

# MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Nr indeksu 365734

Cena 1,50 zł (15 000 zł)

**KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE**



**Rok XXVI nr 3-4 1994**

---

**WARSZAWA**

**ISSN 0137-6543**

**MEDYCYNĄ  
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**

## Spis treści

Od Redakcji . . . . .	7
Tadeusz Tołłoczko: Przemówienie na inauguracji roku akademickiego 1994/1995 . . . . .	8
Tadeusz Tołłoczko: Problemy współpracy Wschód-Zachód w ochronie zdrowia . . . . .	14
Stan zatrudnienia nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej w Warszawie . . . . .	18
Stefan Kruś: Uwagi na temat sytuacji nauczycieli akademickich czyli kijek w mrowisko . . . . .	22
Kodeks Etyki Lekarskiej . . . . .	25
Halina Wardaszko-Łyskowska: Zespół „wypalenia się” . . . . .	39
Barbara Zaorska, Ryszard Matura: Z życia lekarzy polskich na emigracji. O Towarzystwie Pomocy Naukowej. I. Historia podania ucznia medycyny Kazimierza Tomkiewicza . . . . .	46
Barbara Zaorska, Ryszard Matura: II. Historia podań Adama Raciborskiego i Ludwika Maurycego Hirszfelda . . . . .	57
Barbara Zaorska: Sylwetki Lekarzy: dr med. Józef Talko i jego syn dr med. Włodzimierz Talko . . . . .	67
Wiesław Stembrowicz: Spod sztandarów napoleońskich na katedrę uniwersytecką (rzecz o Andrzeju Franciszku Ksawerym Dybku) . . . . .	78
Ryszard Zabłotniak: Czerwonokrzyska pomoc organizacji rosyjskich dla ludności polskiej (1914-15) . . . . .	90
Krzysztof Grzegorz Jeziorski: Ból jako problem onkologiczny . . . . .	95
V Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Akademii Medycznej w Warszawie . . . . .	101
Marian Pertkiewicz: Profesor dr hab. med. Franciszek Czubański, Opiekun Koła Medyków, Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie 1921-1939 . . . . .	156
Irena Komasa: Jerzy Celma-Panek . . . . .	166
Stefan Kruś: Agata Minakowska jaka została mi w oczach . . . . .	172

Leszek Kryst: Wspomnienie pośmiertne o Pani Ludwice Haintze . . . .	174
Informacja o Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce . . . . .	176
Lista osób przyjętych na I rok I Wydziału Lekarskiego Akademii Medy- cznej w roku akademickim 1994/95 . . . . .	179
Lista osób przyjętych na I rok Oddziału Stomatologicznego w roku aka- demickim 1994/95 . . . . .	182
Lista osób przyjętych na I rok II Wydziału Lekarskiego Akademii Me- dycznej w roku akademickim 1994/95 . . . . .	184
Lista osób przyjętych na I rok Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w roku akademickim 1994/95 . . . . .	186
Lista absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w roku 1993 . . . . .	189

## Contents

From the Editor . . . . .	7
Tadeusz Tolloczko: Address at the ceremony of inauguration of Academic Year 1994/1995 . . . . .	8
Tadeusz Tolloczko: Problems of East – West Cooperation in Health Service . . . . .	14
Academic teachers in Warsaw Medical School . . . . .	18
Stefan Kruś: Remarks on the situation of academic teachers . . . . .	22
Codex of medical ethics . . . . .	25
Halina Wardaszko-Łyskowska: The „burn-out” syndrome . . . . .	39
Barbara Zaorska, Ryszard Matura: Life of Polish physicians on emigration. Society for Scientific Aid. I. Story of the application of Kazimierz Tomkiewicz, pupil of medicine . . . . .	46
Barbara Zaorska, Ryszard Matura: II. Story of the applications of Adam Raciborski and Ludwik Maurycy Hirszfeld . . . . .	57
Barbara Zaorska: Portraits of physicians: Dr. Józef Talko and his son Dr. Włodzimierz Talko . . . . .	67
Wiesław Stembrowicz: From the Napoleonian Army to the University Chair (life of Andrzej Franciszek Ksawery Dybek) . . . . .	78
Ryszard Zabłotniak: Russian Red Cross Aid for Polish population (194-15) . . . . .	90
Krzysztof Grzegorz Jeziorski: Pain as the oncologic problem . . . . .	95
5th Conference of Students' Scientific Society at Warsaw Medical School . . . . .	101
Marian Pertkiewicz: Professor Franciszek Czubalski, patron of Self-aid Society of Students of Medicine of Józef Piłsudski University in Warsaw, 1921-1939 . . . . .	156
Irena Komasa: In memory of Jerzy Celma-Panek . . . . .	166
Stefan Kruś: Agata Minakowska as I see her up to now . . . . .	172
Leszek Kryst: In memory of Ludwika Haintze . . . . .	174
Information on the Board of Laboratory Medicine in Poland . . . . .	176

