

MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Nr indeksu 365734

Cena 10 000 zł

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA

Rok XXV nr 3-4/1993

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. Bożena Gutkowska

Dr n. hum. Irena Komasa

Dr Bronisław Pokrzycki

Członkowie Kolegium:

Prof. dr hab. Krzysztof Boczkowski

Prof. dr hab. Wojciech Maria Kuś

Prof. dr hab. Andrzej Stapiński

Prof. dr hab. Teresa Szymczyk

Prof. dr hab. Maria Wierzbicka

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

Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie

ul. Filtrowa 30

02-032 Warszawa

Nakład: 400 egz.

Papier offsetowy III kl., 70 g

Skład: BORGIS Ltd

Warszawa, ul. Jaracza 10/11, tel./fax 625-42-38

Druk: MULTIPRINT

Warszawa, ul. Goździków 29/31

Spis treści

Od Redakcji	7
Władze Akademii Medycznej w Warszawie	9
Tadeusz Tołłoczko: Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1993/1994	10
Barbara Zaorska: Fiat lux, libertas erit. 135-lecie założenia Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich	15
Stefan Wesołowski: Moja droga do Ciechanowa	30
Edward Chrostek: Przemówienie na uroczystości pożegnania prof. dr med. Stefana Wesołowskiego w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie 20.V.1992	46
Bronisław Pokrzycki: Losy zawodowe absolwentów I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie	49
Stefan Kruś: Współczesne problemy etyki lekarskiej	70
Barbara Zaorska: Eutanazja – wyrazem wolności człowieka?	75
Bogdan Szczepankowski: Problem ludzi niedosłyszących	86
Stefan Kruś: Obywatelu Redaktorze!	90
Ryszard Zabłotniak: Dur plamisty w getcie warszawskim (1940 – 1943)	93
Krzysztof G. Jezierski: Zagadnienia onkologiczne w pracy lekarza ogólnego	102
Bolesław Howorka: Czy nowa funkcja biblioteki naukowej?	112
Edward Pigoń: Komentarz do artykułu Dyrektora Bolesława Howorki	119
Katarzyna Bieganowska: Zmiany w układzie immunologicznym u myszy z doświadczalnym modelem choroby Parkinsona wywołanym l-metylo-4-fenyl-1,2,3,6 – tetrahydropirydyną (MPTP)	121
Małgorzata Lewandowska-Szumieł: Uwalnianie się glinu w warunkach in vivo z bioceramicznych wszczepów wykonanych z tlenku glinu Al_2O_3	123
Materiały IV Konferencji Studenckiego Towarzystwa Naukowego (24–25 kwietnia 1993)	125

Bolesław Krzysztofik, Irena Kosińska: XIV Sympozjum Studenckich Kół Naukowych „Aqua 93”. Problemy ochrony i kształtowania środowiska człowieka (I)	183
Henryk Kirschner: Medycyna ekologiczna i jej znaczenie w kształceniu lekarzy	188
Andrzej Członkowski: 85-lecie Katedry Farmakologii	194
Zbigniew Szreniawski: Nauczanie farmakologii i historia Katedry i Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Warszawskiego	196
Elżbieta Pietryka: Zapomniany dar	205
Lista osób przyjętych na I rok I Wydziału Lekarskiego A.M. w roku akademickim 1993/1994	208
Lista osób przyjętych na I rok Oddziału Stomatologicznego w roku akademickim 1993/94	211
Lista osób przyjętych na I rok II Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 1993/94	213
Lista osób przyjętych na I rok Wydziału Farmaceutycznego w roku akademickim 1993/94.	215

Contents

From the Editor	7
Authorities of Warsaw Medical School	9
Tadeusz Tołoczko: Adress at the ceremony of inauguration of Academic Year 1993/1994	10
Barbara Zaorska: Fiat lux, libertas erit. 135th anniversary of the founding of Paris Society of Polish Physicians	15
Stefan Wesołowski: My way to Ciechanów	30
Edward Chrostek: Address at the farewell ceremony of Professor Stefan Wesołowski in Ciechanów County Hospital, 20th May, 1992	46
Bronisław Pokrzycki: Professional career of the graduates from 1st Medical Faculty, Medical School in Warsaw	49
Stefan Krus: Contemporary problems of medical ethics	70
Barbara Zaorska: Euthanasia – expression of human freedom?	75
Bogdan Szczepankowski: Problem of poorly hearing population	86
Stefan Krus: Citizen Editor!	90
Ryszard Zabłotniak: Typhus fever in Warsaw ghetto (1940–1943)	93
Krzysztof G. Jeziński: Oncological problems of general practitioner	102
Bolesław Howorka: A new task of scientific library?	112
Edward Pigoń: Commentary to the article of Bolesław Howorka	119
Katarzyna Bieganowska: Immunological changes in mouse with experimental Parkinson's disease induced by l-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropirydyne (MPTP)	121
Małgorzata Lewandowska-Szumieł: In vivo release of aluminum from bioceramic implants made of aluminum oxide Al ₂ O ₃	123
Proceedings of the 4th Conference of Students' Scientific Society, 24th-25th April, 1993	125
Bolesław Krzysztofik, Irena Kosińska: 14th Symposium of Students' Scientific Circles „Aqua 93” (Protection and cultivation of human biosphere (I)	183

Henryk Kischner: Ecological medicine and its importance in medical education 188
Andrzej Członkowski: 75th anniversary of the Chair of Pharmacology .	194
Zbigniew Szreniawski: Teaching of pharmacology and history of the Chair of Pharmacology of Warsaw University and Warsaw Medical School in the years 1859–1974 196
Elżbieta Pietryka: Forgotten gift 205
Lists of students of the 1st and 2nd Faculties of Medicine, Division of Stomatology and Faculty of Pharmacy in the Academic Year 1993/94 .	. 208

OD REDAKCJI

W jednym z poprzednich numerów Kwartalnika apelowałem do młodych, aby na naszych łamach przedstawiali swoje osiągnięcia i trudności. Apel poskutkował. Odezwał się najmłodszy z nas, Profesor Stefan Wesołowski. Najmłodszy energią, najmłodszy życzliwością dla świata, najmłodszy współżyciem z ludźmi.

Kontakt z Profesorem Wesołowskim napawa otuchą, kontakt ze społeczeństwem niekoniecznie. Adam Mickiewicz zarejestrował sytuację oglądaną przez siebie. Po zorientowaniu się, jak trafnie przewiduje przyszłość, nazwano Go Wieszczem.

„O tym że dumać na paryskim bruku,
Przynosząc z miasta uszy pełne stuku,
Przekleństw i kłamstwa, niewczesnych zamiarów,
Za późnych żalów, potępieńczych swarów!
A gdy na żale ten świat nie ma ucha,
Gdy ich co chwila nowina przeraża
bijąca z Polski jak dzwon ze smętarza,
Gdy im prędkiego zgonu życzą straże,
Wrogi ich wabią z dala jak grabarze,
Gdy w niebie nawet nadziei nie widzą –
Nie dziw, że ludzi, świat, siebie ohydzą,
Że utraciwszy rozum w mękach długich,
Plwają na siebie i żrą jedni drugich!

Znamy to aż za dobrze z własnych przeżyć i jesteśmy gotowi uwierzyć w fatum.

Nie wierzymy! Pani Barbara Zaorska przypomina, jak szukali wyjścia współcześni Mickiewiczowi emigracyjni lekarze polscy. „Fiat lux libertas erit” – z oświaty wolność. Ludzie ci doskonalili się zawodowo, wciągali w prace badawcze, upatrywali przyszłość Kraju i Narodu w krzewieniu mądro-

ści, byli przekonani, że stawka na oglupianie poprzez wywekowanie najniższych ludzkich instynktów może i musi przegrać, choćby zanosilo się na sukces. Przejściowy!

Tkwi w tym artykule szczypta optymizmu. Szkoda tylko, że Kwartalnik dzieli los „Pana Tadeusza” – mało kto go czytuje.

Stefan Krus

**WŁADZE AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE
w kadencji 1993 – 1996**

Jego Magnificencja Rektor – Prof. dr hab. med. Tadeusz TOLŁOCZKO
Prorektor ds dydaktyczno-wychowawczych – prof. dr hab. med. Janusz PIE-
KARCZYK
Prorektor ds nauki i współpracy z zagranicą – prof. dr hab. med. Andrzej
GÓRSKI
Prorektor ds kadry naukowej – prof. dr hab. farm. Jan PACHECKA
Prorektor ds klinicznych, inwestycji i współpracy z regionem – prof. dr hab.
Janusz CIANCIARA

Dziekani

I Wydział Lekarski

Dziekan – prof. dr hab. med. Andrzej KARWOWSKI
Prodziekan ds Oddziału Stomatologicznego – prof. dr hab. med. Tadeusz
BĄCZKOWSKI
Prodziekan – prof. dr hab. med. Danuta CHMIELEWSKA – SZEWCZYK
Prodziekan – dr hab. med. Andrzej GÓRECKI
Prodziekan – prof. dr hab. med. Danuta LISZEWSKA – PFEIFER
Prodziekan – prof. dr hab. med. Wiesław GLIŃSKI

II Wydział Lekarski

Dziekan – prof. dr hab. med. Maciej BORKOWSKI
Prodziekan – prof. dr hab. med. Sławomir MAŚLINSKI
Prodziekan – prof. dr hab. med. Andrzej SRÓDKA
Wydział Farmaceutyczny
Dziekan – prof. dr hab. farm. Józef SAWICKI
Prodziekan – prof. dr hab. n. rol. Józef KOWALSKI
Prodziekan – prof. dr hab. n. farm. Mirosław SZUTOWSKI

Tadeusz Tołłoczko
Rektor Akademii Medycznej w Warszawie

Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1993/1994

Nauczanie medycyny w Warszawie rozpoczęto już w 1736 r. Tak więc jesteśmy spadkobiercami 257-letniej tradycji przekazywania wiedzy medycznej następnym pokoleniom. Przed 204 laty rozpoczęliśmy działalność akademicką, jednakże dziś dopiero po raz 110 odbywa się inauguracja roku akademickiego.

Od 1950 roku czwarty raz rozpoczynamy uroczyste rok akademicki wspólnie z Uniwersytetem Warszawskim. Jest to wyrazem zarówno zacieśniającej się współpracy jak i jedności zadań.

Wyrażam głęboką radość, że Uczelnie nasze łączy życie a nie administracyjne zarządzanie, które nie jest w stanie objąć wszystkich problemów integracji. Dlatego też cała społeczność naszej Uczelni niezwykle wysoko sobie ceni decyzję Jego Magnificencji p. Rektora dr Włodzimierza Siwińskiego kontynuowania tradycji wspólnych uroczystości akademickich, rozpoczętych przed 4 laty przez PP. Rektorów poprzednich kadencji: Profesorów Andrzeja Kajetana Wróblewskiego i Bogdana Pruszyńskiego.

Dziś po raz pierwszy od chwili wyboru nowe Władze Uczelni mają okazję przedstawić się swojej społeczności.

Zadaniem Władz Uczelni jest znajdowanie rozwiązań trudnych problemów, ale realizacja tych koncepcji oparta być musi na współdziałaniu z całą społecznością akademicką, ale społecznością kierującą się zasadami dobra wspólnego.

Tak więc najlepszy Rektor i najlepsze Władze Uczelni nie sprostają swym zadaniom, wymaganiom a zwłaszcza oczekiwaniom bez społecznej współpracy i wsparcia.

Powtórzę tu słowa wypowiedziane w 1862 r. przez Rektora Szkoły Głównej doktora medycyny Józefa Mianowskiego: „W rękach naszych są tylko rządy Szkoły – w rękach Waszych są jej losy”.

Pragnę jednak zwrócić uwagę, że choć berło rektorskie jest puste bo bez

środków finansowych, to jednak równocześnie jest ciężkie brzemieniem odpowiedzialności wobec aktualnych oczekiwań a zwłaszcza wobec przyszłych pokoleń. Uczelnia jednak to również przedsiębiorstwo wymagające podejmowania niepopularnych decyzji, a takie niestety nas czekają. Podstawowy dylemat przed jakim stoimy to jak dzielić niedostatek. W rozdziale otrzymywanych środków budżetowych staramy się być aż tak obiektywni, że naprawdę sami swymi decyzjami jesteśmy wstrząśnięci.

Wyjścia z trudności musimy szukać w samopomocy i samoorganizacji. Ponieważ obecnie ludzka solidarność została zamieniona na konkurencję i bezwzględną walkę o luksusowy byt, zanika poczucie dobra wspólnego, które to właśnie wbrew pozorom stwarza najkorzystniejsze warunki osobistego rozwoju poszczególnych członków danej społeczności.

Finansowe cierpienia polskiej nauki i ochrony zdrowia są ciężką, chroniczną już chorobą. Najniższy stopień podoficerski przynosi pensję dwukrotnie wyższą od pensji lekarza i nauczyciela i równą poborom profesora zwyczajnego uniwersytetu, a trzeba być świadomym, że ochrona zdrowia w Polsce dawno by się załamała, gdyby nie poświęcenie jej pracowników. Wystarczyłoby tylko pracować zgodnie z przepisami i stworzonymi warunkami pracy.

Nie jest to jednorazowy ponadnormatywny pracowniczy wysiłek, lecz trwała postawa. Ponieważ trwa to od lat, dlatego też oswojono społeczną opinię z niedocenianiem roli, warunków życia i warunków pracy pracownika ochrony zdrowia, nauki i kultury.

Wiedza i zdrowie są wartościami ekonomicznymi, ale pracownicy są bezbronni i bez ochrony w wolnorynkowej grze – stąd jest zupełny brak sprzężenia zwrotnego między wzrastającymi kosztami życia a zarobkami. Ideologia wolnego rynku w naszym wydaniu dyskryminuje te właśnie dziedziny społecznego życia.

Pragnęlibyśmy, by płace w Ochronie Zdrowia odpowiadały choć w części wartości wykonywanej pracy, a wcale nie chcemy by były wartością wystrajkowaną.

Najczęściej o powinnościach, poświęceniu najgłośniej krzyczą ci, dla których te średnio 200 tysięcy złotych podwyżki miesięcznie nie ma najmniejszego znaczenia, a życie szkoły i szpitala znają oni tylko z własnych artykułów, przemówień lub elitarniej opieki zdrowotnej.

Zakrzykują oni problem słowami o moralności, powołaniu, patriotycznym obowiązku, przemilczając rzeczywiste i oczywiste przyczyny budżetowych

dziur. Statystycy powinni podawać nie tylko ile przypada, ale i ile funduszy przepada na głowę ludności, które mogłyby być przeznaczone na oświatę, naukę, kulturę i ochronę zdrowia.

W zamian za to jedna z gazet po naszej zeszłorocznej wspólnej z Uniwersytetem inauguracji w podtytule artykułu użyła zwrotu: „zdehumanizowana medycyna”, nie podając nawet podstaw na jakich insynuację tę oparto. Jest to przykład rozmywania różnic między prawdą a fałszem, dokonywanej już nawet nie dla sensacji, ale dla swoich doraźnych celów, kosztem szacunku dla prawdy, obrażając przy tym poświęcenie pracownika Ochrony Zdrowia.

Pragnę zapewnić zarówno społeczeństwo jak i władze, że zagrożenia w procesie nauczania i wychowywania, są przedmiotem stałej troski naszej całej społeczności akademickiej.

Oczywistością jednak dla mnie jest to, że Szkoła może osiągnąć sukces wychowawczy tylko wówczas, gdy rodzice, wychowawcy, instytucje państwowe i społeczne, politycy, mężowie stanu, środki masowego przekazu jednoznacznie opierać się będą na prawdzie a nie uczyły swoim postępowaniem konformizmu, cynizmu, nihilizmu, egoizmu i partykularnych interesów.

Budowanie gospodarki i droga do rzeczywistej zmiany oblicza Kraju przechodzi przez rodzinę i szkołę a wymaga inwestycji w ludzi – w ich myśl, wiedzę, zdrowie i postawy moralne.

Do nas, nauczycieli akademickich, należy jednocześnie wiedzy z moralnością.

Konieczność życia w prawdzie musimy kształtować w wychowankach ale i w nas samych. Nasze zadanie to wychowywać w prawdzie do wolności i odpowiedzialności i dać intelektualną podstawę do podejmowania moralnie odpowiedzialnych decyzji.

Musimy być jednak w pełni świadomi, że ażeby kształtować osobowość studenta nauczyciel musi nieustannie kształtować i siebie. To wielki i trudny, ale podstawowy obowiązek. Pragnąłbym bardzo, abyśmy wspólnym, wysiłkiem stworzyli Centrum Naukowe o dużej sile przyciągania, tak by absolwenci nie stawali przed dylematem, czy emigrować z Kraju czy z nauki.

Dzisiejszą uroczystość uświetnia immatrykulacja najmłodszych członków naszej społeczności oraz wręczenie dyplomów. Wam głównie uroczystość ta jest poświęcona. Gratuluję Wam i Waszym Rodzicom sukcesu.

Witam serdecznie i pozdrawiam studentów z innych krajów, którzy po raz pierwszy w dziejach uczelni kształcić się będą w języku angielskim. Pragnę Was zapewnić, że znajdziecie tu przyjaźń, zaufanie i międzynarodowy standard studiów medycznych.

I would like to welcome cordially the students from abroad, who for the first time will pursue the course of study in medicine in our School in English. You can always be sure of the international standard of medical education offered by our School as well as friendship and support of the academic staff and your Polish colleagues.

Witam również bardzo serdecznie kilku studentów Polaków z Litwy, którym z własnych funduszy umożliwiliśmy studia medyczne.

Młodzież, to społeczność jutra. Pragnąłbym bardzo, ażeby studia, które rozpoczynacie, dały Wam podstawę do myślenia – konstruktywnego myślenia i poszukującej myśli. To Wy już niedługo będziecie tworzyć kompetentną i etyczną elitę Kraju, a elitarność to jakość a nie stanowisko. Powołanie lekarskie nakłada na was obowiązek z pewnością większy niż sobie to wyobrażacie.

Będziecie musieli włączyć się w problemy człowieka chorego, rozpoznać jego cierpienie fizyczne, cierpienie samotności, bezradność wobec braku środków finansowych na kupienie sobie potrzebnego ale drogiego lekarstwa. Nie możecie stać się tylko funkcjonariuszami medycyny.

To my wspólnie nie powinniśmy dopuścić również do degradacji człowieka do poziomu biologicznego surowca.

Spółczesność nakłada na nas wszystkich obowiązek uczenia się nie tylko jak leczyć lepiej, ale i jak leczyć taniej. Dla Was, jako lekarzy, życie głodnych musi być równie warte co życie sytych. Jest to myśl zawarta w jednym z ostatnich wierszy Czesława Miłosza, w którym mówi on o ziewającej Europie wobec bałkańskiej tragedii.

My razem chcemy naszą europejskość rozwijać poprzez naukę, kulturę, zdrowie oraz zasady moralne oparte po prostu i najprościej na 10 przykazaniach. Bądźcie ambitni, ale ambicje niech nie będą jedyną i zasadniczą motywacją waszego lekarskiego działania.

Nie traćcie wiary w wartość wspólnego dobra i nieprzemijające wartości, życie oprzeć należy na afirmacji a nie negacji.

Dynamiczny rozwój nauk medycznych nakłada na Was obowiązek ale i jest bodźcem do realizacji Waszego powołania i życiowej pasji.

Z tego miejsca po raz trzeci, kieruję składaną od 40 lat przez moich poprzedników prośbę do Ojców Naszego Miasta, do Władz Samorządowych i Państwowych o litość nad naszą biblioteką, która już nie mieści się ale gnieździ razem z prosektorium. Biblioteka jest jednak stołecznej Uczelni potrzebna.

W sposób szczególny dziękuję obecnym tu rektorom Akademii uprzednich kadencji, Doktorom Honoris Causa 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. Wszyscy razem dążyć powinniśmy, jeśli nie do jedności to do wspólnoty, co najmniej w obrębie naszych Uczelni.

FLOREAT RES MEDICA et UNIVERSITAS

BARBARA ZAORSKA

Fiat lux, libertas erit:

135-lecie założenia Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich

Gdy idę brzegami Sekwany, zachodzące na czerwono słońce odbija się na jej niespokojnej powierzchni, a mijane mosty otwierają się perspektywą na czas przeszły sprawiając, że staje się on bardziej bliski i jakby namacalny. Przez jeden z mostów położonych u węzłowie katedry Notre Dame przechodzę na wyspę św. Ludwika, gdzie przy nadsekwaniańskiej ulicy Orleanu znajduje się Biblioteka Polska. To tu w XIX wieku żywo biło serce polskiej Emigracji wówczas, kiedy „Polska była tylko idea, wspomnieniem przeszłości lub nadzieją na przyszłość” (1).

Kiedy w ciszy tego bibliotecznego sanktuarium przeglądam przechowywane tu stare dokumenty, nierzadko jeszcze niepublikowane (jak ten, który trzymam w ręku) realizuje się we mnie wspomniana wyżej namacalność czasu, który minął.

Jest to lista 26 członków – fundatorów „Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich” (TPLP), sporządzona w języku francuskim ręcznie, wyraźnym kaligraficznym pismem, w dniu 22 lipca 1858 r. Z nazwisk, umieszczonych na tej liście, większość znalazła się później na kartach Słownika Biograficznego. Były to indywidualności barwne, nietuzinkowe; prócz tego, że wszystkich łączyła ta sama profesja, łączyło ich też wspólne dążenie do wolności Ojczyzny.

Nowopowstałe Towarzystwo Paryskie było po pierwszym Wileńskim (założonym w r. 1805 z prezesem Jędrzejem Śniadeckim na czele), po drugim, Warszawskim, działającym od r. 1828 nawet wtedy, gdy Wydział Medycyny został zamknięty, trzecim z kolei. Dopiero później zaczęły powstawać towarzystwa lekarskie prowincjonalne (2).

Żeby wyjaśnić, dlaczego TPLP powstało i czemu miało służyć, warto przypomnieć, że po upadku Powstania Listopadowego w r. 1831 osiem tysięcy uchodźców wojskowych i cywilnych znalazło azyl we Francji wg ówczesnego kronikarza Emigracji L. Gadona (3). Nic dziwnego, że kwitło tu życie patriotyczne, rozwijały się poezja (tworzyli A. Mickiewicz, J. Sło-

wacki, Z. Krasiński) i muzyka (Chopin), które nie tylko podtrzymywały na duchu polskich tułaczy bez Ojczyzny, ale docierały nielegalnie do kraju. Emigranci liczyli na szybki powrót, ale wobec przedłużającego się pobytu na obczyźnie uwierzyli, że pozostając na emigracji utrzymują w ten sposób międzynarodowy charakter „sprawy” polskiej i nigdy nie przestawali marzyć o wolności Ojczyzny. W ówczesnym układzie politycznym ich marzenia nie miały jednak żadnych szans realizacji: o tworzeniu legionów polskich nikt słyszeć nie chciał, nie udawały się rewolucje, wojna europejska też nie wybuchała. Emigranci wojskowi usiłowali kontynuować walkę zbrojną walcząc na różnych kontynentach, a nierzadko ginąc w imię idei „za wolność Waszą i naszą”, w nadziei, że zbliży to ich do wolności własnej Ojczyzny. Myśląc o tych bolesnych stratach, ponoszonych przez emigrantów, Juliusz Słowacki pisał:

„Było nas więcej, lecz z tego drzewa
burza niejeden liść oberwała”.

Postawa patriotyczna cechowała również następne pokolenia emigranckiej młodzieży, zrodzonej na obczyźnie, nierzadko z małżeństw polsko-francuskich.

I choć życie polskich tułaczy nie było łatwe (4), mieszkający w Paryżu C.K. Norwid skarżył się wszak, że „gorzki to chleb jest polskość”, jako pierwszoplanowe zadanie emigranci przyjęli to, by młodzież urodzona na emigracji nie „wypolszczała” się. Działały więc różne szkoły polskie (5), organizowano towarzystwa naukowe i inne, utworzono Bibliotekę Polską (6).

Niestety wiele dzieł, mogących wzbogacić polską kulturę, stawało się dorobkiem państw, w których przyszło żyć i pracować polskim emigrantom. Ł. Gadon, wspomniany kronikarz emigracji, pisał: „wszędzie na zebraniach paryskich, czy w głuchych podziemiach Sybiru, wszędzie wygnaniec polski niespokojny, nieutulony, nie przestawał szukać ojczyzny”.

Wśród wygnańców byli także lekarze, szczególnie ci, którzy wzięwszy udział w Powstaniu musieli, jak inni, opuścić kraj ze względów politycznych.

Wobec ogromnego napływu emigrantów tylko niektórym pozwolono osiedlić się w Paryżu, innym wyznaczono punkty zborne (depôts) w poszczególnych departamentach, do których przydzielano uchodźców wg zawodów. Lekarze i studenci medycyny byli kierowani przeważnie do Montpellier, gdzie znajdował się najstarszy Wydział Medyczny we Francji, założony w XIII wieku. Niektórzy kończyli studia rozpoczęte w Polsce (polscy emigranci

byli zwolnieni od opłat), a tym, którzy zamierzali kształcić się w tym kierunku, przyznawano dodatkowe subwencje. Studiujący tu Polacy od r. 1832 byli zorganizowani w Kole Studentów Medycyny (7).

Uniwersytet w Montpellier już w r. 1833 wydał 4 doktoraty Polakom, a przez następne 15 lat promował prace doktorskie 170 Polakom. Tylko w r. 1834 na ogółem 166 promowanych prac 31 należało do Polaków. W rok potem na tamtejszym Uniwersytecie znalazło się już 77 Polaków, którzy uzyskali właśnie dyplom lub rozpoczęli zdawanie końcowych egzaminów. Jednocześnie immatrykulowano 24 osoby o polskich nazwiskach, tak więc Wydział Lekarski miał pod swoją opieką 101 medyków Polaków. Potem liczba polskich studentów malała. Na drugim miejscu pod względem liczebności studiujących emigrantów był Paryż, na trzecim – Strasburg (8).

W wiele lat potem absolwenci tego Uniwersytetu w dowód wdzięczności ofiarowali swojej Uczelni marmurowy biust Hipokratesa, który do dziś można oglądać w sali Konklawe Uniwersytetu w Montpellier. Po ukończeniu studiów młodzi lekarze uzyskiwali pracę w swoim zawodzie w różnych miastach Francji (9).

Po nieudanym zrywie „Wiosny Ludów” w 1848 r., gdy do Francji napłynęła nowa fala polskich emigrantów, choć już nie tak liczna, jak poprzednio, zrodziła się myśl założenia TPLP, którego inicjatorem był, jak się zdaje, dr Adam Raciborski (10).

Studia lekarskie, uwieńczone złotym medalem, ukończył on na Uniwersytecie Warszawskim i jako major walczył w Powstaniu Listopadowym. Po przybyciu na ziemię francuską z poświęceniem leczył chorych na cholera. Wyróżniał się we francuskim środowisku lekarskim nie tylko ofiarną pracą, ale wieloma nagradzanymi i wyróżnianymi pracami. Był on też autorem podręcznika „Nouveau manuel complet d’auscultation et de percussion”, który zyskał olbrzymią popularność i był od razu przetłumaczony na kilka języków (11). Przez pewien okres redagował czasopismo lekarsko-chirurgiczne „L’Expérience”, w którym zamieszczał prace polskich kolegów. W r. 1850 Wydział Lekarski U.J. zabiegał o mianowanie go profesorem Kliniki, czemu sprzeciwiły się władze austriackie. Z okazji otwarcia Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie (1858) wydał w Paryżu broszurę w języku polskim pt. „Mowa o styczności medycyny z innymi naukami, sztukami pięknymi i literaturą” (12). Odznaczony orderem cesarskim Legii Honorowej.

W tym roku mija 135 rocznica powstania TPLP. Na parostronicowej liście jego członków – fundatorów jako pierwszy figuruje dr A. Raciborski, wybrany sekretarzem Towarzystwa na okres 4 lat i on został upoważniony do reprezentowania TPLP wobec władz i ciała naukowego.

Prezydentem Towarzystwa na rok 1858 wybrano Seweryna Gałęzowskiego, pełniącego funkcję prezydenta Rady Szkoły Polskiej na Batignolles.

Julian Klaczko w broszurze wydanej w r. 1854 w Paryżu tak pisze o nim: „wychowaniec Wileńskiego Uniwersytetu, z jego najświetniejszej epoki(...) Towarzysz i rówieśnik Zanów, Mickiewiczów, był jednym z najpiękniejszych jej ozdób, jako uczeń jedną z największych chwał jego, jako nauczyciel spółzawodnik Śniadeckich, Grodków i Lelewelów, trzymał wysoko pochodnię oświaty w naszym kraju i był z zapałem słuchanym mistrzem jednej z najpożyteczniejszych i najdobroczynniejszych dla ludzkości nauk (...). Z nauką łączył w sobie największą biegłość w jej zastosowaniu i najczynniejsze współdziałanie dla wszystkich biednych i chorych. Najzawołańszy może lekarz swego czasu był zarazem jednym z najdobroczynniejszych ludzi, a imię jego, jak sam z lat dzieciennych pamiętam, jest jeszcze dotąd modlitwą wszystkich tych, co cierpieli, westchnieniem wszystkich tych, co cierpią”.

Zastępcą dr Gałęzowskiego był dr Antoni Hłuszniewicz, absolwent Uniwersytetu w Wilnie. Mianowano też dwóch sekretarzy redakcyjnych, zmieniających się co 3 miesiące. Zostali nimi: dr Adryan Baraniecki i Konstantyn Karwowski (absolwenci Uniwersytetu w Moskwie). Pozostali członkowie wymienieni na tej liście w większości jako „podróżujący” byli absolwentami różnych Uczelni: z Kijowa 7 osób, z Moskwy 6 osób, z Wilna 3 osoby, po jednej z Petersburga, Dorpatu, Charkowa, Kazania, z Montpellier oraz 5 osób z Paryża. Polacy ci studiowali na różnych uczelniach i dlatego nieraz porozumiewanie się mogło sprawiać im trudności, gdyż każdy z nich używał innej terminologii.

Odpowiedź na pytanie, jaką rolę miało spełniać nowoutworzone TPLP, przynosi jego statut, według którego działało. W pierwszym punkcie tego statutu czytamy, że TPLP powstało w celu:

- ”a) utworzenia ogniska naukowego na drodze praw i badań tyczących się sztuki lekarskiej,
- b) ułatwianie przybywającym z ośrodków kraju zwiedzania szpitalów i zakładów naukowych oraz przedszego poznania trybu nauki lekarskiej,
- c) pośredniczenia w stosunkach naukowych z towarzystwami naukowymi francuskimi,

d) udzielania pismom i towarzystwom zagranicznym wiadomości o sporządzeniach i pracach ważniejszych lekarzy polskich, ogłaszanych w dziennikach krajowych lub bezpośrednio nadsyłanych Towarzystwu” (13).

Zebrania odbywały się jeden raz w miesiącu, a walne jeden raz w roku. Pierwsze odbyło się 18 maja 1858 roku. Warunkiem przystąpienia do TPLP było nadesłanie pracy naukowej. Towarzystwo utrzymywało się ze składek członkowskich i darów.

„Na członków czynnych przyjmowano jedynie lekarzy polskich, zarówno tych, którzy zamieszkiwali we Francji, jak i tych w Polsce zamieszkujących, którzy starają się iść z postępem nauki i zachowują się z godnością właściwą ich powołaniu. Członkowie honorowi zaś mianowani są przez Towarzystwo Zasługi Krajowi pracami naukowymi lub długoletnią, nieposzlakowaną praktyką.”

Pod koniec każdego roku ukazywało się sprawozdanie z działalności TPLP publikowane w specjalnie wydawanym Roczniku, którego okładka ozdobiona była medalem, przedstawiającym popiersie Hipokratesa z profilem z wężem Eskulapa w tle. Wyszły, choć z pewnym opóźnieniem, trzy Roczniki, obejmujące rok sprawozdawczy 1859, a po przerwie, która nastąpiła w działalności Towarzystwa, również w r. 1868, zawierający sprawozdania z lat 1866, 1867 i 1868.

We wstępie pierwszego wydanego Rocznika (14) dr A. Raciborski przypomina raz jeszcze cele TPLP pisząc obrazowo, „że Towarzystwo pragnęło utworzyć między Paryżem i lekarzami polskimi pewien rodzaj cyrkulacji intelektualnej. Atoli aby serce mogło utrzymać ruch niezbędny do życia potrzeba aby odbierało z różnych stron materiały, które następnie wspólnym staraniem członków mają być skierowane na ogólny użytek lekarzy polskich. Rocznik nasz stanowi jedną z głównych arterij przeznaczonych do dopięcia swego celu”.

Dalej we wstępie Autor porusza sprawę języka lekarskiego – problem, który będzie powracał na łamy późniejszych Roczników. Czyni parę uwag nad ówczesnym językiem lekarskim w Polsce pisząc: „Między różnymi przyczynami, które są w stanie przyspieszać lub opóźniać postęp w naukach, nie ma żadnej, która by miała więcej wpływu jak język czyli nomenklatura. Dokładne i przyzwoite użycie nazwisk czyli znaków myśli jest, jak mówi Cabanis¹, rzeczywistym criterium prawdy. Przeciwnie, charakter niepewny używanych wyrazów, lub ich niestosowne użycie bywają nieraz przyczyną

niekompletnych pojęć, przesądów i wszystkich błędnych przyzwyczajzeń umysłu. Wyrażenia lekarskie mogą być albo zupełnie proste, albo też mniej lub więcej mylące. Pierwsze mogą być zupełnie arbitralne, tem są lepsze: czegoż się bowiem od nich żąda? Tego jedynie, aby oznaczyły każdy przedmiot w ten sposób, aby to nie mogło dać miejsca do najmniejszej konfuzji. I tak np. ramię i noga mogłyby być oznaczone zupełnie innymi wyrazami, byle by była zgoda w ich przyjęciu i żeby nikt nie mógł brać nogi za ramię, a ramienia za nogę”.

Warto dodać, że równoległe w Polsce były prowadzone prace nad mianownictwem lekarskim, które szły w kierunku ustalenia i ujednoczenia terminów lekarskich. Prace słownikowe prowadzili Józef Majer i Fryderyk Skobel z Krakowa, ogłaszając je w r. 1835. Badacze rodzimego mianownictwa opierali się w dużym stopniu na najdawniejszym piśmiennictwie lekarskim. W Warszawie, po otwarciu w r. 1857 Akademii Medyczno-Chirurgicznej rozpoczęto prace nad terminologią lekarską. Prace istniejących dwóch szkół szły w odmiennych kierunkach. Szkoła krakowska starała się każde słowo łacińskie zastąpić polskim i powstały dziwolągi, warszawska była bardziej umiarkowana (15, str. 174).

Dr Raciborski w Roczniku TPLP z r. 1859 (ryc. 1), nawiązując do prac krajowych zauważa, że „nomenklatura grecko – łacińska spaja stan obecny sztuki lekarskiej z najgłębszą starożytnością i przeszła do największej części narodów. Ubolewa, że „niektórzy lekarze polscy zerwali z tą powszechną tradycją ucywilizowanej Europy i wolą tworzyć całkiem nowe wyrazy czerpane w źródłosłowi słowiańskim. Jeżeli stan ten rzeczy przetrwa, medycyna polska stałaby się prawdziwą Babelą i synowie jednej matki nie będą się mogli między sobą zrozumieć”. Wypowiada się więc jednoznacznie za źródłosłowiem grecko-łacińskim przewidując, że łatwiej można będzie wtedy postawić sztukę lekarską w Polsce na równi z najpierwszymi pod tym względem narodami.

Ten pierwszy rocznik publikuje nie tylko prace lekarzy polskich z Francji ale i z kraju. Zamieszcza pracę Karola Moszczańskiego, lekarza Akademii Wiedeńskiej pt. „Wiadomości o źródłach leczniczych w Iwoniczu”, lekarza z Warszawy Wilhelma Lubelskiego pt. „O leczeniu złudzeń zmysłowych za pomocą szaleju”, „Historię postępu w diagnozie i terapii zapalenia płuc i

1 Pierre Cabanas, 1757–1808, profesor medycyny, filozof, pisarz

ROCZNIK

TOWARZYSTWA PARYZKIEGO

LEKARZY POLSKICH

POSZYT PIERWSZY.

1859



PARYŻ

W KSIĘGARNI POLSKIEJ PRZY ULICY DE SEINE, 20.

plewry zacząwszy od Hipokratesa aż do Laenneca” autorstwa A. Raciborskiego oraz podaje przegląd prac wygłaszanych na comiesięcznych zebra-

niach Towarzystwa, których wyrywkowe tytuły podaję poniżej. Dowodzą one nie tylko różnorodnych zainteresowań, ale wskazują też na ich wysoki poziom.

W okresie sprawozdaczym zostały przedstawione następujące prace kazuistyczne: „Obserwacja reumatyzmu ostrego stawów przerzucającego się na błony mózgowie i skończonego gwałtowną śmiercią” (E. Korabiewicz), „Tumory mózgowie diagnozowane podczas życia” (L. Hirszfeld), „Leczenie gangreny twarzy” (Kajetan Stański), oraz inne: „O leczeniu afekcji dyfterytycznej gardła i krtani”, „O tracheotomii w krupie”, „Przemiana grubości ścian i budowa kanału Bottala w kilka dni po urodzeniu”. Nie zabrakło spostrzeżeń o kołtunie, mówiono o syfilisie i jego leczeniu jak również o różnych metodach leczenia np. za pomocą irydektomii.

A. Raciborski podał przegląd najważniejszych wydarzeń z życia medycyny Francji, a dr Kaczkowski z Niemiec. Zostały odnotowane dary w postaci pierwszych książek i pieniędzy; podkreślono hojność ks. Władysława Czartoryskiego, który ocenił wysoko korzyści, jakie może przynieść działalność TPLP. Ogłoszono także konkurs, podając 2 tematy.

Następny Rocznik 1860 rozpoczyna się od słów, że „TLPL przedstawia się powtórnie publiczności ze swymi pracami, co dowodzi, że już trzeci rok ubiega od jego założenia, a ... jednak wiele jest jeszcze lekarzy polskich, którzy zaledwie o niem słyszeli”. Dlatego raz jeszcze we wstępie dr Raciborski powraca do celów Towarzystwa pisząc: „Skoro mi zwłaszcza zrobiono zaszczyt powierzenia mi dyrekcji naukowej tego towarzystwa, mianując mnie Sekretarzem Głównym na 4 lata, wyznaję, że główną moją myślą było otwarcie, tym sposobem, nowego pola dla korzyści moralnych lekarzy polskich. Przyjmując to stanowisko miałem na uwadze szczególne położenie naszych rodaków porozdzielanych różnobarwnymi obwódkami na karcie geograficznej” (16, str. VI). Należy też pamiętać, że cenzura polityczna utrudniała kontakty naukowe, nawet przesyłanie publikacji między zaborami, tym bardziej tych z zagranicy. W zasadzie każdy z zaborów był zdany na własny dorobek naukowy. W zaborze rosyjskim były zabronione również Zjazdy Lekarskie. Pierwszy odbył się w Krakowie w r. 1869, drugi w Poznaniu w r. 1884.

Uważa on „że głównym obowiązkiem każdego polskiego lekarza jest czuwać nad dawną sławą gniazda ojczystego i skupiać wokół niego jakby w ognisku zwierciadła ważniejsze zasługi rodaków rozspanych pośród naro-

dowości, z którymi je nieraz cudzoziemcy mieszą. Niechaj wszyscy ludzie wyższego ukształcenia robią podobnie w każdej gałęzi nauk i sztuk, a łatwo nam będzie przekonać tym sposobem świat ucywilizowany, że Polacy zdolni są przy korzystnych okolicznościach zajmować jedno z ważniejszych stanowisk pod względem intelektualnym” (16, str. VII).

Po tym stwierdzeniu winszuje sobie: „Czyliż jest gdzieś ognisko naukowe, któreby więcej zwracało na siebie uwagi i wzbudzało więcej szacunku jak, stolica Francji? Każda sława, każdy postęp rozchodzą się stąd szybkością telegrafów po całym świecie. Ze wszystkich zatem względów założenie TPLP w Paryżu zdawało się być szczęśliwym pomysłem mogącym przedstawiać liczne korzyści dla lekarzy polskich” (16, str. VII).

Znowu została przypomniana ważna kwestia „używania nowych wyrażeń medycznych przez młodych lekarzy”. Chciałbym więc, pisze on dalej we wstępie „aby komitet Warszawski starał się zgodzić z komitetem Krakowskim co do wyboru wyrazów (nie zapominając również o Towarzystwie Wileńskim). Bez dopełnienia tego warunku lekarze różnych prowincyj polskich zostając wierni jedni temu, drudzy innemu komitetowi skończą na tem, że się wcale między sobą czy to w książkach czy przy łóżku chorego nie rozumieją”.

Oprócz ścisłego realizowania swych planów naukowych TPLP opiekuje się młodymi lekarzami polskimi, przybyłymi do Paryża, umożliwiając im kontakty z lekarzami francuskimi oraz ułatwiając dalsze kształcenie się (16, str. X).

W Roczniku za rok 1860 została zamieszczona, nagrodzona na uprzednio ogłoszonym konkursie, praca Felixa Krajewskiego, lekarza z Powiatu Hrubieszowskiego. Nosiła ona tytuł: „O odmrożeniach i o wpływie mocnego zimna na organizm”, którego przetłumaczone fragmenty udostępniono francuskiej opinii lekarskiej. Praca ta otrzymała srebrny medal Towarzystwa i została w całości wydrukowana w Roczniku, a autor jej został członkiem honorowym TPLP.

„Niechaj Francuzi przekonają się przez nas – pisze w jej komentarzu dr A. Raciborski – że jest jeszcze coś poza Renem oprócz Niemców, z których pracami mają zwyczaj mieszać wszystkich uczonych wschodniej Europy”. Cytując przy tej okazji zdanie historyka Thiersa, „który w swojej Historii Konsulatu i Cesarstwa napisał: „Les nations font bien dans l'elan de leur joie de célebrer, exagérer même leur triumphs” (narody postępują dobrze, jeżeli

w zapale dumy wychwalają, nawet przesadnie, swoje osiągnięcia), dodaje od siebie, że uczyć się wypada od Francuzów tego nadzwyczajnego taktu, z jakim oni podnoszą talent i zasługi swoich u obcych (16, str. XI).

Oprócz nagrodzonej pracy, drukowanej w całości, w Roczniku tym można znaleźć „Sprawozdanie z pory kąpielowej w Szczawnicy w roku 1859”, napisane przez dr J. Warszauera, dr Leopold Krzyżanowski z Lublina pisze o kołtunie w Lubelskiem, a kończy go praca dr X. Gałęzowskiego, opisująca jego nową modyfikację oftalmoskopu. Ogłoszony został również konkurs prac na r. 1861 na temat „rozmaitych źródeł wód mineralnych w prowincjach dawnej Polski i w cesarstwie rosyjskim znajdujących się”, który prawdopodobnie już się nie odbył, gdyż nie ma o nim późniejszej wzmianki. Można jedynie przypuszczać, że w przewidywaniu tego konkursu opublikowano uprzednio dwie prace z tego zakresu: dr J. Warszauera pt. „Sprawozdanie z pory kąpielowej roku 1859 w Szczawnicy (16, str. 91) i lekarza Odachowskiego z Kijowa” „O kąpielach za pomocą hydroferu” (16, str. 265).

Chodziło o podanie wiadomości o stanie wód mineralnych, aby reklamować je w Europie Zachodniej. „W dzisiejszym stanie cywilizacji, gdzie komunikacje między narodami coraz się więcej ułatwiają, praca niniejsza nabiera nawet ważności pod względem ekonomii politycznej i mogłaby się stać zarazem źródłem nowego bogactwa narodowego. Gdyby wyższość własności lekarskich niektórych wód mineralnych ze wschodu była dostatecznie dowiedziona, TPLKP nie omieszka dołożyć wszelkiego starania by zwrócić na nie uwagę lekarzy francuskich” (16).

Po r. 1861 zaszły ważne wydarzenia w życiu Emigracji. Wiadomości o organizowaniu Powstania w kraju zaczęły się rozpowszechniać, wywołując narastanie nastrojów patriotycznych, szczególnie wśród młodych. Wiele osób przygotowywało się do wzięcia w nim udziału. Pod wpływem ożywienia nadziei na walkę o wolność nawet uczniowie starszych klas Polskiej Szkoły na Batignolles zamieniali książki na karabin. Również lekarze – emigranci chcieli spełnić swój patriotyczny obowiązek i spodziewając się wyzwolenia Ojczyzny po Powstaniu 1863 wyjeżdżali masowo do kraju, co m.in. spowodowało zawieszenie działalności TPLP. Nikt nie mógł przewidzieć wówczas na jak długo.

„Gdy zbiegiem jednak nieszczęśliwych okoliczności nowa garstka braci znowu szukać musiała schronienia na obcej ziemi, a więc i w Paryżu, pozostający lekarze postanowili za staraniem dr Adryana Baranieckiego na nowo

rozpocząć zawieszono czynności byłego Towarzystwa Lekarzy Polskich" (17, str. 2). Pierwsze zebranie odbyło się 21 lutego 1865 a siedzibą jego została Biblioteka Polska. Po przyjęciu nowego statutu na prezesa wybrano dr E. Korabiewicza, na wiceprezesa dr M. Kleczkowskiego, sekretarzami zostali dr K. Stański i dr X. Gałęzowski.

Zgodnie ze zmienionym statutem poprzedni członkowie pozostawali nadal prawnymi członkami, a ponadto jako novum na członków zostali dopuszczeni również aptekarze, weterynarze i przyrodnicy, a w późniejszym okresie jeszcze studenci medycyny ostatniego kursu.

Ponieważ nie wszyscy dawni członkowie stawili się na pierwsze posiedzenie TPLP, wystosowano do nich odezwę: „TPLP nie chciałoby pozbawiać współdziału świątłych i chętnych kolegów polskich. Ci, którzy zgłoszą się do 1 lutego 1869 roku, zostaną wpisani do albumu Towarzystwa na najbliższym posiedzeniu (17, str. VII).

Rocznik ze sprawozdaniem z działalności TPLP za okres po jego wznowieniu ukazał się dopiero w r. 1968.

Podano w nim spis wszystkich członków działających na terenie innych państw: Anglii, Węgier, Włoch i Niemiec. Byli też członkowie korespondenci (w Berlinie był nim dr Roliński). Lekarzami Honorowymi zostali profesorowie Dietl, Majer i Skobel z Krakowa. Podano nazwiska studentów polskich studiujących w Ecole de Médecine w Paryżu.

Na treść ostatniego tomu złożyły się oprócz sprawozdań z wygłoszonych w tym okresie referatów demonstracje przypadków kolegów, którzy uczęszczali do różnych szpitali Paryża.

Wiele miejsca poświęcono wówczas cholerze ze stanowiska teorii i praktyki, również innym chorobom epidemicznym jak gorączce tyfoidalnej, zapalenie ślinianek, omawiano przypadek peritonitu rozpoznany pośmiertnie, zmodernizowany oftalmoskop demonstrował dr X. Gałęzowski i pokazywał jego zastosowanie na oczach królika i swoich kolegów.

Podobnie jak przed paroma laty na łamach Rocznika powrócono do konieczności ujednolicenia mianownictwa lekarskiego i wysunięto wówczas projekt opracowania słownika lekarskiego w języku polskim.

Sprawą ważną, przewijającą się w zachowanych dokumentach TLPL, była sprawa biblioteki Towarzystwa, która od zarania przyjmowała książki i broszury lekarskie, polskie i francuskie. XVII punkt ustawy mówił, że „biblioteka składać się miała z dzieł, broszur, rycin i pism periodycznych polskich

lub w językach obcych, tyjących się sztuki lekarskiej”. Tę od początku planowaną własną bibliotekę kompletowano stopniowo przez gromadzenie prac własnych członków, przez napływające dary oraz przejmowanie księgozbiorów po zmarłych lekarzach.

Pierwszym darem był zbiór pamiętników Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, ofiarowany TPLP przez jego redaktora dr A.F. Adamowicza. Dr Baraniecki przekazał 35 broszur, dr S. Gałęzowski 123 różne prace lekarskie, dr A. Hłuszniewicz 172 prace, dr A. Raciborski 124 prace. Swoje prace doktorskie przekazali lekarze: J., Kowalski, K. Stański, A. Szaramowicz, J. Wrotnowski. Napływały również książki w zamian za przesyłane Roczniki (18).

W 1866 r. z inicjatywy prof. Skobla i prof. Majera z Krakowa TPLP otrzymało prawie wszystkie dzieła wydane przez Krakowskie Towarzystwo Nauk m.in. książkę prof. Majera „O słownictwie lekarskim”. Wydział Lekarski z Warszawy przesłał roczniki swego organu „Gazety Lekarskiej”, prosząc lekarzy TPLP o współpracę, z Londynu nadeszły dary dzięki staraniom zamieszkałego tam dr A. Baranieckiego. Wskutek powiększania się księgozbioru, który czasowo był przechowywany w jednej szafie Biblioteki Polskiej, 7 grudnia 1867 postanowiono przenieść bibliotekę TPLP do prywatnej kliniki dr X. Gałęzowskiego, gdzie znalazły się warunki na zorganizowanie czytelnicy naukowej dla lekarzy polskich. W rok potem konserwatorzy Biblioteki Polskiej Walerian Kalinka i Eustachy Januskiewicz składają w depozycie TPLP zbiór 282 prac lekarskich, stanowiących jej własność z klauzulą, że w przypadku rozwiązania Towarzystwa książki te powrócą do Biblioteki Polskiej. Zbiór biblioteczny powiększył się w tym czasie do około 500 tomów książek i do 1000 broszur lub zeszytów różnych pism. Dla porównania przytoczę, że największa Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie liczyła wówczas prawie 5000 dzieł, w których niewiele było poloników.

Zamieszczono również sprawozdanie z kasy, prawie pustej, bo pozostało w niej zaledwie 201 franków. Załączona notatka bibliograficzna opracowana przez dr Baranieckiego zawierała tytuły prac polskich lekarzy emigrantów w okresie od 1861 do 1868 wraz z podaniem tytułu i miejsca publikacji, również tytuły i daty tez doktorskich: wymieniono nazwiska lekarzy, biorących czynny udział w różnych kongresach we Francji oraz podano wykaz memoriałów składanych Akademii Medycznej lub Akademii Nauk w Paryżu. Rocznik ten kończy lista nagród, medali i odznaczeń, którymi uhonorowano niektórych polskich lekarzy.

Jednym ze statutowych celów TPLP było zaznajamianie lekarzy z postępowaniem wiedzy medycznej przez pośredniczenie w stosunkach naukowych z francuskimi towarzystwami naukowymi oraz informowanie miejscowych towarzystw o najważniejszych pracach i osiągnięciach lekarzy polskich.

W „Przeglądzie Lekarskim” wydawanym staraniem Oddziału Nauk Przyrodniczych i Lekarskich C.K. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego prof. F.K. Skobel prowadził stałą rubrykę zatytułowaną „Towarzystwo Lekarzy Polskich w Paryżu”, na której łamach cytował w okresie od lipca do grudnia 1862 roku najważniejsze wątki z wydawanych w Paryżu Roczników. Opatrywał je nierzadko własnym komentarzem. Było to potrzebne gdyż „Rocznik nie docierał do wszystkich lekarzy w kraju z powodu niechętnego ustosunkowania się zaborców do czasopism mających na celu zjednoczenie lekarzy polskich rozdzielonych zaborami.” „Nadto chciałem – pisał on – przez dokładne sprawozdanie zachęcić lekarzów w kraju do nabywania dzieła, zawierającego w sobie tyle prac oryginalnych, których nie powstydzimy się przed najświetlejszym narodem. Rocznik TPLP ma być reprezentantem lekarstwa polskiego w stolicy Francji przed najwyższym trybunałem prac naukowych i umiętnych. Okażmy więc wdzięczność zacnym rodakom, którzy osiadłszy w gwarnym i rozkoszonym Paryżu nie tylko nie zerwali związków z krajem rodzinnym, ale owszem służą jej sławie i sprawie w sposób najszlachetniejszy i najskuteczniejszy tj. przez uprawianie nauki. Okażmy ją nie tylko przez rozkupywanie Roczników ale i przez zasilanie tego pożytecznego czasopisma naszymi pracami”. Podkreślał również na łamach „Przeglądu Lekarskiego” (19, nr 16, str. 18) wielką zasługę dr Raciborskiego, redaktora i autora wstępów do rocznika, jaką położył dla ujednoczenia języka naukowego lekarskiego.

Na podstawie archiwów TPLP, znajdujących się w Bibliotece Polskiej, można prześledzić, że wiele uwagi poświęcono zrealizowaniu utrzymywania więzi z lekarzami polskimi w kraju. Zachęcano ich do brania udziału w pracach konkursowych, nagradzano ich prace, jak również udzielano pomocy tym, którzy przyjeżdżali do Paryża na studia.

Zachęcano też lekarzy z kraju do wzięcia udziału w Międzynarodowym Zjeździe Medycyny w Paryżu w sierpniu 1867 r., jak również wydano specjalną odezwę, wzywającą do wzięcia aktywnego udziału lekarzy Polaków przebywających we Francji w Pierwszym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników, który odbył się 13 września 1869 roku w Krakowie.

W tej odezwie, podpisanej przez ówczesnego Prezesa dr E. Korabiewicza i I Sekretarza dr Z. Laskowskiego odwoływano się do uczuć patriotycznych lekarzy Emigracji słowami: „Zbyteczne byłoby zachęcać do współudziału w nim tych, którzy, jak Ty, Szanowny Kolego, dla miłości Kraju skazali się dobrowolnie na smutne i długie dni tułactwa. Narodowe Zjazdy od dawna się już odbywają u innych narodów, mielibyśmy więc tylko jedni poczuwać się mniejszą potrzebą zespalania sił naszych? My, naród rozświetlony, a ciągle jedną czujący się całością. Mielibyśmy na koniec zapomnieć o tej niezbitej prawdzie, że dla narodu jak nasz dzisiaj, najdonioślejszym protestem przeciwko zbrodni na nas dokonanej jako też niezawodną kotwicą zbawienia jest narodowa oświata. Fiat lux, libertas erit”.

W tych słowach zawiera się rola, cel i działalność TPLP, które należy przypomnieć w związku z upływającą rocznicą, aby „uchronić od zapomnienia” i podkreślić wkład licznych polskich lekarzy – emigrantów w medycynę polską, jak również przypomnieć ich patriotyczne postawy.

Wojna prusko – francuska w roku 1870, zakończona klęską Francji, doprowadziła do pauperyzacji społeczność emigrancką i pośrednio spowodowała zaprzestanie działalności TPLP i wielu innych organizacji emigracyjnych, założonych i działających dzięki ofiarności swych członków. TPLP stale pracuje nad nawiązywaniem i zacieśnianiem kontaktów między lekarzami polskimi, którym przyszło żyć na emigracji, i tymi pozostałymi w kraju, dobrze przysłużyło się sprawie polskiej i jest godne pamięci zwłaszcza w środowisku lekarskim.

Autorka dziękuje Panu Ryszardowi Maturze z Biblioteki Polskiej w Paryżu za cenne wskazówki przy korzystaniu z materiałów archiwalnych TPLP.

Piśmiennictwo

1. Davies Norman: *Histoire de la Pologne*, Fayard 1986.
2. Ostrowska Teresa: *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku (1800-1900)*, PAN, Zakład Historii Nauki i Techniki, 1973, str. 234.
3. Gadon Lubomir: *Wielka Emigracja po Powstaniu Listopadowym*. Księgarnia Polska, Paryż 1957-1960, str. 510.
4. Zaorska Barbara: *Śladami emigrantów czyli „gorzki to chleb jest polskość”*. 1993.
5. Gołuska Stanisław: *Szkoła Polska na Batignolles 1842-1963*. Księga pamiątkowa wychowanków Polskiego Liceum w Paryżu z okazji 130 rocznicy Szkoły Batiniolskiej. Interpress, Warszawa, 1972.

6. Guyotat Regis: Les livres de la liberté. *Le Monde*, 5 juin 1993, str. 31.
7. Konopka Stanisław: Les relations culturelles entre la France et la Pologne dans le domaine de la médecine. Société Polonaise d'Histoire de la Médecine. Varsovie, 1958, str. 15.
8. Konopka Stanisław: Polscy wychowankowie Wydziału Lekarskiego w Montpellier. *Arch.Hist.Med.*, 1962, 25, 2, 205.
9. Wrotnowska Denise: Pamiątka Emigracji w Montpellier. „Syrena”, Dodatek literacko-naukowy 31, marzec 1956, 4, 2.
10. Wrotnowska Denise: Centenaire de la Fondation de l'Association Parisienne des Médecins Polonais. *Histoire de la Médecine, Numéro spécial*, 1958, 117. Tłumaczenie tej pracy ukazało się za zgodą autorki w *Arch.Hist.Med.*, 1961, 24, 259.
11. Wrotnowska Denise: Médecins polonais émigrés à Paris au XIX siècle. *Arch.Hist. i Filoz.Med.*, 1993, 56, 1.
12. Raciborski A.: Mowa o styczności medycyny z innymi naukami, sztukami pięknymi i literaturą. Paryż, 1858, w drukarni L. Martinet, ul. Mignon 2.
13. Statut Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich. Paryż, 1858.
14. Rocznik Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich. Paryż 1859, Librairie Polonaise, rue de la Seine 20. Str. 170.
15. Ostrowska Teresa, dz.cyt., str. 174.
16. Rocznik Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich. Paryż. 1860. Librairie Polonaise, rue de la Seine 20, str. 170.
17. Rocznik Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich. Paryż. 1868. Librairie Polonaise. Paryż. 1968. W księgarni Luxemburskiej, ul. Tournon 16.
18. Wrotnowska Denise: Przypomnienie 100-lecia Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich. „Syrena”, dodatek literacko-naukowy. Paryż. 26 kwietnia 1958.
19. Skobel Fryderyk: „Towarzystwo Lekarzy Polskich w Paryżu. Wiadomość podana przez profesora Skobla”. Rubryka ta ukazywała się od nr 18 do 27, od czerwca do października 1862 roku w „Przeglądzie Lekarskim”, wydawanym staraniem Oddziału Nauk Przyrodniczych C.K. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego.

STEFAN WESOŁOWSKI

Moja droga do Ciechanowa

Pod koniec maja 1985 r. przyjechaliśmy z żoną z Libii na urlop do kraju. Pewnego dnia przypadkowo spotkałem mojego dawnego współpracownika doc. dr med. Mirosława Kazonia, obecnie kierownika Kliniki Urologicznej Centrum Medycznego Szkolenia Podyplomowego i jednocześnie Specjalistę Wojewódzkiego w Zakresie Urologii na Ciechanów. Oto nasza rozmowa:

Doc. Kazon – Mam wielki kłopot, Panie Profesorze.

Ja – „Co takiego? Może Wam coś pomogę”

Kazon – „Pod koniec roku otwiera się nowy 700-lóżkowy szpital w Ciechanowie, gdzie przy oddziale chirurgicznym ma być 20 łóżek urologicznych i nie ma kandydata na ordynatora”

Ja – „Kolega dziwi się temu? A jaki wariat przyjdzie na wspólne gospodarstwo z chirurgią. Bez wyposażenia urologicznego, bez własnych asystentów. Każdy chce mieć własne samodzielne gospodarstwo, może być małe, ale niezależne. A dlaczego nie zaplanowano samodzielnego oddziału urologicznego?”

Kazon – „Owszem był w projekcie samodzielny oddział, ale budowa trwała długo, 15 lat i tyle było zmian, że oddział ten gdzieś po drodze zniknął”

Ja – „Jak może tak duży szpital być bez urologii? Tymbardziej, że w Warszawie, od 1974 r., od kiedy zrezygnowałem z zaszczytnej funkcji specjalisty krajowego, nie tylko, że nie przybyło ani jedno łóżko urologiczne, ale za czasów kiedy dyrektorem Wydziału Zdrowia m.stoł. Warszawy był dr Adynowski zlikwidowano dwa oddziały urologiczne, z trudem przez długie lata organizowane:

1) oddział z 40 łózkami w Szpitalu Grochowskim, organizowany początkowo przez dr Józefa Dackiewicza, a później przez dr Wiesława Bulińskiego i 2) Oddział 25-lóżkowy dr Sławomira Zakrzewskiego w Szpitalu Czerniakowskim przy ul. Stępińskiej. Na miejsce Oddziału Urologicznego powstał w Szpitalu Grochowskim Oddział Chemioterapii Nowotworów, a personel urologiczny przeniesiono do istniejącego już Oddziału Urologicznego w

Świdrze. W ten sposób Grochów i Saska Kępa straciły urologię, a chorych na ostry dyżur musiano wozić do Świdra. Dr Bulińskiemu i jego zespołowi dyr. Adynowski postawił ultimatum – albo przechodzicie do Świdra, albo „na zieloną trawkę”. Moja interwencja (wówczas już emeryta) w Ministerstwie Zdrowia nie pomogła i z żalem dr Buliński musiał rozstać się ze Szpitalem Grochowskim, z dużą szkodą dla mieszkańców Grochowa i Saskiej Kępy. Przecież Oddział Chemioterapii nie wymagał specjalnych urządzeń i z powodzeniem mógł być ulokowany w szpitalu w Świdrze. Jak więc w takich warunkach chorzy na choroby dróg moczowych, pochodzących z Ciechanowa, mogli marzyć o dostaniu się do szpitali warszawskich?

