nerce.

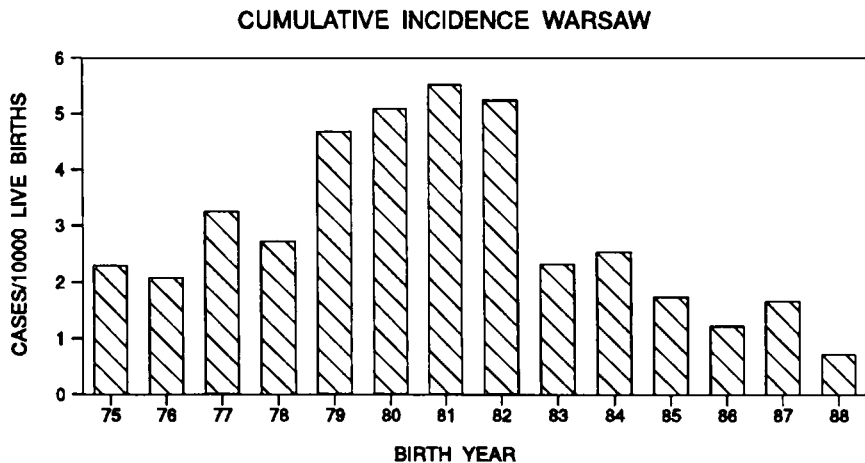
Piotr Dziechciarz, Renata Linke

Dynamika zapadalności na celiakię u dzieci woj. warszawskiego w latach 1975–89.

Studenckie Pediatriczne Koło Naukowe przy Klinice Gastroenterologii i Żywienia Dzieci A.M. w Warszawie
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. T. Zalewski
Opiekun pracy: doc. dr hab. A. Radzikowski

Badania zostały wykonane w ramach Programu ESPGAN (European Society of Pediatricians, Gastroenterologists and Nutritionists) nad epidemiologią celiakii, obejmującego około 30 ośrodków europejskich. W przedstawionej pracy retrospektywnie przeanalizowano przypadki celiakii na terenie Warszawy i woj. warszawskiego, biorąc pod uwagę tylko te dzieci, które spełniały kryteria ESPGAN. W efekcie do badań włączono 159 dzieci w wieku od 0 do 15 lat, zdiagnozowanych w latach 1975–89.

Wyniki naszych badań najlepiej ilustruje ryc. 1. Analizując dane można zaobserwować, że pod koniec lat 70. wystąpił spadek zapadalności na celiakię, sięgając w 1976 r. 2,3 przypadku/10000 żywo urodzonych. Następujący po nim wzrost wskaźnika zapadalności, sięgający w 1981r. 5,5 przypadku/10000



Ryc. 1

żywo urodzonych można tłumaczyć większą świadomością i wyczuleniem rodziców oraz środowiska lekarskiego na objawy celiakii. Jak sądzimy, niebagatelną rolę we wzroście wykrywalności odegrało również wprowadzenie pod koniec lat 70-tych przywilejów socjalnych dla dzieci z udokumentowaną chorobą trzewną (wyższe normy kartkowe, specjalne stoiska z żywnością bezglutenową dla tych dzieci). Wprowadzenie w 1983r. do diagnostyki celiakii testu na przeciwciała antyendomysialne w klasie IgA (IgA-EmA) paradoksalnie nie zwiększyło – a nawet wydaje się, że zmniejszyło – rejestrację nowych przypadków. Wskaźnik zapadalności w latach 1983–87 oscylował między 2,5 a 1,3 przyp./10000 żywo urodzonych. Przyczyną tego faktu wydaje się być unikanie pełnej diagnostyki (kryteria ESPGAN) przez dzieci z chorobą rozpoznaną testem IgA-EmA.

94% badanej grupy stanowiły przypadki „klasycznej”, wczesnoobjawowej celiakii (early onset coeliac disease), co wynikało z nadal niskiego odsetka dzieci karmionych piersią po 3 miesiącu życia oraz z wczesnego wprowadzenia glutenu do diety.

W momencie rozpoznania średni stan odżywiania tych dzieci wyniósł 86% i nie różnił się znamienne od normy ($p < 0,05$). U 70% dzieci stwierdzono prawidłowy lub nadmierny stan odżywienia, co wskazuje na wczesną wykrywalność celiakii wynikającą z wyczulenia diagnostycznego na tę chorobę.

A. Radzikowski, M. Walewska, W. Feleszko

Stan układu kostnego w celiakii młodych dorosłych

Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Gastroenterologii Dziecięcej
A.M. w Warszawie
Opiekun Koła: doc. dr hab. A. Radzikowski
Opiekun pracy: doc. dr hab. A. Radzikowski

W celiakii dziecięcej osteomalacja albo osteoporoza są objawami nieprzestrzegania diety bezglutenowej. Stosowanie diety powoduje odnowę kości.

Nie było jednak dotąd jasne, co dzieje się w układzie kostnym chorych, którzy przez dłuższy czas zaniedbywali dietę. To właśnie było tematem niniejszej pracy. Zbadano dwie grupy chorych: I „Celiakia w remisji” – 7 osób (2 kobiety, 3 mężczyzn) i II „celiakia aktywna-zaniedbana” – 13 osób (10 kobiet, 3 mężczyzn).

U każdego z badanych dokonano pomiarów wysokości i masy. Oceniano układ kostny ręki lewej na rentgenogramach.

W grupie I stwierdzono prawidłową średnią wysokość ($-0,23-1,13$, $p<0,05$), prawidłowy stan odżywienia (wsk. Cole’a $-85-90\%$), szerokość trzonu II kości śródreżca odpowiadała normie, natomiast stwierdzono zgrubienie kory – CT ($+1,46\pm 0,24$, $p<0,001$) w stosunku do grubości kości – BT. Wskaźnik osteoporozy CT/BT x 100% wynosi $+1,36\pm 0,76$, $p<0,001$. W 4/7 przypadków stwierdzono opóźnienie wieku kostnego o 15–25%.

W grupie II wyniki badań wykazały prawidłową średnią wysokość ($+0,1\pm 0,79$, $p<0,05$), w 3/13 upośledzenie stanu odżywienia mierne). Szerokość trzonu kości – BT ($+0,0\pm 1,62$, $p<0,05$) odpowiadała normie, występowało wyraźne zgrubienie kory – CT ($1,17\pm 1,57$, $p<0,05$), odpowiednie zmniejszenie szerokości jamy szpikowej – MD ($-1,12\pm 1,8$, $p<0,05$).

Wnioski: Osteomalacja i osteoporoza nie są typowe dla celiakii młodych dorosłych. Opóźnienie wieku kostnego (o 10–30% w stosunku do wieku chronologicznego) oraz zcieńczenie warstwy korowej kości – CT ($+1,17\pm 1,57$, $p<0,05$) są wynikiem działania mechanizmu kompensacyjnego i są typowe dla chorych nieprzestrzegających diety bezglutenowej.

Piotr Janik

Aktywność izoenzymów transaminazy asparaginianowej w dystrofii Duchenne’a

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Neurologicznej A.M. w Warszawie
Kierownik Kliniki Neurologicznej: Prof. nadzw. dr hab. H. Kwieciński
Opiekun pracy: Doc. dr hab. I. Niebrój-Dobosz

Aktywność izoenzymów cytoplazmatycznego (cAAT9) i mitochondrialnego (mAAT) transaminazy asparaginianowej zmierzono u 20 pacjentów z

postępującą dystrofią mięśniową Duchenne'a (DD), 7 nosicielek dystroficznego genu, 19 chorych z innymi schorzeniami mięśniowymi (grupa kontrolna), 20 zdrowych osobników. Aktywność cAAT była podwyższona w 85% przypadków z DD i występowała we wczesnym stadium choroby. Wysokie wartości cAAT nie były specyficzne dla DD, ponieważ stwierdzono je także u kilku chorych z innymi pierwotnymi miopatiami. Aktywność mAAT była podwyższona w 30% przypadków DD. Zmiana ta występowała zazwyczaj w późniejszym stadium choroby. Zwiększone wartości mAAT stwierdzono także u 3 z 8 badanych chorych z typami dystrofii mięśniowej innymi niż DD. Po dodaniu fosforanu pirydoksalu aktywność cAAT u 55% chorych z DD była hamowana bądź niezmieniona zamiast spodziewanej normalnie aktywacji. Aktywacja mAAT w obecności fosforanu pirydoksalu w DD, u nosicielek tej choroby, w grupie kontrolnej była prawidłowa. Aktywność mAAT może odzwierciedlać dynamikę procesu chorobowego w DD, ale oznaczenie aktywności tego izoenzymu nie jest przydatne w wykrywaniu nosicielstwa DD.

Krzysztof Maj

Stężenia wapnia fosforanu i magnezu w surowicy w wybranych stanach patologicznych ciąży

Studenckie Koło Naukowe przy II Katedrze Położnictwa i Ginekologii
A.M. w Warszawie

Kierownik Katedry: Prof. dr hab. med. J. Kuczyńska-Sicińska
Opiekun pracy: Dr med. K. Czajkowski

Tematem pracy jest ocena stężenia wapnia całkowitego, wapnia zjonizowanego, magnezu i fosforanu w surowicy krwi u ciężarnych w III trymestrze ciąży powikłanej EPH-gestozą, cholestazą, cukrzycą i porodem przedwczesnym. Badaniami objęto 146 chorych: 20 z cholestazą, 44 z gestożą, 50 z cukrzycą, 32 z zagrożeniem porodem przedwczesnym. Grupę kontrolną stanowiło 37 zdrowych ciężarnych i 38 kobiet nieciążarnych.

Stężenie wapnia całkowitego w cukrzycy było znamienne niższe w porównaniu z nieciążarnymi, nie różniło się natomiast w porównaniu do zdrowych ciężarnych. Nie zaobserwowano różnicy w poziomie wapnia całkowitego w pozostałych stanach patologicznych ciąży.

Stężenie wapnia zjonizowanego w EPH-gestozie oraz w porodzie przedwczesnym okazało się znamienne wyższe niż w obu grupach kontrolnych. Stopień podwyższenia stężenia wapnia zjonizowanego w EPH-gestozie był proporcjonalny do jej nasilenia.

U pacjentek z ciężką postacią zatrucia ciążyowego średni poziom wapnia zjonizowanego był nieznamienne wyższy, w porównaniu do pacjentek z łagodną postacią.

Nie odnotowano różnic stężenia fosforu i magnezu w surowicy krwi między podgrupami badanymi a grupami kontrolnymi.

Stwierdzenie podwyższonego stężenia wapnia zjonizowanego, czyli aktywnej biologicznie frakcji wapnia, może być wyrazem zwiększonego stężenia wewnątrzkomórkowego, wynikającego ze zwiększonej kurczliwości komórek mięśniowych.

Podwyższony poziom wapnia zjonizowanego w pracy to prawdopodobnie wyraz skurczu mięśniówki naczyń obwodowych w porodzie przedwczesnym. Pewnym potwierdzeniem przyjętej tezy jest również zwiększenie się stężenia wapnia zjonizowanego w miarę wzrostu ciśnienia rozkurczowego w EPH-gestozie.

Grzegorz Szczęsny

Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego w materiale Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w latach 1986–1991.

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Ogólnej
i Chorób Wątroby

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. A. Karwowski

Opiekun Koła: dr n. med. M. Frączek

W pracy analizowano retrospektywnie 468 chorych (286 mężczyzn i 182 kobiety) hospitalizowanych w Klinice z powodu krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Objawami krwawienia były: smoliste stolce (u 76% chorych), fusowate wymioty (u 30%) i krwiste wymioty (u 27%). Najczęściej krwawienie było powikłaniem choroby wrzodowej (46.8%) – w tym choroby wrzodowej dwunastnicy w 26.9% i choroby wrzodowej żołądka w 19.9%, albo spowodowane żyłakami przełyku w 29.3% (tak wysoki odsetek

spowodowany jest profilem działania Kliniki), krwotocznym nieżytem błony śluzowej żołądka (8.1%) i wrzodem w zespoleniu żołądkowo-jelitowym po resekcji żołądka (3.0%). Spośród rzadkich przyczyn wystąpiły takie jak: krwawienie z przetoki aortalno-dwunastniczej (2 przypadki), naczyniaka przełyku, uchyłka dwunastnicy i raka dwunastnicy (po jednym przypadku).

U 31 chorych (6.6%), pomimo wdrożenia intensywnej diagnostyki endoskopowej i radiologicznej, nie udało się ustalić źródła krwawienia.

Powikłania wystąpiły u 138 chorych (29.5%) i najczęściej były spowodowane niewydolnością wielonarządową (51.5%) – okazały się też przyczyną większości zgonów (ok. 60%). Powikłania związane z utratą krwi stanowiły 18.8%, a septyczne – 12.3%. Spośród hospitalizowanych chorych 102 zmarło.

Rokowanie okazało się niekorzystne u chorych w wieku podeszłym (średnia wieku 72 lata), z wyraźnie obniżonymi wskaźnikami Ht i Hb, i w złym stanie ogólnym przy przyjęciu oraz u chorych, u których krwotok wystąpił po raz kolejny i przy współistniejących innych schorzeniach (choroba wieńcowa, niewyrównana cukrzyca, niewydolność wątroby).

**R. Bieńkowski, M. Ciechomski,
A. Krzymańska, M. Lelonkiewicz,
G. Szczęsny, R. Śrubarski.**

**Cholecystektomia laparoskopowa
a Cholecystektomia konwencjonalna
– porównanie wyników leczenia.**

Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby.
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. A. Karwowski.
Opiekun Koła: dr n. med. M. Frączek.

Wyższość cholecystektomii laparoskopowej nad tradycyjną polega przede wszystkim na zmniejszeniu do minimum urazu operacyjnego, co z kolei pozwala na zredukowanie odsetka powikłań pooperacyjnych do kilku procent, a śmiertelności praktycznie do zera. Szybki powrót perystaltyki jelit (po około 8 godz.) i możliwość podjęcia aktywności życiowej w niedługim czasie po

zabiegu oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych znacznie poprawiają komfort chorego i pozwalają na ograniczenie okresu hospitalizacji do 2–3 dni.

Również nie bez znaczenia jest długość okresu rekonwalescencji (6–10 dni), po którym chory może bez przeszkód powrócić do pełnej aktywności fizycznej i pracy zawodowej. Doskonały efekt kosmetyczny – cztery małe, prawie niewidoczne blizny – są dodatkowym elementem wpływającym na pozytywną ocenę metody wśród pacjentów. W pracy posłużono się ankietą wypełnioną przez 36 chorych, u których wykonano cholecystektomię laparoskopową w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w okresie od czerwca 1991 do lutego 1992. Grupę odniesienia stanowili pacjenci z taką samą średnią wieku, z niepowikłaną kamicią pęcherzyka żółciowego, operowanych metodą konwencjonalną.

Porównano średni czas hospitalizacji, okres rekonwalescencji, występujące powikłania pooperacyjne oraz ocenę efektu kosmetycznego chorych operowanych jedną w stosunku do operowanych drugą metodą.

Adam Zieliński

Ocena wczesnych wyników leczenia chorych z mieszaną patologią naczyniową tętniczo-żylną.

Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii A.M.
w Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. T. Tołłoczko
Opiekunowie Pracy: Dr med. M. Otto, lek. med. T. Gawałkiewicz.

Jedną z głównych przyczyn niepowodzeń po operacjach na układzie tętniczym z użyciem przeszczepów omijających jest zwiększony opór obwodowy (PRV). Stanowi on iloraz różnicy ciśnienia tętniczego i żylnego przez średnicę danego naczynia.

Każda sprawa patologiczna dotycząca układu żylnego, powoduje zwiększenie ciśnienia w jego obrębie, co z kolei zwiększa opór obwodowy powodujący w konsekwencji zwolnienie przepływu krwi w układzie tętniczym. Jednocześnie-

nie zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia wczesnej zakrzepicy protezy naczyniowej. Zostało to eksperymentalnie potwierdzone w badaniach doświadczalnych na zwierzętach, a także znalazło potwierdzenie w obserwacjach klinicznych.

Chorzy ze zmianami układu naczyniowego kończyn dolnych (miażdżyca, zakrzepica żył, zespół pozakrzepowy), tzw. patologią mieszaną tętniczo-żylną, stanowią ciągle problem terapeutyczny na oddziale chirurgii naczyniowej. Z tego powodu poddano ocenie wczesne wyniki leczenia chorych z mieszaną patologią, chcąc odpowiedzieć na pytanie, w jakich warunkach wykonanie przeszczepu naczyniowego ma możliwość poprawy ukrwienia zagrożonej kończyny.

Ocenie poddano 37 chorych (11 kobiet i 26 mężczyzn) leczonych w Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii Instytutu Chirurgii A.M. w Warszawie w okresie od 1985 do 1991.

W grupie tej leczonych zachowawczo było 10 pacjentów, a operowano 27 osób. Wyniki niezadowolające były u 8 chorych (wykonano amputację kończyny), jeden chory zmarł z powodu zatorowości płucnej, jeden z powodu niewydolności oddechowej, a jeden z powodu niewydolności krążenia.

**Jacek Judycki,
Robert Krawczyk,
Marcin Kołacz**

**Zagrożenie zakażeniem układu moczowego
u chorych leczonych metodą
przeskórnej nefrolitotrypsji, PCNL.**

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze I Klinice Urologii
A.M. w Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. T. Krzeski
Opiekun pracy: prof. dr hab. med. A. Borówka

Celem opracowania jest określenie zagrożenia zakażeniem układu moczowego u chorych poddanych przeszkórnej nefrolitotrypsji, oraz zidentyfikowa-

nie czynników sprzyjających zakażeniu. Badaniami retrospektywnymi objęto grupę 236 chorych z kamicą jednostronną, biorąc pod uwagę wyniki pierwszego lub jedyne go zabiegu PCNL.

Z dokonanej analizy wynika, że szansa zakażenia układu moczowego po PCNL wynosi niespełna 10%, szansa przetrwania zakażenia – niespełna 19%, a szansę ustąpienia zakażenia istniejącego przed zabiegiem można określić na prawie 70%. Zagrożenie zakażeniem szpitalnym jest nieco wyższe niż 10%.

Za czynniki sprzyjające we wczesnym okresie po PCNL można uznać:

- zmienny bakteriomocz przed zabiegiem
- kamicę koralową
- długi czas trwania PCNL
- długi czas utrzymywania cewnika nefrostomijnego po zabiegu.

Nie dostrzeżono żadnych zależności między powikłaniami, jakie wystąpiły w czasie zabiegu, i zakażeniem układu moczowego po PCNL.

Andrzej Sobieraj

Wyniki leczenia operacyjnego chorych z rozpoznaniem grzbietowo-przyśrodkowej („centralnej”) przepukliny jądra miażdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Neurochirurgii A.M.
w Warszawie

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. J. Bidziński
Opiekun pracy: Dr W. Koszewski

Przepuklina jądra miażdżystego krążka międzykręgowego jest chorobą, powodującą znaczny odsetek inwalidztwa. Jej duże rozpowszechnienie nadaje jej wymiar zagadnienia społecznego. Grzbietowo-przyśrodkowa tzw. „centralna” przepuklina jądra miażdżystego (zwana dalej – c.p.j.m.) jest najcięższą postacią dyskopatii lędźwiowej.

W Klinice Neurochirurgii A.M. w Warszawie w latach 1987–1990 operowano 132 chorych z rozpoznaniem dyskopatii lędźwiowej. W tej liczbie było 33 pacjentów z c.p.j.m. Przedmiotem analizy była grupa 28 chorych na tę chorobę, od którego uzyskano dane katamnesticzne stanie ich zdrowia w okresie od 1,5 do 5 lat po operacji.

Dokonano analizy retrospektywnej, opartej na dokumentacji lekarskiej leczenia szpitalnego w Klinice Neurochirurgii. Informacje o odległych wynikach leczenia uzyskano na podstawie obserwacji w Ambulatorium Kliniki oraz z ankiety katamnesticznej. W obrazie choroby sprzed operacji wyodrębniono trzy grupy objawów: zespół bólowy, deficyty ruchowe, zaburzenia zwieraczy. W wyniku analizy określono relacje pomiędzy: czasem, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów dyskopatii oraz ostatniego zaostrzenia dolegliwości do zabiegu, szybkością narastania objawów, nasileniem zespołu neurologicznego, poziomu c.p.j.m., płcią oraz wiekiem chorych – a ustąpieniem objawów w zakresie każdej z wymienionych poprzednio grup w okresie objętym analizą.

Jacek Michalak

Leczenie złamań trzszczek palucha

Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Ortopedii
i Medycyny Sportowej

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. A. Dziak
Opiekun pracy: dr n.med. E. Dobies

W pracy przedstawiono anatomie i funkcje trzszczek palucha, a opierając się na piśmiennictwie i leczonych przypadkach omówiono diagnostykę i leczenie złamań trzszczek.

Do złamań trzszczek dochodzi z reguły u młodych ludzi uprawiających sport, najczęściej na podłożu nie leczonego osteochondritis.

Wymienia się rodzinne predyspozycje do złamań trzszczek.

Najlepsze wyniki uzyskuje się leczeniem operacyjnym.

Maciej Kowalski

Dynamika rozwoju mięsaka Moloney'a i indukowanej przez niego osteogenezy odokostnowej u zwierząt leczonych tyroksyną.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Histologii i Embriologii w Warszawie
Kierownik Zakładu: Prof. dr med. K. Ostrowski
Opiekun pracy: Prof. dr hab. med. K.H. Włodarski

Mięsak Moloney'a, rozwijający się u myszy po podaniu wirusa Mu-MSV, pobudza osteogenezę odokostnową kości znajdującej się w jego zasięgu. Osteogeneza zależy od czasu rozwoju guza i jego masy. Nowotwór ten charakteryzuje się spontanicznym samowyleczeniem.

W badaniach używane były myszy linii CFW/II. Wszystkim zwierzętom podano w mięśnie prawego uda 0,15 ml zawiesiny wirusa Mu-MSV, w podłożu Parkera 199. W łapę kontralateralną podano tylko podłoże Parkera. Następnie zwierzęta zostały podzielone na dwie grupy: grupa badana otrzymawała preparat SKF lub tyroksynę, grupa kontrolna otrzymywała 0,9% roztwór NaCl.

Obserwowany był czas pojawienia się guzów, czas ich regresji, wskaźnik guzotwórczości (liczba zwierząt z guzem/ liczba zwierząt, którym podano Mu-MSV). Po 26–27 dniach myszy zabito, ważono masę śledzion, suchą masę kości udowych, określano procentowy przyrost masy kostnej spowodowany rozwijającym się nowotworem (masa kości, w pobliżu której rozwijał się guz / masa kości kontralateralnej).

Statystyczną analizę wyników przeprowadzono testem t–Studenta. Systematyczne podawanie tyroksyny w dawce 1,0 – 10,0 mg/mysz/dz wpływa hamująco na rozwój mięsaka Moloney'a (przyspiesza jego regresję o ok. 3–4 dni, zmniejsza wskaźnik guzotwórczości ze 100 do 80%) oraz zmniejsza, niekiedy kilkakrotnie, przyrost masy kostnej wywołanej obecnością guza. Dawki te pozostawały bez wpływu na masę śledzion. Tyroksyna w dawce 0,1 mg/dz nie wywierała wpływu na dynamikę rozwoju guza ani na wielkość stymulowanej osteogenezy.

Uzyskane wyniki sugerują, że u myszy tyroksyna moduluje rozwój mięsaka Moloney'a i wydzielanie przez niego i/lub przez komórki zaangażowane w reakcji przeciwnowotworowej cytokin, aktywujących osteoblasty okostnej.

**Andrzej C. Skarpetowski,
Michał Pągowski**

**Fluorek sodu nie wpływa
na przebieg osteogenezy odokostnowej
stymulowanej wirusem Mu-MSV.**

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Histologii i Embriologii
w Warszawie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. K. Ostrowski
Opiekun pracy: Prof. dr hab. med. K.H. Włodarski

Jony fluoru są uważane za czynnik aktywizujący osteogenezę na drodze bezpośredniej stymulacji osteoblastów.

W niniejszej pracy prześlędzono wpływ systematycznego podawania NaF myszom szczepu CFW na rozwój mięsaka Moloney'a, wywołanego miejscowym podaniem onkogenego wirusa Mu-MSV, oraz na aktywację przez ten nowotwór osteogenezy odokostnowej w kościach, znajdujących się w zasięgu nowotworu. Oceniano też wpływ podawania jonów fluoru na masę śledziony, gdyż mięsak Moloney'a ulega spontanicznej regresji na drodze immunologicznej.

Uzyskane wyniki wykazały, że fluorek sodu podawany myszom w dawkach 0,2 i 0,5 mg dziennie przez 3 tygodnie:

1. nie wpływa na osteogenezę odokostnową indukowaną przez wirusa mięsaka Moloney'a (Mu-MSV).

Średni przyrost suchej masy kości podudzia (%), eksponowanych na działanie mięsaka Moloney'a, określony w 22 dniu od podania Mu-MSV, wynosi (n=liczba zwierząt): 13–18 (n=9) dla kontroli i 18–34 (n=11) dla dawki 0,2 mg/d

oraz 69–29 (n=13) dla kontroli i 77–33 (n=13) dla dawki 0,5 mg/d w grupie samców. W przypadku samic, przyrost ten wynosi: 16–18 (n=7) dla kontroli i 28–21 (n=10) dla dawki 0,2 mg/d NaF oraz 71–14 (n=4) dla kontroli i 71–27 (n=5) dla dawki 0,5 mg/d NaF.

2. nie wpływa na dynamikę guza wywołanego przez Mu-MSV; czas pojawiania się, czas trwania i czas, po którym następowała pełna regre-

sja guzów, były podobne, zarówno w grupach kontrolnych jak i doświadczalnych.

3. nie modyfikuje masy śledziony (średnia masa śledziony wyrażona w miligramach wynosi: 188 –43 dla kontroli i 244 –105 dla dawki 0,2 mg/d Na F oraz 167 –40 dla kontroli i 154 –37 dla dawki 0,5 mg/d Na F w grupie samców; w grupie samic masy te wynosiły: 157 –33 dla kontroli i 145 –23 dla dawki 0,2 mg/d NaF oraz 178 –27 dla kontroli i 163 –44 dla dawki 0,5 mg/d NaF).

4. dawki wyższe NaF (1 mg/d) były toksyczne (66% zwierząt padło w ciągu 16 dni od rozpoczęcia podawania fluorku sodu).

Uzyskane rezultaty wskazują, że aktywność osteogenezy odokostnowej wywołanej przez Mu-MSV nie może być zwiększona przez podawanie jonów fluoru, co sugerowałoby, że aktywowane przez Mu-MSV osteoblasty są odporne (lub wyczerpane) na dodatkowy bodziec, jakim jest NaF.

Maciej Kowalski

Rola komórek zrębowych szpiku w modulowaniu proliferacji komórek normalnych i nowotworowych.

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Histologii
i Embriologii

A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. K. Ostrowski

Opiekun Pracy: Prof. dr hab. med. K.H. Włodarski

Komórki zrębu szpiku (CFU-F) stanowią heterogenną grupę komórek, oddziaływującą na procesy hemopoezy i osteogenezy oraz na rozwój innych komórek, często patologicznych (np. nowotworowych). Praca zawiera charakterystykę morfologiczną i biochemiczną komórek zrębowych szpiku, opis mechanizmów pośredniego i bezpośredniego oddziaływania na komórki hemopoetyczne i nowotworowe.

Joanna Jabłońska

**Ocena reakcji tkanek
na węglowe materiały implantacyjne
o różnym stopniu krystaliczności.**

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Histologii i Embriologii
i Zakładzie Transplantologii A.M. w Warszawie.
Kierownik Zakładu Histologii: prof. dr hab. K. Ostrowski
Kierownik Zakładu Transplantologii: prof. dr hab. J. Komender.
Opiekun pracy: prof. J. Komender.

Dwie grupy myszy szczepu BALB/c o liczebności 12 zwierząt każda nastrzyknięto dootrzewnowo zawiesiną 0.05 g proszku węglowego w 2 ml roztworu fizjologicznego soli. W grupie A podano proszek „A” (o strukturze krystalicznej), w grupie B podano proszek „B” (o strukturze zbliżonej do amorficznej). Po jednej dobie pobrano płyn otrzewnowy, obliczono liczbę makrofagów, wyróżniając makrofagi zawierające drobiny węgla.

Porównano wartości uzyskane w grupie A i B. Nastrzyknięto podskórną 18 myszy BALB/c zawiesiną proszku „A” lub „B” w roztworze fizjologicznym soli. Materiał pobrano po 3, 9 i 15 dobach oraz wykonano preparaty histologiczne.

Testem Wilcozona wykazano istotną statystycznie różnicę liczby makrofagów otrzewnych ogółem i odsetka makrofagów zawierających węgiel ($p=0,005$), tabela.

Wykazano, że liczba makrofagów jest większa w grupie A, zaś odsetek makrofagów fagocytujących jest wyższy w grupie B. Jak się wydaje, odpowiedź komórek żernych wobec materiału amorficznego jest bardziej zaawansowana.

W tkance podskórnej stwierdzono sporadycznie nacieki limfocytarne, obserwowano drobiny węgla w cytoplazmie komórek, intensywny rozplam młodej tkanki łącznej oraz pojedyncze przypadki otorbienia złogów węgla. Regionalne węzły chłonne wykazują cechy pobudzenia. Obraz histologiczny w kontakcie z obydwoma materiałami, po różnych czasach obserwacji nie różnił się istotnie.

Tabela 1

l.p.	Liczba makrofağów ogółem (m_o)		Liczba makrofağów zaw. drobi- ny węgła (m_w)		Odsetek m_w/m_o	
	materiał „A”	materiał „B”	materiał „A”	materiał „B”	materiał „A”	materiał „B”
1	$463 \cdot 10^4$	$295 \cdot 10^4$	$150 \cdot 10^4$	$174 \cdot 10^4$	0,32	0,59
2	$438 \cdot 10^4$	$253 \cdot 10^4$	$181 \cdot 10^4$	$137 \cdot 10^4$	0,41	0,54
3	$509 \cdot 10^4$	$317 \cdot 10^4$	$230 \cdot 10^4$	$178 \cdot 10^4$	0,45	0,56
4	$402 \cdot 10^4$	$262 \cdot 10^4$	$172 \cdot 10^4$	$133 \cdot 10^4$	0,43	0,51
5.	$399 \cdot 10^4$	$260 \cdot 10^4$	$153 \cdot 10^4$	$123 \cdot 10^4$	0,38	0,47
6	$407 \cdot 10^4$	$322 \cdot 10^4$	$167 \cdot 10^4$	$169 \cdot 10^4$	0,41	0,52
7	$438 \cdot 10^4$	$355 \cdot 10^4$	$180 \cdot 10^4$	$178 \cdot 10^4$	0,41	0,50
8	$508 \cdot 10^4$	$300 \cdot 10^4$	$242 \cdot 10^4$	$171 \cdot 10^4$	0,48	0,57
9	$482 \cdot 10^4$	$255 \cdot 10^4$	$299 \cdot 10^4$	$137 \cdot 10^4$	0,48	0,54
10	$398 \cdot 10^4$	$260 \cdot 10^4$	$173 \cdot 10^4$	$129 \cdot 10^4$	0,43	0,59
11	$415 \cdot 10^4$	$237 \cdot 10^4$	$169 \cdot 10^4$	$154 \cdot 10^4$	0,41	0,54
12	$387 \cdot 10^4$	$255 \cdot 10^4$	$161 \cdot 10^4$	$137 \cdot 10^4$	0,42	0,50
	śr. arytm.: $m_o = 437 \cdot 10^4$ odchyl. stand.: $\sigma = 42$	śr. arytm.: $m_o = 281 \cdot 10^4$ odchyl. stand.: $\sigma = 35$	śr. arytm.: $m_w = 184 \cdot 10^4$ odchyl. stand.: $\sigma = 30$	śr. arytm.: $m_w = 149 \cdot 10^4$ odchyl. stand.: $\sigma = 22$	śr. arytm.: $m_w/m_o = 0,42$ odchyl. stand.: $\sigma = 0,04$	śr. arytm.: $m_w/m_o = 0,54$ odchyl. stand.: $\sigma = 0,04$

Milena Słoń, Andrzej Pietrzykowski, Tomasz Bednarczuk

**Wpływ farmakologicznych dawek jodu
na aktywność enzymu Tyroksyna – 5' – Dejodynaza typu I (T₄5'D.I.)
w gruczole tarczowym szczura.**

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Endokrynologii
A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. J. Nauman

Opiekun Koła: doc. dr hab. E. Bar-Andziak

Opiekunowie pracy: doc. dr hab. A. Nauman, dr hab. B. Czarnocka.