<b>Lists of students of the 1st and 2nd Medical Faculties, Division of Stomatology and Faculty of Pharmacy admitted in the Academic Year 1994/1995 . . . . .</b>	<b>179</b>
<b>List of graduates from the Faculty of Pharmacy in the year 1993 . . . .</b>	<b>189</b>

## *Od Redakcji*

Trzeciego października 1994 zebraliśmy się z wieńcami przed Grobem Nieznanego Żołnierza aby w 50 rocznicę upadku Powstania Warszawskiego uczcić profesorów, lekarzy, farmaceutów i studentów medycyny i farmacji poległych w ciągu całej wojny. Rektorzy Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego i Akademii Medycznej wpisali do księgi pamiątkowej następujące zdania: „Poświęcenie tych, którzy zginęli, a wśród nich młodzieży i nauczycieli akademickich zmusza nas do zastanowienia się nad ceną uzyskanej wolności – w tym wolności nauki i myśli. Byli oni nie tylko bojownikami wolności, ale też i twórcami nadziei, której nam dziś tak bardzo potrzeba”.

Żywi przyznali rację Poległym, że Niepodległość Polski jest sprawą nadrzędną. Tak łatwo o tym zapomnieć, tak łatwo Ją zaprzepaścić i tak trudno odzyskać!

Pisze się nieraz o kosztach utraty Niepodległości. Za to, co się stało w latach 1772-1795, w r. 1831, w r. 1939, płacimy do dziś. To mogą być dramaty schwytyanych uciekinierów z Oświęcimia, zabijanych z szyderczą tabliczką na piersiach: „hurra, ich bin wieder da”, dramaty tych, którym strzelono w głowę w lesie. Dramaty wielkie.

O tragediach innego typu, mniejszego kalibru, pisze Pani Barbara Zaorska. Wraca ona już nie po raz pierwszy do spraw Wielkiej Emigracji Polistopadowej. Poniżenie, gorycz, wyobcowanie, fizyczna bieda i głód, nie damy się, doczekamy Polski. Biblioteka Polska w Paryżu jest kopalnią dokumentów na ten temat.

Bohaterowie nie chwalą się. Nie myśli się o tym, wręcz się nie wie, że są oni i byli wśród nas: prof. Jerzy Choróbski, prof. Janusz Krzywicki, doc. Jerzy Teter, prof. Stefan Starzyński... ilu jeszcze? Żołnierze Podziemia, uczestnicy Walki Cywilnej. Niniejszy numer przynosi wspomnienie o Jerzym Celmie-Panku, naszym wieloletnim pracowniku, Redaktorze.

Drukujemy garść streszczeń prac naszych studentów, uczestników Konferencji Studenckich Kół Naukowych (22 – 23 kwietnia 1994). Nie zapominajmy, że mają oni możliwość rozwijania swoich indywidualności, bo nie muszą ginąć w nierównej walce. Oni budzą nadzieję, że może kiedyś zamiast „pijany jak Polak” świat powie „mądry jak Polak”.

My, pokolenie dorosłych, nie możemy zmarnować ich życia i ich szansy, naszej szansy!

Stefan Kruś



## Tadeusz Tołłoczko

### Przemówienie na inauguracji roku akademickiego 1994/1995

Rok bieżący jest rokiem szczególnych rocznic, które zobowiązują nas nie tylko do ocalenia minionych wydarzeń od zapomnienia, ale wręcz do utrwalania ich w świadomości naszej młodzieży.