Po tych rozważaniach z doc. Kazoniem zdecydowałem – „ale ja koledze pomogę i znajdę takiego „wariata”, kandydata na Ciechanów”

Kazon – „Jak to, kto?”

„Ja, Kolego – powiedziałem”

Kazon spojrział niedowierzająco i zdumiony zapytał: „A Libia? A dolary?”

„Kolego, ja pochodzę z tych stron, z powiatu płońskiego, więc będę miał przyjemność jeszcze trochę pooperować moich rodaków-chłopów z tych okolic. Dajcie mi nazwisko dyrektora Szpitala w Ciechanowie”

„Dr Marek Scharoch” – odparł, ciągle niepewny Kazon.

I tak na początku czerwca 1985 r. pojechaliśmy z moim ukochanym kierowcą, moją żoną Zofią, naszą starą „Ładą” do Ciechanowa. Kiedy wszedłem do nowego szpitala – „oko mi zbieleło”. Marmury, glazury, prawie jak w Libii. Nie. Ja tu muszę pracować! (ryc. 1).

P. Dyrektor Scharoch, młody, przystojny, o urodzie amanta filmowego, przyjął nas bardzo uprzejmie. Rozmowa odbywała się w obecności Ordynatora oddziału chirurgicznego, dr med. Aleksandra Niestępskiego, przyszłego poszkodowanego, który miał stracić pół oddziału. Było oczywiste, że nie musiał patrzeć na mnie z miłością. W rozmowie brała również udział Pani dr Alicja Karwowska, wice-dyrektor Szpitala i, jak oświadczyła, moja dawna studentka. Rozmowa przebiegała w sposób następujący:

Ja – „Panie dyrektorze. Specjalista wojewódzki p. doc. Kazon poinformował mnie, że poszukuje Pan urologa do pododdziału 20 łózek przy chirurgii. Mam 77 lat, pracuję obecnie w Libii, ale chętnie przyszedłbym do Ciechanowa, bo to moje rodzinne strony. Czy Pan ryzykuje?”

Dyrektor Scharoch – „ryzykuję”. I tu Pan Dyrektor wygłasza pean na moją cześć, że „zaszczyt dla Ciechanowa i Szpitala, że oczywiście...” I tak oto



Ryc. 1. Szpital wojewódzki w Ciechanowie.

zaczęło się. W siedemdziesiątym siódmym roku życia rozpoczynałem nową pracę w nowym miejscu, z nowymi ludźmi. A z instrumentów urologicznych miałem: a) swoje ręce („temy ręcamy”) i palec; b) jedynym, cenniejszym instrumentem była stara podważka (elewator) „spadek” po moim ukochanym szefie, dr Wacławie Lilpopie, bardzo pomocna podczas operacji kamieni nerkowych; c) mój prywatny („ślepy”) – lithotryptor.

„O stary wariacie!” Zamiast siedzieć w Libii i zgarniać forszę, ja zaczynałem walkę z LOSEM... A gdzie choćby jeden cystoskop a gdzie elektrorektor, – „zimne światło”? Ustaliliśmy, że dostanę 20 łóżek w oddziale chirurgicznym i jednego asystenta. Prosiłem, aby został ze mną przynajmniej na rok. Niestety, zmieniano ich zbyt często.

Mieszkać będziemy w „kawalerce” w nowym budynku dla personelu przy Szpitalu. Otrzymuję tytuł zastępcy ordynatora Oddziału Chirurgicznego. Hurra! Lata pracy na chirurgii w Szpitalu Wolskim u mojego Drogiego Szefa i Przyjaciela prof. Leona Manteuffla nie poszły na marne.

Rezygnujemy z Libii! Piszę grzeczny list do szpitala w Libii, zwracam powrotne bilety lotnicze w Ambasadzie Libijskiej. Żegnaj Libio! Jednocześnie

nie piszę błagalny list do księdza Eugeniusza Platera-Zyberg we Francji z prośbą o narzędzia urologiczne. Załączam pieczołowicie sporządzone wykazy z katalogów i zaznaczam, że w jesieni, będąc na Kongresie Urologów Francuskich, chciałbym zobaczyć się z księdzem. Może do tego czasu uda mu się cośkolwiek zdobyć dla Ciechanowa. Chętnie bym to zabrał. Ksiądz Plater od wielu lat prowadzi ofiarnie akcje charytatywną dla polskich szpitali, nie szczędząc swego czasu, ani energii. Przed wyjazdem z Libii, zgodnie z kontraktem byłem zmuszony połowę moich zarobków wydać na miejscu. A nie było na co. Wobec tego kupiłem dwa bilety lotnicze do USA. Teraz w październiku 1985 r. przed rozpoczęciem w pracy w Ciechanowie postanowiliśmy z żoną wykorzystać te bilety i odwiedzić starych przyjaciół, a przy okazji rozejrzeć się, czy uda się zdobyć jakieś narzędzia urologiczne dla Ciechanowa. Kiedy dotarliśmy do Chicago, usiłowałem skomunikować się z prezesem Związku Lekarzy Polskich. Poznałem go jeszcze za czasów wielkiego działacza polonijnego dr Aleksandra Rytla. Chciałem również trafić do dr Mazewskiego, prezesa Kongresu Polonii Amerykańskiej. Niestety. Na moje telefony i listy nie było odzewu. Dopiero dzięki koleźce, dr med. Jerzemu Najewskiemu (USA), udało mi się skontaktować z przewodniczącym Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Nowym Jorku, dr Janem Dankiem i przedstawić mu moją prośbę o protekcję do dr Mazewskiego. Replika kolegi zaskoczyła mnie!

– „To pan chce dolarów dla generała Jaruzelskiego?”

– „Nie chcę dolarów dla generała Jaruzelskiego, tylko stare cystoskopy, których wy już nie używacie, dla chorych w Ciechanowie”. – Nieprzyjemnie mi się jednak zrobiło po tej rozmowie. Zgodnie z żądaniem mojego rozmówcy złożyłem jeszcze jeden wykaz narzędzi (nie ostatni w moim życiu), nie bardzo wierząc w dobry wynik mojej prośby. Trzeba jednak przyznać, że wiosną 1986 r. otrzymałem nieco starego sprzętu urologicznego. Dzięki serdeczne za to! W listopadzie 1985 r. udało mi się zorganizować wyjazd na Kongres Urologów Francuskich (na koszt własny). Głównym jednak celem była wizyta u ks. Platera z nadzieją zdobycia narzędzi urologicznych. Niestety trafiłem źle! Ksiądz nie miał pieniędzy. Obiecał jednak pojechać w okolice, gdzie żyło wielu Polaków i przeprowadzić tam zbiórkę pieniędzy, jak również akcję w prasie (ryc. 2). Prosił tylko o zmniejszenie zapotrzebowania. A więc jeszcze jeden wykaz narzędzi. Zrobiłem to w ciągu nocy. Firma francuska dała mi na drugi dzień rachunki „pro-forma”, które przed wyjazdem zdażyłem złożyć księdzu. I odtąd z niepokojem oczekiwałem

Les lecteurs de Pelerin Magazine sont solidaires



Le professeur Stefan Wesołowski à Paris en 1985 lors de la remise du matériel d'urgence.

Il y a quelques mois, on lui demandait de l'aide. Plater, représentant en France de la commission caritative de l'épiscopat de Pologne *Pelerin Magazine* avait lancé un appel à ses lecteurs. Il s'agissait de trouver un parrain financier pour l'achat d'instruments nécessaires au fonctionnement d'un nouveau service urologique de l'hôpital de Ciechanów. Mis en service en 1985, cet hôpital ne disposait pas de matériel nécessaire pour pratiquer

certaines interventions urologiques. L'appel de *Pelerin Magazine* eut un succès inattendu. En moins de 10 jours, 10 000 francs furent envoyés. L'achat de bistouris électriques, électrocoagulateur de l'utérus, matériel de radiodiagnostic, etc. Chaque franc envoyé a d'ailleurs couvert des frais d'indemnités qui ont permis d'acheter les instruments prévus. Tous les instruments ont été remis en moins de deux semaines au début de mois de mars. On peut pratiquer avec succès les deux premières opérations valables. Les autres opérations admettent de l'attente. La solidarité a été en pratique

Ryc. 2. Anons ks. Platera w gazecie francuskiej.

wieści z Paryża. Przy okazji ksiądz pokazał mi swój „Ośrodek Pomocy Polsce” (Fonds S.O.S. Aide aux Malades Polonais) i opróżnioną szkołę, którą ksiądz dostał od mera Paryża. Gromadzono tu dary, ubrania, instrumenty, leki itp. W olbrzymich salach siedzieli „Ludzie Dobrej Woli” z panią Pauliną Plater-Zyberg – matką księdza – na czele i segregowali dary przygotowując paczki dla kraju. Syzyfowa praca! Wzruszony byłem budującym przykładem dostojnej Pani, która nie szczędziła swej pracy dla dobra rodaków.

Od 1 stycznia 1986 r. zacząłem pracować w Oddziale Chirurgicznym dr med. Aleksandra Niestępskiego w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Pierwszym asystentem moim został dr Ryszard Poreda. Pierwszą operację wykonaliśmy wspólnie 8 stycznia 1986 r. w znieczuleniu rdzeniowym przeprowadzonym przez dr Józefa Świerczka. Instrumentowała bardzo sprawnie pielęgniarka operacyjna p. Mirosława Bastecka. Była to operacja chirurgiczno-urologiczna: dr Poreda zoperował przepuklinę pachwinową, a ja usunąłem najądrze, w którym patomorfolog, dr Borys Kirmuć, stwierdził gruzlicę. W dniu 15 stycznia w asyście kolegów chirurgów Tadeusza Guzowskiego i Jerzego Zaborowskiego usunąłem per laparotomiam olbrzymi guz prawej nerki, silnie krwawiący, u 40-letniego rolnika z licznymi przerzutami do płuc. Była to operacja paliatywna, ale ratująca życie (salvage nephrectomy). Chory ten gdyby nie był operowany, zginąłby z powodu krwawienia. Po operacji i leczeniu „Provera” powrócił do pracy i przeżył półtora roku. Dwaj pierwsi chorzy ze wsi operowani z powodu dwóch groźnych chorób – gruzlicy i nowotworu.

Pragnę nadmienić, że śp. Ojciec mój, rolnik z powiatu płońskiego, w latach trzydziestych był operowany w Szpitalu św. Ducha w Warszawie przez prof. Zygmunta Radlińskiego z powodu carcinoma ventriculi, a zmarł w parę lat potem z powodu gruźlicy. W 50 lat później, kiedy zaczynałem pracę w Ciechanowie, wśród moich pierwszych chorych ze wsi napotkałem znów gruźlicę i nowotwory. Początki mojej pracy były bardzo trudne, musiałem uczyć postępowania z chorymi urologicznymi wszystkich: salowe, pielęgniarki, instrumentariuszki, lekarzy i sam musiałem nauczyć się pracować w innych, zmienionych warunkach. Musiałem zrezygnować z pozycji „big Chief”, a przyjmując pozycję szarego pracownika szpitalnego, który chętnie pomoże przenieść chorego ze stołu operacyjnego na wózek, a w razie potrzeby poda choremu pantofle. Nie uważałem tego za uchybienie sobie. Szczególnie trudno układała się praca na sali operacyjnej, gdzie istniał system rotacyjnej instrumentariuszki. Codziennie instrumentowała inna pielęgniarka, co wymagało ode mnie znacznego wysiłku. Z rozrzewnieniem wspominałem wtedy pracę w wybudowanej przeze mnie Klinice Urologicznej A.M. w Warszawie i wspomniałem warunki, jakie tam udało mi się stworzyć.

Życie nasze rodzinne ułożyło się następująco. W niedzielę po południu wyjeżdżamy z Warszawy naszą starą „Ładą”. Wieczorem robiłem obchód w Szpitalu. Dni operacyjne były w poniedziałki, wtorki i czwartki, a w środy ambulatorium. Na week-end wracaliśmy do Warszawy. W początkowym okresie niejednokrotnie telefon lekarza dyżurnego przerywał nam odpoczynek w Warszawie i pospiesznie wracaliśmy do Ciechanowa. Jak widać, życie nasze było dość urozmaicone. Byłem jednak szczęśliwy, mogąc znów pracować w szpitalu w Polsce.

Na początku tego okresu byłem bardzo ciekaw opinii chorych o mojej pracy. Kiedy więc mój pierwszy pacjent po prostatektomii, operowany z powodu zatrzymania moczu, opuszczał szpital po operacji zapytałem go:

– „No i jak Pan, Panie Kowalski, czuje się po tej operacji?”

On – „Marnie!”

Przeraziłem się i pytam zdziwiony: „Jak to marnie?”

On – „Panie doktorze, ramiona, jak mnie przed operacją bolały, tak i nadal bolą”

Ja – „Ale jak jest z oddawaniem moczu, przecież Pan miał zatrzymanie moczu”

On – „O Panie Doktorze, z moczą to szkoda gadać, jak młody strażak!”

Największe trudności sprawiał nam brak sprzętu endoskopowego, uniemożliwiający wykonanie cystoskopii. I naraz niespodzianka. Pod koniec lutego 1986 r. nadeszła do Szpitala depesza z Paryża: „Materiel urologique arrive Varsovie Jeudi 27 Fevrier prie attendre ul. Piekna jeudi apres midi Plater”. I rzeczywiście tego dnia dwóch sędziwych Francuzów, rodzonych braci, emerytów – Robert et Jean du Jeu, „Ludzi Dobrej Woli”, współpracujących z ks. Platerem, zajęchało na Piekną 3 obszernym Peugeot-Familiale, naładowanym cudownym sprzętem urologicznym f-my „OLYMPUS” i „Porges”. Była to któraś z kolei podróż charytatywna panów du Jeu i nie ostatnia! Jeszcze nieraz ratowali nas w potrzebie.

W dniu 5 marca 1986 r. nastąpił moment historyczny: pierwszy zabieg endoskopowy w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie u 77-letniej chorej, krwawiącej z pęcherza. Chora ta od paru miesięcy leżała w naszym Szpitalu, przenoszona z oddziału na oddział, bo nie można było wykonać cystoskopii. I oto teraz mogę wykonać to badanie. Narzędzia wyjałowione w sterylizacji gazowej „Anprolenem”. Dzięki życzliwości Jego Eminencji księdza prymasa Józefa Glempa, uzyskaliśmy od niego w darze sterylizator gazowy i duży zapas ampułek „Anprolenu”. Muszę z wdzięcznością przyznać, że pierwsze ampułki „Anprolenu” otrzymałem od doc. M. Kazonia, który także ratował nas w potrzebie. Zaczynam zabieg. Wprowadzam cystoskop i widzę na dnie pęcherza krwawiącego małego brodawczaka, wielkości maliny. Cóż za cudowny widok! Kilkoma pociągnięciami pętli electrotomu resekowałem brodawczaka. Elektrokoagulacja. Koniec zabiegu! Chorą tę kontrolowałem przez 7 lat. Rozkoszowałem się precyzją narzędzi „OLYMPUS” i z wdzięcznością myślałem o księdzu Platerze. Po zabiegu wysłałem telegram do Paryża: „Aujourd’hui moment historique premiere operation endoscopique faite a Ciechanów. Hurra, Merci” – Z tej mojej francuszczyzny najbardziej podobało się księdzu „Hurra”. Ksiądz Plater ratował nas nadal w potrzebie i uzupełniał braki (pętle tnące i do koagulacji). Dzięki Niemu zdobyliśmy „Knife-electrode” do nacinania prostaty. Mogliśmy wobec tego wykonać w Ciechanowie pierwsi w Polsce nową operację „Electroincisio prostatae trans-urethralis”.

Pielęgniarki. Pielęgniarką oddziałową była p. Urszula Koziątek, która z wielkim talentem gospodarzyła w oddziale. Pani Aldona Sobczak opiekowała się sprzętem endoskopowym, a Beata Tyszkiewicz, salą opatrunkową. Obie przeszły przeszkolenie urologiczne w klinice doc. M. Kazonia.

Asystenci. Początkowo pracowali ze mną asystenci chirurgii: Ryszard Poreda, Krystyna Wiśniewska, Jerzy Starzyk, Romuald Maj, Tadeusz Jędrychowski, Stefan Skibniewski, Jerzy Zaborowski, Janusz Lewczuk, Krzysztof Antoniuk, Zbigniew Schorach, Wojciech Niestępski i Jacek Krzyśpiak, który zdecydował się specjalizować w urologii. Z czasem stałymi asystentami zostali: Mieczysław Węglewicz – od 1.V.1986 i Franciszek Zmysłowski od 18.XI.1987, specjalista II stopnia chirurgii ogólnej, który uzyskał specjalizację urologiczną 11.IV.1991. Po przewyciężeniu pierwszych trudności pracowało mi się z nimi doskonale. Od 1.I.1991 zaczął pracować na urologii nowy asystent Andrzej Wolanin.

Ambulatorium urologiczne. Początkowo chorych ambulatoryjnych załatwiano w oddziale. Od 27 stycznia 1988 roku otwarto oficjalnie Wojewódzką Przychodnię Urologiczną; przyjmowano chorych w środy i piątki. Osobiście przyjmowałem we środy wszystkich, którzy chcieli zasięgnąć mojej porady. Oczywiście, że z czasem frekwencja pacjentów „do profesora” wzrosła nadmiernie, a szczególnie szybko zaczęła wzrastać liczba „krewnych”, przyznających się do mojej rodziny.

Współpraca z innymi oddziałami:

Chirurgia – Urologia mogła zaistnieć dzięki p. Ordynatorowi A. Niestępskiemu, korzystałem często z Jego życzliwości i pomocy, jak również z pomocy Jego zastępcy dr Tadeusza Guzowskiego oraz innych kolegów.

Anestezjologia. Po początkowych utarczkach współpraca ułożyła się dobrze dzięki taktowi ordynatora oddziału dr Wojciecha Obojskiego. Należy podkreślić, że zespół składał się z grupy doświadczonych fachowców, jak: Edward Chrostek, Jadwiga Jędrychowska, Teresa Rękosiewicz, Maria Rogacka, Józef Świerczek, Sławomir Zuchora oraz drugiej grupy młodzieży, która rozpoczynała pracę w w szpitalu równocześnie ze mną z początkiem 1986 r.: Marek Gniado, Robert Jurczyk, Alicja Michalczyk. Szczególnie jestem zobowiązany koledze Chrostkowi, którego praca często nie ograniczała się do przeprowadzenia doskonałego znieczulenia, ale wyrastała poza ramy anestezjologii podczas trudnych operacji. Podobnie jestem wdzięczny kol. Zuchorze, którego szybkość wykonania znieczulenia nie ustępowała wysokiej jakości tegoż.

Mówiąc o bloku operacyjnym muszę podkreślić oddanie, uczynność i życzliwy uśmiech pań instrumentariuszek, zawsze chętnych do pracy z przełożoną bloku panią Zofią Leszczyńską i Jej zastępczynią p. Jadwigą Grzelak.

A oto instrumentariuszki, które najczęściej mi asystowały: Mirosława Bastecka, Grażyna Pałkowska, Teresa Leszczyńska, Anna Cieślicka, Elżbieta Kowalska, Anna Niesłuchowska, Bożena Stokowska i Małgorzata Tomczyk.

Z Zakładem Radiologii – ordynator dr Andrzej Kostrubała, o dużym wykształceniu fachowym – współpraca układała się znakomicie. Jego asystenci Jan Wiski, Janina Ślącza, Stanisław Rękosiewicz oraz panie laborantki, zawsze chętne i pomocne. Szczególnie jestem wdzięczny kol. Wiskiemu, który jako biegły w badaniach USG, był przeze mnie dodatkowo obciążony nagłymi konsultacjami, szczególnie we środy, kiedy przyjmowałem w ambulatorium.

Oddział Ginekologiczno-położniczy z ordynatorem dr med. Bernardem Wernerem i jego współpracownikami: Anną Obojską, Andrzejem Soplńskim, Antonim Sienkiewiczem i innymi. Na początku mojej pracy byłem zaintrygowany, czy ginekologia dużo nam będzie dostarczała powikłań urologicznych, po swoich operacjach. Z zadowoleniem należy podkreślić, że jeśli takie powikłania, czasami zdarzały się, to najczęściej były spoza Ciechanowa.

Oddział Chorób Wewnętrznych: pani dr Matylda Lisowska i niemiłosiernie przeze mnie wykorzystywana ciągłymi konsultacjami, urocza sama Pani Ordynator i jej mili współpracownicy: Marcin Majstrak, mój niezapomniany lekarz zakładowy, Elżbieta Scharoch i inni.

Ordynator II Oddziału Chorób Wewnętrznych dr Bogdan Wajght z Danutą Kamińską i Elżbietą Galbarczyk.

Ordynator Oddziału Kardiologii Tomasz Leyko z życzliwym Bogdanem Zbyszyńskim.

Apteka: Panie mgr Anna Obidzińska i mgr Marta Kowalska. Niezwykle życzliwe, uczynne i pomocne w zdobywaniu rzadkich leków.

Laboratorium – mgr Wiesława Czyżewska. Bakteriologia – mgr Tadeusz Bolar. Byłem zaskoczony, że badania dodatkowe, nieraz bardzo skomplikowane można było wykonywać przez całą dobę.

Oddział Rehabilitacyjny – dr Jolanta Sępkowska. Biblioteka obficie zaopatrzona – kierownik mgr Krystyna Janiak oraz bibliotekarki: Joanna Gorek, Alicja Mieszkał, Renata Olewnik, Aneta Rutkowska, Ewa Kortez-Rakuszewska, Krystyna Tylewska.

Jak wyglądała nasza praca? W 1986 r. przez 10 miesięcy (wyjazd do USA i Francji pod koniec roku) na 20 łóżkach leczyliśmy 323 chorych. Wykonaliśmy 184 operacje. Zmarło po operacji 5 chorych, w tym 3 chorych po

prostataktomii; u wszystkich trzech przyczyną zgonu była Embolia arteriae pulmonalis. Straszliwa seria! W 1987 r. leczono 320 chorych, operowano – 161, po operacji 1 zgon. W 1988 r. leczono 355 chorych, wykonano 215 operacji, po operacji zmarło 2 chorych. We wrześniu 1988 r. rozpoczęto organizować samodzielny oddział urologiczny. W 1989 r. mieliśmy już 30 łóżek urologii. Leczono 537 chorych, wykonano 297 operacji, po operacji zmarło 2 chorych.

Praca naukowa. W okresie od 20.VI.1987 r. do 20 stycznia 1990 r. Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Wojewódzkiego wypełnili program 5 posiedzeń naukowych urologów i chirurgów w Warszawie, przedstawiając wiele referatów i pokazów. W listopadzie 1990 r. na kongresie Polskiego Towarzystwa Urologicznego przedstawiłem nową metodę operacyjną prostaty „electroincisio prostatae transurethralis” na podstawie obserwacji chorych, operowanych w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Z tego okresu ukazało się 15 pozycji, drukowanych w „Urologii Polskiej”.

Poniżej podaję wykaz zebrań naukowych i omawianych tematów:

I. 20.VI.1987 Zebranie Oddz. Warsz. Pol. Tow. Urol. w Klinice Urol. A.M. w Warszawie.

1. S. Wesołowski, Z. Lorencewicz, J. Wiski, B. Kirmuć:

Epicrisis przypadku raka nerki z przerzutami.

2. M. Węglewicz, A. Kostrubała, B. Kirmuć: Dwa przypadki ureterocoele.

3. M. Węglewicz, B. Kirmuć: Przypadek raka moczowodu.

4. A. Poreda, J. Wiski: Chorzy ze zwężeniem cewki moczowej leczeni na oddziale Chirurgicznym Szpitala Woj. w Ciechanowie.

5. T. Jędrychowski, M. Guzowski, J. Ślącze: Przetoka moczoscórna po nacięciu ropnia okołonerkowego.

6. S. Wesołowski, A. Kostrubała: Zwężenie połączenia miedniczkowo-moczowodowego po operacji Hynes-Andersona.

II. 4.VI.1988. Lekarze Szpitala Woj. w Ciechanowie wspólnie z lekarzami Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego z Warszawy przedstawili następujący program naukowy na zebraniu urologów w Warszawie

1. Krystyna Wiśniewska: Corpus alienum urethrae.

2. Mieczysław Węglewicz: Postępowanie w przypadku odcięcia zewnętrznej części cewnika, pozostawionego na stałe w pęcherzu.

3. Wojciech Eichman (Warszawa): Przypadek olbrzymiego wodonercza.

4. F. Zmysłowski, J. Wiski, B. Kirmuć: Przypadek nieleczonego chorego z rakiem pęcherza, obserwacja po 9 latach.

5. M. Kazoń, Z. Lorenciewicz, K. Bardadin, B. Kirmuć, J. Wiski, S. Wesołowski: Obustronny rak nerki.

III. 18.II.1989. Zebranie Urologów w Warszawie

1. A. Niestępski, A. Kostrubała, B. Kirmuć, S. Wesołowski, F. Zmysłowska: Dwa przypadki przetok esico-pęcherzowych.

2. D. Kamińska, M. Węglewicz, J. Wiski, W. Obojski, B. Kirmuć: Przypadki Pheochromocytoma.

3. S. Wesołowski, A. Kostrubała, L. Królicki: Ligatura ureteris.

4. M. Węglewicz, J. Wiski, B. Kirmuć: Przypadek raka moczowodu.

IV. 16.XI.1989. Zebranie Oddz. Warsz.Tow. Chir. Pol. w W-wie

1. A. Niestępski, A. Kostrubała, B. Kirmuć, S. Wesołowski, F. Zmysłowska: Dwa przypadki przetok esico-pęcherzowych.

2. J. Gęsiak: Uraz jamy brzusznej u 12-letniego chłopca.

3. J. Lewczuk, R. Poreda, W. Sulich, J. Wiski: Trzy przypadki urazów pęcherza.

4. A. Sopleński, T. Guzowski, B. Kirmuć, S. Wesołowski: Tumor abdominis.

5. W. Obojski, S. Wesołowski: Dzieje jednej prostatektomii

V. 20.I.1990 w Klinice Urologicznej w Warszawie

1. M. Węglewicz, M. Koźmiński, J. Starzyk, T. Guzowski: Trzy przypadki kamicy koralowatej, oraz część referatów z poprzedniego posiedzenia Tow. Chirurgów Pol. Niektóre z powyższych tematów omówione zostały również na Posiedzeniach Naukowych Oddziału Pol. Tow. Lek. w Ciechanowie.

W dniu 5 listopada 1988 r. urządzono mi w Ciechanowie uroczysty jubileusz z racji 80-lecia urodzin i 55-lecia pracy lekarskiej. Była to uroczystość niezwykła, wzruszająca (ryc. 3). Wspaniale zorganizowana przez władze miejscowego Oddziału Polskiego Tow. Lek., dr dr Edwarda Chrostka, i Elwirę Sopleńską oraz Dyрекcję Szpitala dr dr Marka Scharocha i Alicję Karwowską. Jest to dla mnie przeżycie niezapomniane do końca życia. Wszystkim, którzy przyczynili się do zorganizowania tego mojego święta, w szczególności wyżej wymienionym oraz p. mgr Franciszkowi Budzianowskiemu, wojewodzie ciechanowskiemu, dr Jerzemu Kwietniowi, lekarzowi wojewódzkiemu, mgr Edwardowi Lewandowskiemu, dyrektorowi Muzeum oraz wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy mi tyle okazali serca serdecznie dziękuję. W uroczystości wzięli udział bliscy mi: Andrzej Borkowski,



Ryc. 3. Jubilat

fot. H. Jurko

Walenty Hartwig, Narcyza Hartel-Ulkowska, Mirosław Kazoń z żoną, Jacek Kossakowski, Stanisław Skalski, Jan Nielubowicz, Jerzy Woy-Wojciechowski, Jacek Żochowski. Z rodziny brat Antoni z żoną Zofią i dziećmi, Włodzimierz Wesołowski z synem Jackiem i inni.

Dzięki Edwardowi Chrostkowi, Prezesowi Oddziału Pol. Tow. Lek., trudna praca społeczności lekarskiej ożywiana była zebraniem naukowymi, na których mieli wykłady wybitni lekarze tacy jak Jan Dzieniszewski, Włodzi-

mierz Januszewicz, Walenty Hartwig, Jan Nielubowicz i inni. Byłem również mile zdziwiony życiem kulturalnym w Ciechanowie: wystawy, koncerty, wykłady w Muzeum w Ciechanowie (dyr. mgr Edward Lewandowski) oraz w Muzeum Romantyzmu w Opinogórze (dyr. mgr Janusz Królik) ściągały liczne rzesze publiczności.

Samodzielna moja praca skończyła się pierwszego stycznia 1990 r., kiedy oddział objął nowy ordynator, dr Stanisław Walecki, dawny mój asystent kliniczny. Ze smutkiem muszę stwierdzić, że współpraca nasza nie układała się harmonijnie. Przez dwa lata starałem się ułożyć naszą pracę jakoś możliwie. Niestety. Nie udało się. Wobec tego i wobec nasilającej się choroby żony postanowiłem zrezygnować z pracy w Ciechanowie.

W dniu 30 kwietnia 1992 chciałem zaskoczyć Dyрекcję Szpitala moją prośbą o zwolnienie. Ale zaskoczenie nie udało się, bo nowy dyrektor, dr Michał Kornatowski, już o tym wiedział. Skąd wiedział? Kiedy ja sam poprzedniego wieczora jeszcze na pewno nie wiedziałem. „Ale u nas w Ciechanowie Dyrekcja wie wszystko”. Chciałem to moje odejście zorganizować możliwie dyskretnie bez oficjalnego pożegnania i w dniu 30 kwietnia 1992 r. poprosiłem dyrektora o zwolnienie mnie z dniem pierwszego maja. Dyrektor Kornatowski zgodził się, nie zrezygnował jednak z uroczystego pożegnania, które odbyło się 20 maja 1992 r. Oto moje przemówienie pożegnalne! Najpierw zwróciłem się do p. Dyrektora Marka Scharocha, któremu zawdzięczam możliwość pracy w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

„Panie Dyrektorze Scharoch, Dziękuję Panu za to, że 7 lat temu, kiedy Pan mnie angażował, nie uląkł się Pan moich 77 lat i zaryzykował Pan. Zapewnił Pan rzeszom chorych z województwa ciechanowskiego (... i nie tylko) choć sędziwą, ale fachową (śmiem mniemać, proszę wybaczyć) pomoc urologiczną! Tak więc, dzięki Panu mogłem jeszcze przez kilka lat poprawiać stan zdrowia przyszłych wyborców Stana Tymińskiego (należy podkreślić, że Ciechanów i okolice głosowały zdecydowanie za Tymińskim). Dziękuję raz jeszcze!

Dobre to były czasy, przecież to, co mi Dyrektor Scharoch płacił, to był ładny grosz. Co i raz w różnych nieprzepisowych terminach wzywano mnie do kasy i miła pani kasjerka upominała:

– „Wszyscy już wzięli, a Pana nie ma. Przez Pana nie mogę zamknąć listy”.

Ja – „Przepraszam. Nie wiedziałem, że są jakieś pieniądze. A tym razem to za co jest premia?”

Ona – „Jak to za co? Jest Pan objęty grupą deficytowych specjalności i za to należy się Panu 30%, następnie za okulary dochodzi 10%, no i 10% za wiek, nie wspominając o urodzie. Krzywa rośnie”.

Przekonała mnie. Wziąłem!

Ale „dobre czasy” skończyły się, kiedy przyszły zmiany i „nastał” nowy dyrektor, dr Michał Kornatowski i zaczął „ciąć”. Krzywa zaczęła spadać. Zaczęto oszczędzać, szukać nowych źródeł i zwalniać emerytów.

Panie dyrektorze Kornatowski. Doceniam Pański takt i cierpliwość, że wytrzymał Pan i dotrwał do mojej pierwszomajowej decyzji, pozwalając mi odejść na własną prośbę. Dziękuję Panu za to! Dziękuję również Pani Dyrektor Alicji Karwowskiej, za życzliwość i chęć przeprosić Panią za awanturę, jaką zrobiłem, kiedy po przybyciu nowego ordynatora musiałem zrezygnować z gabinetu ordynatora. Chciała mi Pani dać locum wspólne z nową pielęgniarką oddziałową. Na swoją obronę wyznam, że nie znałem jeszcze nowej Oddziałowej. Dopiero kiedy ją zobaczyłem, to zacząłem bardzo żałować tego wspólnego pokoju. Pani Urszulo! Niech Pani się pokaże! Niech inni też pożąują!

Tu wstaje z wdzięcznym uśmiechem nasza Oddziałowa, pani Urszula Koziątek w całej swej mazowieckiej krasie i otrzymuje huczne, długotrwałe oklaski.

Kończąc, oprócz podanych wyżej, chcę wymienić kilka nazwisk tych, którym jestem wdzięczny za życzliwość i pomoc dla mnie, mojej żony i licznej rodziny, zamieszkałej nie tylko w woj. ciechanowskim. Obserwowałem Ich codzienny trud z podziwem i uznaniem. Oto Oni:

Zbigniew Baczyński, mój „prywatny” laryngolog, dzięki któremu osobiście poznałem „rozkosze” ezofagoskopii, która uratowała mnie przed udławieniem ością.

Alfred Borkowski nie tylko lekarz, ale również pisarz i poeta. Jadwiga Gołacka, utalentowana okulistka, chronicznie obciążona konsultacjami mojej rodziny. Jerzy Gęsiak wybitny chirurg dziecięcy. Bożena Jankowska, wzór „ludzkich” sekretarek, cierpliwie i z uśmiechem, chętnie niosąca pomoc licznie zgłaszającym się do Dyrekcji petentom. Borys Kirmuć, patomorfolog, którego dokładność i precyzję pracy podziwiałem. Jerzy Kwiecień, lekarz wojewódzki, dzielnie walczący wspólnie z dyr. Scharochem o pododdział

urologiczny w Szpitalu Wojewódzkim, kiedy to emerytowi, kandydatowi na urologa w Ciechanowie, oświadczono w Warszawie, że pododdziału w Szpitalu Wojewódzkim nie będzie. Ale Ciechanów zwyciężył! Grzegorz Małecki, ordynator oddziału zakaźnego, do którego wchodziłem zawsze z pewną obawą. Irena Małachowska, kierowniczka Ośrodka Zdrowia w Niedźborzu, z której Mamą, panią Jadwigą Murasiewicz, byliśmy razem w gimnazjum w Płońsku. Adam i Barbara Mazurek, którym zawdzięczam moją pierwszą wizytę (nielekarską, polowanie) w Ciechanowie. Przełożona pielęgniarek mgr Agnieszka Olszewska, pełna troski o swoich pacjentów i swoje pielęgniarki. Dr Władysław Sulich – ortopeda, którego trud przy operacjach kostnych niejednokrotnie podziwiałem. Ks. mgr Andrzej Gratkowski, nasz drogi kapelan szpitalny, który uzyskiwał lepsze wyniki w leczeniu ducha naszych pacjentów niż my ich ciała.

Dziękuję trzem wojewodom Ciechanowskim p.p. mgr mgr Jerzemu Wierzychowskiemu, Franciszkowi Budzianowskiemu i Andrzejowi Wojdyle za życzliwość dla urologii. Jeszcze raz gorąco dziękuję dr med. Aleksandrowi Niestępskiemu, wybitnemu chirurgowi, z którego życzliwości, koleżeńskiej pomocy i bogatego doświadczenia klinicznego przez te lata pracy w Szpitalu Wojewódzkim – wielokrotnie korzystałem. Jeszcze raz chylę czoło przed pracowitością i talentem organizacyjnym znakomitej pary menagerów p. p. dr. dr. Edwarda Chrostka i Elwiry Soplińskiej. Gdybyśmy takich ludzi mieli w rządzie!

Byłbym niewdzięcznym pacjentem, gdybym nie podziękował moim kochanym stomatologom, paniom dr. dr: Teresie Dąbrowskiej i Elżbiecie Kamińskiej. Podobno na starość ludzie tracą zęby, a ze mną było odwrotnie. Dzięki obu Paniom, opuszczając Ciechanów, mam dwa razy tyle zębów co w chwili rozpoczęcia tu pracy. Dziękuję!

Czytelnicy „Pelerin Magazine” są solidarni

Kilka miesięcy temu, na prośbę księdza Platera reprezentującego we Francji komisję charytatywną Episkopatu Polski „Pelerin Magazine” wystosował apel do swoich czytelników. Chodziło o znalezienie funduszy na zakup instrumentów medycznych niezbędnych do funkcjonowania nowego oddziału urologicznego szpitala w Ciechanowie. Otwarty w 1985 roku, szpital

ciechanowski nie dysponował środkami niezbędnymi do wykonywania pewnych precyzyjnych zabiegów.

Apel „Pelerin Magazine” spotkał się z odzewem. Pozwolił zebrać 110 000 franków, którą to sumę w całości przeznaczono na zakup noża elektrycznego, źródła zimnego światła, sond, drenów itp. Jednocześnie każdy z dostawców zgodził się obniżyć ceny, dzięki czemu można było zakupić więcej sprzętu niż było to początkowo przewidziane. Wszystkie instrumenty zostały przekazane w Warszawie na ręce profesora Wesołowskiego. Już na początku marca profesor dokonał w Ciechanowie dwóch pierwszych operacji resekcji guza pęcherza moczowego, wykorzystując sprzęt przywieziony z Francji. Raz jeszcze solidarność międzyludzka udowodniła, co potrafi.

EDWARD CHROSTEK

Przemówienie na uroczystości pożegnania
prof. dr med. Stefana Wesołowskiego
w Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie 20.V.1992

Panie Profesorze, czy 1 stycznia 1986, gdy rozpoczynał Pan pracę w Ciechanowie marzył Pan, że pewnego bardzo wczesnego ranka obudzi się Pan w Nowej Rzeczypospolitej Polskiej. Cieszymy się, że ten radosny historyczny fakt przeżył Pan wśród nas.

„Człowiek póty żyje póki trwa pamięć o nim. Pamięć stanowi pomost pomiędzy przeszłością a teraźniejszością. Uzmysławia wszystko, co wartościowe, ma swoje korzenie w działaniu, którzy nas poprzedzają...”

Takie właśnie odczucia stały się między innymi powodem i okazją naszego spotkania. Jest to refleksja, z którą pozostajemy w Ciechanowie, wówczas gdy Pan Profesor wraca do miejsca stale związanego z pracą zawodową i życiem osobistym – do Warszawy. Jest to refleksja dla wszystkich ludzi bez względu na wyuczone zawody, pełnione funkcje i piastowane stanowiska.

Jest także nakazem poszanowania tradycji, szacunku dla przeszłości, dla mądrości i doświadczenia tych, którzy stają się źródłem wiedzy dla nowych pokoleń.

My tak właśnie obdarzaliśmy Pana, Panie Profesorze, ogromnym szacunkiem za wszystko a teraz – dzisiaj składamy hołd wybitnemu lekarzowi, humaniście, bezgranicznie oddanemu chorym,

– za wielkie zasługi dla rozwoju polskiej medycyny,

– za wspaniałą postawę etyczno-zawodową, która była i jest wzorem dla wielu pokoleń lekarzy,

– w imieniu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i własnym pragnę podziękować Szanownemu Panu Profesorowi za ogromny wkład w rozwój naszego Koła PTL.

Pan Profesor gromadził w tej sali tłumy kolegów lekarzy jako naukowiec, wykładowca, ale także jako współorganizator zebrań Towarzystwa Lekarskiego. To dzięki Panu Profesorowi gościli z wykładami uznane sławy medyczne – Profesorowie: Hartwig, Dzieńiszewski, Januszewicz, Nielubowicz, Szostak.

A Jubileusz Pana Profesora nie tylko zgromadził wiele sław medycznych z Warszawy, ale także przyniósł chwałę naszemu Szpitalowi.

– Za wszystkie dokonania Pana Profesora dla Towarzystwa Lekarskiego ogromnie dziękujemy.

Panie Profesorze, autorytet Pana opiera się nie tylko na zajmowanych stanowiskach ale i na osobistych wartościach człowieka lekarza. Autorytet prawdziwy we współpracy ze wszystkimi, jest Pan bezcennym źródłem dobrego kontaktu z ludźmi, pogodnie usposobiony, optymistyczny, wierzący w ludzi i w uśmiech. Obdarzał nas Pan dowodami swej życzliwości, zrozumienia, uczynności.

Panie Profesorze, jest Pan wzorem prawdziwej koleżeńskości i manier do naśladowania, które niestety u nas zanikają.

Panie Profesorze, imponuje Pan taką formą fizyczną, psychiczną i intelektualną prawie 60 lat po debiucie (dyplom uzyskał w 1933 r.), że wielu nas młodszych zawstydza. Cieszymy się, że ma w tym swoje zasługi Ciechanów i nasz Szpital.

Pani Anna Wesołowska – córka Pana Profesora – zdradziła mi tajemnicę tej niezwykłej formy. To praca w Ciechanowskim Szpitalu dawała poczucie potrzeby i możliwość przynoszenia ulgi chorym, a do tego w regionie, w którym pan się urodził i który jest tu bardzo blisko. „To właśnie pozwala memu Ojcu znajdować w sobie stale nowe siły.”

Kochany i Przeważający Panie Profesorze, nie mogę znaleźć dość słów by podziękować należycie za zasługi Pana dla rozkwitu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Ciechanowie. Jedyne co obecnie czuję to żal, że już wraca Pan do Warszawy.

Artur Rubinstein w swoich pamiętnikach próbował oddać sens tego słowa – słowa Żal. Powiedział „... jest polskie słowo Żal. Słowo piękne i niemal nie do przetłumaczenia. Oznacza smutek, nostalgię, rozżalenie, ból serca i jeszcze coś więcej. Wyraża uczucie, kiedy w człowieku coś wyje w środku, uczucie nie do zniesienia, od którego pęka serce...” To wszystko teraz ja

czuję. Osłoda może być jedynie honor jakiego ja i moja rodzina doznała przez zaszczylenie nas swoją przyjaźnią.

Życzenia dla Pana Profesora

Życzę Panu, Panie Profesorze, zasłużonej satysfakcji, wszelkiej pomyślności, długich lat aktywnego i twórczego życia w dobrym zdrowiu.

Prof. Nielubowicz (Nie mogłem znaleźć piękniejszych)

Najsilniejszy nawet człowiek, w największym dziele swego życia potrzebuje pomocy, wsparcia, przede wszystkim ze strony przyjaciół.

Ma ich Pan Profesor wielu, ale największym jest Pani Profesorowa, której postać widzieliśmy często u boku Profesora.

Ma Ona wielki udział w zwycięstwach Pana Profesora. Dziękujemy Jej bardzo za to.

BRONISŁAW POKRZYCKI

Losy zawodowe absolwentów I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie

Zakład Dydaktyki A.M. w Warszawie

Opracowanie niniejsze jest sprawozdaniem z badań nad losami zawodowymi absolwentów I Wydziału Lekarskiego A.M. w Warszawie, którzy ukończyli studia w 1985 r. Kierując się względami psychologicznymi badanie przeprowadzono w 1992 roku a więc 7 lat po opuszczeniu Uczelni przez osoby badane. Obejmuje ono problematykę, którą literatura przedmiotu zalicza do zakresu efektywności kształcenia określaną jako efektywność zewnętrzna, pozauczelniana lub faktyczna, funkcjonalna, operatywna, zawodowa lub praktyczna¹⁾

Potrzebę tego rodzaju badań podkreślił Dziekan I Wydziału Lekarskiego A.M. prof. A. Karwowski w piśmie do kierownika Zakładu Dydaktyki z dnia 25.XI.1991 r. Był również ich inspiratorem prosząc o przeprowadzenie badań dotyczących przebiegu kariery zawodowej absolwentów I Wydziału ze szczególnym uwzględnieniem wpływu kształcenia w naszym wydziale na ich przygotowanie do zawodu. Uzasadnienie zaś badań tych stanowi sformułowanie statutowo zadanie Senackiej Komisji d/s Dydaktyki w następującym brzmieniu: „inicjuje (Komisja) badania nad poziomem przygotowania do pracy zawodowej absolwentów poszczególnych wydziałów.”²⁾

W Polsce, po raz pierwszy, potrzebę badań nad absolwentami szkół wyższych sformułował A.B. Dobrowolski na II Zjeździe Naukowym w Warszawie 2–3.IV.1923 r.

W roku 1954 S. Wołoszyn przypomniał postulaty „konieczności badań nad naukowym, zawodowym (...) przygotowaniem absolwentów szkół wy-

1) K. Denek: Efektywność kształcenia w szkole wyższej i jej określanie. *Życie Szkoły Wyższej*, 1983 nr 11 str. 18.

2) Statut Akademii Medycznej w Warszawie. Warszawa 1991, str. 14–15, par. 23, p.c

ższych do pracy. Zadania te stają się jednym z najdonioślejszych problemów dydaktyczno-naukowych i społeczno-naukowych dla szkolnictwa wyższego.

Bez tej empirycznej wiedzy o naszych absolwentach dyskusje na temat treści i metod kształcenia w szkołach wyższych z konieczności stają się nieraz jałowe, mało konkretne, dedukują konkluzje z założeń i opinii niesprawdzonych, potocznych, jednostronnych”.³⁾

Badaniem zależności między powodzeniem w nauce a powodzeniem w praktyce zaczął prowadzić systematycznie zespół pracujący pod kierownictwem prof. Jana Szczepańskiego, który sformułował główną problematykę następująco: „Tutaj chodzi o to, czy „idealni” studenci są także pracownikami osiągającymi sukcesy w pracy zawodowej, mierzone wynikami pracy, uznaniem przełożonych, wysokością zarobków, awansami i stanowiskiem”.⁴⁾

Oprócz w/w autorów problematyką przygotowania absolwentów do pracy zawodowej zajmowali się W. Hartwig⁵⁾, B. Szabuniewicz⁶⁾, A.B. Łobodzińska⁷⁾.

W pracy niniejszej zamiennie używać będziemy terminów kariera zawodowa lub sukces zawodowy. Wskaźnikami sukcesu będą:

- stanowisko w pracy
- rozwój zawodowy – specjalizacja
- wyniki w pracy
- prestiż w środowisku
- zadowolenie z wykonywanej pracy
- liczba prac badawczych
- wyjazdy zagraniczne
- opinia kolegów specjalistów
- odznaczenia państwowe, związkowe i inne.

3) S. Wołoszyn: O potrzebie badań nad przygotowaniem zawodowym absolwentów szkół wyższych. *Życie Szkoły Wyższej* 1954 nr 6, s. 26.

4) Cytuję za: Z. Grzelak: *Zależności między studiami a pracą absolwentów szkół wyższych*. Warszawa 1965 s. 74.

5) W. Hartwig: O wartości absolwentów medycyny na podstawie obserwacji przez Instytut Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich. *Zdrowie Publiczne* 1965 nr 5.

6) B. Szabuniewicz: *Struktura ewolucyjna ocen studentów medycyny a ich losy zawodowe*. Warszawa 1963

7) A.B. Łobodzińska: *Zależności między postępami na studiach a sukcesem zawodowym lekarzy*. (maszynopis) Warszawa 1962

Cel badań i założenia badawcze

Celem badań jest ustalenie wpływu systemu edukacyjnego na sukces zawodowy lekarzy, którzy ukończyli naszą uczelnię w 1985 roku a rozpoczęli studia w 1979 r. Są to badania pilotażowe będące próbą rozpoczęcia systematycznych badań nad zależnościami między sukcesem w studiach a sukcesem w pracy zawodowej.

Całość procedury badania losów i przydatności absolwentów do zadań w pracy zawodowej wymagała wielu zabiegów organizacyjnych. Działania te polegały na:

1. wytypowaniu rocznika objętego badaniami,
2. ustaleniu aktualnych adresów osób badanych (współpraca z Centralnym Biurem Adresowym),
3. nawiązanie listownego kontaktu z osobami badanymi,
4. skonstruowanie narzędzia badawczego w formie kwestionariusza ankiety,
5. przeprowadzenie badań dokumentacji archiwalnej byłych studentów,
6. wywiad z niektórymi przełożonymi osób badanych,
7. zgromadzenie materiałów i ich statystyczne opracowanie wg systemu analizy statystycznej PC SUPER-STAT na komputerze typu IBM PC przez doc. dr M. Cieciorę i dr. W. Kuzaka z Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie i Zakładu Dydaktyki A.M.

Charakterystyka badanej populacji

W roku 1985 I Wydział Lekarski A.M. ukończyło 320 absolwentów. Do 292 wysłano listy z uzasadnieniem podjęcia badań i kwestionariusz anonimowej ankiety⁸⁾. Poprawnie wypełnionych kwestionariuszy otrzymaliśmy 89. Stanowi to 30,5% osób badanych, co należy ocenić jako pierwszy sukces w naszej pracy. Na ogólną liczbę 89 osób badanych 56% stanowią kobiety a 44% mężczyźni. Średnia wieku respondentów 32,2 roku. Mężatki i żonaci stanowią 81%, panny i kawalerowie 19%. Pochodzenie społeczne kształtuje się następująco

- 83% inteligentkie
- 14% robotnicze
- 2% chłopskie
- 1% inne

8) por. załączniki do pracy

Z Warszawy pochodzi 55% osób badanych, 10% z woj. stołecznego, 18% z innych województw, 11% z innych miast i miasteczek a 6% ze wsi.

Wykształcenie współmałżonka:

- 76% wyższe
- 3% średnie
- 1% podstawowe
- (19% brak współmałżonka)

Wykształcenie rodziców:

wykształcenie	wykształcenie ojca	wykształcenie matki
wyższe	63%	46%
średnie	30%	46%
podstawowe	7%	8%

Wśród badanych 79% posiada specjalizację I⁰, 6% – II⁰ a 15% nie uzyskało specjalizacji w momencie przeprowadzania badań. Najwięcej – 25,3% – zdobyło specjalizację z interny, następnie:

- 15% z pediatrii
- 12,6% – z chirurgii
- 8,8% – z ginekologii i położnictwa
- 5% – z dermatologii

Pozostałe specjalności od 1,2% do 3,7%. Brak danych 18,9%.

Nie posiada stopnia naukowego 87% badanych. Stopień doktora posiada 8%, doktora habilitowanego 1%. Dla 4% brak danych.

Wyniki systemu edukacyjnego

Szczegółowa charakterystyka badanej populacji sprowadza się do ukazania przebiegu kariery edukacyjnej podczas studiów. Stanowiąc to bowiem winno uwarunkowanie sukcesu w przyszłej pracy zawodowej. Do badań z zakresu kariery edukacyjnej (zmienna niezależna) wzięto następujące czynniki: wynik egzaminu maturalnego z biologii, fizyki, chemii, wyniki egzaminu wstępnego w punktach, średnia wyników z egzaminów na I, II, V i VI roku oraz średnia arytmetyczna studiów.

Z powyższego wynika, że do badań wzięto dane 7 kategorii. Obrazuje to zestawienie w tabeli 1.

TABELA 1
Wyniki systemu edukacyjnego

lp.	nazwa przedmiotu nauczania	N	średnia arytm. (M)	odchylenie standardowe (SD)	błąd średniej (SE)
1	Biologia (matura)	89	4,66	.6254	.0727
2	Fizyka	89	4,12	.7013	.0815
3	Chemia	89	4,40	.7570	.0880
4	Punkty na egzaminie wstępnym	89	43,97 min – 35	9.18 max – 70	1.0817
5	Anatomia prawid. I	89	3,50	.6032	.0674
6	Biologia I r.	89	3,95	.6732	.0753
7	Biofizyka I r.	89	3,34	.5017	.0561
8	Histologia II r.	89	3,97	.7239	.0799
9	Fizjologia II r.	89	3,60	.5272	.0582
10	Biochemia II r.	89	3,38	.5531	.0611
11	Neurologia V r.	89	3,78	.5981	.0634
12	Interna V r.	89	3,79	.6901	.0731
13	Pediatria VI r.	89	3,78	.5274	.0559
14	Ginekologia i poł.	89	3,63	.5679	.0602
15	Chirurgia VI r.	89	3,71	.6168	.0654
16	Psychiatria VI r.	89	3,89	.7009	.0743
17	Średnia arytm.	89	3,59	.4520	.0479

N – liczebność badanej grupy

Z zestawienia wynika, że przeważająca liczba ocen osób badanych mieści się w kategorii „dobrej” zgodnie z regulaminem studiów A.M.⁹⁾

Analogicznie wygląda sprawa ze średnią ze studiów (3,59).

9) Regulamin studiów Akademii Medycznej w Warszawie. Warszawa 1986 s. 25, par. 26.

Wyniki badań ankietowych – jako opinia społeczna absolwentów o studiach i pracy zawodowej

W podrozdziale tym omówione zostaną wyniki badań ankietowych interesującego nas rocznika.

Czterdziestodwu-punktowa ankieta rozpoczynała się pytaniem o zadowolenie respondenta z ukończonych studiów i uzyskanego zawodu. Z obliczeń wynika, że 25% badanych jest bardzo zadowolonych, 62% zadowolonych, 11% niezbyt zadowolonych a 2% niezadowolonych z ukończonych studiów. Zadowolenie z ukończonego kierunku studiów i zdobytego zawodu motywowano następującymi argumentami: jest to praca z ludźmi, stwarza możliwości niesienia pomocy potrzebującym, praca zgodna z zainteresowaniami, zawód prestiżowy dający szanse rozwoju.

Do ujemnych stron zawodu zaliczano: bardzo skromne warunki finansowe lekarzy, duży stres w pracy z chorymi, duży rozdzźwięk między wyobrażeniami a realiami.

W jakim stopniu studia w A.M. spełniły oczekiwania respondentów – odpowiedzi kształtowały się następująco: 9% odpowiedzi: „całkowicie się na nich zawiodłem”, 34% – nie jest ze studiów zadowolonych, 48% – wskazały: „ot takie przeciętne”, 9% – jest z nich zadowolonych.

Według 83% osób badanych uczelnia nie przygotowuje absolwentów do pokonywania trudności zawodowych; 17% badanych jest innego zdania, wybierając odpowiedź twierdzącą w tej sprawie.

Zakładając, że respondent ma możliwość powtórzenia przebiegu swego życia zadano następujące pytanie: „Czy wybrałby Pan/Pani ten sam kierunek studiów”? Odpowiedzi kształtowały się jak niżej:

- 16% nie wybrałoby powtórnie tego kierunku studiów
- 70% wybrałoby ten sam kierunek studiów
- 14% nie ma w tej sprawie zdania (nie wie).

Zdaniem większości, (56% osób badanych), w czasie studiów nie przekazywano studentom wiedzy strukturalnie uporządkowanej jako warunku jej trwałości i funkcjonalności; 31% badanych stwierdza, że przekazywano wiedzę ujętą w struktury logiczne, 13% nie wypowiada się na ten temat.

W odpowiedzi na pytanie: „co w studiach, zdaniem Pana/Pani należałoby zmienić, aby przygotowanie absolwentów do pracy zawodowej było lepsze”? Wyniki kształtowały się jak w tabeli 2.

TABELA 2
Co zmienić w studiach?...

co zmienić	nie zmieniać (w %)	zmieniać (w %)
a) program studiów	65%	35%
b) powiązania uczelni z potrzebami praktyki	15%	85%
c) metodyka kształcenia	49%	51%
d) praca wychowawcza	82%	18%
e) wielkość grup studenckich	63%	37%
f) koncepcja rekrutacji na studia	80%	20%
g) inne (np. podręczniki, skrypty)	74%	26%

Powiązania uczelni z potrzebami praktyki, metodyka kształcenia, wielkość grup studenckich a także program studiów – to elementy, które zdaniem respondentów, winny ulec zmianie w procesie kształcenia medycznego.

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło oceny wykładów, ćwiczeń, seminariów i ćwiczeń laboratoryjnych. Odpowiedzi badanych kształtowały się następująco.

TABELA 3
Ocena form i działalności uczelni

Pytanie	Rodzaj zajęć	Stopień dostarczenia wiadomości	% odpowiedzi
w jakim stopniu wg Pana(i) dostarczają wiadomości następujące rodzaje zajęć?	wykłady	bardzo duży duży średni mały wcale	7% 19% 44% 29% 1%
W jakim stopniu wg Pana (i) dostarczają wiadomości następujące rodzaje zajęć?	ćwiczenia	bardzo duży duży średni mały wcale	7% 37% 44% 10% 2%
W jakim stopniu wg Pana (i) dostarczają wiadomości następujące rodzaje zajęć?	seminaria	bardzo duży duży średni mały wcale	9% 34% 47% 9% 1%
W jakim stopniu wg Pana (i) dostarczają wiadomości następujące rodzaje zajęć?	ćwiczenia laboratoryjne	bardzo duży duży średni mały wcale	2% 18% 34% 40% 6%

Z zestawienia wynika daleko idąca zbieżność ocen w/w rodzajów zajęć dydaktycznych. Nieco niższą ocenę wystawili respondenci ćwiczeniom laboratoryjnym w porównaniu z ćwiczeniami i seminariami.

Następna grupa pytań kwestionariusza dotyczyła problematyki wykonywanej pracy i zawodu absolwentów. Zgodnie z ukończonym kierunkiem studiów pracuje 94% badanej populacji, 3% zaprzecza tej zgodności a 2% pracę wykonuje raczej zgodnie z kierunkiem ukończonych studiów. Pracę zgodnie z ukończoną specjalizacją wykonuje 75% absolwentów, dla 20% praca jest niezgodna z uzyskaną specjalnością a dla 5% zgodność ta jest określana jako „raczej zgodna”.

Dla 70% respondentów istnieje możliwość realizacji własnych aspiracji w zakładzie pracy, dla 30% takiej możliwości raczej nie ma.

Zdecydowana większość (84% badanych) jest zadowolona z obecnie wykonywanej pracy i stanowiska. Wątpliwe zadowolenie wyraziło 11% badanych a tylko 4% jest zdecydowanie niezadowolonych z wykonywanej pracy.

89% badanej populacji nie kieruje zespołem pracowników, a dla 11% zespoły kierowane liczyły od 2 do 50 osób.

Chęć zmiany obecnego miejsca pracy wyraziło 33% a 66% nie chciałoby go zmienić. Argumenty przemawiające za zmianą były następujące: możliwość pracy naukowej i dalszego kształcenia (ośrodek akademicki), wyjazd za granicę, praca w oddziale szpitalnym, wzgląd na miejsce zamieszkania, lepsze warunki płacy i możliwości zawodowe.

Pytanie kolejne dotyczyło trzech spraw: względów materialnych, stosunków międzyludzkich i organizacji pracy. Brzmiało ono: „w jakim stopniu i pod jakim względem Pana/i wyobrażenia o przyszłej pracy zawodowej odbiegają od rzeczywistości? (lepsza, gorsza, taka sama).” Wyniki były następujące:

- | | |
|--|---|
| a) pod względem materialnym | dla 3% rzeczywistość okazała się lepsza
dla 86% rzeczywistość okazała się gorsza
dla 10% rzeczywistość okazała się taka sama
a 1% nie ma na ten temat zdania; |
| b) pod względem stosunków międzyludzkich | dla 26% rzeczywistość okazała się lepsza
dla 29% rzeczywistość okazała się gorsza
dla 42% rzeczywistość okazała się taka sama
a 3% nie ma na ten temat zdania; |
| c) pod względem organizacji pracy | dla 6% rzeczywistość okazała się lepsza
dla 56% rzeczywistość okazała się gorsza |

dla 33% rzeczywistość okazała się taka sama
a 6% nie wypowiedziało się w tej sprawie.

W badaniach naszych pytaliśmy respondentów jakie braki odczuwali w wykształceniu uzyskanym w szkole wyższej. Poniższe zestawienie obrazuje je w sześciu dziedzinach:

TABELA 4
Braki w wykształceniu w szkole wyższej

Pytanie	Kategoria braków	% badanych
W jakich dziedzinach odczuwał Pan Pani zasadnicze braki w wykształceniu uzyskanym w szkole wyższej?	a) odczuwa braki pod wzgl. wiedzy teoretycznej	9%
	b) brak wiedzy praktycznej	87%
	c) brak znajomości zasad organizacji i zarządzania	10%
	d) brak wiedzy z zakresu socjologii i psychologii	10%
	e) braki w zakresie znajomości języków obcych	72%
	f) braki tzw. „inne”*	6%

* w kategorii braki „inne” badani podawali: brak umiejętności interpretacji zdjęć Rtg, umiejętności manualnych, statystycznych, brak wiedzy z zakresu ziołolecznictwa, a także samodzielności podejmowania decyzji.