Fizjologiczną funkcją gruczołu jest biosynteza i wydzielanie jodotyronin: T₄ – tyroksyny (prohormon) i T₃ – trijodotyroniny (hormon). Jednym z czynników regulujących czynność wydzielniczą tarczycy jest jod. Stwierdzono, że duże dawki jodu powodują zahamowanie wydzielania hormonów, co zostało wykorzystane w leczeniu przełomu tarczycowego. Efekt hamujący jest krótkotrwały, ustępuje w ciągu kilku dni, pomimo dalszego podawania jodków w nadmiarze. Zjawisko to nosi nazwę efektu unikania (lub efektu Wolffa i Chaikoff'a). Uważa się, że hamujący efekt może być związany z reakcją sprzężania jodotyronin na cząsteczce tyreoglobuliny, a „unikanie” stanowi przejaw adaptacji.

Celem niniejszej pracy jest odpowiedź na pytania: 1) czy hamowanie występuje także na poziomie przejścia prohormonu w hormon (konwersji T₄ do T₃). 2) a jeśli tak, to czy podlega ono efektowi unikania.

Pracę wykonano na 36 szczurach, samicach przed okresem pokwitania, rasy Wistar, o masie 160–180 g. Szczurom codziennie podawano sondą do żołądka roztwór KI. Szczury podzielono na trzy grupy. Grupa A dostawała dawkę 2.5 raza większą niż zawartość jodu w diecie standardowej, grupa B – dawkę 4 razy większą. Grupa C, kontrolna, była żywiona pokarmem standardowym. Zwierzęta grup badanych uśmiercono po 2, 4, 7 i 14 dawkach. W homogenatach z tarczyc oznaczono metodą RIA aktywność enzymu T₄ – 5' – D.I.

Zaobserwowano znamienne obniżenie się aktywności dejodynazy w grupach A i B w stosunku do grupy kontrolnej. W grupie A najmniejsza aktywność była po 4 dawkach (25.7% aktywności grupy C) i stopniowy wzrost aktywności po 7 i 14 dawkach. W grupie B spadek a następnie wzrost

aktywności był mniejszy (najmniejsza aktywność 74.7% aktywności grupy kontrolnej).

Wnioski. Duże dawki jodu powodują hamowanie konwersji T_4 do T_3 . Wydaje się, że reakcja ta także podlega efektowi unikania. Ponadto wyniki sugerują, iż bardzo duże dawki jodu przyspieszają adaptację.

Agnieszka Rogowska, Elżbieta Woźniak, Agnieszka Walczak

Badania warunków higieniczno-sanitarnych i mikroflory powietrza w mieszkaniach X i Y na osiedlu „Stawki” w Warszawie.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Higieny A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. H. Kirschner

Opiekunowie pracy: Mgr inż. I. Kosińska, Doc. dr B. Krzysztofik

Celem pracy było sprawdzenie stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń mieszkalnych w dwóch mieszkaniach na osiedlu Stawki, w których u dzieci i u dorosłych występowały nieżyty dróg oddechowych, zapalenie oskrzeli, ogólne osłabienie, podwyższenie ciepłoty ciała itp.

Zakres pracy obejmował:

- przygotowanie szkła bakteriologicznego, pożywek i odpowiedniego sprzętu i aparatury,
- przeprowadzenie badań mikroflory powietrza i badań bakteriologicznych wymazów ze ścian i podłóg,
- oznaczenie temperatury powietrza, wilgotności względnej, zdolności ochładzającej i zapylenia,
- opracowanie wyników uzyskanych z przeprowadzonych badań,
- wyciągnięcie odpowiednich wniosków,
- zaproponowanie zaleceń wynikających z wykonanych badań.

Wykonane badania potwierdziły zależność między stanem higieniczno-sanitarnym powietrza mieszkań, a zdrowiem zasiedlających je osób. Szczególnie znaczenie w kształtowaniu odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych ma mikroflora powietrza, która występuje w ścisłym związku z mikroklimatem panującym w mieszkaniu, stanem przegród budowlanych i rodzajem

stosowanych materiałów wykończeniowych, co z kolei w ewidentny sposób oddziałuje na zdrowie ludzi przebywających w mieszkaniach, a zwłaszcza na dzieci.

Joanna Idzkowska, Renata Zielińska

Dezynfekcja wody za pomocą promieni ultrafioletowych dla celów stomatologicznych.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Higieny A.M. w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. H. Kirschner.

Opiekunowie pracy: doc. dr B. Krzysztofik, mgr inż. I. Kosiński

Celem pracy było badanie prototypowym urządzeniem do dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi (znajdującego się w Zakładzie Inżynierii Sanitarnej i Ochrony Środowiska Politechniki Warszawskiej) skuteczności działania promieni na szczep bakterii grupy Coli i sprawdzenie możliwości zastosowania tego urządzenia do dezynfekcji wody do celów stomatologicznych.

Zakres pracy obejmował:

- przygotowanie szkła bakteriologicznego, pożywek i odpowiedniego sprzętu,
- określenie stopnia bakteriologicznego skażenia wody szczepem grupy Coli przed jego dezynfekcją,
- przeprowadzenie dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi na odpowiednim stanowisku badawczym,
- określenie stopnia bakteriologicznego zanieczyszczenia wody po dezynfekcji,
- oznaczenie składu fizyczno-chemicznego wody po dezynfekcji,
- opracowanie wyników uzyskanych z przeprowadzonych badań,
- wyciągnięcie odpowiednich wniosków.

Badania wykazały redukcję bakterii w granicach około 99.9% oraz poprawę jakości wody pod względem organoleptycznym. Kwalifikuje to badane urządzenie do zamontowania w gabinecie zabiegowym, co przyczynić może się do zwiększenia powodzenia w leczeniu endodontycznym.

**Karyna Tybulewicz, Marta Olenderek,
Felicja Gromadzkiewicz, Agnieszka Rokicka**

**Badania warunków higieniczno-sanitarnych i mikroflory powietrza w
obróbie wybranych pomieszczeń na terenie Kliniki Ortodontji A.M. w
Warszawie przy ul. Filtrowej.**

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Higieny A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. H. Kirschner

Opiekun pracy: Mgr inż. I Kosińska i Doc. dr B. Krzysztofik

Badania wykonane w lutym 1992 r. były kontynuacją oznaczeń higieniczno-sanitarnych powietrza na terenie Kliniki Ortodontji A.M. w Warszawie a ich celem była ocena warunków tam panujących.

Badania obejmowały pomiar tzw. mikroklimatu, czyli oznaczenie temperatury, wilgotności względnej, ruchu powietrza, zdolności ochładzającej, zapylenia, oraz oznaczenia mikroflory powietrza w punktach wytypowanych do badań.

Prawidłowe warunki higieniczno-sanitarne w gabinetach stomatologicznych mają niewątpliwy wpływ na jakość wykonywanych tam zabiegów. Wpływają na dobre samopoczucie osób tam pracujących i zapewniają odpowiednią czystość powietrza pod względem mikrobiologicznym, fizycznym czy też chemicznym, podnoszą zatem jakość wykonywanych prac. Powietrze gabinetu stomatologicznego jest szczególnie narażone na zapylenie i zanieczyszczenie mikroflorą chorobotwórczą. Przyczyną tego jest przede wszystkim rodzaj sprzętu stosowanego przez stomatologów i charakter wykonywanych zabiegów. Istotny wpływ na kształtowanie się odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych ma także powietrze zewnętrzne, często będące jedynym źródłem powietrza świeżego dla tych pomieszczeń.

Do pomiarów wytypowano stanowiska wewnątrz sali, jedno na balkonie i jedno w poczekalni. Pomiar jednej serii obejmowały trzy badania: rano przed rozpoczęciem zabiegów, w południe w trakcie ich trwania i po zakończeniu pracy.

Na każdym stanowisku dokonano badania parametrów mikroklimatu oraz parametrów mikrobiologicznych metodą sedymentacyjną i zderzeniową, oznaczając ogólną liczbę bakterii na podłożu agarowym, bakterie hemolizujące

na agarze z krwią, ogólną liczbę gronkowców na podłożu Chapmana, ogólną liczbę grzybów na podłożu Sabourauda.

Przedstawimy niektóre z otrzymanych wyników.

Temperatura powietrza zewnętrznego zależała od pory roku i w okresie badań wahała się w granicach 5,6–27,4⁰C zależnie od pory dnia. Temperatura w sali klinicznej przekraczała znacznie optimum, określone normami i wynoszące dla pracy stomatologa 18–20⁰C, przekraczając w południe nawet 25⁰C.

Wilgotność względna powietrza atmosferycznego przyjmowała wartości maksymalne na początku dnia i wahała się w zakresie 33–71%. W sali klinicznej była ona bardzo zróżnicowana, często poniżej i powyżej normy (optimum 40–60%), czasem zbliżając się do 80%.

Na tle powyższych warunków mikroklimatu, mikroflora kształtowała się następująco. Normy sanitarno-higieniczne nie dopuszczają istnienia bakterii hemolizujących w salach opatrunków, tymczasem często liczba ich przekraczała 600 w 1 m³ powietrza, niekiedy dochodziła do 800–900 w 1m³. Nie istnieje określona norma dla gronkowców ale liczba ich w sali klinicznej najczęściej przekraczała 500 w 1m³ powietrza, czasem wykraczając znacznie poza 2000 w 1m³ powietrza.

Normy dopuszczają 50 komórek grzybów w 1m³ powietrza, tymczasem liczba ta w rzeczywistości przekraczała 1000, a niekiedy 3000 w 1m³ powietrza (*Saccharomyces sp.* i *Candida sp.*).

Ogólna liczba bakterii przewyższała nawet 10–15 – krotnie wartość określoną normami i wynoszącą do 150 komórek w 1 m³.

Parametry mikroklimatyczne w sali klinicznej kształtowały się zróżnicowanie. Na uwagę zasługuje utrzymywanie się wysokiej temperatury i znaczne wahanie wilgotności względnej od wartości minimalnej 34% do maksymalnej 84%, przy małym ruchu powietrza wynoszącym średnio 0.05 m/s. Wpływa to ujemnie na samopoczucie osób pracujących w tym pomieszczeniu.

Liczba analizowanej mikroflory sali klinicznej znacznie przekraczała dopuszczalne normy dla tego typu obiektów.

Uważamy, że badania takie powinny być wykonywane częściej z uwagi na zagrożenia wynikające z takiej mikroflory.

Sala kliniczna do zabiegów stomatologicznych powinna być wyposażona w prawidłowo działającą klimatyzację, zapewniającą prawidłową cyrkulację i jego czystość mikrobiologiczną i utrzymującą mikroklimat na odpowiednim poziomie, zgodnym z wymogami komfortu cieplnego.

Trzeba zmniejszać liczby drobnoustrojów w powietrzu poprzez dezynfekcję UV, co jest stosowane wyjątkowo rzadko w tego typu obiektach.

Szczególną uwagę należy zwrócić na prawidłową, dezynfekcję podłóg w gabinetach stomatologicznych wykonywaną kilkakrotnie w ciągu dnia. Istotna jest także dezynfekcja urządzeń i sprzętu.

Piotr Abramczyk

Nowy model nadciśnienia tętniczego u szczura

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Fizjologii A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. A. Trzebski

Opiekun pracy: dr med. J. Przybylski

Bezpośrednie połączenie naczyniowe pomiędzy nadnerczem a nerką u kota zostało opisane w 1914 r. przez Cow'a (J. Physiol. 48,443) i potwierdzone u szczura przez Przybylskiego i Krzeskiego (Med. Hypothesis, 1991, 35, 351).

Celem pracy było zbadanie, jaki wpływ na ciśnienie tętnicze u szczura ma wzrost przepływu przez tę sieć wywołane utrudnionym odpływem żylnym z nadnercza.

Tabela
Początkowe i końcowe skurczowe ciśnienie tętnicze
w grupie eksperymentalnej i kontrolnej.

Grupa	Ciśnienie skurczowe (mm Hg)		
	początkowe		końcowe
Eksperymentalna	120±6,0	p<0.01	150±3.0
Kontrolna	120±4.3	NS	120±4.0

Doświadczenia wykonano na 22 szczurach rasy Wistar. W grupie eksperymentalnej (n=11) wykonano laparotomię, usunięto prawą nerkę i zamknięto centralną żyłę nadnerczową lewą. W grupie kontrolnej (n=11) dodatkowo przecięto tkankę łączną pomiędzy nadnerczem i nerką lewą. Ciśnienie tętnicze

mierzone metodą fotoelektryczną co czwarty dzień do 24 dnia po operacji. Uzyskane wyniki pokazano w tabeli. Fakt, że ciśnienie tętnicze wzrosło tylko w grupie, w której nie uszkodzono sieci wskazuje na to, że czynnik powodujący nadciśnienie znajduje się we krwi płynącej przez to połączenie naczyniowe. Cow stwierdził istnienie dużego stężenia katecholamin w tym połączeniu (J. Physiol. 48,443), natomiast Katholi podczas donerkowej infuzji noradrenaliny obserwował rozwój nadciśnienia tętniczego u psa (Circ. Res. 1977, 40-suppl. 1,118). Powyższe fakty sugerują, że zaburzenie wydalniczej funkcji nerki przez aminy katecholowe jest prawdopodobnym mechanizmem wzrostu ciśnienia tętniczego w obecnej pracy.

Otwarte pozostaje pytanie, czy naczyniowe połączenie między nerką a nadnerczem może brać udział w patogenezie nadciśnienia tętniczego u ludzi.

Maciej Osęka, Tomasz Styś.

**Wpływ zablokowania syntezy tlenu azotu na wzrost
przepływu mózgowego u szczurów.**

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Fizjologii Klinicznej i Stosowanej
A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. E. Szczepańska-Sadowska
Opiekun pracy: dr hab. E. Koźniewska.

Acetylocholina jest znanym czynnikiem naczyniorozszerzającym, którego działanie jest śródbłonko-zależne. Zostało to przedstawione na izolowanych naczyniach krwionośnych, w których zniszczenie śródbłonka lub zablokowanie szlaku syntezy endogennego NO hamowało zjawisko rozszerzenia naczyń po infuzji acetylcholin. Celem pracy było zbadanie, czy NO przyczynia się do wzrostu mózgowego przepływu krwi (CBF) i spadku oporu naczyniowego (CVR) w mózgowym łożysku naczyniowym u szczurów po podaniu acetylcholin (Ach). Doświadczenia były przeprowadzane na szczurach w narkozie, wentylowanych mechanicznie. CBF mierzony był przy użyciu metody podawania ksenonu ($Xe-133$) do tętnicy szyjnej wewnętrznej i pomiaru zmian radioaktywności nad badaną półkulą mózgową. Zahamowanie syntezy endo-

gennego NO uzyskano po podaniu NG-nitro-L-argininy (L-NOA RG) w dawce 30 mg/kg i.v. Infuzja Ach w ilości 10 ug/min bezpośrednio do krążenia mózgowego (ica) zwiększała CBF o 30% w porównaniu do grupy kontrolnej. Podanie L-NOARG powodowało długotrwały spadek CBF (o 29%). Efekt ten był znoszony po podaniu L-argininy. Rezultaty naszej pracy wskazują, że wzrost przepływu mózgowego po podaniu Ach zależy od syntezy NO.

Paweł Grąbczewski

Badania budowy antygenowej Clostridium difficile serotyp C.

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Bakteriologii
i Immunologii A.M. w Warszawie.
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. M. Łuczak
Kierownik zespołu dydaktycznego:
prof. dr hab. med. F. Meisel-Mikołajczyk
Opiekun pracy: prof. dr hab. med. F. Meisel-Mikołajczyk

Clostridium difficile jest bardzo dobrze potwierdzonym czynnikiem etiologicznym rzekomobłoniastego zapalenia okrężnicy, zapalenia okrężnicy bez powstawania błon rzekomych i znacznego odsetka przypadków biegunki po antybiotykoterapii. Bakteria ta jest również spotykana w przebiegu wielu innych chorób i powoduje niekiedy zakażenia wewnątrzszpitalne bardzo groźne w skutkach.

Serotyp C Clostridium difficile jest często hodowany z przypadków klinicznych. W pracy zajęto się bakteriami tego serotypu. Celem pracy było poznanie jego budowy antygenowej. Wykonano preparatykę szczepu serotypu C z wykorzystaniem metody fenolowo-wodnej. Uzyskano trzy grupy preparatów antygenów z supernatantu, fazy wodnej i fazy fenolowej.

Uzyskane preparaty badano za pomocą: precypitacji obrączkowej, precypitacji dyfuzyjnej w żelu agarozowym, immunoelektroferozy i hemaglutynacji biernej.

Stwierdzono aktywność serologiczną w odczynach precypitacji obrączkowej i hemaglutynacji biernej.

Piotr Gryglas, Arkadiusz Szklarczyk

Wpływ MCSF-u na proces biologicznej mineralizacji kości ortotopowych w ciężkiej osteopetrozie „Toothless”.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Histologii i Embriologii i Zakładzie Transplantologii A.M. w Warszawie.

Kierownik Zakładu Histologii i Embriologii:
prof. dr hab. med. K. Ostrowski

Kierownik Zakładu Transplantologii: prof. dr hab. med. J. Komender
Opiekun pracy: dr n.med. A. Wojtowicz

Osteopetroza jest wrodzoną chorobą ludzi i zwierząt, manifestująca się częstymi samoistnymi patologicznymi złamaniami kości spowodowanymi zaburzeniami ilościowymi i jakościowymi tkanki kostnej. W wyniku zaburzeń resorpcji i przebudowy tkanki kostnej część korowa kości długich ma budowę grubowłóknistej kości splotowatej, która również wypełnia jamy szpikowe. Jedną z przyczyn ciężkiej osteopetrozy szczurzej TL/TL nie leczącej się przeszczepami szpiku, jest niedobór MCSF-u (Macrophages Colony Stimulating Factor), cytokiny stymulującej m.in. powstawanie prekursorów osteoklastów.

Celem pracy była ocena procesu biologicznego mineralizacji w ciężkiej modelowej osteopetrozie „Toothless”, leczonej MCSF-em. Proces biologicznej mineralizacji jest określony ilością i jakością odkładanego minerału w tkankach szkieletowych oraz decyduje o parametrach mechanicznych tkanki kostnej.

W próbkach kości pobieranych ze stałych miejsc szkieletu zdrowych szczurów kontrolnych i osteopetrotycznych TL/TL w różnym wieku oraz 6 tygodniowych zdrowych szczurów kontrolnych i osteopetrotycznych mutantów TL/TL, leczonych od 3 tygodnia życia MCSF-em, określano współczynnik krystaliczności metodą Elektronowego Rezonansu Paramagnetycznego (EPR). Współczynnik ten charakteryzuje jakość materiału w tkankach szkieletowych. Zawartość minerału w próbkach określono po ich spopieleniu i wyrażono w g na 1 g popiołu. Zawartość minerału odłożona w procesie biologicznej mineralizacji w kościach osteopetrotycznych mutantów TL/TL wzrastała z wiekiem i była wyższa w stosunku do kontroli u 8- 12- i 21-tygo-

dniowych szczurów, podczas gdy jakość tego minerału w badanych kościach, wyrażana współczynnikiem krystaliczności, była znacznie obniżona w stosunku do wartości kontrolnych, zwłaszcza w pracujących u gryzoni kościach: zuchwy i udowych.

MCSF nie wpływa na ilość odłożonego minerału w kościach szczurów z ciężką osteopetrozą, lecz poprawia jego jakość: w badanych próbkach kości leczonych MCSF-em mutantów TL/TL obserwuje się wzrost współczynnika krystaliczności. Wydaje się, że efekt ten może być wynikiem następujących procesów:

1. uwolnienia, w procesie resorpcji płodowej chrząstki i grubowłóknistej kości splotowej, miejscowych czynników stymulujących osteogenezę i biologiczną mineralizację.

2. chemioresorpcji, czyli wbudowania się jonów wapnia uwolnionego w wyniku resorpcji grubowłóknistej kości splotowej, zarastającej jamy szpikowej, w istniejące niedojrzałe hydroksyapatyty części korowej kości długich i ich nasad.

3. nasilenie przebudowy kości, w wyniku czego powstająca drobnowłóknista tkanka kostna zawiera pulę prawidłowych i dojrzałych hydroksyapatytów.

Ewa Such

Adhezja *Bacteroides fragilis*

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Bakteriologii i Immunologii
A.M. w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. M. Łuczak
Kierownik zespołu dydaktycznego:
prof. dr hab. med. F. Meisel-Mikołajczyk
Opiekun pracy: lek. med. P. Leszczyński

Aby wywołać zakażenie, drobnoustrój patogenny musi wykazać zdolność przeciwstawiania się mechanicznemu usuwaniu przez ruch rzęsek komórek nabłonkowych, przesuwanie się treści jelitowej albo opłaszczanie przez wy-

dzielinę śluzową. Uzyskuje to dzięki przyleganiu – adhezji – do powierzchni tkanek *in vivo*. Adhezję do komórek eukariotycznych wykazano również *in vitro*.

Badano biologiczną aktywność 9 szczepów *Bacteroides fragilis* wyizolowanych z pochwy ciężarnych kobiet w III trymestrze ciąży. Wykonano testy: adhezji do komórek nabłonka błony śluzowej jamy ustnej i pochwy oraz hemaglutynacji erytrocytów baranich i ludzkich.

Wykazano aktywność hemaglutynacyjną dwóch szczepów w stosunku do erytrocytów ludzkich oraz trzech szczepów w stosunku do erytrocytów baranich. Stwierdzono różnice w adhezji do komórek błony śluzowej jamy ustnej i pochwy.

Epilog

Prace przedstawione na Konferencji zostały ocenione przez:

Komisję Nauk Podstawowych:

prof. dr hab. Felicja Meisel - Mikołajczyk,
prof. dr hab. Marek Jakóbisiak,
prof. dr hab. Paweł Szulczyk,
prof. dr hab. Bogdan Lewartowski,
prof. dr hab. Sławomir Maśliński,

i Komisję Nauk Klinicznych:

prof. dr hab. Barbara Emeryk - Szajewska,
prof. dr hab. Janusz Nauman,
prof. dr hab. Janusz Piekarczyk,
dr n.med. Kazimierz Wardyn,
doc. dr hab. Marek Krawczyk.

Komisje te przyznały nagrody następującym osobom i zespołom:

I nagrodę kol.kol. Annie Pfejfer, Małgorzacie Wrocławskiej i Mirosławowi Skwarkowi,

I nagrodę kol. kol. Milenie Słoń, Andrzejowi Pietrzykowskiemu i Tomaszowi Bednarczukowi,

II nagrodę kol. kol. R. Bieńkowskiemu, M. Ciechowskiemu, A. Dąbrowskiej, G. Szczęsnemu, R. Śrubowskiemu,

II nagrodę kol. kol. Piotrowi Gryglasowi i Arkadiuszowi Szklarczykowi,

III nagrodę kol. Marcinowi Wiśniewskiemu,

III nagrodę kol. Piotrowi Abramczykowi,
wyróżnienia kol. kol.:

Robertowi K. Młoskowi, K. Markiewiczowi, D. Szostak, Jackowi Anusi-
kowi,

Beacie Czełuśniak, Grzegorzowi Ostrowskiemu,

Małgorzacie Dębowskiej, Ewie Filipowicz, Ewie Sędkiewicz, Monice
Tchórzewskiej, Bartoszowi Symonidesowi, Andrzejowi Januszewiczowi,
Mariuszowi Łapińskiemu,

Piotrowi Dziechciarzowi, Renacie Linke,

Maciejowi Kowalskiemu,

A. Skarpetowskiemu, M. Pagowskiemu,

Maciejowi Osęce, Tomaszowi Stysiowi.

Nagrody książkowe wręczył laureatom Pan Rektor, prof. dr hab. Tadeusz
Tołłoczko, który w swoim przemówieniu przypomniał następującą prawdę:
„lepsze jest myślenie bez nauki niż nauka bez myślenia”. Dużo ciepłych słów
poświęcił kolegom prof. dr hab. Andrzej Członkowski, opiekun Towarzystwa.

Fundacja „Homo Homini” przyznała nagrody pieniężne wszystkim osobom
wyróżnionym I miejscem. Jako prezes tej Fundacji miałem przyjemność
zwrócić się do nich w następujący sposób:

Według zasad retoryki przemówienie powinno składać się ze wstępu,
rozwinięcia i zakończenia. Moje dzisiejsze wystąpienie będzie miało tylko
dwa wstępy i – aż dwa zakończenia.

Wstęp pierwszy

Człowiek może być rozpatrywany w 2 kategoriach: jako indywidualność i
jako członek zbiorowości.

Indywidualność przejawia się odwagą nieukrywania własnej osobowości i
dążenia do intelektualnego rozwoju. Nie wiem, czy poza barierą, wynikającą
z nieuchronności, jest coś, czy nie ma nic. Czy tak, czy tak, jest mi dobrze na
ziemi i chciałbym ten pobyt przedłużyć. Nieraz wypowiadałem się, że to
przedłużenie może być wynikiem zwiększenia liczby przypadających na mnie
dni: mój wpływ osobisty na to jest niewielki np. przez higieniczny tryb życia.
Życie może być jednak także dłuższe dzięki jego intensyfikacji. Sądzę, że wy
korzystacie i z tego sposobu, poszerzając swoje własne horyzonty, ale przy
okazji liczycie na to, że wasze oceny i przyszłe osiągnięcia medyczne zwiększą
komuś liczbę jego dni. Gdybym miał prawo spojrzeć na siebie pod tym kątem,
powiedziałbym o sobie: Stefan Kruś.

Jako członek zbiorowości człowiek jest pozycją na liście lokatorów, liście obecności albo płacy. W tym ujęciu ja to: Kruś Stefan.

Wstęp drugi

Przed wieloma laty na tej sali (Sala Balowa Domu Medyków) odbywały się uroczyste akademie ku czci 1 Maja albo 25 października. Nieraz przewodniczył im ówczesny Rektor, prof. Marcin Kacprzak. Człowiek ten podchodził do życia z dowcipem i przymrużeniem oka, a ujął mnie najbardziej pierwszym zdaniem pierwszego wykładu na naszym kursie: „wszyscy mówią, że higiena to mycie a kto umarł jak nie umył nóg?”. Otóż akademie te były w bardzo wzniosłych i wysokich tonach, ujętych w formę plus – minus godzinnego referatu. Wtedy, gdy mówca opuszczał podium, Rektor Kacprzak mawiał: „no to skończyliśmy część oficjalną, zaczynamy część pieniężną, nagrody otrzymują: ...”. Sala budziła się. Tak to patos przeplatał się z codziennością, wzniosłość z trywialnością. W naszych czasach mówi się o „sacrum” i „profanum”.

Zakończenie pierwsze

Ja, Stefan Kruś, przeżywam chwilę wzniosłą, odpowiednik „sacrum”, i doznaję ogromnej przyjemności mogąc wręczyć dyplom uznania Państwu: Milenie Słoń, Andrzejowi Pietrzykowskiemu, Tomaszowi Bednarczukowi, Annie Pfajfer, Małgorzacie Wrocławskiej i Mirosławowi Skwarkowi jako przedstawiciel Fundacji „Homo homini”. Na tym nie koniec, proszę przyjąć jeszcze i te koperty. Państwo dziwią się zapewne, że tego drugiego aktu nie wydzieliłem z części „sacrum”. Niestety wartość wnętrza tych kopert pozostawi każde z Państwa w statusie św. Franciszka z Asyżu.

Zakończenie drugie

Ja, Kruś Stefan, wzywam Słoń Milenę, Pietrzykowskiego Andrzeja, Bednarczuka Tomasza, Pfejfer Annę, Wrocławską Małgorzatę i Skwarka Mirosława do podpisania listy pokwitowań. Jest mi niezręcznie, ale nie da się niestety uciec od „profanum”.

Stefan Kruś

MARCIN ŁYSKANOWSKI

Kult Chałubińskiego; polemika z r. 1897.

Każda epoka posiada swoich idoli, bohaterów, „bożyszczą”, ludzi, stanowiących wzór, do którego można się odwoływać i naśladować, ba, w pełni identyfikować.

W medycynie taką postacią był Tytus Chałubiński. Już po jego śmierci w listopadzie 1889 roku w prasie pojawiła się tak niesłychana ilość wspomnień, wypowiedzi pełnych żalu i niepokoju o przyszłość pozbawioną „genialnego lekarza”, że pakiet ten dziś zadziwia historyków.

Tutaj pragnę przypomnieć mało znaną polemikę z roku 1897, która rzuca ciekawe światło na trwający bez przerwy kult Chałubińskiego. A było to tak: wybitny klinicysta i uczony Teodor Dunin (1854–1909) napisał na łamach „Krytyki Lekarskiej” z roku 1897 „wizerunek pośmiertny” Władysława Matlakowskiego (1851–1895), świetnego chirurga, miłośnika Zakopanego, który umierając na gruźlicę i plując krwią tłumaczył... Hamleta!

Otóż w tymże „Wizerunku” czytamy:

„Rzecz smutna, że u nas często ludzie wielkich, niezwykłych zdolności pozostawiają tylko miejscowe zasługi, a do ogólnego dobytku cywilizacji nie wnoszą. Na polu medycyny mamy już to samo z Chałubińskim, którego, pomimo całej jego genialności, młodsze pokolenia lekarskie znają tylko z nazwiska, a wkrótce wcale znać go nie będą. Ale przyczyny, dla których ci dwaj tak zdolni, tak pod pewnymi względami do siebie podobni i z sobą sympatyzujący ludzie, w nauce trwale swych imion nie zapisali, zupełnie są różne. Chałubiński żył całkowicie swymi własnymi ideami, za pomocą których szeroki wpływ na swe otoczenie wywierał; miał on w całym tego słowa znaczeniu umysł, który Francuzi określają mianem sugestii. Ale w stosunku do nauki współczesnej był zawsze zacofany, stał, że tak powiem, na zewnątrz jej, nie wiele o nią dbając. Stąd pomysły jego nie były nigdy ściśle ugruntowane, a przy tym brakło mu cierpliwości nie tylko do ich sprawdzania krytycznego, ale nawet do przelania na papier.”

I dalej: „Chałubiński... swą potężną indywidualnością na swych słuchaczy, wpał w nich swe własne poglądy i stworzył szkołę, wprawdzie nie ściśle naukową, bo tak, jak on sam, tak i żaden z jego uczniów pracy ściśle naukowej się nie oddawał, ale szkołę lekarzy praktyków, którzy przejęli jego zalety i jego wady.”