Dlatego przed dzisiejszą uroczystością wspólnie z P. Rektorem Siwińskim i społecznością naszych obu Uczelni złożyliśmy wieńce na Grobie Nieznanego Żołnierza.

Poświęcenie tych, którzy zginęli, a wśród nich akademicka młodzież i nauczyciele, zmusza, nas żyjących, do zastanowienia się nad ceną uzyskanej wolności, w tym wolności nauki i myśli, oraz do zastanowienia się nad kształtem i kierunkiem, w jakim ta nasza wolność podąża.

Ci, którzy zginęli, byli nie tylko bojownikami wolności, ale też i nośnikami nadziei, której nam dziś tak bardzo potrzeba.

Pamiętajmy, że oni zabezpieczali też podziemne Państwo Polskie, którego dobitnym wyrazem był Tajny Uniwersytet Warszawski i Wydział Lekarski ze Szkołą Zaorskiego-Czubalskiego, który był Rektorem Uniwersytetu a następnie Akademii Medycznej.

Pragnąłbym bardzo, ażeby nasze dzisiejsze spotkanie przy Grobie Nieznanego Żołnierza z pamięcią o poległych i zamordowanych dostarczyło Wam drodzy Koledzy na całe życie tylu wzruszeń i refleksji, co moje spotkanie przed wojną z powstańcami roku 1863 w błękitnych mundurach i rogatywkach.

Przed 205 laty rozpoczęliśmy działalność akademicką. Ponieważ jednak Uczelnia nasza dzieliła losy narodu i państwa, dlatego też dziś dopiero po raz 111 rozpoczynamy uroczyste rok akademicki.

Po raz piąty od r. 1950 obchodzimy tą akademicką uroczystość wspólnie z Uniwersytetem, pragnąc dać wyraz wspólnocie naszych celów i wartości, jakim służymy.

Chcielibyśmy, aby ta akademicka uroczystość wyrażała zwiększającą się wspólnotę naszych Uczelni, a do tego nie potrzebne są nam żadne sterowane administracyjnie nakazy.

Dlatego w pełni doceniamy i identyfikujemy się z rzeczywiście integrującym nasze społeczności stanowiskiem Pana Rektora Siwińskiego, kierującego się zasadą dobra wspólnego. Stanowisko takie bardzo nas łączy i zobowiązuje.

Serdecznie gratuluję nowo przyjętym na studia. Przygotowanie się do egzaminu wymagało niewątpliwie wielkiego wysiłku podjętego przez was i przez waszych rodziców.

W pełni zdajemy sobie sprawę, że w waszych intelektualnych zmaganiach o indeks kryteria egzaminu testowego na medycynę bardzo przypominają kryteria stosowane w sporcie.

Ten sposób rekrutacji całkowicie pozbawiony jest jednak jakichkolwiek pozakonkursowych wpływów na wynik egzaminu i przyjęcie na studia.

W okresie 6 lat studiów chcielibyśmy nauczyć Was myśleć, przekazać wiedzę i doświadczenie, wpoić konieczność ustawicznego kształcenia, oraz pomóc w kształtowaniu zasad deontologicznych.

Chcielibyśmy nauczyć Was myśleć tak, by Wasza świadomość i praca określały Wasz byt, a nie by narzucony przez życie byt określał Waszą świadomość.

To Wy poprzez myśli, wiedzę i doświadczenie będziecie w przyszłości tworzyli elitę, a elitę Kraju powinni stanowić ludzie mądrzy i prawi.

Podarujcie też sobie odrobinę luksusu na przemyślenie oczywistego faktu, że człowiek to nie tylko jego zmysły i przewód pokarmowy.

Stanie się to dla Was wyrazistą oczywistością, gdy już nawet jako studenci zetkniecie się z ludźmi w ich życiowo krańcowych sytuacjach.

Przekonacie się też wówczas, że nie może być kompromisów z wartościami uniwersalnymi.

Pragnęlibyśmy bardzo, ażeby każde z Was wykształciło w sobie potrzebę tworzenia dobra, piękna oraz odkrywania prawdy, a to są cechy integralnie związane z nauką i medycyną.

Cała deontologia od Hipokratesa poczynawszy wyrosła na zasadach świętości, autonomii i niepowtarzalności powstałej zgodnie z naturą jednostki.