Zdaniem badanych najbardziej przydatne w pracy zawodowej okazały się:

- a) wiedza z zakresu chorób wewnętrznych
- b) wiedza z zakresu farmakologii
- c) wiedza z zakresu fizjologii
- d) wiedza z zakresu przedmiotów klinicznych
- e) wiedza z zakresu chirurgii
- f) wiedza z zakresu anatomii i ginekologii
- g) wiedza z zakresu patofizjologii.

Mało przydatne w pracy zawodowej ze względu na brak zastosowania, teoretyczne ujęcie, zbyt powierzchowne ujęcie – najczęściej wymieniane były: szkolenie wojskowe, chemia, filozofia, biologia, statystyka, nauki społeczne. O małej przydatności przedmiotów nauczanych w A.M. nie wypowiedziało się ponad 26% badanych.

Czy respondenci rozszerzają zdobyte w uczelni wykształcenie i w jakiej formie – odpowiedzi były następujące:

- 27% – rozszerza w formie przygotowania pracy doktorskiej
- 69% – bierze udział w szkoleniu podyplomowym
- 67% – bierze udział w kursach

24% – uczestniczy w stażach zagranicznych
87% – dokończyła się w formie samokształcenia.

Dla 31% badanych przygotowanie do samokształcenia uzyskane w czasie studiów było dobre, dla 42% – wystarczające, dla 25% – słabe i dla 2% – bardzo słabe. Korzysta z fachowych czasopism krajowych 94% a z zagranicznych 65% badanej populacji.

Mniej optymistycznie, w porównaniu z czytelnictwem fachowych czasopism, przedstawia się sprawa korzystania z systemu informacji naukowej:

24% osób badanych nie korzysta z systemu informacji naukowej

33% – korzysta z systemu informacji naukowej

21% – rzadko korzysta z systemu informacji naukowej

12% – bardzo rzadko korzysta z systemu informacji naukowej.

Zdziwienie budzi fakt, aż 52% badanych nie utrzymuje kontaktów z Uczelnią. Kontakt w formie stowarzyszenia absolwentów wymieniło 455 respondentów, a tylko 1% – kontaktuje się z uczelnią w formie spotkań indywidualnych z pracownikami naukowo-dydaktycznymi i 2% – bierze udział w zjazdach koleżeńskich.

W zestawieniu poniższym przedstawione zostały czynniki, które miały wpływ na wybór osób badanych.

TABELA 5

Czynniki wpływające na wybór pracy

Lp.	Czynniki	% badanych	Rodzaj wpływu
1	miejsce zamieszkania	18%	brak wpływu
		48%	istotny wpływ
		13%	dość istotny wpływ
		20%	uboczny wpływ
2	stypendium fundowane (skierowanie)	58%	brak wpływu
		8%	istotny wpływ
		2%	dość istotny wpływ
		31%	uboczny wpływ
3	zainteresowania	24%	brak wpływu
		56%	istotny wpływ
		13%	dość istotny wpływ
		7%	uboczny wpływ

Tabela 5 c.d.

Lp.	Czynniki	% badanych	Rodzaj wpływu
4	wysokie zarobki	43% 9% 12% 36%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
5	praca zapewniająca stabilizację	34% 21% 26% 19%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
6	przyjemne stosunki w pracy	38% 26% 24% 12%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
7	możliwość awansu	49% 6% 10% 35%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
8	brak możliwości wyboru	52% 9% 11% 28%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
9	inne	89% 11%	nie było tak, były

Badania wykazują, że 71% respondentów ma możliwość wykorzystania wiadomości zdobytych podczas studiów i ich dalszego pogłębiania w trakcie pracy zawodowej. Dla 29% taka możliwość nie istnieje. Badani wskazują (aż 85%), że odczuwali braki w przygotowaniu do pracy zawodowej bezpośrednio po ukończeniu studiów. Tylko 15% badanych takich braków nie odczuwało. Lista propozycji zmian, które przyczynią się do poprawy warunków rozwoju zawodowego i pełniejszej samorealizacji osób badanych jest bardzo długa. Badani proponują zmianę warunków organizacyjnych w szpitalach (czas pracy), poprawę warunków finansowych, możliwość staży zagranicznych, uczestnictwo w posiedzeniach naukowych, łatwiejszy dostęp do samo-

dzielnego wykonywania operacji, dostęp do najnowszej literatury, zniesienie egzaminów specjalizacyjnych na rzecz oceny wiedzy w praktyce, poprawę stosunków międzyludzkich, modyfikację szkolenia poddyplomowego.

Z badanej populacji 51% należało w czasie studiów do koła naukowego. Ocena działalności koła w aspekcie przygotowania do pracy zawodowej nie wypadła imponująco. 3% osób badanych oceniło jego funkcjonowanie w tym względzie jako niedostateczne, 11% – na dostateczne, 16% – dobre i 16% na bardzo dobre. 52% absolwentów nie zabrało głosu w tej sprawie.

Wpływ praktyk studenckich, organizowanych przez uczelnię, na przygotowanie do pracy zawodowej w opinii respondentów uzyskał niską ocenę. Dla 24% badanych praktyki nie miały wpływu na przygotowanie do zawodu, dla 4% wpływ ten był bardzo duży, dla 8% – duży, dla 25% – średni a dla 39% wpływ ten był bardzo mały.

Respondenci ocenili wpływ przedklinicznego kształcenia na dalszy tok studiów jako bardzo mały: dla 18% wpływ ten jest bez znaczenia, dla 34% ma duże znaczenie, a dla 48% – średnie.

Rozkład wyników dotyczący znaczenia wczesnopredklinicznych postępów dla pracy zawodowej kształtował się następująco:

12% osób badanych uznało wpływ ten za bez znaczenia, 19% – za mały, 44% – za średni i 25% – za duży i bardzo duży. Z pytaniem powyższym korespondowało kolejne, dotyczące oceny własnego przygotowania przedklinicznego. Przygotowanie swoje jako bardzo złe oceniło 2% badanych, 15% – jako złe (słabe); za dość dobre uznało je 44% a za dobre 39% osób badanych.

Zgodnie z literaturą przedmiotu, do badań naszych wprowadziliśmy pojęcie „typu zaradności” jako cechy osobowości determinującej zdobywanie wiedzy i umiejętności. W związku z tym zadano następujące pytanie: „Który typ zaradności jest Panu/i najbliższy?”

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że 58% respondentów uważa się za zaradnych zarówno w zdobywaniu teorii jak i praktyce. 10% oceniło się jako zaradnych tylko w zdobywaniu wiedzy teoretycznej i niezaradnych w praktyce. 21% zakwalifikowało się do typu: niezaradny w teorii, zaradny w praktyce, a 3% to niezaradni tak w zdobywaniu teorii jak i w praktyce.

Uznając wysokość miesięcznych zarobków, miejsce zamieszkania, i warunki mieszkaniowe za wskaźniki sukcesu zawodowego, zamieszczono w ankiecie pytania dotyczące w/w kwestii.

Średnia miesięczna zarobków netto w 1992 roku wynosiła 2.011.000 zł, co uznać należy za niski wskaźnik sukcesu.

53% badanych odpowiada obecne miejsce zamieszkania, 61% stara się o poprawę warunków mieszkaniowych przez: spółdzielnię mieszk. (12%), zakład pracy (6%), prywatnie (30%), oszczędzanie w PKO (6%).

Staż poddyplomowy zdecydowana większość absolwentów odbyła w Warszawie (71%), w Siedlcach (13%), w innych miastach (10%). Najwięcej stażystów pracowało w szpitalach określanych jako „inne” (28%) i w instytutach naukowych (23%). Następnie 19% w ZOZ-ach i 15% w wojewódzkich Szpitalach Zespolonych.

Z odpowiedzi respondentów wynika, że 56% osób badanych posiada warunki i możliwości popularyzacji wiedzy medycznej.

Z populacji badanej 52% pracuje naukowo, a za granicę w celach zawodowych wyjeżdża tylko 26%.

Tylko 4% lekarzy z badanej populacji posiada odznaczenia związkowe i państwowe.

Ankieta zamykała prośba o inne uwagi dotyczące studiów i pracy zawodowej, które dotychczas nie zostały poruszone. Dodatkowych uwag nie miało aż 76% badanych. Ci respondenci, którzy zdecydowali się dodatkowo zabrać głos, podkreślali celowość takich badań (pochwała ankiety), wyrażali chęć zapoznania się z ich wynikami. Niektórzy zaś byli mile zaskoczeni faktem, iż Akademia Medyczna interesuje się losami swoich absolwentów. Inni proponowali zmiany programowe w aspekcie integracji przedmiotów nauczanych (np. połączenie biofizyki i biochemii, anatomii i fizjologii), zaniechania zbyt dużego uszczegółowienia niektórych przedmiotów (np. anatomii), zwrócenia uwagi na właściwy przebieg praktyk studenckich, a także na lepszą organizację indywidualnego toku studiów w uczelni (powołać od 3 roku studiów naukowego opiekuna studenta).

W procesie dydaktycznym zwrócić należy większą uwagę na wyjaśnianie zjawisk medycznych, które ma doprowadzać do rozumienia istotnych treści programowych, zmniejszając tym samym rolę samego przekazu. Ponadto badani postulują zwrócenie uwagi na lepsze przygotowanie dydaktyczne i metodyczne młodej kadry naukowej, podniesienie wymagań kandydatom i studentom celem osiągnięcia wyższego poziomu wykształcenia lekarskiego. Proponują również, ażeby w przyszłych badaniach nad absolwentami poruszyć problematykę etyki lekarskiej w odniesieniu do zagadnień współczesności.

Powiązania między parametrami systemu edukacyjnego a parametrami sukcesu zawodowego.

Zgodnie z założeniami badań w podrozdziale tym przedstawione zostaną powiązania zachodzące między parametrami (wskaźnikami) w obrębie systemu edukacyjnego. Przedstawione zostaną również związki między parametrami systemu edukacyjnego a parametrami sukcesu zawodowego. Wyrazem powiązań tych są współczynniki korelacji (r)¹ cząstkowej i wielorakiej.

Stopień zależności można określić dla różnych „ r ” następująco:

Poniżej 0,20	słaby (r)	zależność prawie nic nie znacząca
0,20-0,40	korelacja niska	zależność wyraźna lecz mała
0,40-0,70	korelacja umiarkow.	zależność istotna
0,70-0,90	korelacja wysoka	zależność znacząca
0,90-1,00	korelacja b. wysoka	zależność bardzo pewna ²

W niniejszych badaniach obliczono 247 współczynników korelacji cząstkowych i 4 współczynniki korelacji wielokrotnej.

A. Z uwagi na obszerność dokładnych obliczeń w poniższym zestawieniu przedstawiono estymatory współczynników korelacji cząstkowych, których wartość jest wyższa od 0,400 (korelacja umiarkowana, zależność istotna).

TABELA 6

Wybrane współczynniki korelacji (r) między poszczególnymi parametrami

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
biologia (mat)	fizyka (mat)	74	0,488	<.010	r-umiarkowana zależność istotna
„	chemia (mat)	„	0,492	<.010	„

¹ „Współczynnik korelacji jest to liczba, która mówi nam w jakim stopniu dwa zjawiska są powiązane, w jakim stopniu zmianie jednego zjawiska odpowiada zmiana drugiego”. Por. J.P. Guilford: „Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice”, Warszawa 1960, PWN, s.195.

² op. cit. s. 171

Tabela 6 c.d.

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
”	biochemia II r	”	0,522	<.010	”
”	pediatria VI	”	0,419	<.010	”
”	chirurgia VI	”	0,411	<.010	”
fizyka (mat)	chemia (mat)	74	0,571	<.010	r – umiarkowana zależność istotna
”	anatomia I r.	”	0,400	<.010	”
”	biofizyka I r.	”	0,400	<.010	”
chemia (mat)	anatomia I r.	”	0,426	<.010	”
”	biologia I r.	”	0,408	<.010	”
”	biochemia II r	”	0,407	<.010	”
”	ginekologia VI	”	0,463	<.010	”
”	chirurgia VI	”	0,480	<.010	”
”	średnia arytm. studentów	”	0,471	<.010	”
Wyniki egz. wst. w pkt.	anatomia I r.	”	0,650	<.0010	”
”	biofizyka I r.	”	0,520	<.010	”
”	histologia II r	72	0,522	„010	”
”	fizjologia II r	”	0,453	<.010	”

Tabela 6 c.d.

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
"	chirurgia VI r	"	0,420	.010	"
"	średnia arytm. studiów	"	0,547	.010	"
anatomia I r.	biologia I r.	80	0,417	.010	"
"	biofiz. I	"	0,675	.010	"
anatomia I r.	histologia II	80	0,622	<.010	r – umiarkowana zależność istotna
"	fizjologia II	"	0,594	<.010	
"	biochemia II	"	0,487	<.010	
"	interna V r.	"	0,418	<.010	"
"	chirurgia VI	"	0,503	<.010	"
"	średnia arytm. studiów	"	0,699	<.010	"
biologia I r.	fizjologia II	"	0,469	<.010	"
"	średnia arytm. studiów	"	0,501	<.010	"
biofizyka I r.	histologia II	"	0,569	<.010	"
"	fizjologia II r	"	0,550	<.010	"
"	biochemia II r	"	0,473	<.020	"
biofizyka I r.	neurologia V r	80	0,445	<.010	"
"	interna V r	"	0,533	<.010	"

Tabela 6 c.d.

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
„	pediatria VI	„	0,415	<.010	„
„	chirurgia VI	„	0,496	<.010	„
„	średnia arytm.studiów	„	0,648	<.010	„
histologia II r	chirurgia VI	82	0,400	<.010	„
histologia II r	średnia arytm. studiów	„	0,545	<.010	r – umiarkowana zależność istotna
fizjologia II	biochemia II	„	0,423	<.010	„
„	neurologia V r	„	0,549	<.010	„
„	interna V r	„	0,486	<.010	„
„	chirurgia VI	„	0,410	<.010	„
„	średnia arytm.studiów	„	0,610	<.010	„
biochemia II	ginekologia VI	„	0,408	<.010	„
„	chirurgia VI	„	0,424	<.010	„
„	średnia arytm.studiów	„	0,514	<.010	„
neurologia V r	interna V r	89	0,534	<.010	„
„	średnia arytm.studiów	„	0,554	<.010	„
interna V r.	pediatria VI	„	0,400	<.010	„

Tabela 6 c.d.

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
”	chirurgia VI	”	0,490	<.010	’
”	średnia arytm. studiów	”	0,636	<.010	”
pediatria VI	chirurgia VI	”	0,470	<.010	”
”	średnia arytm.studiów	”	0,496	<.010	”
ginekologia VI	chirurgia VI	89	0,400	<.010	r – umiarkowana zależność istotna
”	średnia arytm.studiów	”	0.427	<.010	
chirurgia VI	średnia arytm.studiów	”	0,672	<.010	”

Z zestawienia wynika, że najwyższe współczynniki korelacji uzyskano w obrębie systemu edukacyjnego, tj. między wynikami z egzaminów z poszczególnych przedmiotów. Najwyższe zależności stwierdzono między średnią arytmetyczną studiów a takimi przedmiotami jak: anatomia ($r=0,699$), biologia ($r=0,501$), biofizyka ($r=0,648$), histologia ($r=0,545$), fizjologia ($r=0,610$), biochemia ($r=0,514$), neurologia ($r=0,554$), interna ($r=0,636$), chirurgia ($r=0,672$).

Powyższe wielkości wydają się być oczywiste.

Stosunkowo niższe współczynniki korelacji uzyskano w badaniach między parametrami systemu edukacyjnego a parametrami systemu kariery zawodowej. Zawierają się one, ogólnie rzecz biorąc, w granicach 0,300 – 0,400. Przykłady tego przedstawia tabela nr 7.

TABELA 7

Współczynniki korelacji (r) między parametrami systemów: edukacyjnego i zawodowego.

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
Wyniki egzaminu wstęp. w pkt.	przygotowanie przedklinicz.	72	0,400	<.010	r – umiarkowana zależność istotna
anatomia I r.	”	80	0,347	<.010	r – niska zależność mała
biofizyka I r histologia II r	wielkość grup studenckich	82	0,376	<.010	r – niska zależność mała
interna V r.	zaradność w zdobywaniu teorii	89	0,437	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
średnia arytm. studiów	ocena swego przygotowań. przedklinicz.	89	0,313	= 0,16	r – niska zależność mała
	zaradność w zdobywaniu teorii i praktyki	”	0,351	= 0,14	r – niska zależność mała

B) Z uwagi na różne skale (porządkowa i nominalna) w badaniach prezentowanych obliczono współczynniki korelacji wielokrotnej (r) tylko dla systemu edukacyjnego. Mają one być – naszym zdaniem – syntetycznym wskaźnikiem powiązania parametrów między grupami omawianych zmiennych, innymi słowy mają wskazać związek kształcenia przedklinicznego z kształceniem klinicznym i średnią arytmetyczną studiów. Poniższe zestawienie obrazuje omawianą kwestię.

TABELA 8
Współczynniki korelacji (r) wielokrotnej

	Przedmioty nauczania V – VI rok ^Z	Średnia arytmetyczna studiów (M) ^S
Przedmioty nauczania I – II rok ^V	0,80	0,83
Przedmioty nauczania V – VI rok ^Z	–	0.85
Przedmioty nauczania I ^V / II rok 1/ oraz V – VI rok ^Z	–	0.91

- 1) anatomia, biologia, biofizyka, histologia, biochemia
- 2) neurologia, interna, pediatria, ginekologia i położn., chirurgia, psychiatria
- 3) średnia arytmetyczna studiów (M)

Z tabeli wynika, że dane w niej ujęte wskazują na korelację wielokrotną wysoką i bardzo wysoką i zależność bardzo pewną między parametrami korelowanymi.

Wnioski

Badania nad karierami zawodowymi absolwentów (sukcesami zawodowymi) dostarczają wielu interesujących informacji. Wskazuje to na potrzebę dalszych, dogłębnych prac naukowych nad tematyką poruszoną w niniejszym opracowaniu.

Badania wykazały potrzebę modyfikacji badań w aspekcie metodologicznym w celu zweryfikowania hipotezy: lepsi w czasie studiów – lepsi w działalności praktycznej (por. dyskusję B. Szabuniewicz i A.B. Łobodzińska).

Wyższe współczynniki korelacji między parametrami systemu edukacyjnego (w jego obrębie) niż parametrami systemu edukacyjnego a systemu kariery zawodowej pozwalają przypuszczać o potrzebie większego skoncentrowania się uczelni w procesie kształcenia studentów medycyny nad przygotowaniem przyszłych lekarzy do praktyki zawodowej.

Współczynniki korelacji wielokrotnej w obrębie systemu edukacyjnego – wbrew często wygłaszanym poglądom nie opartym na rzetelnych badaniach empirycznych – wskazują na dużą zależność zachodzącą między kształceniem przedklinicznym i kształceniem klinicznym (por. tab. 8).

Należy skonstatować, że wypowiedź 30,5% badanej populacji w wielu kwestiach poruszonych w tej pracy, takich jak: powiązania uczelni z potrzebami praktyki, metodyka kształcenia, wielkość grup studenckich, wykłady, ćwiczenia, seminaria, braki w zakresie znajomości języków obcych, przygotowanie przez uczelnię do samokształcenia, właściwa organizacja i przebieg praktyk studenckich i wiele innych, winna być przedmiotem refleksji i przemyśleń osób odpowiedzialnych za kształcenie medyczne w naszej uczelni.

Byłoby to pośrednim efektem dociekań badawczych zawartych w niniejszej pracy.

Sądzić również należy, że istnieje potrzeba dalszych badań porównawczych (dydaktyka komparatystyczna), międzywydziałowych nad absolwentami naszej Uczelni (I i II Wydział).

W badaniach udział wzięli: mgr Maria Jędrzejewska, Wiesława Kubicka, Krystyna Kurek.

STEFAN KRUŚ

Współczesne problemy etyki lekarskiej

Ne sutor supra crepidam. Jeżeliś szewcem, trzymaj się kopyta. Jestem przekonany, że gdybym miał omówić tutaj jakiś temat z anatomii patologicznej, może udałoby mi się bardziej zafascynować nim Państwa. Sprawami etyki jako zagadnienia nie zajmowałem się nigdy i fakt, że jako 17-latek przeglądałem dzieło Spinozy „*Ethica modo geometrico demonstrata*” zabrzmiał jak minoderia i nie ma tu żadnego znaczenia, bo i tak nic nie zapamiętałem. Żadnych innych dzieł na ten temat do niedawna nie czytałem.

Przed opracowaniem tego wystąpienia zapoznałem się m.in. ze sprawozdaniami z kilku konferencji lekarzy i humanistów (1976, 1978, 1981) na tematy, dotyczące ludzkiego zdrowia, cierpienia, umierania. Znalazłem tam wiele głębokich myśli i obserwacji, każdemu polecam, aby te materiały przeczytał. Jeżeli państwo ich nie znają, nie będą mieli skali odniesienia do mojej prelekcji, jeżeli znają, odniosę pewne wrażenie, że mówię infantylnie, jak trzylatek, znający tylko pytania a żadnej (lub prawie żadnej) odpowiedzi. Nie potrafię rozwiązać tych problemów, ale wyliczę je i to wszystko.

Jeżeli obserwuje się wróble dziobiące ziarno, to widać ich bezwzględność: jeden podbiera sprzed dzioba drugiemu, nie ma żadnej chęci odstąpienia swego łupu i żadnego przejęcia się tym, że ten drugi padnie z głodu. W toku milionów lat ewolucji ten egoizm został przekazany i człowiekowi. Wraz ze świadomością oceniającą, krytyczną, pojawiło się jednak coś jeszcze: uprzymienie sobie, że egoizm jest dobry, ale życie w gromadzie wymaga pewnych ustępstw. Pojawiły się myśli, aby w dobrze rozumianym interesie własnym, wesprzeć drugiego, a przynajmniej nie krzywdzić. Ustalono zasady współżycia w formie Dziesięciorga Przykazań Boskich, zaleceń Proroka Mahometa, rad filozofów antycznych. Narodziła się etyka, od swego narodzenia do dzisiaj w moim rozumieniu jedna, niezależnie od tego, czy nazywa się ją kościelną czy świecką czy jakąkolwiek inną, z podstawową zasadą: zauważ, że istnieje inny człowiek i też ma prawo do życia i staraj się być dla niego dobry. Jest to bardzo trudne.

W miarę rozwoju cywilizacji materialnej pojawiały się coraz to nowe sytuacje, w których trzeba się było zastanowić, jak postąpić, aby być w zgodzie z wymienionymi zasadami. Odnosiło się to do wszystkich ludzi i zawodów.

Jednym z problemów był zawsze stosunek „lekarz-chory”, sprawa delikatna. W odczuciu cierpiącego praca lekarza to spełnienie posłannictwa. Chory oczekuje bezinteresownej opieki, lekarz ma ulżyć cierpieniu, przedłużyć życie, być powiernikiem, niemal duchownym.

Widocznie nie wszystko układa się tu bez zgrzytów, skoro opracowano (i do dziś się to robi) pewne zbiory zasad. Najładarniej ujęte mieszczą się one w ślubowaniach lekarskich.

Wymagania te i zalecenia można rozbić na 2 grupy.

A. Problemy działania w warunkach szczególnych (istniejących od wieków, teraz może bardziej wydobywanych na światło dzienne)

1. Nieużywanie wiedzy przeciw prawom człowieczeństwa

Lekarz nie może brać udziału w torturowaniu ani stwierdzać, że z punktu widzenia lekarskiego więzień jest zdolny do przetrzymania jakiegoś dodatkowego obciążenia.

Oczywiście torturowano od wieków i pewnie po wieki wieków, bowiem walka o pieniądze i władzę zawsze usprawiedliwia ofiarę z życia innego człowieka. Nie wierzę w długofalowy sukces organizacji Amnesty International. Dawniej nikt sobie nie zwracał głowy wciąganiem w to doktora, obecnie może się to zdarzyć.

W tym punkcie zasada etyki jest jednoznaczna. Może nasunąć się jednak pytanie, czy np. lekarz może uczyć więźnia symulacji, chcąc mu w ten sposób ułatwić życie. W czasie wojny polscy lekarze podpowiedzieli mojemu ojcu, na co ma się skarżyć, i dzięki temu zwolniono go ze stalagu. Była to wspólna walka ze wspólnym wrogiem. Czy można w ten sposób pomagać oczywistemu bandycie? Pewnie jest jakiś paragraf, potępiający takie postępowanie.

Lekarz nie może prowadzić doświadczeń na człowieku bez jego zgody i z zadawaniem mu cierpienia. Punkt ten stanowi potępienie eksperymentów w niemieckich obozach koncentracyjnych. Nasuwa się tu jednak pytanie, czy wolno skorzystać z wyników badań, jeżeli przyniosły jakąś obserwację pożyteczną. Podobno uznano, że nie. Ja sądzę, że nie było wolno podejmować takich badań, ale jeżeli fakt się stał i coś przydatnego wykryto, powinno się

to udostępnić. Ofiar nikt nie ożywi, ale może inni mogliby dzięki temu ocalać. Ostatecznie, gdyby w takich badaniach wykryto coś śmiercionośnego, wywiady wszystkich państw wydzierałyby sobie informacje pazurami.

B. Problemy działania w warunkach potocznych

1. Lekarz powinien się kierować wyłącznie dobrem chorego. Hipokrates sformułował to następująco: „Do czyjegokołwiek domu wnijdę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jakoż nigdy kierować mną nie będzie rozmyślnie bezprawie, ani występki, ani chuć lubieżna, bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych, ani niewolników”. Postulat ten znajduje się w każdym przyrzeczeniu.

2. Wdzięczność dla nauczycieli. Hipokrates stawia ją niemal na pierwszym miejscu. Nie wiem jak jest w kodeksach, w życiu ludzie raczej nie popadają w przesadę.

3. Dochowanie tajemnicy lekarskiej jest wymogiem przytaczanym wszędzie.

4. Koleżeństwo wyłania się w przysięgach naszych czasów, może w epoce Hipokratesa mniejsza liczba lekarzy nie stwarzała sposobności do kolizji. Znane mi kodeksy regulują zasady postępowania m.in. chodzi o uniknięcie współzawodnictwa o wynagrodzenia.

Wydaje mi się, że powinna być szeroko propagowana zasada wzajemnego konsultowania się i fakt, że ktoś ma wysoki tytuł, nie powinien hamować go w zadawaniu pytania komuś mniej uhonorowanemu ale bardziej w jakiejś dziedzinie kompetentnemu. Jest to niezbędne np. w histopatologii biopsyjnej. Nowotwory kości, na przykład, zdarzają się dość rzadko i anatomopatolog przeciętnej placówki widuje je raz na wiele miesięcy lub kilka lat. Nie ma zatem żadnej szansy nabrania doświadczenia. Rada instytucji wyspecjalizowanej jest niezbędna.

5. Udzielanie pomocy niezależnie od rasy, narodowości, religii i przekonań pacjenta. Punkt ten wprowadzono po ostatniej wojnie, kiedy zabijano wyłącznie za narodowość albo wyłącznie za odmienne przekonania. Lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy każdemu, nawet oprawcy, i tu jest to przypomnieniem jednej z podstawowych zasad chrześcijaństwa.

6. Najwyższy respekt dla życia ludzkiego

W tej sprawie życzylibym sobie i ludzkości bycia w wieku lat 18, kiedy zna się wszystkie odpowiedzi. Pytania (trzylatka):

a) czym jest człowiek: całością cielesno-intelektualną integrowaną przez mózg, zespołem żywych tkanek połączonych krążącą krwią?

b) czy i z jakich wskazań przerywać ciążę?

c) czy przerwać ciążę w razie przewidywania wad rozwojowych dzięki diagnostyce prenatalnej?

d) jak postępować z potworkami (problem Skały Tarpejskiej)?

e) czy akceptować eutanazję na życzenie chorego?

f) czy i kiedy przerwać postępowanie reanimacyjne, jeżeli nie zrobi tego Natura za pośrednictwem np. zapalenia płuc?

7. Stałe doskonalenie się w zawodzie. Zasada odnosząca się do wszelkich zawodów, szczególnie ważna w medycynie ze względu na ogromne tempo jej rozwoju.

8. Podawanie do wiadomości wszystkich własnych odkryć.

Sprawa oczywista, ale dylemat może być taki. Mam pomysł, nie mogę go jednak zrealizować z braku np. odpowiedniego laboratorium. Czy przekazać od razu sam pomysł temu, co ma szanse z niego skorzystać i dać coś cierpiącej ludzkości? Chyba tak, ale przecież nikt tak nie robi z obawy przed utratą pierwszeństwa.

W znanych mi przysięgach nie wymieniono kilku kwestii, nasuwających się mi na myśl.

1. Majmonides modlił się o siłę w znoszeniu grubiaństwa pacjentów. Nie wiem, czy współczesny lekarz powinien się cechować taką odpornością, ani Hipokrates o tym nie wspomina, ani nikt potem. Czyżby to był problem XII wieku, minął, koniec?

2. Lekarz ma obowiązek chronić nie tylko człowieka chorego ale także jeszcze zdrowego:

– uczyć rozsądnego postępowania zapobiegającego (nie palić, nie nadużywać alkoholu, nie tkwić pół godziny na jednym przystanku aby wysiąść już na następnym),

– brać udział w ratowaniu środowiska,

– chronić i przestrzegać sportowców.

Gdyby wszystkie te postulaty zostały spełnione, lekarz miałby poczucie wywiązania się z obowiązku, a chory byłby zdrowy, a ten referat mógłby się zakończyć. Czy rzeczywiście i zawsze byłby zdrowy? Prawdopodobnie tak. Będzie zdrowy, ale może głodny?

Etyka każe lekarzowi leczyć, ale przecież człowiek, aby był zdrowy lub

chory musi najpierw w ogóle żyć. Żyje, jeśli ma co jeść. Czy etyka rolnika nakazuje mu produkować jedzenie? Może on przecież powiedzieć: wyprodukuję tyle, aby mieć dla siebie i na podatki, resztę mam w nosie. Taka postawa jest akceptowana: nie robi, bo mu się nie opłaca. Oczywiście, gdyby ktoś, rolnik lub inny, zagłodził kogoś konkretnego, byłby mordercą, jeżeli jednak wskutek niewykonania zadania przez grupę zawodową jakiś anonim umrze z głodu, inny anonim z zimna, bo nie ma palta itd., winny nie istnieje. Rolnik żywi, krawiec ubiera, jeżeli mu się to opłaca.

A lekarz? Oczywiście w chwili doraźnej potrzeby każdy udzieli pomocy z racji poczucia humanitaryzmu, solidarności itd. tak, jakby dał chleb ginącemu z głodu. A w mniej dramatycznej sytuacji lekarz ma prawo oczekiwać nagrody. Branie pieniędzy za niezbędne do życia pożywienie jest oczywiste, branie pieniędzy za ulżenie w cierpieniu jest czymś wstydliwym. Zgoda, wobec tego społeczeństwo powinno tych ratowników odpowiednio wynagradzać i wtedy walczyć, ostro walczyć z nadużywaniem zasady: „kto ma dosyć, ten nie kradnie, chyba, że mu w ręce wpadnie”.

I znowu od etyki jednostki wracamy do etyki społecznej, zawodowej, ponadzawodowej. A wszystko pożądanе, to, co tu powiedziałem, mogłoby się urzeczywistnić, gdybyśmy się wszyscy przejęli wierszykiem powtarzanym przez niańki od wielu lat:

„Rób wszystko w swoim kółku,
Jak każe Duch Boży,
a całość sama się złoży”.

Post scriptum

Przeczytany przez Państwa przed chwilą tekst wy dobyłem z zapomnienia z głębi szuflady. Leżał tam co najmniej 10 lat i był wygłoszony na jakiejś konferencji dotyczącej etyki lekarskiej, organizowanej przez naszą Akademię.

W tekście wyczuwa się moją bezradność w rozwiązywaniu problemów, zapewne także w ich ujawnianiu. Liczę na reakcję osób bardziej kompetentnych, sądzę, że artykuły fachowców zainteresowałyby Czytelników.

Sprawy dotyczące przerywania ciąży jedynie wymieniałem. Znalazły one oddźwięk w dyskusjach zupełnie niedawnych i rozstrzygnięciach prawnych.

Problemy zmieniają się, powstają nowe. Jedynie przyczyna żalu Majmonidesa pozostała niezmienna. Chamstwo jest wieczne.

BARBARA ZAORSKA

Eutanazja – wyrazem wolności człowieka?

„Tak, jak dokonam wyboru okrętu, mając wyruszyć w podróż morską, albo wybiorę dom, mając w nim zamieszkać, podobnie też wybrałbym rodzaj śmierci, mając odejść z życia”.

(Seneka)

Seneka sam sobie wybrał czas śmierci. Czy istnieje prawo do wyboru śmierci? Czy człowiek cierpiący ma prawo do zadania sobie śmierci przez eutanazję? Co oznacza eutanazja aktualnie i konkretnie dzisiaj? Używając słowa eutanazja, należy zacząć od jej zdefiniowania, tym bardziej, że w poprzednich wiekach jej znaczenie uległo zmianom.

Przyjmuje się dziś, że jest to dobrowolne przyjęcie przez ciężko chorego, niepełnosprawnego lub rannego, których nie da się wyleczyć, leku lub produktu toksycznego, powodującego w krótkim czasie śmierć (P. Verspieren).¹

Żadna forma skracania życia i cierpienie ludzi beznadziejnie chorych nie uzyskała nigdy całkowitego poparcia opinii społecznej, choć istnieją zwolennicy legalizacji czynnego skracania życia cierpiącym, życia, które według nich utraciło swój sens. Tymczasem nawet gdy utraciło ono wartość biologiczną, może mieć ono z innego punktu widzenia olbrzymią wartość zarówno dla umierającego, jak i dla otoczenia.

Przykładów zastosowania eutanazji z litości, można przytaczać wiele: mąż wysłuchuje prośby cierpiącej żony, kochający syn chce oszczędzić matce niepotrzebnych cierpień, rodzice zabijają swoje ciężko uszkodzone dziecko. W słynnym procesie w Liège, kiedy oskarżono rodziców oraz lekarza o eutanazję wobec dziecka uszkodzonego (po zażywaniu Thalidomidu przez matkę w czasie ciąży) sąd przysięgłych wydał wyrok uniewinniający. Unie-

¹ P. Verspieren: „Sur la pente de l'euthanasie”. Etudes 1984, I, s. 43.

winniono też ojca, który odłączył respirator utrzymujący przy życiu 6-miesięcznego syna z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Bywają sytuacje przeciwne: rodzina pacjenta wytacza proces lekarzowi, który ich zdaniem stosował „tortury reanimacji” umierającej matce, proszącej cicho „pozвольcie mi umrzeć w spokoju”. Dlatego też dr Cecily Saunders, twórczyni pierwszego hospicjum dla umierających w Londynie, mówi, że jest w szczęśliwej sytuacji, gdyż nie jest ono wyposażone w sprzęt, umożliwiający „heroiczne” metody przedłużania życia.

Niektórzy uważają, że istnieje prawo do własnej śmierci i dlatego w różnych krajach tworzone są towarzystwa celem wprowadzenia jej legalizacji. Dziś najczęściej praktykowana jest ona w Wielkiej Brytanii, Danii, Francji i w Holandii, posiadającej reputację kraju „słodkiej śmierci”.

Od wielu lat Holandia wykazywała tolerancję w stosunku do dokonywanych tam aktów eutanastycznych na życzenie chorego, a oficjalna Komisja już w r. 1985 zalecała niekaranie ich. Później zawarto umowę między środowiskiem medycznym a władzą sądową o zaniechaniu konsekwencji prawnych w stosunku do tych lekarzy, którzy wywołali śmierć u chorych z nieuleczalną chorobą, oceniając (po konsultacji z innym lekarzem) sytuację chorego jako sytuację nie do zniesienia.¹

W r. 1990 powołano specjalny Komitet celem zbadania tych praktyk. Przeprowadzono wówczas w całym kraju ankietę na temat postępowania lekarskiego obejmującego szczególnie ostatni okres życia.²

Na podstawie tych danych akty eutanastyczne nie osiągnęły tych fantastycznych liczb podawanych w piśmiennictwie. Z pewnością, największą trudnością w interpretacji wyników jest to, że decyzja podjęta przez lekarza, mająca na celu przyspieszenie zgonu, może być zamaskowana postępowaniem leczniczym stosowanym wobec chorego.

Szacuje się, że na ogólną liczbę zgonów w Holandii, liczba przypadków eutanazji oceniona na 3.500 do 6.000, odpowiada 6% wszystkich zgonów oczekiwanych (z wyłączeniem zgonów nagłych).³ Należy przypuszczać, że tylko część z nich (być może ok. 2.000 chorych) występuje o eutanazję, u reszty bywa praktykowana bez ich zgody.

¹ M.A.M. Wachter: „L'euthanasie active aux Pays-Bas” JAMA, (ed. franc) 15.III 1990, s. 355.

² P.J. van der Mass i in: „Euthanasia and other medical decisions concerning life”. the Lancet, 14.IX.1991, s. 669.

³ P. Verspieten Sij: „L'euthanasie: une porte ouverte?” Etudes, 1992 – janvier, s. 63

Przeanalizowano motywy domagania się eutanazji w 187 przypadkach tej ankiety. W 57% umierający domagali się eutanazji z powodu utraty godności, w 47% z powodu bólów, w 46% z powodu utraty wartości życia, w 33% – uzależnienia się od innych, a w 23% – zmęczenia życiem. Tylko w 5% ból był wymieniany jako jedyna przyczyna. Aktualnie około 70% Holendrów wypowiada się za eutanazją, a sądy nie reagują nawet na autodenuncjacje lekarzy.

W Anglii powstało towarzystwo zalegalizowania eutanazji. Głosi ono, że jest przeciwne zabijaniu z litości, także chorych psychicznie; natomiast stoi na stanowisku, że człowiek ma prawo żądania śmierci naturalnej, spowodowanej nieuleczalną chorobą „bez prób przedłużania życia, natomiast z zastosowaniem wszelkich środków łagodzących ból, nawet w wypadku, gdyby przyspieszały one śmierć”. Tak brzmi deklaracja, którą podpisywaliby członkowie towarzystwa, zwolennicy dobrowolnej eutanazji, gdyby Parlament zgodził się na jej legalizację (projekt wniesiono do Izby Lordów w r. 1950, poprzedni wniesiony w 1936 upadł, podobnie jak następny z r. 1969).

Analogiczne stowarzyszenia w Holandii, gdzie eutanazja może być dopuszczona w specjalnie określonych warunkach, liczy 30 tysięcy członków, propaguje specjalny „paszport eutanazyjny”, by w razie nagłego wypadku wiedziano, co z pacjentem zrobić. Naturalnie paszporty te są sporządzane przez ludzi, będących jeszcze w pełni sił fizycznych i intelektualnych.

We Francji eutanazja jest praktykowana w postaci zamaskowanej, rzadko na prośbę chorego, częściej żąda tego rodzina, a nawet personel opiekujący się chorym, jeśli jest niedostatecznie podtrzymywany w tej obciążającej fizycznie i psychicznie pracy nad umierającym. Nie ma tu specjalnego statusu w stosunku do aktów eutanazji, toteż jest ona sądzona zgodnie z prawem karnym i prawem deontologii lekarskiej, czyli w sensie zbrodni zamierzonej. Ostatnio coraz częściej podnoszą się głosy, aby we Francji stworzyć dla eutanazji te same warunki co w Holandii.

Amerykańskie Towarzystwo Eutanazji, założone w r. 1938 na wzór wspomnianego towarzystwa brytyjskiego, uprawia żywą działalność propagandową, uzyskując na przykład w stanie Nowego Jorku poparcie 80% respondentów, mimo że w USA nie istnieje legalna eutanazja. Po prostu ci, którzy chcą uniknąć cierpień, popełniają zwykle samobójstwo.

Mieszkańcy 40 stanów mogą podpisać tzw. „wolę życia” (living will), prosząc w niej o neutrzymanie ich przy życiu za pomocą lekarstw, sztu-

cznych środków lub heroicznych wysiłków. Opinia publiczna popiera tę koncepcję. Prawie 7 na 10 Amerykanów akceptuje prawo lekarzy do podjęcia decyzji o zakończeniu życia pacjentów cierpiących na nieuleczalne choroby przy użyciu bezbolesnych środków, jeżeli pacjent wyraził taką prośbę.¹

Choć lekarz musi pozostać zawsze obrońcą życia, to jednak powraca problem, czy można zezwolić na przyspieszenie końca życia, czyli dać mu prawo do zabijania. W związku z tym, że Karen Quinlan, 21-letnia Amerykanka, która przedawkowała narkotyki oraz Nancy Cruzan, która w wieku 25 lat miała wypadek samochodowy, dzięki wprowadzeniu nowoczesnej techniki są utrzymywane przy życiu na poziomie stanu wegetatywnego, pierwsza od roku, druga od siedmiu lat. Rodzice Nancy wystąpili do Najwyższego Sądu USA z wnioskiem o zaprzestanie utrzymywania jej dłużej przy życiu, na co sąd początkowo nie wyrażał zgody (otrzymali ją dopiero w grudniu r. 1990). Podatnicy tego stanu płacili 130 tys. dolarów rocznie, aby utrzymać przy życiu Nancy. Warto dodać, że jest ona jedną z 10 tysięcy Amerykanów, pozostających w stanie śpiączki bez żadnych szans na wyzdrowienie. Najdłużej, bo od r. 1952 w takim stanie znajduje się Rita Green z Waszyngtonu.

W niektórych kantonach Szwajcarii, lekarz ma prawo dać beznadziejnie choremu i skazanemu na cierpienie środek powodujący u niego śmierć, może wskazać sposób jego przyjęcia, ale nie może być obecny w czasie jego przyjmowania.

W Japonii stał się głośny wyrok uchwalony przez sąd w Nagoya. Ustalił on sześć następujących warunków dopuszczających legalizację eutanazji: nieuleczalność choroby, bliskość zgonu, cierpienia nie do zniesienia, zachowanie świadomości pacjenta, wyraźne żądanie śmierci i przeprowadzenie zabiegu eutanastycznego pod okiem lekarskim.

U nas też, w 13 lat po wojnie, toczyła się gorąca dyskusja na łamach „Prawa i Życia” na temat legalizacji eutanazji. Warto dodać że z punktu widzenia prawnego skrócenia życia umierającemu jest u nas traktowane jako zabójstwo. Paragraf 150 naszego Kodeksu Karnego z 1969 r. brzmi: „kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat”.

Wśród lekarzy są też i tacy, którzy „nawrócili się” ze zwolenników eutanazji na jej wrogów. Dla jednego z nich, przyczyną nawrócenia był los

¹ (U.S. New-World Report, 1989, 12, 11)

pewnego młodego sportowca, który po wypadku samochodowym uległ paraliżowi i prosił lekarza, by pomógł mu umrzeć. Ten zwlekał. Z czasem młody człowiek nauczył się poruszać za pomocą wózka. Mimo to, ciągle jednak prosił o tę „pomoc”. Lekarz namówił go pewnego dnia, aby pojechał na niedzielę do domu, dodając, że jeżeli jego rodzice wyrażą zgodę i on sam nie zmieni zdania, to po powrocie da mu lek, którego tak pragnie. W domu młody człowiek dyskutował wiele z ojcem, matka zaś milczała. Dopiero tuż przed wyjazdem, porozmawiała z synem i prosiła go gorąco, aby nie decydował się na śmierć. Odpowiedź, z jaką wrócił ten sparaliżowany, brzmiała „Teraz zrozumiałem, że przynajmniej moja matka mnie kocha i jest sens, żebym tu pozostał”.

Inny lekarz z Delft zwany „apostosem słodkiej śmierci”, wyraził opinię, że to nie lęk przed bólem, tylko samotność, opuszczenie przez drugich, poczucie bycia ciężarem dla innych jest powodem, że ludzie domagają się eutanazji. A najskuteczniejszą przed nią ochroną jest świadomość, że się jest kochanym.

Czy w obliczu prawa wolno lekarzowi zastosować metodę eutanazji po-myślanej jako dobrodziejstwo? Gdyby prawo przyznawało tę zgodę, nawet tylko w krańcowych sytuacjach, wówczas musiałoby chyba ulec całkowitemu znieczuleniu zaufanie do lekarzy.

Czy istnieją takie okoliczności, w których lekarz byłby zwolniony z obowiązku utrzymania życia? I co ma robić, jeśli chory naprawdę chce umrzeć, wiedząc o swojej nieuleczalnej chorobie?

Pewien francuski lekarz praktykujący eutanazję, tak opowiada o swoim doświadczeniu w tym zakresie.¹

Na salę konsultacyjną wnoszą pacjentkę na noszach.

– Dzień dobry panie doktorze. Czy to pan jest doktorem X?

Dobrze, że mogę z panem porozmawiać, gdyż chciaabym, aby pomógł mi pan rozstać się z życiem. Wiem, że nie jest to pana zajęcie, tak mówią zresztą wszyscy lekarze, ale proszę mnie wysłuchać. Mam 76 lat, od 8 lat leżę sparaliżowana i przykuta do łóżka. To nie jest życie, to kłęska. Pan może chodzić, czytać, ja jestem skazana na pozostawanie w swoim pokoju, w którym nie widzę nawet słońca, zapomniałam już zapachu mokrej trawy. Od czasu do czasu słyszę tylko bzykanie much, nienawidzę ich. Co wieczór

¹ Leon Schwartzenberg: *Requiem pour la vie*. Wyd. Le Pre aux Clercs, 1985. Paryż. Cytowani poniżej chorzy pochodzą z jego książki.

zasypiam z nadzieją, że się nie obudzę. Leżę jak kłoda. Mój mąż też nie wytrzymuje. Pomaga mi w codziennych potrzebach, toalecie, jedzeniu. Chce już odejść. Szybko.

- W tej chwili?
- Natychmiast, jeśli pan doktor zechce, ja jestem gotowa.
- Ależ tu nie można, jestem w szpitalu.
- Właśnie myślałam, że to dobre miejsce.
- To jest przecież miejsce, gdzie leczy się ludzi.
- Ale od czasu do czasu są też tacy, którzy umierają.
- Nigdy jednak ochotniczo.

A więc pewnego razu będzie i ochotnik – odpowiada pacjentka.

- Nie sądzę, abym mógł zrobić coś dla pani.
- Błagam, proszę nie pozwolić mi tak odjechać. Sama usiłowałam już 3-krotnie odejść, połknęłam 2 tubki tych proszków, ale za każdym razem, po nieudanej próbie, zabierano mnie do szpitala. Już naprawdę nie mogę. Czy może mi pan jednak obiecać, że zrobi coś dla mnie, że będzie próbował. Kiedy więc mogę przyjechać po raz drugi?

- Proszę nie przyjeżdżać.
- A więc pan przyjedzie do mnie? Kiedy?
- Pod koniec tygodnia, w sobotę lub w niedzielę.
- Proszę się pospieszyć, doktorze.

Dwóch sanitariuszy wynosi ją na noszach. Ta pacjentka wreszła już do doliny śmierci. Jak jej pomóc? Czy jej decyzja, to tylko efekt głębokiej depresji?

W kilka dni później telefonuje ona do lekarza.

- Czy nie zapomniał pan?
 - Nie.
 - Kiedy więc zobaczę pana doktora?
- Ponieważ był grudzień, chora dodaje:
- Proszę mi obiecać, że przed świętami, nie chcę przeżywać świąt jeszcze raz, to mnie jeszcze bardziej zasmuca.

Telefony powtarzają się 2–3 razy w tygodniu. Lekarz ustępuje.

- Proszę mi wytłumaczyć, jak do pani dojechać
- Trzeba jechać autostradą, należy ją opuścić na piątym zjeździe, potem dotrzeć do miasteczka (było to około 100 km od miejsca zamieszkania lekarza) do trzeciej ulicy od rynku, drzwi będą otwarte.

Jest sobota, pada śnieg, w samochodzie ciepło, ale droga oblodzona. Jedzie się jak po szkle. Oto rynek, za chwilę dom, drzwi otwarte. Lekarz stuka, słysząc głos:

– To pan, panie doktorze?

– Tak.

– To dobrze, co za ulga.

W półmroku duże łóżko, na którym spoczywa chora.

– Oto moje królestwo od ośmiu lat – to łóżko, ten pokój, telewizor, którego nie zapalam.

– A pani mąż?

– Jest przy owcach.

– Czy nie można by na niego poczekać?

– Nie, to niekonieczne. Pan doktor i tak stracił dużo czasu.

On zresztą zgadza się. On wie, że pan przyjedzie, nie będzie więc zdziwiony. Czekając na męża, lekarz pyta pacjentkę, co robiła w życiu.

– Byliśmy piekarzami. Było nam dobrze. Wstawaliśmy rano, szczególnie mój mąż, który zajmował się piecem. Pomagałam mu. Nie mieliśmy wakacji przez trzydzieści lat. Ale to nam nie przeszkadzało. Byliśmy wolni.

Z tyłu skrzypnęły drzwi. W progu ukazał się stary mężczyzna z rozwianymi na wietrze włosami.

– Dzień dobry, panie doktorze. Moja żona oczekiwała pana – rozpoczął rozmowę.

– Będę więc mógł z panem porozmawiać, jeśli pan pozwoli?

– Czy pan wie, o co mnie prosi pana żona?

– Tak, od trzech lat o niczym innym nie mówi.

– Od jak dawna jest pan żonaty?

– Od pięćdziesięciu lat. Niech pan to zrobi doktorze, to nie jest życie. Ona całymi dniami leży w łóżku nic nie mówiąc. Od czasu do czasu pomaga mi sąsiad. Potem znów zalega cisza, wychodzę więc do owiec. Niech pan to zrobi doktorze! Żona próbowała sama już trzykrotnie.

W ciszy tego wiejskiego domu rozległ się dźwięk otwieranej butelki, brzęk strzykawki. Kobieta patrząc na męża mówi:

– On jest dobry, prawda? To prawdziwy człowiek.

Ta uwaga zdumiała lekarza, nigdy nie słyszał jeszcze takiego komplementu. Niech pan pożegna się z żoną.

Stary człowiek przybliżył się, mówiąc:

– Henrietto.

– Nie zbliżaj się. Bez niepotrzebnych łez. Pożegnaj mnie z tego miejsca, gdzie stoisz. Dostatecznie się wycalowaliśmy, 50 lat jesteśmy razem, a poznaliśmy się w wieku 20 lat.

Mąż wychodzi.

– Którą rękę doktorze? Dziękuję, jestem zadowolona. Teraz będę mogła zasnąć na dobre.

– Niech mi pani powie, czy życie miało dla pani piękne momenty?

– O tak – wspomina chora – może nie cały czas, ale często, na przykład wtedy, kiedy pojechaliśmy nad morze, a było to w dwudziestą rocznicę ślubu.

W czasie snucia swych wspomnień, chora zasypia pod kroplówką¹ na dobre – jak chciała – tym razem bez złych snów i smutnych myśli. Oczekujący mąż zwraca się do lekarza:

– Pan doktor dobrze uczynił, ona już nie wytrzymała dłużej. Będę sobie teraz przypominać o wspólnie przeżytych dobrych chwilach. Może napije się pan doktor kieliszek koniaku? Jest tak zimno a to rozgrzewa.

– A co pan będzie teraz robił? – pyta lekarz.

– Pójdę do dzieci, z którymi ostatnio żona nie chciała się już widywać. Będę zajmował się owcami, one są takie miłe, szczególnie te małe, które przychodząc na świat są takie piękne... w poniedziałek pójdę zawiadomić, że rano zastałem żonę martwą – dodaje.

Lekarz odjeżdża.

Czasem chory, już po podjęciu decyzji skracania sobie życia, zmienia ją. Osiemdziesięcioletnia malarka ślepnie, prosi o tabletki umożliwiające jej zadanie sobie śmierci, chce uciec od dolegliwości, od braku nadziei, od starości bez końca. Otrzymuje je. Ale kiedy wie, że w każdej chwili może uciec od życia, które stało się dla niej bez światła, a więc bez celu, nie mogąc malować, zaczyna rzeźbić. Tabletki pozostały nietknięte.

Wśród lekarzy, są zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy stosowania eutanazji, a w Holandii praktykuje się ją nawet wśród dzieci. Jeden z szefów oddziału onkologicznego będący zwolennikiem „łagodnej śmierci” powiedział w wywiadzie:

¹ Jest to „koktajl” lityczna z dolosalu, Largactilu, Phenerganu w roztworze glukozy, który podany dożylnie powoduje zatrzymanie oddychania i śmierć pacjenta. W małych dawkach jest używana jako mieszanka znieczulająca celem zapobiegania szoku pooperacyjnemu stosowana przez wojskowych w czasie wojny w Algierii, potem przeniesiony do Francji i stosowany u chorych jako środek przeciwbólowy.

– Jeśli ktoś jest chory na raka, bez żadnej szansy na wyleczenie, a zwróci się do mnie, żebym „pomógł” mu umrzeć, to myślę, że nie mogę mu tego odmówić. Nawet, jeśli ten ktoś ma 15 lat. Uważam bowiem za rzecz słuszną, żeby chory mógł rozstać się z życiem nie cierpiąc, w swoim łóżku. Jeśli zwraca się do mnie o pomoc, to mu odpowiadam: czuję się szczęśliwy, że mogę ci „pomóc”. Dam ci to, czego potrzebujesz, żebyś mógł umrzeć. Do ciebie jednak należy decyzja.

– Ile lat mieli pacjenci, którym pomógł pan umrzeć? – pada pytanie.

– Najmłodszy miał dwanaście lat – odpowiada profesor, szef oddziału.

Wśród innych pacjentów, którym ten profesor też „pomógł”, był siedemnastoletni chłopak z przerzutami mięsaka kości. Przy odświeżeniu zastawionym stole, chory realizując podjętą decyzję, wyspał do kieliszka z winem „proszek” dany mu w tym celu przez lekarza.

– Jak zareagowali na to jego rodzice? – padło pytanie.

– Byli dumni ze swego syna, z jego odwagę. „Nasz syn umarł, jak przystało na mężczyznę”.

– A pan, jak się czuł? – dopytuje się dziennikarz.

– Byłem przekonany, że zrobiłem, co mogłem najlepszego dla niego uczynić – padło w odpowiedzi.

Katarzyna, przyszła do gabinetu lekarskiego, też szukając „pomocy”.

– Panie doktorze, proszę mnie wysłuchać. Mam 27 lat, nie mam nikogo bliskiego oprócz siostry. Od pięciu lat walczę z rakiem piersi, od dwóch lat pogorszenie. Rak pojawia się też na skórze, były naświetlania, chemioterapia, przerzuty do kości, bóle, znów naświetlania, chemioterapia, hormonoterapia, zmęczenie, znużenie. Już dłużej nie mogę, proszę mi pomóc.

– Nie ma pani przyjaciół?

– Teraz nie, ale miałam ich dużo. Świetnie rozumiem, że też mieli dosyć.

– Odczuwa pani ich brak?

– Nie tak bardzo, mnie brakuje życia, oni są po stronie życia, a ja już nie. Nie chce mi pan pomóc?

Katarzyna wychodzi z gabinetu lekarskiego, uzyskawszy jednak zgodę. Ma zadzwonić jeszcze w celu ustalenia terminu. W parę dni później, data zostaje ustalona na środę, na godzinę 22.

– Pani adres?

– Przy końcu alei X, w dalekiej dzielnicy Paryża. myślę, że pan mnie znajdzie, ale mogę jeszcze dokładniej wytłumaczyć.

– Na pewno znajdę.

W ten środowy wieczór rozpadało się. Ulica, przy której mieszkała Katarzyna, nie była łatwa do odnalezienia, a lekarz nie zapisał numeru telefonu pacjentki. W kawiarni, gdzie się informował, ktoś usiłował wyjaśnić, że przy końcu alei trzeba jechać dwie ulice w lewo, potem w prawo, choć kierunek w prawo zabroniony. Zastosował się do wskazówek, ale ulicy nie było, nie znali jej też przechodnie, a przejeżdżający wóz policyjny, który mógłby udzielić informacji, nie zatrzymał się. Lekarz do północy, w deszczu, szukał adresu niemożliwego do znalezienia. W końcu o północy zrezygnował z poszukiwań. Następnego dnia rano, zadzwoniła siostra Katarzyny zawiadamiając, że ona nie żyje. Wskoczyła z okna. Biedna, opuszczona przez ludzi Katarzyna, nawet lekarz, który obiecał „pomóc”, opuścił ją. A lekarzowi pozostało pytanie, czy powinien był Katarzynie pomóc?

W przypadku nieuleczalnie chorych, którzy bardzo cierpią, obowiązkiem lekarza jest stosowanie środków kojących, uśmierzających bóle. Gdy nadejdzie agonia, może nie być celowe przedłużanie aktu umierania. Decydować zawsze powinno sumienie doświadczonego lekarza.

R. Twycross¹, autorytet w dziedzinie medycyny schyłku życia uważa, że aby poprawić los umierającego, nie trzeba legalizować eutanazji, ale należy wykorzystać najlepsze i najnowsze osiągnięcia medycyny dla opracowania poprawy warunków nad ludźmi umierającymi, jak również opieki hospicyjnej, kiedy eutanazja staje się zbędna.

Opinia prawników głosi, że prawo uchwalane przez ludzi nie może być sprzeczne z odwiecznym prawem natury, jakim jest świętość życia. I dlatego nigdy nie powinna nastąpić prawna legalizacja jakiegokolwiek formy eutanazji. Zadaniem lekarza jest utrzymywanie człowieka przy życiu. Ani wyobrażenia o tym, co jest dobrem człowieka cierpiącego, ani żadna ustawa, nie nadają lekarzowi prawa zadawania śmierci z litości, nawet jeśli chory sam o to prosi.

Według wielu religii, nie tylko katolickiej, niezależnie od tego, jak poważnie chory jest człowiek, jak nieuchronna jest jego śmierć, nie wolno go pozbawiać ani jednej minuty życia darowanego mu przez Boga. Ta godzina lub godziny, mogą być właśnie najcenniejsze dla danego człowieka. Może mieć jakieś sprawy do załatwienia, przedmioty do rozdania, przewinienia, za

¹ R. Twycross – referat nt. „Paliative care” wygłoszony na zjeździe Psychospołecznej Opieki Paliatywnej, 28.VI.1990 r., w Radziejowicach.

które chciałyby uzyskać wybaczenie, uczucia, których wcześniej nie zdołał wyrazić, słowa pożegnania i sto innych nie uregulowanych problemów.

Słyszcy się nierzadko, że o końcu życia, każdy może decydować sam. Jest to iluzja, gdyż decyzja ta nie jest sprawą prywatną. Chodzi o ważny problem socjalny, gdyż przez swój stosunek do śmierci i do umierającego człowieka, otoczenie wyraża jednocześnie swój stosunek do życia, daje świadectwo wielkości i godności istoty ludzkiej, niezależnie od deficytów fizycznych czy psychicznych, które tego człowieka dotyczą. Stajemy wobec wyboru: czy kwestionować wartość życia i w ten sposób zwiększyć zwątpienie i chęć śmierci, czy też potwierdzić fakt, że wszyscy jesteśmy wkorzeni w tę samą ludzką egzystencję, i że jesteśmy zaproszeni do podtrzymywania solidarnie naszego życia, mimo różnych doświadczeń.

Istnieją zagadnienia, do nich należy eutanazja, które stale powracają na wokandę opinii światowej. W r. 1991 został wniesiony do Parlamentu Europejskiego projekt dotyczący eutanazji i medycyny paliatywnej. Spotkało się to z pewnym zdziwieniem osób najbardziej zainteresowanych, a szczególnie tych walczących przeciw legalizacji eutanazji, ponieważ zagadnienie to związane jest z Prawami Człowieka i powinno być przedstawione najpierw Radzie Europy.

Już w r. 1989 Parlament Europejski zajmował się tą sprawą z punktu widzenia służby zdrowia, zachęcając państwa Europejskiej Wspólnoty Ekonomicznej do rozwijania na swym terenie opieki paliatywnej, aby zapewnić właściwą opiekę pacjentom zbliżającym się do kresu życia. Komisja, na której czele stanął dr Leon Schwartzberg, znany zwolennik eutanazji, i praktykujący ją, przygotowała „rezolucję”, która wzbudziła wiele kontrowersji i nie została uchwalona. Obecnie oczekuje się opracowania nowej jej wersji.