Na zakończenie Dunin pisze: „– Jest rzeczą dla nas niezmiernie pochlebną, że w rozwoju Zakopanego, a tym samym i całego Podhala, dwaj lekarze tak wielką odegrali rolę. Chałubiński, poeta z bujną fantazją, lubujący się w wielkich obrazach przyrody, a przy tym także wielbiciel wyraźnie zaznaczonych indywidualności – bo sam był taką – pierwszy ocenił wszystkie piękności natury zakopiańskiej, oraz poetyczność, jaka tkwiła w ubiorach, życiu, mowie i podaniach górali. Ale patrzył on na Zakopane przede wszystkim ze stanowiska artysty: w pięknościach przyrody, w obcowaniu z ludem odrębnej kultury, szukał zadowolenia własnych, artystycznych poglądów; jego fantastyczne wycieczki i podchody z góralami, z ich pierwotną muzyką i tańcami przypominały nieco Ludwika Bawarskiego, tego nieszczęsnego króla-poetę.”

Wypowiedź Dunina spowodowała natychmiastową replikę Henryka Dobrzyckiego. Tenże lekarz również na łamach „Krytyki Lekarskiej” pisał:

„–Istotnie, w drugim z tych frazesów, zarówno krzywdzącym pamięć niepospolitego klinicysty i przyrodnika, jak również zdradzającym całkowitą nieświadomość autora o działalności Chałubińskiego, nie wiadomo co wprzód podziwiać: czy pewność siebie, z jaką kol. Dunin stawia ludzi tej co Chałubiński miary przed swoje forum, czy też pochopność do wypowiedzania tak krańcowych opinii.”

I dalej: „– Sąd tak powierzchowny, doraźny, żadnymi motywami nie uzasadniony, równa się lekceważeniu, a tak postępować się nie godzi.

Zdanie kol. D. o Chałubińskim z gruntu jest błędne. Myśliciel głęboki, obdarzony darem spostrzegawczym fenomenalnym, przyrodnik na wskroś, – Chałubiński nie mógł być zacofanym, a tem bardziej nie dbającym o naukę. Szedł on zawsze ręką w rękę z jego rozwojem, znał i oceniał należycie nowe w niej dążenia i kierunki. Istnieją liczne na to dowody. Na lat wiele przed objęciem stanowiska profesorskiego, już widzimy Chałubińskiego jako rzeczownika naukowego postępu, gdy będąc naczelnym lekarzem Szpitala Ewangelickiego, skupił około siebie grono lekarzy, gdy zaznajamiał ich z nowymi sposobami klinicznego badania, zwracał uwagę na wydatniejsze prace i dzieła, uczył stosowania mikroskopu i odczynnika do celów klinicznych, wreszcie

zachęcał do samodzielnych badań. Z objęciem kliniki, Chałubiński cały oddał się pracy, czytał bardzo dużo, studyował każde wydatniejsze dzieło, i może był pierwszym u nas, który będąc doskonale obznajmionym z pracami Cohn'a Du Barry'ego i t.d., pracami, stanowiącymi, jak wiadomo, okres wstępny do bakterjologii klinicznej, przewidział doniosłość tej nowej nauki, i twierdził, że w niej szukać należy rozwiązania ważnych pytań z dziedziny etiologii chorób, oraz sprostowania jednostronnych poglądów, służących za podwalinę ówczesnym teoryom patologicznym. Zdaje nam się, że nie tak działa i rozumuje człowiek „zawsze zacofany w stosunku do nauki współczesnej i nie wiele o nią dbający”.

Kto popracowałszy pod kierunkiem Chałubińskiego, udał się potem za granicę i tam współczesnych słuchał klinicystów, ten miał możność przekonania się, ile korzyści wykład jego zapewniał. Chałubiński nic na tem porównaniu ze współczesnymi klinicystami nie tracił; a jeżeli niektórzy z nich górowali nad nim większą znajomością anatomii patologicznej lub pracami w jakimś specjalnym kierunku, to natomiast grzeszyli bądź to nihilizmem terapeutycznym lub polyfarmacją, bądź traktowaniem postaci chorobowych ze stanowiska zbyt teoretycznego, rzecz można oderwanego. Ścisłe badanie, proste leczenie, analiza i indywidualizacja każdego przypadku, a nadto, bardzo ścisła onego obserwacja od początku do końca: oto były zasadnicze rysy kliniki Chałubińskiego. Pod tym względem najznakomitsze kliniki zagraniczne ani o włos nie stały wyżej. Gdzież tu więc dowody owego zacofania w stosunku do współczesnej nauki, na podstawie których możnaby dać Chałubińskiemu patent na zacofańca, jak to uczynił kol. D.?”

Swoje wywody Dobrzycki kończy tak:

„– Czy kol. D. ma takie lub inne o naszym profesorze zdanie, jest to rzecz całkiem obojętna; ale nie obojętny jest wpływ, jaki jego artykuł na młodsze pokolenie może wyrzeć. Do jakiegoż wniosku dojdzie każdy z młodszych lekarzy, jeśli uwierzy, że to, co kol. D. napisał, jest zgodne z prawdą? Wniosek może być tylko jeden, iż nędzne musiało być społeczeństwo, które człowieka tak zacofanego i tak mało dbającego o naukę, jak Chałubiński, uczyniło swoim bożyszczem.”

I tak imię Chałubińskiego stale powracało. F. Ch. pisząc o Władysławie Biegańskim stwierdzał, iż uczone ten... „widział jasno potrzebę podnoszenia zmysłu krytycznego polskich lekarzy: przyświecała mu jeszcze dawna tradycja szkoły T. Chałubińskiego, który był podał własną metodę wynajdywania

wskazań lekarskich, opierającą na umiejętności badania chorych i na umiejętności logicznego myślenia, krytycyzmu. Aby krytycyzm ten podnieść, napisał Biegański „Logikę medycyny”. A tym samym sam Biegański w pracy pod tytułem: „Medycyna u schyłku XIX w.” pisał o Chałubińskim w sposób następujący:

„– Klinikę lekarską w Warszawie od r. 1861 do 1871 prowadził Tytus Chałubiński. Ten niepospolicie zdolny klinicysta był wychowany na tradycjach szkoły klinicznej francuskiej, przytem otrzymał klinikę już jako bardzo głośny lekarz praktyk, wobec czego i przez wychowanie, i przez długoletni zawód praktyczny, wyrobił sobie własny pogląd na zadanie medycyny klinicznej i tego do końca swej działalności nauczycielskiej ściśle przestrzegał. Dla Chałubińskiego medycyna była nauką praktyczną, mającą na celu leczenie; cała teoria nauki lekarskiej, wszystkie zagadnienia i dociekania naukowe powinny były, jak promienie, bezpośrednio lub pośrednio po załamaniu w soczewce praktycznego celu, zbierać się w jednym ognisku, w terapii. Przy takich poglądach klinika Chałubińskiego była znakomitą szkołą dla lekarzy praktyków, ale bynajmniej nie pracownią naukową. Uczniowie wynosili z niej wyborną umiejętność badania chorych, umiejętność myślenia i wynajdywania wskazań lekarskich, gorące umiłowanie zawodu, ale zarazem i lekceważenie pewne dla zagadnień naukowych i pracy teoretycznej. Jeżeli teraz uwzględnimy olbrzymi autorytet Chałubińskiego, to zrozumiemy, dlaczego w tym okresie czasu nie powstał u nas ruch twórczy na polu patologii naukowej.

Sądzę, że oto nadszedł czas, aby pokusić się o wyjaśnienie charyzmy Chałubińskiego, zrozumienie jego niebywale popularności, jego sławy.”

W roku 1900 ukazała się obszerna monografia doktora Edmunda Biernackiego pod tytułem: „Chałubiński i obecne zadania lekarskie”. Jego autor pisze na wstępie:

„– Chałubiński należy w świeżej tradycji do największych mężów naszego narodu. Nie tylko wśród korporacji lekarskiej pozostawił on po sobie wspomnienie człowieka niezwykłego; wielkim był i jest nawet dla najkrytyczniejszych przedstawicieli ogółu szerszego, którzy korzystali z jego pomocy lub się z nim bliżej stykali. Pamiętamy, jak żegnano jego zwłoki przed dziesięciu laty, w jak odmienny sposób od tego, który u nas staje się udziałem ludzi nawet bardzo zasłużonych; przypomnę, jak Aleksander Świętochowski proponował pogrzebać ciało na szczycie Giewontu – by wyodrębnić tą drogą sławnego między sławnymi. I aureola, jak otacza pamięć Chałubińskiego, jest tak silną,

że dla wielu wszelkie uwagi charakteru krytycznego nad jego osobą są jeszcze teraz wprost niedopuszczalne. To też, kiedy niedawno Dunin poważił się ubocznie wypowiedzieć kilka słów co do stanowiska naukowego Chałubińskiego, spotykały go zarówno ze strony lekarskiej, jak nielekarskiej, ostre monita, – monita, wprawdzie przez osobiste wycieczki nie tęgo świadczące o naszej tolerancji zdania, ale, bądź co bądź, dowodzące niemal religijnego kultu dla pamięci Chałubińskiego w niektórych umysłach.”

I dalej

„– Chałubiński umarł nie tak dawno, i nie tak dawno, bo lat temu 20–25, znajdował się on u szczytu powodzenia i u szczytu swych wpływów na ogół lekarski i nielekarski. A wpływy te były ogromne i trudno znaleźć lekarza w historii medycyny polskiej, któryby, sądząc wedle tradycji, posiadał takie znaczenie, jakie posiadał Chałubiński. Rzec można, iż trudno nawet w historii życia innych narodów znaleźć postać analogiczną. naturalnie, liczne szeregi lekarzy naszych, świadomie i nieświadomie stały pod wpływem poglądów naukowych Chałubińskiego; zresztą, jak już raz wspomniałem, jeszcze i teraz system Chałubińskiego żyje wśród nas, żyje w działalności pojedynczych, nawet najmłodszych przedstawicieli naszego ogółu lekarskiego, żyje w całości lub w odłamach. Jeżeli jednak zgodzimy się na wywody poprzednich rozdziałów, to jest na to, że system specjalny Chałubińskiego w swym poszczególnym ukształtowaniu posiada wartość tylko historyczną do okresu ostatnich systemów z końca przeszłego wieku, to przez to samo okaże się, że u nas, w naszym ogóle współczesnym, były (są nieraz jeszcze i teraz) stosowane w zakresie medycyny zasady naukowe już przebrzmiałe, należące do historii.”

Edmund Biernacki konkluduje:

„– I jeśli wszyscy stali w cieniu przy Chałubińskim, to tylko dlatego, że nie posiadali tego autorytetu, jak on. Stanowisko Chałubińskiego wśród chorego ogółu jest właśnie najjaskrawszym dowodem, jak decydującym czynnikiem dla znaczenia lekarza – praktyka jak czynnik psychiczny, owa sugestia, którą lekarzowi dają w ręce warunki wewnętrzne czy zewnętrzne. Chałubiński był to urodzony lekarz, którego wpływ psychiczny działał na każdego, kto się doń w charakterze pacjenta, ucznia nawet, nieraz zwyczajnego interesanta, zbliżał. Nie odczuwano przy nim braku materialnej ulgi w bólach, bo ulgę choremu dawało zaufanie, że wielki lekarz przy nim stoi...”

Swoją monografię Edmund Biernacki kończy w sposób następujący:

„– Ale jeżeli czytelnik uprzytomni sobie stan tych dążeń i zapatrywań, które ożywia współczesną naukę i współczesnego lekarza, już otrzeźwionego z przemożnych prądów chwili, czy nie odnajdzie w nich w całości podstaw idejowych Chałubińskiego? Czy istotnie nie jest prostą i odwieczną prawdą w medycynie, że, chcąc chorego leczyć, trzeba się dowiedzieć, co jest niewątpliwą i najważniejszą szkodliwością w jego stanie chorobowym, że, właściwie mówiąc, jest to droga jedyna do tego, by lekarz był pożytecznym dla chorego? Czy o niejednej podstawowej prawdzie nie zapomniała nauka najnowsza, nie chcieli o nich pamiętać najwybitniejsi jej przedstawiciele? Dopiero jeden Chałubiński podniósł i uświadomił drogi, niezmiennie kierujące umysłami lekarzy przy łożu chorego, kierujące ostatecznie jego zadania naukowymi, drogi, z których nie zbaczła dawna medycyna. Nie uczynili tego i nie mają tej ważnej zasługi dawniejsi mistrze, zrobił to dopiero Chałubiński, ten ostatni „systematyk” w Europie i ostatni w nauce. Ale wobec takiego stanu rzeczy nie ma prawa historia naszej nauki odmawiać mu imienia gienjalnego i nie tylko dla nas, jego rodaków, wyda się on nieraz większym, niż płomienny de la Boë Sylvius, olimpijski Boërhav, śmiały i kategoryczny Dietl. Wrażenia takie wyniesie każdy myślący czytelnik z lektury jego dzieł nielicznych – dużo zadowolenia umysłowego w nich znajdzie, jak w ogóle w twórcach, choćby najstarszych, wielkich ludzi, kiedy przez zmurszałą tkaninę co chwila przebijają iskry niezmiennego złota – iskry prawdy.”

RYSZARD ZABŁOTNIAK

Sanatorium Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Świdrze (1935–1950)

W okresie ogromnych trudności, nawarstwiających się przez wiele lat, wydaje się celowym przypomnienie, że kiedyś liczne zakłady lecznicze były tylko częściowo finansowane przez budżet kraju, że skromne sanatorium w Świdrze miało pewne zasługi w okresie okupacji, oraz, że jego działalność została bezprawnie przerwana.

Przy ul. Majowej 12 w Świdrze powstał w 1928 r. dom, który został sprzedany Ubezpieczalni Społecznej, z przeznaczeniem na sanatorium przeciwgruźlicze. Przeciwno tej decyzji gwałtownie wystąpili mieszkańcy osiedla, proponując urządzić sanatorium w innej miejscowości. Powstanie placówki ftyzjatrycznej mogło bowiem ograniczyć rozwój miejscowości jako podwarszawskiego wczasowiska. Ostro protestowało więc Stowarzyszenie Właścicieli Nieruchomości, Towarzystwo Przyjaciół Świdra i miejscowi lekarze, poparci niestety przez Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Wojewoda ustąpił i wydał polecenia, aby na terenie Świdra nie leczono tzw. otwartej gruźlicy płuc. Po wielu odwołaniach Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej w 1932 r. zatwierdził statut, który przewidywał przyjmowanie chorych z gruźlicą szczytów płuc i gruczołową, zamkniętą i nieczynną.

Zgodnie z opinią WTP teren sanatorium został dwukrotnie powiększony. Kierownictwo Ubezpieczalni Społecznej wobec konieczności selekcyjonowania chorych, uznało jednak dalsze prowadzenie zakładu za nieopłacalne. Wówczas obiekt nabyła dr Bronisława Dłuska (siostra Marii Skłodowskiej i żona znanego lekarza i działacza społecznego), która po krótkotrwałym prowadzeniu „Pensjonatu leczniczego dla rekonwalescentów”, odstąpiła go WTP. Ze względu na przewidywane przeznaczenie zakładu ustalono cenę znacznie niższą od rzeczywistej wartości (250–300 versus 116 tys. zł). Mieszkańcy Świdra znali podstawowe rachunki, ponadto były to czasy, gdy rozpoczynał działalność Instytut Radowy, co nie stało się przeszkodą w rzucaniu ciężkich oskarżeń na Dłuskich i WTP. Chyba również wiedza wśród

społeczeństwa o złożoności czynników wpływających na zakaźność gruźlicy nie była dostateczna. Chorzy byli odizolowani na powierzchni ponad 3 ha.

Sanatorium „Dom Zdrowia im. Kazimierza i Bronisławy Dłuskich” w Świdrze zostało otwarte 1 lipca 1935 r. (1). Było to wydarzenie o dużym znaczeniu. W całym okresie międzywojennym, dawał się bowiem odczuć brak miejsc w sanatoriach nie obliczonych na zysk, mimo niewątpliwego postępu w porównaniu z okresem przed 1914 r. Miejsca opłacane w granicach kosztów własnych, 7–9 zł dziennie, często bywały niewykorzystane, zwłaszcza w latach kryzysu. Przed wojną nieubezpieczeni, a tacy przeważali, nie mogli sobie pozwolić na opłacenie leczenia i rezygnację z pracy. Warunki materialne wydatnie pogorszyły wyniki leczenia, gdyż obłożnie chorych nie przyjmowano już do sanatoriów.

W dwupiętrowym budynku mieściło się 100 łóżek, były werandy koniecznego ówczasie leżakowania. Najlicniejszą grupę stanowili praktycznie podopieczni Ubezpieczalni, tylko 25 do 40% miejsc można było przeznaczyć jako ulgowe lub bezpłatne. Ok. 30% koniecznych sum pochodziło od stołecznego samorządu i Ministerstwa Opieki Społecznej. Dyrektor był naczelnym lekarzem i kierownikiem gospodarki zakładu, działającym pod nadzorem władz WTP (2).

Dr Jadwiga Zienkiewicz przyjęła zasadę angażowania chorych do prac odpowiadających ich możliwościom. Zwyczaj ten wprowadził już dr Alfred Sokołowski (znakomity pulmonolog, jeden z pionierów sanatoryjnego leczenia gruźlicy – od zamożniejszych pobierał dość wysokie honoraria, przeznaczając je np. na potrzeby sanatorium w Rudce) w 1913 r., w „Leśniczówce” pod Karczewem. Praca miała przeciwdziałać przygnębieniu pacjentów – haft, szycie, montaż aparatów radiowych i praca w ogrodzie.

Personel składał się z 3 lekarzy, 3 pielęgniarek i 20 osób „służby”. Wśród chorych większość stanowili pracownicy fizyczni, nieznacznie przeważali mężczyźni. Leczenie nie odbiegało od powszechnie przyjętych norm, rocznie przeprowadzano ponad 800 zabiegów odmowych. Podawane były sole złota, przetwory wapnia i leki ogólnie wzmacniające. W porównaniu z innymi placówkami tego typu często wykonywane były badania diagnostyczne. W niepełnym roku sprawozdawczym wypisano 131 chorych, u 88 odnotowano poprawę, u 15 pogorszenie, 3 zmarło. 52 chorych przebywało poniżej 2 miesięcy, tymczasem dobre wyniki uzyskiwane były po 3–4 miesięcznym okresie leczenia (3).

W roku sprawozdawczym 1937/38 przeciętne obłożenie wynosiło ok. 92 łóżek, przy 98 etatowych – 34485 dni leczenia. Poprawę stanu zdrowia zanotowano u 83% chorych. Spośród 398 kuracjuszy 15 leczyło się na koszt własny. Posiłki wydawane były 5 razy dziennie – do 3500 kalorii (4).

W okresie okupacji hitlerowskiej Polski Komitet Opieki m. Warszawy otworzył 21 grudnia 1941 r., trzeci zakład przeciwgruźliczy dla dzieci w wieku 4–14. Usytuowany on został w sąsiedztwie „Domu Zdrowia”. Lokalizacja ta dla sanatorium dziecięcego okazała się bardzo korzystna, gdyż ułatwiało to korzystanie ze stosunkowo nowoczesnych urządzeń diagnostycznych sanatorium WTP (5).

„Dom Zdrowia”, podobnie jak wiele innych zakładów leczniczych w Polsce, pomagało poszukiwanym przez gestapo, ukrywało przez dłuższe okresy kilku Żydów, m.in. znanego ginekologa z Krakowa, dr Mieczysława Krakowskiego. Wypisywanym dostarczane były odpowiednie dokumenty, dające w jakimś stopniu ochronę. Pomoc ta była szczególnie cenna po likwidacji getta w Otwocku i Falenicy, niestety objęto nią jedynie ok. 10 osób.

Ze Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie przybywali podoficerowie WP, często w ogóle nie wymagający leczenia uzdrowiskowego. W sanatorium przetrzymywano ich jednak aby uchronić przed wywiezieniem do obozu jeńców. Dla ukrywających się i dla żołnierzy prowadzono fikcyjne historie chorób. Wszystkie rachunki pokrywał warszawski Wydział Opieki i Zdrowia przy niewielkiej pomocy WTP. Z uwagi na tego rodzaju zadania w okresie okupacji zgłaszających się chorych na miejsca pełnopłatne odsyłało do zakładów prywatnych.

Trudności spowodowane brakiem miejsc potęgował fakt rezerwowania łóżek przez „rząd Generalnej Guberni” lub kierownictwo warszawskiego dystryktu. Lekarze tzw. sanatoriów społecznych przedstawiali na ten temat różniące się dezyderaty – jedni żądali ograniczenia czasu kuracji do 3 miesięcy (z wyjątkowym prawem jej przedłużenia ze wskazań lekarskich lub praw zatrudnionych w instytucjach przeciwgruźliczych, np. gdy zakażenie nastąpiło w związku z pracą przy chorych), inni zaś domagali się kontynuowania leczenia aż do osiągnięcia dużej poprawy. Każde wyjście miało złe strony. Postulowano również przyjmowanie prywatnie zgłaszających się, celem poprawienia budżetu (6).

Podczas konferencji w czerwcu 1943 r. dr Michał Telatycki, kierownik miejskiego referatu do walki z gruźlicą, przedstawił warunki pracy kilku

zakładów pozostawionych Polakom. W Warszawie było w tym czasie ok. 25 tys. chorych z tzw. czynną gruźlicą płuc (3% mieszkańców). 60% chorych pozostawało pod opieką US, leczono się na koszt własny. Natomiast stołeczny Wydział Zdrowia i Opieki opłacał leczenie ambulatoryjne i zamknięte dla 6000 chorych. Rocznie napływało 2500 wniosków na leczenie sanatoryjne. W 1942 r. w Sanatorium Miejskim w Otwocku umieszczono 251 chorych, w Rudce 218 i w „Domu Zdrowia” 155 – razem więc tylko 624. Budżet Wydziału Zdrowia na rok 1942/43 zaplanowany został na sumę 98 600 tys. zł, spodziewając się wielomilionowego deficytu (7).

W sanatoriach pozostających pod polskim nadzorem przydział artykułów żywnościowych pokrywał niespełna 60% faktycznego zapotrzebowania. Stanowiło to ok. 1700 kal. wg teoretycznych wyliczeń, ale w rzeczywistości było to znacznie mniej z uwagi na niską jakość przydziałowych produktów. Sanatoria dokonywały więc zakupów na wolnym rynku, starając się zapewnić chorym 2500–2700 kalorii. Sanatorium w Świdrze dla poprawy wyżywienia znacznie powiększyło własny ogród oraz założyło hodowlę trzody chlewnej. Osiągnięcia gospodarcze odgrywały także dużą rolę w okresie walk i bezpośrednio po wojnie. Pod okupacją hitlerowską niektóre z przedsięwzięć należały do uciążliwych, np. dla dokonania uboju konieczna była wymiana oznaczonych świń. Różnice cen wolnorynkowych i urzędowych stanowiły problem dla księgowości – rachunki rzeczywiste i oficjalne. We wszystkich zakładach tego typu brakowało bielizny, najczęściej chorzy zgłaszali się z własną. Wyjątkowo niskie płace, przy pracy nieobojętnej dla zdrowia, powodowały częste zmiany w składzie personelu, nawet średniego (8).

Mimo dostatecznych zaledwie warunków żywienia wyniki terapeutyczne nie odbiegały zasadniczo od uzyskiwanych przed wojną. Po 1945 r. sanatoria polskie powróciły do dość intensywnego żywienia chorych na gruźlicę.

„Dom Zdrowia” w ramach przygotowań do ogólnonarodowego powstania, podobnie jak warszawskie zakłady lecznicze, zaopatrzył się w możliwie duże zapasy żywności i materiałów opatrunkowych, zgodnie z planami konspiracyjnego szefostwa służby sanitarnej. Specjalnie wyposażona została sala operacyjna. Przygotowania te nie zwróciły uwagi okupantów, raczej umiarkujących kontaktów z ośrodkami leczenia przeciwgruźliczego.

W 1944 r. utrwalona na 6 miesięcy linia frontu spowodowała, że zakład znalazł się w pasie przyfrontowym. Po wyzwoleniu Świdra dzięki pomocy WP, które założyło w Otwocku Bazę Szpitalną Armii, władz województwa

warszawskiego oraz własnej gospodarności, udało się zapewnić pacjentom dobre wyżywienie oraz prawie normalny przebieg kuracji. Dość szybko zaczęła też docierać pomoc z zagranicy, głównie od UNRRA. Na stan zdrowia podopiecznych negatywnie wpływała jedynie troska o los najbliższych (9).

28 kwietnia 1950 r. w sanatorium zebrała się komisja (WTP z ul. Belgijskiej 3/8 reprezentował prezes dr Stanisław Stypułkowski) z zadaniem przekazania obiektu na rzecz skarbu państwa. Podstawę stanowiła uchwała Rady Ministrów z 22 grudnia 1949 r. Państwowa służba zdrowia zyskała teren o pow. 26 660 m², budynek główny o 55 izbach i 14 budynków pomocniczych i gospodarczych, wraz z ciepłarnią. Sanatorium dysponowało ponadto dzierżawioną posesją przy ul. Majowej 108, o pow. 10 tys. m², gdzie m.in. znajdowała się biblioteka i pomieszczenia dla rekonwalescentów. W dniu 2 maja 1950 r. „Dom Zdrowia” wszedł w skład Państwowego Zespołu Sanatoriów a od 20 czerwca w skład Państwowego Zespołu Prewentoriów (10).

Upaństwowienie zakładu spowodowało jednocześnie likwidację rzeczywistej działalności społecznej i ofiarności. Nieznane są przykłady zapisów testamentowych na rzecz szpitala nr 3 lub zespołu sanatoriów im. Feliksa Dzierżyńskiego. Na zakończenie, drobna, ludzka sprawa, p. Michalina Rayzacher, wieloletnia pracownica WTP, za swoje oszczędności i pracę zyskała w sanatorium tzw. dożywocie – uprawnienia tego nie uznano (11).

Przypisy

1) Korespondencja WTP. Arch. Akt Nowych w Wwie (AAN), MOS, t. 745, s. 17 i 28; Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego 1 IV 1935 – 1 IV 1939. Wwa, 1936, s. 16–21.

2) Pismo WTP z dn. 27 IX 1935 r. (w posiadaniu autora); Garnuszewski Z. Jadwiga Zienkiewiczówna (1905–1936). Ftyzjatra, psycholog, działacz ZHP. Walka z gruźlicą i Chor. Płuc, 1972, R 9, nr 11, s. 16–17.

3) Dokumenty doc. Mikołaja Łąckiego (w posiadaniu rodziny, obecnie w Arch. Państw. m. st. Warszawy).

4) Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Wwa, 1938, s. 30–37.

5) W latach okupacji hitlerowskiej WTP jako jedno z nielicznych pozostało nierozwiązane. Przypuszczalnie należy to zawdzięczać opiece polskiego samorządu. Być może Niemcy kierowali się względami własnego bezpieczeństwa. Zebrania zarządu odbywały się w mieszkaniu prezesa, mgr Franciszka Karpińskiego, w Wydziale Opieki i Zdrowia, bądź w „Domu Zdrowia”.

Wytworzyła się szczególna sytuacja, Towarzystwo jakby przez przeoczenie okupantów pełniło swoje obowiązki ale półoficjalnie, z obawy przed delegalizacją. Tym niemniej przy końcu 1941 r. likwidacja wydawała się już przesądzona, władze okupacyjne odroczyły ją z nieznanym dotąd przyczyn (Arch. Inst. im. gen. Sikorskiego w Londynie. A. 9.III. 1/9 s. 95–96; Pąkociński. Z działalności Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Sanatorium „Dom Zdrowia” w Świdrze. Opiekun Społ., 1948, R 2, nr 11–12, s. 406–409.).

6) Sprawozdanie Polskiego Komitetu Opieki m. Warszawy za mies. grudzień 1941. Arch. Inst. im. gen. Sikorskiego ... A. 9.III. 1/6, s. 25; Relacja dr Feliksa Pąkocińskiego z 1974 r., teka relacji u autora – nr 54.

7) Protokół z konferencji dyrektorów sanatoriów społecznych w Warszawie (w posiadaniu dr Feliksa Pąkocińskiego).

8) Sprawozdanie ... Arch. Inst. im. gen. Sikorskiego ... A. 9.III. 1/9, s. 95–96.

9) Relacja dr Feliksa Pąkocińskiego o. c; Zabłotniak R. Sanatorium „Dom Zdrowia w Świdrze (1935–1950). Zdr. Publ., 1978, R 89, s. 195–200.

10) Protokół zebrania komisji zdawczo-odbiorczej z dn. 28 kwietnia 1950 r., w posiadaniu gł. księgowego Janiny Kurowskiej z Centrum Leczniczko-Rehabilitacyjnego w Śródborowie; Relacja dr Barbary Hryniewieckiej z 1974 r. – nr 58.

11) Relacja Janiny Kurowskiej z 1974 r., nr 57.

TERESA OSTROWSKA

Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w okresie Powstania Listopadowego

W trzeciej dekadzie XIX wieku ukazywały się w Warszawie dwa czasopisma lekarskie: „Pamiętnik Lekarski Warszawski” (1828–1829) Wilhelma Malcza i „Magazin für Heilkunde und Naturwissenschaft in Polen” (1828–1829) Leopolda Leo. Korzystały one głównie z materiałów Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Redaktorzy ich byli jednocześnie wydawcami, co oznaczało konieczność dofinansowywania periodyków z własnej kieszeni. Lekarze bowiem nie byli jeszcze przyzwyczajeni do systematycznego prenumerowania i czytania piśmiennictwa fachowego. Toteż Wilhelm Malcz, po wydaniu w 1829 r. drugiego tomu „Pamiętnika”, zwrócił się do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z prośbą o ułatwienie mu wydawania czasopisma. Towarzystwo wówczas, na posiedzeniu w dniu 6 lipca 1830 r., uchwaliło drukowanie swoich prac w jego czasopiśmie, a nawet, chcąc przyczynić się do pokrycia kosztów wydawnictwa, postanowiło na posiedzeniu w dniu 3 sierpnia 1830 r., aby wszyscy członkowie je prenumerowali¹.

„I wtedy właśnie – pisał Adam Wrzosek² – kiedy wszystko rokowało pomyślny rozwój czasopisma Malcza, nagle upadło ono. Nie ulega wątpliwości, że przyczyniły się do tego ówczesne warunki polityczne, mianowicie wybuch powstania listopadowego: „inter arma silent musae”.

Czy rzeczywiście zdecydowała tu sytuacja polityczna, czy też trudności finansowe, ewentualnie trudności z pozyskaniem materiałów do druku, trudno dzisiaj orzec. Faktem natomiast jest, że ostatnie numery obu wspomnianych czasopism ukazały się w 1829 r. Dłużej ukazywały się w Warszawie „Roczniki Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk”. Nie było to czasopismo lekarskie, ale ogólnonaukowe, zamieszczające również prace medyczne. Ostatni jego tom, 21 z kolei, ukazał się w 1830 r. Dokładna data jego wyjścia z druku nie została ustalona. Zawierał on materiały z czterech posiedzeń publicznych Towarzystwa, które odbyły się w 1828 i 1829 r. oraz listę członków po wyborach w styczniu 1830 r.

Wśród tych materiałów znajdowały się dwie prace lekarskie. Pierwszą było tzw. „Przymówienie się” Wilhelma Malcza, członka obranego w 1828 r., który jednocześnie wygłosił wspomnienie pośmiertne o Józefie Czekierskim, zmarłym w 1827 r. Artykuł ten liczył 21 stron. Drugą pracą był „Rys topografii medycznej miasta Warszawy” Augusta Wolffa, liczący 29 stron z tabelami w tekście. Autor w nim omawiał warunki geograficzne Warszawy, sposób odżywiania i tryb życia mieszkańców, panujące wśród nich choroby i śmiertelność. Była to pierwsza praca w polskim języku na ten temat i stanowiła interesujący historyczno-statystyczny dokument do dziejów miasta.