Sama nauka nie rozwiąże właściwej metody spożytkowania owoców swoich własnych osiągnięć.

Współcześnie np. lansowane jest stosowanie tzw. „komputerowej maszyny sądu ostatecznego” określającej, czy człowiek żyje czy nie.

Jakże często lekarze są w stanie zrobić z człowiekiem wszystko, na co tylko technologia pozwala. Potrzebne jest więc w prawdzie ukształtowane sumienie.

Współcześnie nauczanie nie jest najważniejszym czynnikiem w strategii akademickiego awansu, który bardziej zależy od liczby opublikowanych prac, a nie od dydaktycznej inicjatywy, aktywności i jakości.

Dlatego też zanika ethos pracy dydaktycznej.

Nie można też traktować studenta jak komputerową dyskietkę, w którą można wtlaczać a potem egzekwować wiedzę, bowiem uczyć się a nie myśleć to daremny wysiłek. Dyskietka nie wytworzy też ani myśli ani wartości moralnych.

Trudność, z jaką się od lat wszyscy borykamy, jest związana ze znalezieniem wymiernych, ale uczciwych zasad oceny nie tylko studenta, ale i nauczyciela.

Musimy być świadomi, że postać uczonego, nauczyciela, lekarza, a zwłaszcza lekarza-nauczyciela odbierana jest przez młodzież w dwóch aspektach: zawodowym i etycznym.

Dlatego też kształcenie i wychowywanie młodzieży nie może być pod różną postacią deprawacją – ustrojoną tylko w piękne słowa o liberalizmie.

Dla chorego, a więc i dla lekarza jest rzeczą zupełnie obojętną, czy politycy chcą sobie skrócić w lewo czy w prawo.

Jest dla nich rzeczą zupełnie obojętną, jaki w chwili obecnej obowiązywać ma dogmat ekonomiczny, organizacyjny czy polityczny, a od lat słyszy się, że dla tych kolejnych dogmatów nie ma alternatywy.

Dla chorego, a więc i dla lekarza, a więc i dla całego społeczeństwa wcale nie chodzi o to, aby kapitaliści byli biedni, ale o to by spracowany, biedny bo uczciwy człowiek, był pełnoprawnym obywatelem w zakresie zabezpieczenia swego zdrowia i możliwości nauki – a najprościej mówiąc, by stać go było na wykupienie potrzebnego lekarstwa, i możliwość równego startu w nauce. Tu wcale nie chodzi o prymitywny egalitaryzm równych żołądków.

Aktywność naukowa i dydaktyczna wyższych uczelni w Polsce stale rośnie i w ten sposób przyczyniają się one do wzrostu PKB.

Nikt nie potrafił mnie wytłumaczyć, dlaczego przy stałym od dwóch lat wzroście PKB udział nakładów na naukę i ochronę zdrowia systematycznie maleje i coraz niższe są dotacje na Szkolnictwo Wyższe.

W ciągu ostatnich lat wynagrodzenia w ochronie zdrowia spadły o około 24% w stosunku do obliczanej średniej dla sfery produkcyjnej, natomiast płace w biurach administracji ministerialnej i centralnej wzrosły o około 50 i 100%.

Wynika z tego, że zdrowie społeczeństwa nie jest u nas wartością polityczną, a przez to nie jest przedmiotem specjalnej troski.

W sposób naturalny kojarzy się to z podaną w prasie wiadomością o ujemnej rentowności naszych banków, sięgającej 16%, i codzienną porcją wiadomości o finansowych nadużyciach. Czerpane zyski z tych strat z pewnością nie są przeznaczone ani na naukę ani na ochronę zdrowia całego społeczeństwa.

Na nauce i zdrowiu nikt nie zaoszczędzi. W tym aspekcie nie wiem, czy polityka wobec nauki i zdrowia realizuje zasady gospodarki rynkowej, a wielokrotnie zadajemy sobie pytanie: z czego żyje nauka i z czego żyją naukowcy.

Jeśli chcemy wejść do Europy, to musimy być również traktowani po europejsku. Z europejskich standardów mamy obecnie jednak tylko ceny a inflacja obecnie przyspiesza.