Notka

Zagadnienia dotyczące eutanazji zostały ostatnio omówione także w następujących artykułach:

1. M. Wichrowski, W. Jacórzyński: Spór o eutanazję. *Medicus*, 1992, 1, 3, 18-20.
2. Ks. Stanisław Warzeszak: Eutanazja a prawa człowieka. *Medicus*, 1, 3, 23-24.
3. J. Łuczak: Eutanazja a opieka paliatywna/hospicyjna. *Medicus*, 1992, 1, 3, 17

BOGDAN SZCZEPANKOWSKI¹

Problem ludzi niedosłyszących

*Wypowiedź na konferencji prasowej Fundacji „Człowiek – człowiekowi”
w dniu 22 kwietnia 1993 r.*

Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych im. Jana Siostrzyńskiego.

Jestem osobą niedosłyszącą od wczesnego dzieciństwa, zawodowo od ponad 30 lat związany ze środowiskiem niesłyszących. Z wykształcenia będąc nauczycielem, pracuję w ośrodku szkolno-wychowawczym dla głuchych.

Ciekawy jest to świat, ciekawe środowisko. Połączył ich nie wybór, predyspozycje czy wspólne zainteresowania, lecz los – fakt utraty lub brak słuchu. Łączy ich wspólnota językowa – fakt posługiwania się językiem migowym, dla wielu z tu obecnych tajemniczym językiem znaków, ale jednak językiem takim jak inne, posiadającym własne słownictwo i gramatykę, posiadającym tysiące odcieni i subtelnosci pozwalających na przekazanie nie tylko informacji, ale także uczuć i emocji.

Jak wielki jest to świat? Stanowi nieco więcej niż 1 promille populacji. W Polsce liczbę osób całkowicie głuchych ocenia się na ok. 45 tysięcy. Niedosłyszących jest znacznie więcej, ale też i trudniej ich policzyć. Źródła podają, że stanowią od 2 do 3% populacji, a więc w przypadku Polski jest to liczba od 700 tysięcy do ponad miliona.

Zacząło się to wszystko jeszcze w XVIII wieku, kiedy powstały pierwsze szkoły dla dzieci głuchych, pierwsze skupiska ludzi, którzy tak samo jak inni odczuwali potrzebę kontaktów społecznych, a nie byli w stanie uczynić tego za pomocą mowy. Tak zaczęły wówczas w szkołach powstawać języki migowe, często przy współpracy i pomocy samych nauczycieli.

Podobnie jest dzisiaj. Dzieci głuche w szkołach uczą się porozumiewać językiem ludzi słyszących, uczą się mówić i odczytywać z ust, często jednak

¹ Autor jest dyrektorem Ośrodka

zadanie to ich przerasta, mogą opanować jedynie pewne elementy mowy i języka, na ogół nie wystarczające do swobodnego kontaktu z ludźmi słyszącymi. A porozumiewać się trzeba; jest to naturalna potrzeba każdego człowieka. Ta potrzeba legła u podstaw faktu, że ludzie niesłyszący stworzyli własny świat, zostali mniejszością językową. Tak jest na całym świecie bez względu na strefę geograficzną czy ustrój.

Jest więc świat głuchych, jest oczywiście świat słyszących, ale nie ma świata niedosłyszących. Większość nich próbuje się integrować ze słyszącymi, pozostali oscylują między jednym światem a drugim, stanowiąc często pomost między nimi.

Czasem decyduje o tym przypadek. Brak kontaktów z głuchymi w dzieciństwie, odpowiednie pokierowanie przez rodziców, kontakty i edukacja wyłącznie ze słyszącymi i wśród słyszących prowadzą do integracji w takim stopniu, w jakim jest to możliwe. Do tego problemu jeszcze wrócę.

Czasem dziecko niedosłyszące trafia do szkoły dla niedosłyszących (jest ich w Polsce zaledwie 7 wobec 21 szkół dla głuchych) lub nawet do szkoły dla głuchych. Pojawiła się nawet jakby moda na łączenie takich szkół – w ostatnich latach 3 szkoły dla głuchych przekształciły się w szkoły mieszane, dla głuchych i niedosłyszących. W takim przypadku droga życiowa dziecka niedosłyszącego od początku edukacji jest inna. Dziecko to żyje w obu światach, poznaje ona języki – ojczysty i migowy, nawet czuje się wśród głuchych dowartościowane, często może głuchemu pomóc w kontakcie z nauczycielem, czy inną osobą słyszącą, nie znającą języka migowego. Pozytywną cechą takiego ustawienia jest mniejsze narażenie na stresy, dowartościowanie, umiejętność współżycia społecznego i rozumienie potrzeby pomagania innym. Negatywną, czasem ale tylko czasem, nieco gorszy rozwój mowy.

Głusi zawierają związki małżeńskie prawie wyłącznie w swoim środowisku, czasem z niedosłyszącymi, ale z tymi, którzy są zintegrowani z obydwojma światami. Młodzież głucha, pytana o przyszłego współmałżonka, najczęściej mówi, że chciałaby, aby był niedosłyszący (znacznie rzadziej, że słyszący).

Niedosłyszący, szczególnie wywodzący się z tej większej, integracyjnej części, nie łączą się z reguły pomiędzy sobą, ale ze słyszącymi. Potem na tych słyszących wiszą przez całe życie jak jemiola i tylko pytają „– Co on powiedział?”. Wiem coś o tym, bo sam tak wiszę od 25 lat.

Wracam więc do integracji niedosłyszących wśród słyszących. Cechą charakterystyczną niedosłuchu jest mniejszy promień odbioru informacji. Im

większy niedosłuch, tym bliżej musi być źródło dźwięku, najlepiej prosto do ucha lub mikrofonu aparatu. Wrogiem jest odległość i wynikające z niej odbicia i zniekształcenia dźwięku, głównie pogłos. To ustawia człowieka niedosłyszącego w sposób naturalny na kontakty interpersonalne bliskie albo żadne. Bywa i tak i tak. Znam wielu ludzi niedosłyszących osamotnionych i zgorzkniałych, znam również takich, którzy mają bardzo małe grono, ale za to bliskich znajomych, znających i rozumiejących ich bariery komunikacyjne, znam też takich, którzy po rozczarowaniach kontaktami ze słyszącymi próbują nawiązać kontakt z głuchymi. Skuteczność tych usiłowań zależy od możliwości poznania języka migowego.

Dlatego też osoba niedosłysząca zintegrowana ze słyszącymi jest na ogół typem kameralnym, domatorem, unikającym tłumów i takich spotkań jak dzisiejsze. Ale nie dlatego, że obecni tu nie są sympatyczni, lecz dlatego, że przepływ informacji w tych warunkach jest niewystarczający.

Osobie głuchej lub niedosłyszącej, znającej język migowy, pomoże tłumacz – widać to także na tej sali. Osobie niedosłyszącej, nie znającej tego języka, jest trudniej. Albo musi znaleźć sobie takie miejsce, gdzie można wspierać słuch odczytywaniem z ust, albo sala musi być wyposażona w pętlę indukcyjną. To wszystko jednak będzie skuteczne tylko wtedy, gdy przez cały czas mówi tylko jedna osoba i to z jednego miejsca. Kiedy np. padają pytania z różnych stron sali, najlepiej iść do domu i porozmawiać z kotem albo zółwiem.

To nie oznacza, że nie chciałbym, aby zadawano mi pytania. Bardzo chętnie będę na nie odpowiadać. Jeszcze chętniej po części oficjalnej, właśnie w kularach, w bezpośrednich kontaktach.

Każda niesprawność pociąga za sobą pewne niemożności lub uciążliwości. Niedosłuch – to właśnie problemy w kontaktach zbiorowych, w złych warunkach akustycznych, na odległość, z ludźmi obojętnymi lub nieżyczliwymi.

Zdarzają się przypadki, że próbę integracji podejmują rodzice dziecka o tak znacznym uszkodzeniu słuchu, że jest to praktyczna głuchota. Nie godzą się z faktem, że mają w domu mniejszość językową, podejmują działania, które często są ponad siły dziecka. Z reguły takie próby są skazane na niepowodzenie. Czasem trwa to rok, dwa, czasem do III czy IV klasy szkoły podstawowej. Czasem udaje się utrzymać dziecko głuche w szkole masowej nawet do końca szkoły podstawowej. Wreszcie wszystko się załamuje i to znerwicowane, pełne stresów i zahamowań dziecko trafia do szkoły dla

głuchych, w której też długo nie może się odnaleźć ze względu na nieznamość języka migowego. Znam wiele takich przypadków, mam je także w swojej szkole. Czasem się udaje. Heroiczny wysiłek rodziców wsparty efektywną pomocą specjalistów powoduje, że jednostkowe przypadki przechodzą tę drogę integracyjną w całości – kończą szkołę podstawową, średnią, czasem studia i albo adaptują się w jakimś małym zakładzie pracy albo pojawiają się w środowisku głuchych, tworząc jego elitę.

I tu wreszcie dochodzimy do zasadniczego tematu naszego spotkania – mieliśmy bowiem mówić o implantach i ich roli w integracji. To wielka sprawa. Bowiem, jak państwo zauważyli, droga dziecka niedosłyszącego do świata słyszących jest znacznie łatwiejsza niż dziecka głuchego. Leczenie głuchoty poprzez wszczepianie implantu ślimakowego może dziecko głuche zamienić w dziecko niedosłyszące, stworzyć mu szansę łatwiejszej drogi do tego świata, w którym chcieliby je widzieć jego słyszący rodzice, otworzyć mu świat dźwięków, który jest tak bogaty, że nawet jego dostępna po implantacji część będzie stanowić źródło zupełnie nowych doznań. Mało natomiast wiemy, co o możliwościach wszczepiania implantów i w konsekwencji uruchamiania analizatora słuchowego sądzą dorośli głusi. W pojedynczych przypadkach słychać opinie zarówno pozytywne jak i negatywne, wydaje się więc, że warto byłoby podjąć badania środowiska w tym zakresie. Osobiście mógłbym dopomoć jeśli chodzi o młodzież licealną, z którą mam na codzień kontakt. Są oni wprowadzani w temat na lekcjach biologii oraz na specjalnych spotkaniach, natomiast badania opinii na ten temat jeszcze nie podejmowano. Ciekawym bowiem być może, co będzie wówczas, gdy dorosły głuchy, od lat funkcjonujący w środowisku niesłyszących, nagle stanie się niedosłyszącym, pozna ten świat, który był dotychczas dla niego zamknięty – czy mu się on spodoba i czy nie będzie chciał wrócić, skąd przyszedł?

I kolejny temat, który wyłania się przy okazji omawiania problematyki leczenia implantami – jakie efekty społeczne daje to leczenie, w jaki sposób wpływa na dalsze losy pacjenta. Tu również warto byłoby pokusić się o skorzystanie z doświadczeń innych krajów, a w miarę upływu czasu i przybywania osób z wszczepionymi implantami także i u nas podjąć badania, które przyniosłyby odpowiedź na pytania. Niewątpliwie jednak staje się jedno – dzięki podjęciu i opanowaniu w naszym kraju techniki wszczepiania implantów ślimakowych przez p.prof. Skarżyńskiego i jego zespół nasza otolaryngologia jest bliżej nowoczesności a osoby niepełnosprawne słuchowo bliżej społeczeństwa.

STEFAN KRUŚ

Obywatelu Redaktorze: (K.I. Gałczyński, koniec cytatu)

Lubię ludzi pięknych, spośród nich bardziej panie. Lubię ludzi szlachetnych, panie i panów. Kiedy 26 lutego 1993 wybierałem się do Domu Medyka na spotkanie z ludźmi dobrej woli, ofiarodawcami i prasą, nie przypuszczałem, że ujrzę piękno i szlachetność w całym ich wysublimowaniu.

Celem zebrania była informacja o dotychczasowym postępie akcji wszczętych ślimakowych, przywracających kontakt ze światem zakwalifikowanej grupie ludzi głuchych; między nimi trzyletniej dziewczynce, niesłyszącej od urodzenia a po operacji spełniającej polecenia i uczącej się mówić.

Na powitanie mówiłem tak:

„Przedstawiam się Państwu jako przewodniczący Fundacji „Człowiek Człowiekowi”, Fundacji patronującej przedsięwzięciom lekarskim, będącym przedmiotem naszego dzisiejszego spotkania. Obok mnie siedzi Pan Doktor Henryk Skarżyński, realizator wspomnianych działań medycznych i sprężyna pracy Fundacji. Powiedziałem „doktor” Skarżyński, żeby podkreślić różnice istniejące między nami: ja, chociaż związany z medycyną, nigdy nikogo nie leczyłem, on właśnie leczy potrzebujących pomocy. Dlatego w moich ustach tytuł „doktor” nie brzmi jak degradacja w hierarchii ale właśnie jak awansowanie.

Z tego wynika i druga różnica. Mnie jest łatwiej rozważać problemy ludzkości, jemu – problemy ludzi.

Problemy ludzkości. Fatalna zapowiedź dłuższej wypowiedzi. Zazwyczaj w takim momencie słuchacze wykonują na krzesłach nieprzewidziane ruchy: jedni przyjmują pozycję możliwie niewygodną, aby nie zasnąć, inni odwrotnie wygodną, aby móc przypomnieć sobie w myśli dziesięć miast na A, dziesięć miast na B, dziesięć miast na C... No nic, problemów ludzkości jest wiele, ograniczę się zatem do jednego z ważniejszych w naszych czasach. W naszych czasach. I kwestia, co to właściwie są nasze czasy. Pojęcie bardzo rozciągliwe. Dla jednych może to być okres po roku 1989, a więc od rewolucji Lecha Wałęsy, dla innych od roku 1789, od rewolucji Maksymiliana

Robespierre’a, jeszcze inni liczą nasze czasy od roku 1917, od wystrzału z „Aurory”, albo od 1517, od stuku młotka, którym Marcin Luter przybijał swoje tezy na drzwiach kościoła w Wittenberdze. Podejście bywa zatem rozmaite, jak komu pasuje. Ja w tych rozważaniach cofnę się jeszcze dalej. Dla mnie nasze czasy zaczęły się kilkanaście tysięcy lat temu, kiedy z monolitu bezmyślnej choć ożywionej przyrody wyłoniła się grupa dwunogów, obdarzona szansą myślenia. Nie powiedziałem „myśleniem,” ale „szansą myślenia”. Jedni z niej skorzystali, inni nie, jeszcze innym zdolność ewentualnego myślenia wyraźnie przeszkadza, pozbywają się jej alkoholem. Z tej dwoistości wynikają jednak konsekwencje, konsekwencje chwalebne i konsekwencje haniebne. Konsekwencje chwalebne to wspaniałe wynalazki ludzi myślących: koło, komputer, wszczep ślimakowy. Hańbą natomiast jest fakt, że ktoś umiera albo ktoś cierpi, jeżeli świat dysponuje już lekarstwem na jego chorobę. Klasycznym przykładem służy możliwość przywracania słuchu dzięki wszczepowi ślimakowemu i niezdolność takiego zorganizowania świata, aby wszczep był dostępny każdemu.

Zespół doktora Skarżyńskiego robi wszystko celem zniesienia albo przynajmniej zmniejszenia tej hańby.

Oczywiście wszystko, co mówię, nie jest żadną rewelacją. Każde z Państwa na pewno zdawało sobie z tego sprawę już przedtem i dlatego tu przyszło z gotowością pomocy. Za to właśnie serdecznie Państwu dziękuję.

Nawiązując do słów z początku mojej wypowiedzi mógłbym nieśmiało wyszeptać: „już Żegiestów”. Przepraszam, jeszcze moment. W dalszych rozważaniach i informacjach będą padały słowa „rehabilitacji ludzi głuchych”. Wielu z Państwa nie ma otrzaskania z potocznym językiem lekarskim i nie rozumie sensu tej „rehabilitacji”. Wiadomo, że rehabilituje się ten, kto popełnił czyn niegodny a potem chce poprawić swoje imię działając właśnie godnie i szlachetnie. Ludzie głusi nie popełnili niczego złego, nie mają żadnych powodów do rehabilitacji, oni oczekują usprawnienia. Rehabilitować się powinna Natura za wyrządzenie im krzywdy, ale ona sama nie jest do tego zdolna, tu musi jej pomóc intelekt”.

Na tym skończyłem, ale treść dalszego ciągu wpadła mi do głowy dopiero po paru dniach. Świadomie czy też nie Natura zrehabilitowała się obdarzając nie tylko pięknem ale szlachetnością i sercem naszą Miss Polonia. Ta ukoronowana Pani zjawiała się wśród nas otoczona czeredą dzieci z Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Osób Głuchych im. Janusza Korczaka w Kra-

kowie. Przywiozły one swoje rysunki i robótki, a ich patronka wezwała do materialnego wsparcia ośrodka prostym pytaniem: kto da więcej? Chwyciło: Polska nie przestała kochać swoich dzieci.

Pani nazywa się Ewa Wachowicz.

Czytelniku, teraz to już naprawdę Żagań, Żydaczów, Żary... Szkoda, żal odchodzić od rzeczywistości, kiedy jest promienna.

RYSZARD ZABŁOTNIAK

Dur plamisty w getcie warszawskim (1940-1943)

Schorzenie to od wieków łączono ze złymi warunkami sanitarno-higienicznymi i materialnymi ludności. Potocznie używano niegdyś nazwy: choroba obozowa, żołnierska, lazaretowa, szwedzka itp. Przed półwieczem dur został podniesiony do rangi sprzymierzeńca hitlerowców w dziele wyniszczenia ludności żydowskiej, stwarzał oszukańcze uzasadnienie izolacji oraz wprowadzanie szeregu udręczeń jako postępowania przeciwepidemicznego. Warunki życiowe obniżyły znacznie poziom moralny Żydów i Polaków, znalazły się jednak grupy ofiarnych działaczy, które zdołały znacznie ograniczyć efekty szczególnie ciężkiej, drugiej epidemii.

Jak dalece trudna jest ocena tej swego rodzaju endemii świadczą rozbieżności między urzędową statystyką z nieoficjalnymi wyliczeniami żydowskich i polskich lekarzy, bezpośrednio walczących z tym schorzeniem, dotyczy ona także różnic w określanym procencie zgonów.

Urzędowa liczba zachorowań w Gen. Gub.	Zgony	Zapadalność na 100 000	Zachorowania w Warszawie
1940	7851	426	64,5
1941	72431	3925	622,2
1942	88609	5843	577,9
1943	25814		173,8
			598

Tabela ta ogólnie biorąc zgadza się z danymi Sekcji Higieny Sekretariatu Ligi Narodów.

Lekarze (Jakub Penson, Witold Chodźko i Mikołaj Łacki) oceniali, że tylko w stołecznym getcie było 100-110 tysięcy zachorowań łącznie na ok. 450 tysięcy ludności. Z urzędowych danych wynikałoby, że w tym czasie śmiertelność z powodu duru w Generalnej Guberni nie sięgała 10%, tymczasem w I epidemii w getcie ginęło ponad 10% a w II do 20% chorych. Ogromną większość zachorowań przyniosła epidemia druga, duże różnice w rzeczywistych wskaźnikach zgonów należy tłumaczyć pogarszającym się stanem fizycznym Żydów. Mimo braku jakichkolwiek danych dotyczących

III epidemii, można przyjąć, że razem z powodu duru zmarło w „dzielniczy” do 25 000 chorych.

Istnieje kilka źródeł poważnych rozbieżności, ale zasadniczym powodem było unikanie zgłaszania choroby w obawie przed represjami. Ponadto dość znaczna liczba przypadków w ogóle nie została rozpoznana. Ubożsi nie wzywali lekarzy, zresztą nawet pośmiertne rozpoznanie stwarzało problem. Były też trudności diagnostyczne, spowodowane brakiem doświadczenia zwłaszcza wśród młodszych lekarzy (często nie spotykali się wcześniej z tą jednostką chorobową), oraz nietypowym przebiegiem choroby u ludzi wyniszczonych. Za tą hipotezą przemawiałyby takie fakty, jak badania kontrolne dużej liczby zmarłych bez rozpoznania, wykonane w celach naukowych – w kilkunastu procentach stwierdzany był dur plamisty (1).

Przed II wojną światową Żydzi mieszkali we wszystkich dzielnicach miasta, ale w komisariatach III, IV, V i VIII wyraźnie dominowali. Panowało tu zawsze nadmierne zagęszczenie. Średnie zaludnienie wynosiło w Warszawie 107 osób na hektar, w dzielnicach żydowskich ponad 500, ale w okolicy ul. Dzikiej – 1632. Utworzenie getta zmusiło ok. 360 tys. Żydów do zakwaterowania się na pow. ok. 300 ha, w niespełna 1800 budynkach, z których ok. 15% było uszkodzonych w czasie walk. Ta niezwykle trudna sytuacja szybko pogorszyła się przez dalsze przesiedlenia z okolic podmiejskich i terenów włączonych do Rzeszy. W porównaniu z dzielnicami „aryjskimi” zaludnienie było do 9 razy większe (2).

Żydzi zgrupowani w Warszawie przeżyli trzy epidemie duru plamistego. Pierwsza w okresie października 1939 – grudzień 1940 roku, druga w latach 1941-1942 i trzecia – 1943-1944. Trzecia już na terenie obozu dla ludności żydowskiej na miejscu b. getta. Lekarze polskich władz miejskich niejednokrotnie zwracali uwagę Niemcom na katastrofalne warunki bytowe i przestrzegali przed możliwością wybuchu epidemii. Niemcy wysuwali często argument, że w getcie jest bardzo dużo lekarzy i gdyby ci chcieli pracować, to mogliby zapewnić właściwe zabezpieczenie przeciwepidemiczne dzielnicy, w tym czasie odizolowanej. Istotnie w getcie znajdowało się ok. 800 lekarzy, ale możliwości ich były więcej niż skromne. Jeszcze w sierpniu 1942 r. okupanci przytaczali dane mające świadczyć o dobrej opiece lekarskiej na terenie żydowskiej enklawy (3).

Zniszczenia, ruchy migracyjne, brak bielizny, kąpielisk lub trudności z ich uruchomieniem, niedostatek mydła, przyczyniły się do powstania wszawicy.

Wysiedlania Żydów przeprowadzano nagle, ograniczając do minimum rzeczy, które zezwalano zabrać. Ograbionych stołeczna Gmina Żydowska lokowała w świątyniach i szkołach, mogąc dać im minimalną powierzchnię i jeszcze mniejsze możliwości egzystencji.

Trzy przypadki zanotowano w Szpitalu na Czystem (Starozakonnych) 28 listopada 1939 r., chociaż nie można wykluczyć wcześniejszych przypadków poronnych. W połowie grudnia było już 64 chorych i będących w obserwacji. W 1940 r. na dur plamisty chorowały 1822 osoby, w tym 1661 Żydów. Podstawą tej różnicy były migracje zarządzane przez okupantów i trudniejsze warunki bytowe ludności żydowskiej (4). Przyczyny I epidemii można przedstawić następująco:

- ewakuowani Żydzi mogli osiedlać się tylko w granicach przyszłego getta, maksymalnie już zagęszczonych,
- obowiązywały niemieckie rozporządzenia utrudniające zaopatrywanie ludności żydowskiej w artykuły żywnościowe i higieniczne,
- zarządzono w alarmowym terminie przeniesienie chorych Żydów do Szpitala Starozakonnych a Polaków do miejskich zakładów leczniczych,
- Szpital na Czystem zmuszono do przyjmowania chorych na dur mimo braku specjalistycznego oddziału, bez dezynsekcji i zmiany odzieży,
- Niemcy zmusili do skreślenia Szpitala Żydowskiego z budżetu miejskiego, co gwałtownie pogorszyło możliwości zakładu.

Szpital Starozakonnych, aczkolwiek jeden z największych w Polsce, nie był w stanie przyjmować wszystkich chorych Żydów. W maju 1940 r. chorzy na dur stanowili 45% stanu, co zmusiło Gminę Żydowską do założenia tzw. szpitali kwarantannowych – ul. Żelazna 86, Leszno 109/111 i Złota 53 (dzieci przyjmował również Szpital im. Bersohnów i Baumanów). Dawało to dodatkowo ponad 1250 łóżek (5).

Współpraca służby zdrowia polskiego Zarządu Miejskiego z lekarzami żydowskimi pozwoliła na wykorzystanie skromnych możliwości, praktycznie prowadzących do opanowania I epidemii. Skoordynowany plan postępowania zakładał:

- zgłaszanie i dokładną rejestrację przypadków (dość szybko z rejestracji trzeba było zrezygnować z powodu wyniszczających metod profilaktycznych okupanta),
- szybką izolację chorych w szpitalach zakaźnych (początkowo dotyczyło to także Żydów),

- dezynsekcję mieszkania chorego i otoczenia,
- zorganizowanie w Miejskim Instytucie Higieny odrębnego działu badań serologicznych w celu szybkiej wykrywalności,
- obserwację otoczenia chorego, przy stosowaniu 1-2-dniowej kwarantanny koniecznej dla przeprowadzenia dezynsekcji,
- włączenie do współpracy wszystkich lekarzy i personelu pomocniczego ośrodków zdrowia, podjęcie szerokiej akcji propagandowej,
- rozdawanie mydła i proszków do prania przez miejską służbę zdrowia,
- rozbudowanie drogą doraźnych adaptacji sieci kąpielisk, w których można było w ciągu doby opracować 8 tys. kompletów odzieży.

Dalsze rozszerzanie akcji było już niemożliwe, ale w 1940 r. wykapano 1 417 800 Polaków i Żydów, zdezynfekowano taką samą ilość odzieży oraz przeprowadzono dezynsekcję siarkową 290 tys. izb.

Plan, nie powodujący większych zaburzeń w życiu społeczeństwa, został prawie w pełni wykonany. Akcja nie miała charakteru represyjnego, co zapewniło współpracę ludności z kolumnami dezynfekcyjnymi. Od kwietnia 1940 r. liczba zachorowań zaczęła się zdecydowanie zmniejszać. W następnych 4 miesiącach zanotowano 80 zachorowań a w grudniu tylko 14. Dalszy tok działań niewątpliwie pozwoliłby uniknąć nasilenia zachorowań.

Niemiecki plan postępowania, mający inne cele, bo nie można lekarzy niemieckich podejrzewać o brak wiadomości, opierał się na zarządzeniach policyjnych. Sankcje zlikwidowałyby epidemię, nie tylko wraz z chorymi. Gdyby nie rozwijające się szybko przekupstwo wśród funkcjonariuszy 3 narodów, śmierć głodowa dosięgłaby wszystkich w domach kwarantannowych. Schroniska żydowskie jeszcze przed utworzeniem ścisłego getta, były zamknięte na okres kilku miesięcy. Otoczenie chorego to cały budynek a nawet odcinki ulic (dr Schrempf, dr Vieweg). Na Krochmalnej uwięziono w ten sposób ponad 12 tys. ludzi (6).

Z tych względów – kwarantanna dzięki ukrywaniu zachorowań trwała 21 dni – polska i żydowska służba zdrowia nie przestrzegały tak drakońskich postanowień, składając jedynie raporty o ich realizacji. Zresztą policja żydowska przepuszczała wszystkich za drobne łapówki a lekarze wystawiali zaświadczenia o niezakaźnych przyczynach zgonów.

Już w październiku 1939 r. Niemcy rozpoczęły propagandę na rzecz utworzenia getta. Wykorzystywanym atutem było szerzenie się dum za pośrednictwem ludności żydowskiej, a w tym czasie w Warszawie duru nie

notowano. Liczne plakaty i artykuły przedstawiały „naukowe dowody” o symbiozie Żydów i wszy, o wynikach naiwnych dochodzeń epidemiologicznych. Polacy i Żydzi nadal nie wierzyli w zbrodnię bez korzyści i celu (7).

Dnia 26.XI.1940 r. ogrodzono teren getta. Przesiedlanie Żydów, często pobitych i zawsze pozbawionych dobytku, zawsze łączyło się z zaniedbaniami sanitarno-higienicznymi.

Od kwietnia 1941 r. krzywa zachorowań gwałtownie wzrasta. W ciągu całego roku zanotowano 14661 przypadków, w rzeczywistości było ich 3-4 razy więcej. Nastąpiła tzw. generalizacja zarazka wśród ludności. Walka z epidemią, a ściślej z warunkami ją powodującymi, wyraźnie przerastała możliwości Gminy Żydowskiej. Nie było zarządzeń okupantów o podporządkowaniu żydowskiej służby zdrowia Zarządowi Miasta, powstały natomiast dobrowolne powiązania. Niemcy twierdzili, że Żydzi nie mieli planu zwalczania duru, że nie wykazywali zdolności administracyjnych i złośliwie sabotowali zarządzenia władz niemieckich. Na podstawie zachowanych dokumentów można tylko potwierdzić tzw. sabotaż, który był w ówczesnych warunkach logiczną koniecznością.

Mimo szeregu słusznych założeń i energicznych przedsięwzięć, podejmowanych przez żydowską służbę zdrowia, II epidemia wykazywała tendencję do dalszego nasilania się. Ogólnie biorąc przyczyny były podobne do występujących w czasie epidemii pierwszej, zostały jedynie spotęgowane.

Jednym z niestety ważnych momentów, ułatwiających postępy duru plamistego, był głód. Zagadnienie to w zasadzie powszechnie znane, wymaga chyba pewnych uzupełnień. Otóż wg danych Wydziału Statystycznego Magistratu, uzgodnionych z Ernährungsamtem i niemieckim lekarzem urzędowym, przydziały żywnościowe dla ludności żydowskiej były nieznacznie wyższe niż podawały to znane opracowania (8). Różnice mogą polegać na przyjmowaniu różnych zasad przeprowadzania wyliczeń, nie mniej każda statystyka świadczyłaby, że Niemcy niezbyt ukrywają zasady swej polityki. Według poglądów polskiego Zarządu Miasta, ludność żydowska była znacznie liczniejsza niż oceniały to niemieckie rejestracje. Zaopatrzenie kartkowe przewidywano tylko dla osób objętych ewidencją (9).

Produkty dostarczane do getta przez okupacyjną administrację były z reguły w najniższym gatunku. Podstawę żywienia stanowiły ziemniaki i chleb. Wartość kaloryczna 1 kg ziemniaków wynosi ok. 900 kalorii. Kilkakrotne badania ziemniaków dostarczanych Polakom, przeprowadzane w

Miejskim Instytucie Higieny, dowodziły, że 1 kg ziemniaków przydzielonych dawał tylko 540 kal. Dostarczane zaś do getta były jeszcze gorszej jakości, np. nadgniłe. Przy bardzo, oszczędnym postępowaniu nie mogło to dać więcej niż 50-60% teoretycznie obliczonych kalorii. Wartość 1 kg chleba razowego wynosił 2150 kal., przy zawartości wody 44-46%. Przesyłany do getta chleb, badany tam i po stronie polskiej, posiadał 1430 kal./70% (9).

Już w okresie tworzenia getta liczba bezdomnych dochodziła do 60 tys. Gmina Żydowska uważała za swój obowiązek zorganizowanie żywienia dla najuboższych, których liczba nieustannie wzrastała. Produkty żywnościowe były znacznie droższe w dzielnicy żydowskiej. Lekarz urzędowy, dr Wilhelm Hagen (przyjaźnie odnoszący się do ludności polskiej), w raporcie złożonym 7 VII 1941 r. gubernatorowi, meldował: „W getcie panuje głód nie dający się opisać (namenlose). Nie wydaje się aby sytuacja żywnościowa miała się polepszyć. Coraz więcej Żydów stara się uciec z getta, gdyż wiedzą, że – jeśli pozostaną – czeka ich pewna śmierć głodowa” (10).

Czynnych było 5 kąpielisk: przy ul. Solnej, Stawkach, Leszno (109 – przy kwarantannie), Gęsiej i Waliców. W ciągu miesiąca liczba wykąpanych wynosiła zaledwie 17 tys. O kąpielach bez wyraźnych wskazań epidemiologicznych w ogóle nie było mowy.

21 X 1941 r. w siedzibie władz miejskich odbyła się konferencja poświęcona zwalczaniu duru wysypkowego w Warszawie. Przewodniczył dr Hagen. Stwierdził on m.in., że od Żydów nie należy się spodziewać aktywnej pomocy w walce z epidemiami. Na meldunkach żydowskich nie można polegać (ze względów już omawianych). Przenoszenie futer i odzieży do dzielnicy aryjskiej należy koniecznie wstrzymać – futra Niemcy rekwirowali. Tymczasem szóste kąpielisko powstające w getcie nie zostało nigdy uruchomione, lokal zajął urząd niemiecki. Poparcie niemieckiego szefa b. PZH, prof. Kudicke, dla wniosków o poprawienie zaopatrzenia getta nie odniosło żadnego skutku (11).

Polski zarząd miejski występował do okupantów o zgodę na kierowanie ludności żydowskiej do kąpielisk sąsiadujących z gettem. Niektóre z proponowanych zakładów posiadały dość dużą przelotowość, np. przy ul. Spokojnej 15 można było kąpać do 1000 osób na dobę. Wniosek ten zyskał poparcie niemieckiego lekarza urzędowego i zgodę Transferstelle. Niestety kilkakrotne próby przeprowadzania tam grup żydowskich kończyły się tragicznie – SS-mani strzelali bez żadnych powodów do tłumu. Prof. Kudicke, jako ko-

misarz do walki z epidemiami, zanotował, że jest to praktycznie niemożliwe (12).

Zimą 1941 r. Niemcy zarządzili zwiezenie do Miejskich Zakładów Sanitarnych 500 ton rzeczy do dezynsekcji, należących głównie do przesiedlonych, i nie było to wydarzenie wyjątkowe. Zakłady mogły odkażać do 4 ton dziennie. Żydzi wrócili do schronisk bez pościeli a nawet skromnych zapasów żywności. Po kilkakrotnych apelach polskiego sanitariatu Niemcy zgodzili się na zatrzymanie na mrozie odzieży przez 3 tygodnie. W ogóle zwalczanie wszawicy w getcie było utrudnione przez korupcję funkcjonariuszy niemieckich, żydowskich i polskich. Wiadomo, że zmniejszenie liczby insektów nie jest sprawą trudną, ale całkowite ich wytepienie może nastąpić dopiero w wyniku uporczywej dbałości o higienę, a do tego nie było żadnych warunków (13).

Zamknięcie getta, utrudnianie a praktycznie uniemożliwianie hospitalizacji (na ok. 1000 miejsc oczekiwało 3-4 tysiące tylko chorych zakaźnie), blokowanie wywożenia śmieci i wyczekiwanie na grzebanie zwłok, a także choćby brak mydła, powodowały utrzymywanie się zaważenia. 1 samochód sanitarny miał przewozić wszystkich chorych ale nigdy nie było benzyny. W odróżnieniu od pierwszej epidemii, w czasie drugiej zapadła także znaczna część personelu. Szczepionki docierały do getta drogą konspiracyjną i były przeznaczone głównie dla pracowników służby zdrowia. Można przypuszczać, że stały się także przedmiotem spekulacji, jeśli wartość szczepionki oceniano na rynku na 1000 zł (14). Niewątpliwie działało się to bez wiedzy ofiarodawców. Szczepionki przesyłał także Międzynarodowy Czerwony Krzyż, które prof. Ludwik Hirszfelfd ocenił negatywnie. Polskie szczepionki miały pewną skuteczność, w tym drugim przypadku chodziło także o przeprowadzenie prób biologicznych.

W czasie likwidacji Szpitala na Stawkach, we wrześniu 1942 r., chorzy zostali wywiezieni, przeszło 150 osób zabito we własnych łóżkach (rodziny lekarzy korzystały z dostępnych trucizn). Jednakże gdy przy końcu października ponownie uruchomiono szpital, szybko zapełnił się on chorymi, chociaż niedawna masakra nie była tajemnicą. Zginęła znaczna część personelu. Przed ostateczną likwidacją getta, w marcu 1943 r., było tam znowu prawie 200 chorych (15).

Jakby wbrew ponurym okolicznościom w pierwszych dniach czerwca 1942 r. epidemia zaczęła wygasać. Zjawisko to należałoby poddać głębszej

analizie. Trzeba wziąć pod uwagę takie czynniki jak powstanie i praca Rady Zdrowia w getcie, założenie instytucji lekarzy blokowych, kursy dla lekarzy organizowane przez tajny Wydział Lekarski i szeroką akcję propagandową. W połowie czerwca 1942 r. dr Wilhelm Hagen z racji swego urzędu, na zebraniu lekarzy getta, dziękował za trudną pracę w dziele likwidacji epidemii (16). Oczywiście nie można wykluczyć samoistnego wygaśnięcia epidemii, drogą eliminacji jednostek o słabszej odporności, lub szerokiego uodpornienia się pozostałych przy życiu.

W 1944 r. istniał na terenie getta obóz koncentracyjny dla Żydów, przy ciągłej kwarantannie. Liczb zachorowań i wskaźników zgonów z powodu duru plamistego nie uda się już ustalić, wiadomo, że w barakach rewiru nie stosowano żadnego leczenia.

Piśmiennictwo

1. E. Chodźko: Epidemia duru plamistego w Warszawie. WAP, akta Łąckiego, t. 1 (dokumenty niekatalog.); J. Kostrzewski, A. Hać. Dur wysypkowy w Polsce w latach wojny 1939-1944. Przegl. Epidem. 1953, R 7, nr 2, s. 101-106.
2. J. Penson: Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940-1941/42 w Warszawie. Pol. Tyg. Lek. 1946, R 1, nr 46-47, s. 1399-1404, nr 49-50, s. 1478-1487; R. Pups-Sakowska. Opieka nad uchodźcami i przesiedleńcami żydowskimi w Warszawie w latach okupacji hitlerowskiej. Biul. Żyd. Inst. Hist. 1968, nr 65-66, s. 73-104.
3. Zdrowie i Życie. Dziennik Urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie. 1942, R 3, nr 34 z dn. 30 VIII 1942, s. 534/WAP, akta Łąckiego, t. 13.
4. WAP, akta Łąckiego, t. 11 – przygotowywane sprawozdanie o sytuacji epidemiologicznej w Warszawie.
5. S. Datner: Działalność warszawskiej „Gminy Wyznaniowej Żydowskiej” w dokumentach podziemnego Archiwum Getta Warszawskiego (Ring. II). Biul. ŻIH 1970, nr 73, s. 101-138.
6. Notatki dr Kazimierza Baci – w posiadaniu autora; WAP, akta Łąckiego, t. 18, fragmenty sprawozdania z 1940 r.
7. A. Biberstein: Z problematyki żydowskiej służby zdrowia w Krakowie pod okupacją hitlerowską. Przegl. Lek. 1967, R 23, nr 1, s. 156-161.
8. WAP, akta Łąckiego, t. 19 i 16 – raporty polskiego Wydziału Zdrowia, przygotowywane prawdopodobnie dla strony niemieckiej.
9. T. Berenstein: Ceny produktów żywnościowych w Warszawie i w getcie warszawskim w latach okupacji hitlerowskiej. Biul. ŻIH 1969, nr 70, s. 3-19.
10. WAP, akta Łąckiego, t. 16 – oryginalnego raportu brak, zachowane notatki lekarzy.
11. WAP, akta Łąckiego, t. 6 – protokół z konferencji z datą 21 X 1941.
12. WAP, akta Łąckiego, t. 24 – protokoły przygotowywane dla polskich władz miasta.

13. L. Hirszfeld: Historia jednego życia. Warszawa 1967, wyd. III, s. 229-238.
14. H. Bryskier: Żydzi pod swastyką, czyli getto w Warszawie. Biul. ŻIH, 1967, nr 62, s. 77-100.
15. Relacja dr Jakuba Penson a nr 28 z 1970 r. – teka autora; Relacja prof. Henryka Brokmana z 1969 r., nr 2 – teka autora.
16. T. Berenstein, A. Rutkowski: Obóz koncentracyjny dla Żydów w Warszawie (1943-1944). biul. ŻIH 1967, nr 62, s. 3-22.

KRZYSZTOF G. JEZIORSKI

Zagadnienia onkologiczne w pracy lekarza ogólnego

*Klinika Chemioterapii Centrum Onkologii-Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa*

Kaliński (2) sformułował pięć istotnych funkcji lekarza ogólnego, a mianowicie: 1. funkcja lekarza pierwszego kontaktu, 2. funkcja lekarza domowego i rodzinnego, 3. funkcja integracji socjalnej, 4. funkcja oświatowo-zdrowotna, 5. funkcja koordynacyjna. Pole działania lekarza ogólnego jest rozległe. Kaliński podaje (2) za Hausslerem, że w pracy lekarza ogólnego przeważają schorzenia z zakresu chorób wewnętrznych (ok. 70%), chirurgii (8%), ginekologii (5%), a w dalszej kolejności pozostałe choroby (m.in. z zakresu laryngologii, neurologii, okulistyki). Biorąc pod uwagę fakt, że przedmiotem zainteresowania każdej z wymienionych specjalności są m.in. choroby nowotworowe lekarzowi ogólnemu przypada szczególna rola do spełnienia jeśli chodzi o problematykę onkologiczną w każdym z trzech tzw. etapów profilaktyki.

Pod pojęciem „medycyna profilaktyczna” rozumiane są wszystkie środki medyczne zwłaszcza socjalnomedyczne, psychosocjalne i psychoterapeutyczne służące utrzymaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom, wypadkom i hamowaniu postępu procesów chorobowych (2). Zgodnie z propozycją Commission on Chronic Illness z r. 1955 wyróżnia się trzy stopnie profilaktyki.

Celem profilaktyki pierwszego stopnia jest wspieranie zdrowia i zapobieganie chorobom przez usuwanie czynników przyczynowych oraz uświadamianie postaw i zachowań szkodliwych dla zdrowia, wzmacnianie indywidualnej odporności oraz eliminacja lub zmiana natężenia czynników środowiska zagrażających zdrowiu. W odniesieniu do chorób nowotworowych zadaniem lekarza ogólnego na tym etapie profilaktyki jest walka z nikotynizmem, alkoholizmem, ekspozycją na czynniki chemiczne i energię jonizującą, popularyzacja zasad prawidłowego odżywiania.

Na związek między paleniem tytoniu a powstawaniem nowotworów zwracano uwagę już od dawna. Już w 1761 r. aptekarz i przyrodnik angielski John Hill ogłosił rozprawę przestrzegającą przed nadmiernym używaniem tytoniu (1). W 1795 r. Samuel Soemmering wskazał, że substancje powstające podczas palenia tytoniu mogą powodować powstawanie nowotworów, a w 1904 r. internista polski Edward Żebrowski rozpoczął badania nad szkodliwym wpływem palenia tytoniu na układ krążenia, których wyniki ogłosił w latach 1907-1908 (1). W piśmiennictwie znana jest także praca Dolla i Bradforda-Hilla z 1964 r. dokumentująca związek palenia tytoniu z powstawaniem raka płuca. W minionych latach przeprowadzono wiele badań epidemiologicznych, w których stwierdzono związek między paleniem tytoniu a występowaniem nie tylko nowotworów płuca lecz także raka krtani, głowy i szyi zwłaszcza jamy ustnej i gardła, przełyku, trzustki, pęcherza moczowego, nerki (5, 8, 9). Liczne badania retrospektywne wykazały związek między paleniem fajki a rakiem wargi i jamy ustnej (5). Ryzyko zachorowalności na nowotwory zwiększa się wraz z liczbą wypalanych dziennie papierosów, długością okresu palenia, wczesnym rozpoczęciem palenia oraz w wyniku palenia papierosów bez filtra. Zagrożenie wzrasta również przy paleniu papierosów zawierających dużą ilość produktów spalania („tar”) (7, 8), a możliwość zachorowania na niektóre nowotwory wzrasta też u osób z przewlekłym nieżytem oskrzeli oraz narażonych na inne czynniki np. azbest.

Drugą plagą społeczną obok nikotonizmu jest alkoholizm. Stwierdzono, że u osób pijących nałogowo nadmierne ilości alkoholu zwiększa się ryzyko zachorowania na nowotwory jamy ustnej, przełyku, krtani, żołądka i wątroby. Wynika to głównie z niedostatecznego i niewłaściwego odżywiania i drażniącego wpływu alkoholu, który może działać jako rozpuszczalnik ułatwiający wchłanianie karcinogenów albo jako czynnik wspomagający (5).

Szczególny problem, z jakim może się spotkać lekarz ogólny, stanowi zawodowe narażenie na niektóre czynniki chemiczne i fizyczne. Najważniejsze czynniki rakotwórcze związane z wykonywaniem zawodu to karcinogeny chemiczne i promieniowanie jonizujące. Ostatnio uważa się 4% za najbardziej prawdopodobny odsetek nowotworów związanych z wykonywaniem zawodu choć uważa się także, że odsetek ten może wynosić od 2% do 10% (5). Nowotwory związane z wykonywaniem zawodu (tzw. nowotwory zawodowe) najczęściej atakują narządy wchodzące w bezpośredni kontakt z czynnikami rakotwórczymi lub ich aktywnymi metabolitami w drodze absorpcji

(skóra, drogi oddechowe) lub w trakcie wydalania (drogi moczowe) (5). Przykładem takiego nowotworu jest rak pęcherza moczowego. Na jego wystąpienie narażeni są producenci barwników, farb, pracownicy przemysłu gumowego. Substancjami rakotwórczymi w produkcji barwników anilinowych są: auramina, benzydyna, dwunaftyloamina, czteroaminodwuferyl (5). Innym przykładem czynnika rakotwórczego jest włókno azbestowe albo związki rakotwórcze (np. wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne) adsorbowane na powierzchni włókien, które mogą prowadzić do powstania śródłoniaka opłucnej i otrzewnej. Azbest działa również synergistycznie z toksycznymi substancjami zawartymi w dymie tytoniowym zwiększając u palących papierosy zagrożenie zachorowania na raka płuca.

W 1775 r. chirurg angielski Percival Pott wysunął hipotezę, że często spotykany u kominarzy rak moszny powstaje wskutek wcierania w skórę sadzy (1). Smoły, dziegcie i ich pochodne a następnie oleje mineralne zostały po pewnym czasie uznane za substancje rakotwórcze. Dziś wiadomo, że sadza węglowa, smoła węglowa i inne produkty spalania węgla mogą być przyczyną zachorowalności na nowotwory płuca, krtani, skóry, moszny, pęcherza moczowego u pracowników gazowni, koksowni, górników, kominarzy, czyszcicieli urządzeń destylacyjnych (5).

Prawdopodobieństwo powstania nowotworu indukowanego promieniowaniem jonizującym nie przekracza 2%, w tym 0,5% stanowią nowotwory powstałe wskutek działań medycznych (diagnostyka, leczenie). Zapobieganie we wspomnianej grupie narażeń zawodowych polega na identyfikacji karcinogenów w danym środowisku, zwłaszcza w miejscu pracy oraz na opracowaniu sposobów kontrolowania zagrożenia.

Innym czynnikiem zagrożenia, z jakim może spotkać się w swojej pracy lekarz ogólny, to promieniowanie nadfioletowe, które jest czynnikiem ryzyka zachorowalności na raka skóry, zwłaszcza u osób rasy białej, poddanych długotrwałemu działaniu promieni słonecznych (rolnicy, marynarze).

W walce z chorobami nowotworowymi niezwykle ważną rolę odgrywa popularyzacja zasad prawidłowego odżywiania. W pracy lekarza ogólnego zasady te, podobnie jak zwalczanie nikotynizmu i alkoholizmu, znajdują zastosowanie nie tylko w odniesieniu do zagadnień onkologicznych lecz także do zagadnień z zakresu chorób układu krążenia, przewodu pokarmowego, chorób metabolicznych i in. Są znane związki diety z zachorowalnością na raka żołądka i raka jelita grubego. Do czynników sprzyjających

zachorowalności na raka żołądka należą m.in.: spożywanie dużej ilości skrobi, smażonych tłuszczów zwierzęcych, produktów wędzonych, suszonych, niskie spożycie świeżych owoców i warzyw oraz łatwo strawnego białka. Z kolei do czynników zagrożenia rakiem jelita grubego należy spożywanie pokarmów cechujących się obfitą zawartością węglowodanów a równocześnie ubogich w błonnik. Przypuszcza się, że rak jelita grubego może być wywołany przez degradację kwasów żółciowych powstałych przy spożywaniu tłuszczów. Błonnik zawarty w diecie zwiększając obfitość stolca powoduje rozcieńczenie kwasów żółciowych i zmniejsza w ten sposób zachorowalność (5). American Cancer Society wydało zestaw zaleceń żywieniowych odnoszących się do chorób nowotworowych uważając, że zalecenia te mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka zachorowalności na nowotwory (5). Zalecenia te to: 1) unikanie otyłości, 2) ograniczenie spożycia tłuszczu (umiarkowane spożywanie tłuszczów zmniejsza zachorowalność na raka: sutka, jelita grubego, gruczołu krokowego), 3) spożywanie więcej pokarmów o dużej zawartości włókniaka np. owoców, jarzyn, pełnoziarnistych produktów zbożowych, 4) włączenie do codziennej diety produktów z dużą zawartością witamin: A i C, 5) włączenie do diety jarzyn z grupy roślin krzyżowych jak: kapusta, brokuły, brukselka, kalarepa i kalafior. Według niektórych badań epidemiologicznych jarzyny te mogą być bardzo skuteczne w zapobieganiu nowotworom indukowanym chemicznie, 6) zachowanie umiaru w spożywaniu napojów alkoholowych, 7) zachowanie umiaru w spożywaniu pokarmów solonych, wędzonych i peklowanych.

Celem profilaktyki drugiego stopnia jest wczesne rozpoznanie choroby w momencie, gdy subiektywnie nie obserwuje się żadnych jej objawów. Celem jej jest poprawienie prognozy przez wczesne rozpoczęcie leczenia. Profilaktyka drugiego stopnia jest nastawiona zatem na pewne choroby w fazie przedklinicznej (2). Z profilaktyką drugiego stopnia wiąże się ściśle zagadnienie tzw. testów przesiewowych (skriningowych). Dane świadczące, że program badań masowych w celu wczesnego wykrywania nowotworów może przynieść korzyść całej populacji, otrzymano dotąd jedynie dla raka szyjki macicy i raka sutka. Jednakże wyraźne zalecenia do masowych badań przesiewowych opracowane w krajach wysoko rozwiniętych dotyczą tylko raka szyjki macicy (5). Przekonywujących danych dostarczyły badania na populacji kobiet fińskich. Występowanie naciekającego raka szyjki macicy jest zredukowane o 75-80% u kobiet poddawanych skriningowi co 3-5 lat (5).

Idealem byłoby wprowadzenie w Polsce profilaktycznych badań przesiewowych wszystkich kobiet obarczonych ryzykiem zachorowania przeprowadzonych w odpowiednich odstępach czasu, co mogłoby spowodować znaczny spadek zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy. Wymagałoby to spełnienia pewnych warunków: 1) wszystkie kobiety powinny posiadać wystarczające informacje motywujące ich dobrowolne zgłaszanie się na badania przesiewowe w odpowiednich odstępach czasu, 2) wyszkolenie personelu w zakresie umiejętnego pobierania i interpretowania rozmazu cytologicznego, 3) stworzenie możliwości finansowo-organizacyjnych leczenia wszystkich chorych, u których stwierdzono zmiany, a także dysponowanie odpowiednimi funduszami na prowadzenie w/w badań. O ile trzeci punkt często leży poza możliwościami działania lekarza ogólnego, o tyle pierwsze dwa punkty leżą w zasięgu działania lekarza ogólnie praktykującego. Należy jednakże podkreślić, że ze względu na obecną sytuację finansową wprowadzenie w Polsce masowych badań przesiewowych napotyka na poważne trudności. Stąd też szczególne zadania przypadają lekarzowi ogólnemu: czuwanie nad terminowym zgłaszaniem się na badania kontrolne ogólnointernistyczne a w przypadku kobiet dodatkowo na regularne badania ginekologiczne. Należy w tym miejscu podkreślić, że w trakcie obu badań kontrolnych, tj. ogólnointernistycznego i ginekologicznego powinny być nadane oba gruczoły sutkowe. W trakcie wizyty lekarz powinien nauczyć pacjentki badania gruczołów sutkowych (przynajmniej raz w miesiącu, po miesiączce u kobiet miesiączkujących). Należy stwierdzić, że samobadanie sutków przez pacjentki oraz badanie kliniczne dokonane przez lekarza i zależne od wyniku tego badania podjęcie odpowiedniego postępowania diagnostycznego umożliwi wczesne rozpoznanie choroby nowotworowej. Celowo na pierwszym miejscu wyeksponowano samobadanie sutków, gdyż w 80% przypadków guz w sutku zauważa sama chora i zgłasza się z tego powodu do lekarza. Rzadziej guz jest wykryty przypadkowo w czasie ogólnego badania lekarskiego (5). W badaniu klinicznym zwrócić należy uwagę na takie elementy jak: guz, naciekanie i obrzęk skóry, objaw „skórki pomarańczy”, owrzodzenie, wyciek z brodawki sutkowej, wciągnięcie brodawki sutkowej, zmiany w węzłach zwłaszcza w dole pachowym i okolicy nadobojczykowej.

Zajęcie węzła nadobojczykowego daje cechę M1, a więc IV 0 klinicznego zaawansowania choroby, a także zmiany w klatce piersiowej (możliwość zmian przerzutowych w płucach i/lub pojawienia się płynu w jamie opłuc-

nowej, zmiany w jamie brzusznej (możliwość zmian przerzutowych w wątrobie i/lub płynu w jamie otrzewnej), zmiany w obrębie kośćca (bolesność uciskowa kośćca może sugerować zmiany przerzutowe w kościach), a także na pozostałe elementy rutynowego badania internistycznego. Wprowadzona w 1955 r. termografia polegająca na pomiarze powierzchniowej temperatury na skórze sutków za pomocą specjalnej kamery termowizyjnej umożliwia dostrzeżenie odmienności rozkładu unaczynienia a także różnic temperatury, która, gdy przekroczy $1,5^{\circ}\text{C}$, może świadczyć o nowotworze złośliwym. Wadą tej metody jednak jest dość duży procent błędnych rozpoznań (4). Mammografia, metoda znana od 1913 r., i kseromammografia, metoda opracowana w 1965 r., umożliwiają wykrycie ognisk subklinicznych już o średnicy około 0,5 cm a zgodność rozpoznań sięga około 90% (4). Z kolei badanie ultrasonograficzne umożliwia rozróżnienie guzów litych i torbielowatych.

Rozpoznanie nowotworu sutka jest możliwe jednakże wyłącznie w oparciu o badania cytologiczne i/lub histopatologiczne. W diagnostyce chorób nowotworowych biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (b.a.c.) rozstrzyga wiele problemów. W odniesieniu do raka sutka b.a.c. umożliwia nie tylko rozpoznanie komórek nowotworowych, lecz także rozpoznanie stanu zapalnego sutka, stanów dysplastycznych, łagodnych nowotworów sutka, zwłaszcza gruczolakowłókniaaka rozpoznawanego w ok. 70%, a także wznowy w bliznach pooperacyjnych i węzłach chłonnych (3).

Na podkreślenie zasługuje także i to, że w trakcie badania ginekologicznego powinno być wykonane badanie cytologiczne. Szczególnie badanie to powinno być wykonane u kobiet z czynnikami zagrożenia zachorowalnością, na raka szyjki macicy (wcześnie rozpoczęte życie płciowe, duża liczba partnerów seksualnych, przebyte liczne porody, nieleczone przewlekłe stany zapalne i uszkodzenia poporodowe narządu rodowego, przerywania ciąży, zaniedbania higieniczne narządu rodowego, nadżerki, leukoplakia, polipy szyjki macicy, przewlekły stan zapalny kanału szyjki). Objawy kliniczne raka szyjki są niecharakterystyczne. Po okresie bezobjawowym (zazwyczaj odpowiadającym stopniowi 0) pojawiają się objawy wczesne: plamienie kontaktowe krwią np. po stosunku płciowym, okresowe krwawienia z dróg rodnych i upławy. W okresie objawów późnych występują stałe krwawienia i upławy, bóle w podbrzuszu i okolicy krzyżowej, obrzęki kończyn dolnych, objawy uciskowe w obrębie pęcherza moczowego i odbytnicy, objawy ogólnego wyniszczenia i rozsiewu nowotworu. Podobne objawy mogą również

wystąpić w przypadku raka trzonu macicy. W każdym przypadku krwawień występujących po okresie przekwitania lub między miesiączkami należy wyłuszczać całą jamę macicy oraz kanał szyjki macicy i zbadać mikroskopowo pobrane wyskrobiny. Zadanie lekarza ogólnego w tej sytuacji polega zatem na jak najszybszym skierowaniu chorej do ginekologa.

Powodzenie leczenia wielu chorób nowotworowych zależy od jak najwcześniejszego postawienia diagnozy czyli mówiąc inaczej od kontaktu chorego z pierwszym lekarzem, któremu przedstawi swoje dolegliwości. I tak np. inny nowotwór o istotnym znaczeniu epidemiologicznym w populacji polskiej może być szybko wykryty dzięki odpowiedniemu postępowaniu lekarza tzw. pierwszego kontaktu, badanie bowiem per rectum umożliwia wykrycie niezaawansowanego raka gruczołu krokowego. Twardy guz wyczuwalny najczęściej w tylnym płacie gruczołu powinien nasunąć podejrzenie nowotworu. Stąd też badanie palcem przez odbytnicę powinno być wykonane u wszystkich mężczyzn powyżej 40 roku życia. Badanie takie jest również podstawowym badaniem przy podejrzeniu raka jelita grubego i odbytu.

Celem profilaktyki trzeciego stopnia jest zapobieganie nawrotom choroby u ludzi już chorych oraz zachowanie sprawności i/lub jakości życia. Poprzez rutynowe badania kontrolne lekarz ogólnie praktykujący może być pierwszym lekarzem, który klinicznie stwierdzi wznowę procesu nowotworowego, wdroży odpowiednie postępowanie w powikłaniach leczenia onkologicznego (m.in. zwalczanie infekcji, leukopenii, trombocytopenii), a w przypadku wyczerpania możliwości dalszego leczenia onkologicznego wdroży postępowanie objawowe.

Jednym z problemów w pracy lekarza ogólnego jest postępowanie z powikłaniami leczenia cytostatykami, zwłaszcza z infekcjami, leukopenią, trombocytopenią czy pancytopenią. Należy stwierdzić, że rozwiązanie tych problemów nie przekracza kompetencji lekarza ogólnego. Ze stosowaniem chemioterapii wiąże się spadek odporności organizmu wynikający z immunosupresyjnego działania cytostatyków, czego rezultatem mogą być infekcje. W takim przypadku zasady postępowania są analogiczne jak z innymi chorobami, tj. wdrożenie odpowiedniej terapii sulfonamidami lub antybiotykami. Leukopenia, trombocytopenia lub pancytopenia u chorych leczonych chemicznie w większości przypadków wynika z toksycznego działania cytostatyków na szpik. W większości przypadków wystarczy w takiej sytuacji zajęcie postawy wyczekującej-oczekiwania normalizacji parametrów hematologicznych kontrolując morfologię krwi (a więc także i poziom płytek!). Często

obserwowane zjawisko podawania zestawu witamin, zwłaszcza grupy B, kwasu foliowego czy leukogenu nie znajduje uzasadnienia w literaturze naukowej. W sytuacji spadku liczby leukocytów poniżej 1000 i/lub płytek krwi poniżej wartości zapewniających hemostazę (2000-3000) a zwłaszcza w przypadku wystąpienia skazy krwotocznej chory wymaga hospitalizacji i wdrożenia odpowiedniego postępowania: leukopenia – chemioterapeutyki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze, trombocytopenia – leki uszczelniające śródbłonek naczyń, przetoczenia koncentratu płytkowego (trombocytopenia) lub krwi pełnej (pancytopenia). Mimo, że budzić to może kontrowersje należy jednak podkreślić, że przetaczanie koncentratu płytkowego lub pełnej krwi u chorych onkologicznych znajduje w zasadzie uzasadnienie tylko u tych chorych, u których po uzyskaniu normalizacji parametrów hematologicznych można wykonać „następny krok”, tj. planuje się kontynuowanie leczenia. Postępowanie analogiczne u chorych w stanie terminalnym budzi pewne wątpliwości.