Z zamieszczonej listy członków wynikało, że w styczniu 1830 r. Towarzystwo liczyło ich 226. W tym byli członkowie czynni, przybrani, honorowi i korespondenci. Z pośród lekarzy warszawskich w tym roku w Towarzystwie znajdowali się: Franciszek Brandt, Ignacy Fijałkowski, Jakub Hoffman, Filip Kincel, Wilhelm Malcz, Jan Mile, Marcin Roliński i August Wolff.

W trzech pierwszych dekadach lat XIX wieku jeszcze Wilno wydawało czasopisma lekarskie, które docierały do Warszawy. Ale i tam były trudności finansowe i z pozyskaniem dostatecznej ilości materiałów do druku, chociaż patronowało wydawnictwom Towarzystwo Lekarskie Wileńskie. W 1829 r. powstał więc nowy komitet redakcyjny „Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacji” pod przewodnictwem Jędrzeja Śniadeckiego, złożony z Adolfa Abichta, Konstantego Porcyanki, Ferdynanda Woelcka (Welke) i Józefa Mianowskiego. Zawarł on umowę z drukarnią Antoniego Marcinkowskiego³ – i nakładem i drukiem tegoż wznowił dalsze wydawnictwo ogłaszając w 1830 r. kolejny trzeci już tom „Dziennika” oznaczony jako pierwszy.

Był to kwartalnik, ukazały się jego cztery numery. Na podstawie dat udzielenia pozwolenia przez cenzora na druk każdego zeszytu⁴ i zapowiedzi Redakcji podawanych na okładkach można przyjąć, że numer pierwszy ukazał się prawdopodobnie w czerwcu, drugi w lipcu, trzeci w październiku, a czwarty w styczniu 1831 r.

Tom trzeci rozpoczynał się wstępem pióra Jędrzeja Śniadeckiego. Pisał on w nim, że uniwersytet zamierza nadal dokształcać swoich absolwentów, informować ich o nowych dziełach, spostrzeżeniach i wynalazkach. Ze swojej strony oczekuje od nich nadsyłania ważniejszych spostrzeżeń. Przewiduje się również zamieszczanie wartościowych prac z klinik uniwersyteckich, sprawozdań z ich działalności i informacji o ważniejszych wydarzeniach w świecie lekarskim.

Wszystkie cztery numery „Dziennika” miały podobny układ. Zawierały artykuły pisane prawie wyłącznie przez członków komitetu redakcyjnego, wyjątki z zagranicznych czasopism, kronikę z kraju i zagranicy oraz tzw. bibliografię tzn. informację o nowych dziełach medycyny wydawanych w świecie w tym również w Wilnie i w Warszawie.

Wśród artykułów na uwagę zasługuje drukowane w czterech odcinkach sprawozdanie Józefa Mianowskiego z działalności kliniki medycznej wileńskiej w pierwszym kwartale 1829/1830 r. i drukowana również odcinkami wiadomość o chorobach panujących w Wilnie w latach od 1821 do 1825, którą opracował Feliks Rymkiewicz na podstawie materiałów zebranych przez Towarzystwo.

Z Kromiki dowiadujemy się m. in., że w roku akademickim 1829/1830 w Cesarskim Uniwersytecie Wileńskim uczniów medycyny było 387, weterynarii – 36, farmacji – 7, a uczennic położnictwa – 21.

W numerze zaś trzecim, październikowym, znajdujemy odezwę ministra spraw wewnętrznych Rosji generał-adiutanta hrabiego Zakrewskiego z dnia 14 września 1830 r. W odezwie tej Zakrewski wzywał obywateli do współdziałania w zwalczaniu epidemii cholery panującej – jak pisał – w „niektórych południowych Rosji prowincjach” i polecił utworzenie specjalnych Gubernialnych i Powiatowych komitetów, których zadaniem będzie wprowadzenie w użycie podanych przez niego środków zapobiegających szerzeniu się tej choroby i kontrolowanie stosowania ich.

W tym samym numerze znajdowało się również ogłoszenie konkursu na opis cholery, jej przyczyn, sposobów szerzenia się, zapobiegania i leczenia. Prace miały być nadsyłane na adres Rady medycznej w Petersburgu w terminie do 1 (13) września 1831 r. Nagrodę wyznaczono w sumie 25 000 rubli.

Na okładce czwartego numeru (styczniowego) Redakcja zapowiedziała wydanie zeszytu pierwszego z 1831 r. w połowie kwietnia. Miała podstawę, by tak planować, ponieważ Towarzystwo Lekarskie Wileńskie na swoim posiedzeniu w dniu 17 grudnia 1830 r. uchwaliło kontynuować wydawnictwo. niemniej jednak car Mikołaj I, niewątpliwie ze względu na trwające powstanie listopadowe, nie zgodził się na wydawanie czasopisma w polskim języku i na podaniu Towarzystwa złożonym mu przez ministra oświaty, dopisał: „tylko w języku rosyjskim”⁵. Jednak w języku zaborcy polscy lekarze nie chcieli ogłaszać prac. „Dziennik” zatem upadł.

Powstanie 1830 r. przerwało normalne prace Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk. Wielu lekarzy znalazło się w szeregach wojska. A wojsko polskie musiało stawić czoła nie tylko armii rosyjskiej, ale także i epidemii cholery, która w Królestwie Polskim pojawiła się wśród ludności cywilnej już na początku 1831 r. Pierwsze natomiast przypadki cholery w armii polskiej wystąpiły po bitwie pod Iganiami 10 kwietnia 1831 r.⁶

Generalnym sztablekarzem i organizatorem służby zdrowia Wojska Polskiego był wtedy Karol Kaczkowski, utalentowany nie tylko na polu administracyjnym, lekarskim i dydaktycznym, ale mający również ambicje pisarskie, naukowe i wydawnicze. W dniu 20 lipca 1831 r. wydał on odezwę do lekarzy, w której zachęcał ich, by w obecnej trudnej sytuacji politycznej złączyli swe siły dla gruntowniejszego poznania istoty choroby cholery „groźnej – jak pisał – dla całej Europy”, aby opisywali swoje obserwacje, na podstawie których będzie można później zbudować teorię. Kilka prac już otrzymał, prosi o nadsyłanie dalszych i składanie ich na jego ręce, bo – pisze: „wkrótce drukiem je ogłaszać będę. Utworzymy Dziennik Lekarski Wojskowy, który wiernie do wiadomości publicznej przesyłać wszystko będzie. W tym to piśmie obejmą się razem rozporządzenia, okólniki, rozkazy władz wyższych, nominacje, awanse, nagrody, słowem wszystko, co tylko służby zdrowia się tyczy, pod względem naukowości, administracji i porządku. Może czytać zechcą i za granicą opisy cholery przez nas praktycznie wyłuszczone, opisy prawdziwe, bez uprzedzenia, bez chęci szukania ciągłych nowości. Prawda jest podstawą badań praktycznych lekarskich, prawda jest własnością sumienia. (...) Czas jest, z nieszczęścia, jakim kraj nasz dotknięty został, inne jakikolwiek pożytek odniosły. Tym sposobem potrafimy choć w części wywdzięczyc się narodom, za ich ludzkie dla nas uczucie”⁷.

Ale rychły upadek Powstania Listopadowego nie pozwolił Kaczkowskiemu na realizowanie zamiaru wydania wojskowo-lekarskiego czasopisma⁸.

W następstwie klęski powstania nastąpiło nie tylko zamknięcie Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego i Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk, a w Wilnie uniwersytetu, ale także impas w wydaniu polskich czasopism lekarskich.

Lekarze polscy byli jednak żywotni. Po kilku latach w 1837 r. zainicjowali w Warszawie wydawanie „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, w ślad za którym zaczęły się ukazywać dalsze czasopisma. W

Wilnie natomiast, nie chcąc publikować w języku rosyjskim, w 1838 r. ogłosili w języku łacińskim rocznik pt. „Collectanea Medico-Chirurgica”.

Przypisy

1. S. Koźmiński: Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z lat 1837–1876. Warszawa 1877 s. V.
2. A. Wrzosek: Rzut oka na rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego ze szczególnym uwzględnieniem pięćdziesięciolecia „Przeglądu Lekarskiego”. Przegląd lekarski, 1911, t. 50, nr 28, s. 440.
3. W. Zahorski: Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w Wilnie w XIX stuleciu. Wilno 1924 s. 5.
4. Pozwolenie na druk pierwszego numeru w dniu 22 maja 1830 r., drugiego numeru – 21 czerwca 1830 r., trzeciego numeru – 23 września 1830 r., czwartego numeru – 13 stycznia 1831 r.
5. W. Zahorski, tamże.
6. J. W. Chojna: Piśmiennictwo lekarskie związane z epidemią cholery na ziemiach polskich w czasie powstania listopadowego. Archiwum Historii Medycyny, 1981, t. 44: nr 2, s. 143–144.
7. K. Kaczkowski: Odezwa do P.P. Lekarzy Wojskowych. Dziennik powszechny Krajowy, 1831, nr 202, s. 1119 z 24 lipca.
8. S. Konopka: Karol Kaczkowski, jego prace i projekt wydawania pisma wojskowo-lekarskiego. Lekarz Wojskowy, 1935, 26, nr 8, s. 505–506.

KRZYSZTOF GRZEGORZ JEZIORSKI

**Rozwój wiedzy embriologicznej
w warszawskim środowisku medycznym a ewolucjonizm (1859 – 1939).**

*Pracownia Historii Nauk Medycznych Instytutu Historii Nauki,
Oświaty i Techniki Polskiej Akademii Nauk*

Jedną z konsekwencji opublikowania w 1859 r. dzieła Charlesa Darwina „On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favored races in the struggle for life” („O powstawaniu gatunków drogą doboru naturalnego, czyli o utrzymywaniu się doskonalszych ras w walce o byt”) było powstanie ewolucjonizmu – nauki nie tylko integrującej wiele dziedzin przyrodniczych, lecz także stanowiącej jakby filozofię przyrodoznawstwa. Ewolucjonizm bowiem, jak rzadko który kierunek przyrodniczy, przyczynił się do rozwoju wielu dyscyplin. Wystarczy tylko wymienić botanikę, zoologię, anatomię porównawczą czy interesującą nas tutaj embriologię. Prawdą jest także i to, że dyscypliny te poprzez swój rozwój ugruntowały ewolucjonizm.

Zagadnienia ewolucjonizmu od początku stały się przedmiotem zainteresowania środowiska medycznego. Wiązały się one także z rozwijającą się wiedzą dotyczącą rozwoju zarodkowego organizmów, czyli embriologią. Nie należy bowiem zapominać, że aczkolwiek większość środowiska lekarskiego zajmuje się medycyną kliniczną, to jednak związek ostatniej z embriologią jest w wielu przypadkach bardzo ścisły. Wystarczy tylko wspomnieć o ginekologii, pediatrii czy też onkologii, gdzie w oparciu o prawa embriologii starano się tłumaczyć powstawanie nowotworów. Odpowiedź na pytanie, w jaki stopniu teorie ewolucji przyczyniły się do rozwoju embriologii, czy ich wpływ odegrał tu znaczącą rolę, czy też były to teorie czerpiące impulsy z rozwijającej się wiedzy w zarodku – jeżeli idzie o polskie środowisko lekarskie pozostaje sprawą otwartą. Treścią niniejszego artykułu jest analiza wpływu ewolucjonizmu, w tym zwłaszcza darwinizmu na rozwój warszawskiej embriologii w latach 1859 – 1939, a także ustalenie, czy zależność rozwoju ewolucjonizmu

i rozwoju warszawskiej embriologii miała charakter jednostronny czy też obustronnej zależności, tj. czy ewolucjonizm i embriologia wzajemnie warunkowały swój rozwój w badanym okresie, czy też rozwijały się niezależnie od siebie.

Temat artykułu zakłada, że badaniem objęte jest warszawskie środowisko medyczne. Celowo zamiast terminu „lekarskie” użyto słowo „medyczne”. Podobnie jak obecnie, również w analizowanym okresie środowisko medyczne składało się nie tylko z lekarzy, lecz także farmaceutów, biologów, chemików i in. – wszystkich, którzy mieli związek z medycyną. Jest to tym bardziej zrozumiałe, że w początkowym okresie katedry zajmujące się embriologią istniały głównie przy wydziałach lekarskich i zatrudniały nie tylko lekarzy.

Zawężenie tematyki badawczej do Warszawy wynika z kilku powodów. Po pierwsze, profesorowie i wychowankowie Szkoły Głównej Warszawskiej byli pierwszymi polskimi badaczami, którzy zrozumieli epokowe znaczenie teorii Darwina i stali się jej pierwszymi wykładawcami i popularyzatorami. Charakterystyczna dla Warszawy jest poza tym społeczna recepcja ewolucjonizmu, a zwłaszcza darwinizmu w drugiej połowie XIX wieku uwarunkowana nie tylko czynnikami naukowymi, lecz także szeroko rozumianymi czynnikami światopoglądowymi jak np. stosunkami społecznymi, gospodarczymi, religią, które przedstawiały się odmiennie w każdym z zaborów. Na szerszą recepcję darwinizmu w Warszawie istotny wpływ miały dokonujące się w Królestwie Polskim przemiany gospodarcze, zwłaszcza rozwój przemysłu i związane z tym powstanie środowiska robotniczego. Bezrobocie, ruchy strajkowe lat osiemdziesiątych XIX wieku będące konsekwencją kryzysu ekonomicznego, sprawiły, że robotnicy podatni byli na hasła socjaldarwinizmu. Ponadto na łamach niektórych czasopism m.in. „Przeglądu Tygodniowego” i „Prawdy” publikowane były w latach 1882 – 1900 artykuły propagujące teorię Darwina i podejmujące polemikę z socjaldarwinizmem jako fałszywą interpretację teorii Darwina. Stąd Warszawa była nie tylko pierwszym polskim ośrodkiem naukowym, w którym rozpoczęto wykłady teorii Darwina i jej popularyzację, lecz także pierwszym miastem polskim, gdzie darwinizm znalazł najsilniejszy oddźwięk społeczny. Był to również ośrodek naukowy, w którym dynamicznie zaczęła się rozwijać embriologia.

Należy także podkreślić, że na początku lat sześćdziesiątych XIX wieku zaczęto w Warszawie pomału wprowadzać nowe metody badań medycznych i przyrodniczych. Wiązały się one m.in. z osobą Henryka Hoyera, który

stworzył „warszawską szkołę biologiczną”, z której wywiedli się tacy wybitni uczeni jak Waław Mayzel, Józef Nusbaum i Edward Strasburger.

Temat pracy określony jest cezurami: 1859 i 1939. Cezura początkowa wynika z faktu opublikowania w 1859 r. dzieła Charlesa Darwina „O powstaniu gatunków”. Dla warszawskiego środowiska medycznego data ta jest ważna także z innego powodu. W roku tym rozpoczął wykłady z fizjologii i histologii w Akademii Medyko-Chirurgicznej Henryk Hoyer. Wspólne wykłady z obu tych przedmiotów prowadzone już były wcześniej przez Antoniego Kryszkę i Wiktora Szokalskiego, lecz obaj ci wykładowcy w swoich wykładach praktycznie nie uwzględniali histologii. Rozwój histologii, z której wkrótce wyodrębniła się embriologia, nastąpił po przybyciu do Warszawy Henryka Hoyera. Cezura końcowa wynikająca z faktu wybuchu II wojny światowej zamyka okres rozwoju warszawskiej embriologii, w którym szczególnie rolę odegrał Uniwersytet Warszawski. Cezura ta ma także głębokie uzasadnienie naukowe. W latach trzydziestych XX wieku powstały fundamentalne prace, które stworzyły podwaliny pod rozwój syntetycznej teorii ewolucji. Jednakże wówczas ewolucjonizm syntetyczny był jeszcze koncepcją jednostronną nie uwzględniającą osiągnięć innych dyscyplin, zwłaszcza biogeografii i systematyki. Włączenie tych dyscyplin do ewolucjonizmu nastąpiło na początku lat czterdziestych, zwłaszcza w związku z pracami Huxleya „The new systematics” (1940 r.) i Mayra „Systematics and the origin of species” (1942 r.). Można zatem uznać, że rok 1939 zamyka pewien okres w rozwoju ewolucjonizmu.

Okres pomiędzy tymi dwoma cezurami obejmuje 80 lat. Dynamiczny rozwój nauki obserwowany pod koniec XIX i na początku XX wieku sprawił, że odmiennie kształtowały się relacje obu dyscyplin – ewolucjonizmu i embriologii i na końcu okresu objętego tymi cezurami. Dlatego wyróżniono dwa podokresy: 1859–1915 i 1916–1939. W roku 1915 stanowiącym końcową cezurę dla pierwszego okresu, a dokładnie 15 listopada 1915 r. nastąpiło przełomowe w życiu Polaków, nie tylko zamieszkujących Warszawę, wydarzenie – uroczyste otwarcie polskiego Uniwersytetu. Z kolei w roku 1916 stanowiącym początkową cezurę dla drugiego okresu powstał Zakład Histologii i Embriologii Uniwersytetu Warszawskiego.

W artykule wykorzystano materiały pochodzące z 24 czasopism z lat 1859–1939 oraz 9 dzieł powstałych w tym okresie. Analiza tych materiałów pozwala na wysnucie pewnych wniosków. W latach 1859–1915 w warsza-

wskim środowisku medycznym można było dostrzec współzależność rozwoju ewolucjonizmu i wiedzy embriologicznej. Wpływ ewolucjonizmu w rozwoju embriologii wyrażał się w: 1) powstaniu prac z zakresu embriologii porównawczej, 2) poszukiwaniu analogii między rozwojem rodowym i zarodkowym i podjęciu w związku z tym badań nad wczesnymi etapami embriogenezy, zwłaszcza nad zapładnianiem, 3) zainteresowaniu ewolucyjnymi aspektami rozmnażania i rolą doboru naturalnego w istnieniu różnych form rozrodczości i podjęciu w związku z tym badań nad partenogenezą.

Rozwój embriologii porównawczej w latach 1859–1915 dokonywał się zarówno za sprawą artykułów poglądowych jak i oryginalnych. Przykładami artykułów poglądowych powstałych w omawianych okresach mogą być artykuły Jana Tura: „Z zagadnień mechaniki rozwoju” (1), „Metameria zarodków ssących” (2) czy „W sprawie metametrii pierwotnej mózgowia u ptaków” (3) oraz artykuł Felicji Pożarskiej „Kilka prób określenia kierunku pierwszej bruzdy podziału w jajach” (5). Powyższe artykuły świadczą nie tylko o recepcji poglądów zagranicznych uczonych ale także o krytycznym stosunku warszawskich badaczy do wielu publikacji zagranicznych. M.in. we wspomnianej pracy Jana Tura „W sprawie metametrii pierwotnej mózgowia u ptaków” autor krytycznie odniósł się do poglądów Charlesa Hilla uważającego zaburzenia rozwojowe – metameryzację mózgowia ryb i ptaków za zjawisko fizjologiczne, które wg Tura było zjawiskiem teratologicznym.

To, co odgrywa decydującą rolę w rozwoju nauki, to oczywiście prace oryginalne. Prace takie powstawały w warszawskim środowisku medycznym i należy tu podkreślić szczególny wkład wzmiankowanego powyżej Jana Tura, który wiele wniósł do rozwoju nauki światowej. Przykładami jego wkładu w rozwój embriologii porównawczej w badanym okresie są prace: „Przyczynki do embriologii porównawczej ptaków” (5), „Sur la ligne primitive dans l'embryogénie le *Lacerta ocellata* Daud” (6) oraz „O tworzeniu się blastodermy indyka”. W pierwszej z wymienionych prac Jan Tur wykazał, że węzeł pierwotny ptaków jest strukturą homologiczną z węzłem zarodkowym gadów, a więc wykazuje charakter palingenetyczny. Z kolei w drugiej z wymienionych prac Tur wykazał istnienie u przedstawiciela gadów *Lacerta ocellata* smugi pierwotnej znanej dotychczas wyłącznie u ptaków i ssaków. Wykazał w ten sposób pokrewieństwo rozwoju gadów z innymi kręgowcami, co w poszukiwaniu związków filogenetycznych odgrywa istotną rolę.

Jak wspomniano powyżej, wpływ ewolucjonizmu w rozwoju warszawskiej embriologii wyrażał się także w poszukiwaniu analogii między rozwojem rodowym i zarodkowym i podjęciu w związku z tym badań nad wczesnymi etapami embriogenezy, zwłaszcza nad zapłodnieniem. Szczególną rolę w rozwoju tego kierunku odegrał Wacław Mayzel. Zawdzięczamy mu współodkrycie obok Strasburgera i Blütschliego zjawiska kariokinezy a także analogię procesu zapładniania u zwierząt i roślin. Swoje odkrycia zawarł on w pracach „O szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder w komórkach nabłonkowych” (8), „Dalszy przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych” (9), „O pierwszych zmianach w jajku zapłodnionym i o podziale komórek” (10) – pracach opublikowanych w latach 1875–1878. Aspektem fizjologicznym procesu zapładniania poświęcona była praca Białoszewicza i Błędowskiego opublikowana w 1915 r. pt. „Wpływ zapłodnienia na oddychanie jaj”. W pracy tej autorzy wykazali, że w niezapłodnionej komórce jajowej potrzeby energetyczne są minimalne, wzrastają natomiast w komórce zapłodnionej w związku z dynamicznym rozwojem zarodka.

W analizowanym okresie obok prac oryginalnych dotyczących zjawiska zapłodnienia powstawały również prace pogładowe. Prace te publikowane były głównie we „Wszechświecie” a ich autorami byli m.in.: Tur, Berent, Kulwiec, Błędowski. W pracach tych doszukać się można nie tylko wpływu teorii Darwina, która inicjowała badania tłumaczące zjawiska życiowe od początku powstania organizmu aż do śmierci, ale także wpływu teorii podarwinowskich, głównie neolamarckowskich: Naegelego i Eimera eksponujących procesy fizyczne i chemiczne w rozwoju zarodkowym i rodowym.

Powstanie i recepcja teorii Darwina sprzyjały zainteresowaniu uczonych ewolucyjnymi aspektami rozmnażania i rolą doboru naturalnego w istnieniu różnych form rozrodczości. Konsekwencją tego było m.in. podejmowanie badań nad partenogenezą. Aby uświadomić sobie związek tego kierunku embriologii z ewolucjonizmem należy odwołać się do współczesnych badań z zakresu ewolucjonizmu. Upraszczając można stwierdzić, że zasada doboru naturalnego sprowadza się do tego, że osobniki lepiej przystosowane do warunków środowiska mogą przetrwać pozostawiając płodne potomstwo, a więc przekazując korzystne geny następnym pokoleniom. Aby dobór naturalny mógł działać, osobniki w obrębie gatunku muszą wykazywać się zmiennością genetyczną. Możliwość ta jest stworzona poprzez rozmnażanie płciowe, gdyż mejoza i zapłodnienie nie są środkiem gromadzenia i rozdzielania

informacji genetycznej wniesionej do populacji przez jej członków, co warunkuje właśnie zmienność genetyczną. Wiadomo także, że rozmnażanie bezpłciowe nie sprzyja powstawaniu zmienności. Fakt ten w zestawieniu z rzadko występującymi mutacjami w liniach rodzicielskich ogranicza możliwości przystosowawcze, a przy zmianie warunków środowiska może doprowadzić do wymarcia populacji. Aczkolwiek rozmnażanie płciowe jest wyższą ewolucyjnie formą rozrodczości, rozmnażanie bezpłciowe u niższych roślin i zwierząt może odgrywać istotną rolę, gdyż może być częścią cyklu rozwojowego gatunku rozmnażającego się płciowo, tzw. rozmnażanie zmienne. Na znaczenie zjawiska rozmnażania bezpłciowego – partenogenetycznego zwrócił uwagę w 1859 r. Jerzy Aleksandrowicz w artykule „O powstawaniu w roślinach zarodka bez poprzedniego zapłodnienia” (11). Nowatorstwo tej pracy polega nie tylko na tym, że Aleksandrowicz zwrócił uwagę na to, że partenogeneza może służyć zabezpieczeniu bytu gatunkowego, lecz także a może przede wszystkim na tym, że Aleksandrowicz wykrył zjawisko partenogenezy u roślin, dotychczas odkryte przez Siebolda u owadów.

Zjawisku partenogenezy poświęcone były także prace pogładowe publikowane we „Wszecławie” autorstwa Stefana Sterlinga „O partenogenezie sztucznej” (12), Jana Tura „Nowe badania nad dojrzewaniem jaj żabich i dzieworódtwem sztucznym” (13) a także innych autorów. W pracach tych autorzy zwracali uwagę na aspekty fizyko-chemiczne partenogenezy.

Jak wspomniano wcześniej, w latach 1859–1915 w warszawskim środowisku medycznym można było dostrzec współzależność rozwoju ewolucjonizmu i wiedzy embriologicznej. Wpływ embriologii w rozwoju ewolucjonizmu dostrzec można w : 1. powstaniu i rozwoju mechaniki rozwoju, 2. powstaniu i rozwoju teratologii.

Pod koniec XIX wieku nastąpił kryzys darwinizmu, głównie z powodu wątpliwości co do słuszności koncepcji dobra naturalnego. Powstały wówczas teorie antydoborowe charakteryzujące się w mniejszym lub większym stopniu nawrotem do witalizmu. Jest to zresztą fragment szerszego zjawiska obserwowanego pod koniec XIX wieku, jakim był renesans witalizmu. Stało się to za sprawą m.in. Emila Du Boisa Reymonda, Gustawa Fechnera oraz Wilhelma Ostwalda, którzy znajdowali trudności w interpretacji przyrody w duchu mechanicznym. Próbą pogodzenia mechanicyzmu z neowitalizmem była koncepcja Hansa Driescha, który akceptując podejście fizyko-chemiczne do interpretacji procesów

życiowych jednocześnie uważał, że żadna z zasad fizykochemicznych nie tłumaczy budowy organizmu. Stąd też wprowadził on pojęcie „pozafizycznej mocy” kierującej rozwojem zarodka i rozwojem filogenetycznym. Koncepcja ta została wykorzystana przez Wilhelma Roux, który w 1885 r. wprowadził pojęcie mechaniki rozwoju, w myśl którego dziedziczność i procesy ewolucyjne mogą podlegać doświadczalnemu sprawdzeniu. Kierunek zapoczątkowany przez Wilhelma Roux umożliwił badanie współzależności rozwoju filogenezy i ontogenezy, a także podjęcie badań eksperymentalnych. W ten sposób zapoczątkowane zostało w embriologii odejście od statycznej embriologii opisowej. Należy także podkreślić, że w powstaniu i rozwoju mechaniki rozwoju dostrzec można wpływy teorii antydoborowych uwzględniających nie tylko wpływ owej „pozafizycznej mocy” ale i czynników fizyko-chemicznych. Ten kierunek embriologii znalazł odzwierciedlenie w pracach warszawskiego środowiska medycznego zarówno w postaci artykułów poglądowych jak i oryginalnych prac naukowych. Prace te związane są głównie z osobą Jana Tura.

W 1900 r. opublikował on pracę pt. „Z zagadnień mechaniki rozwoju” (14) omawiającą ten nowy kierunek badań. Dwie inne prace: „Wpływ promieni radu na rozwój organizmów” (15) i „W sprawie działania teratogenetycznego radu” (16) są przykładami oryginalnego wkładu Jana Tura w rozwój tego kierunku. Przedmiotem badań obu prac był wpływ radu na rozwój organizmów. Był to zatem fragment większego problemu, jakim był wpływ czynników zewnętrznych na ontogenezę. Związek tych prac z ewolucjonizmem staje się wyraźny, gdy uświadomi się fakt, że filogeneza jest rezultatem historycznych modyfikacji ontogenezy dokonanych w kolejnych pokoleniach linii filogenetycznej. Stąd też poznanie praw rządzących ontogenezą może wyjaśnić prawa rządzące filogenezą. Badania Jana Tura nad wpływem promieni radu na rozwój organizmów są właśnie przykładem doświadczalnego badania ontogenezy. Trudno jest stwierdzić, co legło u podstaw zainteresowania Tura tą problematyką. Można domniemywać, że być może zapoznanie się z tzw. teoriami antydoborowymi – neolamarckowskimi eksponującymi rolę czynników zewnętrznych w filogenezie. Argumentem przemawiającym za tą hipotezą może być zbieżność czasowa powstania tych teorii i publikacji Jana Tura dotyczących tych zagadnień. Prace Jana Tura powstały na początku XX wieku, a większość teorii antydoborowych ogłoszona została w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XIX wieku.

Jak wspomniano powyżej wpływ embriologii w rozwoju ewolucjonizmu w warszawskim środowisku medycznym w badanym okresie wyrażał się także w powstaniu i rozwoju teratologii. Podobnie jak mechanika rozwoju także i ten kierunek badawczy był w Warszawie związany z osobą Jana Tura. Związek teratologii z ewolucjonizmem dostrzec można było już w samej definicji teratologii. W pracy zatytułowanej „O dziedziczeniu potworności” (17) Tur rozróżnił zjawiska patologiczne od teratologicznych. Uważał, że te ostatnie należy rozpatrywać jako przejaw zmienności, powodującej powstawanie wielu odmian, które mogą być utrwalone lub odrzucone przez dobór naturalny. Zjawisko to może mieć wg niego przebieg powolny lub dynamiczny. W tym drugim przypadku może stanowić materiał dla segregacyjnego działania doboru naturalnego. W innej pracy pt. „Czy potworność jest chorobą” (18) stwierdził, że teratologia wchodzi w skład nauki o zmienności, a nauka o rozwoju zaburzeń rozwojowych w połączeniu z embriologią prawidłową stanowić będzie jedną naukę o wszelkich możliwych drogach rozwoju organizmów.

Związek teratologii z ewolucjonizmem polegał także na próbie traktowania potworności jako atawizmów, które jak wiadomo stanowiły jeden z dowodów teorii Darwina. Mowa jest o tym w pracy Tura pt. „Co to są potwory? Ich historia i znaczenie” (19). W pracy tej stwierdził, że w potwornościach można odnaleźć elementy atawistyczne charakterystyczne dla cech morfologicznych bardzo odległych rodowo przodków. Tur odwołał się tutaj do Darwina, według którego potworności będące określeniem nieprawidłowości budowy organizmów i będące zazwyczaj szkodliwe lub niepożyteczne, są formami danego gatunku przechodzącymi w odmiany. Fakt, że w potwornościach doszukiwano się cech atawistycznych, Tur tłumaczył tym, że zarodek, w którym ukryte są cechy dziedziczenia nieskończonej liczby przodków zarówno bardziej jak i mniej odległych, pozostaje pod wpływem czynników zewnętrznych, które mogą powodować, że normalnie pojawiające się w trakcie ontogenezy krótkotrwałe i szybko przemijające cechy nawiązujące do budowy przodków mogą przestać mieć charakter fizjologiczny i pojawić się jako anomalia rozwojowa. Należy także podkreślić znaczenie metodologiczne teratologii umożliwiające odejście od koncepcji teleologicznej i doszukiwania się celowości w rozwoju onto- i filogenetycznym. Mowa jest o tym w artykule Jana Tura „Potwory bezpostaciowe” (20), w którym stwierdził, że teratologia to wielki protest przeciw pojęciom celowości w przyrodzie. Krańcowe formy

potworności – potwory bezpostaciowe są wg niego najsilniejszym argumentem przeciw wszelkim usiłowaniom rozpatrywania procesów rozwojowych na gruncie teleologicznym.

Wpływ teratologii na rozwój ewolucjonizmu w badanym okresie wyrażał się również we wskazaniu słabych stron teorii ewolucji. Mowa jest o tym w pracy Rabauda „Dążenia teratologii współczesnej” (21). Słabą stroną teorii Darwina było wg autora bardzo ogólne potraktowanie znaczenia zmienności w procesach ewolucyjnych. W opinii Rabauda Darwin nie rozpatrywał ani pochodzenia ani znaczenia zmienności w procesach ewolucyjnych, ograniczył się jedynie do zmienności występującej u osobników dojrzałych rozważając jedynie problem „pożyteczności” lub „niepożyteczności” danej cechy. Takie teleologiczne ujęcie zmienności było wg Rabauda błędne. Zmiany dokonujące się w okresie rozwoju embrionalnego mogą według niego być punktem wyjścia dla powstawania nowych gatunków. Zmiany te autor określił mianem ewolucji teratologicznej. Oceniając te poglądy z dzisiejszego punktu widzenia należy stwierdzić, że odegrały one znaczącą rolę w rozwoju ewolucjonizmu, gdyż przyczyniły się do odejścia od prawa biogenetycznego Haeckla (22) i utworzenia drogi koncepcji, że filogeneza jest rezultatem historycznych modyfikacji ontogenezy, dokonanych w kolejnych pokoleniach danej linii filogenetycznej (23).

Znaczenie teratologii w rozwoju ewolucjonizmu zawiera się także w tym, że opisowa strona zaburzeń teratologicznych może dostarczyć cennych informacji nie tylko na temat mechanizmów rozwoju zarodkowego ale i mechanizmów ewolucji. Warto w tym miejscu odwołać się do panującego w nauce na początku XX wieku kryzysu determinizmu i narodzin indeterminizmu. Powstanie na początku XX wieku fizyki kwantowej zachwiało obowiązującym powszechnie dotychczas w nauce postulatem determinizmu, w myśl którego każde zjawisko jest jednoznacznie i nieuchronnie wyznaczone przez ogół warunków, w jakich występuje, i wszystkie zjawiska podlegają prawidłowościom przyczynowym. Okazało się bowiem, że do mikroobiektów jakimi są np. atomy nie można stosować zasad przyczynowości w postaci zapożyczonej z mechaniki klasycznej i opartej na tradycyjnym stosowaniu pojęć współrzędnych danego układu mikroobiektu. Konstatacja ta zrodziła indeterminizm, który nie tylko wpłynął na rozwój fizyki, lecz stał się systemem filozoficznym, w myśl którego w rzeczywistości nie istnieją żadne ogólne ani powszechne i konieczne prawidłowości. Szczególną postacią indeterminizmu był indeter-

minizm statystyczny, według którego następstwo i współwystępowanie zjawisk są niejednoznacznie uwarunkowane, wyznaczone wyłącznie statystycznie. Zatem prawidłowości występujące w przyrodzie i społeczeństwie są prawidłowościami statystycznymi, będącymi przejawem działania prawa wielkich liczb. Innymi słowy można stwierdzić, że indeterminizm statystyczny umożliwia formułowanie pewnych prawd na podstawie analizy statystycznej przypadkowych zdarzeń. Koncepcja ta umożliwiła odejście od newtonowskiego opisu zjawisk przyrody, w myśl którego zwracano uwagę na typowe cechy badanego obiektu z pominięciem cech przygodnych poszczególnych przedmiotów.

Ścieranie się poglądów deterministycznych z indeterministycznymi mające miejsce w naukach ścisłych na początku XX wieku, w naukach przyrodniczo-medycznych dokonało się znacznie wcześniej bo w drugiej połowie XIX wieku za sprawą teorii ewolucji Darwina. Wielu współczesnych badaczy, m.in. Ernst Mayr (24) uważa, że znaczenie prac Darwina polega na ich walorach metodologicznych wyrażających się m.in. w tworzeniu i precyzowaniu pojęć doboru naturalnego, populacji itp., zwłaszcza zaś w zwróceniu uwagi na znaczenie dla procesów ewolucji losów pojedynczego osobnika i okoliczności przypadkowych (25). Fakt, że los gatunku jest funkcją losów poszczególnych osobników kształtowanych przez wiele okoliczności sugeruje znaczenie czynników przypadkowych w procesach ewolucji (26). Tak więc poznanie losów pojedynczego osobnika ma istotne znaczenie dla poznania mechanizmów ewolucji. Odnosi się to także do osobników o cechach teratologicznych. Znaczenie organizmów z zaburzeniami rozwojowymi dla ewolucjonizmu polega na wskazaniu okoliczności przypadkowych jako czynników zmieniających właściwości osobnika (27). Zatem opisowa strona zaburzeń teratologicznych może dostarczyć cennych informacji nie tylko na temat mechanizmów ewolucji, lecz także mechanizmów rozwoju zarodkowego. Zagadnienie to znalazło swoje odzwierciedlenie w pracach warszawskiego ośrodka naukowego, gdzie opisy zaburzeń rozwojowych były tematem wielu prac (28).

O odróżnieniu od okresu 1859–1915, w latach 1916–1939 rozwój warszawskiej embriologii przebiegał w znacznym stopniu niezależnie od rozwoju ewolucjonizmu. Jednakże w tym okresie dostrzec można pewne implikacje embriologii w rozwoju ewolucjonizmu. Wyrażały się one w: 1) powstaniu nowych kierunków badawczych: fizjologii i biochemii rozwoju zarodkowego,

2) kontynuowaniu badań nad partenogenezą, 3) kontynuowaniu badań z zakresu teratologii.

W okresie międzywojennym w embriologii europejskiej, w tym warszawskiej obserwowano powstanie i rozwój nowych kierunków badawczych: fizjologii i biochemii rozwoju. Włączenie tych dyscyplin do ewolucjonizmu nastąpiło dopiero po powstaniu syntetycznej teorii ewolucji, a więc po roku 1939. Należy jednak stwierdzić, że nie byłoby to możliwe, gdyby nie istniały wcześniejsze prace dotyczące tej problematyki – powstałe właśnie w okresie międzywojennym. Stąd też można przypuszczać, że kierunek badawczy embriologii, który umownie można określić jako fizjologiczno-chemiczny, odegrał istotną rolę w rozwoju ewolucjonizmu. Do rozwoju tego kierunku w znaczący sposób przyczyniło się warszawskie środowisko medyczne. Badania przemian chemicznych zachodzących podczas rozwoju zarodkowego podejmowane były w wielu pracach zwłaszcza Kazimierza Białaszewicza, Mieczysława Konopackiego i Mirosława Zielińskiego. Kazimierz Białaszewicz, kierownik zakładów: Fizjologii w Instytucie Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego i Fizjologii Zwierząt Uniwersytetu Warszawskiego był w Polsce pionierem badań z dziedziny fizjologii i biochemii porównawczej zwierząt. Przedmiotem szczególnego jego zainteresowania były przemiany mineralne i fizykochemiczne zachodzące w rozwoju embrionalnym kręgowców. Dał temu wyraz m.in. w pracach: „O roli katalizy w oddychaniu zarodków” (29), „O składzie mineralnym komórek jajowych” (30), „O przemianie tłuszczowej we wczesnym rozwoju żaby” (31) (praca napisana razem z Mincówną).

Wpływ czynników fizyko-chemicznych na rozwój komórki jajowej i zagadnienia biochemii rozwoju stanowiły przedmiot zainteresowania warszawskiego uczonego Mieczysława Konopackiego – Kierownika Zakładu Histologii i Embriologii Uniwersytetu Warszawskiego. Badania embriologiczne Konopackiego rzadko nosiły charakter statystyczny. Cechowało je podejście bądź eksperymentalne bądź porównawcze. Mieczysław Konopacki był pierwszym badaczem, który wprowadził w Polsce metody histochemiczne. Metody te zostały wykorzystane m.in. w jego pracy pt. „Z dziedziny mikromorfologii struktur chemicznych komórek płciowych i zarodków pewnych robaków i mięczaków” (32). Konopacki był także w skali międzynarodowej pionierem histochemicznych badań nad mikrometabolizmem rozwoju zarodka. Klasyczną pracą w tej dziedzinie była jego praca napisana razem z

Bronisławą Konopacką zatytułowana „Mikromorfologia przemiany materii w początkowych okresach rozwoju żaby (*Rana fuca*)” (33).

Fizjologiczny kierunek w embriologii reprezentowali w Warszawie m.in. Stanisław Przyłęcki, Kazimierz Białaszewicz i Mieczysław Bogucki. Badania pierwszych dwóch badaczy koncentrowały się głównie wokół wpływu zmian ciśnienia na rozwój zarodków (34). Badania Boguckiego dotyczyły głównie partenogenezy. Świadczą o tym jego prace „Badania nad dzieworództwem sztucznym jaj żaby płowej” (35), „Dalsze badania nad dzieworództwem sztucznym” (36) oraz „Z badań nad dzieworództwem doświadczalnym” (37). Prace te stanowiły niejako kontynuację prac prowadzonych w poprzednim okresie (lata 1859–1915). Można sądzić, że prace te przyczyniły się do rozwoju ewolucjonizmu. Badania bowiem nad rozwojem zarodka z niezapłodnionej komórki jajowej nie tylko przyczyniły się do wyjaśnienia istoty zapłodnienia, lecz także rzuciły światło na ewolucyjne aspekty rozmnażania płciowego.

Obok wymienionych powyżej prac doświadczalnych, w warszawskim środowisku medycznym pojawiały się także prace opisowe demonstrujące przypadki partenogenezy występującej u przedstawicieli różnych grup układu systematycznego. Z biegiem lat stwierdzono, że sztuczne dzieworództwo można wywołać u przedstawicieli niemal wszystkich grup zwierzęcych, nie wyłączając ssaków. Zenobia Zakolska w artykule opublikowanym w 1929 r., zatytułowanym „Przypadki partenogenetycznego podziału jaj w jajniku szczura” (38), nie tylko opisała zaobserwowane przez siebie zjawisko partenogenetycznego rozwoju szczurzych komórek jajowych, lecz także przytoczyła prace innych badaczy, którzy zaobserwowali dzieworództwo u innych przedstawicieli ssaków. W przeciwieństwie jednak do innych badaczy, którzy uważali, że partenogenetyczny podział jaj ssaków jest objawem degeneracji polegającej na fragmentacji komórki jajowej, której jądro komórkowe uległo chromatolizie, Zakolska uważała, że jaja ssaków podobnie jak jaja niższych kręgowców zdolne są do partenogenetycznego podziału. Należy stwierdzić, że zaprezentowany przez autorkę pogląd w zasadzie nie uległ zmianie we współczesnej embriologii. Aczkolwiek normalnie czynnikiem pobudzającym komórkę jajową do rozwoju jest plemnik, u przedstawicieli wielu grup zwierząt można zaobserwować dzieworództwo, które może być stałe (geograficzne, ekologiczne), cykliczne, okolicznościowe, przygodne.

Wpływ embriologii na rozwój ewolucjonizmu w badanym okresie wyrażał się także w kontynuowaniu badań z zakresu teratologii. Jak wspomniano

wcześniej, ten kierunek badawczy odegrał istotną rolę w poznaniu mechanizmów ewolucji zwłaszcza działania czynników przypadkowych. Podobnie jak w poprzednim okresie, również w okresie międzywojennym rozwój warszawskiej teratologii związany był z nazwiskiem Jana Tura i kierowanym przez niego Zakładem Anatomii Porównawczej Uniwersytetu Warszawskiego. Większość powstałych w okresie międzywojennym prac dotyczących tej problematyki była właśnie jego autorstwa. Zaslugą Tura było także rozbudzenie wśród swoich asystentów zainteresowania zagadnienia teratologicznymi, czego rezultatem były także i ich publikacje.

Znaczenie teratologii jako nauki zajmujące się zaburzeniami rozwojowymi było i jest niezwykle istotne dla medycyny. Z konieczności teratologia jako dyscyplina doświadczalna rozwijała się w oparciu o badania prowadzone na zwierzętach. Wysnuwanie wniosków odnośnie mechanizmów powstawania zaburzeń rozwojowych u ludzi dokonywało się w oparciu o szukanie analogii między zaburzeniami rozwojowymi stwierdzonymi w badaniach doświadczalnych a doniesieniami kazuistycznymi lekarzy. Nie zawsze jednak udawało się odnaleźć takie analogie, tym bardziej, że różne mogą być mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych u przedstawicieli różnych grup systematycznych. Niezwykle interesującą pracą rzucającą światło na powstawanie zaburzeń rozwojowych u ludzi była praca warszawskiego lekarza Józefa Steina „O wielkości absolutnej potworów podwójnych u ludzi” (39), w której autor wiązał powstawanie potworności podwójnych z nieprawidłowymi właściwościami komórek płciowych. Z kolei August Dehnel, długoletni asystent Jana Tura, badający zagadnienie powstawania jaj wielojądrowych doszedł do wniosku, że jaja takie powstają zarówno przez zlewanie się komórek jajowych jak i przez ich niezupełny podział. W pracy zatytułowanej „Badania nad rozwojem i genezą potworności złożonych u żółwia błotnego (*Emys orbicularis* L.)” (40) Dehnel udowodnił, że zjawisko powstawania potworności mnogich wiąże się z komórkami jajowymi o mnogim aparacie jądrowym.

Kolejnym argumentem na korzyść koncepcji wiążącej powstawanie potworności podwójnych z nieprawidłową komórką jajową było spostrzeżenie Tura określone jako „wzór Tura”. Badacz ten opierając się na przeprowadzonych przez siebie pomiarach wielkości potworów podwójnych zwrócił uwagę na fakt, że wielkość każdego z dwóch „komponentów” potwora podwójnego otrzymanego na drodze doświadczalnej jest dwukrotnie mniejsza od wymiarów (pojedynczego) zarodka w tym samym okresie rozwoju, natomiast wiel-

kość poszczególnych komponentów zarodka powstałego samorzutnie odpowiada w zupełności wymiarom prawidłowego pojedynczego osobnika. Spostrzeżenie to Tur wyraził we wzorze określającym wymiary tzw. układu wielotwórczego. Na przykład wielkość układu dwutwórczego w myśl tego wzoru wynosi: $2n - c$, gdzie n stanowi wielkość normalnego zarodka pojedynczego, a c wielkość części wspólnych. Aczkolwiek wzór ten Tur stosował wyłącznie do zarodków owodniowców, znalazł on potwierdzenie dla przedstawicieli innych grup systematycznych. M.in. Stanisław Bilewicz, asystent Jana Tura, stwierdził, że wzór ten da się zastosować do opisu zarodkowych potworów u kur. Mowa jest o tym w jego pracy „W sprawie wielkości absolutnej złożonych potworów zarodkowych” (41). We wspomnianej pracy Steina „O wielkości absolutnej potworów podwójnych u ludzi” autor wykazał, że wzór Tura da się zastosować także do opisu ludzkich potworów podwójnych.

Rozwój warszawskiej embriologii wyrażał się także w poznawaniu i opisywaniu nowo odkrytych zaburzeń rozwojowych. W pracy pt. „Nowa postać enenterii oraz zarodkowego ośrodka poronionego” (42) Jerzy Gallera opisał dwa zaburzenia rozwojowe: enenterię i utworzenie dodatkowego ośrodka rozwojowego. Z kolei w pracy „O sztucznym wytwarzaniu potworów platyneurycznych” (43) Jerzy Gallera przedstawił wyniki swoich badań nad doświadczalnym wywoływaniem platyneurii. Był on pierwszym badaczem, któremu udało się doświadczalnie wywołać to zaburzenie. Znaczenie tej pracy w rozwoju embriologii nie polega jednakże tylko na pionierskim doświadczalnym wywołaniu platyneurii, lecz także na wykazaniu specyficzności działania danego czynnika teratologicznego w powstawaniu danego zaburzenia rozwojowego. Wyniki bowiem wielu innych wcześniejszych badań doświadczalnych wskazywały, że jeden czynnik może powodować wiele różnych zaburzeń teratologicznych jak również dane zaburzenie rozwojowe może być wynikiem działania kilku różnych czynników teratogennych. Walor metodologiczny tej pracy polegał także na zwróceniu uwagi przez jej autora na istnienie pewnych barier limitujących rozwój teratologii. Gallera stwierdził bowiem, że wykazanie przez niego, że za pomocą dwutlenku węgla można z całą pewnością wywołać anomalię rozwojową w postaci platyneurii u zarodków pierwotnie prawidłowych nie rozstrzyga zagadnienia genezy potworności platyneurycznej występującej samorzutnie w przyrodzie. Konstatacja ta jest interesująca z punktu widzenia ewolucjonizmu, gdyż wskazuje, że nie wszystkie problemy

stanowiące przedmiot ewolucjonizmu i embriologii dadzą się wyjaśnić na drodze doświadczalnej. Gallera dał temu wyraz w krytyce niektórych prac doświadczalnych. Uważał, że celowo wykonywane różne zabiegi chirurgiczne, m.in. „brutalne, mechaniczne” jak określił niszczenie struktur zarodka często nie przedstawia z punktu widzenia teratologii żadnej wartości. Stąd też krytycznie odniósł się do prac doświadczalnych tych autorów, którzy przystępowali do prac teratologicznych bez zdania sobie sprawy z trudności technicznych, bez należytej znajomości embriologii prawidłowej zwierząt.

Podsumowując należy stwierdzić, że warszawska embriologia w badanym okresie nie odbiegała swoim poziomem i tendencjami rozwojowymi od poziomu i tendencji światowych i wносиła istotny wkład do nauki światowej.

Przypisy:

1. Tur J.: Z zagadnień mechaniki rozwoju. *Wszechświat*, 1900, t. 19, Nr 30, s. 473–475.
2. J.T. (Tur J.): Metameria zarodków ssących. *Wszechświat*, 1905, t. 24, Nr 22, s. 348–349.
3. Tur J.: W sprawie metamerii pierwotnej mózgowia u ptaków. *Wszechświat*, 1905, t. 24, Nr 22, s. 349–350.
4. Pożaryska F.: Kilka prób określenia kierunku pierwszej bruzdy podziału w rozwijających się jajach. *Wszechświat*, 1905, t. 24, Nr 4, s. 55–59.
5. Tur J.: Przyczynki do embriologii porównawczej ptaków. *Wszechświat*, 1901, t. 20, Nr 14, s. 223.
6. Tur J.: Sur la ligne primitive dans l'embryogénie de *Lacerta ocellata* Daut. *Anatomischer Anzeiger*, 1903, t. 23, Nr 8–9, s. 193–199.
7. Tur J.: O tworzeniu się blastodermi indyka. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1914, R. 7, Z. 8, s. 621–623.
8. Mayzel W.: O szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder w komórkach nabłonkowych. *Medycyna*, 1875, t. 3, Nr 45, s. 705–708.
9. Mayzel W.: Dalszy przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych. *Gazeta Lekarska*, 1877, t. 22, Nr 26, s. 428–432.
10. Mayzel W.: O pierwszych zmianach w jajkach zapłodnionych i o podziale komórek. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, 1878, t. 74, Z. 3, s. 593–602.
11. Aleksandrowicz J.: O powstawaniu w roślinach zarodka bez poprzedniego zapłodnienia. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, 1859, t. 41, Z. 1, s. 42–71.
12. Sterling S.: O partenogenezie sztucznej. *Wszechświat* 1906, t. 25, Nr 50, s. 743–746.
13. J.T. (Tur J.): Nowe badania nad dojrzewaniem jaj żabich i dzieworództwem sztucznym. *Wszechświat*, 1906, t. 25, Nr 28, s. 444–445.
14. Tur J.: Z zagadnień mechaniki rozwoju. *Wszechświat*, 1900, t. 19, Nr 30, s. 473–475.

15. Tur J.: Wpływ promieni radu na rozwój organizmów. Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, 1915, t. 8, s. 121–135.

16. Tur J.: W sprawie działania teratogenetycznego radu. *Wszechświat*, 1906, t. 25, nr 3, s. 39–40.

17. Tur J.: O dziedziczeniu potworności. *Wszechświat*, 1902, t. 21, Nr 52, s. 822–826.

18. Tur J.: Czy potworność jest chorobą? *Wszechświat*, 1905, t. 24, Nr 40, s. 625–628.

19. Tur J.: Co to są potwory? Ich historia i znaczenie. *Wszechświat*, 1899, t. 18, Nr 27, s. 417–421.

20. Tur J.: Potwory bezpostaciowe. *Wszechświat*, 1905, t. 24, Nr 3, s. 33–35.

21. Rabaud E.: Dążenia teratogenii współczesnej. *Wszechświat*, 1908, t. 27, Nr 22, s. 337–341, Nr 23, s. 359–365, Nr 25, s. 390–396, Nr 26, s. 407–412.

22. Prawo to mówi, że rozwój ontogenetyczny jest szybkim i skróconym powtórzeniem rozwoju filogenetycznego uwarunkowanym prawami dziedziczenia i przystosowania. Zob.: Kuźnicki L., Urbanek A.: *Zasady nauki o ewolucji*. Warszawa, 1967, t. 1, s. 313.

23. *Ibidem*, s. 319

24. Mayr E.: *The growth of biological thought*. Cambridge 1982.

25. O wpływie czynników przypadkowych na procesy ewolucyjne może świadczyć według Szarskiego pojawienie się cech pozbawionych właściwości adaptacyjnych. Sądzi on, że wpływ tych czynników na procesy ewolucji dokonuje się poprzez dodatnie sprzężenie zwrotne w działaniu doboru naturalnego powodujące wyzwolenie procesu ewolucji łańcuchowej. Warto podkreślić, że wpływ czynników przypadkowych na procesy ewolucji niekoniecznie musi dotyczyć cech, które nie mają znaczenia adaptacyjnego. Szarski przykładowo wskazał na możliwość wytworzenia się rasy partenogenetycznej wskutek przypadkowego zaburzenia wczesnych stadiów rozwojowych powtarzającego się w następnych pokoleniach. Zob. Szarski H.: *Mechanizmy ewolucji*. Warszawa, 1989, s. 170.

26. *Ibidem*, s. 171.

27. *Ibidem*, s. 26–27.

Szarski wśród czynników odpowiedzialnych za cechy organizmów wymienia: czynniki dziedziczne, warunki otoczenia oraz właśnie okoliczności przypadkowe. Według niego działanie przypadku jest konsekwencją mechanizmów rozwoju ontogenetycznego i ma charakter procesu samoregulującego się dzięki rozlicznym sprzężeniom zwrotnym ujemnym i dodatnim.

28. Librachówna S.: Szczególna forma potworności potrójnej w zarodku kurczęcia. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1915, R. 8, Z. 7, s. 568–574; Tur J.: O potworach podwójnych w stadiach wczesnych rozwoju kaczk. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1913, R. 6, Nr 6, s. 443–457; Tur J.: O normalnej asymetrii w rozwoju pola naczyniowego zarodków ptasich. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1915, R. 8, Z. 5, s. 311–318; Tur J.: Nowy przypadek potworności podwójnej zarodkowej kaczk. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1915, R. 8, Z. 6, s. 377–380; Tur J.: O pewnej nader powikłanej potworności podwójnej w zarodku kurczęcia. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III, 1915, R. 8, Z. 4, s. 242–246; Tur J.: O niektórych zboczeniach w embriologii kurczęcia. *Wszechświat*, 1901, t. 20, Nr 20, s. 313–315.

29. Białaszewicz K.: O roli katalazy w oddychaniu zarodków. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1926–22, t. 1, Nr 8, s. 1–12.
30. Białaszewicz K.: O składzie mineralnym komórek jajowych. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1926, t. 3, Nr 4, s. 1–17.
31. Białaszewicz K., Mincówna M.: O przemianie tłuszczowej i azotowej we wczesnym rozwoju żaby. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 11, s. 1–23.
32. Konopacki M.: Z dziedziny mikromorfologii struktur chemicznych komórek piciowych i zarodków pewnych robaków i mięczaków. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział IV Nauk Biologicznych, 1929, t. 22, Z. 7–9, s. 102–119.
33. Konopacki M., Konopacka B.: Mikromorfologia przemiany materii w początkowych okresach rozwoju żaby (*Rana fusca*). Sprawozdania z czynności i posiedzeń Polskiej Akademii Umiejętności, 1926, t. 1, Nr 3, s. 23–25.
34. Przyłęcki S.: Spadek ciśnienia osmotycznego i rola perwitelinu w jajach płazów. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Warszawskiego. Wydział III, 1917, R. 10, Z. 3, s. 323–347; Przyłęcki S. Zmiany ciśnienia osmotycznego w czasie rozwoju dzieworodnego zarodków rozwielitek (*Cladocera*). *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 4, s. 1–31; Przyłęcki S.: Zmiany ciśnienia osmotycznego w czasie rozwoju zapłodnionych jaj rozwielitek. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 10, s. 1–16; Białaszewicz K.: Wpływ ciśnienia osmotycznego na szybkość rozwoju zarodków. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 7, s. 1–14.
35. Bogucki M.: Badania nad dzieworódtwem sztucznym jaj żaby płowej. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 2, s. 1–12.
36. Bogucki M.: Dalsze badania nad dzieworódtwem sztucznym. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1921–22, t. 1, Nr 16, s. 1–12.
37. Bogucki M.: Z badań nad dzieworódtwem doświadczalnym. *Prace Instytutu im. M. Nenckiego*, 1926, t. 3, Nr 4, s. 1–25.
38. Zakolska Z.: Przypadki partenogenetycznego podziału jaj w jajniku szczura. *Folia Morphologica*, 1929, t. 1, Nr 2–3, s. 74–79.
39. Stein J.: O wielkości absolutnej potworów podwójnych u ludzi. *Folia Morphologica*, 1934/35, t. 5, Nr 1–2, s. 1–30.
40. Dehnel A.: Badania nad rozwojem i genezą potworności złożonych u żółwia błotnego (*Emys orbicularis* L.). *Archiwum Nauk Biologicznych Towarzystwa Naukowego Warszawskiego*, 1929, t. 2, Z. 2, s. 1–68.
41. Bilewicz S.: W sprawie wielkości absolutnej złożonych potworów zarodkowych. *Folia Morphologica*, 1929, t. 1, Nr 1, s. 59–68.
42. Gallera J.: Mowa postać enenterii oraz zarodkowego ośrodka poronionego. *Folia Morphologica*, 1934/35, t. 5, Nr 3, s. 159–170.
43. Gallera J.: O sztucznym wytwarzaniu potworów platyneurycznych. *Folia Morphologica*, 1935/36, t. 6, Nr 3–4, s. 203–249.

Marek Latoszek

PAMIĘTNIK LEKARZA Z SIERPNIA '80

Wprowadzenie socjologa

Publikowany w bieżącym numerze Kwartalnika Akademii Medycznej „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie”, nigdzie nie drukowany dotąd pamiętnik lekarza, nadesłany został na gdański konkurs „Wspomnienia z Sierpnia 1980”.*

Na konkurs ogłoszony w listopadzie 1980 roku przez Gdański Oddział Polskiego Towarzystwa Socjologicznego – nadeszło 277 relacji wspomnieniowych z całej Polski. Wśród nich znalazło się 5 pamiętników osób związanych ze służbą zdrowia (2 lekarzy, pielęgniarka, farmaceutka i student).

O wyborze tekstu „Obserwatora”, najciekawszego z wymienionych, zdecydowała także konwencja listów-sprawozdań, która wytrzymała próbę czasu, oddając, jak się wydaje, adekwatnie, struktury mentalne środowiska lekarskiego, a także pewne uniwersalne cechy etosu zawodowego. Dystans, jaki zachował wówczas autor wobec relacjonowanych wydarzeń, trafi zapewne lepiej w zapotrzebowanie dzisiejszego czytelnika, który też większą wagę przywiązuwać będzie do walorów literackich, wzbogacających wartość pamiętnika.

Lata 1980 – 1981 stworzyły dogodną sytuację, umożliwiającą badania konfliktu społecznego w jego aktualnej manifestacji i uwarunkowaniach. Biorąc pod uwagę charakter rozgrywających się wydarzeń, ich dynamikę i funkcję, jak również konkurencję innych badaczy faktów społecznych (dziennikarzy), oraz ograniczenia sił i środków jakimi dysponowaliśmy w badaniach, posłużyliśmy się metodą biograficzną**.

*) Trzy tomy materiałów oraz książka „Sierpień '80 we wspomnieniach” Red. M. Latoszek – znajdują się m.in. w zbiorach Gdańskiego Towarzystwa Naukowego.

**) Konkurs, w ramach Oddziału Gdańskiego PTS – zorganizowały i zrealizowały trzy osoby” Marek Latoszek, Janusz Iskiński i Piotr Ruszkowski.

Wybór tej metody wynikał także z dwóch, ogólniejszych przesłanek. Po pierwsze – przewidywaniem zapotrzebowania społecznego na pisanie wspomnień, które zazwyczaj pojawia się w takich burzliwych okresach historycznych, w tym przypadku dodatkowo wzmocnionego możliwością drukowania i prezentowania swoich doświadczeń z przełomowego okresu najnowszej historii Polski. Inicjatywa naukowa, jaką na tym tle był konkurs na wspomnienia sierpniowe, umożliwiała zatem spełnienie oczekiwań zwykłych ludzi, którzy uczestnicząc w wydarzeniach 1980 roku, mogli jednocześnie, opisując wycinek swej biografii, wnieść swój wkład w tworzenie socjologicznego dokumentu konfliktu społecznego i integracji społecznej zarazem; dokumentu, wolnego od dotychczas stosowanych praktyk reżyserowania wypowiedzi tak, aby spełniły funkcję apologetyczną.

Drugą przesłankę stanowiła możliwość nawiązania do istniejących w tradycji polskiej socjologii, wzorcowych niemal metodologii pamiętnikarskich, wypracowanych w okresie przedwojennym przez dwie szkoły, a mianowicie szkołę „współczynnika humanistycznego” – Floriana Znanieckiego i jego najbliższego współpracownika Józefa Chałasińskiego, oraz szkołę „ekonomiczno-materialną” – Ludwika Krzywickiego.

Wynikowy charakter biografii, obejmuje ważny ale zarazem bardzo krótki moment życia badanych, jak też fakt, że wspomnienia były spisane raczej na bieżąco, a jeśli retrospektywnie, to odnosiły się do wydarzeń zaistniałych niedawno, ukierunkowuje je przede wszystkim na sam przebieg strajków i pewne charakterystyczne prawidłowości, jako że dominują relacje robotników, którzy występowali zarówno w roli aktorów wydarzeń, jak też świadków, którzy uczestnicząc w wydarzeniach, opisywali je, tworząc dokument socjologiczny i historyczny.

Pozostając przy powyżej dokonanym rozróżnieniu, mamy przed sobą pamiętnik typowego świadka. Dla lekarza wówczas, sprawą podstawową, a zarazem sprowadzoną do wymiaru normalności, było spełnienie obowiązku niesienia pomocy ludziom w codziennej praktyce bez zakłóceń, niezależnie od sytuacji i okoliczności.

To, co jednak było wspólne dla części osób, występujących w roli świadka i wspólne dla roli uczestnika strajku – wyraża się w dążeniu dania świadectwa prawdzie w odpowiedzi na apel konkursowy, w ramach założonej współpracy „badacz – badany”. Zadanie, jakie sobie stawiał wówczas badacz, polegało na przeciwstawieniu prawdy o wydarzeniach, schematom propagandowym. Spo-

sób dochodzenia do niej przez uczestników strajków i obserwatorów, był różny; ci pierwsi, opisywali po prostu swój w nich udział, świadkowie natomiast mieli konstruować ją nie tylko z opisu własnych zachowań, lecz również w stopniu znacznie większym, niż aktorzy, wychodząc poza krąg obserwacji – sięgać do oficjalnych i nieoficjalnych środków przekazu.