Jak podaje Wronkowski i wsp. (8) ze 100% chorych, którzy zachorowują każdego roku na nowotwory tylko 20-25% ma szansę na pełne wyleczenie. Stąd też niezwykle ważnym zagadnieniem jest zapewnienie tym chorym, u których wyczerpano możliwości dalszego leczenia, odpowiedniej opieki lekarsko-pielęgniarskiej czyli postępowania objawowego, które mieści się w zakresie pracy lekarza ogólnego. Chodzi tu nie tylko o zwalczanie dolegliwości somatycznych lecz także zwrócenie uwagi na aspekty psychiczne chorego w stanie terminalnym. Na szczególne podkreślenia zasługuje sprawa zwalczania bólu, który w większości przypadków jest najważniejszym problemem u chorych na choroby nowotworowe w stanie terminalnym. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca podawanie leków wyróżniając trzy etapy (6). W pierwszym etapie zalecane jest podawanie nienarkotycznych leków przeciwbólowych, np. aspiryna + paracetamol. W przypadku utrzymywania się dolegliwości bólowych przez trzy kolejne dni lub wyczerpania skuteczności leków podawanych w pierwszym etapie, w drugim etapie zalecane jest podawanie słabego narkotyku i nienarkotycznego leku przeciwbólowego, tj. np. kodeiny i leków wymienionych w I etapie. W przypadku utrzymywania się bólu należy podać silny narkotyk (morfina) i ewentualnie nienarkotycznych leków przeciwbólowych (trzeci etap). Jak podaje Osiadacz i wsp. (6) jest konieczne profilaktyczne podawanie leków przeciwbólowych jeszcze przed wystąpieniem bólu, w regularnych odstępach czasu, najczęściej co 4-6 godzin. Postępowanie takie zapobiega osłabieniu skuteczności leku,

a w przypadku stosowania narkotyków zmniejsza zagrożenie tachyfilaksją i uzależnieniem psychicznym. Przerwę nocną można stosować u chorych z ustalonym efektem przeciwbólowym zwiększając ostatnią dawkę dzienną o 50-100% aby uniknąć budzenia chorego spowodowanego bólem. Do leków wymienionych we wspomnianych trzech etapach można dołączyć leki uzupełniające – zwalczające lęk i stany depresyjne, np. amitryptylinę, fenactil (nie łączyć z dolarganem), amizepin. Podawanie tych leków wymaga starannej obserwacji chorego zwłaszcza, jeśli chodzi o działanie uboczne tych leków takie jak zaburzenia widzenia, nieźorność nóg, zaburzenia hematologiczne.

W załączeniu podano za Osiadaczem i wsp. (6) przykłady mieszanek przeciwbólowych doustnych.

W pracy zasygnalizowano jedynie najważniejsze zagadnienia onkologiczne w pracy lekarza ogólnego. Stąd praca ta nie wyczerpuje obszernej problematyki związanej z tematem pracy a stanowi próbę zachęcenia lekarzy ogólnych do zainteresowania się omówionymi zagadnieniami.

Załącznik

Przykłady doustnych mieszanek recepturowych, które można wypisać na zwykłej recepcie:

Rp.

Dionini 0,025
 Pyralgini 0,3
 Papaverini 0,03
 Coff. puri 0,05
 M.f.p.
 D.t.d. N XX

Rp.

Codeini phosph. 0,05
 Pyralgini 0,5
 M.f.p.
 D.t.d. N XX

Przykłady doustnych mieszanek z morfiną:

Rp.

Morphini hydrochlorici 0,3
 Tincturae Aurantii 4,0
 Sirupi Simplicii 50,0
 Aquae destilatae ad 300,0
 M.F. sol.

Rp.

Morphini hydrochlorici 0,3
 Acidi citrici 1,5
 Natrii benzoici 3,5
 Tincturae Aurantii 4,0
 Sirupi Simplicii 50,0
 Aquae destilatae ad 300,0

Mieszanki te należy stosować w dawce skutecznej przeciwbólowo co 4-6 godz. rozpoczynając podawanie od 5-10 mg/dawkę/5-10 ml = 1-2 łyżeczki od herbaty)

Piśmiennictwo:

1. Dzierżanowski R.: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji. Wyd. I, PZWL, Warszawa 1983.
2. Kaliński Z.: Medycyna ogólna jako podstawa opieki zdrowotnej społeczeństwa (teoria i praktyka). Kraków 1991.
3. Kubicki T.; Rola cytotychnostyki aspiracyjnej w rozpoznawaniu stanów przednowotworowych, raków przedinwazyjnych oraz inwazyjnych gruczołu piersiowego. W: Stany przednowotworowe (red. R. Brzozowski). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 1987, s. 38-45.
4. Kułakowski W.: Nowotwory sutka – problemy nowoczesnego rozpoznawania. Badania służące temu celowi i zalecane leczenie. W: Stany przednowotworowe (red. R. Brzozowski). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 1987, s. 33-37.
5. Onkologia kliniczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. III, PZWL. Warszawa 1992.
6. Osiadacz W., Sowiński P., Jarosz J., Meder J.: Doustne stosowanie analgetyków w bólach nowotworowych. Centrum Onkologii-Institut. Warszawa 1987.
7. Siekierzyńska-Czarnecka A.: Czynniki ryzyka do zachorowania na raka płuca. W: Stany przednowotworowe (red. R. Brzozowski). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 1987, s. 11-22.
8. Wronkowski Z., Jokiel M., Załucki W.: Onkologia praktyczna w zarysie. Wyd. I, PZWL, Warszawa 1986.
9. Zatoński W., Tarkowski W., Chmielarczyk W., Tyczyński J. (red.): Nowotwory złośliwe w Polsce w 1989 roku. Centrum Onkologii. Warszawa 1992.

BOLESŁAW HOWORKA¹

Czy nowa funkcja biblioteki naukowej?

Treść artykułu zamieszczonego w: „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie”, mówiącego o „bibliometrii” (1) wzburzyła mnie. Po raz pierwszy zdarza się, że bibliotekarz dowiadyuje się o nowych zadaniach biblioteki naukowej z artykułu, zamieszczonego na łamach skądinąd bardzo cenionego przez niego czasopisma naukowego. Jest to jakieś wielkie nieporozumienie.

Zadania bibliotek określają przepisy ustaw: o bibliotekach, o szkolnictwie wyższym. O bibliotekach naukowych i ich zadaniach mogą stanowić także inne akty normatywne. Przepisem wykonawczym do ustawy o szkolnictwie wyższym jest zarządzenie nr 1 Ministrów: Kultury i Sztuki, Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki oraz Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 26 kwietnia 1979 r. w sprawie ustalenia zasad i planu specjalizacji zbiorów materiałów bibliotecznych oraz wyznaczania bibliotek centralnych i określenia ich zadań (2). Zarządzenie to wyznacza biblioteki centralne oraz stanowi o bibliotekach współpracujących, ale w żadnym miejscu, w żadnym paragrafie, nie mówi o prawie bibliotek centralnych do wydawania poleceń wykonania określonych prac przez biblioteki działające w ramach sieci informacji naukowej. Biblioteka centralna może „sprawować funkcjonalno-metodyczny nadzór nad działaniem systemu (specjalistycznego), ale z tej funkcji nie wynika prawo zarządzania systemem. Zresztą systemy, zarówno „dziedzinowo-gałęziowy”, jak i „specjalistyczny” utworzone były jako elementy SINTO, a więc i one należą dzisiaj do przeszłości. Prawa wydawania zarządzeń bibliotekom współpracującym nie mają także organy i pracownicy biblioteki centralnej, a czasopisma naukowe nie są organami promulgacyjnymi, na łamach których ogłasza się zarządzenia dla podległych jednostek. Także biblioteki działające w resortowej sieci informacji naukowej nie są dla biblioteki centralnej jednostkami podległymi, ale partnerami, którzy mają prawo żądać właściwego traktowania.

¹ Autor jest Dyrektorem Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu

Może warto tutaj przypomnieć, że biblioteka główna uczelni jest ogólnouczelnianą jednostką organizacyjną o zadaniach naukowych, dydaktycznych i usługowych, stanowi podstawę jednolitego systemu biblioteczno-informacyjnego uczelni, uczelni stanowiącej część systemu nauki polskiej i systemu edukacji narodowej, uczelni, której nauczyciele akademicy, studenci i inni pracownicy tworzą samorządną społeczność akademicką.

Artykuł do którego „i chcę i muszę” się ustosunkować, rozpoczyna się od przypomnienia, jak to jeden z autorów bronił uczelnianej biblioteki „w artykule ukazującym wielką wagę, znaczenie i funkcję tej instytucji”. Chwała autorowi, ale po co do tego wraca, czyżby to przypomnienie miało go bardziej uwiarygodnić. Dla postronnego czytelnika jest to tylko jednostkowa opinia...

Dobra biblioteka uczelniana musi bronić się sama. Musi bronić się codziennie, przez swoje fachowe działania, przez swoją pracę i jakość usług świadczonych użytkownikom. O jakości pracy biblioteki najlepiej świadczą statystyki wskazujące na liczbowy zakres ich usług, a także częste, choć wielokrotnie przypadkowe opinie, wypowiedzi nauczycieli akademickich, lekarzy praktykujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie makroregionu, tych osób, które dzięki dostarczonym im materiałom informacyjnym przygotowali dobrą dysertację, zdobyli wyższe kwalifikacje, opracowali znaczący artykuł do czasopisma naukowego, przeprowadzili określone badania naukowe itp. Dla bibliotekarzy ważne są także opinie studentów.

Nie znalazłem, w żadnym przepisie, w żadnym liczącym się dokumencie potwierdzenia poglądu, że zadaniem biblioteki głównej szkoły wyższej jest m.in. dostarczenie bibliotece centralnej materiałów do badań bibliometrycznych. Zadaniem biblioteki głównej szkoły wyższej jest dokumentowanie dorobku jej pracowników, jej jednostek organizacyjnych. Zadanie to wynika z przepisów ustawy o bibliotekach oraz ze szczegółowych postanowień mówiących o obowiązkach poszczególnych jednostek organizacyjnych uczelni, m.in. z zarządzenia organizacyjnego stanowiącego o organizacji, zadaniach i organach biblioteki głównej, wydanego przez rektora w oparciu o odpowiednie postanowienia statutu uczelni. Ale też nikomu z zainteresowanych nie trzeba tłumaczyć, jak wielka różnica zachodzi pomiędzy opracowaniem bibliografii a badaniami bibliometrycznymi.

Bibliografia musi być dziełem bardzo rzetelnym, zespół autorów ponosi pełną odpowiedzialność za to, co w tym wydawnictwie zostało zamieszczone. Każda adnotacja, każda informacja, musi być zweryfikowana, sprawdzo-

na w źródłach. Nie może dojść do sytuacji, że w opracowaniu tym zamieszczono by błędne informacje, np o publikacjach, których nie ma. Na opracowanie dobrej bibliografii potrzeba czasu. Biblioteka uczelniana ma oczywiście kartotekę prac opublikowanych w ub.r., ale w połowie następnego roku będą to jeszcze materiały niepełne i niesprawdzone. Tylko za te informacje, które zamieszczono w bibliografii, biblioteka, bibliotekarze-autorzy, mogą ponosić pełną odpowiedzialność. A materiałów niesprawdzonych przekazać poza bibliotekę odpowiedzialnemu bibliotekarzowi po prostu nie wolno.

Ale wróćmy do badań bibliometrycznych. Są to przecież wyłącznie materiały do analizy ilościowej. Są to materiały niepełne, niezweryfikowane, bo nie było czasu na ich sprawdzenie, materiały niewiele mówiące o właściwym i znaczącym dorobku uczelni i jej pracowników. Od poglądów, od twierdzeń, że od zmian ilościowych przechodzi się do zmian jakościowych – już odeszliśmy.

Liczba opublikowanych prac nie ma nic wspólnego z ich poziomem. Czasopisma dzielą się na te, które opublikują pracę dopiero po jej zrecenzowaniu, po wszechstronnej i wnikliwej ocenie, jak i na te, których łamy są „przesadnie otwarte”. A więc trzeba by dokonać podziału czasopism, skategoryzować je według poziomu naukowego, określić, które artykuły, na łamach których czasopism opublikowane, mogą brać udział w tym swoistym „rankingu”. Stwierdzenie, że: „bibliometria operując miarami ilościowymi jest atrakcyjna dla nauki z powodu obiektywności i dokładności” – stanowi wynik dużego nieporozumienia. Dalsze, zawarte w omawianym artykule dywagacje, nie zawsze są na temat (prof. Cybulski pisał o czymś zupełnie innym, tekst A. Szczypiorskiego na pewno nie stanowi poparcia dla wywodów autorów) i nie są przekonujące. Kto i w jaki sposób ma dokonywać zestawienia prac i przeprowadzać ich krytyczną ocenę? Jaki przygotowano warsztat do tych działań? Jakie zastosuje się metody? Sygnalizowanie problemów, pytań, na które mają sobie odpowiedzieć czytelnicy, nie stanowi rozwiązania sprawy. A w artykule tylko zasygnalizowano pewne problemy, na żaden z nich nie odpowiedziano. Nie są to wywody przekonujące kogokolwiek, kto może być uznany jako fachowiec z dziedziny „informacja naukowa”.

Każdy bibliotekarz, każdy pracownik naukowy pracujący w akademii medycznej bądź w jakiś sposób z nią związany, powinien znać zadania biblioteki medycznej i wiedzieć, czego może oczekiwać od jej pracowników.

Zadania te sformułował przed piętnastu laty M.N. Cummings (3). W swoim artykule zamieszczonym w: „Polskim Tygodniku Lekarskim” stwierdził on, że zadania biblioteki medycznej, to:

„1) zapewnienie naukowcom-badaczom informacji o postępie nauk medycznych w świecie, o nowych odkryciach naukowych, a także o dotychczasowych wynikach prac naukowych znajdujących się w toku badań,

2) zapewnienie praktykom: lekarzom, farmaceutom i innym pracownikom aktualnej informacji o interesujących ich problemach,

3) zapewnienie osobom uczącym się i doskonalącym zawodowo (specjalizującym się) niezbędnych do tego materiałów pozwalających na uzyskanie, a następnie na stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych”.

Zadania te nie zmieniły się zasadniczo w ciągu ostatnich piętnastu lat. Zmieniły się natomiast metody pracy naukowych bibliotek medycznych. Zostało to zdeterminowane, z jednej strony, przez olbrzymi postęp nauki, także i w dziedzinie mediów informacji naukowej. Każda licząca się biblioteka medyczna dysponuje podstawowymi bazami danych o światowym znaczeniu. W każdej bibliotece głównej akademii medycznej (i nie tylko w tych bibliotekach) znajduje się baza MEDLINE na CD-ROM. I chyba nie trzeba przedstawiać czytelnikom czasopisma naukowego charakterystyki tej bazy, jest ona bardzo dobrze znana wszystkim uczonym, którzy zajmują się naukami medycznymi. W niektórych bibliotekach są dostępne na nośnikach komputerowych bazy danych serii: „Life Science” i „Clinical Medicine” z bazy CURRENT CONTENTS, często z abstraktami. Są także dostępne inne bazy, takie jak: DRUG INFORMATION SOURCE (baza oparta na informacjach zawartych w źródłach wydawanych przez American Society of Hospital Pharmacists: Drug Information, Handbook of Injectable Drugs i International Pharmaceutical Abstracts), czy też LIFE SCIENCES COLLECTION (baza wysoko oceniana przez uczonych zajmujących się badaniami podstawowymi). Pełna wiedza o tym, co powstało w kraju i za granicą w zakresie nauk medycznych, jest dostępna w każdej liczącej się w naszym kraju bibliotece medycznej, w której bezpośrednio lub też za jej pośrednictwem można zamówić odpowiednie zestawienia bibliograficzne. Oczywiście bazy te są dostępne w bibliotekach głównych akademii medycznych.

Z drugiej strony, w ciągu tych ostatnich lat, narosły trudności w zasadniczy sposób wpływające na wyniki pracy bibliotek, zwiększające ich zadania. Nauki w Polsce nigdy nie rozpieszczano, nie pamiętam takiej sytuacji, która

pozwoili by na uznanie, że jest ona „dostatecznie” finansowana. Nakłady na naukę spadły. Przed laty przeznaczano na jej finansowanie ok. 1,6 % „bogatszego” budżetu, teraz jest to mniej niż 0,6 % budżetu państwa nieporównywalnie „uboższego”. Sytuacja ekonomiczna nauki dzisiaj, to problem znaczący dla bibliotek naukowych.

Stwarza to nowe, ważne, ale też trudne zadania.

Zadaniem bibliotekarzy medycznych jest dostarczenie każdemu destynatariuszowi, który zgłosi taką potrzebę – odbitek artykułów z czasopism naukowych, które po przejrzeniu bazy danych, wydały mu się bardzo potrzebne. Odpowiedni system współpracy bibliotek medycznych, który pozwala na wykonywanie tych zadań, został przez biblioteki główne akademii medycznych opracowany i funkcjonuje, jest wysoko oceniany przez naszych stałych użytkowników. I szkoda, że pomoc dla tego systemu i aktywne działania polegające na dostarczaniu destynatariuszom potrzebnej literatury – nie są pierwszym przedmiotem zainteresowania naszej Biblioteki Centralnej, która traci czas i środki na badania bibliometryczne, tak naprawdę potrzebne tylko garstce „decydentów”. Szkoda wielka, że wracamy do tego co już było, co kilkakrotnie potępiiono, do sytuacji kiedy nie uczeni, ale właśnie „decydenci” oceniali dorobek naukowy uczelni i jej pracowników, mówili nam, co mamy robić i twierdzili, że to oni najlepiej wiedzą, co jest potrzebne naszym użytkownikom. Nasuwa się pytanie, w czyim interesie tworzy się rozmaite „fundacje”, na których kontach gromadzi się środki finansowe na tzw. „działalność ogólnotechniczną” bibliotek i centralnie podejmuje się decyzje, ile która biblioteka otrzyma pieniędzy na prenumeratę czasopism zagranicznych i komputerowych nośników informacji. I tylko dzięki ich „staraniom” (a może i „staraniom” przedstawicieli biblioteki centralnej w odpowiednich gremiach decyzyjnych) dochodzi do tego, że nauki medyczne są systematycznie krzywdzone, że duża uczelnia medyczna otrzymuje ze źródeł centralnych połowę tych środków na prenumeratę, co mniejsza szkoła inżynierska, a 25 % tego, co politechnika o podobnym potencjale kadrowym i naukowym (może warto tu raz jeszcze przypomnieć, że czasopisma medyczne są naprawdę bardzo drogie). A może ktoś sporządzi statystykę obrazującą w jakich dziedzinach nauki redukcje tytułów czasopism naukowych były największe – myślę, że to nie było by trudne, a wyniki mogły by być ciekawe (w mojej Uczelni obecna lista tytułów prenumerowanych czasopism zagranicznych stanowi 25% tego, co abonowaliśmy przed piętnastu laty).

Dlatego nie chcę uczestniczyć w pracach na rzecz systemu oceny naukowców i instytucji, który nie tylko że jest nieobiektywny, ale zbędny i kosztowny, a bardzo mi się kojarzy z działaniami, które prowadzono bardzo dawno, nie piętnaście ale czterdzieści lat temu, z tym, co już kiedyś było...

Dlaczego do badań bibliometrycznych nie są zobowiązywane inne uczelnie, inne biblioteki? Dlaczego?

Na koniec kilka uwag na temat wniosków z bazy „S.C.I.” Nasuwa się tu jedno pytanie: czy rzeczywiście stan nauki polskiej jest aż tak zły, jakby to z tej bazy wynikało? Czy rzeczywiście wyprzedzili nas np. Węgrzy (4), którzy przodują w liczbie cytowań prac uczonych z tzw. Europy Środkowej i Wschodniej? I proszę się przyjrzeć, kogo się cytuje, jakie polskie nazwiska są w tej bazie? Znanych polskich uczonych? Tak, oczywiście! Ale te wszystkie osoby, które w tej bazie są cytowane, to ludzie, którzy przez lata walczyli o swoją pozycję w świecie naukowym, to dojrzały, w pełni uznani uczeni, wielu z nich jest już dzisiaj na emeryturze, nie wszyscy do dzisiaj żyją. Jeżeli mamy dzielić skromne środki na naukę według liczby cytowań w „S.C.I.” (i marnotrawić pieniądze na sporządzenie wydruków z tej bazy), to kto zapewni środki na badania prowadzone przez młodych uczonych, przez ludzi, którzy dopiero się wybijają, skąd uczelnia ma czerpać środki na ich promocję? Czy w naszych, medycznych uczelniach młody, rozpoczynający karierę naukowiec ma pozostać bez szans?

Na jednym ze spotkań w Uczelni zwrócono uwagę na to, że cytowanym można być także negatywnie. Jeśli w niektórych pracach mówi się o fałszywych wynikach badań, o błędach w procedurach badawczych, wskazuje się nazwiska partaczy i pseudouczonych, to przecież ich także się cytuje.

Główna Biblioteka Lekarska może i ma dużo pieniędzy, może więc zajmować się bibliometrią. W uczelnianych bibliotekach pieniędzy nie ma i nikt na tego rodzaju prace, jak i inne, znacznie ważniejsze środki, środków finansowych nie przewidzieli. Biblioteki główne akademii medycznych mają naprawdę dużo innych kłopotów. Właśnie trzy dni temu otrzymaliśmy informację, że mimo wzrostu cen czasopism zagranicznych, wzrostu stanowiącego m.in. konsekwencję stałego spadku wartości naszej waluty, będzie pieniędzy mniej, niż dwa lata temu (a wtedy było ich „dostatecznie”), mniej niż rok temu (a było wtedy bardzo źle). Stale jesteśmy informowani o cięciach budżetowych, o redukcjach etatów związanych z ustawą budżetową. To są nasze główne problemy. Dlatego bibliometria jest sprawą, do której

trudno jest podejść poważnie, nie ona nas martwi. Biblioteki główne akademii medycznych muszą, mimo kłopotów i braków rzeczowych, finansowych, kadrowych – zrobić wszystko co można, by wykonać swoje podstawowe zadania, te zadania które stawiają przed nami użytkownicy, Władze Uczelni.

Piśmiennictwo

1. Kuś W., Kuźmiński D.: Analiza bibliometryczna w ocenie naukowców i instytucji naukowych nową funkcją bibliotek lekarskich. *Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie*, r. XXV, 1993, nr 1-2, s. 108-110.
2. *Dz.Urz.Min. N., Szk. Wyż. i Techn.* Nr 3, poz. 9.
3. *Polski Tygodnik Lekarski*, r. XXXIII, 1978, nr 30, s. 1199-1202.
4. Rużyłto E.: Próba oceny stopnia wykorzystania polskich publikacji lekarskich w piśmiennictwie światowym. *Życie Szkoły Wyższej*, 1990, s. 48.

EDWARD PIGOŃ

Komentarz do artykułu Dyrektora Bolesława Howorki

Główna Biblioteka Lekarska

Nawiązując do artykułu Pana Bolesława Howorki pt.: „Czy nowa funkcja biblioteki naukowej?” chciałbym ustosunkować się do jego fragmentu dotyczącego dofinansowania importu czasopism w bibliotekach naukowych resortu zdrowia. Autor zarzuca tutaj przedstawicielom biblioteki centralnej reprezentującym resort zdrowia, niedostateczne starania o środki na dofinansowanie importu czasopism. Powołuje się przy tym na znane mu z osobistych kontaktów jednostkowe przykłady dwóch bibliotek: szkoły inżynierskiej i politechniki, które mają więcej pieniędzy niż biblioteki akademii medycznych. Trzeba stwierdzić, że nawet jeśli te pojedyncze przykłady są ścisłe, nie dają podstawy do uogólnień, których dokonuje Autor, gdyż istnieje zróżnicowanie w dofinansowaniu poszczególnych bibliotek tego samego typu.

Prawdą jest, że choć biblioteki naukowe resortu zdrowia pod względem wysokości kwoty przyznanej na import czasopism i baz danych sytuują się w kraju na trzecim miejscu wśród 24 resortów i urzędów centralnych, to wskaźnik dofinansowania w stosunku do dwóch pierwszych resortów tj. Ministerstwa Edukacji Narodowej i Polskiej Akademii Nauk jest u nas niższy. Te proporcje preferujące resorty naukowe zostały ukształtowane przed kilku laty, gdy w ramach MEN była centralna pula dewizowa i mimo starań osób reprezentujących nasz resort, bardzo trudno jest je zmienić. W tej sprawie minister Zdrowia i Opieki Społecznej wystosował pismo do przewodniczącego Komitetu Badań Naukowych a dyrektor Głównej biblioteki Lekarskiej do Polskiej Fundacji Upowszechniania Nauki. Rezultatem tych starań było uzyskanie dodatkowego dofinansowania dla bibliotek MZiOS. Jednakże ze względu na stały wzrost cen czasopism jest ono nadal niewystarczające w stosunku do potrzeb, jak też w małym stopniu poprawia nasz wskaźnik dofinansowania w stosunku do biblioteki MEN i PAN. Problem polega na tym, że przy braku środków w skali kraju większe dofinansowanie w jednym resorcie wymaga zabierania środków w innym, co jest bardzo

trudne do przeprowadzenia. Znacznie łatwiej, nie mając pełnej orientacji w tych sprawach, jest wyrażać kategorię opinie z pozycji obserwatora oczekującego na pieniądze dla własnej biblioteki. Autor przywołuje tu dawne czasy sprzed piętnastu lat, kiedy to jego biblioteka prenumerowała cztery razy więcej czasopism zagranicznych. Istotnie redukcje, które nastąpiły później objęły bardzo dużo egzemplarzy czasopism, choć według danych GBL ich skala była trochę mniejsza. Patrząc na to jednak z perspektywy ogólnokrajowej nie da się uniknąć pytania, czy było nas stać na utrzymanie takiej liczby czasopism, powtarzających się często w bibliotekach w dziesiątkach egzemplarzy. W sytuacji, kiedy trzeba rozstrzygać między pełnym zaspokojeniem potrzeb użytkowników a ograniczonymi możliwościami finansowymi bibliotek, trudno jest znaleźć zadowalające rozwiązanie. A trzeba przy tym pamiętać, że skutki ówczesnego gospodarowania budżetem odczuwamy niestety do dziś.

KATARZYNA BIEGANOWSKA

Zmiany w układzie immunologicznym u myszy z doświadczalnym modelem choroby Parkinsona wywołanym 1-metylo-4-fenilo-1,2,3,6,-tetrahydropirydyną (MPTP).

(Streszczenie rozprawy na stopień doktora nauk medycznych)

Wiele prac klinicznych i doświadczalnych wskazuje na możliwą rolę ośrodkowego układu dopaminergicznego w regulacji odpowiedzi immunologicznej. W chorobach, które charakteryzują się zaburzeniami przewodnictwa dopaminergicznego (choroba Parkinsona, Huntingtona, schizofrenia), zaobserwowano zaburzenia niektórych funkcji układu odpornościowego. W chorobie Parkinsona (ch.P.) zaburzenia te obejmują między innymi zmniejszenie całkowitej liczby limfocytów T we krwi, obniżenie odpowiedzi blastycznej na mitogeny oraz zmniejszenie liczby komórek spontanicznie wydzielających immunoglobuliny.

Odkrycie 1-metylo-4-fenilo-1,2,3,6 tetrahydropirydyny (MPTP), toksyny, która selektywnie uszkadza komórki istoty czarnej produkujące dopaminę, umożliwiło stworzenie wielu nowych modeli zwierzęcych choroby Parkinsona. Neurotoksyczne działanie MPTP wykazano u wielu gatunków zwierząt (małpy, koty, psy, myszy, owce). W mysim wzorcu ch.P., wywołanym przez podanie MPTP, obserwuje się zmiany behawioralne, biochemiczne i patologiczne porównywalne do tych, jakie występują w chorobie Parkinsona.

W przedstawionej pracy zbadano, czy degeneracji układu nigrostriatalnego wywołanej przez podanie MPTP, towarzyszą zmiany w odpowiedzi immunologicznej komórkowej i humoralnej. Doświadczenia wykonano na myszach szczepu C57Bl w wieku 10-12 miesięcy. Myszy otrzymywały 4 dootrzewnowe iniekcje MPTP w dawce 10 mg/kg, w odstępach jednogodzinnych. Zastosowany schemat iniekcji powodował 80% spadek poziomu dopaminy w prążkowie oraz głębokie uszkodzenie komórek w obrębie istoty czarnej.

Wykazano, że podanie MPTP myszom wywołuje zmiany niektórych parametrów odpowiedzi immunologicznej. Obserwowano głębokie upośledzenie odpowiedzi proliferacyjnej splenocytów na mitogeny. Była również obniżona pierwotna odpowiedź humoralna na erytrocyty owcy. Podanie MPTP wpłynęło także na obniżenie produkcji czynnika hamującego migrację (MIF) przy niskich stężeniach mitogenu. Nie zaobserwowano zmian w liczności komórek ani w składzie procentowym poszczególnych subpopulacji limfocytów T w śledzionie. We krwi myszy po podaniu MPTP zanotowano natomiast spadek limfocytów T pomocniczych o fenotypie L3T4. Funkcjonowanie makrofagów, zbadane w testach fagocytozy i wytwarzania czynnika martwicy nowotworu (TNF α), nie uległo zmianom po podaniu MPTP.

Wykazano, że zmiany w odpowiedzi immunologicznej nie są związane z bezpośrednim, toksycznym działaniem MPTP na komórki układu odpornościowego. Podanie zwierzętom pargyliny, która uniemożliwia przejście MPTP w silnie toksyczny produkt MPP⁺, zapobiegło zarówno spadkowi poziomu dopaminy w prążkowiu jak i obniżeniu poliklonalnej aktywacji splenocytów mitogenami.

Powyższe obserwacje świadczą o tym, że zmiany w odpowiedzi immunologicznej w mysim modelu choroby Parkinsona wywołanym przez MPTP są związane z uszkodzeniem komórek istoty czarnej i obniżeniem poziomu dopaminy w prążkowiu. Zmiany reaktywności immunologicznej w mysim wzorcu ch.P. są porównywalne do tych, jakie występują u ludzi z ch.P. Wzorzec ch.P. u myszy, wywołany przez podanie MPTP, może być bardzo przydatny do badania zmian funkcjonowania układu odpornościowego w chorobie Parkinsona.

MAŁGORZATA LEWANDOWSKA-SZUMIEŁ

Uwalnianie się glinu w warunkach in vivo z bioceramicznych wszczepów wykonanych z tlenku glinu Al_2O_3

(Streszczenie rozprawy na stopień doktora nauk medycznych)

Celem pracy jest wykazanie, że jednym ze skutków implantacji bioceramiki Al_2O_3 może być podwyższenie zawartości glinu w tkankach biorcy w okolicy wszczepu. Potrzeba weryfikacji tak sformułowanej tezy wynika z możliwych klinicznych konsekwencji uwalniania glinu z implantów bioceramicznych do tkanek gospodarza. Tlenek glinu wprowadzono do stosowania w klinice człowieka w okresie, kiedy glin uważany był za pierwiastek nietoksyczny. Tymczasem w ostatnim dziesięcioleciu w wielu ośrodkach wykazano niepożądany wpływ podwyższonej zawartości glinu w ustroju na organizm człowieka. W szczególności wykazano istnienie zależności między wzrostem stężenia glinu w tkance kostnej a występowaniem niektórych chorób kości.

W pracy omówiono kliniczne zastosowania tlenku glinu, a także cechy materiałowe tego tworzywa, oraz charakter jego oddziaływania z tkankami gospodarza na podstawie danych zaczerpniętych z aktualnego piśmiennictwa. Opisano problem szkodliwości glinu opierając się na wynikach badań i poglądach opublikowanych w ostatnich latach. Zwrócono uwagę na trudności w kontrolowaniu ilości glinu wnikającego do organizmu, związane z rozpowszechnieniem tego pierwiastka w środowisku. Wskazano bioceramikę Al_2O_3 jako potencjalne źródło glinu w tkankach gospodarza i zweryfikowano ten pogląd eksperymentalnie.

Badania oryginalne wykonano przy użyciu gęstego spieku tlenku glinu produkcji krajowej wykonanego w Instytucie Inżynierii Materiałowej AGH w Krakowie. Materiał ten jest przeznaczony do sortowania klinicznego w postaci implantów stomatologicznych. Zastosowano wszczep w kształcie walców o długości 5 mm i średnicy 1 mm wykonane w IIM AGH specjalnie dla potrzeb eksperymentu według takiej samej technologii jak elementy przeznaczone do implantacji w klinice człowieka.

Przeprowadzono analizę biozgodności¹ materiału w badaniach *in vivo* opierając się na normie opracowanej przez International Standard Organisation, a także we własnym modelu doświadczalnym. W tym celu implantowano wszczepy z tlenku glinu do żuchwy świnek morskich a także do kości udowych szczurów szczepu WAG. Poddano ocenie tkanki otaczające wszczep po 4 i 26 tygodniach od implantacji w przypadku świnek morskich oraz po 4, 26 i 35 tygodniach od wprowadzenia do tkanek szczurów. Analizowano skutki co najmniej dwudziestu implantacji w każdej grupie (we wszystkich przypadkach wszczepy wprowadzono obustronnie). W obserwacji histologicznej wzięto pod uwagę następujące cechy: typ tkanki odtwarzającej się w kontakcie z tlenkiem glinu, w szczególności otorbienie wszczepu, występowanie odczynu zapalnego i nacieków leukocytów, resorpcję tkanki kostnej, stopień kości przylegającej do wszczepu. Stwierdzono, że po czterech tygodniach od implantacji w kontakcie z wszczepem występuje zarówno tkanka łączna wiotka jak i tkanka kostna. W obserwacji odległej, wokół implantów wprowadzonych do kości udowych szczurów występuje prawidłowa tkanka kostna, silnie związana z wszczepem. W żuchwie świnek morskich po 26 tygodniach połowa wszczepów uległa ekstruzji poza organizm. W pozostałych przypadkach wszczep jest otoczony częściowo tkanką łączną wiotką, a częściowo prawidłową tkanką kostną, lub też pozostaje w kontakcie z tkanką łączną wiotką na całym obwodzie.

Stwierdzono, że użyty w badaniach materiał wszczepialny nie wywołuje reakcji obronnych ze strony organizmu w żadnym z analizowanych modeli. Zgodnie ze wskazaniami normy ISO/TR 7405 wynik przeprowadzonych obserwacji histologicznych jest podstawą do stwierdzenia, że analizowany materiał spełnia warunki biozgodności w teście *in vivo*.

W celu oceny skutków oddziaływania tkanek gospodarza na badany materiał implantacyjny poddano obserwacji powierzchni wszczepów w skaningowym mikroskopie elektronowym. Porównywano materiał nie poddany implantacji, oraz usunięty z tkanek świnek morskich i szczurów po dwudziestu sześciu tygodniach i po trzydziestu pięciu tygodniach od zabiegu. Stwierdzono, że na powierzchni wszczepów usuniętych zarówno z żuchwy świnek morskich jak i kości udowych szczurów są widoczne ślady korozji międzykryształicznej.

¹ Określenie „biozgodność” zastosowano w znaczeniu odpowiadającym angielskiemu terminowi „biocompatibility”, powszechnie stosowanemu w naukowym piśmiennictwie międzynarodowym. Polskie nazewnictwo w tym zakresie jest, jak dotychczas, nieuporządkowane.

**Streszczenia prac ogłoszonych na
IV Konferencji Studenckiego Towarzystwa Naukowego
24-25 kwietnia 1993**

Artur Kamiński

Ocena wytrzymałości mechanicznej, zmian morfologicznych oraz ilości minerału tkanki kostnej w przebiegu doświadczalnej osteoporozy wywołanej unieruchomieniem kończyny tylnej u szczurów.

SKN przy Zakładzie Histologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab.med. Janusz Komender

Opiekun Koła: lek. Piotr Skopiński

Opiekun Pracy: Prof. dr hab. med. Anna Dziedzic-Gocławska

Osteoporoza stała się jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych na świecie na przełomie XX i XXI wieku, szczególnie dla kobiet w okresie postmenopauzalnym, pacjentów skazanych na długotrwałe unieruchomienie lub przewlekłą sterydoterapię, a także w erze lotów kosmicznych dla astronautów. Obok objawów bólowych i trudności w poruszaniu się, osteoporoza prowadzi do patologicznych złamań kości. Należy również dodać, że problem ten będzie dalej narastał w świetle prognoz wydłużania życia człowieka.

Opracowano szereg wzorców doświadczalnej osteoporozy u zwierząt laboratoryjnych, takich jak tenotomie, neurotomie, unieruchomienie zewnętrzne w opatrunku gipsowym czy też podwieszenie tylnej części ciała.

Do doświadczenia użyto grupę 125 szczurów Sprague-Dowley (samców) w wieku 10 tygodni. Jedną kończynę tylną unieruchamiano w stosunku do ściany brzucha przy użyciu bandaża elastycznego. Przeciwną kończyną tylną służyła jako kontrola. Unieruchomienie trwało 12 tygodni. Zaletą tej nieinwazyjnej metody jest szybka adaptacja zwierząt oraz brak powikłań pooperacyjnych.

W unieruchomionych kończynach w kościach udowych zaobserwowano statystycznie znaczne obniżenie wytrzymałości mechanicznej, masy kości

oraz zawartości minerału, a w obrębie części przynasadowych kości piszczelowych na podstawie pomiarów morfometrycznych stwierdzono znaczny spadek objętości tkanki kostnej w stosunku do tych wartości stwierdzonych w kościach długich przeciwległej kończyny kontrolnej. Wyniki badań porównywano testem par t-Studenta dla $p < 0.05$.

Przedstawiony model jest dogodnym modelem doświadczalnym do badania zmian w morfologii i strukturze tkanki kostnej w przebiegu osteoporozy oraz może być zastosowany dla oceny skuteczności profilaktyki i leczenia.

Artur Kamiński

Wpływ stosowania dwufosfonianu C12MBP (clodronate) na wytrzymałość mechaniczną kości, zmiany morfologiczne oraz ilość minerału tkanki kostnej w przebiegu doświadczalnej osteoporozy wywołanej unieruchomieniem kończyny tylnej u szczurów

SKN przy Zakładzie Histologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Janusz Komender

Opiekun Koła: lek. Piotr Skopiński

Opiekun Pracy: Prof. dr hab.med. Anna Dziedzic-Goćławska

Strategia postępowania zapobiegawczego w osteoporozie w głównej mierze polega na uzyskaniu jak największej masy kostnej w okresie wzrostowym oraz maksymalnego zahamowania jej ubytku w okresie ujemnego bilansu związanego z menopauzą, starzeniem się, długotrwałym unieruchomieniem czy też nieważkością.

Zadanie takie wydają się spełniać dwufosfoniany, syntetyczne analogi pirofosforanów obecnych w tkankach i płynach ustrojowych. Dwufosfoniany charakteryzują się wysokim powinowactwem do minerału tkanek szkieletowych. W zależności od rodników przy cząsteczce kwasu dwufosfonowego, związki te mogą regulować proces biologicznej mineralizacji, hamować proces resorpcji kości, a także chronić tkanki miękkie przed patologiczną mineralizacją. W przeciwieństwie do pirofosforanów posiadających wiązanie P-O-P, dwufosfoniany mające wiązanie P-C-P nie są hydrolizowane przez fosfatazy ustroju.

Celem pracy była ocena wpływu C12MBP na przebieg doświadczalnej osteoporozy wywołanej unieruchomieniem jednej kończyny tylnej u samców

szczurów Sprague-Dowley. Kończyna przeciwległa służyła jako kontrola. W doświadczeniu użyto dwóch grup zwierząt w wieku 10 tygodni, liczących po 15 szczurów. Jedna grupa nastrzykiwana była 0,9% NaCl, druga C12MBP w dawce 12.5 mg P/kg/dzień przez okres 6 tygodni i 6.25 mg P/kg/dzień przez 6 tygodni. W obu grupach okres unieruchomienia kończyny tylnej wynosił 12 tygodni.

W grupie szczurów nastrzykiwanych 0.9% NaCl w kończynach unieruchomionych w kościach udowych stwierdzono statystycznie znamienne obniżenie wytrzymałości mechanicznej, masy kości oraz zawartości minerału w stosunku do przeciwległych kończyn kontrolnych, podczas gdy w grupie zwierząt nastrzykiwanych C12MBP podobnych różnic nie stwierdzono.

Na podstawie pomiarów morfometrycznych w grupie nastrzykiwanej 0.9% NaCl w kończynach unieruchomionych w obrębie części przynasadowych kości piszczelowych zaobserwowano znaczny spadek objętości tkanki kostnej w stosunku do kontroli. W grupie zwierząt nastrzykiwanych C12MBP w obu kończynach stwierdzono obecność bloku kostnego w częściach przynasadowych piszczeli i nie zaobserwowano różnic w objętości tkanki kostnej w tym rejonie pomiędzy kończyną unieruchomioną a kontrolną. Wyniki pomiarów porównywano testem par t-Studenta dla $p < 0.05$.

Uzyskane wyniki wskazują, iż C12MBP hamuje wzmożoną resorpcję tkanki kostnej obserwowaną w przebiegu doświadczalnej osteoporozy.

Joanna Jabłońska-Klein i Piotr Woźniak

Reakcja tkanek na śródkostną implantację różnych biomateriałów węglowych po krótkiej obserwacji.

SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury w Warszawie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. J. Komender

Opiekun Koła: Dr n. med. P. Skopiński

Opiekun pracy: Mgr inż. dr n.med. M. Lewandowska-Szumieł

Już od wielu lat, węglowe materiały wszczepialne są stosowane dla potrzeb klinicznych. Ortopedia i stomatologia są dziedzinami medycyny, w których zapotrzebowanie na tego typu materiały jest większe. Ostatnio zaznacza się również wzrost zainteresowania tymi biomateriałami w Polsce. Celem pracy była ocena biokompatybilności materiału, wyprodukowanego

przez IIM AGH w Krakowie. W doświadczeniu użyto sześciu różnych materiałów węglowych w formie pręcików. Osiemnastu szczurom szczepu WAG obojga płci, wprowadzono implanty do kości udowych obu łap. Materiał pobrano po 5 tygodniach i poddano analizie histologicznej i densytometrycznej.

Stwierdzono, że żaden z wprowadzonych rodzajów materiału węglowego nie powoduje ostrej odpowiedzi organizmu. Widoczna jest młoda tkanka kostna w okolicy wszczepu i cechy aktywnej jej przebudowy. Sporadycznie obserwuje się młoda, bogatokomórkową tkankę łączną, a także drobiny materiału węglowego w okolicy miejsca wszczepu. Ocena densytometryczna zdjęć rtg miejsc wprowadzenia wszczepu wykazała postępującą mineralizację blizny kostnej. Regionalne węzły chłonne nie wykazują cech pobudzenia. Uzyskane rezultaty świadczą, jak się wydaje, o obojętności badanego materiału dla organizmu.

**G. Szczęsny, P. Włodarski, R. Bieńkowski, M. Ciechomski,
A. Krzymańska, R. Śrubarski, A. Zakościelny**

Donacyniowe przeszczepianie izolowanych hepatocytów w modelu ostrej niewydolności wątroby u szczurów

SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. A. Karwowski

Opiekun Koła: dr M. Frączek

W pracy podjęto próbę przeszczepiania izolowanych hepatocytów do tętnicy kręzkowej górnej w przypadku ostrej niewydolności wątroby wywołanym dootrzewnowym podaniem D-galaktozaminy. Doświadczenie wykonano na 49 szczurach szczepu WAG podając średnio $8,87 \times 10^7$ żywych komórek i uzyskując odsetek przeżycia 69,4% (34 z 49) zwierząt w porównaniu z zerowym odsetkiem przeżycia w grupie kontrolnej (12 zwierząt).

Zawiesinę komórek uzyskiwano poprzez perfuzję wątroby dawcy roztworem kolagenazy wg metody opracowanej przez P.O.Seglana z niewielkimi modyfikacjami.

W badaniach sekcyjnych zwierząt, którym podano izolowane hepatocyty, stwierdzano nacieki o średnicy 2-5 mm biegnące wzdłuż tętnic kręzkowych górnych, gdzie stwierdzono histologicznie komórki nabłonkowe, zawierające glikogen, mogące z dużym prawdopodobieństwem być hepatocytami.

Rafał Górski

Własna modyfikacja wytwarzania workowatego tętniaka eksperymentalnego aorty brzusznej u szczura.

SKN przy Zakładzie Anatomii Prawidłowej Instytutu Biostruktury

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Ryszard Aleksandrowicz

Opiekun Koła i pracy: lek. Bogdan Cizek

Opisywane w literaturze mikrochirurgiczne metody wytwarzania workowatych tętniaków eksperymentalnych z użyciem żyły, polegają na wszyciu łąty bądź odcinka żyły w ścianę tętnicy metodą koniec do boku. W tej ostatniej metodzie, bezpośrednio po wykonaniu zespolenia otrzymujemy tętniak, jednakże jego szerokość jest warunkowana średnicą użytej żyły.

W celu uniknięcia tej niedogodności wprowadzono modyfikację, polegającą na zespoleniu aorty brzusznej szczura z przyległym odcinkiem żyły głównej dolnej, metodą bok do boku. Metoda ta umożliwia otrzymywanie tętniaków wielokształtnych, o zróżnicowanych wymiarach, dość wiernie imitujących tętniaki tętnic wewnątrzczaszkowych.

Opisaną wyżej metodą zoperowano 15 zwierząt. Tylko w jednym przypadku po dwóch tygodniach stwierdzono skrzeplinę w świetle tętniaka. W pozostałych przypadkach obserwowano hemodynamiczną aktywność tętniaków.

Bożena Soniak

Dylematy etyczne pielęgniarek w oddziałach onkologicznych

SKN Etyków i Historyków przy Międzywydziałowym Zakładzie Etyki Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik Międzywydziałowego Zakładu Etyki: Prof. dr hab. Józef Staszyc

Opiekun Koła: dr n.hum. Irena Wrońska

Etyczny dylemat jest „wyborem odwołującym się do naszych przekonań i odczuć o tym, co my rzeczywiście uważamy jako dobre i słuszne w świetle wartości i zasad moralnych i według tych kryteriów pragniemy postępować”¹⁾.

1. A.J. Davies, M.A. Aroskar. Ethical dilemmas and nursing practice. Sec. ed. Appleton – Century – Crofts. Norwalk, Connecticut. 1983 s. 6 w: I. Wrońska: Podstawy etyki pielęgniarstwa. PTP Warszawa 1993.

Dylematy etyczne mogą powstać na podłożu konfliktów moralnych między powinnościami pielęgniarek a prawami pacjentów, pełnionych przez nie ról społecznych, atmosfery pracy panującej w określonej jednostce organizacyjnej. Pielęgniarki w swojej pracy mogą spotkać z różnymi dylematami. Celem pracy będzie próba określenia specyficznych dylematów etycznych występujących u pielęgniarek pracujących w oddziałach onkologicznych.

Badaniem objęto 30 pielęgniarek w Onkologicznym Specjalistycznym ZOZ-ie w Lublinie oraz 30 pacjentów tego szpitala.

W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety dla obu grup badanych, obserwację uczestniczącą oraz wywiad z pielęgniarkami. Badania przeprowadzono w czerwcu i lipcu 1992 roku.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można wyciągnąć następujące wnioski:

1. podejmowanie etycznie słusznych wyborów jest utrudnione ze względu na to iż: pielęgniarki mają trudności w nawiązywaniu kontaktu z chorymi. Trudności te często wynikają z braku cech osobowościowych właściwych dla pełnienia funkcji pielęgnacyjnej tj. cierpliwości, zdolności do empatii, odporności psychicznej.

2. brak kompetencji zawodowych pielęgniarki pracującej w oddziale onkologicznym – często rodzi konflikt między pielęgniarką a pacjentem mający swe źródło w negatywnym nastawieniu chorych do procesu leczenia i kompleksowej opieki.

Rozwiązanie tych dylematów jest przejawem wysokiej kultury moralnej wszystkich pracowników służby zdrowia.

Małgorzata Kohutnicka

Porównanie przebiegu zapalenia stawów u szczurów z różnymi typami nadciśnienia oraz u szczurów normotensyjnych

SKN przy Katedrze Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej

Kierownik Zakładu: Prof. nadzw. dr hab.med. Andrzej Członkowski

Opiekun pracy: dr med. Ewa Widy-Tyszkiewicz

Zapalenie stawów wywołane adiuwantem Freund'a jest uważane za zwierzęcy model reumatoidalnego zapalenia stawów występującego u człowieka. Powoduje ono m.in. zmiany w układzie opioidowym w obrębie ośrodkowego

i obwodowego układu nerwowego. Peptydy i receptory opioidowe odgrywają rolę w regulacji ciśnienia krwi, stwierdzono je w obszarach mózgu związanych z kontrolą układu sercowo-naczyniowego.

Celem przeprowadzonych badań było porównanie przebiegu reakcji zapalnej wywołanej dopodeszwowym podaniem adiuwantu Freund'a u szczurów normotensyjnych – Wistar (NR), Wistar Kyoto (WKY) oraz szczurów z nadciśnieniem genetycznie uwarunkowanym (SHR) i nadciśnieniem pochodzenia nerkowego (RHR). Przez 11 tygodni oceniano zmiany zapalne występujące na kończynach oraz przyrost masy ciała.

Najsilniej wyrażone zmiany zapalne wystąpiły u szczurów NR i SHR, najslabiej u szczurów WKY. Przyrost masy ciała u szczurów WKY był większy w porównaniu z SHR, NR i RHR.

Uzyskane wyniki pozwalają wnioskować, że obserwowane różnice w przebiegu reakcji zapalnej nie zależą od nadciśnienia, natomiast mogą być wynikiem różnic międzyszczepowych lub związanych ze zmianami w układzie opioidowym.

Przemysław Bieńkowski

Wpływ haloperidolu na aktywność fosfatazy alkalicznej w kościach szczura SKN przy Zespole Dydaktycznym Biochemii II Wydziału Lekarskiego A.M.

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Bogdan Szukalski

Opiekun koła: dr n.med. Ewa Wieniawska-Szewczyk

Badano wpływ haloperidolu podawanego 10 szczurom rasy Wistar WAG oo w dawce 0,5 mg/kg/dobę przez 2 tygodnie na aktywność fosfatazy alkalicznej w kościach długich.

Stwierdzono statystycznie znamienne wzrost aktywności fosfatazy u szczurów otrzymujących haloperidol w porównaniu z grupą kontrolną.

Wpływ haloperidolu na metabolizm tkanki kostnej jest prawdopodobnie pośredni. Lek ten hamuje bowiem uwalnianie glikokortykosteroidów, które kontrolują układ ujemnego sprzężenia zwrotnego między osteogenezą i resorpcją kości.

Ponieważ haloperidol wykazuje zdolność blokowania receptora D₁ w przytarczycach, może on modyfikować sekrecję parathormonu i w ten sposób wpływać na syntezę aktywnej witaminy D z kalciferolu.

P. Abramczyk

Rola naczyniowej sieci nadnerczowo-nerkowej w nadciśnieniu tętniczym w przebiegu regeneracji nadnercza u szczurów

SKN przy Katedrze Fizjologii Człowieka

Kierownik Katedry: Prof. dr hab.n.med. Andrzej Trzebski

Opiekun koła i pracy: dr hab. Jacek Przybylski

Istnienie bezpośredniego naczyniowego połączenia między nadnerczem a nerką (Cow, J.Physiol. Lond. 1914, 48, 443) opisano u kota, szczura a ostatnio i u człowieka. Celem pracy było zbadanie hipotetycznej roli powyższego połączenia naczyniowego w rozwoju nadciśnienia tętniczego pojawiającego się w przebiegu regeneracji nadnercza.

Dwadzieścia jeden młodych samic, szczurów szczepu Wistar zostało podzielonych na trzy grupy. W pierwszej (S) usunięto lewe nadnercze i lewą nerkę. Natomiast, prawe nadnercze, po wykonaniu nacięcia mechanicznie uciskano z siłą powodującą wyciśnięcie rdzenia. W drugiej grupie (E), by uniknąć bezpośredniego wpływu hormonów regenerującego nadnercza na ipsilateralną nerkę, enukleacji nadnercza i usunięcia nerki dokonano po tej samej stronie równocześnie usuwając pozostałe nadnercze. W grupie kontrolnej (C) usunięto jedną nerkę. Wyniki po 8 tygodniu doświadczenia przedstawiono w tabelce, $p < 0.01$

Grupa	C	S	E
SBP mmHg	122±1,8	162±6,4	142±3,5

Wyniki wskazują na rolę nadnerczowo-nerkowej sieci dziwnej w patogenezie tego modelu nadciśnienia tętniczego.

Andrzej Osuch, Roman Radomski

Jodotyryninowa 5-dejodynaza w wątrobie szczura, wpływ nadmiaru jodu

SKN przy Klinice Endokrynologii A.M.

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab.med. Janusz Nauman

Opiekun Koła: dr hab. med. Ewa Bar-Andziak

Opiekun pracy: dr hab. Alicja Nauman

Jodotyroninowe dejodynazy katalizują tarczycową i pozatarczycową konwersję tyroksyny (prohormonu) do trijodotyroniny (hormonu aktywnego).

Regulują tym samym najważniejszy etap przemian hormonów tarczycy odpowiadając za stężenie T3 w samym gruczole tarczowym, we krwi i we wszystkich tkankach obwodowych. Badaliśmy wpływ nadmiaru jodu w diecie na aktywność jodotyroninowej 5-dejodynazy typu I (5-D-I) w wątrobie szczura obserwując wartość wskaźnika T3/T4 w surowicy. Doświadczenie zostało przeprowadzone na 50 samicach szczyrych szczepu Wistar podzielonych na 3 grupy: grupa kontrolna otrzymywała pokarm standardowy i wodę, w dwóch grupach badanych (A i B) zwierzętom podawano dodatkowo codziennie przez 14 dni jod w postaci wodnego roztworu KJ – ok. 4-krotne dzienne zapotrzebowanie. Aktywność enzymu oznaczono we frakcji mikrosomalnej hepatocytów metodą chromatografii jonowymiennej przy użyciu znakowanej rT3, stężenia hormonów – metodą radioimmunologiczną. Istotność statystyczną wyników oceniono testem t-Studenta przyjmując poziom istotności $p < 0.05$. Nastąpił nieznaczny wzrost aktywności enzymu w grupie B, w grupie A aktywność nie zmieniła się. Stężenia T4 były w obu grupach badanych podobne do grupy kontrolnej, stężenia T3 uległy istotnemu obniżeniu. Wartość wskaźnika T3/T4 w gr. A obniżyła się początkowo znacznie, dążąc następnie do normalizacji. W gr. B obniżenie było początkowo nieznaczne, ulegając dalej pogłębieniu. Powyższe dane wskazują na nie znaczący wpływ nadmiaru jodu na aktywność 5-dejodynazy typu I w wątrobie. Obserwowane zmiany w zakresie stężeń hormonów tarczycy w surowicy krwi zależą zatem zapewne od innych czynników niż obwodowa monodejodynacja.

Projekt pracy został nagrodzony przez Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne w konkursie studenckich projektów badawczych. Część doświadczenia wykonano w Zakładzie Biochemii CMKP w Warszawie.

W. Buczek, M. Wysocka, E. Wciślak, P. Radwan, M. Niemiec
Miażdżycza wieńcowa u osób chorych na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze
SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej
Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Stefan Kruś
Opiekun Koła: Prof. dr hab. Stefan Kruś

Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca są uważane za czynniki zagrożenia miażdżycą. Wobec licznych niespodzianek, wychodzących na jaw podczas badania sekcyjnego, sprawdzono nasilenie miażdżycy wieńcowej w grupie kontrolnej, (I, osoby bez czynników modyfikujących miażdżycę: nadciśnienie-

nia, cukrzycy, alkoholizmu, marskości wątroby i nowotworów złośliwych), w grupie z nadciśnieniem (II), w grupie z cukrzycą (III), i w grupie z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą (IV). Nasilenie miażdżycy określono na przekrojach poprzecznych jako 0 (bez zmian), 1 (minimalne, płaskie blaszki, nie zwięzające światła), 2 (zwięzienie o 25-50%), 3 (zwięzienie o 50-75%), 4 (zwięzienie o więcej niż 75%, aż do niemal zupełnego zamknięcia). Ponieważ oceny w ciągu lat dokonywały różne osoby, za bezwzględnie pewną uznano ocenę stopnia 0-1 i 4. Te wartości wzięto pod uwagę. Rozpatrywano mężczyzn i kobiety w dekadach wieku 41-50 lat do powyżej 81. W grupie I w miarę wieku spada odsetek miażdżycy 0-1 (wartości wyższe u kobiet niż u mężczyzn) i wzrasta odsetek miażdżycy 4 (wartości wyższe u mężczyzn niż u kobiet). U kobiet w dekadzie 51-60 odsetek miażdżycy 0-1 i 4 jest zbliżony w grupach I, II, III, w grupie IV zwraca uwagę 4-krotna przewaga stopnia 4. W dekadach 61-70 i 71-80 odsetek miażdżycy 4 jest wyższy a 0-1 niższy w grupach II, III, IV o około 50% (wartości w każdej grupie bliskie sobie). Powyżej 81 r.ż. wartości w grupach I, II, III są podobne, w IV – bardziej niekorzystne. U mężczyzn odsetek miażdżycy 4 jest 2-3-krotnie wyższy w grupach II, III, IV w dekadach 51-60 i 61-70, o 50% wyższy w dekadzie 71-80. Powyżej 81 r.ż. odsetki są zbliżone we wszystkich czterech grupach. Obserwacje te są przybliżeniami odzwierciedlającymi tendencje.

M. Wysocka, P. Radwan, W. Buczek, E. Wciślak, M. Niemiec
Zawał mięśnia sercowego w populacji z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą.
Obserwacje autopsyjne.

SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej
Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Stefan Kruś
Opiekun Koła: Prof., dr hab. Stefan Kruś

Obserwacje dotyczą grup:

I – kontrolna – bez czynników modyfikujących miażdżycę wieńcową.

II – nadciśnienie tętnicze.

III – cukrzyca.

IV – cukrzyca z nadciśnieniem.

W grupie I odsetek zawałów wynosił w dekadach: 41-50 K: 4,9 M: 18,5;
51-60 K: 15,1 M: 27,7; 61-70 K: 22,2 M: 27,1; 71-80 K: 19,4 M: 25,2; 81

K: 13,2 M: 20,1. W grupie II odsetki te były wyraźnie wyższe u kobiet (dekada 41-50 4-krotnie, 61-70 2-krotnie), u mężczyzn w grupie I i II były zbliżone. W grupie III u kobiet odsetki były podobne jak w grupie II z podobną przewagą nad grupą I, u mężczyzn wyższe niż w grupie I lub II) o ok. 1/3, w dekadzie 41-50 2-krotnie). W grupie IV odsetki były zbliżone do odsetek w grupie III u obu płci.

W grupie I wśród osób z miażdżycą 0-1 na zawał serca zapadło: 2-4% kobiet i 5-8% mężczyzn, w grupie II zależnie od dekady 5-12% kobiet i 0% mężczyzn, w grupach III i IV 0% kobiet i mężczyzn. W populacji z miażdżycą 4 zawał powstał u ok. 50% kobiet i mężczyzn każdej grupy, z największymi odsetkami u kobiet grupy III. Odsetki te były nieznacznie niższe w grupie IV.

U osób z miażdżycą 0-1 powstanie zawału przypisuje się skurczom ściany tętnicy (być może na tle emocjonalnym). Dlaczego do zawału nie dochodzi wtedy u mężczyzn z nadciśnieniem i u osób obu płci cierpiących na cukrzycę, nie wiadomo. Sprawa wymaga dyskusji i zgromadzenia większej liczby obserwacji.

Mariusz Gujski, Paweł Poppe, Łukasz Preibisz

Wpływ fenistilu na niektóre zmiany występujące podczas procesu niedokrwienia – reperfuzja mięśnia sercowego szczura

SKN przy Klinice Patofizjologii w Warszawie

Kierownik Kliniki i opiekun Koła: Prof. dr hab. Sławomir Maśliński

W pracy badano wpływ blokera receptora histaminowego H1-FENISTILU na modelu niedokrwienia – reperfuzja mięśnia sercowego szczura, poprzez monitorowanie stężenia enzymów inaktywujących wolne rodniki tlenowe (scavengers), którymi są dysmutaza ponadtlenkowa (SOD), katalaza (CAT), peroksydaza glutationowa (GPx).

Proces niedokrwienia powoduje po kilku sekundach przejście metabolizmu tlenowego na szlaki niezależne od tlenu (glikoliza). Bez tlenu jako finalnego akceptora elektronów wszystkie komponenty enzymatycznego łańcucha oddechowego ulegają redukcji, co doprowadza do niekompletnej redukcji tlenu rozpuszczonego w lipidowej warstwie błon mitochondrialnych i wzrostu w niedokrwionych mitochondriach stężenia anionu ponadtlenko-

wego. Aniony ponadtlenkowe są związkami bardzo aktywnymi chemicznie i poza mitochondriami wchodzą w szybkie, niekontrolowane reakcje chemiczne ze wszystkimi praktycznie komponentami komórkowymi, prowadząc do ich uszkodzenia. Szczególnie niebezpieczny jest proces peroksydacji lipidów błon komórkowych ze względu na „propagację” reakcji wolnorodnikowych.

Ponadto źródłem wolnych rodników tlenowych są poza komórkami serca granulocyty obojętnochłonne, które naciekają reperfundowany mięsień sercowy.