Autor nie stawia sobie za cel „wypośrodkowanie prawdy” z rozbieżnych źródeł, unika tym sposobem złudzeń, jakie towarzyszyły wtedy wielu inteligentom. Dostrzega on bankructwo systemu, związane z jego niewydolnością i cyklicznymi kryzysami, a także możliwość uruchomienia przez władzę destruktywnych mechanizmów. Jeden z wątków pamiętnika „Obserwatora”, poświęcony jest demistyfikacji, wyidealizowanego przez stronę solidarnościową, społeczeństwa. Chociaż autor nie był uczestnikiem strajków, zresztą jako lekarz nim być nie mógł, a nawet starał się zachować programowy dystans wobec rozgrywających się wydarzeń, okazało się, że nie jest to możliwe, o czym świadczą jego przeżycia, do których w końcu przyznaje się.

„Obserwator” (Nr 93)

Lekarz

Szpital Wojewódzki w Gdańsku

Wykształcenie: wyższe oraz doktorat z medycyny

Wiek: 52 lata

WRESZCIE DO MKS-u DOŁĄCZYŁ NASZ SZPITAL

17–18 (niedziela–poniedziałek) sierpnia 1980 r.

(...)* Nie wiem, co Wy tam w tej centralnej Polsce w ogóle wiecie o tym, co się u nas dzieje. Jeżeli tylko to, co podają środki masowego przekazu – to raczej niewiele. Oczywiście, już z przemówienia Babiucha (dostatecznie płacziwego!) można się było zorientować, że dzieje się coś „grubszego”. Przyznać trzeba, że nasza lokalna prasa i lokalny program radiowy informują o wszystkim na bieżąco (w odróżnieniu od grudnia 1970 r. czy czerwca 1976 r.). No, ale trudno chyba byłoby udawać, że nic się nie dzieje, kiedy praktycznie całe życie w mieście jest zdezorganizowane. Od piątku rano (a właściwie – czwartku po południu) nie funkcjonuje komunikacja miejska. Sytuację ratuje kolejka elektryczna, ale też miała już przerwy w ruchu (w piątek przed południem nie jeździła). Od pierwszej chwili zrobił się „run” na sklepy spożywcze, momentalnie zaczęły ustawiać się kolejki, wykupowano wszystko co „podleci”. Wykupiono całą mąkę, sól, drożdże, najgorzej jest z chlebem.

W piątek i sobotę dostanie chleba było sennym marzeniem. Takich kolejek nie widziałem nawet chyba w czasie wojny. Nie przesadzam – 300–400 metrowa! Na szczęście miałem w domu parę puszek, w przeddzień akurat zdążyłem wykupić „biletowy” cukier, miałem też śledzie – tylko nie miałem chleba. Nagotowałem więc „sagan” makaronu i żywiłem się nim; dzisiaj (tzn. na trzeci dzień) udało mi się, nawet bez kolejki, dostać bochenek (w „Delikatessach”). Chleb ma naklejkę z piekarni w Świeciu – to miejscowość oddalona około kilkudziesięciu kilometrów od Gdańska – jest dosyć czerstwy, ale zjeść

* Autor przesłał listy, pisane na bieżąco w czasie od 17 – 31 sierpnia 1980 r. Nie dodając do nich ani słowa komentarza „ex post” – ograniczył się jedynie do usunięcia części osobistych, zaznaczając to w tekście.

się da. Sprowadzają nawet podobno z sąsiednich województw. Ale transport „leży”, bo brak jest benzyny (przed stacjami – kilometrowe ogonki, czeka się kilka godzin).

Do wczoraj w radiu i prasie mówiło się, używając pięknego eufemizmu, o „przestojach” w pracy „niektórych zakładów”. Dzisiaj, już bez ogródek, oficjalnie – mówi się o strajkach. Strajkują wszystkie stocznie, MPK (komunikacja), port (robotnicy przeładunkowi), Gdańskie Zakłady Środków Odżywczych, Rafineria. Ale nawet te zakłady, które nie strajkują, są zdezorganizowane, bo połowa pracowników nie ma czym dojechać do pracy. A w ogóle, to jest niedobrze... Wczoraj po południu (tzn. w sobotę) wydawało się, że sytuacja ulegnie trochę rozładowaniu. Podobno Komitet Strajkowy Stoczni Gdańskiej podpisał porozumienie z dyrekcją i 7 tysięcy stoczniovców miało wyjść do domu, zakończyć strajk okupacyjny i w poniedziałek rozpocząć pracę. Wyszli, ale nie wszyscy. Według oficjalnych komunikatów – część pozostała i „wiecuje”. Sytuacja robi się coraz bardziej napięta... ludzie boją się takich wydarzeń jak w Grudniu, boją się zapowiadanego na poniedziałek strajku powszechnego (wyobrażasz sobie? wodociągi, gazownie, elektrownie..) Radio Gdańsk nadaje dziś po południu komunikat, że powołana została komisja rządowa pod przewodnictwem wicepremiera Pyki – do rozpatrzenia wszystkich postulatów strajkujących. Wojewoda i I sekretarz KW opublikowali też dość „płaczliwy apel do ludności, nadany przez lokalne radio, za kilkanaście minut ma przemówić w lokalnym programie I sekretarz Fiszbach (odbiornik mam nastawiony stale na Gdańsk). Ludzie okropnie „wieszają psy” na Gierku. Że sam schował się, że boi się publicznie wystąpić, że „wypchnął na pożarcie” Babiucha... Nie zabieram tu głosu na tematy meritum sprawy. Jest chyba jasne, że szans na jakieś radykalne rozwiązanie sprawy, a tym bardziej na podwyżki płac – nie ma żadnych (zwiększenie inflacji). Przerażający jest jednak widok kompletnego bankructwa „systemu”, do którego tak łatwo doszło... Tramwaje nie wyjeżdżają na miasto i od razu wszystko się wali: chaos, dezorientacja, pustki w sklepach. Smutne i przerażające. A nasze władze sprawiają wrażenie miotających się rozpaczliwie i nie wiedzących w ogóle, co z tym zrobić. Dzisiaj, nasz Komitet Wojewódzki wystąpił do KC z postulatami: wprowadzenia kartek na mięso, zmiany polityki mieszkaniowej (na jaką) i obciążenia „kominów płacowych”. Cóż, szkoda, że w 1968 r. wyrzucono prawie wszystkich Żydów. Można by na nich zwalić winę – a tak to pozostają tylko „kłęski żywiołowe” – powódzie, susze itp. i tacy, co za

dużo zarabiają... Oby tylko nie doszło do rozruchów i rozlewu krwi! Przerwywam pisanie na pewien czas – chcę posłuchać przemówienia Fiszbacha i obejrzeć ogólnopolski dziennik TV.

(...) Już po przemówieniu. Też dość „płacziwe”, ale utrzymane w spokojnym tonie, nie do porównania np. z grudniowymi przemówieniami ówczesnych kacyków – Kociołka, Bejma... Tyle, że zaczynają się pojawiać niebezpieczne, choć sporadyczne na razie wzmianki o „obcych siłach”, „wrogich” itp. Skąd my to znamy?

W ogólnopolskim dzienniku TV, p. Bilik powiedział tylko bardzo krótko o utrzymujących się „przestojach” w zakładach pracy Trójmiasta i trwających rokowaniach.

(...) A przy tym wszystkim jest ładna pogoda. Dziś po południu opalałem się parę godzin na balkonie – słyhać stamtąd gwar dochodzący ze Stoczni, można rozróżnić nawet pojedyncze słowa.

Byłem wczoraj u B. Poszedłem ze stoikiem śledzi i butelką śmietany – w takich czasach nie wypada po prostu iść do kogoś z pustymi rękami. Tam, gdzie w domu jest parę osób, łatwiej jest „coś zdobyć”. Samotnym pracującym jest gorzej.

(...) Słuchałem przed chwilą zachodniego radia. Twierdzą, że obowiązuje blokada telekomunikacyjna Wybrzeża. Jeżeli to prawda, to moje poprzednie listy też już nie dotrą. Ciekaw jestem czym i jak dostanę się jutro do pracy?

18, VIII, poniedziałek – przed południem

Strajk trwa nadal. Do pracy dotarłem częściowo piechotą, częściowo kolejką elektryczną (od przystanku Politechnika). Według ostatnich (oficjalnych) wiadomości – w Stoczni Gdańskiej zostało parę tysięcy (ok. 2000?) strajkujących, którzy kontynuują strajk „solidarnościowy” z innymi zakładami. Od wczoraj obowiązuje zakaz sprzedaży benzyny dla prywatnych samochodów (rejestrowane w obcych województwach i obcokrajowcy mogą dostać tyle, żeby opuścić województwo). A tu za dwa dni ma się zacząć..Festiwal Sopotki! Natomiast luźniej zdecydowanie zrobiło się w sklepach. Rano w mojej dzielnicy pieczywo można było dostać bez trudności i kolejki, ludzie chyba już się „nasyčili” (kupowali po 3–5 bochenków), światło, woda i gaz też na razie są, ale co będzie dalej?

(...) Ciekaw jestem, czy będzie dzisiaj w domu jakaś poczta. Przy braku komunikacji trudno by się nawet dziwić, gdyby doręczyciele przestali roznosić listy. Na domiar – zepsuła się pogoda. Jest tak chmurno, że siedzę w swoim gabinecie przy zapalanej lampie. Ludzi w przychodni mało. Nie mają jak dojechać, kobiety zajęte są donoszeniem żywności dla strajkujących mężów i ojców. W sumie – w całym Trójmieście strajkuje już podobno 90 tysięcy ludzi! Zabrałem do pracy radio i jestem wciąż „na nasłuchu”... Zrobiłem kopię tego listu. Gdybyś go nie dostała, będę mógł Ci kiedyś osobiście go doręczyć. Szkoda, gdyby miał zginąć, może – poza osobistym – ma też i trochę „historycznego” znaczenia?

18. VIII, poniedziałek – po południu i wieczorem

Do domu wróciłem piechotą (ok. 5 km!). Stałęta (podobno od 12-tej) kolej podmiejska. Czy pociągi dalekobieżne kursują – nie wiem. Na dworcu tłumy ludzi, nikt nic nie wie, ale kiedy zobaczyłem, że kolejarze zaczynają wywieszać biało-czerwone flagi na budynkach stacyjnych, wiedziałem, że nie ma co już czekać, ni pytać, tylko na własnych nogach ruszać do domu.

Z ciekawości poszedłem drogą koło Stoczni. Na murach coraz więcej napisów, od takich niewinnych (nawet państwowotwórczych) do dość skrajnych („precz z partią i rządem” – sam czytałem). Na murze siedzą robotnicy, przeważnie młodzi, nieogoleni, wyglądający na zmęczonych; gdzieniegdzie powywieszane flagi narodowe, orły, transparenty z hasłami. Przed bramą główną (obok kolejki) – urna z napisem „na żywność dla strajkujących” – w środku trochę „setek” i liczne „pięćdziesiątki”.

Jeżeli kolej stanęła na dobrze, to jutro chyba wszystko się już rozsypie. Teraz już wiem na pewno, że tego listu – na razie przynajmniej nie dostaniesz, ale mimo tego piszę dalej – z kopią. W skrzynce listowej oczywiście nic nie było.

Jedno wreszcie mądre posunięcie władz: zamknięto dzisiaj sklepy monopolowe i wycofano wino ze spożywczych. Chyba jednak trochę za późno. Inna rzecz, że pijaków w zwiększonej ilości ani przedwczoraj, ani wczoraj – nie widziałem.

(...) Wysłuchałem komunikatu radiowego o 16.40. Wersja „oficjalna” – kolej stanęła „przejściowo”, ponieważ nieodpowiedzialne grupy celowo uszkadzały urządzenia hamulcowe. A więc – „wróg” i „sabotażyści”? A ci co

wywieszali flagi narodowe? Poza tym sytuacja bez zmian. Wszyscy nadal strajkują. Co będzie jutro?

19.VIII, 1980 – wtorek

Próbowałem wysłać ten list, ale na poczcie powiedziano mi, że nie ma sensu wrzucać go do skrzynki. W ogóle nie są opróżniane (rzekomo z powodu braku środków transportu). Jest pełna blokada telekomunikacyjna (a więc Wolna Europa mówiła prawdę!): nie przyjmuje się i nie ekspediuje listów, paczek, telegramów, nie przyjmuje zamówień na rozmowy telefoniczne, połączenia automatyczne są zablokowane.

(...) Kopię tego listu dałem J.B., która dzisiaj jedzie do Warszawy, z prośbą wysłania stamtąd. (...) Od tej chwili notuję już bez kopii – ciąg dalszy w „oryginalie” dostaniesz, kiedy będzie najbliższa okazja.

Strajk trwa i chyba się jeszcze rozszerzył. W zabudowaniach poczty (tej obok mnie, na Mickiewicza) – wartownicy z biało-czerwonymi opaskami na ramionach. Komunikacja miejska stoi. Jeżdżą tylko kolejki elektryczne, ale nieregularnie (wydaje się, że kolejarze chcą przez to pokazać, co mogliby zrobić... gdyby zechcieli).

„Oficjalne” komunikaty: 1) zabrakło definitywnie benzyny, sprzedają w ogóle tylko 3 stacje w całym Trójmieście, na ulicach coraz mniej samochodów. Co to w konsekwencji oznacza (transport do sklepów!) – wiadomo... 2) ogłoszono, że rzekomo można zamawiać rozmowy międzymiastowe. Chyba bujda, bo mnie (wczoraj co prawda) przyjąć nie chcieli.

Prezydenci miast – Gdańska, Gdyni i Sopotu – ogłosili orędzie do ludności. Praktycznie – bezradnie i płacząco. Przemówienie Gierka, wygłoszone w dniu wczorajszym zrobiło tylko „złą krew”: żadnych konkretów, a zakamuflowane – pogrożki...

Odwołano Festiwal Sopocki (ale w miejscowej prasie o tym ani słowa). Tak samo ani słowa o zakazie sprzedaży alkoholu. Wszędzie w sklepach napisy „stoisko nieczynne z powodu braku personelu” Co za głupota. Otrzymałem list od I. Szedł z Sopotu bardzo długo (cały tydzień), ale doszedł, to znaczy korespondencję, przynajmniej miejscową, jednak roznoszą.

(...) W dzienniku TV (ogólnopolskim) – pierwszy raz obszerny serwis wiadomości z Gdańska (nawet z wstawkami filmowymi). Strajkuje już całe Wybrzeże: Szczecin, Słupsk, Kołobrzeg, Elbląg. W Elblągu też stoi komuni-

kacja miejska. Kończą się (podobno) zapasy żywności w hurtowniach. Podobno komisja Rządowa, powołana do rozpatrywania postulatów stajkujących, nie podjęła dotychczas rozmów z utworzonym w sobotę Międzyzakładowym Komitetem Strajkowym; chcą rozmawiać tylko z poszczególnymi zakładami pracy.

20.VIII.1980 r. – środa (siódmy dzień strajku) – przed południem

(...) Kontynuuję ten list-sprawozdanie, nie wiedząc kiedy będę mógł go wysłać, kiedy go przeczytasz? (...) dzisiejsze wiadomości poranne: otrzymałem jednak list od Ciebie! Datowany: S... 16 VIII, Gdańsk – 19 VIII. Może dlatego doszedł, że „ekspres”? Wciśnięty był do przegródki „zwroty”. A więc jednak w tę stronę coś dochodzi...

(...) U nas sytuacja, niestety, bez zmian. Strajk trwa dalej. Do pracy dostałem się pół – piechotą, pół – kolejką elektryczną, czym wrócę, nie wiem. Na ulicach zaczyna już być coraz luźniej, wyraźnie już widać skutki braku benzyny. Znikają taksówki. Ciarki przechodzą na myśl, co będzie, jak „wysiądzie” transport (dostawy do sklepów). Ludzie są zmęczeni, zniecierpliwieni. W naszej pracy* – ostre pogotowie. Domyślasz się, co to oznacza...

Na dobitkę zbulwersowała dzisiaj nas wszystkich wiadomość o tej strasznej katastrofie kolejowej pod Toruniem (do chwili obecnej 69 trupów).

(...) Poczta, ta obok mnie (w Urzędzie Miejskim) – zamknięta. Kartka na okienku, że „z powodu braku personelu” (strajkują? nie mają czym dojechać do pracy? kto wie?).

(...) Jest teraz godzina 11-ta. Wziąłem znów ze sobą radio. W lokalnym programie nadają tylko krótki komunikat (wielokrotnie), że od godziny 21⁰⁰ dnia wczorajszego toczą się rozmowy pomiędzy komisją rządową a przedstawicielami 17 strajkujących zakładów. Nie wiadomo, czy reprezentują je poszczególne delegacje, czy wspólny Komitet Strajkowy. Z tym ostatnim wczoraj rozmawiać nie chciano (tak w każdym bądź razie relacjonowała Wolna Europa, podobno rzecznik prasowy Interpressu oznajmił to dziennikarzom zagranicznym). Powód: za dużo w nim (Komitecie) członków KOR-u, a żądania mają charakter polityczny, nie ekonomiczny (zniesienie cenzury, uwolnienie więźniów politycznych itp.). W przychodni pusto. Pacjentów prawie że nie ma, jedynie trochę dzieci u pediatry.

* Służba zdrowia

Tegoż dnia, po południu

(...) W skrzynce był drugi list... (...) Co zrobić, żeby Ci jakoś przesłać wiadomość. Pytałem dzisiaj na poczcie dworcowej. Owszem, mogą list przyjąć, nawet polecony, ale nie dają żadnej gwarancji, że wyruszy gdzieś w drogę. Brak transportu.

„Po cichu powiedzieli, że wrzucanie do skrzynki zostawianie u nic nie ma sensu. Może zginąć. Ale do nas jednak listy przychodzą! (...) w ogóle jest już chyba jesień. Dzisiaj zaledwie 18⁰C (rano było 10⁰C), chmurno, zimno. Prognozy pogody i inne – złe!

(...) Na biurku nastawione na lokalny program i włączone „na stałe” radio. Od kilku godzin nadają tylko krótkie komunikaty – „apele” do komitetów strajkowych, żeby „odcięły” się od „nielegalnych organizacji” (KOR-u!) oraz komunikat, że w ciągu dzisiejszego popołudnia Rząd przedłoży swoje decyzje odnośnie do zgłoszenia postulatów. Jakie? Nie wiadomo. Zwraca uwagę słowo „decyzje”, a nie na przykład propozycje. No, oby nie musiał ich zmieniać... I oby nie doszło do rozlewu krwi, do „braterskiej pomocy” (wiadomo – skąd...).

(...) Jesteśmy już tu wszyscy zestresowani, napięci tą ciężką, trwającą od tygodnia sytuacją, zmęczeni i pełni złych przeczuć...

21.VIII.1980 r. – czwartek (ósmy dzień strajku) – przed południem:

O godzinie 10⁰⁰ trochę „na wariata” wrzuciłem do skrzynki na dworcu list. Może dojdzie?*

Strajk trwa. Od wtorku wieczór trwają rzekome rozmowy komisji rządowej pod przewodnictwem wicepremiera Pyki z przedstawicielstwami poszczególnych zakładów pracy. Na razie – bez efektu. Komisja odmawia rozmów z Międzyzakładowym Komitetem Strajkowym pod pretekstem, że w skład jego wchodzi ludzie spoza zakładów pracy (przedstawiciele KOR-u!). Radio nadal nadaje apele o „odcinaniu” się od KOR-u i innych „nielegalnych organizacji” podaje się do wiadomości, że za udział w strajku, o ile nie naruszone zostało prawo, nikt karany nie będzie...

Poczta obok mojego mieszkania nadal nie przyjmuje żadnych przesyłek ani wpłat pieniężnych. Twierdzą, że nie mają możliwości transportu. Natomiast

pocza na Dworcu Głównym – przyjmuje! „Panienska z okienka” robi zdziwioną minę na moje pytanie: „Ależ tak, przyjmujemy...”. W tym samym okienku wczoraj inna panienska odmówiła mi przyjęcia listu... Ryzykuję i nadaję polecony do I. oraz wrzucam do skrzynki (nie wydaje się przepełniona) list do I. Czy i kiedy dojdą? Nie wiem...

Pada deszcz, jest zimno. Stoczniovcy na murze i w bramach (widać ich doskonale z okien kolejki i z peronu przystanku) wyglądają na zmarzniętych, zmęczonych i głodnych... O godz. 14⁰⁰ w lokalnym programie przemawia wicepremier Jagielski. Według tego co mówił, bardzo krótko zresztą, został mianowany przewodniczącym Komisji Rządu do rozpatrywania postulatów robotniczych i dzisiaj przyjechał na Wybrzeże. Podał tylko szczegóły techniczne (nazwiska ministrów i wiceministrów, którzy będą prowadzić rozmowy w poszczególnych branżach). Nie podał, z kim będą rozmawiać! A co z komisją wicepremiera Pyki? Nic nie wiadomo.

W mieście – gdyby nie wyraźnie zmniejszona liczba samochodów – brak jakichkolwiek oznak istniejącego stanu rzeczy. Kolejki w sklepach „unormowały” się i są mniej więcej takie, jak zawsze: głównie w mięsny, jarzynowych (przyszły węgierskie arbuzy i brzoskwinie!). Nie widać w ogóle pijanych! (od 4 dni nie ma już w sprzedaży alkoholu, nawet piwa!). Wszyscy jednak są poddenerwowani, podminowani, łatwo dochodzi do scysji.

W „kadłubowej” co prawda formie, ale odbywa się jednak – wbrew poprzednim pogłoskom – Festiwal Piosenki w Sopocie. Ludzie są tym raczej oburzeni. Transmisji jednak (na szczęście?) wczoraj nie było, podobno ma być dzisiaj? Ciekawe jaka będzie publiczność? Czy tylko przyjezdni i „oficjele”? Zobaczmy w telewizji, jeśli dojdzie do transmisji.

Tegoż dnia wieczorem

Koszmarna pogoda! Sztorm, deszcz, zimno – jak tu jutro dostać się do pracy? Przed chwilą radio podawało wiadomości o burzy w Warszawie. 3 ofiary śmiertelne, 30 rannych, pozrywane dachy i linie wysokiego napięcia... Trzeba przyznać, że Gierkowi wszystko naraz wali się na głowę! Radio Warszawa i TV ogólnopolska przestały się już „krępować” (wreszcie!) i podają pełny serwis informacyjny z Wybrzeża. Wydaje się nawet (choć brzmi to paradoksalnie), że pewne rzeczy – trudności zaopatrzeniowe, straty gospo-

darki – podkreśla się celowo, a nawet przesadnie (!), żeby „obrzydzić” strajkującym społeczeństwu?

Wyjaśniła się sprawa z Jagielskim. Po prostu – Pykę odwołano (nie zdał egzaminu?), a na jego miejsce wyznaczono Jagielskiego. Starszy „rangą” („pełny” członek Biura Politycznego, a nie zastępca), ma już poza tym doświadczenie z „gaszeniem” strajku lubelskiego. Na razie jednak nic się nie zmieniło. Nadal Komisja Rządowa nie uznaje Komitetu Międzyzakładowego i chce rozmawiać tylko z poszczególnymi zakładami. Stocznia Gdańska, która jest „wiodącym” zakładem strajkującym, nie zgadza się na to. Zobaczymy, co będzie jutro...

Wydaje się, że blokada pocztowa nie ma już (dla władz) sensu i chyba nie jest przestrzegana, kłopoty tylko są z ekspedycją i transportem przesyłek (brak samochodów, a właściwie – benzyny). Spróbuję jutro ten list wysłać bezpośrednio z dworca.

Nie zdecydowano się jednak transmitować Festiwalu. Chyba mądrze. Ciekawe, czy przy istniejących trudnościach komunikacyjnych – i fatalnej pogodzie – ktoś (z miejscowych) w ogóle na tę imprezę pójdzie (poza tymi, którzy muszą). Zdaje się, że robimy na tym kolejny kokosowy interes. Czy nie lepiej było w ogóle odwołać?

22.VIII.1980 – piątek (dziewiąty dzień strajku)

Sytuacja i pogoda nadal bez zmian (a tu – żniwa...). Do pracy dojechałem kolejką, dość sprawnie. Olbrzymie kolejki do kiosków po gazety (rozwożą tylko do kiosków na trasie kolejki, inne kioski, z braku transportu, po prostu w ogóle nie dostają).

Poranne komunikaty nie wniosły nic nowego. W mieście spokojnie, ale ruch (samochodowy) coraz mniejszy. W przychodni – pusto. Na dyżurach w szpitalu – też znacznie mniejsza liczba zgłoszeń. Nadal obowiązuje stan „ostrego pogotowia” (na przykład chirurgia nie przyjmuje w ogóle przypadkowych schorzeń przewlekłych i rezerwuje miejsca). Wysłałem do L. kolejny list z Dworca Głównego.

23.VIII.1980 r. – sobota (dziesiąty dzień strajku)

Zaopatrzenie w artykuły żywnościowe na ogół niezłe (chyba lepsze niż to podają środki masowego przekazu?). W „Delikatesach” we Wrzeszczu o godz.

14⁰⁰ kurczaki, komercyjne wędliny, makaron, dżemy, masło. Nie ma ryżu, cukru. Duże kolejki tylko do stoiska z wędlinami. Według komunikatów radiowych brak jakichś postępów w rokowaniach z komisją Jagielskiego.

W dniu dzisiejszym odbyło się podobne spotkanie służby zdrowia z wiceministrem drem Marcinkowskim. Ale kto o tym wiedział? Ani mnie, ani zresztą nikogo w naszej przychodni, nikt nie zawiadomił.

Wieczorem, o 19¹⁰, w Panoramie Gdańskiej (lokalny program TV) podano wiadomości, że dzisiaj o 20⁰⁰, w Stoczni Gdańskiej ma się odbyć spotkanie wicepremiera Jagielskiego z Prezydium Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego! A więc władze ustąpiły!?. (Do dzisiaj nie wyrażały zgody na inne rozmowy, jak z przedstawicielami poszczególnych zakładów pracy). W tejsz Panoramie migawki z Rafinerii Gdańskiej. Bardzo ostre wystąpienia robotników, ale niektóre – o antyinteligentkich akcentach! Na ogół najwięcej zarzutów pod adresem władz dotyczy nierówności w zasiłkach rodzinnych (MO, wojsko), sklepów komercyjnych, „Pewexów” (dla kogo??), kumoterstwa, bałaganu organizacyjnego.

24.VIII.1980 r. – niedziela (jedenasty dzień strajku)

Od wczesnych godzin rannych radio Gdańsk nadaje komunikat o odbytych wczoraj wieczorem rozmowach Jagielskiego z Prezydium Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego, przeprowadzonych na miejscu, w Stoczni Gdańskiej. W komunikacie podają pełną nazwę Komitetu i nazwisko jego przewodniczącego – Lecha Wałęsy. A więc władze skapitulowały!!! Komunikat jest poza tym bardzo lakoniczny, podaje jedynie, że wicepremier Jagielski ustosunkował się do 21 postulatów robotniczych, a Komitet z kolei uzasadniał swoje żądania. Rozmowy mają być kontynuowane (gdzie, kiedy – nie podano).

Radio RFN, które przypadkiem „złapałem” podawało, że między innymi Jagielski miał oświadczyć, że w Polsce nie ma więźniów politycznych. Sprzeciwiał się również powołaniu „niezależnych związków zawodowych” (co stanowi, zdaje się, jeden z głównych punktów żądań robotniczych).

Poza tym radio Gdańsk nadaje fragmenty wypowiedzi z różnych zakładów pracy (takich jednakże, które nie przerwały pracy – np. Zakład Elektroenergetyczny). Wypowiedzi robotnicze bardzo ostre, jeszcze przed paroma tygodniami nikt by sobie (publicznie) na takie nie mógł pozwolić (a i środki masowego

przekazu by nie nadały...). Wyłania się z tych wypowiedzi koszmarny po prostu obraz Polski i jej gospodarki... Czy nie było u nas chociażby jednej dziedziny, w której byłoby choć trochę porządku i rozsądku?

Tegoż dnia – po południu

Wicepremier Jagielski powrócił dzisiaj do Warszawy, gdzie ma się odbyć posiedzenie Biura Politycznego KC. Po złożeniu sprawozdania z dotychczasowych rozmów, ma powrócić na Wybrzeże i kontynuować rokowania ze strajkującymi. W spotkaniu w dniu wczorajszym wzięło udział 19 delegatów, członków MKS (prezydium Komitetu), a całość rozmów transmitowana była przez radiowęzeł stoczniowy. Podobno Jagielski zgadzał się na pewne zmiany w strukturze związków zawodowych, twierdził natomiast (i chyba słusznie), że dalsze podwyżki płac zwiększą tylko inflację.

Wieczorem

Nadzwyczajne wydanie dziennika TV – sprawozdanie z posiedzenia KC. Ogromne zmiany personalne! (w Biurze Politycznym, Rządzie). Ustąpienie premiera, przemówienie Gierka. Jak odbije się to na sytuacji strajkowej? Zobaczymy jutro...

„Wylecieli” z Biura Politycznego: Babiuch, Szydłak, Łukaszewicz, Wrzaszczyk i zastępcy członków: Pyka i Żandarowski.

Weszli: Olszowski (po półrocznej „niełasce” na stanowisku ambasadora w NRD) i Pińkowski (nowy premier) i zastępcy: Żabiński i Waszczuk. Bardzo duże zmiany na stanowiskach ministerialnych. Poza tym „wyleciał” Szczyński z Komitetu d/s Radia i Telewizji.

25.VIII.1980 r. – poniedziałek (dwunasty dzień strajku)

Rano olbrzymie kolejki przed kioskiem z gazetami. Nastroje wśród ludzi raczej umiarkowane. Starsi, którzy przeżyli już Październik i Grudzień, odnoszą się raczej sceptycznie do zmian personalnych. A strajk nadal... Do godzin wieczornych brak wiadomości o terminie wznowienia rozmów z komisją pod przewodnictwem Jagielskiego. Robotnicy podobno twierdzą, że nie chodzi im o nowego premiera, ale o nowy porządek i zmianę warunków życia.

Nadal trwa blokada telefonów, co w tej chwili stanowi podobno jeden z głównych punktów spornych w rokowaniach (zniesienie blokady jest wstępnym warunkiem efektywności rozmów, wysuniętych przez MKS). Jaki to w tej chwili jeszcze ma sens i komu na tym zależy? Jutro odbyć się ma nadzwyczajne zebranie CRZZ w sprawie zmian w funkcjonowaniu związków zawodowych. Zaopatrzenie, komunikacja – nadal bez zmian. Brak cukru, ryżu, kasz, trudności z masłem – reszta artykułów pierwszej potrzeby na ogół dostępna.

26.VIII.1980 r. – wtorek (trzynasty dzień strajku)

(...) Strajk trwa. Podobno od wczoraj wieczór zniesiono blokadę telefoniczną! Próbowałem połączyć się z Warszawą – sygnał po „0” już jest (poprzednio – cisza), ale po „022” – wciąż sygnał zajęcia. Dzisiaj lokalne gazety zamieściły skrót, a rozgłośnia Gdańsk nadała pełne sprawozdanie dźwiękowe ze spotkania sobotniego Prezydium MKS z Komisją wicepremiera Jagielskiego. Pierwsze „Wydanie” radiowe sprawozdania nadano podobno już wczoraj, ale mało kto o tym wiedział (brak było jakiegokolwiek zapowiedzi). Sprawozdanie radiowe, choć technicznie nie najlepsze – treściowo – rewelacyjne! Uderzający jest spokój i rozwaga wystąpienia robotniczych, zupełny brak demagogii, rzeczowość i realizm w przeprowadzeniu rozmów (choć wypowiedzi są może językowo nieporadne). Jagielski „trzymał się dzielnie”, ale chwilami „wił się jak piskorz”... Główny punkt kontrowersyjny: sprawa blokady telefonicznej (omalże nie doprowadziła do zerwania obrad). Dlaczego władze tak się panicznie boją informacji?? Przecież i tak cała Polska już wie, co się dzieje na Wybrzeżu... „Uniki” Jagielskiego w tej sprawie robią wrażenie niepoważnych. Inne jego wypowiedzi (z wyjątkiem spraw więźniów politycznych, których rzekomo nie ma) – rzeczowe, choć bardzo dyskusyjne.

(...) Dzisiaj o 11-tej wznowiono podobno rozmowy w Stoczni, o 12³⁰ poszedłem pod bramę nr 2 (gdzie gromadziło się najwięcej ludzi, żeby wysłuchać bezpośrednich wiadomości przez zainstalowane głośniki stoczniowego radiowęzła). Pod bramą tłumy ludzi. Niektórzy dość „dziwni”: korespondenci zagraniczni? – młodzi, ze świetnym japońskim sprzętem do filmowania i nagrywania. Ku mojemu zdziwieniu, wsiadają jednak do dość obskurnego samochodu z polską rejestracją. Niestety, głośniki nie działają

(dlaczego). Podobno rozmowy odbywają się w innej, nie zradiofonizowanej sali? Nagle wśród ludzi szum – wyszedł przewodniczący MKS-u Wałęsa. Młody jeszcze człowiek, na około 30–35 lat, z imponującym wąsem... Przemawiał krótko: „Obrady trwają, ze swojego nie ustąpimy”. Należy być spokojnym, „pracę zaczniemy dopiero, jak załatwimy to, co mamy załatwić”. Obiecał, że co pewien czas będzie przekazywał krótką informację do zebranych przed Stocznia. Jego wystąpienie powitano gromkimi oklaskami i próbami zaintonowania „sto lat”.

Na murach Stoczni mieszanina przeróżnych rzeczy, napisów, ulotek, transparentów. Rzeczy śmiesznych, czasem tragicomicznych i groteskowych, a zarazem takich, których nie sposób nie traktować poważnie... napisy, hasła, frywolne wierszyki i ... Święte Obrazy, portrety Papieża, udekorowane kwiatami i wieńcami. Biały Orzeł, flagi narodowe, piosenki na aktualne tematy. Projekt pomnika na cześć poległych w Grudniu stoczniovców (ciekawcy!) i uma przeznaczona na składki na ten cel...

Ludzie mówią głośno, nie krępują się już. Słyszałem głosy, że Gierek powinien ustąpić (nie czekając, aż go „zdejną”).

Radio Gdańsk (godz. 14) milczy, mimo obietnic w czasie poprzednich rozmów, że będą one bezpośrednio transmitowane.

Tegoż dnia – po południu

Przyszedł list (ekspres) od L. Wędrował 5 dni. Nadal (pisany 20.VIII) dowodzi, że „reszta Polski” wykazuje nieświadomość tego, co u nas naprawdę się dzieje i nie docenia zupełnie powagi sytuacji.

(...) O godz. 15¹⁵ Radio Gdańsk rozpoczęło nadawanie pełnego sprawozdania z dzisiejszych rozmów! Wrażenie niepoważnych (i niemądrych) kłamstw wywołują tłumaczenia wiceministra łączności odnośnie do łączności telefonicznej! Według wiceministra – blokada wywołana była rzekomo nadmiernym obciążeniem linii wskutek zwiększonej liczby rozmów. „Wyłączono” ją wczoraj wieczorem, ale ponowne spiętrzenie rozmów (?) wywołało konieczność „okresowego” jej włączenia. Najbardziej kontrowersyjny obecnie punkt to sprawa „wolnych” związków zawodowych. Czy to, co „oferują” władze (o ile byłoby prawdziwe!) nie spełnia właściwie postulatów robotniczych? Według strajkujących – nie. MKS domaga się powołania zupełnie nowych związków, uważając, że reorganizacja „starych” przy dzisiejszym stopniu ich kompromi-

tacji, nie ma racji bytu. Po bardzo burzliwej dyskusji ustalono, że powoła się „trójki” ekspertów do przedyskutowania raz jeszcze – w wyższym już gronie – tej sprawy. Na tym spotkanie zakończyło się, z tym że dalszy ciąg miał odbyć się wieczorem, radio jednak żadnego terminu po zakończeniu transmisji nie podało.

Tegoż dnia – późnym wieczorem

Ogólnopolski dziennik TV – istny „dom wariatów”! Na wstępie (jako pierwsza wiadomość!) – sprawozdanie z uroczystości kościelnych na Jasnej Górze – z zapowiedzią obszernych fragmentów kazania Prymasa Wyszyńskiego (zaraz po dzienniku). W trakcie dziennika z kolei – wystąpienie Ryszarda Wojny (odczytanie przez niego artykułu, który jutro ma się ukazać w „Trybunie Ludu”) – po prostu straszne. Ostrzegające i grożące strasznymi jakimiś konsekwencjami – dosłownie rozbiorem Polski (powołując się na „sytuację z końca XVIII wieku!”) – w wypadku „przekroczenia granic”, których przekroczyć nie wolno (sojusz z Rosją, udział Polski w Pakcie Warszawskim, zasady ustrojowe). Do tychże zalicza Wojna postulat dotyczący wolnych związków zawodowych, uznając go za „nierealny”. Sformułowania bardzo ostre, nieprzemyślane – wydaje się, że odniósł skutek wręcz odwrotny do zamierzonego („rozjuszą” i utwierdzą jeszcze bardziej w oporze strajkujących robotników). Chyba też pozbawione podstaw i po prostu głupie. W czasie relacji z pertraktacji z Jagielskim, wielokrotnie padały stwierdzenia, że nikt podstaw ustrojowych naruszać nie zamierza, a dyskusja była rzeczowa i absolutnie nie demagogiczna.

27.VIII.1980 r. – środa przed południem (czternasty dzień strajku)

(...) Jagielski pojechał znów podobno do Warszawy na zebranie Biura Politycznego (po instrukcje?). Sytuacja strajkowa bez zmian. Wczoraj „dołączył” (wreszcie!) do Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego nasz szpital (oczywiście przy utrzymaniu normalnej pracy). Wczoraj 12-osobowy Komitet „solidarnościowy”, z którego 3 osoby (na zmianę) mają brać udział w posiedzeniach MKS-u. Od wczoraj – o ile mi wiadomo – jest już w Stoczni dr. M. Przeprowadzono zbiórkę na żywność dla strajkujących (zebrano przeszło 10 tys. złotych). Zawiodła jednak zupełnie informacja – do godziny 12³⁰ ani ja, ani reszta pracowników przychodni nic o zebraniu nie wiedzieliśmy, a odbyło się ono o godzinie 14-tej.

Radio Gdańsk powtarza wciąż fragmenty wczorajszego kazania Prymasa Wyszyńskiego!! Miejscowa prasa relacjonuje wczorajsze obrady MKS. Przyznać trzeba, że lokalnej prasie brak jest takich akcentów (ostrzeżeń i pogróbek) jak w wystąpieniu Wojny.

O 11-tej rozmowa z p. X, powiązany z dość wysokimi „szczęblami” partyjnymi. Wojewódzkie władze oceniają sytuację jako bardzo groźną. Spodziewają się dalszych personalnych zmian na „szczytach” (zdjęcie Gierka). Uważają, że postulat o „Wolnych” związkach zawodowych jest – z punktu widzenia „sąsiada” nie do przyjęcia (w tej formie przynajmniej, jakiej aktualnie żądają robotnicy).

Radio Gdańsk nadaje więc na przemian kazanie Prymasa (dotychczas już 4 razy) i artykuł Ryszarda Wojny z dzisiejszej „Trybuny Ludu”. W zamieszczonych w „Trybunie” wczorajszym przemówieniu wycięto jednakże fragment o „rozbiórce” Polski... Mimo tego artykuł wysłuchiwany po raz drugi czy trzeci robi przynębiające wrażenie. Dlaczego, po co nadają? Stoczniovców tylko bardziej jeszcze utwierdzi w oporze, a społeczeństwo wprowadza w stan kompletnego załamania. Przecież to prawie ultimatum: przerwijcie strajk i wycofajcie żądania, bo inaczej staniemy się którąś tam z kolei republiką związkową... Insynuacje te są chyba bardzo na wyrost. Nikt dotychczas jeszcze nie zaproponował wystąpienia z Paktu Warszawskiego ani nawet z RWPG, nikt nie żądał zmiany ustroju. Ale sam już postulat „nowych związków zawodowych” jest – jak się okazuje – nie do przyjęcia, dla części przynajmniej „elity władzy” (nowe związki byłyby – w myśl założeń projektantów – niezależne od partii, a więc w mentalności jej przywódców – przeciwstawne jej!). Jak będzie usiłował wybrnąć z tego Jagielski, o ile dojdzie do wznowienia rokowań. Narazie na ich temat cisza. Są też i takie głosy, że nieustępliwość strajkujących jest sztucznie sterowana przez frakcję, która celowo chce nasilić konflikt do stopnia, umożliwiającego zdjęcie ze stanowiska Gierka i reszty jego popleczników. Zresztą, nawet bez takich dość mało prawdopodobnych supozycji głośno mówi się o tym, że na V Plenum, które w niedługim czasie ma się zebrać, Gierek ustąpi. Wszyscy mówią o Olszowskim jako następcy. Czy będzie to człowiek do zaakceptowania przez Breżniewa?

Tegoż dnia – wieczorem

W ogólnopolskim dzienniku TV zabrał głos redaktor „Polityki” Rakowski. Sens mniej więcej ten sam, co w przemówieniu Wojny, ale jakaż różnica w formie! Wypowiedź utrzymana w dużo spokojniejszym tonie, po prostu –

znacznie bardziej inteligentna, nie rozdrażniająca, ani nie szafująca tanimi pogroźkami, ale w końcu z tą samą myślą przewodnią. Trzeba skończyć z bałaganem i strajkami, bo inaczej dojdzie do ogólnego załamania i „zajmą” nas Rosjanie... Nowe strajki we Wrocławiu, Łodzi, Rzeszowie... W Warszawie znów poważny wypadek, wybuch gazu. Zniszczone mieszkania, 20 rannych.

(...) Jagielski podobno wrócił już do Gdańska. Przed chwilą podano przez radio, że będzie przemawiał w lokalnym programie o 22-giej.

(...) Przemówienie Jagielskiego bardzo spokojnie, pojednawcze, nacechowane chyba dobrą wolą wyjścia z impasu. Widać, że rządowi bardzo zależy na jak najszybszym rozwiązaniu kryzysu, że gotów jest pójść na bardzo duże ustępstwa (nawet w sprawach cenzury), ale nie chce (nie może?) zgodzić się na postulat wolnych związków zawodowych. Jagielski stwierdził, że w pozostałych 20 punktach postulatów spraw kontrowersyjnych w zasadzie nie ma (podał nawet terminy realizacji części z nich) – co do punktu pierwszego, określił stanowisko rządu jako widzące rozwiązanie w ramach naprawy „starej” struktury. Na szczęście powiedział jednak, że rokowania będą się toczyły dalej.

28.VIII.1980 r. – czwartek (piętnasty dzień strajku)

O 11 rano wznowienie obrad MKS-u z Komisją Rządową. Strajk trwa dalej... Wzrasta zmęczenie i napięcie nerwowe. Miasto jednakże jak gdyby się przystosowało: zaopatrzenie na ogół nie gorsze jak w ubiegłych dniach, kolejki do sklepów – też chyba nie dłuższe, samochody jakoś jeżdżą (choć rzekomo brak już całkowicie benzyny). Pojawiło się dużo rowerów (jak w Danii...). W skrzynce – reklamówka „Polfy” (!), a więc poczta jest roznoszona – od L. jednak brak wiadomości.

W dzisiejszej prasie (miejscowej) wczorajsze przemówienie Jagielskiego i komentarze co do „nierealności” żądań w sprawie 1-go punktu. Wygląda na to, że tu leży ta granica, której – wg. p. Wojny – przekroczyć nie wolno... A propos Ryszarda Wojny – komentarze wśród społeczeństwa na temat wycięcia zdania o rozbiórce Polski w wersji dla „Trybuny Ludu”: „nawet Wysokie Czynniki bały się puścić „to” na całą Polskę, choć (przez nieuwagę?) puściły w dzienniku TV...”. Ładny to przyjaciel, którym „straszy” się niesfornych obywateli... dzisiaj z kolei w „Głosie Wybrzeża” przedruk wystąpienia Rakowskiego, radio też nadawało jego powtórzenie.

Tegoż dnia – po południu i wieczorem

Wiadomości z Radia Gdańsk o 16⁴⁰: od 11–13 dyskutowano punkty 2, 3, 4 (cenzura, więźniowie polityczni, prawa strajkujących). Obecnie – od 17-tej miał być ponownie dyskutowany punkt 1 (nowe związki zawodowe). Radio nie podało, jak dotychczas, czy obrady będą transmitowane (odtworzone) w programie lokalnym.

Dziennik wieczorny TV: w lokalnym (Panorama) fragment rozmów Jagielskiego z MKS-em. W ogólnopolskim – powtórzenie jego przemówienia z ubiegłego dnia. W relacjach zagranicznych – identyczny komentarz TASS-a: „polska klasa robotnicza walczy o ład i przywrócenie normalnej pracy w Polsce”! Wystąpienie nowego przewodniczącego CRZZ – też w duchu ostrzeżeń przed przeciąganiem struny. Wszyscy – w sposób mniej czy więcej zakamuflowany „straszą” strajkujących tym samym: interwencją radziecką. Czy naprawdę nasze władze nie zdają sobie sprawy z absurdu i tragicznego zarazem aspektu takiego stawiania sprawy? (najlepszy rzekomo przyjaciel używany jako postrach!!!). Zachodnie radiostacje też mówią o rosnącym zaniepokojeniu Rosji (motyw „wrogów socjalizmu”, tzw. „określonych sił” itp.). Niedobrze! Za kilka dni rozpoczynają się manewry wojsk Paktu Warszawskiego w NRD...

(...) Rozmowy dzisiejsze podobno zakończyły się fiaskiem, Komentarze z „bratnich” krajów – coraz bardziej niechętnie, ostrzegające...

29.VIII.1980 r. – piątek (szesnasty dzień strajku)

Przed południem: w lokalnym programie radiowym krótki tylko komunikat o wczorajszych rozmowach MKS-u z Komisją Rządową. Według tego komunikatu nie omawiano ostatecznie spornego punktu 1-go, tylko punkty 2, 3 i 4, w których po „ostrej”, ale i „rzeczowej” dyskusji nastąpiło „zbliżenie” stanowisk. Nie zapowiedziano sprawozdania dźwiękowego z obrad. Strajk trwa nadal.

W prasie „zastanawianie” się, co dalej? Dyskretne propozycje „zawieszenia” (!) strajku, ponieważ dyskusja nad pierwszym punktem trwać może bardzo długo.

Relacja od bezpośredniego obserwatora obrad (dr R., który brał udział w posiedzeniu MKS-u jako delegat Komitetu Solidarnościowego): Rozmowy

zostały zawieszono bez ustalenia terminu ich wznowienia, wobec oświadczenia Komisji (konkretnie – wojewody), że nie jest ona w pełni przygotowana do prowadzenia merytorycznej dyskusji na temat 1-go punktu. Mimo oczekiwania – komisja po przerwie na teren Stoczni już nie powróciła. Stąd fiasko projektowanego uprzednio apelu do innych załóg robotniczych w Polsce o zaprzestanie rozszerzania akcji strajkowej (i zgłaszanie tylko solidarności z MKS-em!). Podobno trwają rozmowy ekspertów obu stron. Nastroje wśród społeczeństwa, w mieście, coraz bardziej napięte, nerwowe, nacechowane i lękiem i nadzieją. Od L. nadal brak wiadomości.

Wieczorem: w „Panoramie” gdańskiej trochę bardziej optymistycznych wiadomości. Podobno eksperci wypracowali jakąś kompromisową formułę, pozwalającą wznowić dyskusję nad pierwszym punktem. Nie podano jednak, kiedy zostanie ona wznowiona. W migawkach z zakładów pracy – reportaż z Kokoszek, gdzie robotnicy z Fabryki Domów stawali bardzo w obronie dyrekcji, zwolnionej niedawno prawie w całości przez Babiucha. Podobno zainteresowani o swoim zwolnieniu dowiadywali się z gazet (!), a powodem zwolnień było niewykonanie absolutnie nierealnego i narzuconego siłą planu... A więc – tak jak przed październikiem 56 r., jak przed grudniem 70 r. ... Wciąż cyklicznie, powtarzają się te same „błędy i wypaczenie”. Rację więc chyba mają stoczniowcy, że nie wierzą już w żadne obietnice i gwarancje i żądają dlatego własnych, nowych od podstaw i niezależnych od nikogo związków zawodowych?

W ogólnopolskim dzienniku TV – komentarze z „bratnich” krajów, utrzymane w coraz bardziej „ostrzegawczym” tonie – o „siłach antysocjalistycznych”, wrogach ustroju itp. Najgorsze chyba z Pragi („rozbijacka polityka w stosunku do ruchu związkowego”).

Wolna Europa z kolei, w przeglądzie prasy zachodniej, cytuje „Le Monde”, w komentarzu którego wysuwane są podobne podejrzenia, jakie słyszałem tutaj, w Gdańsku: że na „szczytach” władz partyjnych istnieje grupa, której należy na przewlekaniu konfliktu i zaostreniu go, aby doprowadzić do jeszcze radykalniejszych zmian w „elicie władzy”.

Co przyniesie nam jutro? Czym się to wszystko skończy?

30.VIII.1980 r. – sobota (siedemnasty dzień strajku)

Od rana zmienne, nerwowe nastroje. Rano – znów wielkie kolejki w sklepach, przed piekarniami, sklepami warzywniczymi (wczoraj rozpuszczo-

no pogłoski o mającym nastąpić – w razie zerwania rozmów – strajku generalnym). W pracy z kolei – pogłoski o mającym nastąpić lada chwila porozumieniu. Rzekomo miało coś o tym mówić dzisiaj radio zachodnie (nasze – jak zwykle – „nie nadaża”...). Pod Stoczną wyraźnie większa ciżba ludzi, czekają na coś?

W dzisiejszym „Głosie Wybrzeża” sformułowanie „członkowie MKS-u zostali poinformowani, że do uzgodnienia stanowisk obu stron w kwestii związków zawodowych – nie jest już daleko”. A więc może jednak?

W tymże „Głosie” nadawany już wcześniej przez radio idiotyczny komentarz redaktora Głębińskiego z USA – o rzekomej niechęci Amerykanów do zamieszania, wywołanego przez polskie strajki i związanej z tym „izolacji” (tak!!!) Polski na arenie międzynarodowej... Jak również z braku zainteresowania i „niezaangażowaniu” oficjalnych czynników na Zachodzie. A jednocześnie – nieomal na sąsiedniej kolumnie – pisze się „o rozpętanej kampanii oszczerstw sił imperialistycznych i wrogich elementów, inspirowanych przez określone koła na Zachodzie” (TASS). Gdzie logika? Jak długo jeszcze polscy dziennikarze, mimo tylu „nauczek” i doświadczeń, traktować będą polskiego czytelnika jak kretyna, debila, któremu wszystko można wmówić. czy tych ludzi nic i nikt niczego nie nauczy?

O 11-tej nie wytrzymałem nerwowo i pobiegłem pod Stoczną. Z daleka już – ogromne tłumy ludzi, częściowo już rozchodzące się, nastrój radości i ogromnego odprężenia. Podobno parafowano już porozumienie. Komisja rządowa zaakceptowała wszystkie 21 punktów, w tym i ten najbardziej kontrowersyjny, dotyczący powołania nowych związków zawodowych.

Szybko wracam do domu włączając „w biegu” radio. Gdańsk nadaje już sprawozdanie z ostatniej fazy rozmów.

O godz. 15-tej ma się odbyć V Plenum KC. Jagielski ma zreferować na nim osiągnięte porozumienie i wrócić jeszcze dzisiaj do Gdańska. Ustalono datę 30 IX jako termin ustalenia szczegółowych terminów realizacji ekonomicznych punktów porozumienia. Jagielski proponuje ogłoszenie tymczasowego komunikatu o zakończeniu strajku i przystąpieniu do pracy. Wałęsa potwierdza, że w poniedziałek praca ruszy, ale z wydaniem komunikatu chce wstrzymać się do chwili podpisania ostatecznego porozumienia. Apeluje też do wicepremiera o zwolnienie aresztowanych w Warszawie KOR-owców i wstrzymanie dalszych aresztowań. Widać, że Wałęsa obawia się jakichś zmian

– że np. plenum KC nie zatwierdzi porozumienia? Ostatecznie zdecydowano powstrzymać się z wydaniem komunikatu do powrotu Jagielskiego z Warszawy.

Ostatnie (???) – ale wciąż jeszcze bardzo napięte i nerwowe chwile strajku! Jak zareaguje ZSRR na to porozumienie. Wolne związki, prawo do strajku – czy będą to rzeczy do przejęcia przez „Wielkiego Brata”?

Godz. 13⁰⁰ – Radio w programie ogólnopolskim podało krótki komunikat o osiągnięciu porozumienia w sprawie przerwania strajku w Szczecinie i Gdańsku!!! A więc chyba nic się już nie zmienia! Jednak władze ustąpiły – w najbardziej dla nich kontrowersyjnym punkcie! Nie wierzyłem, szczerze mówiąc, w taki sukces. Sądziłem raczej, że dojdzie może do jakiegoś kompromisu – ale w oparciu o zachowaną w pełni strukturę związków.

Tegoż dnia – wieczorem

W wieczornym dzienniku TV uśmiechnięty „od ucha do ucha” Grzesz Woźniak podał już oficjalnie, że osiągnięto porozumienie V Plenum KC (które trwało zresztą bardzo krótko i tylko tą sprawą chyba się zajmowało) **zatwierdziło i zagwarantowało** osiągnięcie ustalenia MKS-ów i komisji Rządowych. Szczecin przystępuje już do pracy (komunikacja, przeładunki w porcie).

Według zachodnich radiostacji (z godz. 21-szej) – Jagielski powrócił już do Gdańska i kończy negocjacje ze stoczniovcami. Zostały jeszcze podobno do zredagowania dwa punkty porozumienia oraz końcowego komunikatu. Może powiedzą coś w ostatnim dzienniku TV. Nie wyłączam odbiorników i nie kładę się. Wciąż jeszcze nerwy! W dzienniku TV o godz. 22-giej spiker użył sformułowań: „porozumienie” w Szczecinie i „kompromis” w Gdańsku (!?). A więc **jeszcze nie koniec?** Jeszcze pozostały jakieś wątpliwości? Notuję już teraz wszystko na bieżąco, z godziny na godzinę...

Godzina 22⁴⁵ – Radio Gdańsk podało, że rozmowy nie zostały zakończone. Mają być kontynuowane w dniu jutrzejszym. Ostatecznego komunikatu dzisiaj nie podano. Wolna Europa – nowych wiadomości też nie podała, opatrując jedynie szerszym komentarzem dotychczasowe. Trzeba więc dalej czekać.

31.VIII.1980 r. – niedziela – osiemnasty (i ostatni) dzień strajku

A więc wciąż jeszcze **nie koniec**. O 9-tej Radio Gdańsk podało tylko, że wg „ich informacji” – dzisiaj toczyć się mają dalsze rozmowy z Międzyzakładowym Komitetem Strajkowym. Kiedy wreszcie się zakończy?

Radio włączone na III program. W zapowiedzi „60 minut na godzinę”, Jacek Fedorowicz powiedział krótko, że „ponieważ dzieją się dużo ważniejsze rzeczy niż te, o których oni gadają”, będą nadawać **tylko muzykę i piosenki**. Ładnie!

Dziennik TV o 11⁴⁵: Szczecin już pracuje, działa komunikacja. O Gdańsku nic nowego, poza tym, że „toczą się rozmowy”.

Dziennik radiowy o 16-tej: „W Gdańsku parafowano porozumienie” Co to oznacza? Czy jest to równoznaczne z podpisaniem ostatecznego porozumienia? Przerywają strajk niektóre zakłady w Elblągu – ale „Zamech” w całości jeszcze nie podjął pracy (może tylko niektóre wydziały).

W tym momencie włącza się Gdańsk. Obiecują natychmiastową transmisję z obrad, kiedy tylko zostaną one zakończone (oby wreszcie i pomyślnie!).

Godz. 16⁵⁵ **A więc wreszcie koniec...**

Przed chwilą radio Gdańsk nadało komunikat o osiągnięciu ostatecznego porozumienia i jego podpisaniu. Ogłoszono koniec strajku!

Czy jutro – po 18 dniach – powróci normalne życie? Miejmy nadzieję, że tak! W radiu przemawia Wałęsa, ogłasza zakończenie strajku i intonuje hymn narodowy.

Cała sala śpiewa. Jednocześnie nadaje sprawozdanie telewizja gdańska, ale niesynchroniczne (przesunięte w czasie) z radiowym. Może to i dobrze, bo mam jeszcze czas, żeby chwycić aparat fotograficzny i zrobić serię zdjęć z ekranu. Synchronizację zgrano dopiero o 17³⁵ – w trakcie przemówienia Jagielskiego „Nie ma przegranych i wygranych” – czy to rzeczywiście tylko prawda?...).

W ostatnim „etapie” Wałęsa siedzi między Jagielskim i Fiszbachem, a nie na przeciwko (jak w czasie obrad) – to chyba też coś znaczy... Na sali pełno korespondentów, naszych i zagranicznych – fotografują, filmują, nagrywają...

Koniec strajku! (i kroniki)

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE O PROFESORZE JANUARYM ŁAWECKIM



W dniu 31 grudnia 1991 roku zmarł po krótkiej chorobie prof. dr hab. med. January Ławecki, wieloletni pracownik Kliniki Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej w Warszawie, w ostatnich latach także dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych tej Akademii, człowiek wielce zasłużony dla blisko milionowej rzeszy chorych na cukrzycę w Polsce.

Profesor Ławecki urodził się 27 maja 1932 roku w Siedlcach i w tym mieście uzyskał świadectwo dojrzałości. Studia medyczne ukończył w Akademii Medycznej w Warszawie, otrzymując dyplom lekarza w 1955 roku. Po krótkim okresie pracy w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej i po odbyciu 2-letniej służby wojskowej – w 1959 roku rozpoczął pracę w ówczesnej III Klinice Chorób Wewnętrznych (obecnie Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej w Warszawie), początkowo jako wolontariusz, później jako zastępca asystenta, a od 1967 roku jako stały pracownik tej Kliniki, przechodząc w niej kolejne szczeble rozwoju nauczyciela akademickiego, związane z uzyskiwaniem specjalizacji, stopni i tytułów naukowych. Stopień dr n.med. uzyskał w 1969 roku na Wydziale Lekarskim

Uniwersytetu w Greifswaldzie w czasie 14-miesięcznego pobytu szkoleniowego w Instytucie Diabetologicznym w Karlsbergu (NRD), stopień dr habilitowanego w 1972 roku w Akademii Medycznej w Warszawie, zaś tytuł i stanowisko profesora nadzwyczajnego w 1985 roku w tejże Uczelni. Odbił kilka dłuższych staży szkoleniowych: poza wspomnianym już pobytem w Instytucie Diabetologicznym w Karlsbergu, przebywał przez rok (1966) w ramach stypendium Fundacji Humboldta w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem oraz również przez rok 1972/73 w ramach stypendium Fundacji Fogarty w Oddziale Metabolicznym Uniwersytetu w San Francisco. W 1977 roku przez okres 12 miesięcy był konsultantem Ministerstwa Zdrowia w Kuwejcie ds Organizacji opieki nad chorymi na cukrzycę w tym kraju w ramach programu realizowanego przez Klinikę.

Duża motywacja pracy oraz niezwykła pracowitość, dokładność, a także wyważony krytycyzm w ocenie własnych wyników badań sprawiły, że te staże przyniosły znaczące korzyści, zarówno jeżeli chodzi o osobisty rozwój profesora Ławeckiego, jak i Jego macierzystej placówki pracy w kraju. Dorobek naukowy profesora Ławeckiego obejmuje 86 artykułów i rozdziałów monograficznych oraz 91 opublikowanych komunikatów, łącznie 177 publikacji, z których 62 ukazały się w piśmiennictwie zagranicznym i międzynarodowym. Ich tematyka dotyczy różnych działów diabetologii, przy czym jako szczególnie oryginalne i ważne należy wymienić prace wyjaśniające mechanizm przeciwcukrzycowego działania pochodnych biguanidu, kompleksowe badania dotyczące czynności dokrewnej trzustki w cukrzycy i innych chorobach, oparte na radioimmunologicznym oznaczeniu wydzielanych przez ten narząd hormonów, którą to metodyką badań prof. Ławecki wprowadził jako jeden z pierwszych w naszym kraju jeszcze w połowie lat sześćdziesiątych, oraz badania właściwości immunologicznych insuliny. Stanowią one trwałą wkład w rozwój nauki cukrzycy w Polsce, znalazły też uznanie międzynarodowe. Duże praktyczne znaczenie miały również badania profesora Ławeckiego prowadzone we współpracy z krajowym przemysłem farmaceutycznym, czego wynikiem było wprowadzenie do terapii cukrzycy doustnego leku z grupych pochodnych sulfonylomocznika rodzimej produkcji, a także nowych preparatów insuliny. Wielokrotne nagrody JM Rektora macierzystej Uczelni oraz indywidualna nagroda Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej I stopnia w 1980 roku stanowiły w pełni zasłużoną formę uznania działalności naukowej profesora Ławeckiego.

Jako nauczyciel akademicki wypełniał profesor Ławecki wszystkie wynikające z tej funkcji obowiązki, służąc pomocą i doświadczeniem studentom i młodszemu kolegom. Był opiekunem ich specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych i diabetologii, promotorem przewodów doktorskich. Od 25 lat systematycznie prowadził wykłady na kursach doskonalących CMKP, w tym samodzielnie organizował coroczny kurs poświęcony leczeniu ostrych powikłań cukrzycy (śpiączek cukrzycowych).

Duże zasługi położył także w organizacji opieki nad chorymi na cukrzycę w Polsce. Będąc od 1975 roku konsultantem ds. cukrzycy Uzdrawiska Kołobrzeg, aktywnie przyczynił się do dalszego rozwoju tej dużej placówki leczenia uzdrowskiego cukrzycy, wielce pomocnej zwłaszcza dla chorych mieszkających z dala od specjalistycznych poradni cukrzycowych i szpitali akademii medycznych. Bardzo czynnie uczestniczył w organizacji nowoczesnej opieki nad tymi chorymi na cukrzycę, których stan zdrowia był szczególnie zagrożony przez tę chorobę: kobietami w ciąży, dziećmi, pacjentami niewidomymi wskutek retinopatii cukrzycowej. Sukcesy, jakie w tym zakresie osiągnięto, m.in. 10-krotne obniżenie umieralności noworodków matek chorych na cukrzycę, były także jego sukcesem.

Nie tylko wymienione pokrótce osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i medyczne sprawiły, że profesor Ławecki cieszył się wśród współpracowników i kolegów, a także pacjentów, bardzo dużym poważaniem i szacunkiem. Przyczyniły się do tego także cechy jego charakteru, opanowanie i umiejętność znalezienia właściwego rozwiązania nawet w bardzo trudnych sytuacjach, szczerą życzliwość wobec innych oraz pełen zrozumienia stosunek do powierzonych jego opiece chorych.

Przedwczesna, nieoczekiwana śmierć profesora Ławeckiego jest bardzo bolesną stratą dla wszystkich pracowników Kliniki, w której pracował, jest też wielką stratą dla polskiej medycyny, w tym w szczególności dla polskiej diabetologii, w której swoją pracą i osiągnięciami zapewnił sobie trwałe miejsce i pamięć.