Histamina może aktywować granulocyty, a tym samym wzmacniać w nich produkcję wolnych rodników tlenowych. Użyty środek antyhistaminowy FE-NISTIL blokuje receptory histaminowe H1 oraz stabilizuje błonę komórki tłuszcznej. Wydaje się, że jego zastosowanie obniża ilość uwalnianej w mięśniu sercowym histaminy oraz poprzez zablokowanie receptorów histaminowych H1 zapobiega aktywacji granulocytów, a tym samym zapobiega wzrostowi stężenia wolnych rodników tlenowych i następczej aktywacji procesu peroksydacji lipidów.

I. Wrońska

Badania porównawcze nad częstością występowania zmian chorobowych szyjki macicy u kobiet wiejskich na podstawie wyników cytologicznych wykonywanych w Ośrodku Zdrowia w Dubience.

SKN przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii A.M. w Lublinie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. D. Chibowski

Opiekun koła: dr M. Łopuszyńska

Opiekunowie pracy: doc. E.Korobowicz, dr M. Łopuszyńska, dr H. Caban

Celem pracy było porównanie wyników badań cytologicznych u kobiet wiejskich, przeprowadzonych w lipcu 1991 i w lipcu 1992. Badaną populację stanowiło 40 kobiet, u których dokonano wymazów ocenionych w/g skali Papanicolau. Po badaniu i leczeniu w 1991 r. pacjentki były ponownie przebadane w roku 1992. W obu badaniach zastosowano ten sam sposób pobierania materiału. Wymazy były oceniane przez tę samą osobę.

Nie mniej niż 45% badanej populacji wykazywało zmiany w nabłonku, w 27,5% nie znaleziono zmian.

Badania wykazały niedostateczność opieki medycznej i podstawowej wiedzy zdrowotnej.

I. Wrońska

Częstość występowania zmian chorobowych szyjki macicy u kobiet wiejskich na podstawie wyników wymazów cytologicznych wykonywanych w Ośrodku Zdrowia w Dubience

SKN przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii A.M. w Lublinie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. D. Chibowski

Opiekun Koła: dr M. Łopuszyńska

Opiekunowie pracy: doc. E. Korobowicz, dr M. Łopuszyńska, dr H. Caban.

Celem pracy była ocena stanu nabłonka szyjki macicy u kobiet wiejskich i porównanie uzyskanych wyników z wynikami populacji miejskiej.

Badaną populację stanowiły kobiety przebadane w O.Z. w Dubience w czasie studenckiej praktyki wakacyjnej w lipcu 1992. Wymazy z szyjki macicy były oceniane w/g skali Papanicolau. Rezultaty porównano z wynikami u 230 kobiet miejskich, u których przeprowadzono identyczne badania. Badania wykazały większą liczbę zmian u kobiet wiejskich.

Stan oświaty zdrowotnej, świadomość zdrowotna i wczesne wykrywanie zmian chorobowych w szyjce macicy są niewystarczające.

Grzegorz Gut, Piotr Woźniak

Ocena wpływu promieniowania laserowego małej mocy na proces gojenia się ran

SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury i SKN Traumatologii i Biomechaniki Klinicznej przy Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie

kierownik Zakładu: prof. dr hab. J. Komender

Ordynator: dr Jerzy Artych

Opiekunowie Koła: dr med. P. Skopinski, dr med. W. Glinkowski

Opiekunowie pracy: dr med. D. Śladowski, dr med. W. Glinkowski

Urządzenia laserowe stosuje się od wielu lat w medycynie. Szczególnie znane jest zastosowanie laserów dużej mocy w chirurgii (chirurgia oka, neurochirurgia, ginekologia i in.). Lasery małej mocy są natomiast wykorzystywane głównie w celu pobudzenia procesów gojenia się ran miękkich i tkanki kostnej. Brak jednoznacznie potwierdzonych i przekonujących do-

wodów laboratoryjnych, uzasadniających takie postępowanie, był powodem podjęcia przez nas próby oceny wpływu promieniowania laserowego małej mocy na gojenie się ran. Eksperyment został przeprowadzony na dziewięciu 6-tygodniowych samicach szczura rasy WAG o masie 100 g każda. Do zabiegu zwierzęta zostały uśpione krótko działającym barbituranem. Za pomocą wiertła dentystycznego o średnicy 1 mm wytworzono symetryczne ubytki kostne w trzonach kości udowych obu nóg. Biostymulację prowadzono tylko po jednej stronie co drugi dzień przez 10 minut używając zestawu LBM-3A, który składa się z dwóch laserów: helowo-neonowego ($\lambda = 632,8$ nm, $P = 2$ mW) i pulsacyjnego lasera półprzewodnikowego ($f = 2,4$ KHz, $\lambda = 904$ nm, moc pojedynczego impulsu do 15 W). Po 3 tygodniach proces gojenia się wytworzonych ubytków oceniono metodami morfologicznymi. Uzyskane wyniki wskazują, że proces gojenia się ran ulega przyspieszeniu pod wpływem naświetlania zastosowanymi laserami małej mocy.

Piotr Woźniak, Grzegorz Gut, Marcin Pokora

Ocena penetracji promieniowania laserowego małej mocy o różnych długościach fali przez wybrane tkanki i materiały opatrunkowe stosowane w medycynie

SKN Traumatologii i Biomechaniki Klinicznej przy Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie, SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury A.M. w Warszawie

Ordynator: Dr Jerzy Artych

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. J., Komender

Opiekunowie koła: dr med. W. Glinkowski, dr med. P. Skopiński

Opiekunowie pracy: dr med. W. Glinkowski, dr med. D. Śladowski

Urządzenia laserowe, wzmacniające falę elektromagnetyczną na drodze wymuszonej emisji promieniowania, generują spójną wiązkę, składającą się z fotonów o tej samej energii, fazie, długości fali i kierunku. Używając lasera dużej mocy można skoncentrować na małym obszarze energię wystarczającą do zniszczenia tkanki, co znalazło zastosowanie podczas precyzyjnych zabiegów chirurgicznych. Promieniowanie o małej mocy stymuluje natomiast fizjologiczne procesy naświetlanych tkanek, nie zmieniając ich temperatury

wewnętrznej. Pomimo szerokiego zastosowania laserów w klinice, mechanizm tych zjawisk nie jest nadal do końca poznany. Laser helowo-neonowy, jest używany m.in., w dermatologii, akupunkturze, okulistyce i reumatologii. W połączeniu z laserem półprzewodnikowym stosuje się go celem przyspieszenia gojenia się złamań kostnych, owrzodzeń podudzi, blizn pooperacyjnych, łagodzenia bólu i hamowania procesów zapalnych. Z uwagi na trudny dostęp do leczonych miejsc bądź z powodów anatomicznych (np. złamanie kości) lub zastosowanych opatrunków (np. opatrunek gipsowy) stosuje się naświetlanie pośrednie. Ilość energii docierającej do leczonych tkanek różni się więc znacznie od energii zastosowanego źródła promieniowania. W powyższym kontekście oznaczenie zdolności różnych tkanek i materiałów opatrunkowych do pochłaniania i rozpraszania wiązki światła laserowego jest, jak się wydaje, bardzo istotne dla wyjaśnienia zjawisk towarzyszących naświetlaniu, oraz prowadzenia terapii w sposób bardziej planowy i ukierunkowany.

Piotr Woźniak, Grzegorz Gut, Marcin Pokora

Ocena wpływu promieniowania laserowego UV na przeżywalność komórek nowotworowych

SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury i SKN Traumatologii i Biomechaniki Klinicznej przy Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof.dr hab. J. Komender

Ordynator: Dr Jerzy Artych

Opiekunowie Koła: dr P. Skopiński, dr med. W. Glinkowski

Opiekunowie pracy: dr med. D. Śladowski, dr med. W. Glinkowski, mgr Ewa Lesiak-Cyganowska

Komórki nowotworowe, nawet pojedyncze, pozostawione po chirurgicznym usunięciu tkanek nowotworowych, mogą powodować wznowę choroby. Jednym, z możliwych rozwiązań tego problemu może okazać się śródoperacyjne naświetlanie promieniowaniem UV przy zastosowaniu substancji fotouczulających. Najbardziej przydatnym typem substancji do tego typu terapii są, jak się wydaje, porfiryny, z uwagi na ich wybiórcze gromadzenie

się w szybkodzielących się komórkach. Zastosowanie lasera UV jako źródła promieniowania umożliwia uzyskanie krótkiego czasu naświetlania przy braku efektu cieplnego. W pracy oceniano wpływ promieniowania ultrafioletowego (441,6 nm) generowanego przez laser helowo-kadmowy o mocy 5 mW na żywotność ludzkich komórek nowotworowych w obecności protoporfiryny IX. Wyniki wykazały, iż nawet niewielkie stężenie protoporfiryny IX kilkakrotnie nasilają cytotoksyczne działanie promieniowania UV, co w przypadku nowotworów o komórkach szybkodzielących się może znaleźć zastosowanie w klinice.

Piotr Woźniak, Grzegorz Gut

Ocena przydatności densytometrii laserowej radiogramów dłoni dla przesiewowych badań zaburzeń mineralizacji tkanki kostnej

SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii Instytutu Biostruktury

Kierownik Zakładu: prof.dr hab. J. Komender

Opiekunowie pracy: dr med. D. Śladowski, lek. med. B. Śladowska

Zaburzenia mineralizacji kości są nie tylko problemem klinicznym ale również społecznym i ekonomicznym. Wynikiem tych zaburzeń mogą być bóle kostne, deformacje, złamania, głównie szyjki kości udowej i kręgosłupa. Złamania tego typu mogą prowadzić do trwałego kalectwa, a nawet być bezpośrednią przyczyną śmierci, szczególnie u osób w podeszłym wieku. Leczenie następstw zaburzeń mineralizacji jest bardzo kosztowne, dlatego też na całym świecie poszukuje się skutecznych i tanich metod wczesnego ich rozpoznawania i leczenia.

Celem przedstawianej pracy była ocena przydatności densytometrii laserowej radiogramów dłoni dla przesiewowych badań stanu mineralizacji tkanki kostnej. Metoda ta umożliwia wykonanie badania nawet w małych ośrodkach, nie dysponujących kosztowną specjalistyczną aparaturą, niezbędną do badań takimi metodami jak: ilościowa tomografia komputerowa albo absorpcjometria promieniowania r_{tg} o podwójnej energii. Badania przeprowadzono u 23 zdrowych osób. Radiogramy dłoni wykonywano za pomocą standardowego aparatu RTG na błonie mammograficznej. Pomiary densytometryczne przeprowadzone są za pomocą densytometru laserowego firmy

LKB Gelscan XL, sprzężonego z systemem komputerowym. Porównanie wyników, uzyskanych metodą densytometryczną z wynikami QCT wykazało istnienie istotnej statystycznie korelacji. Wskazuje to, że metoda ta może okazać się bardzo przydatna jako wstępne, tanie badanie, oceniające stan mineralizacji tkanki kostnej.

Anna Dąbrowska

Badania zakresu wiedzy o chorobach nowotworowych wśród studentów VI roku A.M. w Warszawie

SKN przy Zakładzie Teleradioterapii 2 Centrum Onkologii – Ursynów

Kierownik Zakładu – Prof. dr hab.med. Andrzej Hliniak

Opiekun Koła: lek.med. Regina Karczmarczyk

Opiekun pracy: lek.med. Regina Karczmarczyk

W 1991 i 1992 przeprowadzono ankietę pośród studentów VI roku AM w Warszawie (średnio na 3 miesiące przed uzyskaniem dyplomu). Badanie to miało na celu ujawnienie poziomu wiedzy o chorobach nowotworowych i dotyczyło następujących zagadnień:

– poziomu nauczania teoretycznego – obecność poszczególnych problemów dotyczących wykrywania, prewencji, epidemiologii jak i leczenia w szerokim aspekcie,

– klinicznego doświadczenia studentów – przez bezpośredni kontakt z pacjentami.

Ponad 95% badanych studentów odnotowuje odbycie zajęć teoretycznych na temat najbardziej rozpowszechnionych chorób nowotworowych (rak płuca, rak sutka, rak jelita grubego, rak szyjki macicy). Przeciętna liczba oglądanych pacjentów z w/w typami nowotworów wynosi 5.

Ponad 60% uczestników ankiety neguje odbycie zajęć teoretycznych na temat mniej rozpowszechnionych rodzajów nowotworów (rak jamy ustnej, guzy ślinianek, mięsaki). Dane te korelują z brakiem wiedzy praktycznej (około 50% badanych nie widziało żadnych przypadków klinicznych). Podobnie wygląda sytuacja w przypadku raka tarczycy, guzów kości i czerniaka.

Według opinii studentów tylko następującym zagadnieniom poświęca się wystarczającą ilość uwagi:

- epidemiologia
- grupy wysokiego ryzyka – 80-90% badanych
- leczenie bólu
- wczesne wykrycie, 60% badanych
- biologia guzów.

Ponad 90% studentów uważa swoją wiedzę za niewystarczającą w następujących dziedzinach:

- psychospołeczne aspekty leczenia nowotworów
- umiejętność rozmowy i nawiązywanie kontaktów z chorymi i ich rodzinami
- wsparcie psychiczne i społeczne pacjentów
- opieka nad chorym w stanie terminalnym
- alternatywne metody leczenia raka.

Wykonane badania wyraźnie wskazują na konieczność położenia większego nacisku na kształcenie praktyczne i bardziej kompleksowe podejście do leczenia chorób nowotworowych.

Michał Hetman, Paul Saftig*, Kurt von Figura*, Christoph Peters*
Podobieństwa i różnice w budowie regionów promotora genu katepsyny D myszy i człowieka

SKN Onkologii Eksperymentalnej przy Zakładzie Cytologii Klinicznej CMKP

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Jerzy Kawiak

Opiekun Koła: prof.dr hab. Jerzy Kawiak

Katepsyna D (CatD), główna lizosomalna proteaza asparaginowa, podlega ekspresji we wszystkich tkankach organizmu. Inaczej jednak niż w przypadkach typowych genów metabolizmu podstawowego, jej ekspresja waha się znacznie pomiędzy różnymi rodzajami tkanek i może być indukowana przez witaminę D oraz estrogeny. Wadliwa regulacja ekspresji, doprowadzająca do nadmiernej produkcji enzymu, może mieć istotne znaczenie w procesach patologicznych, zwłaszcza w powstawaniu przerzutów nowotworowych.

* Biochemie II, Georg August Universitaet Goettingen, W 3400 Goettingen, RFN

Aby lepiej poznać mechanizmy regulujące ekspresję katepsyny D na poziomie transkrypcji scharakteryzowano region promotora mysiego genu katepsyny D. Przybliżone położenie promotora określono przez identyfikację punktów początkowych transkrypcji. Synteza cDNA ze znakowanym startem o sekwencji anty – sensownej do sekwencji 1.ezgonu wykazała 2 początki transkrypcji, 1. w pozycji – 176, 2. w pozycji – 136 od ATG. W celu zademonstrowania aktywności promotora umieszczono fragment o długości 1,3 kb z regionu 5' genu/koniec 3' położony 30 bp 5' od ATG katepsyny D /5' od genu reporterowego acetylotransferazy chloramfenikolu pozbawionego własnego promotora. Fragment kierował ekspresję genu reporterowego w komórkach BHK-21. Uzyskano sekwencję nukleotydową odcinka o długości 807 bp 5' i 227 bp 3' od ATG. Analiza sekwencji wykazała potencjalne elementy regulatorowe. Są wśród nich 3 bloki CCAAT, 4 bloki GC, 6 bloków E, motywy palindromiczne, zawierające TCA i/lub TGA, a także 2 elementy odpowiedzi na CAMP (CRE). Tak jak inne geny metabolizmu podstawowego, gen katepsyny D myszy nie zawiera motywu TATA a zawartość G + C i CpG w regionie 5' jest wysoka.

Porównanie sekwencji regionów promotora genu CatD myszy i człowieka wykazało istnienie 4 bloków homologii o identyczności sekwencji przekraczającej 70%. Jeden z nich obejmuje punkty początku transkrypcji. Tylko trzy zidentyfikowane elementy regulatorowe są zachowane w obydwu promotorach. Są to GC (pozycja -134), blok E (pozycja – 120) i blok CRE (pozycja 4). Promotor człowieka w odróżnieniu od promotora myszy 1. nie zawiera bloków CAAT, 2. zawiera 4 potencjalne miejsca wiązania czynnika AP-2. Zachowany w ewolucji blok E stanowi część elementu mogącego potencjalnie wiązać białko c-myc. Możliwość regulacji ekspresji katepsyny D przez c-myc jest bardzo interesująca. Nadmierna ekspresja katepsyny D wykazuje korelację z nadmierną ekspresją genu c-myc w pewnych postaciach raka sutka. W nowotworach tych nadmierna ekspresja katepsyny D jest złym czynnikiem prognostycznym. Wpływanie na ekspresję katepsyny D może okazać się obiecujące w terapii pewnych nowotworów.

Praca została wykonana w 2. Zakładzie Biochemii, Centrum Biochemii Uniwersytetu Georga Augusta w Getyndze, Gosslerstr. 12d, W – 3400 Goettingen, RFN. Praca była dotowana przez program TEMPUS dla M.H. i Fonds der Chemischen Industrie.

Michał Hetman, Astrid Perschl, Paul Saftig*, Kurt von Figura*,
Christoph Peters***

Filogenetyczna zachowawczość organizacji genu katepsyny D u myszy i człowieka

SKN Onkologii Eksperymentalnej przy Zakładzie Cytologii Klinicznej
CMKP

Kierownik Zakładu i opiekun Koła: prof. dr hab. Jerzy Kawiak

Katepsyna D (CatD) jest główną lizosomalną proteazą asparaginową. Dane pośrednie wskazują na udział tego enzymu w wielu procesach fizjologicznych i patologicznych. Są wśród nich m.in. przygotowanie antygeny do prezentacji limfocytom, sekrecja i aktywacja enzymów i hormonów, reakcja cytotoksyczna z udziałem limfocytów T, inwolucja gruczołu sutkowego po okresie karmienia, inwolucja macicy po porodzie, zapalenie, tworzenie przerzutów nowotworowych a także neurodegeneracja. Aby uzyskać bezpośredni wgląd w czynność katepsyny D sklonowano fragment genomowego DNA myszy zawierający gen katepsyny D.

Jako sondy do przeszukania kosmidowej biblioteki genomowego DNA myszy użyto cDNA ludzkiej katepsyny D. Zidentyfikowano 8 hybrydujących klonów (m CD 1-8). Klon mCD1 został wyizolowany i poddany analizie z użyciem różnych enzymów restrykcyjnych oraz sond oligonukleotydowych o sekwencjach, odpowiadających regionom 5' i 3' mysiego cDNA. Fragmenty powstałe w wyniku trawienia enzymami restrykcyjnymi EcoR I i HIND III, które hybryduowały z wymienionymi sondami, zostały klonowane i użyte do dalszej charakteryzacji genu. Położenie egzonów i intronów zostało określone przez mapowanie restrykcyjne, hybrydyzację z odpowiednimi sondami oligonukleotydowymi i sekwencjonowanie DNA. Uzyskano sekwencje nukleotydowe wszystkich egzonów, granic egzon/intron, a także regionów 5' i 3' genu. Mysi gen katepsyny D obejmuje około 11 kb genomowego DNA. W jego skład wchodzi 9 egzonów i 8 intronów. Wielkość egzonów waha się od 99 do 823 bp, a intronów od 94 bp do około 3,2 kb. Egzon 9, o długości 823 bp. zawiera odcinek 168 bp. który podlega translacji. Wszystkie granice egzon/intron spełniają zasadę GT-AG. Od pozycji nukleotydowej 796 egzonu 9 rozpoczynają się dwa nakładające się sygnały poliadenylacji.

* Biochemie II, Georg August Universitaet Goettingen, W 3400 Goettingen, RFN

** The Salk Institute, San Diego, CA 92138 – 9216, USA

Jest to w zgodzie ze stwierdzeniem tylko jednego rodzaju mRNA dla mysiej katepsyny D (około 2 kb długości).

Porównanie genu katepsyny D myszy i człowieka wykazuje jego silną zachowawczość ewolucyjną. W kodującym regionie identyczność przewidywanej sekwencji aminokwasów sięga 81%. Granice egzon/intron przypadają na identyczne aminokwasy. Wielkość intronów jest podobna. Jedyne istotne różnice w wielkości egzonów dotyczą 1 i 9 i są spowodowane różnicami w długości regionów nie podlegających translacji. Dane te są zgodne z opisywanymi podobieństwami sekwencji kodujących i organizacji genów pomiędzy proteazami asparaginowymi (CatD, pepsynogenem A i C, reniną) u człowieka i są argumentem na rzecz wspólnego i stosunkowo starego ewolucyjnie rodowodu proteaz asparaginowych.

Praca została wykonana w 2. Zakładzie Biochemii Uniwersytetu Georga Augusta w Getyndze, Gosslerstr. 12d, W-3400 Goettingen. Praca była dotowana przez program TEMPUS dla M.H. i Fonds der Chemischen Industrie.

Michał Hetman, Paul Saftig*, Kurt von Figura*, Christoph Peters*

Locus genu katepsyny D myszy znajduje się w chromosomie 4

STN Onkologii Eksperymentalnej przy Zakładzie Cytologii Klinicznej CMKP

Kierownik Zakładu i opiekun Koła: prof.dr hab. Jerzy Kawiak

Katepsyna D (CatD) należy obok pepsynogenu A i C, reniny i katepsyny E do rodziny proteaz asparaginowych. Ze względu na znaczną zachowawczość ewolucyjną sekwencji kodujących, jak również organizacji genów w obrębie tej rodziny, postuluje się wspólny rodowód proteaz asparaginowych.

Aby móc lepiej prześledzić molekularną ewolucję proteaz asparaginowych, jak również ewolucję chromosomów, oznaczono położenie locus CatD w genomie myszy. Przy pomocy sondy genomowej X1, wyizolowanej z klonu mCD1 zidentyfikowano polimorfizm fragmentów restrykcyjnych dla enzymu Sac I pomiędzy szczepami wsobnymi myszy C57/B16 i DBA/2. Używając enzymu Sac I i sondy X1, zbadano genomy 26 rekombinowanych szczepów wsobnych myszy, wywodzących się od szczepów wsobnych

* Biochemie II, Georg August Universitaet Goettingen, W 3400 Goettingen, RFN

C57/B16 i DBA/2. Wzór rozmieszczenia polimorfizmu wykrywanego sondą X1 wśród tych szczepów był identyczny z opisanym rozmieszczeniem polimorfizmów dla loci chromosomu 4: Mtv-13 i Msl-15. Loci, które leżą najbliżej Mtv-13 i Msl-15 i wykazują odmienny wzór rozmieszczenia polimorfizmów w użytych rekombinowanych szczepach wsobniczych to centromerowo położone locus lfa i telomerowo położone locus Ly-20. Tak więc gen katepsyny D jest położony w genomie myszy na chromosomie 4, pomiędzy loci lfa i Ly-20, prawdopodobnie w pobliżu loci Mtv-13 i Msl-15. Gen CatD leży na chromosomie 11 w genomie człowieka. Tak więc istnieje możliwość występowania wspólnych grup sprzężeń dla ludzkiego chromosomu 11 i mysiego 4, a co za tym idzie powiązań ewolucyjnych pomiędzy obydwoma chromosomami. Gen katepsyny D jest drugim (po reninie) genem proteazy asparaginowej zlokalizowanym w genomie myszy.

Praca została wykonana w 2 Zakładzie Biochemii, Centrum Biochemii Uniwersytetu Georga Augusta w Getyndze, Gosslerstr. 12d, W-3400 Goettingen, RFN. Praca była dotowana przez program TEMPUS i Fonds der Chemischen Industrie.

Grzegorz Wilczyński i Ewa Paszkiewicz

Objętości ultrastrukturalnych składników jądra komórkowego w komórkach nabłonka jelitowego człowieka

SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof. Stanisław Moskalewski

Opiekun pracy: prof. Jan Rowiński

Opiekun Koła: dr Piotr Skopiński

Na poziomie ultrastrukturalnym w jądrze komórkowym można wyróżnić m.in. następujące domeny: jąderko, chromatynę i interchromatynę wraz z ciałkami jądrowymi. Zależność między objętością i ultrastrukturą poszczególnych składników jądra a typem komórki i jej aktywnością metaboliczną jest niedostatecznie poznana (Monneron i Bernhard, J. Ultrastructure Research, 27:266-288, 1969; Hardin et al., Anat.Rec., 164: 403-432, 1969). W związku z tym zmierzono objętości bezwzględne jąder komórkowych i ich ultrastrukturalnych składników (według: Cruz-Orive, J. Microscopy,

145:121-142, 1987; Weibel, „Principles and Techniques of Electron Microscopy” Biological applications Vol. 3, 237-296, ed. Hayat, 1973) w komórkach resorpcyjnych i komórkach M nabłonka kępek Peyera w jelicie cienkim człowieka (Owen et al., Gastroenterology, 66: 189-2-3, 1974; Siciński et al., Gastroenterology, 98:56-58, 1990). Otrzymano następujące wartości (w μm^3):

Typ komórki	N ₁	N ₂	Jądro	SD	Chromatyna	Interchromatyna	Jąderko	Ciałka jądrowe
R	9	55	296±20	62	91	197	4,4	0,5
M	3	8	500±123	213	120	362	16	1,5

N₁ – liczebność próbki do wyznaczenia średniej objętości jąder

N₂ – liczebność próbki do wyznaczenia odchylenia standardowego

SD – odchylenie standardowe objętości jąder

Wnioski:

1. Jądra jelitowych komórek M mają większą objętość od jąder komórek resorpcyjnych.

2. Objętości ultrastrukturalnych składników jądra układają się w sposób następujący:

Interchromatyna > chromatyna jąderka > ciała jądrowe.

3. Zarówno objętość jąderka, jak i objętość interchromatyny są wyraźnie większe w komórkach M niż w komórkach resorpcyjnych, natomiast objętość chromatyny oraz objętość ciałek jądrowych nie różnią się.

Jarosław Krupa, Renata Wójcik

Badania warunków higieniczno-sanitarnych w obrębie wybranych pomieszczeń kliniki ginekologiczno-położniczej

SKN przy Zakładzie Higieny i Profilaktyki A.M. w Warszawie

kierownik Zakładu: prof.dr hab.med. H. Kirschner

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

Badania wykonano wiosną 1992 roku. Obejmowały one pomiar mikroklimatu (temperatura, wilgotność względna, ruch powietrza, zdolność ochładzająca) oraz mikroflory powietrza (oznaczenie ogólnej liczby bakterii, bakterii hemolizujących, gronkowców i ogólnej liczby grzybów).

Pomiarami objęto następujące pomieszczenia: salę porodową, salę noworodków, salę operacyjną oraz jako kontrolę – powietrze atmosferyczne.

Pomiary przeprowadzono dwukrotnie wykonując trzy serie w ciągu dnia: rano – przed rozpoczęciem zabiegów, w południe – w trakcie ich trwania i po zakończeniu pracy.

Wnioski

1. Wszystkie badane parametry przekraczały dopuszczalne normy.
2. Zauważono charakterystyczny wzrost liczby mikroorganizmów w godzinach wzmożonego ruchu personelu;
 - na sali porodowej i noworodków o godzinie 12,
 - na sali pooperacyjnej – o godzinie 14.
3. Parametry mikroklimatyczne oznaczane w pomieszczeniach odbiegały od norm higieniczno-sanitarnych, co wiązało się niewątpliwie z brakiem systemu klimatyzacji analizowanych pomieszczeń.
4. Brak dostarczenia odpowiedniej ilości świeżego powietrza objawiał się wzrostem wskaźników zanieczyszczenia higieniczno-sanitarnego badanych pomieszczeń – wzrostem liczby gronkowców i bakterii hemolizujących.
5. Na sali porodowej występuje sumowanie się niekorzystnych zjawisk: zwiększenie liczby bakterii i grzybów przy podwyższonej wilgotności względnej. Nie sprzyja to efektywnemu wysiłkowi rodzącej oraz podwyższa ryzyko zakażenia matki i dziecka.
6. Na sali noworodków i pooperacyjnej przy zwiększonej liczbie bakterii i grzybów wilgotność względna jest poniżej normy. Wszystko to powoduje wysuszenie śluzówki u leżących tam pacjentów i sprzyja zakażeniom układu oddechowego.
7. Obserwowane zanieczyszczenie powietrza i nieodpowiednie warunki mikroklimatyczne mogą stanowić poważne zagrożenie dla pacjentów personelu medycznego.

Zalecenia

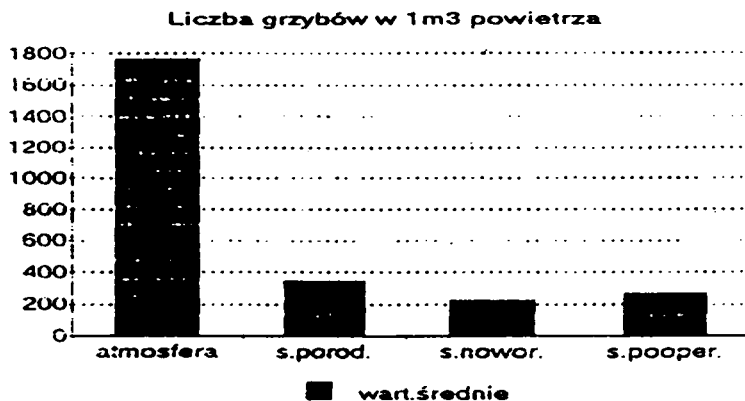
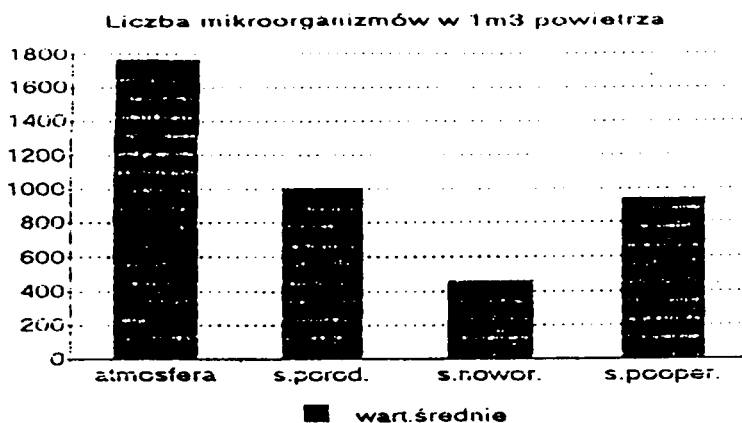
Należy zwrócić uwagę na prawidłową i częstą dezynfekcję pomieszczeń szpitalnych. Ważne jest aby przeprowadzać sprzątanie wstępne ponieważ efektywność dezynfekcji zależy od wyjściowej ilości drobnoustrojów. Należy wprowadzić odpowiednie środki dezynfekcyjne oraz dokładniej nadzorować stosowanie lamp UV.

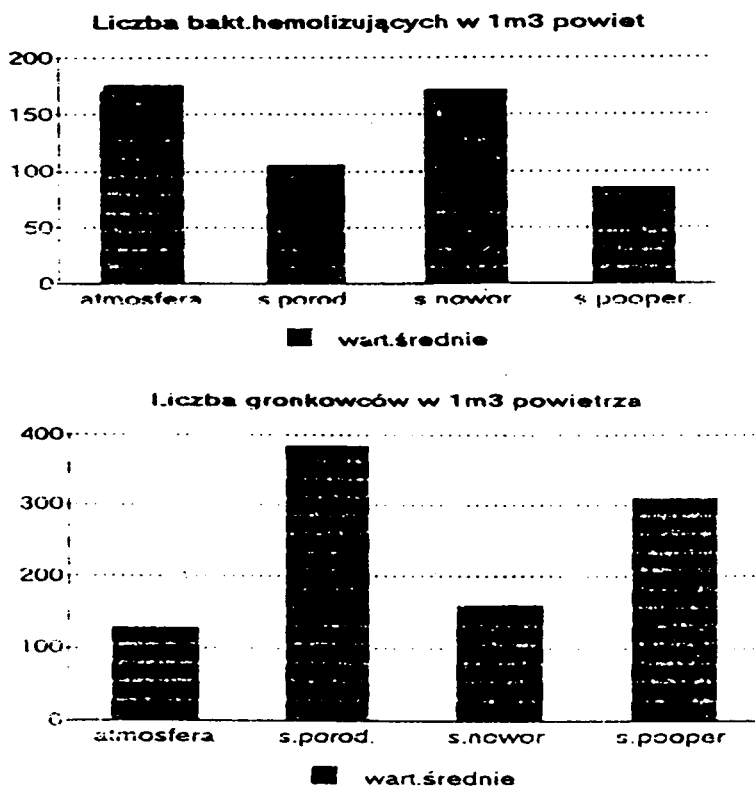
Bardzo istotne jest prawidłowe działanie systemu klimatyzacji pomieszczeń. Należy przestrzegać zalecanych norm temperatury i wilgotności względnej.

W miarę możliwości sale powinny być odgraniczone od pomieszczeń przechodnich.

Należy udostępnić personelowi odpowiednią ilość ubrań ochronnych które powinny być używane tylko w tych pomieszczeniach.

Ważne jest aby badania warunków higieniczno-sanitarnych były przeprowadzane dokładnie i systematycznie. Pozwoli to na stałą kontrolę pomieszczeń szpitalnych.





Ryc. 1. Średnie wartości oznaczonej mikroflory powietrza

Tomasz Styś

Charakterystyka efektu hemodynamicznego S-nitrozo acetylopenicylaminy

STN przy Katedrze Fizjologii Klinicznej i Stosowanej

Kierownik Katedry: prof.dr hab. E. Szczepańska-Sadowska

Opiekun Koła: dr A. Budzikowski

Opiekun pracy: doc. A. Lipkowski

S-nitrozo acetylopenicylamina (SNAP), dzięki grupie nitrozowej powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego (AP) krwi. W przeciwieństwie do działania wywieranego przez azotany efekt wywierany przez SNAP nie ulega toleran-

cji. Spostrzeżenie to zachęca do dalszych badań właściwości SNAP jako potencjalnego leku hipotensyjnego. Celem pracy było scharakteryzowanie hipotensyjnego działania SNAP w zależności od dawki. Doświadczenia były wykonane na szczurach szczepu Wistar, w znieczuleniu ogólnym, którym w przeddzień doświadczeń wszczepiano w narkozie eterowej cewniki winylowe do żyły i tętnicy udowej celem dożylnego podawania SNAP i rejestrowania ciśnienia tętniczego. Ciśnienie tętnicze rejestrowano w ciągu 10 minut przed i 15 minut po podaniu i.v. SNAP (0,01 n=7; 0,02 n=7; 0,04 n=7; 0,1 n=7; 0,2 n=7; 0,4 n=7; 1,0 n=6; 2,0 n=5; 4,0 n=5; 8,0 n=4; 15,0 mg/kg n=4). Po tym okresie AP wracało do wartości wyjściowych. Istotne obniżenie AP zaobserwowano już po dawce 0,02 mg/kg. Począwszy od dawki 2,0 mg/kg obniżenie AP osiągnęło maksimum ($41,5 \pm 7,2$ mmHg) a przy wyższych dawkach obserwowano tylko wydłużenie czasu działania hipotensyjnego. Spadkom AP towarzyszyła wyrównawcza tachykardia. Po podaniu SNAP nie zaobserwowano efektów ubocznych. Do szczególnie cennych właściwości SNAP należą brak tolerancji i ograniczone działanie hipotensyjne. Obecnie rozpoczęliśmy badania nad porównaniem działania tego związku na ciśnienie tętnicze krwi u szczurów normotensyjnych WKY i u szczurów z genetycznie uwarunkowanym nadciśnieniem tętniczym SHR.

Tomasz Styś

Wpływ zablokowania syntezy NO na presyjne działanie wazopresyny u szczurów normotensyjnych (WKY) i u szczurów z genetycznie uwarunkowanym nadciśnieniem tętniczym (SHR)

SKN przy Katedrze Fizjologii Klinicznej i Stosowanej

Kierownik Katedry: prof.dr hab. E. Szczepańska-Sadowska

Opiekun Koła: dr A. Budzikowski

Opiekun pracy: prof.dr hab. E. Szczepańska-Sadowska

Jak wynika z poprzednich badań, wazopresyna (AVP) w niektórych łożyskach naczyniowych powoduje zależny od NO rozkurcz naczyń krwionośnych. Można by więc oczekiwać, że zablokowanie syntezy NO przez L-NOARG, specyficzny bloker syntetazy NO, spowoduje nasilenie efektu presyjnego w odpowiedzi na AVP. Doświadczenia zostały wykonane na czuwających szczurach normotensyjnych (WKY, n=21) i na szczurach z genetycznie uwarunkowanym nadciśnieniem tętniczym (SHR, n=18), którym

w przeddzień doświadczenia wszczepiono cewniki do żyły i tętnicy udowej celem dożylnego podawania związków i rejestrowania ciśnienia tętniczego krwi. Po okresie stabilizacji ciśnienia tętniczego podawano L-NOARG (10 mg/kg i.v.), a następnie po 20 min AVP (5 ng i.v.). Zablockowanie syntezy NO u szczurów WKY spowodowało statystycznie istotny mniejszy efekt presyjny i istotnie większą bradykardię w odpowiedzi na AVP. U szczurów SHR podanie AVP na tle L-NOARG spowodowało progresywny spadek ciśnienia krwi, zakończony śmiercią 4 z 5 szczurów SHR po zakończeniu doświadczenia. Wyniki wskazują, że blokada syntezy NO nie potęguje ale osłabia presyjne działanie AVP. Przedstawione wyniki nie pozwalają na wyjaśnienie tego zjawiska. Prawdopodobną przyczyną mogło być zmniejszenie pojemności minutowej serca na skutek niedokrwienia mięśnia sercowego, spowodowanego zwężeniem naczyń wieńcowych przez AVP po zablockowaniu syntezy naczyniorozszerzającego NO. Działanie to mogło być szczególnie nasilone u szczurów SHR, u których istnieje niekorzystny stosunek unaczynienia do masy mięśnia sercowego.

Piotr Krzeski, Dorota Krysiak, Paweł Nurzyński

Próby dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi w domkach jednorodzinnych w Łomiankach k/Warszawy

SKN przy Zakładzie Higieny Instytutu Medycyny Społecznej A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Henryk Kirschner

Opiekunowie pracy: doc.dr Bolesław Krzysztofik, dr inż. Jan Sobótka

Zaopatrzenie w wodę osiedli mieszkaniowych lub dzielnic willowych, nie posiadających wodociągów centralnych, a jedynie studnie kopane lub wiercone, przysparza wiele trudnych problemów.

Jest to najczęściej woda nie nadająca się do bezpośredniego użycia, gdyż pod względem chemicznym zawiera nadmierne ilości żelaza, manganu, związków azotu, chlorków, siarczanów itp. Pod względem bakteriologicznym występują przekraczające normami liczby bakterii mezofilnych, psychrofilnych i niskie miano bakterii *Escherichia coli*.

O ile związki chemiczne można w pewnym stopniu wyeliminować przez stosowanie odpowiednich filtrów zwłaszcza z węglem aktywowanym, to przeprowadzenie dezynfekcji nastęrcza wiele kłopotów. Stąd poszukiwania względnie prostych, a skutecznych metod dezynfekcji wody stanowią pilną potrzebę dnia dzisiejszego.

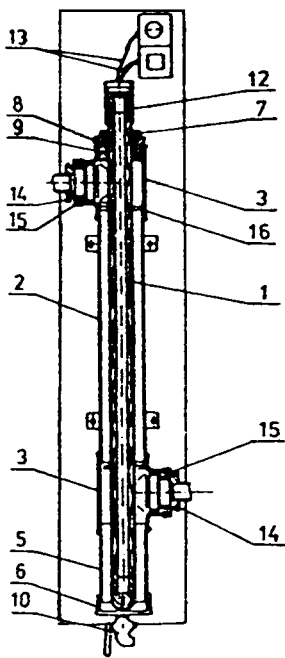
Opis badanego obiektu

W naszym przypadku opiekunowie pracy i autorzy podjęli trud przebadania jakości wody w domku willowym jednorodzinny w Łomiankach przy ul. Batalionu „Zośka”. Jest to piętrowy budynek, zaopatrywany w wodę ze studni wierconej o głębokości ok. 14 m.

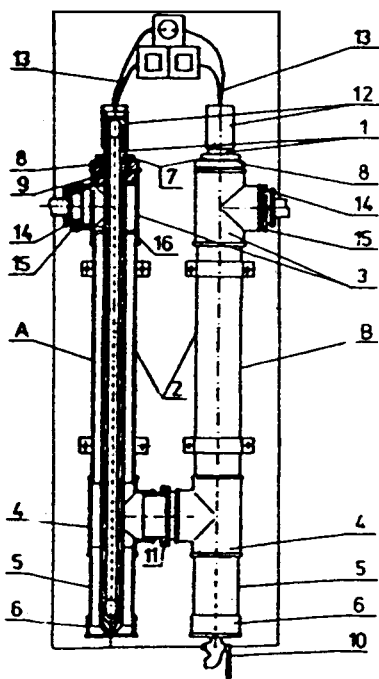
Po stwierdzeniu nadmiernego skażenia bakteryjnego, a także przekroczeń zanieczyszczeń chemicznych powyższej wody, postanowili zainstalować w willi urządzenie do dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi według pomysłu i patentu doc. dr Bolesława Krzysztofika, nr 156927 zgłoszonego 07.08.1989 BUP 16/89. rys. 1 i 2.

Charakterystyka urządzenia do dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi

Urządzenie do dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi posiadające n kolumn, gdzie n oznacza liczbę naturalną, w każdej z których znajduje



Rys. 1



Rys. 2

się po jednej lampie kwarcowej, znamienne tym, że korpus pojedynczej kolumny stanowi rura (2), której końce połączone są rozłącznie z trójkami (3, 4), przy czym prostopadłe do osi kolumny ramiona tych trójków są króćcami wlotowymi i wylotowymi kolumny, zaś w trójkoku dolnym (4) na jego końcu osadzony jest krótki przezroczysty przewód (5) pełniący funkcję wziernika, zamknięty nagwintowanym denkiem (6), o które oparta jest lampa bakteriobójcza (1) w osłonie kwarcowej, zamocowana szczelnie w trójkoku górnym (3) za pomocą rozłącznie osadzonych w nim dwóch tulei (7,8) dociskających uszczelkę (9) przy czym gdy liczba kolumn jest większa od jedności króciec wylotowy jednej kolumny (A) połączony jest z króćcem wlotowym następnej kolumny (B) za pomocą złączki wkrętnej (11).

Urządzenie powyższe zamontowano przy zlewie kuchennym, a następnie przeprowadzono kilka serii badań, przy różnym natężeniu przepływu wody przez urządzenie do dezynfekcji.

Badania laboratoryjne wody naświetlanej promieniami UV wykonywano w Zakładzie Higieny Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Warszawie.

Uzyskane wyniki badań i wnioski

Uzyskane wyniki badań zestawiono w tabelach 1, 2, 3.

TABELA 1.

Wyniki badań fizyko-chemicznych wody przed i po zastosowaniu UV przy różnych prędkościach przepływu wody ($\text{dm}^3/\text{min.}$)

Cecha oznaczona	Zastosow. UV.	Przed zastos. UV	Po UV-30	Po UV-40	Przed UV	Po UV
Mętność ($\text{mg}/\text{dm}^3 \text{SiO}_2$)		25	25	25	25	25
Barwa ($\text{mg}/\text{dm}^3 \text{Pt}$)		40	40	40	20	20
Odczyn (pH)		6,9	6,9	6,9	7,5	7,5
Twardość ogólna (mval/dm^3)		27,6	17,9	15,3	8,4 (23,5 stp)	8,4 (23,5 stp)
Zasadowość m.val/ dm^3		6,5	6,5	6,3	-	-
Kwasowość m.val/ dm^3		0,3	0,25	0,25	-	-
Żelazo ogólne ($\text{mg Fe}/\text{dm}^3$)		2,0	2,0	2,0	4,8	4,8
Chlorki $\text{mg Cl}/\text{dm}^3$		1,8	1,85	1,7	65,4	65,4

Tabela 1 c.d.

Cecha oznaczona	Zastosow. UV.	Przed zastos. UV	Po UV-30	Po UV-40	Przed UV	Po UV
Amoniak mg NH ₃ /dm ³		0,06	0,06	0,06	0,12	0,12
Azotyny mg NO ₂ /dm ³		-	-	-	0,002	0,002
Azotany mg NO ₃ /dm ³		0,01	0,01	0,01	0,05	0,05
Utlenialność mg O ₂ /dm ³		9,8	9,2	8,96	6,8	6,8
Mangan mg Mn/dm ³		-	-	-	0,4	0,4
Dodatkowe ekspertyzy					Woda zbyt mętna za dużo Fe, Mn niezdatna do spożycia	
Data badania		21,03,92			23.03.92	

TABELA 2.

Wyniki badań fizyko-chemicznych wody przed i po zastosowaniu UV przy różnych prędkościach przepływu wody (dm³/min).

Cecha oznaczona	Zastosowanie UV	UV	UV-10	UV-30	UV-40	Przed UV	UV-10	UV-30	UV-40
Mętność (mg/dm ³ SiO ₂)		25	20	25	25	25	25	25	25
Barwa (mg/dm ³ Pt)		40	35	40	40	40	40	40	40
Odczyn (pH)		6,9	6,9	7,0	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Twardość ogólna (mvol/dm ³)		19,6	20,1	20,05	20,0	21,5	20,1	20,25	20,3
Zasadowość (mvol/dm ³)		0,16	0,145	0,15	0,15	0,15	0,125	0,115	0,125
Żelazo ogólne (mg Fe/dm ³)		2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Chlorki mg Cl/dm ³		1,75	1,7	1,6	1,8	1,75	1,75	1,8	1,8
Amoniak mg NH ₃ /dm ³		0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
Azotyny mg NO ₂ /dm ³									
Azotany mg NO ₃ /dm ³		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Utlenialność mgO ₂ /dm ³		6,88	5,76	6,58	6,56	8,8	7,68	6,24	6,24
Mangan mg Mn/dm ³									
Dodatkowe ekspertyzy									
Data badania		28.03.92				4.04.92			

Tabela 3.

Wyniki badań bakteriologicznych wody przed i po zastosowaniu promieni UV przy różnych prędkościach przepływu wody

Zastosowanie UV	Bez UV	UV-30	UV-60	UV-90
Ilość wody	1,0 cm ³	1,0 cm ³	1,0 cm ³	1,0 cm ³
Rodzaj bakterii (liczba kolonii/cm ³)				
Bakterie mezofilne	-	-	-	-
Bakterie psychofilne	1240	10	0	0
Miano coli	50	100	100	100
Data badania		21.03.92		

Zastosowanie UV	Bez UV		UV-10		UV-30		UV-40		Bez UV	UV-10	UV-30	UV-40
Ilość wody	1,0	0,1	1,0	0,1	1,0	0,1	1,0	0,1	1,0 ₃ cm ³	1,0 ₃ cm ³	1,0	1,0
Rodzaj bakterii (liczba kolonii/cm ³)												
Bakterie mezofilne	-	-	-	-	-	-	-	-	1451	210	32	20
Bakterie psychofilne	234	29	11	2	3	0	0	0	1900	220	40	30
Miano coli	50		100		100		100		50	100	100	100
Data badania	30.03.92								4.04.92			

Analizując przedstawione dane stwierdzić należy, że powyższe badania wykazały dużą skuteczność działania promieni UV na mikroorganizmy występujące w wodzie. Stopień redukcji bakterii występujących w wodzie wahał się w granicy od 90 do 99,9%. Prędkość przepływu wody przez urządzenie nie odgrywała zbyt dużej roli na stosunki ilościowe. Promienie UV nie miały też wpływu na obecny skład chemiczny badanej wody. Planuje się prowadzenie dalszych badań z zastosowaniem wstępnej filtracji wody przy użyciu filtra węglowo-dolomitowego.

Należy stwierdzić, że wyżej zaproponowana metoda dezynfekcji zdała egzamin i urządzenie takie może być z powodzeniem montowane

przy zlewach kuchennych lub innych instalacjach w domkach jednorodzinnych.

Piśmiennictwo

1. Krzysztofik B.: Dezynfekcja wody za pomocą promieni UV. *Prace Naukowe Politechniki Warszawskiej – Budownictwo* nr 29.W.P.W. 1987r.

2. Krzysztofik B.: Urządzenie do dezynfekcji wody promieniami ultrafioletowymi. Opis Patentowy 19.PL.11.156927 1992 WUP 04/92

Dariusz Stefaniuk, Marcin Zabrotowicz

Ocena częstości występowania zmian chorobowych części pochwowej szyjki macicy na podstawie badań onkologiczno-cytologicznych u kobiet wiejskich objętych opieką medyczną przez Ośrodek Zdrowia w Dubience.

SKN przy Katedrze Patomorfologii A.M. w Lublinie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. D. Chibowski

Opiekun Koła: dr n. med. M. Łopuszyńska

Metoda: Cytodiagnostyka złuszczeniowa przy pobieraniu wymazu, barwienie H+E uzyskanego materiału i jego ocena mikroskopowa.

Celem pracy była ocena ginekologiczno-cytologiczna części pochwowej szyjki macicy u kobiet wiejskich i porównanie go ze stanem grupy kontrolnej, którą stanowiły pacjentki Spółdzielni „Lekarz” w Lublinie.

Grupę badaną stanowiły 142 pacjentki zamieszkałe w gminie Dubienka, grupę kontrolną 262 pacjentki z Lublina.

W obu grupach dokonano:

1. Analizy struktury wiekowej pacjentek z podziałem na dekady;
2. Cytologicznej oceny nabłonka części pochwowej szyjki macicy wg pięciostopniowej skali Papanicolau.

3. Oceny nasilenia stanu zapalnego wyrażonego określeniami: nikły, mierny, dość intensywny, intensywny, bardzo intensywny oraz jego korelacji ze stanem cytologicznym nabłonka.

Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że:

1. Występuje wyraźnie wyższa zgłaszalność w niższych przedziałach wiekowych ze szczytem w grupie do 29 r.ż. w grupie porównawczej.

2. Większą liczbę wyników z I i II^o wg skali Papaniokolau w grupie porównawczej niż w badanej odpowiednio 79,7% i 53,6%.

3. Porównanie nasilenia stanów zapalnych wskazuje na dominację miernego i nikłego stanu zapalnego w próbie badanej, a bardzo intensywnego w porównawczej.

Agnieszka Zgódka, Katarzyna Markiewicz

Analiza zależności między liczbą Streptococcus mutans za pomocą fabrycznego podłoża Dentocult SM-Strip mutans, a występowaniem próchnicy

SKN przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej IS A.M. w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof.dr hab. Maria Wierzbicka

Opiekun Koła: dr n.med. Renata Górka

Oznaczono w ślinie stymulowanej liczbę Streptococcus mutans u 30 dzieci z Państwowego Domu Dziecka. Do oznaczeń wykorzystano fabryczny test diagnostyczny Strip mutans produkcji Orion. Wydzielanie śliny stymulowano żuciem kostki parafinowej przez 1 min. Wyniki odczytywano po 2 dniach inkubacji w temp. 37°C. Ponadto z użyciem erytrozyny oraz wskaźnika Plaque Index oznaczono u dzieci ilość płytki nazębnej oraz określono występowanie próchnicy posługując się wskaźnikiem PUW. Badano zależność między wartościami wskaźników płytki i PUW a liczbą Streptococcus mutans. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że u osób z wysoką liczbą Streptococcus mutans występowanie próchnicy wyrażone wartością PUW było wyższe niż u osób z niskim poziomem tych bakterii.

**R.K. Młosek, J. Anusik, D. Szostak, E. Cieślińska, T. Niewiarowski,
K. Markiewicz, M. Czubek**

Badania radiologiczne w rozszczepach podniebienia, studium anatomiczno-radiologiczne i zastosowanie w klinice

SKN przy Zakładzie Radiologii Stomatologicznej i Szczerkowo-Twarzowej A.M.

Kierownik Zakładu: prof.dr hab. K. Młosek

Opiekun Koła: dr med. H. Markiewicz

Opisane już w Starożytności m.in. przez Celsusa, Antyllusa i Galena oraz określone przez Ambrożego Paré jako „zajęcza warga” rozszczepy podnie-

bienia twardego stanowią nadal jedną z najczęstszych wad wrodzonych części twarzowej czaszki. Najwyższy wskaźnik częstości występowania tych zmian odnotowano w krajach skandynawskich: 1,8/1000 – Dania, 1,75/1000 – Szwecja, w Czechach i Słowacji wskaźnik ten wynosi 0,43/1000.

Wyniki leczenia zależą od wielu czynników w tym również od wczesnego rozpoznania i dokładnej oceny zasięgu zmian.

Celem pracy jest przedstawienie optymalnych technik badania radiologicznego, odwzorowujących wytworzony w modelu doświadczalnym ubytek podniebienia kostnego i wyrostka zębodołowego preparatu czaszki oraz próba zastosowania wyników eksperymentu w postępowaniu klinicznym. Badania rtg w postaci celowanych zdjęć zgryzowych, zdjęć pantomograficznych oraz KI preparatu czaszki przeprowadzono w ułożeniach symulujących badanie materiału klinicznego. Udowodniono ograniczoną wartość pantomografii do oceny głębokości ubytku w obrębie kości podniebiennej, dużą przydatność zdjęć zgryzowych wykonanych pod kątem 5° oraz optymalną skuteczność KI.

W badaniach przypadków klinicznych rozszczepy podniebienia występowały przede wszystkim w postaci gruszkowatych lub szczelinowych ubytków a wielkość zmian wahała się w granicach 4-15 mm w okolicy wyrostka zębodołowego szczęk oraz 1-12 mm w obszarze podniebienia twardego. Podkreślono przydatność zdjęć zgryzowych do oceny wyników leczenia w postaci przeszczepów kości w obszarze podniebienia oraz ustalono wynikający z eksperymentu algorytm badań radiologicznych z uwzględnieniem KI. Przedstawiono również współistniejące zmiany wrodzone w postaci zniekształceń jamy nosowej oraz nieprawidłowej liczby i syntopii zawiązków zębów stałych.

Paulina Mroczek, Katarzyna Noga, Jolanta Zalewska, Izabela Nikiel

Leczenie zespołowe progenii

SKN przy Katedrze Chirurgii Szczękowej A.M.

Kierownik Katedry: prof.dr hab. Leszek Kryst

Opiekun Koła i pracy: prof.dr hab. Janusz Piekarczyk

W pracy, opartej na materiale II Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, przedstawiono wyniki zespołowego leczenia przodozuchwia morfologiczne-

go. Badaną grupę stanowili pacjenci operowani z powodu progenii w latach 1984-1991.

Badanie miało na celu ustalenie czynników wpływających na ostateczny wynik leczenia tej wady. Brano pod uwagę przedoperacyjne i retencyjne leczenie ortodontyczne, wiek pacjenta i rodzaj wykonanego zabiegu chirurgicznego, powikłania wczesne i późne, występujące po operacji, leczenie logopedyczne. Duży nacisk położono na określenie stanu uzębienia pacjenta przed i po zabiegu oraz na właściwe uzupełnienia protetyczne przy stwierdzonych brakach zębowych. W każdym przypadku w ocenie wyników leczenia uwzględniano odczucia pacjenta, dotyczące sprawności narządu żucia i wrażeń estetycznych.

Dane, uzyskane na podstawie tych badań, potwierdzają słuszność zespołowego leczenia przodożuchwia morfologicznego przez lekarzy wielu specjalności, a głównie chirurga szczękowego, ortodonta i lekarza protezyka.

Piotr Stamera

Analiza wyników chirurgicznego przygotowania jamy ustnej do protezowania w Instytucie Stomatologii A.M.

SKN przy Katedrze Chirurgii Szczękowej

Kierownik Katedry: prof.dr hab. Leszek Kryst

Opiekun koła i pracy: prof.dr hab. Janusz Piekarczyk

Opierając się na analizie retrospektywnej i ocenie wyników zabiegów chirurgicznych, stanowiących przygotowanie jamy ustnej do leczenia protetycznego, omówiono odległe rezultaty u 56 pacjentów. W 1/3 przypadków byli to pacjenci z zanikłą częścią zębodołową żuchwy, operowani w celu pogłębienia przedsionka i dna jamy ustnej, a w 2/3 pacjenci z trudnymi warunkami w bezzębnej szczęce, związanymi z niskim sklepieniem przedsionka, przyczepami mięśni i fałdów błony śluzowej blisko grzbietu wyrostka oraz przerostami błony śluzowej, u których wykonywano zabiegi plastyczne w obrębie wyrostka zębodołowego szczęki i przedsionka jamy ustnej. Analiza ocenianego materiału wykazała pozytywne skutki leczenia u dużego odsetka operowanych. Jako pozytywne rezultaty traktowano te przypadki, u których w odległych wynikach nastąpiło polepszenie warun-

ków w jamie ustnej, a nie zaobserwowano powstawania ściągających blizn lub innych struktur, pogarszających jakość podłoża protetycznego. W pracy przedstawiono także porównanie warunków panujących w jamie ustnej u przykładowych pacjentów przed zabiegiem chirurgicznym i po nim, a także schematy postępowania chirurgicznego. Przedstawiono zastosowanie autogennych przeszczepów skórno-naskórkowych. Pozwoliło to na zmianę mechanizmu gojenia się rany pooperacyjnej – z ziarninowania na gojenie przez rychłozrost, co znacznie zmniejszyło liczbę powikłań zapalnych po zabiegu i blizn utrudniających protezowanie jako powikłań odległych.

A. Kroc, A. Pogorzelska, P. Zubrzycki

Występowanie i leczenie stomatopatii protetycznych powikłanych infekcją grzybami drożdżopodobnymi u pacjentów użytkujących protezy ruchome SKN przy Katedrze Protetyki Stomatologicznej A.M.

Kierownik Katedry: prof.dr hab. Eugeniusz Spiechowicz

Opiekun Koła i pracy: dr med. Krystyna Rusiniak

Użytkowanie protez ruchomych może wywoływać zaburzenia w sytuacji ekologicznej jamy ustnej, oraz zmiany w tkankach podłoża protetycznego, określanych jako stomatopatie protetyczne. Występowanie u pacjentów stomatopatii protetycznych i ich bardzo częstej współprzyczyny – infekcji grzybami drożdżopodobnymi (kandidiozy) zostało zbadane na podstawie dokumentacji i materiału Katedry Protetyki.

Badania dotyczyły grupy 142 bezzębnych pacjentów, którzy w r. 1992 zgłosili się do leczenia z zastosowaniem protez całkowitych. Wszyscy ci pacjenci użytkowali od kilku do kilkunastu lat protezy całkowite górną i dolną i przed wykonaniem nowych protez zostali poddani ocenie klinicznej i badaniom mikologicznym celem wykrycia przyczyny, rozpoznania i ewentualnego leczenia stomatopatii protetycznej.

Badania pozwoliły stwierdzić częstość występowania stomatopatii protetycznych powikłanych kandidiozą z wyszczególnieniem różnych gatunków grzybów. Przedstawiamy również metodę skojarzoną, farmakologiczno-protetyczną, leczenia stomatopatii protetycznych powikłanych infekcją grzybiczą.

J. Zalewska, P. Stendera, A. Laskus

Ocena wskazań do interdyscyplinarnego chirurgiczno-protetycznego leczenia pacjentów bezzębnych w świetle materiału Kliniki Protetyki Stomatologicznej Instytutu Stomatologii A.M. w Warszawie

SKN przy Katedrze Protetyki Stomatologicznej A.M.

Kierownik Katedry: prof.dr hab. Eugeniusz Spiechowicz

Opiekun Koła i pracy: dr med. Krystyna Rusiniak

Praca przedstawia ocenę stanu tkanek podłoża protetycznego w świetle wskazań do planowania interdyscyplinarnego, chirurgiczno-protetycznego, leczenia pacjentów. Badano 100 pacjentów bezzębnych, zgłaszających się w r. 1993 do Kliniki Protetyki Stomatologicznej celem wykonania protez całkowitych. Spośród zgłaszających się pacjentów większość użytkowała protezy całkowite górną i dolną od jakiegoś czasu. Stopień adaptacji funkcjonalnej do użytkowanych protez różnił się w zależności od prawidłowości wykonania dotychczasowych protez oraz od stanu podłoża protetycznego (kostnego i śluzówkowego). W wyniku badania 100 osób bezzębnych oceniono możliwości planowanych korekt podłoża protetycznego z zastosowaniem zabiegów chirurgicznych różnego typu. W badanym materiale zaobserwowano dość dużą grupę pacjentów ze wskazaniami do chirurgicznej korekty podłoża protetycznego z uwzględnieniem odmienności struktur anatomicznych szczęki i żuchwy oraz odmiennych warunków retencji i stabilizacji protez górnych i dolnych.

Oceniano także stosunek pacjentów do proponowanej korekty podłoża i wykonania planowanego zabiegu chirurgicznego, które poprawiłyby retencję i stabilizację protez użytkowanych przez pacjentów.

Adam Zakościelny, Dariusz Danis, Roman Śrubarski

Współczesne metody postępowania u chorych z krwawiącymi żyłakami przełyku

SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Karwowski

Opiekun Koła: dr med. Mariusz Frączek

Autorzy prac przeprowadzili retrospektywne badania grupy 231 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w latach 1990-1992 z powodu krwawienia z żyłaków przełyku lub bezpośrednio po zatrzy-

manii krwawienia oraz 169 chorych operowanych planowo w celu kontynuowania leczenia.

Ostateczną metodą terapeutyczną była dla 159 chorych skleroterapia, dla 57 leczenie operacyjne, a dla 15 leczenie zachowawcze.

Zastosowanie doraźnej skleroterapii żyłaków przełyku pozwala na odstąpienie od doraźnych zabiegów operacyjnych. Umożliwia to przygotowanie chorych do operacji w trybie planowym.

Najlepszą metodą diagnostyczną przy kwalifikowaniu chorych do zespołów naczyniowych jest badanie USG z wykorzystaniem efektu Dopplera. Krwawienie z żyłaków przełyku nie jest bezwzględnym wskazaniem do zastosowania sondy Sengstakena-Blakemore'a.

Postępem w technice operacyjnego leczenia nadciśnienia wrotnego jest wprowadzenie przezskórnych zespołów wewnątrzwątrobowych.

Pomimo takiego postępu w diagnostyce i terapii żyłaków przełyku nadal utrzymuje się wysoka śmiertelność ok. 30-50%.

Analiza przypadków pozwala na wysunięcie następujących wniosków:

1. Badanie endoskopowe jest jedyną metodą pozwalającą na postawienie pewnej diagnozy.
2. Metodą z wyboru przy krwawieniu z żyłaków przełyku jest doraźna endoskopowa obliteracja.
3. Wybór żylnego zespolenia odbarczającego zależy od kierunku przepływu krwi w układzie wrotnym.

G. Szczęsny, R. Śrubarski

Powikłania chirurgiczne u chorych na cukrzycę w materiale Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby A.M.

SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. A. Karwowski

Opiekun Koła: dr med. M. Frączek

Retrospektywnej analizie poddano 86 chorych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby z powodu powikłań cukrzycy w obrębie kończyn dolnych w latach 1990-1993. Najczęstszą zmianą była „stopa cukrzycowa” – 97,6% chorych. Inne zmiany w postaci ropowicy uda/podudzia stanowiły około 2,4%. Wśród badanych chorych około 77,5% zmian

było powikłaniem cukrzycy typu 2, a jedynie 3,9% cukrzycy typu 1. W 18,6% przypadków nie udokumentowano w historii choroby wywiadu w kierunku cukrzycy.

Zmiany były w prawie 20% przypadków wynikiem współistnienia cukrzycy i udokumentowanej miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

Z posiewów wynika, że najczęstszymi czynnikami etiologicznymi były pałeczki G(-), 62%: najczęściej *Ent.fecalis* i *E.coli*, ziarniaki G(+): 39%, *Staph.sp.* 34%, głównie *Staph.aureus* i *Streptococcus sp.* Leczenia antybiotykami wymagało 100% chorych; najczęściej stosowano cefalosporyny (47% przypadków) i pozajelitowe postaci penicylin (najczęściej ampicylina), w tym w większości (54%) w połączeniu z gentamycyną lub metronidazolem.

Chirurgicznie leczono około 9% chorych, amputację wykonano u 62% z nich. W 78,7% przypadków zabieg dotyczył palców, w 6,6% przodostopia i śródostopia, a jedynie w 14,7% amputowano kończynę dolną na poziomie podudzia lub uda.

Wśród badanych chorych śmiertelność wynosiła prawie 9% i była najczęściej spowodowana nagłym zatrzymaniem krążenia i niewydolnością krążeniowo-oddechową.

Jacek R. Anusik, Robert K. Młosek

Wybrane parametry odporności u chorych z chorobą Leśniowskiego i Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

SKN przy Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Bruno Szczygieł

Opiekun Koła i pracy: dr hab. Robert Słotwiński

Celem badań było ustalenie rodzaju zaburzeń odporności komórkowej i humoralnej towarzyszącej zapaleniom jelit: LC i WZJG. Wyjściowy stan odporności komórkowej zbadano w grupie 17 osób, w tym u 10 z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) i u 7 z chorobą Leśniowskiego i Crohna (LC). Badania odporności powtarzano następnie w okresie dwuletniej obserwacji chorych.

W ocenie stanu odporności brano pod uwagę liczbę limfocytów T tworzących rozetki w teście teofilinowym, zahamowanie migracji leukocytów po mitogenach (PHA i ConA), późną nadwrażliwość skórną w teście CMI oraz

u 14 chorych także liczbę komórek CD₄, CD₈, CD₅₆ i HLA-DR, badanych p-ciałami monoklonalnymi w trzystopniowym teście APAAP.

W ocenie wyjściowego stanu odporności w całej grupie chorych dominowało znaczne obniżenie liczby limfocytów T, najniższe wartości stwierdzono w chorobie LC (ARFC i ARFC – T x 328 – 324 oraz TRFC i TRFC-T x 592-576 komórek w 1 mm³ krwi), stwierdzono brak prawidłowej reakcji limfocytów T na teofilinę i wyższe stężenia Con A oraz ujemny test skórny CMI. Zmiany te utrzymywały się nadal mimo leczenia, przede wszystkim u chorych z LC po leczeniu chirurgicznym (prawostronna hemokolektomia z wycięciem około 40 cm jelita krętego). U 50% chorych operowanych uzyskano niewielki wzrost liczby limfocytów i stężenia immunoglobulin w okresie przedoperacyjnym, związany z przygotowaniem do zabiegu (całkowite żywienie pozajelitowe, w tym podawanie i.v. preparatów immunoglobulin). Spośród 14 chorych badanych przeciwciałami monoklonalnymi u 7 stwierdzono obniżoną liczbę limfocytów CD₄, u 4 obniżoną liczbę komórek CD₈, u 5 podwyższoną liczbę komórek z receptorem HLA-DR i tylko u 1 chorej spadek komórek CD₅₆. Stwierdzono korelację między obniżoną liczbą limfocytów a ogólnymi wynikami testów skórnych.

Wyniki wstępnych badań wskazują na znaczne upośledzenie odporności komórkowej u chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit.

Przedstawione parametry odporności komórkowej mogą być pomocne w monitorowaniu zmian odporności w tej grupie chorych, przede wszystkim u chorych wysokiego zagrożenia z chorobą LC przygotowywanych do operacji. Ocena zmian w subpopulacjach limfocytów T może być pomocna w wyborze optymalnego czasu operacji u chorych z dużym zagrożeniem powikłaniami pooperacyjnymi.

Jarosław Leś, Marek Grochowski, Paweł Grąbczewski

Ocena operacyjnego leczenia przepuklin brzusznych zewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem przepuklin pachwinowych i metod plastyki kanału pachwinowego

SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Wojciech Rowiński

Opiekun Koła i pracy: lek. Leszek Adadyński

Celem pracy była retrospektywna ocena wyników leczenia przepuklin. W latach 1982-1992 w Klinice wykonano 547 operacji przepuklin brzusznych zewnętrznych, w tej liczbie 451 pachwinowych, 27 udowych, 36 w bliźnie pooperacyjnej, 19 okołopępkowych, 14 kresy białej. Wśród ogólnej liczby 451 operowanych przepuklin pachwinowych w 310 przypadkach przeprowadzono plastykę kanału pachwinowego metodą Bassiniego, w 41 metodą Halsteda, w 11 metodą Girarda. Od r. 1991 w plastyce tylnej ściany kanału pachwinowego stosowano szew prolenowy. Zastosowano go w 51 przypadkach. Do 440 pacjentów rozesłano ankietę z zapytaniem o ocenę wyników operacji (nawrót, dolegliwości). Otrzymało 277 odpowiedzi (63% ankietowanych). Do nawrotu przepukliny doszło u 19 chorych (6,86%).

M. Buksińska, W. Lisik

Wyniki leczenia operacyjnego zespołu pozakrzepowego goleni

SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Wojciech Rowiński

Opiekun Koła: lek. Leszek Adadyński

Opiekun pracy: dr med. Zbigniew Wierzbicki

Celem pracy jest ocena wyników leczenia operacyjnego zespołu pozakrzepowego goleni.

Analizą objęto 53 kolejnych chorych operowanych w klinice z powodu zespołu pozakrzepowego w okresie 1982-1992. U 67,9% chorych nie stwierdzono owrzodzenia przed zabiegiem. Wykonano operację Feldera lub Lintonna. Dane uzyskano na podstawie dokumentacji lekarskiej, wyników ankiety i badania ambulatoryjnego.

Oceniając wyniki przeprowadzonych zabiegów brano pod uwagę: powikłania gojenia, średni czas hospitalizacji pooperacyjnej, nawrót lub pojawienie się owrzodzenia oraz subiektywną ocenę wyników leczenia.

Na podstawie zebranych obserwacji stwierdzono, że wyniki operacji można określić jako korzystne w 83,3%, nawrót owrzodzenia wystąpił u 4,8% operowanych.

Radosław Samsel

Allotransplantacja przytarczyc bez stosowania immunosupresji

SKN przy Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko

Opiekunowie Koła: dr med. Maciej Otto, lek. Cezary Trzaskowski

Opiekunowie pracy: dr med. Maciej Otto, lek. Ireneusz Nawrot

Allotransplantacja przytarczyc pozwala na leczenie wtórnej niedoczynności tych gruczołów, będącej rzadkim ale bardzo poważnym powikłaniem coraz częstszych operacji tarczycy.

Metoda opiera się na hipotezie, iż hodowla zmienia immunogenność komórek. Tkanę do hodowli uzyskano od 4 dawców z wtórną nadczynnością przytarczyc. Komórki otrzymane w wyniku hodowli wszczepiano w znieczuleniu miejscowym w mięśnie przedramienia ręki niedominującej. Przeszczep otrzymały 23 chore w wieku od 32 do 63 lat z wieloletnią (5-14 lat) hipokalcemią w wywiadzie. Po zabiegu u wszystkich chorych stężenie parathormonu podniosło się w stosunku do stanu sprzed przeszczepu. Nie zanotowano żadnych efektów niepożądanych związanych z przeszczepem.

Katarzyna Bogusz, Paweł Kamiński

Rekonstrukcja prącia – przedstawienie metod i wyników leczenia

SKN Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. M. Szostek

Opiekun Koła i pracy: dr med. Andrzej Sankowski

Celem pracy jest przedstawienie różnych metod chirurgicznych i wyników leczenia. Zabiegi są wykonywane u mężczyzn po amputacji prącia i u transseksualistów zmieniających płeć. Najczęściej używane metody to: płat rurowaty z brzucha, przesunięcie mięśni smukłych, płat chiński, płaty pachwinowe, płat uszypułowy na tętnicy nabrzuszej.

Specyfiką tych operacji jest konieczność nie tylko wytworzenia narządu ale również jego czynności. Wydawało się, że optymalną techniką jest przesunięcie mięśni smukłych, ale wadą tej metody jest obkurczanie się mięśni po upływie roku po operacji.

Rekonstrukcja cewki moczowej jest obarczona możliwością powikłań pod postacią zwężeń.

Metody, w których zastosowano płyty skórno-tłuszczowe, wymagają usztywnienia prącia za pomocą przeszczepu chrząstki lub zastosowania specjalnej protezy.

Grzegorz Orlik, Krzysztof Piórek

Przywracanie czynności mimicznej twarzy po porażeniu nerwu twarzowego za pomocą mioplastyki

SKN Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. M. Szostek

Opiekun Koła i pracy: dr med. Andrzej Sankowski

Celem pracy jest przedstawienie różnych metod operacyjnych zmniejszających kalectwo, jakim jest nieodwracalne uszkodzenie nerwu twarzowego. Przedstawimy wyniki leczenia za pomocą zabiegów mioplastycznych, polegających na przeniesieniu mięśni unerwionych przez nerw V w miejsce mięśni odnerwionych.

Operacja pozwala nie tylko na poprawę wyglądu twarzy ale również uzyskanie czynności ruchowej ust i zamykanie szpary powiekowej. Spośród 21 badanych chorych tylko 4 wymagało ponownej operacji na skutek zbyt małego napięcia przenoszonych mięśni. Liczba powikłań pooperacyjnych jest niewielka. U wszystkich chorych uzyskano zadowalającą czynność ruchową i poprawę czucia powierzchownego. Jest konieczne intensywne usprawnianie chorego po operacji, aby nauczył się oddzielnego poruszania przesuniętymi mięśniami.

K. Piórek, K. Bogusz, P. Kamiński, J. Białas-Kępińska

Protezy silikonowe sutka – wady i zalety

SKN Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. M. Szostek

Opiekun Koła i pracy: dr med. Andrzej Sankowski

Kontrowersje na temat, czy wszczepianie silikonu jest bezpieczne dla zdrowia, spowodowały nasze zainteresowanie się losami chorych, którym wszczepiono protezy sutka. Zbadano 21 chorych, którym wszczepiono protezy od 2 do 17 lat temu. Poza badaniem klinicznym wykonywano podstawowe badania analityczne, rentgenowskie i kseromammografię. U żadnej z pacjentek nie stwierdzono nowotworu sutka. U dwóch wystąpiło samoistne pęknięcie protezy, wymagające jej wymiany. Nie stwierdzono objawów schorzeń autoimmunizacyjnych. 95% pacjentek było zadowolonych z wyniku operacji.

Agnieszka Olszewska, Adam Zieliński

Ocena wyników późnych reoperacji naczyniowych

SKN przy Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Tadeusz Tołłoczko

Opiekunowie Koła i pracy: dr med. Maciej Otto, lek. Tomasz Dawałkiewicz

W okresie 1981 – 1992 z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych operowano 1047 chorych (692 w odcinku aortalno-udowym, 355 – w odcinku udowo-podkolanowym). Z tej grupy chorych u 88 wykonano późną reoperację z powodu niedrożności wszczepionej protezy. Przyczyną niedrożności był postęp choroby zasadniczej – miażdżycy, hiperplazja neo-intymy w miejscu zespolenia lub błąd techniczny.

Poddano ocenie 88 chorych, z tego 57 po przeszczepach aortalno-udowych, 21 – udowo-podkolanowych i 10 z tętniakiem rzekomy w pachwinie. Wskazaniem do reoperacji było krytyczne niedokrwienie kończyny lub tętniak rzekomy.

Autorzy na materiale własnym oceniają metodę udroźnienia przeszczepów jako metodę z wyboru w późnych niedrożnościach protez.

Katarzyna Dyttus, Barbara Trzaska

Radioterapia pooperacyjna oponiaków

SKN przy Zakładzie Teleradioterapii II, Centrum Onkologii, Ursynów

Kierownik Zakładu: prof.dr hab. Andrzej Hliniak

Opiekun Koła: lek. Regina Karczmarczyk

Opiekun pracy: dr med. Czesława Leszczyk

W latach 1985–1991 w Zakładzie Teleradioterapii II, Centrum Onkologii Ursynów 36 chorych z oponiakami było leczonych pooperacyjnie promieniowaniem w warunkach terapii megawoltowej. 29 chorych otrzymało dawkę całkowitą promieniowania, przekraczającą 5000 cGy, a 7 poniżej 5000 cGy. W okresie obserwacji od 1/12 do 6 i 8/12 roku stwierdzono w 8 przypadkach wznowę potwierdzoną tomografią komputerową i 9 zgonów. Cztery osoby pracują zawodowo, 19 jest zdolnych do samoobsługi, a 3 wymagają opieki.

B. Kaniewska, H. Wilk

Odżywianie chorych z nowotworami wewnątrzczaszkowymi

SKN Wydziału Pielęgniarskiego i Kliniki Neurochirurgii A.M. w Lublinie

Kierownik Kliniki Neurochirurgii: prof. dr hab. M. Czochra

Opiekun Koła: doc.dr hab. K. Turowski

Odżywianie chorych z nowotworami stanowi ważny i często poruszany problem kliniczny. Rzadziej są poruszane problemy żywienia chorych z nowotworami wewnątrzczaszkowymi. W klinice neurochirurgii mogą pojawiać się różne problemy, dotyczące odżywiania: od uszkodzeń korowych, doprowadzających do zaburzeń sternictwa wyższych czynności nerwowych poprzez wszystkie piętra układu nerwowego, w tym także podwzgórze, aż do uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w zakresie nerwów czaszkowych, zaburzających lub znoszących czynność połykania. Zauważono zależność między zakresem działań pielęgniarskich, dotyczących odżywiania chorych a stanem klinicznym tych osób.

Celem oceny stopnia zależności zbadano 30 chorych z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego, leczonych w Klinice Neurochirurgii A.M. dwoma skalami: skalą wydolności chorego w zakresie samoopieki ze szczególnym uwzględnieniem wyznacznika opieki – odżywianie oraz skalą wydolności klinicznej Karnofski’ego. Stwierdzono wysoką korelację między wynikami obu skal, co oznacza, iż skala chorych w zakresie samoopieki może być pomocna w planowaniu indywidualnego procesu pielęgnowania chorego jak i w organizowaniu pracy w oddziale opieki paliatywnej.

P. Wiśniewski, J. Miłośki

Wpływ rekombinowanej ludzkiej erytropoetyny (rHu EPO) na niedokrwistość i stan kliniczny chorych przewlekle dializowanych

SKN przy II Klinice Chorób Wewnętrznych SK WAM w Łodzi

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. M. Luciak

Opiekun Koła i pracy: lek. J. Ryss

U chorych przewlekle dializowanych po pewnym okresie występuje niedokrwistość o różnym nasileniu, co stanowi istotny problem terapeutyczny.

Celem pracy było badanie podawania ludzkiej rekombinowanej erytropoetyny u chorych przewlekle dializowanych. Badaniom poddano 8 chorych, będących w programie dializ ośrodka przy naszej Klinice. Erytropoetynę podawano w dawce 25 j./kg w.c., podskórnice, 3 razy w tygodniu po dializach. W naszych badaniach braliśmy pod uwagę następujące parametry: wiek chorych, dotychczasowy przebieg choroby, liczbę dializ, morfologię krwi, retikulocytozę, stężenie żelaza, miano immunoglobulin oraz miana przeciwciał cytotoksycznych. Ocenialiśmy również stan kliniczny chorych, uwzględniając takie czynniki jak: apetyt, tolerancja wysiłku fizycznego, występowanie duszności, zachowanie się RR. Parametry powyższe ocenialiśmy przed podaniem EPO oraz po 1, 2, 3 miesiącach podawania leku.

Poprawę wskaźników morfologicznych i stanu klinicznego odnotowano u 6 chorych. Podawanie EPO wyeliminowało całkowicie potrzebę podawania masy erytrocytarnej u wszystkich chorych przewlekle dializowanych w naszej grupie kontrolnej.

Agnieszka Drzewicka, Andrzej Osuch, Andrzej Pietrzykowski,

Roman Radomski, Katarzyna Tubis

Częstość występowania wola wśród dzieci w wieku 7-12 lat województw ciechanowskiego i warszawskiego

SKN przy Klinice Endokrynologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Janusz Nauman

Opiekun Koła i pracy: dr hab. Ewa Bar-Andziak

Niewłaściwa od lat profilaktyka jodowa na terenie Polski spowodowała wzrost częstości chorób z niedoboru jodu (IDD – Iodine Deficiency Disorder).

ders) a zwłaszcza wola u dzieci. Pracę wykonano podczas badań koordynowanych przez Polską Komisję d/s Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu, a prowadzonych przez zespół lekarzy i studentów SKN przy Klinice Endokrynologii A.M. w Warszawie. Celem pracy było określenie częstości występowania wola w populacji miejskiej i wiejskiej chłopców i dziewcząt w woj.woj. ciechanowskim i warszawskim w poszczególnych grupach wieku. Wielkość tarczycy klasyfikowano wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. Powiększenie tarczycy (wole) rozpoznano, jeśli wielkość płata gruczołu tarczowego przekraczała rozmiar dystalnego członu kciuka badanego dziecka. Według ujednoliconego protokołu zbadano łącznie 673 dzieci w wieku 7-12 lat z wybranych losowo szkół. Badania wykazywały istnienie wola u średnio 48% dzieci, co wskazuje na istnienie endemii umiarkowanego stopnia na tych obszarach. Wole występuje częściej na terenach wiejskich (około 55%) niż w miastach (około 42%) i zgodnie z oczekiwaniem częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców. Uzyskane wyniki badań po uwzględnieniu wydalania jodu z moczem mogą stanowić podstawę do określenia założeń długofalowej profilaktyki jodowej.

**Iwona Capała, Łukasz Koperski, Dorota Krysiak, Andrzej Osuch,
Andrzej Pietrzykowski, Roman Radomski**

Porównanie wyników badania palpacyjnego tarczycy z objętością tarczycy uzyskaną metodą ultrasonograficzną

SKN przy Klinice Endokrynologicznej A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Janusz Neuman

Opiekun Koła i pracy: dr hab. Ewa Bar-Andziak

Do nieinwazyjnych metod diagnostycznych chorób tarczycy należą badania palpacyjne i ultrasonograficzne. Metoda palpacyjna jest często zawodna i bardziej subiektywna niż ilościowa ocena ultrasonograficzna. Celem pracy była analiza porównawcza obu tych metod zastosowanych podczas badań nad endemią wola, przeprowadzonych w ramach ogólnopolskiego programu kontroli zaburzeń z niedoboru jodu. Zbadano łącznie 673 dzieci, chłopców i dziewcząt w wieku 7-12 lat, w województwach ciechanowskim i warszawskim. Przy określaniu rozmiarów tarczycy metodą palpacyjną kierowano się trójstopniową skalą zalecaną przez WHO, natomiast objętość tarczycy

obliczano wg wzoru Gutekunsta i porównywano z proponowanymi przez niego normami. Badanie USG wykonano aparatem SIGMA 1 AC Kontron Instruments, z głosą liniową o częstotliwości sygnału 7,5 MHz. Wyznaczono: czułość, swoistość, ogólną dokładność oraz dodatnią i ujemną sprawność rozpoznania metody palpacyjnej w odniesieniu do ultrasonografii. Ponadto zweryfikowano badaniem USG liczbę guzków wykrytych palpacyjnie. Uzyskane wyniki określają zgodność między badaniem palpacyjnym a USG na 64,4% (ogólna dokładność), co jest wartością zbliżoną do danych z piśmiennictwa. Czułość metody palpacyjnej wynosi 64,2%, a swoistość 64,3%. Metoda palpacyjna badania tarczycy u dzieci ma zatem ograniczoną przydatność i stwierdzenie nieprawidłowości przy jej użyciu wymaga weryfikacji ultrasonograficznej.

**Andrzej Osuch, Andrzej Pietrzykowski, Michał Popow,
Roman Radomski, Jakub Trefler**

Objętość tarczycy i stężenie jodu w moczu u dzieci w województwach ciechanowskim i warszawskim

SKN przy Klinice Endokrynologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Janusz Nauman

Opiekun Koła i pracy: dr hab. Ewa Bar-Andziak

W ramach ogólnopolskiego programu badań nad niedoborem jodu zespół lekarzy i studenci SKN przy Klinice Endokrynologii A.M. zbadali 565 dzieci w wieku 7-12 lat w wylosowanych szkołach miejskich i wiejskich woj.woj. ciechanowskiego i warszawskiego. Celem określenia, czy na badanych obszarach występuje niedobór jodu, zbadano wydalanie jodu z moczem, ponieważ powszechnie przyjęto, że stężenie jodu w moczu jest miernikiem spożycia tego pierwiastka. Jony jodkowe w moczu oznaczano katalityczną metodą czowo-arsenową. Tarczycę badano aparatem SIGMA 1 AC firmy Kontrol Instruments z głowicą liniową o częstotliwości sygnału 7,5 MHz, a objętość tarczycy wyznaczano wg wzoru Gutekunsta. Stwierdzono, że stężenie jodu w moczu jest obniżone u blisko 90% dzieci, co wskazuje na niedobór jodu w badanych obszarach. Wykazano także ujemną korelację między wydalaniem jodu z moczem a objętością tarczycy. Ponieważ równoległe badania ujawniły częstość występowania wola w badanej populacji, sięgającą 50%,

można sądzić, że niedobór jodu jest jednym z czynników, powodujących wole endemiczne na badanych obszarach.

Nadia Boulghassoul, Barbara Gierowska, Andrzej Osuch,

Andrzej Pietrzykowski, Roman Radomski

Wzrost i masa ciała dzieci oraz wiek wystąpienia pierwszej miesiączki u dziewcząt z obszarów miejskich i wiejskich a występowanie wola

SKN przy Klinice Endokrynologicznej A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Janusz Nauman

Opiekun Koła i pracy: dr hab. Ewa Bar-Andziak

Pracę wykonano podczas badań nad niedoborem jodu prowadzonych przez Klinikę Endokrynologii A.M., w Warszawie i koordynowanych przez Polską Komisję d/s Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu. Celem pracy było ustalenie, czy istnieje zależność między występowaniem wola u dzieci zamieszkanych na wsi i w mieście a ich rozwojem fizycznym i dojrzewaniem. Powiększenie tarczycy (wole) rozpoznawano opierając się na kryteriach Światowej Organizacji Zdrowia. Zbadano łącznie 673 dzieci w wieku 7-12 lat w wylosowanych szkołach woj.woj. ciechanowskiego i warszawskiego. Rozwój fizyczny oceniano na podstawie wzrostu i masy ciała opierając się na siatkach centylowych dla poszczególnych obszarów. U dziewcząt w wieku 11 – 12 lat oceniano dojrzewanie płciowe na podstawie czasu wystąpienia pierwszej miesiączki. Wykazano tendencję do większego wzrostu i masy ciała u dzieci z wolem w porównaniu z dziećmi z niepowiększoną tarczycą. Nie wykazano różnic w czasie wystąpienia pierwszej miesiączki w grupie dziewcząt z wolem i bez wola. Przedmiotem dalszej analizy statystycznej będzie także ocena masy ciała i wzrostu dzieci w poszczególnych grupach wieku na obszarach miejskich i wiejskich.

P. Bieluszko, I. Capała, M. Dębowska, E. Filipowicz, A. Golonka,

M. Olędzka

Różnicowanie krwinkomoczu pochodzenia nefrologicznego i urologicznego za pomocą mikroskopu kontrastowo – fazowego jako wstępna selekcja pacjentów z niewydolnością nerek i chorobami układu moczowego

SKN przy I Klinice Chorób Wewnętrznych

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. K. Ostrowski

Opiekun Koła: dr A. Wardyn

Opiekunowie pracy: dr B. Straszewska, lek. J. Muszyński

W pracy niniejszej oceniano przydatność mikroskopu kontrastowo-fazowego w badaniu erytrocytów osadu moczu u pacjentów z krwinkomoczem. Materiał został zebrany na podstawie około 2000 kart chorobowych Poradni Nefrologicznej CSK AM i z historii chorób Kliniki Urologicznej. Do badań byli kwalifikowani pacjenci z potwierdzonym rodzajem krwinkomoczu. Warunkiem zakwalifikowania do grupy badanej był krwiomocz stwierdzony w 3 ostatnich badaniach ogólnych moczu, o wartości conajmniej 10 erytrocytów w polu widzenia. Badanych podzielono na 2 grupy:

- 1) pacjenci z krwinkomoczem kłębuszkowym
- 2) pacjenci z krwinkomoczem urologicznym.

Krwinkomocz kłębuszkowy był potwierdzony badaniem histopatologicznym biopsyjnym; przyczyny urologiczne wyłączone na podstawie USG i urografii, które wykazały obrazy prawidłowe. Krwinkomocz urologiczny był potwierdzony badaniem USG, urograficznym, cystografią lub cystoskopią. Mocz uzyskano z pierwszej porannej mikcji, środkowego strumienia. Był on następnie wirowany, a osady oglądane w mikroskopie kontrastowo-fazowym przez tę samą osobę. Następnie obliczano odsetek erytrocytów dyzmorficznych. Przyjęto następujące kryteria: krwinkomocz kłębuszkowy – powyżej 80% krwinek zmienionych; krwinkomocz urologiczny – poniżej 20% krwinek nieprawidłowych.

Wnioski:

1. Wstępne badanie erytrocytów osadu moczu w mikroskopie kontrastowo-fazowym, prowadzone na szeroka skalę, może być prostym badaniem różnicującym typ krwiomoczu.

2. Wynik badania w mikroskopie kontrastowo-fazowym może wyeliminować konieczność hospitalizacji (badanie to można wykonać w warunkach ambulatoryjnych), a także użycie inwazyjnych metod diagnostycznych.

Ewa Bukowska, Magdalena Dmowska, Izabela Igielska, Izabela Mikita, Dorota Sobiczewska, Ewa Wasiluk, Iwona Woźniak

Badanie czynności komórek B wysp trzustkowych przez pomiar stężenia peptydu C w surowicy u chorych z różnymi typami cukrzycy

SKN przy Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Artur Czyżyk

Opiekunowie Koła: dr med. Janusz Krzymień, lek. Piotr Pacuła

Opiekun pracy: dr med. Janusz Krzymień

Peptyd C jest zbudowany z 323 aminokwasów, i wchodzi w skład cząsteczki proinsuliny, łącząc łańcuch A z łańcuchem B. Oznaczanie stężenia peptydu C w surowicy pozwala na ocenę sekrecji komórek B wysp trzustkowych. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu peptydu C w różnych typach cukrzycy. U 60 pacjentów z cukrzycą w wieku od 16 do 80 lat (średnia wieku 44 lata), w tym u 24 kobiet i 36 mężczyzn, oznaczono peptyd C na czczo i w 6 min po dożylnym podaniu 1 mg glukagonu. Badania objęły 23 pacjentów ze świeżo wykrytą cukrzycą, u pozostałych okres trwania cukrzycy wahał się od 1 roku do 37 lat ($x = 8$ lat). Stwierdzono znamienne niższe wartości stężenia peptydu C u chorych z cukrzycą typu 1 (0,46/0,76 ng/l) w porównaniu do pacjentów z cukrzycą typu 2 (2,02/3,84 ng/l). Szczegółowej analizie poddano pacjentów z cukrzycą typu 2 ($n=34$) wykazując różnice w sekrecji komórek B w zależności od otyłości, przebytego zawału serca i sposobu leczenia. W 2 przypadkach na podstawie oznaczenia peptydu C zmieniono dotychczasowe rozpoznanie kliniczne typu cukrzycy (z typu 1 na typ 2).

Określenie sekrecji komórek B trzustkowych na podstawie badania stężeń peptydu C pozwala na rozpoznanie typu cukrzycy jak również wskazuje na zróżnicowanie sekrecji zależnie od sposobu leczenia i chorób towarzyszących.

Magdalena Mierzejewska, Tomasz Rajkowski, Agnieszka Kucharczyk, Michał Ambroziak

Czynniki rokownicze w zespole Waterhouse'a i Friderichsena u dzieci

SKN przy Klinice Pediatrii i Nefrologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Maria Sieniawska

Opiekun Koła i pracy: lek. Paweł Grzesiowski

Zespół Waterhouse'a i Friderichsena (W-F), charakteryzujący się wstrząsem septycznym, plamicą piorunującą i wylewami do nadnerczy, obserwowany w przebiegu posocznicy meningokokowej u dzieci, cechuje się gwałtownym początkiem, ciężkim przebiegiem i wysoką śmiertelnością (24–78%).

Celem pracy było przesledzenie przebiegu zespołu W-F u dzieci i analiza wpływu wybranych czynników na ostateczne rokowanie. Do badań wstępnych zakwalifikowano 30 dzieci leczonych w OIOM PSK-2 A.M. Zespół W-F rozpoznano u 10 z nich, 6 chłopców i 4 dziewczynek, w wieku od 3 miesięcy do 9 lat. Ostłą fazę choroby przyżyło 2 dzieci, 8 zmarło. Analizowano wybrane parametry biochemiczne i kliniczne oraz wyniki badań sekrecyjnych. Stwierdzono, że istotny wpływ na złe rokowanie mają: kwasica metaboliczna, anemia, niska leukocytoza, niewydolność nerek. Jak się wydaje, wysoka śmiertelność wiąże się z gwałtownością i ciężkością przebiegu choroby oraz brakiem odpowiedzi na stosowane leczenie. We wszystkich badanych sekcyjnie przypadkach potwierdzono istnienie wylewów krwi do kory nadnerczy.

**Magdalena Ceglarska, Katarzyna Hryniewicz, Agnieszka Madej,
Katarzyna Mulik, Monika Swierkowska**

Bakteriologia i czynniki ryzyka zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci w pierwszym roku życia

SKN przy Klinice Pediatrii i Nefrologii A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Maria Sieniawska

Opiekun Koła i pracy: lek. Paweł Grzesiowski

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (zomr) jest jednym z najcięższych zakażeń u dzieci, stanowiącym poważny problem diagnostyczny i terapeutyczny. Mimo postępów w rozpoznawaniu i leczeniu śmiertelność wynosi 5-20% w zależności od wieku i stanu dzieci oraz czynnika etiologicznego.

Celem pracy była analiza przebiegu okresu prodromalnego, etiologii i czynników zagrożenia zomr u dzieci w pierwszym roku życia. Do badań zakwalifikowano niemowlęta hospitalizowane w PSK-2 A.M. z powodu podejrzenia zomr. Ustalono następujące czynniki, zwiększające zagrożenie

zomr: poród zabiegowy lub przedwczesny, wiek do 30 dni, infekcja układu oddechowego w wywiadach. W większości przypadków obserwowano podobny zespół objawów początkowych: ciężki stan ogólny, gorączkę, obniżone napięcie mięśniowe, wymioty, bezmocz/oligurię, zaburzenia łaknienia, objawy oponowe.

Etiologia zakażeń zależała od środowiska, w którym doszło do infekcji (szpitalne, pozaszpitalne). Zgodność antybiotykowrażliwości drobnoustrojów ze stosowanym leczeniem wstępnym była wysoka.

E. Giro, G. Horoszczaruk

Analiza kliniczna i obserwacja odległa chorych z bólami w klatce piersiowej i prawidłowym wynikiem koronarografii

SKN przy Klinice Kardiologii I Wydziału Lekarskiego A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Tadeusz Kraska

Opiekun Koła i pracy: prof. dr hab. Danuta Liszewska-Pfejfer

Celem pracy jest analiza kliniczna i obserwacja odległa grupy 16 chorych (8 kobiet i 8 mężczyzn) w wieku od 25 do 64 lat, śr. = 41,6 lat, z bólami w klatce piersiowej sugerującymi chorobę wieńcową, u których koronarografia wykonana w Klinice Kardiologii A.M. w latach 1988-1992 nie wykazała istotnych zmian morfologicznych w tętnicach wieńcowych. Ustalono, że przed koronarografią 10 spośród 16 chorych (62,5%) zgłaszało bóle zamostkowe, 6 w okolicy przedsercowej (37,5%), ponadto ograniczenie wydolności wysiłkowej – 9 (56,2%), kołatania serca – 8 (50%), omdlenia lub utraty przytomności – 8 (50%). Nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 9 osób (56,2%), u 1 mężczyzny cukrzycę typu 2. Cechy niedokrwienia mięśnia serca lub ich podejrzenie w spoczynkowym zapisie ekg występowały u 12 (75%) chorych. Próbę wysiłkową dodatnią lub wątpliwą stwierdzono u 10 spośród 12 osób (95%), którym wykonano to badanie. W okresie obserwacji odległej, trwającej 12-59 miesięcy, śr. = 33,8 mies., 2 mężczyzn zmarło. Utrzymywanie się bólów w klatce piersiowej zgłaszało 11 pacjentów (78%) spośród pozostałych obserwowanych osób. W ocenie własnej chorych wydolność fizyczna pogorszyła się u 7 (50%), poprawiła u 6 (40%). Ekg spoczynkowe wykazało zmiany niedokrwienne u 50%, zaburzenia rytmu serca u 12,5%, a było prawidłowe

we u 25% pacjentów. Wyniki te wskazują, że prawidłowa koronarografia w grupie chorych z bólami w klatce piersiowej nie wyłącza zaburzeń krążenia w drobnych tętnicach wieńcowych i sugeruje konieczność starannej obserwacji lekarskiej tych osób.

M.A. Chmielewski, M.M. Dudek, J. Kuśnierz, M.K. Młotek

Późne potencjały komorowe u chorych po przebytych zawałach serca, leczonych fibrynolitycznie

SKN przy Klinice Kardiologii II Wydziału Lekarskiego A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. J. Kuch

Opiekun Koła i pracy: dr med. J. Król

Późne potencjały komorowe (PPK) są jednym z parametrów, mogących służyć do oceny zagrożenia nagłą śmiercią chorych po zawałach serca (ZS). Celem ustalenia korelacji pomiędzy rozległością ZS, jego przebiegiem klinicznym a istnieniem PPK w późnym okresie ZS, zbadano grupę 34 chorych (9 kobiet i 25 mężczyzn) w wieku od 35 do 74 lat (śr. $54,5 \pm 19,5$). Wszyscy chorzy w ostrej fazie zawału byli leczeni fibrynolitycznie zgodnie z międzynarodowym protokołem badań GUSTO. W późnym okresie ZS, pomiędzy 30 dniem a 6 miesiącem, badano chorych przedmiotowo i podmiotowo oceniając wydolność krążenia wg NYHA, zaburzenia rytmu serca i istnienie PPK. Przy badaniu PPK wykorzystano technikę komputerowej rejestracji i analizy mikrowoltowych sygnałów ekg z powierzchni ciała za pomocą HIPEC ANALYZER SYSTEM HA-200 AH. PPK stwierdzono, gdy były spełnione dwa z trzech warunków wg Simona i Gomesa: 1) QRS > 120 ms, 2) RMS40 20 μ V, 3) LPD > 38 ms. Wielkość stresu zawału szacowano wykorzystując wartość maksymalną CPK w pierwszej dobie zawału. Lokalizację ZS oceniano na podstawie badania ekg i echo 2D. Wyniki opracowano statystycznie testem t – Studenta, posługiwano się arkuszem kalkulacyjnym EXCEL 4,0. Wykazano znamienne statystycznie ($p < 0,05$) związku występowania PPK z maksymalną wartością CPK w pierwszej dobie ZS. U chorych z PPK średnia CPK-max była 1,8 razy wyższa (2576) niż u chorych bez PPK (1427), co wskazuje na bezpośredni związek pomiędzy rozległością strefy ZS a występowaniem PPK.

M. Koczaj, M. Buksińska, R. Wilczopolska

Analiza okoliczności występowania bólu zawałowego

SKN przy Klinice Kardiologii I Wydz. Lekarskiego A.M.

Kierownik Kliniki: prof.dr hab. Tadeusz Kraska

Opiekun Koła i pracy: prof.dr hab. Danuta Liszewska-Pfejfer

Celem pracy była analiza okoliczności występowania bólu zawałowego w grupie 100 kolejnych chorych (32 kobiety i 68 mężczyzn w wieku 49–91 lat, $\bar{x} = 64,1 \pm 11,1$), leczonych z powodu świeżego zawału serca w okresie od 1.06.1992 do 31.12.1992. W analizie uwzględniono 14 parametrów, dotyczących stanu klinicznego chorych przed zawałem oraz okresu dokonywania się zawału, opierając się na danych z historii choroby oraz na podstawie szczegółowej ankiety zbieranej w czasie badania ambulatoryjnego chorych w okresie pozaszpitalnym. Ustalono, że zawał manifestował się bólem w klatce piersiowej u wszystkich chorych, u 40% z nich ból zawałowy był pierwszym objawem choroby wieńcowej. U większości chorych (66%) ból ten pojawił się w warunkach spoczynku, u 43% badanych trwał do 2 godzin, u pozostałych był wielogodzinny. Najczęściej występował w godzinach 12⁰⁰–18⁰⁰ (u 32% chorych) i 18⁰⁰–24⁰⁰ (u 28%), w 77% przypadków wystąpił w dniu powszednim, u 23% w dniu wolnym od pracy.

Piotr Jędrusik

Rozpoznawanie zatorowości płucnej w echokardiografii przezprzełykowej – nowa technika wizualizacji lewej tętnicy płucnej

SKN przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Naczyń A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Włodzimierz Januszewicz

Opiekun Koła: dr Mariusz Łapiński

Opiekun pracy: dr Piotr Puszczky

Echokardiografia przezprzełykowa w rozpoznawaniu zatorowości płucnej może być w pewnych sytuacjach metodą alternatywną dla arteriografii tętnic płucnych lub scyntygrafii płuc – badań niemożliwych do wykonania przy łóżku chorego, bardziej obciążających dla pacjenta, czasami trudno dostępnych i nie zawsze pozwalających ustalić ostateczną diagnozę. Bezpośrednim potwierdzeniem rozpoznania zatorowości płucnej jest stwierdzenie skrzepliny w świetle

głównych tętnic płucnych. Dotychczas uważano, że warunki anatomiczne pozwalają uwidocznić w echokardiografii przezprzetykowej tylko początkowy odcinek lewej tętnicy płucnej. W pracowni echokardiograficznej Kliniki opracowano metodę wizualizacji dystalnego odcinka tego naczynia.

M. Jaworska, G. Styczyński

Echokardiografia przezprzetykowa u chorych z migotaniem przedsionków SKN przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego A.M.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. W. Januszewicz

Opiekun pracy: doc. dr hab. A. Torbicki

Oceniano wyniki badań TEE (transesophageal echocardiography) u pacjentów ze zwiększonym zagrożeniem zatorowością mózgową w wyniku migotania przedsionków. Wg V. Fustera zatorowość w tej populacji wzrasta wraz z: 1) niewydolnością krążenia, 2) cechami uszkodzenia lewej komory w badaniu ECHO, 3) przebytym udarem mózgowym, 4) nadciśnieniem tętniczym, 5) powiększeniem lewego przedsionka. Celem pracy była ocena, czy powyższe kliniczne czynniki zagrożenia korelują z istnieniem skrzepliny lub tzw. spontanicznego kontrastu stwierdzanych w TEE. Zbadanie tej współzależności mogłoby ułatwić podejmowanie decyzji co do zakresu diagnostyki i sposobu profilaktyki przeciwzakrzepowej we wspomnianej grupie pacjentów. Oceniano 91-osobową grupę chorych z migotaniem przedsionków. U 44 osób w TEE wykryto spontaniczny kontrast lub skrzepliny. U 47 osób znalezisk tych nie było. Oceniliśmy znaczenie poszczególnych czynników zagrożenia poprzez porównanie częstości ich występowania w obu grupach pacjentów. Niewydolność krążenia i powiększenie lewego przedsionka były równie częste w obu grupach. Natomiast nadciśnienie, cechy uszkodzenia lewej komory i zatorowość mózgową w wywiadzie były częstsze w grupie z kontrastem i skrzepliną i wynosiły odpowiednio: nadciśnienie – 75% i 45%, cechy uszkodzenia lewej komory – 55% i 26%, zatorowość – 15% i 4%. Ponadto 16 spośród 24 osób ze współistniejącymi 3 lub więcej czynnikami zagrożenia miało skrzepliny lub kontrast spontaniczny w porównaniu z 8 osobami bez skrzepliny i kontrastu. Jedynie 3 osoby były wolne od klinicznych czynników zagrożenia. U żadnej z nich nie stwierdzono skrzepliny ani spontanicznego kontrastu w badaniu TEE.

Renata Wójcik

Zgodność rozpoznania wstępnego z ostatecznym w przypadku podejrzenia ciąży ektopowej. Doniesienie wstępne.

SKN przy II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii I Wydziału Lekarskiego A.M.

Kierownik Katedry i Kliniki: prof.dr hab. med J. Kuczyńska-Sicińska

Opiekun Koła i pracy: dr med K. Czajkowski

Ciąża pozamaciczna stanowi istotny problem kliniczny.

Celem obecnej pracy było sprawdzenie, w jakich przypadkach jest najczęściej podejrzana ciąża ektopowa oraz jaka jest potwierdzalność rozpoznania wstępnego.

Badaniami wstępnymi objęto 52 kobiety kierowane z rozpoznaniem przy przyjęciu: podejrzenie ciąży pozamacicznej. Pacjentki były hospitalizowane w latach 1992–93 w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii przy ul. Karowej 2. Z badań odrzucono 4 pacjentki, u których już przy przyjęciu istniały wskazania do natychmiastowego otwarcia jamy brzusznej z powodu krwotoku wewnętrznego.

W czasie pobytu pacjentek w klinice potwierdzono ciążę pozamaciczną u 35,4% pacjentek (17). U 21% nie stwierdzono nieprawidłowości narządu rodnego. U pozostałych 44% (21) kobiet zdiagnozowano inne zmiany niż ciąża pozamaciczna.

Na podstawie wykonanych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Rozpoznanie wstępne ciąży pozamacicznej jest potwierdzalne u 35% pacjentek.
2. Największą przydatność diagnostyczną mają objawy podmiotowe i przedmiotowe: bóle jednostronne połączone z zatrzymaniem miesiączki i jednostronnym oporem w przydatkach.
3. Badania dodatkowe, takie jak USG i próba ciążowa charakteryzują się zbyt niską czułością i swoistością w porównaniu z objawami klinicznymi.

BOLESŁAW KRZYSZTOFIK, IRENA KOSIŃSKA

XIV Sympozjum Studenckich Kół Naukowych „AQUA’93
„Problemy ochrony i kształtowania środowiska człowieka” – Część I.

Sympozjum zostało zorganizowane przez:

- Studenckie Koło Naukowe Inżynierii Sanitarnej KNIS Wydziału Budownictwa i Maszyn Rolniczych Politechniki Warszawskiej w Płocku,
- Zakład Inżynierii Sanitarnej i Ochrony Środowiska Instytutu Budownictwa P.W. w Płocku,
- Studenckie Koło Naukowe Higieny i Profilaktyki KNHP Akademii Medycznej w Warszawie,
- Sekcję Główną Inżynierii Sanitarnej i Ochrony Środowiska PTH w Warszawie.

Sympozjum AQUA’93 odbyło się 21–22.05.1993 w Gmachu Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie przy ul. Karowej 31 i w Gmachu Głównym Wydziału Budownictwa i Maszyn Rolniczych Politechniki Warszawskiej w Płocku przy ul. Łukasiewicza 17. Komitet naukowy sympozjum stanowili:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Doc. dr Bolesław Krzysztofik | – Przewodniczący |
| 2. Prof.dr hab. med. Henryk Kirschner | – Z-ca Przewodniczącego |
| 3. Prof.dr hab.inż. Władysław Rogiński | – Sekretarz |
| 4. Prof.dr hab. Stanisław Kumor | – Z-ca Sekretarza |
| 5. Prof.dr hab.inż. Andrzej Bukowski | – Członek Komitetu |
| 6. doc. dr Cezary Włodzimierz Korczak | – Członek Komitetu |
| 7. Prof.dr hab. Apolonia Ostrowska | – Członek Komitetu |
| 8. Dr hab.inż. Gerard Buraczewski | – Członek Komitetu |
| 9. Dr med. Jerzy Szewczyński | – Członek Komitetu |
| 10. Dr inż. Jan Sobótko | – Członek Komitetu |
| 11. Dr Maria Krzechowska | – Członek Komitetu |
| 12. Dr med. Alicja Ostrowska | – Członek Komitetu |
| 13. Dr Iwona Duk | – Członek Komitetu |

Na wstępie Prezes Zarządu Głównego PTH doc.dr Cezary Włodzimierz Koczek zapoznał zebranych z rysem historycznym Polskiego Towarzystwa Higienicznego i ideą sympozjów Studenckich Kół Naukowych w tym także AQUA.

Następnie przewodniczenie przejął doc.dr Bolesław Krzysztofik. Podziękował on Panu Prezesowi PTH za otwarcie Sympozjum i słowa uznania dla organizatorów powyższej naukowej imprezy i wyraził radość z przybycia licznych gości i młodzieży akademickiej.

Przedstawiciel Studenckiego Koła Naukowego Inżynierii Sanitarnej „KNIS” Paweł Podwójci i Studenckiego Koła Naukowego Higieny i Profilaktyki A.M. w Warszawie „KHNP” – Paweł Nurzyński zapoznali zebranych z działalnością swoich organizacji. Następnie odczytano pismo przesłane przez Pana Prorektora Politechniki Warszawskiej, prof.dr inż. Wojciecha Włodarczyka, podkreślające duże znaczenie tego rodzaju imprez naukowych.

Część oficjalną zamknęło wręczenie odznaczeń i dyplomów osobom zasłużonym w działalności na rzecz higieny i ochrony kształtowania środowiska i zdrowia.

Złote Odznaki Honorowe Polskiego Towarzystwa Higienicznego otrzymali:

1. Prof.dr hab.inż. Andrzej Madeyski
2. Doc.dr hab. Irena Celejowa
3. Doc.dr hab.med. Jan Lach

Dyplom uznania „Zasłużony dla higieny i ochrony środowiska człowieka” otrzymali studenci V roku Akademii Medycznej w Warszawie:

1. Dorota Krysiak
2. Paweł Nurzyński
3. Piotr Krzeski

W części roboczej pierwszy referat „Rozwój gospodarczy, a ochrona środowiska przyrodniczego” wygłosił prof.dr hab.inż. Andrzej Bukowski z Instytutu Chemii Politechniki Warszawskiej w Płocku. Prelegent omówił wpływ przemysłu, urbanizacji i motoryzacji na zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego. Poruszył problem elektrowni atomowych, odpadów, wysypisk i zmniejszenia warstwy ozonowej.

Drugi referat lekarzy przedstawił prof.dr hab.med. Henryk Kirschner z Instytutu Medycyny Społecznej A.M. w Warszawie. Dotyczył on „Medycyna ekologiczna i jej znaczenie w kształceniu lekarzy”. Tekst referatu str. 188

Dalsze referaty dotyczyły problematyki wodno-ściekowej.

Przedstawiciel Firmy Szwajcarskiej KATADYN na Polskę mgr inż. Stefan Parys wygłosił dwa referaty:

- pierwszy przysłany przez M.Sc. Eng. Andreasa Good'a ze Szwajcarii pt.: „Urządzenia do dezynfekcji wody metodą działania jonów srebra” i
- drugi przygotowany przez siebie na podstawie własnych doświadczeń pt.: „Urządzenia firmy KATADYN do dezynfekcji wody za pomocą promieni UV”.

W sposób niezmiernie ciekawy omówił on same urządzenia i zasady dezynfekcji wody tymi sposobami i ich zalety. Wywody swoje popierał doskonale przygotowanymi, barwnymi przezroczami i foliogramami.

Pierwszy referat studencki został wygłoszony przez studenta V roku AMm. w Warszawie Andrzeja Brudnickiego. Dotyczył on problematyki wodnej i nosił tytuł „Niewydolności pracy nerek wymagające dializoterapii”. Opiekunem naukowym pracy był doc.dr Bolesław Krzysztofik. Referat powyższy miał stanowić wstęp do przewidzianego drugiego opracowania mówiącego o parametrach technicznych i technologicznych wody dla potrzeb sztucznej nerki. Niestety z powodu nieobecności prelegentki, ze względu na strajk komunikacji w tym dniu, nie zostaliśmy z nim zapoznani.

Kol. Brudnicki przedstawił przyczyny niewydolności nerek, parametry ich niewydolności i kryteria wg których rozpoczyna się dializowanie. Podkreślił niezaprzeczalne korzyści jakie niesie dializa – ratunek życia pacjenta.

Prof. S. Kruś wygłosił referat pt.: „Miażdżyca wieńcowa u osób chorych na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Zawał mięśnia sercowego w populacji z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą – obserwacje autopsyjne”. Współautorami tego wystąpienia byli: Wiktor Buczek, Marta Wysocka, Piotr Radwan, Edyta Wciślak, Monika Niemiec. Była to bardzo ciekawa i interesująco przedstawiona praca. Dotyczyła bowiem chorób, z którymi lekarz bardzo często się spotyka. Następnym referat wygłosiła studentka IV roku I Wydz. Lek. A.M. w Warszawie, Ewa Wasiluk pt.: „Badania warunków mikroklimatycznych i mikroflory powietrza w obrębie Kompostowni Odpadów Komunalnych w Radiowie k/Warszawy. Opiekunami naukowymi tej pracy byli: mgr inż. Irena Kosińska i doc.dr Bolesław Krzysztofik, współautorami wystąpienia Izabela Chałupska, Krzysztof Camlet, Magdalena Dmowska, Robert Steciewicz, Paweł Stefański.

Prelegentka poinformowała zebranych, że kompostownia ta przerabia ok. 250 ton odpadów komunalnych Warszawy, co stanowi 25% wszystkich od-

padów miasta. Odpady dostarczane do zakładu są rozładowywane w bunkrze zsypanym, skąd trafiają do biostabilizatora, gdzie podlegają rozdrobnieniu, homogenizacji i rozkładowi biochemicznemu. Tak przygotowany materiał po przesianiu dojrzewa na pryzmach kompostowych. Mimo nowoczesnego ciągu technologicznego mogłoby się wydawać, że stanowić może on zagrożenie dla otaczającego środowiska w postaci zapylenia i nadmiernego rozwoju mikroflory powietrza. Przedstawione przez Kolegów wyniki pomiarów dowodzą jednak, że praca Kompostowni nie wpływa znacząco na warunki mikroklimatyczne w otoczeniu Zakładu. Istotne zmiany w mikroflorze powietrza dotyczyły tylko bunkra zsypanego. Technologia zastosowania do neutralizacji odpadów komunalnych w Kompostowni w Radiowie należy do metod ekologicznie czystych, nie stwarzających zagrożenia dla ludzi i środowiska w otoczeniu Zakładu.

Zastosowany proces technologiczny zapewnia pełne unieszkodliwienie sanitarne kompostu, który może być wykorzystany w rolnictwie, ogrodnictwie, rekultywacji hałd i terenów zdegradowanych.

Kompostowni w Radiowie poświęcony był także kolejny referat „Charakterystyka rozbudowy Kompostowni Miejskiej w Radiowie k/Warszawy”, przedstawiony przez mgr inż. Elżbietę Orzechowską i mgr inż. Jacka Stefanickiego z Przedsiębiorstwa Gospodarki Komunalnej i Inżynierii Miejskiej. Prelegentka w ciekawy sposób przedstawiła pracę Kompostowni, zmieniającą się jakość odpadów komunalnych i możliwości rozbudowy powyższego obiektu.

Prelegentka wyraziła swoje zadowolenie z przedstawionych przez studentów wyników badań higieniczno-sanitarnych powietrza w obrębie Kompostowni w Radiowie, przeprowadzonych przez studentów V roku A.M. w Warszawie, w ramach zajęć fakultatywnych pod kierunkiem mgr inż. Ireny Kosińskiej i doc.dr Bolesława Krzysztofika. Wyniki tych badań mogą okazać się pomocne w dalszej rozbudowie Kompostowni Radiowo.

Kolejny referat pt.: „Badania warunków higieniczno-sanitarnych w obrębie wybranych pomieszczeń Kliniki Ginekologiczno-położniczej” wygłosił studenci IV roku A.M. w Warszawie Renata Wójcik i Jarosław Krupa. Opiekunami naukowymi pracy byli mgr inż. Irena Kosińska i doc.dr Bolesław Krzysztofik. Wyniki pomiarów wykazały znaczne przekroczenie norm higienicznych w badanych pomieszczeniach szpitala, zarówno dla bakterii (nawet gronkowców), grzybów, a także wilgotności względnej powietrza.

Sytuacja taka wymaga rozpoczęcia działania, które mogłoby ją zmienić, począwszy od bardzo prostych sposobów np. zmiana wentylacji, wietrzenie.

Studentka V roku Kierunku Inżynierii Środowiska Politechniki Warszawskiej Anna Saar przedstawiła referat pt.; „Tlenek węgla w atmosferze miejskiej”, opiekunem pracy był dr inż. Wiesław Skorupski. Autorka w bardzo interesujący sposób przedstawiła wyniki badań zanieczyszczenia tlenkiem węgla niektórych wybranych ulic Warszawy, zwróciła uwagę na wahania zawartości tego gazu w przyziemnych warstwach atmosfery, w zależności od wysokości i położenia punktu pomiarowego.

„Dziura ozonowa i jej zdrowotne (medyczne) aspekty” to ostatni referat przedstawiony w pierwszym dniu obrad Sympozjum AQUA'93. Wygłosiły go studentki V roku A.M. w Warszawie Dorota Gajek i Agnieszka Gocel, zaś opiekunem naukowym pracy była mgr inż. Irena Kosińska. Prelegentki przedstawiły znaczenie warstwy ozonowej dla środowiska i człowieka oraz zagrożenie, jakie niesie ze sobą zmniejszająca się coraz bardziej warstwa ozonu, stanowiąca płaszcz ochronny przed promieniowaniem ultrafioletowym.

Do opracowania powyższego sprawozdania wykorzystano materiały przygotowane przez studentów IV roku A.M. w Warszawie, w ramach zajęć fakultatywnych. Wyboru materiałów i korektę redakcyjną przeprowadził doc.dr Bolesław Krzysztofik i mgr inż. Irena Kosińska.

HENRYK KIRSCHNER

Medycyna ekologiczna i jej znaczenie w kształceniu lekarzy¹

Pojęcie medycyny jest wieloznaczne i obejmuje zarówno nauki medyczne rozszerzające istotny dział wiedzy o człowieku, jak i system działań prowadzących do spowodowania takich zmian w organizmie, które zapobiegają jego destrukcji lub sprawności. Podejmowanie działania dotyczą samego organizmu lub jego otoczenia i mają na celu stworzenie optymalnych warunków dla równowagi zdrowotnej, która ma wymiar somatyczny, psychiczny i społeczny.

Medycyna jako system wiedzy i wyrastających z niej działań charakteryzuje się daleko idącym uniwersalizmem. Wszystko, co ważnego dzieje się wewnątrz i na zewnątrz człowieka, na ogół nie omija medycyny. Chociaż stopień „otwarcia” przedstawicieli świata medycznego na uniwersalny wymiar uprawianej dziedziny jest bardzo zróżnicowany.

Przeciwieństwem uniwersalizmu jest redukcjonizm w medycynie, a więc ograniczenie zainteresowań do węższego kręgu zagadnień, głównie związanych z działalnością ściśle kliniczną, przy czym redukcjonizm idzie tu dalej do bardzo nieraz wąskich specjalności. Podział ten jest usprawiedliwiony (choć nie zawsze) względami perfekcjonizmu zawodowego.

Zainteresowania większości studentów medycyny przedmiotem swych studiów z reguły mieszczą się w kręgu zagadnień ściśle leczniczych. Nacisk na programy nauczania z ich strony idzie zazwyczaj w kierunku zwiększenia godzin zajęć klinicznych kosztem ogólnokształcących zajęć teoretycznych i humanizujących. Do preferowanych nie należą również zagadnienia zdrowia publicznego. Daleki jestem od stwierdzenia, że jest w tym coś nieprawidłowego. Studia medyczne należą do jednych z najbardziej przeciążonych. W istniejącej konkurencji między przedmiotami wygrywają te, które stanowią ściśle profesjonalny rdzeń wykształcenia lekarskiego. Ostatecznie większość

¹ Wykład wygłoszony na studenckim sympozjum pt: „Problemy Ochrony i Kształtowania Środowiska Człowieka” z udziałem studentów Akademii Medycznej i Politechniki Warszawskiej. Warszawa – Płock, 21 – 22 maja 1993 r.

absolwentów medycyny jest w przyszłości poddawana sprawdzianowi zawodowemu przede wszystkim w zakresie opanowania sztuki leczenia chorych. Trudno kwestionować zasadność pewnego rodzaju redukcjonizmu jako opcji, która służy doskonaleniu działalności w odpowiednio zawężonym obszarze. Rzecz polega na tym, aby nie był to obszar ściśle zaryglowany, lecz aby prowadziły zeń ścieżki do innych rejonów, w których medycyna powinna być obecna.

W realizacji opieki zdrowotnej występują wyraźne zjawiska kryzysowe o różnym podłożu. Między innymi, istniejąca dysproporcja między sektorem opieki podstawowej a kompleksem specjalistyczno-szpitalnym (u nas zaznaczona szczególnie wyraźnie) powoduje, że uwaga jest koncentrowana na zaawansowanej patologii z zaniedbaniem potrzeb pacjenta przeciętnego. Różnorodność tych potrzeb nie sprzyja węższej specjalizacji, która jest najczęściej pożądana. Z drugiej strony, potrzeby społeczne przemawiają za istnieniem specjalizacji o bardziej poszerzonym kręgu, spełniającej rolę podstawy systemu opieki zdrowotnej.