Prof. dr hab. med. Artur Czyżyk

PIOTR KOWOLIK

Recenzja książki: Włodzimierz N. Jarygin (red.) –

Biologia – podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa 1991, PZWL, ss. 364, nakład – 20 tys. egz., cena 14 tys. zł.

Biologia należy do najszybciej rozwijających się dziedzin nauki. Integralnym składnikiem procesu dydaktycznego w szkole wyższej jest samodzielna praca studenta z podręcznikiem, skrypcem, w ogóle z literaturą naukową. Efektywność samodzielnego korzystania z literatury naukowej uwarunkowana jest zasadami, które postuluje metodologia pracy naukowej. Chodzi tutaj o tzw. stadia czytania:

- zapoznanie się z książką,
- pobieżne przeglądanie książki,
- czytanie orientacyjno-poznawcze,
- czytanie badawcze,
- czytanie krytyczne.

Książka ta nie jest typowym podręcznikiem podstawowym, tzn. takim jakim są np. podręczniki szkolne. Autorzy podręcznika poprzez dobór faktów oraz sposobów ich interpretacji przedstawiają czytelnikowi swoje poglądy na temat uwarunkowań oraz funkcjonowania życia. W wielu jej miejscach Autorzy nie tłumaczą omawianych zjawisk od początku i nie wyjaśniają znaczenie wielu używanych terminów, odwołując się do wiedzy wyniesionej ze szkoły średniej.

Cała książka podzielona została na dwanaście części, a w każdej da się wyróżnić rozdziały i podrozdziały. Oto tytuły części:

1. Etapy rozwoju biologii
2. Ogólna charakterystyka organizmu
3. Biologia komórki
4. Rozmnażanie
5. Genetyka
6. Biologia rozwoju

7. Problemy ewolucji
8. Antropogeneza
9. Wprowadzenie do nauki o biosferze
10. Wiadomości o neosferze
11. Elementy ekologii ogólnej
12. Wprowadzenie do ekologii człowieka.

Wiele problemów zostało tylko zasygnalizowanych, gdyż ich szersze omówienie nie mogło zmieścić się w ramach jednego podręcznika.

Niniejsza książka jest adresowana konkretnie do studentów medycyny. Można ją potraktować jako przewodnik ukierunkowujący pracę studenta nad przyswajaniem wiedzy oraz wdrażający go do samokształcenia. Pomocą może tutaj być zamieszczony skorowidz (str. 358–364).

Czego natomiast jest brak w podręczniku? Myślę, że każdy rozdział mógłby kończyć się krótkim podsumowaniem, wykazem literatury rozszerzającym dany problem oraz zadaniami kontrolnymi, które należałoby traktować jako propozycje do wykorzystania. Zadania mogłyby być pomyślane jako sugestie tematyczne do przeprowadzania ćwiczeń, mających służyć przede wszystkim wiązaniu teorii z praktyką. Mogłyby one także spełniać rolę testów ułatwiających kontrolę i samokontrolę oraz ocenę stanu wiedzy i rozumieniu problemów biologicznych.

Mimo tych krytycznych uwag trzeba docenić zalety. Podręcznik zawiera wiele tabel, schematów i rysunków. Pod względem edytorskim jest bez zarzutu. Wyrażam nadzieję, że zainteresowany biologią swego gatunku student medycyny znajdzie tu inspirację do samodzielnego poszukiwania rozwiązań problemów współczesnej biologii zarysowanych w książce.



ZA RZĄDÓW REKTORA FRANCISZKA CZUBAŁSKIEGO MÓWIONO, ŻE ...

W latach 1946 – 1950 dwudziestolatek Stefan Kruś był asystentem prof. Juliusza Zweibauma w Zakładzie Histologii i Embriologii. Pewnego wiosennego dnia Profesor powiedział asystentowi: „Będę w najbliższych dniach bardzo zajęty i prawdopodobnie zlecę Panu przeegzaminowanie kilku studentek ze stomatologii”. „Panie Profesorze, one są tak piękne, że może nie zdobędę się na obiektywność”. „Ma pan rację, człowiek nie jest z kamienia”.

Podał Stefan Kruś

OBYWATELU REDAKTORZE! (K.I. Gałczyński, koniec cytatu)

Koniec rozumu zaczyna się od utraty pamięci. Coś się gdzieś położy, już jutro nie wiadomo gdzie. Pojutrze zaczyna się szukać systematycznie, szuflada po szufladzie. Na dnie szuflady odkrywa się manuskrypty, które tam przetrwały 20 lat. Czyta się je, czasem ze wzruszeniem. Ofiarowuję Państwu i mój przypadkowo odnaleziony tekst i moje wzruszenie.

Wielu czytelników zna salę im. Ludwika Paszkiewicza w Anatomicum i pamięta wiszący tam portret Mikołaja Kopernika. Młodszy dopiero ją zobaczą. Gdybyśmy się na niej spotkali, słuchajcie uważnie wykładu, bo to jest istotne, ale potem wróćcie na chwilę do słów wypowiedzianych przeze mnie podczas odsłaniania portretu.

Panie Rektorze, Panie Dyrektorze, Szanowni Państwo!

Wystąpienie moje będzie się składało ze wstępu, części pierwszej i części drugiej. Każda z nich zawrze nutę ironii i trochę, znacznie więcej sentymentu. Proszę Państwa o zwrócenie uwagi głównie na sentyment.

Wstęp.

Zastanawiałem się, dlaczego właśnie ja zostałem wytypowany przez prof. Ostrowskiego do wygłoszenia tego przemówienia. Wydaje mi się, że powodem tego jest fakt, że niemal nigdy nie wypowiadałem się na wszelkich oficjalnych zebraniach. Prof. Ostrowski chciał zapewne zrekompensować Państwu brak okazji do słyszenia mojego głosu.

Mówienie o Koperniku jest rzeczą trudną, zwłaszcza w roku 1973. Trudno mi definitywnie ocenić efekty tego roku, ale w moim odczuciu Kopernik wyszedł z niego obroną ręką. Wbrew wysiłkom propagandystów w świadomości narodu pozostał jednak wielkim uczonym. Przyczynę tego upatruję w fakcie, że w okresie ostatnich czterystu kilkudziesięciu lat takich „roków” solennych było na szczęście tylko kilka, a w pozostałych mówili i pisali o

Koperniku nie ci, co chcieli uszczknąć coś dla siebie z paragrafu przeznaczonego na „Kopernika”, a ci, którzy albo szanowali go albo kochali. Tak czy owak, wysnułem wniosek, że w końcu roku kopernikowskiego powinno się mówić o Koperniku bardzo krótko, a może wcale.

Część pierwsza.

Jednym z takich lat, półsolewnym co prawda, był rok 1953. W tym właśnie roku został ogłoszony w „Problemach” artykuł o Koperniku. Nazwiska autora nie pamiętam, ale artykuł był piękny.

Czytałem go w Juracie tak, jak się czyta wiersze Gałczyńskiego. Autor opowiadał o starości Uczzonego, o tym, jak fałsz fanatyka odebrał Kopernikowi tę, którą najbardziej ukochał: Annę Schilling.

Jak łatwo możemy sobie wyobrazić, że oni rozmawiali ze sobą np. tak: Powiedz mi jak mnie kochasz. Różnie. Więc?

Kocham Cię w słońcu i przy blasku świec,

Kocham Cię w kapeluszu i w berecie,

W wielkim wietrze na szosie i na koncercie,

I gdy jajko rozłukujesz ładnie,

Nawet wtedy, gdy Ci łyżka spadnie...

(Annę Schilling, która była dla niego ważniejsza niż gwiazdy, traktat o monecie, kłopoty z Krzyżakami i pisanie recept)

W bzach i brzozach i w malinach i w klonach,

I gdy śpisz i gdy pracujesz skupiona

I wiosną, gdy jaskółka przylata.

A latem jak mnie kochasz? Jak treść lata.

A jesienią, gdy chmurki i humorki?

Nawet wtedy gdy gubisz parasolki.

A gdy zimą mróz posrebrzy ramy okien?

Zimą kocham Cię jak wesoły ogień,

Blisko przy Twoim sercu, koło niego.

A za oknami śnieg, wrony na śniegu.

(K.I. Gałczyński)

(pomyślcie jaki on był potem bardzo sam).

Tę część przemówienia uważam za hołd złożony Annie Schilling.

Drugim rokiem wartym wspomnienia jest rok 1938.

Rok ważny, jak każdy, w którym ukazała się jakaś książka Jana Parandowskiego. Tym razem były to „Trzy znaki Zodiaku” z krótkim opowiadaniem o małym Mikołaju Koperniku.

Posłuchajmy fragmentu.

„... Było zaćmienie słońca... Mikołaj Kopernik stał na tym samym miejscu, ma którym i dzisiaj stoi, tylko znacznie był mniejszy. Brakowało mu wysokiego piedestału i czterech wieków sławy. Zamiast sfery, którą dziś trzyma w lewej dłoni, związał w palcach trąbkę z papieru. Był to jego teleskop. Wieczorami przypatrywał się przez ową trąbkę gwiazdom. Niewiele się przez to widziało, ale wszyscy uczeni ówczesni nie mieli też lepszej lunety. Matka stale mu ją odbierała, bo spędzając wieczory na dziedzińcu przynosił do domu katar.

Drgnął, gdy mu kanonik położył dłoń na ramieniu.

Wuju – zapytał – co się stało? W domu ci powiem. Ziemię utwierdził Pan w środku. Jest ci ona jako kula wielka, zawieszona mocą bożą, stała i nieruchoma. Wokół tej naszej Ziemi jest powietrze, a nad nim ogień płonący i nieśmiertelny. Otóż chłopcze dokoła tej tu naszej ziemi jest jeszcze siedem sfer albo kół, niby obręcze jedne nad drugimi. A każda taka obręcz z przezroczystego kryształu, a po nich ślizgają się planety, inaczej ciała niebieskie: Księżyc najpierw, za czym Merkury, Wenus, Słońce, które jest większe od Ziemi, Mars, Jowisz i Saturn. A kiedy w onym ich biegu stanie się tak, iż Księżyc zajdzie między Ziemią a Słońcem, tedy następuje to, co było ninie: zaćmienie. Rozumiesz?

Dziękuję Jegomości. Jedno mi tak jakoś dziwno, iż ono Słońce, takie wielkie, takie jasne i takie...

powiedzieć nie zdołam..., ale jak go przed chwilą zabrakło, wszyscy o końcu świata mówili i zimno było zaraz..., że to Słońce biega około naszej małej a okrągłej Ziemi jako służka potulny.

Starszy Jędrzek położył bratu rękę na głowie:

„Nie frasuj się Niczko, ty już tego nie odmienisz.”

Część druga.

O Koperniku mało albo wcale. Już nic więcej o nim, albo tylko parę słów ale później. A o kim wobec tego? Ostatnią część, zgodnie z tradycją XVI wieku, nazwę „pochwałą Koperników”, będę więc mówił o Kopernikach. Oczywiście nie o tych licznych, znanych każdemu z nas osobiście, którzy się

za Koperników uważają, a o tych innych, mniej może narzucających się oku, których właśnie tylko otoczenie docenia i szanuje.

Najpierw dygresja. Czy Państwo wiedzą, co oznacza angielski wyraz „serendipity”? Jeżeli ktoś wie, niech zachowa milczenie, pozostałym wytłumaczę go w końcu mojego przemówienia.

Przytoczyłem fragment opowiadania o małym Koperniku, bo ilustruje on podstawową cechę badacza: umiejętność i odwagę zadawania pytań, wynikających z wad i niedostatków dotychczasowych interpretacji.

Zdolność obserwacji – każdy z nas wielokrotnie demonstrował studentom obrzęk płuc. Ileż razy wyciskałem z płuca płyn i mówiłem: cieknie jak z gąbki. Dopiero, kiedy doszło do nas, że ktoś zauważył, że bańki tego płynu utrzymują się dłużej niż bańki zwykłej wody, okazało się, że płyn rzeczywiście sączy się jak z gąbki ale posypanej proszkiem IXL. To proste spostrzeżenie było źródłem całej naszej wiedzy o substancji obniżającej napięcie powierzchniowe w pęcherzykach płucnych.

Odwaga zadawania pytań – u jednego i tego samego człowieka widzi się drobnokomórkowego raka oskrzela i cechy zespołu Cushinga. Czy istnieje zależność? Pozorny nonsens. A przecież takie pytanie doprowadziło do wykrycia wydzielania substancji o działaniu hormonu adrenokortykotropowego przez komórki raka.

Czy wiecie, co znaczy „serendipity”? Odkrycie przez przypadek.

Proszę Państwa, nie ma odkryć przez przypadek, bo tylko ludzie obdarzeni zdolnością obserwacji, skojarzeń i stawiania pytań mogą skorzystać z przypadków, które stoją również do dyspozycji tylu, tylu innych. I tymi słowami czczę i honoruję wszystkich większych i mniejszych odkrywców pod portretem jednego z największych.

10.12.1973
STEFAN KRUS

**Lista osób przyjętych na I rok
I Wydziału Lekarskiego
w roku akademickim 1992/93**

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Adamczyk Joanna | 32. Dubielis Anna |
| 2. Adamczyk Michał | 33. Dudek Iwona |
| 3. Alińska Agnieszka | 34. Dudzińska Katarzyna |
| 4. Ambroziak Maciej | 35. Dunikowska Edyta |
| 5. Badełek Małgorzata | 36. Dziubińska Agnieszka |
| 6. Barcińska Katarzyna | 37. Gabryszewska Anna |
| 7. Bareła Anna | 38. Gajos Dorota |
| 8. Bednarczyk Artur | 39. Gajowiak Beata |
| 9. Błachowicz Anna | 40. Giermasz Adam |
| 10. Błażewicz Joanna | 41. Gipsiak Tomasz |
| 11. Bochowicz Anna | 42. Gniadek Ewa |
| 12. Bogołowska Agata | 43. Gołyński Jacek |
| 13. Bogucka Maria | 44. Grabowska Monika |
| 14. Bojar Marzena | 45. Grodzicki Mariusz |
| 15. Brzeski Przemysław | 46. Grous Aleksander |
| 16. Ciecierski Rafał | 47. Grzeszczyk Jolanta |
| 17. Ciesielska Anna po url. zdr. | 48. Ilcewicz Magdalena |
| 18. Citak Katarzyna | 49. Ilnicki Michał |
| 19. Chrapowicki Eryk | 50. Jakubik Agnieszka |
| 20. Chruścielewska Magdalena | 51. Jankisz Radosław |
| 21. Chwalińska Aneta | 52. Jankowska Justyna |
| 22. Czerwonka Renata | 53. Jaroń Bernard |
| 23. Czubkowski Piotr | 54. Jedyndy Kinga |
| 24. Cywińska Małgorzata | 55. Jurkiewicz Tomasz |
| 25. Dachniewski Tomasz | 56. Juszko Krzysztof |
| 26. Dąbrowska Marta | 57. Kaczmarczyk Paweł |
| 27. Dęborska Dominika | 58. Kantorek Ewa |
| 28. Donarska Dorota | 59. Kapuścińska Ewa |
| 30. Drewin Marzena | 60. Karaszewski Maciej |
| 31. Drzewicka Anna | 61. Karpińska Elżbieta |

- | | |
|--|--------------------------------|
| 62. Karpiejczyk Marcin | 98. Majewska Agata |
| 63. Kasprzak Justyna | 99. Malanowski Piotr |
| 64. Karst Jacek | 100. Mańko Anna |
| 65. Kemska Iwona | 101. Maruszewski Jarosław |
| 66. Kielmas Renata | 102. Mikulski Tomasz |
| 67. Kierzkiewicz Maciej | 103. Milczarek Bartłomiej |
| 68. Kliszek Marek | 104. Miłkowska Małgorzata |
| 69. Klębowska Beata | 105. Mirkowska Anna |
| 70. Klimek Karolina | 106. Mocarski Jacek |
| 71. Kochanowska Gizela | 107. Mrozowski Marcin |
| 72. Kobayashi Jan | 108. Mróz Andrzej |
| 73. Kobosz Tomasz | 109. Mróz Lucyna |
| 74. Koleśnik Adam | 110. Najmrodzka Milena |
| 75. Konarska Krzysztofa | 111. Napiórkowski Wojciech |
| 76. Konieczny Rafał | 112. Niewczas Monika |
| 77. Korniluk Dorota | 113. Niezgoda Ewelina |
| 78. Koteja Andrzej | 114. Nitek Ewa |
| 79. Kowalczyk Bogdan | 115. Nerlo Katarzyna |
| 80. Kowalska Wioletta | 116. Neuman Ewa |
| 81. Kowalski Marcin | 117. Nowak Przemysław |
| 82. Kowalski Robert | 118. Nowakowski Grzegorz |
| 83. Kowalczuk Halina | 119. Nyc Anna |
| 84. Kozłowska Monika | 120. Olszewska Dorota |
| 85. Krajewska Małgorzata | 121. Opadczuk Piotr |
| 86. Kraus Adam | 122. Ostrowska Agnieszka |
| 87. Kubik Tomasz | 123. Papierowska Joanna |
| 88. Królikowska Magdalena po url. zdr. | 124. Piątkowski Radosław |
| 89. Kubaj Magdalena | 125. Pietrzyk Anna |
| 90. Kwaśniewska Elwira | 126. Pisula Agnieszka |
| 91. Lach Anna | 127. Placha Grzegorz |
| 92. Lipczyńska Magdalena | 128. Plisiecka Joanna |
| 93. Lipińska Justyna | 129. Podkowińska Renata |
| 94. Lipniacki Wojciech | 130. Połcik Krystyna |
| 95. Łaborzewska Marzena | 132. Radio Teresa |
| 96. Łapińska Małgorzata | 132. Radio Michał po url. zdr. |
| 97. Macek Katarzyna | 133. Rogozińska Anetta |

-
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 134. Roszczyk Anna | 160. Walacik Ewa |
| 135. Róg Grzegorz | 161. Walasek Paweł |
| 136. Rudzyńska Magdalena | 162. Wieczorek Agnieszka |
| 137. Rybarczyk Marek | 163. Wierzejski Wojciech |
| 138. Romer Justyna po url. dziek. | 164. Wichniak Adam |
| 139. Rychel Katarzyna | 165. Winter Grzegorz |
| 140. Rzemek Ksymena | 166. Wiśniewska Joanna |
| 141. Sadkowska Ewa | 167. Wiśniewska Mirosława |
| 142. Sawionek Łukasz | 168. Wojak Tomasz |
| 143. Sieczka Jolanta | 169. Wojciuk Paweł |
| 144. Sieńko Jacek | 170. Wolfram Anna |
| 145. Słowikowski Tomasz | 171. Wojtulewicz Małgorzata |
| 146. Słysz Marcin | 172. Wróbel Leszek |
| 147. Sobstyl Michał | 173. Wróblewski Krzysztof |
| 148. Stańczyk Aneta | 174. Wysocka Luiza Daria |
| 149. Stańczak Katarzyna | 175. Zalewska Renata |
| 150. Stiebllich Bartosz | 176. Zdunowski Piotr |
| 151. Stokłosa Patrycjusz | 177. Zgoda Marcin |
| 152. Szczałuba Krzysztof | 178. Zieliński Tomasz |
| 153. Szyndler Janusz | 179. Żołnierz Jakub |
| 154. Ścisło Grzegorz | 180. Żyszkowski Marcin |
| 155. Tomaszewska Aneta | 181. Kozłowska Anna |
| 157. Toruńska Katarzyna | |
| 158. Urbanowicz Arkadiusz | OBCOKRAJOWCY |
| 159. Wajda Piotr | 1. Woźniak Mia (Szwecja) po url. zdr. |

**Lista osób przyjętych na I rok
II Wydziału Lekarskiego
w roku akademickim 1992/93**

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Adamczyk Rafał | 31. Kozarzewski Witold |
| 2. Ameljańczyk Tomasz | 32. Kucińska Anna Małgorzata |
| 3. Babula Izabela | 33. Kulikowska Justyna |
| 4. Bereza Renata | 34. Kurenko Magdalena Maria |
| 5. Bębenek Katarzyna Antonina | 35. Lewandowska Agnieszka Justyna |
| 6. Bęc Leszek Piotr | 36. Lewandowski Leszek |
| 7. Borkowska Anna | 37. Ligaj Marcin |
| 8. Broniszczak Dorota | 38. Łebek Piotr Paweł |
| 9. Brzozowski Paweł | 39. Łętowska Eliza Izabela |
| 10. Bugaj Marcin | 40. Maciejewski Wojciech |
| 11. Bulak Tomasz Robert | 41. Małycka Aneta Małgorzata |
| 12. Chilmonczyk Justyna | 42. Marczak Dariusz |
| 13. Cymbalak Agnieszka | 43. Matłosz Bartłomiej |
| 14. Czajkowski Mikołaj | 44. Mieñkowska Kamila |
| 15. Drażek Justyna | 45. Musiał Emilia Emanuela |
| 16. Dunal Agnieszka Ewa | 46. Myjkowska Elżbieta |
| 17. Dwornik Anna | 47. Niewolewska Iwona |
| 18. Dziedzic Monika | 48. Noparliki Jacek |
| 19. Falińska Agnieszka | 49. Nowak Małgorzata |
| 20. Floczyrkiewicz Adam | 50. Nowak Marcin Łukasz |
| 21. Florek Agnieszka | 51. Nowak Krzysztof |
| 22. Gębka Anna | 52. Olczak Agnieszka Maria |
| 23. Grel Norbert Paweł | 53. Osęka Marcin |
| 24. Janus Anna Maria | 54. Pawlak Ewa |
| 25. Klimm Włodzimierz | 55. Piaścik Marta |
| 26. Komorowski Marek Andrzej | 56. Pieczarowska Anna |
| 27. Kosim Anna Maria | 57. Pieczarowska Anna Katarzyna |
| 28. Kosińska Agnieszka | 58. Piróg Agnieszka Magdalena |
| 29. Kotowski Bronisław | 59. Płudowski Michał |
| 30. Kowalewska Anna | 60. Podkaminer Ewa |

-
- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 61. Powierza Paweł | 76. Suchner Radosław Wojciech |
| 62. Przybyszewska Justyna | 77. Suszek Anna |
| 63. Ptak Jakub | 78. Szuchulowicz Justyna |
| 64. Radwanowicz Juliusz | 79. Szadkowski Tomasz Piotr |
| 65. Rokicki Dariusz | 80. Szczepaniak Małgorzata |
| 66. Rutkowska Ewa | 81. Szczepańska Joanna |
| 67. Ryszniuk Aneta | 82. Ślusarska Ewa Aneta |
| 68. Rzemek Lucyna | 83. Wiechecka Magdalena Alicja |
| 69. Saganek Tomasz Adam | 84. Witkowska Sylwia Ewa |
| 70. Skrok Tomasz | 85. Włodkowska Katarzyna Ewa |
| 71. Skwarek Katarzyna | 86. Wolicki Cezary |
| 72. Smulska Grażyna | 87. Wojas Katarzyna Halina |
| 73. Socha Izabella | 88. Wojtasik Monika |
| 74. Sowa Renata Bożena | 89. Wypych Paweł |
| 75. Staszewski Jacek | 90. Wysieński Łukasz |

**Lista osób przyjętych na I rok Oddziału Stomatologicznego
w roku akademickim 1992/93**

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Bańkowska Agnieszka | 34. Mazur Michał |
| 2. Bednarska Katarzyna | 35. Mędrak Magdalena |
| 3. Bralska Izabella | 36. Mienkina Robert |
| 4. Buta Agnieszka | 37. Malejczyk Monika |
| 5. Ciechocińska Anna | 38. Misiak Joanna |
| 6. Ciuhak Grażyna | 39. Makuch Renata |
| 7. Całka Kinga | 40. Nowacka Małgorzata |
| 8. Chudek Agnieszka | 41. Olesińska Edyta |
| 9. Chądzyński Piotr | 42. Olszewska Małgorzata |
| 10. Choińska Sylwia | 43. Popiel Renata |
| 11. Drondzikowska Beata | 44. Piotrowicz Elwira |
| 12. Denis Artur | 45. Pyszyńska Ewa |
| 13. Duda Magdalena | 46. Radziejewski Zbigniew |
| 14. Drabarczyk Marta | 47. Sadkowski Adam |
| 15. Faber Dorota | 48. Sarnowski Michał |
| 16. Feder Tomasz | 49. Szczęsnowicz Paulina |
| 17. Foik Tomasz | 50. Szymunik Piotr |
| 18. Godlewska Magdalena | 51. Talarek Dominika |
| 19. Głębowski Paweł | 52. Uryn Urszula |
| 20. Gutowska Iwona | 53. Wielogórski Jarosław |
| 21. Habib Magdalena | 54. Zaremba Maciej |
| 22. Jaszczuk Ewa | 55. Zalewska Nina |
| 23. Kamut Ewa | 56. Chojecka Agata – Kanada |
| 24. Kijewska Izabella | 57. Chojecka Beata – Kanada |
| 25. Kardynał Dariusz | 58. Omidi Bagher Mohamed – Iran |
| 26. Kosińska Katarzyna | 59. Rauhani Nezhad Mohzen – Iran |
| 27. Kurpas Małgorzata | 60. Kirilowa Kristina – Bułgaria |
| 28. Kurczak Dorota | 61. Nettin Dariusz – Niemcy |
| 29. Kania Bożena | 62. Al Sbeih Mohmaud – Syria |
| 30. Karasińska Monika | 63. Mohammad Maysa – Irak |
| 31. Kolibabska Agnieszka | 64. Baczyński Daniel – Kanada |
| 32. Łukasiak Ilona | 65. Drazek Peter – Kanada |
| 33. Łajc Anna | 66. Glass-Brudzińska Jacqueline – Kanada |

**Lista osób przyjętych
na I rok Wydziału Farmaceutycznego
w roku akademickim 1992/93.**

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Andryszczak Marcin | 31. Grabowska Agnieszka |
| 2. Bany Janusz | 32. Grabowska Aneta |
| 3. Barańska Agata | 33. Grabowski Eryk |
| 4. Bartnik Dorota | 34. Grzegorzczak Ewa |
| 5. Bednarczyk Dariusz | 36. Hejnar Małgorzata |
| 6. Betlejewska Katarzyna | 36. Herman Ewa |
| 7. Bieleń Małgorzata | 37. Herod Karol |
| 8. Bober Zuzanna | 38. Iłach Artur |
| 9. Bogacka Renata | 39. Iwan Magdalena |
| 10. Bród Iwona | 40. Jabłeczka Agnieszka |
| 11. Burakowska Ewa | 41. Jakubczyk Barbara |
| 12. Chodakowska Marta | 42. Janiszewska Kinga |
| 13. Choptowa Monika | 43. Jankowska Marzena |
| 14. Czaplicka Dorota | 44. Jaroszevska Katarzyna |
| 15. Czarnecka Agnieszka | 45. Jastrzębska Anna |
| 16. Czarnecka Martyna | 46. Jaszczołt Katarzyna |
| 17. Czerniewska Dorota | 47. Jaworski Rafał |
| 18. Czwaro Małgorzata | 48. Jodłowski Jan |
| 19. Dąbrowska Ewa | 49. Jurczyk Maciej |
| 20. Dąbrowska Magdalena | 50. Kamiński Krzysztof |
| 21. Dobiecka Anna | 51. Kmieciak Magdalena |
| 22. Ekielska Magdalena | 52. Kocerba Agnieszka |
| 23. Fazan Tomasz | 53. Koral Katarzyna |
| 24. Fifańska Olga | 54. Kordela Ewa |
| 25. Gadomska Grażyna | 55. Kosińska Agnieszka |
| 26. Gadomski Zbigniew | 56. Kosiorek Elżbieta |
| 27. Gajos Justyna | 57. Kozarzewska Małgorzata |
| 28. Giro Magdalena | 58. Kozłowska Magdalena |
| 29. Głogowska Ilona | 59. Kozłowska Małgorzata |
| 30. Goss Marcin | 60. Krześniak Monika |

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 61. Krupa Monika | 97. Rękawek Agnieszka |
| 62. Kulisa Magdalena | 98. Rowińska Katarzyna |
| 63. Kurkus Katarzyna | 99. Róžański Michał |
| 64. Kuśmierz Magdalena | 100. Rybiński Marcin |
| 65. Kuźmich Rafał | 101. Sawicki Mirosław |
| 66. Laskowska Agnieszka | 102. Seidel Przemysław |
| 67. Lassota Krzysztof | 103. Sekuła Grażyna |
| 68. Leja Jacek | 104. Skopiec Piotr |
| 69. Lisowska Beata | 105. Sobolewska Marzena |
| 70. Łachwa Magdalena | 106. Sokołowska Beata |
| 71. Małasińska Agnieszka | 107. Stefaniak Małgorzata |
| 72. Markiewicz Katarzyna | 108. Stęczniewska Agata |
| 73. Matias Jakub | 109. Sułek Katarzyna |
| 74. Mazurek Jerzy | 110. Szklanko Michał |
| 75. Meszko Maciej | 111. Szymańska Małgorzata |
| 76. Miszczuk Katarzyna | 112. Szymkiewicz Anna |
| 77. Moszczyński-Pętkowski Rafał | 113. Szuba Violetta |
| 78. Nazimiec Agnieszka | 114. Trojan Agnieszka |
| 79. Nidzgorska Beata | 115. Tyszkiewicz Anna |
| 80. Olesińska Monika | 116. Walczak Barbara |
| 81. Osiak Andrzej | 117. Wedlejt Maria |
| 82. Osicka Justyna | 118. Wejrauch Mikołaj |
| 83. Ossowska Magdalena | 119. Wersocka Magdalena |
| 84. Parzych Małgorzata | 120. Wierzba Michał |
| 85. Pastuszka Olga | 121. Wojtaś Agnieszka |
| 86. Perzyński Adam | 122. Woźniak Katarzyna |
| 87. Petrykowska Maria | 123. Zając Małgorzata |
| 88. Piątek Edyta | 124. Zduński Rafał |
| 89. Piekarczyk Joanna | 125. Zielona Katarzyna |
| 90. Piłat Katarzyna | 126. Żychlińska Luiza |
| 91. Pogroszewski Robert | |
| 92. Posobkiewicz Wojciech | Obcokrajowcy |
| 93. Potocka Aleksandra | 1. Lowesse Adoux – Wybrzeże |
| 94. Przychodzeń Patrycja | Kości Słoniowej |
| 95. Pykało Jacek | 2. V. Koukunidou Evgenia – Cypr |
| 96. Reguła Małgorzata | 3. Kolaric Sasa – Słowenia |

WARUNKI PRENUMERATY

W roku 1993 „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie” ukaże się w 2 zeszytach:

1–2/1993 (łącznie) – cena zł 10.000,–

3–4/1993 (łącznie) – cena zł 10.000,–

Cena ze zleceniem dostawy zagranicę jest o 100% wyższa od ceny krajowej.

Termin przyjmowania prenumeraty na zeszyty:

1–2/1993 20 listopada 1992,

3–4/1993 20 maja 1993.

Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

– na terenie kraju – jednostki kolportażowe „Ruch” i urzędy pocztowe właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora,

– na zagranicę – Zakłady Kolportażu Prasy i Wydawnictw, 00-958 Warszawa, konto PBK, XIII Oddział, Warszawa 370044-1195-139-11.

Dostawa następuje:

– przez jednostki kolportażowe „Ruch” – w sposób uzgodniony z zamawiającym,

– przez urzędy pocztowe – pocztą zwykłą na wskazany adres, w ramach opłaconej prenumeraty, z wyjątkiem zlecenia dostawy na zagranicę pocztą lotniczą do odbiorcy zagranicznego, której koszt w pełni pokrywa prenumerator.