Doświadczenia wielu krajów wskazują, że system opieki zdrowotnej nie może prawidłowo wypełnić swych zadań bez wsparcia się o szeroką podstawę jaką potencjalnie jest w stanie zapewnić lekarz ogólny lub rodzinny (nazwa upowszechniana ostatnio). Regres opieki podstawowej powiększa przepaść między pacjentem i lekarzem, zazwyczaj pozbawia pacjenta ciągłości opieki i powoduje chaos w systemie jej sprawowania jak również niepotrzebnie podnosi koszty.

Ocenia się, że co najmniej 80% medycznych potrzeb populacji może zaspokajać opieka podstawowa. W krajach zachodnich wiele uczyniono dla odrodzenia instytucji lekarza domowego (rodzinnego). W Polsce proces ten właściwie dopiero rozpoczęto, na pierwsze miejsce słusznie wysuwając problemy odpowiedniego szkolenia podyplomowego. Lekarz pierwszego kontaktu nie może być tylko odzwiercym w systemie służby zdrowia. Musi umieć rzeczywiście pomóc większości zgłaszających się doń pacjentów. System szkolenia i akredytacji, a także wynagradzania lekarzy rodzinnych ma kluczowe znaczenie dla odrodzenia podstawowej opieki zdrowotnej. Torowanie drogi do zajęcia stanowiska lekarza w tym sektorze powinno mieć już miejsce w okresie studiów przeddyplomowych, co jest realizowane np. w W. Brytanii i Holandii. Problematyka medycyny ekologicznej, obejmująca szeroko pojęte środowisko człowieka i jego oddziaływania zdrowotne, sta-

nowi jeden z istotnych elementów na tej drodze. Nie jest to specjalność ale orientacja medyczna, rozpatrująca człowieka w szerszym wymiarze wpływów środowiskowych, określająca warunki i sposoby zdrowego życia.

Człowiek stanowi system otwarty tj. o jego przeżyciu i kształcie istnienia decydują wielorakie związki z otoczeniem, poczynając od powietrza i pożywienia, a kończąc na bardziej wysublimowanych związkach typu kulturowego i duchowego. Zawsze kiedy medycyna wznosiła się na miarę swego uniwersalnego powołania, tym mocniej akcentowano rolę nadsystemu środowiskowego w utrzymywaniu równowagi zdrowotnej. Tak było w czasach Hipokratesa i późniejszych. W czasach nowożytnych szczególnie wyraźnie zaznaczyło się to w XIX w., kiedy środowiskowe zagrożenia zdrowia stały się czynnikiem hamującym rozwój współczesnej cywilizacji. Skłoniło to do bardziej efektywnego zajęcia się zdrowiem ludności przez władze państwowe i samorządowe. W tym właśnie czasie powstaje pojęcie zdrowia publicznego i medycyny społecznej. Warto wspomnieć o zaangażowaniu, jakie na tym polu przejawiał młody Virchow, późniejszy sławny anatomopatolog. Skierowany w 1848 r. przez rząd pruski na Śląsk do zwalczania występujących tam ognisk duru plamistego, w sprawozdaniu dla władz w Berlinie konkludował, że uporanie się z tą chorobą wymaga poprawy sytuacji ekonomicznej i podniesienia stanu oświaty ludności. W latach 1848/49 R. Virchow wraz z S. Neumannem wydawał pismo „Die Medizinische Reform”, które stanowiło wykładnię nowego spojrzenia na miejsce i zadania medycyny uczestniczącej we wszechstronnym rozwoju społeczeństwa.

Źródła medycyny ekologicznej tkwią zatem w filozoficznym uniwersalizmie medycyny i utylitarnych potrzebach społecznych. Mieści się w niej krąg tematyczny istotny dla tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu człowieka, a w praktyce medycznej postulat ten najpełniej ucieleśniają podstawowa opieka zdrowotna i sektor zdrowia publicznego.

Według definicji WHO z 1984 r. „zdrowie jest dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby”. Wyznaczony tą definicją obszar działania na rzecz zdrowia jest niezwykle duży i należy nie tylko do medycyny. Szeroko rozumiana promocja zdrowia wymaga zaangażowania różnych gałęzi nauki i życia społecznego jak: ekonomika, polityka społeczna, prawodawstwo, polityka żywienia, ochrona środowiska, system oświaty, środki masowego przekazu, organizacje społeczne, działalność polityczna itp. Od medycyny oczekuje się jednak wskazań,

jakie problemy są najbardziej istotne i co należy uczynić dla poprawy warunków zdrowotnych.

Ocenia się, że co najmniej 80% zmian chorobowych powstaje w wyniku oddziaływania czynników zewnętrznych z kręgu osobistego lub szerszego (do 90% nowotworów wg opinii wielu onkologów). We wpływy te wplata się podatność genetyczna, określająca zagrożenie osobnicze przy tej samej ekspozycji na szkodliwe oddziaływania czynników zewnętrznych. Wg ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, przeciętnie 18 – 22% negatywnych następstw zdrowotnych wiąże się z dominowaniem niekorzystnych wpływów genetycznych. Jakkolwiek by oceniać sytuację, rola środowiska w kształtowaniu stanu zdrowia populacji pozostaje wiodąca.

Pojęcie środowiska zawiera wiele warstw. Największe znaczenie w bilansie wpływów zdrowotnych ma środowisko indywidualne, z którym jest ściśle powiązany sposób postępowania jednostki wiążący się z wpływem na stan zdrowia (zachowania zdrowotne). Wspólne natomiast jest makrośrodowisko, oddziałujące na całą populację. Zawiera ono czynniki fizyczne i chemiczne, charakteryzujące się dodatnim, obojętnym lub ujemnym wpływem na stan zdrowia, a także jest siedliskiem świata ożywionego pozostającego w złożonych relacjach z organizmem ludzkim i jego równowagą zdrowotną.

Znajomość środowiskowych powiązań organizmu ludzkiego znacznie wzbogaca myślenie lekarskie w postępowaniu z chorym ale przede wszystkim sprzyja ukierunkowaniu pierwotnych i wtórnych działań zapobiegawczych. Rysują się przy tym następujące pytania: 1) jak rozpoznawać środowisko z punktu widzenia wpływów i zagrożeń zdrowotnych, 2) jaki wpływ na zdrowie ma lub może mieć rozpatrywany czynnik środowiskowy, 3) jakie są metody i praktyczne możliwości dokonywania zmian w otoczeniu człowieka, służących zapobieganiu chorobom i umacnianiu zdrowia.

Zestaw czynników środowiskowych o najbardziej istotnym znaczeniu dla zdrowia zmienia się w czasie i przestrzeni. Aż do czasów najnowszych głównym zagrożeniem były chorobotwórcze drobnoustroje. Choroby zakaźne w Polsce stanowiły główną przyczynę zgonów jeszcze w latach 20-tych obecnego stulecia.

Sytuacja zdrowotna ludności jest silnie zakotwiczona w warunkach społeczno-ekonomicznych i w znacznym stopniu stanowi ich odzwierciedlenie. Nie chodzi już tylko o niedostatek i różnego rodzaju niedobory, chociaż mają one istotne znaczenie, szczególnie u nas, wikłając obraz sytuacji. Niemniej

na pierwszy plan wysuwa się nadkonsumpcja i źle ukierunkowana konsumpcja zmieniająca na tyle styl życia ludności, że wynikają stąd istotne zagrożenia zdrowotne. Jest to podstawowy czynnik leżący u podłoża powstawania przewlekłych chorób degeneracyjnych opatrywanych często określeniem „choroby cywilizacyjne”. Ten właśnie rodzaj patologii stanowi zjawisko szybko u nas narastające w ostatnich dekadach.

W ciągu ostatnich dekad wyrosło również inne zagrożenie o wyraźnym znaczeniu ekologicznym. Są nim skażenia chemiczne powietrza, gleby i wody, których negatywne skutki w świecie ożywionym dostrzega się już na dużą skalę. Przystosowania fizjologiczne i społeczne u człowieka sprzyjają stosunkowo większej jego odporności, niemniej istnieje wiele wiarygodnych danych o występowaniu szkód zdrowotnych również w populacji ludzkiej (choroby układu oddechowego, alergizacja, niektóre choroby krwi, nowotwory, tzw. zespół choroby środowiskowej). Obok prowadzonych badań specjalnych dla rozpoznania zagadnienia duże znaczenie mają obserwacje czynione przez lekarzy praktyków.

Mimo dokonującego się postępu nasza wiedza na temat skutków zdrowotnych narażenia populacji ludzkiej na działanie chemicznych skażeń środowiskowych jest ciągle niedostateczna. Przyczynia się do tego słabe na ogół rozpoznanie łącznej ekspozycji człowieka na zanieczyszczenia, które oddziałują poprzez powietrze atmosferyczne, żywność i wodę pitną. Nawet małe ich dawki ulegają z czasem kumulacji materialnej (np. metale ciężkie) lub czynnościowej. Istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo powstawania z mieszaniny odpadowych związków chemicznych, nowych ich postaci, często bardziej niebezpiecznych dla zdrowia niż wyjściowe. Ponadto, znaczenie chemicznych skażeń środowiskowych jest, jak się wydaje, istotne jako czynnika współdziałającego z innymi niekorzystnymi dla zdrowia wpływami makrośrodowiska i z kręgu osobistego np. palenia tytoniu.

Chemiczne skażenia środowiska w obecnej postaci, to stosunkowo nowe doświadczenie ludzkości o nie dających się na razie przewidzieć skutkach. W rezultacie nowych form gospodarowania ziemią uprawną dochodzi również do wzmożonego obrotu pierwiastkami, co w rezultacie prowadzi do zubożenia żywności i wody pitnej w istotne dla życia mikroelementy jak jod i selen.

Zarówno tradycyjne, jak i dopiero rodzące się problemy środowiskowe mające odniesienia zdrowotne, są przedmiotem zainteresowania i dyskusji,

w której lekarze odgrywają dużą rolę. W ich stronę są kierowane pytania dotyczące postępowania jednostkowego lub w szerszej skali społecznej, mającego na celu ochronę zdrowia przed zagrożeniami środowiskowymi. Bardzo pożądane jest wspomaganie przez lekarzy prozdrowotnych i proekologicznych działań społecznych na szczeblu lokalnym.

Bez wątpienia, istnieją poważne powody do tego, aby rola problematyki, która w umownym skrócie określiłem jako „medycynę ekologiczną”, wzrastała w kształceniu lekarzy. Istotne jest budzenie zainteresowań badawczych w tym obszarze, jak również odpowiednie ukierunkowanie lekarzy praktyków. Z prawdziwą satysfakcją odnotowuję wzrastające w ostatnich latach zainteresowanie studentów medycyny poruszoną problematyką. Znajduje to m.in. wyraz w przygotowywaniu ciekawych prac i opracowań, które znalazły się również w programie tego Sympozjum.

ANDRZEJ CZŁONKOWSKI

75-lecie Katedry Farmakologii

W historii medycyny nauczanie farmakologii zawsze stanowiło ważną część programu kształcenia lekarzy. Katedra Farmakologii powstała w Warszawie jednak dopiero w roku akademickim 1917/1918. Rocznicy tej oraz dorobkowi minionych lat był poświęcony „XI Warszawski Dzień Farmakologii”. Symposium to pod patronatem J. M. Rektora AM. prof. dr. Tadeusza Tołłoczki odbyło się 23.04.1993 r. Poza farmakologami obrady zgromadziły przedstawiciele władz uczelni, towarzystw naukowych, osoby współpracujące z nami, z AM i innych jednostek naukowych oraz naszych kolegów i przyjaciół. Honorowym gościem był syn prof. Jerzego Modrakowskiego – twórcy Katedry – prof. Andrzej Modrakowski.

W programie przedstawiono 4 referaty:

1. Historia farmakologii warszawskiej (UW i AM) – Zbigniew Szreniawski.
2. Postępy psychofarmakologii minionego dwudziestolecia (wybrane zagadnienia) – Andrzej Członkowski.
3. Badania nad endogennymi opioidami i niektórymi inhibitorami konwertazy – Witold Gumułka.
4. Rozwój badań nad przekąźnictwem serotonergicznym i ich znaczenie w farmakologii schorzeń ośrodkowego układu nerwowego – Wojciech Kostowski, oraz w sesji plakatowej:
 1. Wpływ antagonistów receptora NMDA na zachowanie emocjonalne szczurów – A. Płaźnik, W. Pałajko, M. Jessa, M. Nazar.
 2. Przebieg zapalenia stawów u szczurów w różnych typach nadciśnienia – M. Kohutnicka, E. Widy-Tyszkiewicz, P. Mierzejewski, A. Członkowski.
 3. Receptory opioidowe w nadciśnieniu tętniczym – E. Widy-Tyszkiewicz, J. Kotapski, A. Członkowski.
 4. Wpływ agonistów na obwodowe receptory opioidowe u szczurów różnych szczepów – P. Mierzejewski, E. Widy-Tyszkiewicz, M. Kohutnicka, A. Członkowski.

5. Preliminary pharmacological study on „reflex immobility” in rats – part II – P. Krząścik, J. Sikora, W. Kostowski.
6. ECoG spectral analysis of the effect of subtoxic doses of naloxone on the brain with precerebellum or high spinal transection of the c.n.s. – P. Krząścik, P. K. Janicki.
7. Wielokrotna iniekcja antagonistów receptorów 5-HT₃ redukuje konsumpcję alkoholową szczurów preferujących alkohol – W. Dyr, M. J. McBride, J. M. Murphy, L. Lumeng, T. K. Li.
8. Antynocyceptywne współdziałanie peptydów i alkaloidów opioidowych – I. Maszczyńska, M. Mikaszewska, D. Kosson, A. W. Lipkowski.
9. Modyfikowanie aktywności alkaloidów opioidowych poprzez hybrydyzację z fragmentami peptydowymi – K. Misterek, M. Pachocka, G.W. Pasternak, S. W. Gumulka, A. A. Lipkowski.
10. Wpływ fluminazolu na błonę śluzową nosa – B. Tarchalska, E. Zawisza.

ZBIGNIEW SZRENIAWSKI

Nauczanie farmakologii i historia Katedry i Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Warszawskiego i Akademii Medycznej w latach 1859-1974.*

Antoni Kryszka (1859-1887)

W dniu 1 października 1857 roku rozpoczęła działalność Akademia Medyko-Chirurgiczna w Warszawie. Już drugiego dnia po otwarciu nowomianowani nauczyciele rozpoczęli wykłady w mrocznych salach gmachu szkół pojezuickich przy Krakowskim Przedmieściu. Studenci w liczbie 245 nie mogli się pomieścić w wyznaczonych salach i to spowodowało, że podzielono ich na dwie grupy a wykładowcy powtarzali ten sam wykład dwukrotnie. Rozpoczęto poszukiwania pomieszczenia na sale wykładowe a najbardziej odpowiedni okazał się Pałac Staszica (1).

W końcu 1859 r. dla kolegialnego kierowania Akademią powołano Konferencję, w której skład weszli najbardziej znani i cenieni Profesorowie: Tytus Chałubiński (Klinika Terapeutyczna), Ludwik Hirszfeld (Anatomia Opisowa), Antoni Kryszka (Materia Lekarska i Receptura).

W 1862 r. powstała Szkoła Główna. Antoni Kryszka, lekarz naczelny Szpitala Św. Rocha, częściowo prowadził wykłady z fizjologii, a od 1 listopada 1859 r. został powołany na wykładowcę farmakologii i terapii szczegółowej. W tym czasie na Wydziale Lekarskim w semestrze VI wprowadzono nauki lekarskie: terapię ogólną i szczegółową, naukę pisania recept i toksykologię. Antoni Kryszka był członkiem Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, brał czynny udział w pracach Wydziału.

W roku 1896 władze carskie zamknęły Szkołę Główną wraz z Wydziałem Lekarskim. Utworzono Cesarski Uniwersytet Warszawski, uczelnię całkowicie zrusyfikowaną. Antoni Kryszka nadal prowadził wykłady farmakologii, które były niezwykle zwięzłe, podawał tylko zagadnienia istotne (2).

1 * Referat wygłoszony podczas XI Warszawskiego Dnia Farmakologii (23.04.1993 r.).

Łazarz Tumas (1887-1890)

Ten Rosjanin, uczeń Botkina, był wybitnym badaczem swojego czasu. Jego szczególnie znane prace z zakresu patologii dotyczyły zrośnięcia skóry dwóch osobników zwierzęcych a także znane są prace o działaniu leków napotnych, tłumaczone na język niemiecki i angielski. Łazarz Tumas kierował Katedrą i Zakładem Patologii i Terapii Szczegółowej zaledwie 2 lata.

W tym czasie działała Kasa Pomocy dla Osób Pracujących na Polu Naukowym im. Józefa Mianowskiego. Dzięki tej pomocy w 1890 r. ukazał się „Podręcznik Farmakologii Klinicznej” Penzolda w tłumaczeniu Aleksandra Fabiana.

W latach 1895-1900 dokonano inwestycji, dzięki którym większe i bardziej nowoczesne lokale otrzymały Zakłady Fizjologii, Chemii Medycznej i Farmakologii. Od początku Wydział Lekarski zajmował budynek znajdujący się na terenie Uniwersytetu Warszawskiego przy Krakowskim Przedmieściu 26/28.

Władimir Iwanowicz Nikolski (1890-1915)

Ten poważny badacz na początku lat 90-tych współpracował w Kazaniu z Janem Dogielem, wybitnym farmakologiem rosyjskim polskiego pochodzenia. Ich prace dotyczyły mechanizmu działania kurary. Ponadto Nikolski publikował dotyczące różnych problemów homeopatii i pomyłek w farmakoterapii. W 1905 r. wydał podręcznik farmakologii. Wykłady jego cieszyły się uznaniem wśród studentów, ponieważ zgodnie z ówczesnymi zwyczajami były poparte doświadczeniami na zwierzętach, najczęściej wykonywanymi na psach.

W 1903 r. zmarł Apuchtin, zniechęcony kurator. Mowę pogrzebową wygłosił Piotr Nikolski, rektor Uniwersytetu Warszawskiego, znany dermatolog, szczególnie wrogo nastawiony do Polaków. To przemówienie było bezpośrednią przyczyną strajku studentów i zamknięcia Uniwersytetu na dwa miesiące. Wkrótce potem wybuch rewolucji w St. Petersburgu w styczniu 1905 roku i strajk robotników na Woli spowodował, że studenci okupowali salę Auditorium Pałacu Kazimierzowskiego. Policja i wojsko zmusiły studentów do opuszczenia gmachu. Postulaty „Bratniej Pomocy” domagającej się repolonizacji Uniwersytetu, pełnej autonomii swobody organizacyjnej i osobistej spowodowały, że Cesarski Uniwersytet Warszawski został zamknięty na okres trzech i pół lat (2).

Na początku 1918 r. powstała Katedra i Zakład Farmakologii Eksperymentalnej Uniwersytetu Warszawskiego. Zakład został umieszczony na powierzchni 800 m² na II piętrze Gmachu Medycyny Teoretycznej.

Kierownikiem Zakładu został prof. Jerzy Modrakowski (3). Medycynę studiował we Wrocławiu i Monachium. W wieku 31 lat otrzymał stopień doktora w Uniwersytecie w Berlinie, w wieku 33 lat uzyskał stopień docenta farmakognozji a po dalszych dwóch latach docenta farmakologii Uniwersytetu Lwowskiego. Profesorem nadzwyczajnym został w 37 roku życia, a profesorem zwyczajnym – w 44, już w Warszawie w 1919 r.

W latach 1926/27 był Dziekanem Wydziału Lekarskiego, a w roku 1939 powołany został na stanowisko Rektora Uniwersytetu Warszawskiego, chociaż tej funkcji nie podjął ze względu na wybuch II Wojny Światowej.

W okresie międzywojennym w Zakładzie pracowało około 10 osób wśród nich:

1. Olgierd Buraczewski – wybitny fizjatra, związany z Instytutem Gruźlicy, wykładowca tajnego nauczania w okresie wojennym.
2. Stanisław Kroszczyński – współpracownik Komisji Nauk Farmaceutycznych kierował Pracownią Standaryzacji Leków (Długa 16), która później stała się załącznikiem Instytutu Leków.
3. Emil Leyko – związany z Uniwersytetem Stefana Bato­rego w Wilnie, po wojnie kierownik Zakładu Farmakologii Akademii Medycznej w Łodzi.
4. Janina Romańska-
-Majcherczykowa – w okresie powojennym adiunkt Zakładu.
5. Maksym Nikonorow – wybitny badacz i organizator kontroli leków i środków spożywczych w PZH.
6. Władysław Rusiecki – toksykolog, od 1953 kierownik Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie.
7. Henryk Sikorski – wykładał farmakodynamikę, zginął w Katyńiu.
8. Janusz Supniewski – późniejszy kierownik Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej w Krakowie (3).

W tym okresie istotny nurt działalności Zakładu stanowiły badania nad związkami czynnymi pochodzenia roślinnego. W 1924 r. Modrakowski wy-

odrębnił z pietrasznika plamistego flawonoid, hesperydynę. Uważano wówczas, że hesperydyna podobnie jak rutyna, mają właściwości zbliżone do witamin i mogą być stosowane w leczeniu chorób krwiotocznych, czego nie potwierdziły badania współczesne. W 1923 r. Modrakowski i Sikorski, dążąc do ujednoczenia przetworów naparstnicy spowodowali, że Zakład poczynił kroki w celu dostarczenia „Folia Digitalis Titrata” pochodzenia polskiego.

Po raz pierwszy zapisu EKG na zwierzętach dokonał Eggleston w 1922 r. Bardzo dokładne określenie dawki granicznej naparstnicy w jednostkach żabich w ocenie elektrokardiograficznej świadczy, że Zakład posługuje się metodami aktualnymi. Od czasów Syreniusza (1541-1611) kwiaty grzybienia białego i żółtego były w Polsce powszechnie stosowanym środkiem ludowym. Na przełomie 1935/36 Modrakowski wyizolował z grzybienia białego alkaloid nymfalinę, stwierdził jego wpływ na ośrodkowy układ nerwowy i określił, że wzmacnia on „absolutną siłę serca”. Zakłady Farmaceutyczne „MOTOR” wyprodukowały preparat zawierający chlorowodorek nufradyny B, który jednak nie umocnił się na rynku, z różnych względów, również ekologicznych.

W 1936 r. H. Sikorski i W. Rusicki badali działanie uspokajające wyciągów z chmielu. Doświadczenia te wykonywali nie tylko na myszach i szczurach, ale również na gołębiach, szpakach, ziębach, trznadlach i krzyżodziobach świadomi odrębności gatunkowej w oddziaływaniu na leki. Działanie uspokajające oznaczali metodą zaproponowaną przez Schlagintweitha w 1928 r., która była stosowana w Zakładzie aż do 1958 r.

Inne prace Sikorskiego dotyczyły pituitryny wprowadzonej do płynu mózgowo-rdzeniowego psów i królików. W tamtym czasie nie znano aparatu stereotaktycznego a wstrzyknięcia wykonywano „do cysterny” w znieczuleniu miejscowym. Stwierdzono obwodowy charakter antydiuretycznego działania pituitryny.

W 1939 r. J. Modrakowski i J. Romanowska-Majerczykowa potwierdzili silniejsze działanie uspakajających wodnych wyciągów kozłka lekarskiego niż wyciągów alkoholowych lub eterowych. Sam Modrakowski pracował nad fizjologią trawienia oraz farmakologią wstrząsu i leków moczopędnych. Po raz pierwszy zastosował metody radiologiczne w badaniach przedklinicznych przewodu pokarmowego. Szczególnie interesowały go wyniki uzyskane po przestrojeniu chorych za pomocą kwasicy salmiakowej. W tym celu

opracowano tabletki „Gelacid” zawierające chlorek amonu. Ponieważ badania na zwierzętach okazały się niedostateczne – pisze Modrakowski w 1932 r. – „odnośne doświadczenia przeprowadzono na Kolegach pracujących w Zakładzie. Niektóre badania jak zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, naczyń skóry i po części odczyny skórne na bodźce zapalne podczas kwasicy i zasadowicy zostały wykonane u chorych Kliniki Psychiatrycznej”.

Podręczniki akademickie, opracowane przez zespół nauczający, były zawsze cenną pomocą dydaktyczną. Tak więc w 1925 r. Modrakowski wydał „Farmakologię”, w 1926 r. unowocześnione III wydanie „Farmakologii z toksykologią, recepturą i farmakognozą” (2 tomy), w 1930 r. ukazała się „Farmakologia z toksykologią i recepturą”, w 1934 r. napisał wspólnie z Januszem Supniewskim „Podręcznik farmakologii dla lekarzy i studentów”. Niezależnie w tym samym roku Koło Medyków wydało monograficznie opracowane wykłady Modrakowskiego pod redakcją Hanny Trzaskaczówny.

Wspomnieć należy, że od 1924 r. do 1926 i w 1934 r. Modrakowski w zastępstwie kierował I Kliniką Wewnętrzną Uniwersytetu Warszawskiego. Jego wiedza kliniczna nie tylko rzutowała na sposób znakomicie prowadzonych wykładów lecz również na działalność naukową. Losy Uniwersytetu Warszawskiego podczas okupacji niemieckiej są przedmiotem odrębnych opracowań. Ograniczę się do przypomnienia, że w Gmachu Medycyny Teoretycznej mieściła się w latach 1941-1944 Prywatna Szkoła Zawodowa dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego Docenta Jana Zaorskiego będąca w istocie dobrze zorganizowanym, prawdziwym choć nie jawnym, Wydziałem Lekarskim z jego kadrą nauczającą (Dyrektor Prof. dr Franciszek Czubalski), programem i miejscem nauczania. Powtórzono wariant z ubiegłego stulecia prowadząc wykłady w dwóch kursach równoległych. W nauczaniu tym uczestniczyło około 300 profesorów i asystentów i ponad 2000 młodzieży akademickiej. Program w zasadzie obejmował pierwsze 2 lata medycyny (niektórzy Koledzy zaliczali również III rok studiów), Zakład Farmakologii nie funkcjonował, chociaż prof. J. Modrakowski prowadził wykłady dla obydwu kursów. Na terenie Zakładu przy współpracy prof. Stanisława Przyłęckiego, znakomitego biochemika, produkowano witaminizowaną żywność dla ludności Warszawy.

Wybuch Powstania Warszawskiego w sierpniu 1944 r. przerwał wszelką działalność oświatową na terenie Stolicy. Opuszczenie przez Niemców prawobrzeżnej Warszawy spowodowało jednak, że już we wrześniu 1944 r.,

rozpoczęto organizowanie nauczania medycyny w pomieszczeniach Wydziału Weterynaryjnego, Szpitala Praskiego oraz „Akademię Boremlowską” – z wielkim trudem powstający załączek Wydziału Lekarskiego w szkole podstawowej przy ul. Boremlowskiej na Grochowie. Stopniowo zaczęli napływać studenci. Prof. J. Modrakowski zmarł we Wrocławiu wkrótce po wybuchu Powstania Warszawskiego.

Piotr Kubikowski (1946-1974)

Piotr Kubikowski zgłosił się do pracy natychmiast po przesunięciu się linii frontu, w styczniu 1945 r. Zakład Farmakologii Eksperymentalnej został zniszczony podczas działań wojennych. Po odgruzowaniu i zabezpieczeniu Gmachu Medycyny Teoretycznej uzyskano kilka niewielkich pomieszczeń. Działalność dydaktyczną podjęto w połowie 1946 r.

Dzięki wysiłkom Piotra Kubikowskiego oraz ówczesnych adiunktów Jana Karola Teuchmanna, Janiny Romanowskiej-Majcherzykowej i Józefa Jeskego udało się ustawić najprostszą aparaturę i niezbędne urządzenia. W 1948 r. uzyskano własny lokal. Zakład Farmakologii początkowo zajmował pomieszczenia Zakładu Fizjologii Człowieka a od 1955 r. znajduje się w lokalu obecnie zajmowanym. Nerozwiazana została sprawa pomieszczenia dla zwierząt. Wyposażenie Zakładu w aparaturę umożliwiającą wówczas rozpowszechniony zapis na papierze okopconym było bardzo skromne. Wiele prostych urządzeń rejestrujących wykonywał Edward Miksiewicz, mechanik precyzyjny Zakładu. Liczba studentów uczęszczających na ćwiczenia wahała się od 600 do 900 rocznie. Repetytoria i kolokwia zajmowały większą część dnia, co nie wpływało korzystnie na prace badawczą, zważywszy, że na jednego asystenta przypadało około 100 studentów. Ponadto starsi i bardziej dyspozycyjni pracownicy Zakładu prowadzili zajęcia w innych Uczelniach: Prof. dr med. Jan Karol Teuchmann – w Gdańsku, Prof. dr farm., dr med. Józef Jeske – w Rokitnicy i w Lublinie, doc. dr med. Jan Venulet – w Lublinie. Pomimo tych trudnych warunków, kompresji etatów, braku reagentów, do 1952 r., przeprowadzono jeden przewód habilitacyjny i zakończono dziewięć przewodów doktorskich. W tym czasie główny kierunek badań dotyczył oceny leków przeciwnadciśnieniowych. Dzięki współpracy z Prof. Stanisławem Binieckim z Zakładu Technologii Środków Leczniczych Akademii Medycznej określono właściwości niektórych pochodnych hydralazoftalazyny. Badaniami tymi kierował Piotr Kubikowski przy współpracy Janiny Romanowskiej-Majcherzykowej i Janiny Szymańskiej. Określono

właściwości wyciągów tyśiącznika (*Centaurium umbellatum*) i ciemierzycy białej (*Veratrum album*). Przy współpracy Prof. Stanisława Lewaka z Zakładu Fizjologii Roślin Uniwersytetu Warszawskiego Halina Duriasz-Rowińska stwierdziła, że leukoantocyjna wyodrębniona z głogu charakteryzuje się dodatnim działaniem inotropowym oraz uspokajającym, potem określiła niektóre właściwości bradykininy.

Rok akademicki 1956/57 był rokiem przełomu. Otworzyły się nowe możliwości wyjazdów stypendialnych, zwiększyła dostępność podręczników i czasopism obcojęzycznych, przede wszystkim angielskich. Liczba etatów nauczycieli akademickich zwiększyła się do 12, po raz pierwszy zatrudniono w Zakładzie laborantki posiadające odpowiednie przygotowanie zawodowe.

Od 1946 r. do 1973 Piotr Kubikowski wraz z Józefem Dadlezem byli autorami 5 wydań „Farmakologii i toksykologii dla studentów”, z Władysławem Rusieckim 3 wydań „Toksykologii współczesnej” ponadto Piotr Kubikowski i Alfons Chodera byli redaktorami 3 wydań „Farmakologii dla studentów stomatologii”. W tym czasie ukazały się 2 wydania „Receptury” Jana Karola Teuchmanna, 2 wydania „Receptury” Janiny Romanowskiej-Majcherczykowej.

W 1961 r. pracę w Zakładzie podjęli młodzi i utalentowani lekarze, których działalność spowodowała, że Zakład został wyposażony w poligrafy, stymulatory, oscyloskopy i elektroencefalografy. Stąd też, po wieloletniej przerwie, prace Zakładu mogły być publikowane w recenzowanych, międzynarodowych czasopismach naukowych. Trzeba podkreślić współpracę i wyjazdy stypendialne pracowników Zakładu do Filadelfii i Hannoweru, przede wszystkim jednak należy wspomnieć o wieloletniej i obejmującej wiele osób współpracy z Instytutem „Mario Negri” w Mediolanie. Słowa podziękowania należą się prof. Sylvio Garattini’emu, dyrektorowi tego Instytutu, wielkiemu przyjacielowi polskiej farmakologii.

Dzięki tej współpracy Wojciech Rewerski potwierdził właściwości hipotensyjne i uspakajające wyciągów z głogu, razem z Januszem Wysokowskim oznaczył stężenia pochodnych kwasu barbiturowego oraz mysoliny we krwi zdrowych ochotników i u chorych z padaczką, co wraz z innymi publikacjami tych autorów zwiększyło możliwości rozwoju farmakologii klinicznej w Polsce.

W latach 1960/67 Zbigniew Szreniawski badał związki wpływające na przekąźnictwo w zwojach wegetatywnych i w płycie motorycznej, określił reaktywność adrenergicznych włókien przedzwojowych, opisał działanie soli

metyloamonowych na zwoje sympatyczne i określił właściwości zwiotczające niektórych antybiotyków.

W 1965 r. Irena Gawęcka z Witoldem Gumułą prowadzili badania nad mechanizmem hipotensyjnym inhibitorów monoamino-oksydazy, w 1966 r. wraz z Wojciechem Kostowskim opisała wzajemnie zależne lub niezależne działanie receptorów serotoninoergicznych i cholinergicznym warunkowane odrębnością narządową i gatunkową. W 1966 r. W. Kostowski i W. Gumuła określili działanie neostygminy i fizostygminy na zwoje współczulne oraz zwojowe i ośrodkowe działanie galantaminy. W tym czasie Witold Gumuła opisał warunki blokowania neuronów adrenergicznych po podaniu pochodnych guanidyny, ocenił wpływ depolaryzujących aminokwasów oraz pochodnych piperazyny na przekaźnictwo zwojowe; na izolowanych przedsiionkach królika określił wpływ imipraminy na działanie obwodowe amin katecholowych. Równocześnie Wojciech Kostowski rejestrował zmiany potencjałów wywołanych z mięśni szkieletowych i nerwów obwodowych u szczurów pod wpływem chlorochiny. Rozwinął badania z zakresu farmakologii porównawczej, początkowo dotyczące wpływu neuroprzekaźników na przekaźnictwo zwojowe pijawki, potem określił wpływ tych przekaźników na zachowanie agresywne i czynność bioelektryczną owadów. W tym zespole Bożena Tarchalska-Kryńska, Józef Meszaros i Józef Beck usprawnili metodykę mikroinjekcji i rejestrację zapisu elektroencefalograficznego u mrówek i żab. Te badania wykazały, że rezerpina i chloropromazyna działają u owadów podobnie jak u kręgowców. Inne prace W. Kostowskiego z tego okresu dotyczyły miotropowego i neutropowego działania steroidów. Wprowadzone przez niego techniki stereotaktyczne i udoskonalenie badań elektroencefalograficznych u szczurów i kotów zwróciły uwagę na farmakologię doświadczalną ośrodkowego układu nerwowego. Należy podkreślić pełną pasję działalność również w tym zakresie, znakomitego eksperymentatora Krzysztofa Kądziaławy a zwłaszcza prace dotyczące badań hemodynamicznych i elektroencefalograficznych alfa-metylo-DOPA i benzokwinamidu oraz wpływu trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych na ośrodkowe działanie DOPA i zwojowe działanie amin katecholowych. Współautorką tych prac była Ewa Widy-Tyszkiewicz, która prowadziła również własne badania związków cholinolitycznych pochodnych kwasu acetylotropowego.

Interesujące prace dotyczące przekaźnictwa poprzez jądro kolankowate boczne u szczurów wykonał Józef Meszaros; wspólnie z Sylwią Gajewską określił właściwości farmakologiczne centrofenoksyny.

W latach 1969-1973 Andrzej Członkowski prowadził z W. Kostowskim i W. Gumułą badania dotyczące długotrwałej izolacji zwierząt laboratoryjnych i uszkodzeń układu serotonergicznego na działanie leków psychotropowych oraz agresywności wewnątrz- i międzygatunkowej. Te prace określające podobieństwo efektów izolacji do uszkodzeń układu serotonergicznego oraz stwierdzające występowanie ważnych interakcji pomiędzy układem dopaminergicznym i serotonergicznym nawet po 20 latach osiągają wysoki indeks cytowań.

Z Zakładem były związane w sposób nieformalny inne pracownice lub zespoły badawcze. W latach 1948-1953 funkcjonowała tu pracownia farmakologii doświadczalnej Instytutu Gruźlicy pod kierunkiem Jana Venuleta. Szczególnym przedmiotem zainteresowania była ocena leków o spodziewanym działaniu tuberkulostatycznym syntezy Tadeusza Urbańskiego z Politechniki Warszawskiej.

Zakład Farmakodynamiki działał niezależnie. Należy jednak przypomnieć, że w latach okupacji na tajnych kursach dla farmaceutów wykładali: Jerzy Modrakowski, Piotr Kubikowski i Stanisław Kroszczyński. W nowej strukturze Zakład Farmakodynamiki podjął działalność w 1956 r. w tymczasowym lokalu przy ul. Oczki 3 a kierownikiem został Józef Jeske. W styczniu 1960 powołano Katedrę Farmakodynamiki i przeniesiono do gmachu przy ul. Długiej 16, aby w roku 1970 Zakład Farmakodynamiki przenieść na Krakowskie Przedmieście. Od 1978 r. Zakładem tym kieruje Witold Gumułka. W latach 1964-1968 Tadeusz Kisieliński oraz Sławomir Rump, pracownicy Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii, nie związani z Zakładem administracyjnie, tu jednak publikowali niektóre prace m.in. o możliwości reaktywacji czynności esteraz cholinowych.

W 1974 r. kierownictwo Zakładu objął Zbigniew Szreniawski.

Piśmiennictwo:

1. Marcin Łyskanowski: Akademia Medyko-Chirurgiczna (1857-1867) w: Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789-1959), red. M. Łyskanowski, A. Stępień i A. Śródka Warszawa, PZWL, 1990, 190-231.
2. Andrzej Śródka: Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Ibidem, 232-260.
3. Andrzej Śródka: Odrodzony Uniwersytet Warszawski. Ibidem, 261-335.

Elżbieta Pietryka

Zapomniany dar

...„Ja, Antonina Zofia Wilkoszewska, z domu Skrzyńska, córka Cypriana Ludwika i Olgi, urodzona 27 października 1895 r. w majątku Sułkowie Ziemi Warszawskiej, sporządzam w pełni władz umysłowych i fizycznych swoją ostatnią wolę: dla uczczenia pamięci doktora Stanisława Macieja Kelles-Krauza, zmarłego w Warszawie 24 stycznia 1965 roku, ofiarowuję Akademii Medycznej w Warszawie na stypendium dla studenta naukowca całą swoją biżuterię. Składa się ona z 41 sztuk klejnotów.

Na wykonawcę testamentu wyznaczam dawną koleżankę z biura... panią Janinę Klimaszewską...”.

Testament, którego część zapisu zacytowano, sporządzony został 24 grudnia 1967 roku.

Oficjalne przekazanie daru dla naszej Akademii nastąpiło u notariusza w dniu 25 listopada 1981 roku. W imieniu naszej uczelni biżuterię przyjął pan mgr Tadeusz Małkiewicz, ówczesny z-ca kwestora.

Łączną wartość tej darowizny oceniono wtedy na kwotę 1.701.000 zł. Ocena wartości poszczególnych przedmiotów była jednak subiektywna. Z aktu notarialnego wynika, że dokonano wyceny bez udziału rzeczoznawcy, opierając się na własnej ocenie i doświadczeniu co do aktualnej wartości złotych wyrobów. Można więc domniemywać, że podarowana uczelni biżuteria miała wtedy już większą wartość. Jako biżuteria rodowa, może składać się bowiem z cennych, artystycznych przedmiotów.

Po oficjalnym przyjęciu przez uczelnię tego szczodrego daru, biżuteria została złożona do depozytu w kasie Akademii. Niestety spoczywa tam do dnia dzisiejszego w zaplombowanej, niewielkiej paczce.

Nigdy więc nie została wykorzystana zgodnie z wolą ofiarodawcy, nie znana jest też wartość aktualna daru.

Od czasu sporządzenia testamentu mija właśnie prawie 26 lat, a od dnia oficjalnego przekazania biżuterii dla uczelni – 12 lat. W tych minionych latach zmieniały się władze uczelni, dyrektorzy i kwestorzy.

W liście do pani Zofii Wilkoszewskiej pisał w grudniu roku 1986 Prorektor Uczelni, dr hab. Krzysztof Mlosek; „...pragnę choć w małym stopniu usprawiedliwić milczenie ze strony władz uczelni. Burzliwy okres w dziejach kraju, zmiana władz uczelni i sprawy codzienne rzeczywiście spowodowały odsunięcie sprawy na dalszy plan”.

Ofiarodawczyni Pani Zofia Wilkoszewska, zmarła 11 grudnia 1986 roku.

Wydrukowany nekrolog żegnał ją następująco:

„zmarła Antonina Zofia Wilkoszewska, z domu Skrzyńska. fundatorka stypendium naukowego dla studentów Akademii Medycznej w Warszawie. W zmarłej Uczelnia straciła Człowieka o wielkim sercu, Przyjaciela Młodeży akademickiej.

Cześć Jej pamięci!

Rektor, Senat, studenci AM w Warszawie”.

Kim była ta wspaniałomyślna kobieta o wielkim sercu? Urodziła się w 1895 roku w majątku swych rodziców: Cypriana Ludwika Skrzyńskiego i Olgi z Szostowskich, majątek Sułkowice ziemi warszawskiej.

Ukończyła gimnazjum filologiczne L. Rudzkiej w Warszawie w 1912 r. Uczęszczała potem na kursy Historyczno-Literackie i Matematyczno-Przyrodnicze.

Samodzielnie uczyła się języków i biegle władała językiem francuskim, niemieckim, angielskim, łacińskim. Większość swojego życia zawodowego poświęciła pracy pedagogicznej. Była nauczycielem w Gimnazjum Żeńskim K. Kochanowskiej w Warszawie i gimnazjum Żeńskim Dyr. Sołyka w Radomiu. Wykładała historię i literaturę polską oraz powszechną, nauczała też języków obcych.

Na skutek choroby musiała porzucić zawód nauczyciela i przenieść się do pracy w biurze. Przed emeryturą była kierownikiem Działu Planowania w Centrali Nasiennej w Radomiu.

Doktora Kelles-Krauza, dla uczczenia pamięci którego przekazała uczelni swój dar, znała jeszcze z I wojny. Była wtedy sanitariuszką. Niestety nigdy szczegółowo o tym nie opowiadała. Wiadomo tylko, że był lekarzem, społecznikiem i założycielem Kasy Chorych. Znajomym i przyjaciołom imponowała swoją osobowością, swoją kulturą, czytaniem. Oddała im wiele przysług i serdeczności. Pracowita, o bardzo prawym charakterze i jednocześnie zdolna do takich gestów niepowszednich...

Pod koniec swojego życia była bardzo chora. Choroba przykuła ją do

łóżka, ale Pani Zofia nigdy się nie skarżyła. Swoją postawą udowadniała wszystkim, że człowiek to może brzmieć dumnie. Ludzie są bowiem w życiu naprawdę tyle warci, ile dobrego uczynią dla innych.

Obecnie zbliża się kolejna rocznica przekazania Uczelni daru, zbliża się Święto Zmarłych. Istnieje realna szansa, że do tego czasu zostanie rozwiązana sprawa wykorzystania ofiarowanej biżuterii, zgodnie z wolą zmarłej. Rektor naszej Uczelni powołał właśnie Komisję, której głównym zadaniem jest doprowadzenie do sprzedaży biżuterii. Przewodniczącym tej Komisji został Pan Profesor dr hab. Janusz Cianciara – Prorektor d/s Klinicznych i Inwestycji.

Czekając na pierwsze działania Komisji, mamy wszyscy nadzieję, że tym razem ofiarodawczyni doczeka się realizacji swojej woli, a ten niecodzienny gest zostanie nagrodzony.

INFORMACJA

IV. Międzynarodowa Konferencja na temat: „Innovations in Community Psychiatry” odbędzie się w York, Wielka Brytania, w dniach 23–25 marca 1994 roku. W celu uzyskania szczegółowych informacji proszę pisać do: International Institute of Community Psychiatry, P.O. Box B135, Huddersfield HD1 1YG, UK. Tel. 0484 532102, Fax: 0484 425699.

**Lista osób przyjętych na I rok I Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w roku akademickim 1993/94**

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Andrzejczak Agnieszka | 31. Drwiega Łukasz |
| 2. Antoniak Dorota | 32. Drzewiecka Anna |
| 3. Baczyńska Sylwia | 33. Dudziński Tomasz |
| 4. Balcerzak Andrzej | 34. Dworakowska Aneta |
| 5. Bąk Agnieszka | 35. Faron Agnieszka |
| 6. Bednarek Michał | 36. Fischer Krzysztof |
| 7. Bednarowska Alicja | 37. Fit Tomasz |
| 8. Białek Dorota | 38. Florczyk Michał |
| 9. Bielecka Joanna | 39. Galus Ryszard |
| 10. Bień Barbara | 40. Gawryś Aleksandra |
| 11. Biernacka Agata | 41. Głowacz Aniela |
| 12. Bijak Luiza | 42. Godzwon Anna |
| 13. Bobowska Agnieszka | 43. Gostyński Krzysztof |
| 14. Bogucka Maria | 44. Gójski Mariusz |
| 15. Bogucki Arkadiusz | 45. Górską Katarzyna |
| 16. Boruciński Michał | 46. Grochowska Agata |
| 17. Broś Magdalena | 47. Grodecka Katarzyna |
| 18. Budek Monika | 48. Grzesik Monika |
| 19. Chmielewska Renata | 49. Hadaś Joanna |
| 20. Chmura Renata | 50. Hagedorna Renata |
| 21. Cicha Małgorzata | 51. Hamera Magdalena |
| 22. Czarnecka Małgorzata | 52. Heleniak Hubert |
| 23. Czubek Krzysztof | 53. Jabłońska Joanna |
| 24. Czystowski Marcin | 54. Jakuczun Wawrzyniec |
| 25. Dąbrowska Maria | 55. Jankowska Monika |
| 26. Deka Zbigniew | 56. Jurek Agnieszka |
| 27. Dębski Marcin | 57. Kalicka Adriana |
| 28. Domino Maciej | 58. Kalinowska Ewa |
| 29. Domurad Justyna | 59. Kamer Anna |
| 30. Drobiński Dominik | 60. Kamińska Dorota |

-
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 61. Kania Marta | 97. Mikusek Rafał |
| 62. Kazana Katarzyna | 98. Mossakowska Aleksandra |
| 63. Kielczewski Tomasz | 99. Napieralski Radosław |
| 64. Klimaszewska Katarzyna | 100. Narębski Krzysztof |
| 65. Klocek Małgorzata | 101. Netczuk Tomasz |
| 66. Kłodos Konrad | 102. Niedziałek Anna |
| 67. Kobayashi Adam | 103. Niemczyk Longin |
| 68. Koniarz Mateusz | 104. Niemczyk Mariusz |
| 69. Konwicka Aleksandra | 105. Nosek Rafał |
| 70. Konjat Monika | 106. Nowak Piotr |
| 71. Kornasiewicz Oskar | 107. Nowicka Maria |
| 72. Koroniecki Arkadiusz | 108. Nurzyńska Daria |
| 73. Kosiński Radosław | 109. Olszewski Adam |
| 74. Kotarski Paweł | 110. Osmólski Robert |
| 75. Kotowska Milena | 111. Pawełas Andrzej |
| 76. Kowalczyk Anna | 112. Pawłowska Monika |
| 77. Kowalski Joanna | 113. Piątkowska Agnieszka |
| 78. Krajewski Przymysław | 114. Pietrasik Grzegorz |
| 79. Krawczyńska Monika | 115. Pisińska Małgorzata |
| 80. Kruszewski Jacek | 116. Pleskaczyńska Agata |
| 81. Kujawa Agnieszka | 117. Pliszkiwicz Maciej |
| 82. Kunikowska Jolanta | 118. Pogorzelska Jolanta |
| 83. Łąd Ewa | 119. Rakowski Tomasz |
| 84. Lesiewicz Agnieszka | 120. Roślan Magdalena |
| 85. Lusawa Tomasz | 121. Różycka Małgorzata |
| 86. Łojewska Mariola | 122. Rujna Paweł |
| 87. Łuczycki Andrzej | 123. Rycabel Dorota |
| 88. Maciejak Piotr | 124. Sadkowska Katarzyna |
| 89. Makowiec Marta | 125. Sadowska Magdalena |
| 90. Marciniak Paweł | 126. Sadowski Marek |
| 91. Marek Katarzyna | 127. Sarnecka Monika |
| 92. Marzec Michał | 128. Serwa Bożena |
| 93. Matejak Marta | 129. Siepsiak Ewa |
| 94. Matla Krzysztof | 130. Skotnicka Magdalena |
| 95. Matraszek Magdalena | 131. Skórka Elżbieta |
| 96. Michalak Grzegorz | 132. Skrzos Monika |

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 133. Smolarek Monika | 156. Urbanowska Justyna |
| 134. Sobocińska Agata | 157. Waltenberg Inga |
| 135. Staniszewski Krzysztof | 158. Wardawa Agata |
| 136. Stankiewicz Magdalena | 159. Weigl Wojciech |
| 137. Starzyńska Izabela | 160. Wiszniewski Michał |
| 138. Stawecka Anna | 161. Wiśniewska Mirosława |
| 139. Sułek Elżbieta | 162. Witkowski Grzegorz |
| 140. Szadkowska Agnieszka | 163. Witkowski Tomasz |
| 141. Szaflik Jacek | 164. Włodarek Dariusz |
| 142. Szczerbicka Beata | 165. Wojciechowska Edyta |
| 143. Szczuciński Paweł | 166. Wójcicka Izabella |
| 144. Szkiłłądź Magdalena | 167. Wysocka Agnieszka |
| 145. Szot Dominika | 168. Zajączkowska Ewa |
| 146. Świerczek Janusz | 169. Zakrzewska Agnieszka |
| 147. Tarnowska Ewa | 170. Zawadzki Andrzej |
| 148. Tomaszewska Joanna | 171. Zdanowska Katarzyna |
| 149. Topczewska Agnieszka | 172. Zduńczyk Dorota |
| 150. Tronina Olga | 173. Żmuda Maciej |
| 151. Trzpil Liliana | 174. Żołądowska Monika |
| 152. Turczyńska Monika | |
| 153. Tyszkiewicz Jerzy | |
| 154. Uhrynowska Izabela | |
| 155. Urbanowska Iwona | |

Obcokrajowcy

1. Nowiński Daniel (Szwecja)

**Lista osób przyjętych na I rok Oddziału Stomatologicznego
w roku akademickim 1993/94**

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Bigos Edyta | 31. Lech Gustaw |
| 2. Bilski Marcin | 32. Lichomska Anna |
| 3. Bolc Adam | 33. Ludwisiak Katarzyna |
| 4. Bortakowska Monika | 34. Ludwisiak Lidia |
| 5. Borychowski Jarosław | 35. Maćkowiak Grzegorz |
| 6. Ciesielczuk Magdalena | 36. Madoń Wioletta |
| 7. Gaj Igor | 37. Majek Renata |
| 8. Gałązka Agnieszka | 38. Makulska Magdalena |
| 9. Gałązka Anna | 39. Marciniak Olga |
| 10. Gerek Agnieszka | 40. Mendryk Izabela |
| 11. Głaszczak Adrianna | 41. Mickiewicz-Ręk Ludwik |
| 12. Główka Ilona | 42. Milewska Monika |
| 13. Gorazda Agnieszka | 43. Namirski Michał |
| 14. Grabowski Piotr | 44. Naumiak Agata |
| 15. Heropolitańska Edyta | 45. Nawrocka Jolanta |
| 16. Jakóbowska Małgorzata | 46. Ochniok Marzena |
| 17. Janczewski Andrzej | 47. Orłowska Mariola |
| 18. Jaworski Piotr | 48. Otkińska Anna |
| 19. Jendrzejewska Katarzyna | 49. Perkowski Konrad |
| 20. Jeremak Agnieszka | 50. Prystupa Monika |
| 21. Kaczmarek Maciej | 51. Prządka Małgorzata |
| 22. Kalata Anna | 52. Ratuszniak Artur |
| 23. Kanicka Marzena | 53. Roszczyk Piotr |
| 24. Kaszczyński Grzegorz | 54. Sadowski Arkadiusz |
| 25. Kostrzewa Katarzyna | 55. Samsel Iwona |
| 26. Kowalska Agnieszka | 56. Sas Katarzyna |
| 27. Kozarzewska Monika | 57. Sejda Adam |
| 28. Kozłowska Monika | 58. Sempioł Iwona |
| 29. Lang Wojciech | 59. Sierocka Magdalena |
| 30. Lecz Elżbieta | 60. Sibińska Katarzyna |

61. Sobol Jadwiga
62. Staciwa Ewa
63. Szatkowska Monika
64. Szymańska Dorota
65. Szymańska Justyna
66. Świdarska Beata
67. Tatarski Petroniusz
68. Tylicz Justyna

69. Tylicz Patrycja
70. Tyłżyński Mikołaj
71. Walczak Iwona
2. Widulińska Katarzyna
73. Wieteska Piotr
74. Ziach Tomasz
75. Ziętek Beata

**Lista osób przyjętych na I rok II Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w roku akademickim 1993/94**

1. Adamczyk Anna
2. Andrzejczuk Jacek
3. Antolak Łukasz
4. Bachanek Michał
5. Bandych Magdalena
6. Bień Maciej
7. Bocheński Krzysztof
8. Braun Krzysztof
9. Bryłka Krzysztof
10. Buchcar Anna
11. Bulik Marta
12. Bury Marcin
13. Chojecki Łukasz
14. Chrzanowska Agnieszka
15. Ciesielski Przemysław
16. Cieślik Krzysztof
17. Duczkowski Marek
18. Duma Agnieszka
19. Filipiak Justyna
20. Gajda Sebastian
21. Galicka Magdalena
22. Gawle Małgorzata
23. Graszka Iwona
24. Guzel Tomasz
25. Gwarda Ewa
26. Jurek Agnieszka
27. Juszcak Maciej
28. Kaca Aleksandra
29. Kacprzak Aneta
30. Kawecki Dariusz
31. Kołodziej Joanna
32. Kołodziej Katarzyna
33. Kondracka Bożena
34. Kowalczyk Joanna
35. Kremky Paulina
36. Kuziemka Paweł
37. Leśniewska Agnieszka
38. Łodyga Jakub
39. Mamińska Anna
40. Miłoś Ewa
41. Molas Edyta
42. Moroszkiewicz Izabela
43. Mrozek Agnieszka
44. Mróz Michał
45. Muszyńska Anna
46. Neumann Marek
47. Niegowski Adam
48. Niezabitowska Małgorzata
49. Oracz Grzegorz
50. Orłowska Beata
51. Orłowski Mikołaj
52. Osman Agnieszka
53. Ostapkowicz Joanna
54. Paluch Stanisław
55. Parol Gabriela
56. Pawłowska Anna
57. Piekarska Małgorzata
58. Pietrzykowska Agnieszka
59. Piotrowska Magdalena
60. Polecka Anna

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 61. Przybyłkowski Adam | 74. Toczyska Izabela |
| 62. Pyrża Michał | 75. Uziębło Beata |
| 63. Radkowski Marcin | 76. Walasik Dorota |
| 64. Różycka Małgorzata | 77. Wasiluk Marek |
| 65. Ruka Joanna | 78. Wieczorek Agnieszka |
| 66. Sitkowska Patrycja | 79. Włodarkiewicz Robert |
| 67. Skoczylas Katarzyna | 80. Wojciechowska Sylwia |
| 68. Sobota Monika | 81. Wolski Witold |
| 69. Sokołowska Anna | 82. Wróbel Katarzyna |
| 70. Stec Sebastian | 83. Wróbel Monika |
| 71. Szczepańczyk Łukasz | 84. Wszola Michał |
| 72. Szempliński Stanisław | 85. Żmigrodzka Agnieszka |
| 73. Świerk Krzysztof | |

**Lista osób przyjętych na I rok Wydziału Farmaceutycznego
w roku akademickim 1993/94**

1. Adamczyk Izabela
2. Adamowicz Aneta
3. Afrykańska Anna
4. Baczyński Emil
5. Bagieńska Anna
6. Bajer-Kozłowska Kinga
7. Barańska Monika
8. Bartosik Anna
9. Batory Marcin
10. Białek Katarzyna
11. Bielecka Beata
12. Bilińska Monika
13. Biskup Rafał
14. Bloch Ewa
15. Bogucka Elżbieta
16. Bonisławska Anita
17. Bożewicz Adam
18. Brzozowska Sylwia
19. Budziosz Justyna
20. Budzyńska Anna
21. Cacek Agnieszka
22. Chałat Monika
23. Chmielnicka Dorota
24. Chojnacka Katarzyna
25. Chomiak Agnieszka
26. Chruszcz Renata
27. Cieślak Paweł
28. Czarnocka Lena
29. Czerepska Małgorzata
30. Decowska Alicja
31. Dobies Dorota
32. Dobruk Joanna
33. Drabik Aldona
34. Drzewicka Kinga
35. Dudek Monika
36. Dudkiewicz Anna
37. Dudziec Małgorzata
38. Dukwicz Rafał
39. Dworak Jadwiga
40. Dziedzic Aleksandra
41. Ellert Aleksandra
42. Farima Marta
43. Fijałkowska Monika
44. Filipecka Jowita
45. Firmanty Małgorzata
46. Fogiel Iwona
47. Gąsiorowska Joanna
48. Gibalska Beata
49. Gieglis Joanna
50. Gieracka Sylwia
51. Ginko Joanna
52. Głozak Agnieszka
53. Gronau Radosław
54. Grzeszna Małgorzata
55. Gwiazda Elżbieta
56. Hofman Agnieszka
57. Jachimowicz Anna
58. Jachymczak Monika
59. Jackiewicz Anna
60. Jakimiec Anna

61. Jelińska Małgorzata
62. Kazanowska Katarzyna
63. Kędziora Malina
64. Kinasiewicz Andrzej
65. Kłucińska Iwona
66. Kołakowski Marcin
67. Komorowska Aleksandra
68. Komorzyczka Iwona
69. Konador Łukasz
70. Kordowska Ewa
71. Kot Anna
72. Kowalik Maria
73. Kowalska Aldona
74. Kozłowska Barbara
75. Kozicka Karolina
76. Kozłowska Justyna
77. Książak Agnieszka
78. Kucharczyk Ewa
79. Kucharska Aleksandra
80. Kwołek Grzegorz
81. Laskowska Monika
82. Lech Agnieszka
83. Lewczuk Jolanta
84. Lipińska Agnieszka
85. Lipiński Piotr
86. Łoniewska Adrianna
87. Machnik Małgorzata
88. Malinowski Jacek
89. Mańk Emilia
90. Mączyński Marcin
91. Medyk Małgorzata
92. Mentel Michał
93. Michałowska Katarzyna
94. Michta Edyta
95. Miduch Magdalena
96. Mirski Sebastian
97. Mizerska Karolina
98. Mońka Agnieszka
99. Morska Joanna
100. Mróz Marta
101. Murias Małgorzata
102. Niewiadomska Dorota
103. Nitkowski Paweł
104. Niziołek Halina
105. Nowak Monika
106. Nowakowska Renata
107. Oleksyn Roman
108. Osiak Anna
109. Osiecka Katarzyna
110. Ostrowska Katarzyna
111. Ozga Agnieszka
112. Paślawska Maria
113. Paulinek Agnieszka
114. Pawlak Marzena
115. Pisklak Dariusz
116. Polkowski Krzysztof
117. Potocka Małgorzata
118. Powichrowska Joanna
119. Prez Barbara
120. Pytlak Agnieszka
121. Radzio Paweł
122. Ragus Anna
123. Ratusiński Radosław
124. Rejczak Małgorzata
125. Rębkowska Kinga
126. Rytelewski Paweł
127. Samela Sylwia
128. Satała Monika
129. Siemińska Dorota
130. Sikorska Renata
131. Skonieczko Anna
132. Smułczyńska Agnieszka

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 133. Sobczyńska Magdalena | 147. Turyk Anna |
| 134. Sobieszek Beata | 148. Tychmanowicz Anna |
| 135. Sotomska Emilia | 149. Umińska Jolanta |
| 136. Sójka Małgorzata | 150. Walczak Katarzyna |
| 137. Speczik Katarzyna | 151. Wawer Zofia |
| 138. Stelmaszczyk Anna | 152. Wiesiołek Monika |
| 139. Stepnowska Magdalena | 153. Wodzyński Krzysztof |
| 140. Stepnowska Monika | 154. Wojciechowska Joanna |
| 141. Szczerbik Anna | 155. Wójtowicz Michał |
| 142. Słazak Dorota | 156. Wrzesień Inez |
| 143. Świerzycka Elżbieta | 157. Zajączkowski Marek |
| 144. Tchórzewska Anna | 158. Zawadzki Jakub |
| 145. Tomczak Monika | 159. Zawisza Tomasz |
| 146. Torbicz Piotr | 160. Żelazowska Martyna |

Warunki prenumeraty

W roku 1994 „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie” ukaże się w 2 zeszytach:

1–2 (1994/łączony) – cena 15 000 zł.–

3–4 (1994/łączony) – cena 15 000 zł.–

Cena ze zleceniem dostawy zagranicę jest o 100% wyższa od ceny krajowej.

Termin przyjmowania prenumeraty na zeszyty:

1–2/1994 20 listopada 1993,

3–4 /1994 20 maja 1994.

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, XII Oddział Warszawa, 370044-1195-11.

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.