Z tego to właśnie powodu objawiająca się niekiedy pozorna działalność naukowa wynika zwykle nie z braku kwalifikacji lecz z braku finansowych możliwości.

Politycy bardziej myślą o przyszłych wyborach niż o przyszłych pokoleniach – to wypowiedź jednego z wielkich współczesnych polityków amerykańskich po przejściu na emeryturę.

W przyszłości nauki nie zrobi się ani na rozkaz ani na apel, bowiem działalność naukowa musi być nieustającą, stale rozwijającą się codziennością.

Niedofinansowanie zarówno nauki jak i ochrony zdrowia jest najwyraźniej odczuwalne z natury rzeczy w Akademiach Medycznych.

Powtórzę raz jeszcze z tego miejsca wypowiedzianą uprzednio myśl, że kto ma żyć, kto ma umrzeć, kiedy i na co umrzeć, zależy obecnie nie od lekarzy, a od polityków, ekonomistów i zmieniających się ministrów. Oczywiście odpowiedzialnością za skutki niedofinansowania ochrony zdrowia obarcza się lekarzy. Podejmujący więc decyzje finansowe nie podejmują za nie odpowiedzialności, przerzucając ją natomiast na niższy szczebel, w tym na Rektorów z zarzutem niegospodarności.

Nauka i naukowcy nie łatwo poddają się jednak pesymizmowi i to właśnie stanowi wielką dla Kraju specyficzną wykorzystywaną przez Władze szansę. Tak jak wszyscy, tak i my, szukamy wewnętrznych źródeł finansowania. Już drugi rok prowadzić będziemy anglojęzyczne studia medyczne dla cudzoziemców. I tu chciałbym ich powitać.

I would like to welcome cordially the students from abroad, who will pursue the course of study in medicine in English language.

You can always be assure 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.

Z wielką akademicką radością uczestniczyłem ostatnio w uroczystym rozpoczęciu przez P. Premiera Łuczaka, P. Rektora Siwińskiego i P. Dziekan Symonides budowy gmachu Wydziału Biologii.

Wyrażamy też radość, że decyzją burmistrza dzielnicy Śródmieście Uniwersytet otrzymał teren pod budowę jakże potrzebnej Biblioteki. Bogaci to potencjał naukowy całego środowiska akademickiego Warszawy i Kraju.

Stanowi to jednak jaskrawy kontrast z naszymi trwającymi od 2 lat zmaganiem z władzami gminy o odzyskanie dokumentu tzw. wypisu i wyrysu przyznanego nam niegdyś terenu na Polu Mokotowskim pod budowę dalszych obiektów uczelni przy ul. Banacha.

W ten sposób przez dwa lata skutecznie uniemożliwiano nam nawet starania o planowaną rozbudowę CSK i poprzez niezgodne z prawem niewydawanie tychże dokumentów.

Teren ten w tym czasie został wydzierżawiony przez gminę prywatnemu użytkownikowi, który poddzierżawia następnym. Ze znamiennej różnicy między kosztami dzierżawy od burmistrza i zyskiem z poddzierżawy moglibyśmy wyposażyć w leki i aparaturę szpital, który właśnie obejmuje swoją opieką ludność gminy Ochota.

W szpitalu tymi zimą wstrzymuje się niekiedy operacje z powodu panującego na salach operacyjnych zimna, a latem pod lampą operacyjną temperatura sięgała 40°C. Odbywało się to kosztem zdrowia chorych, w tym i z dzielnicy Ochota, oraz chirurgów ubranych w maski i szczelne, nieprzewietrzalne fartuchy – chirurgów w tej i dla tej dzielnicy pracujących.

Wyrazem pełnego cynizmu było, że ktoś anonimowo przysłał nam gotowe już plany budowy przez dzierżawcę na naszym terenie Centrum Handlu ze Wschodem.

Teren ten łącznie z Instytutami naukowymi Uniwersytetu i PAN, jak Instytut Biocybernetyki, Biofizyki i Biochemii, Instytut Nenckiego, Wydział Biologii, Matematyki, Centrum Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej i naszymi Instytutami Nauk Podstawowych stanowić miał Akademickie Mia-

steczko Naukowe Warszawy. Nie jest to tajemnicą dla burmistrza i jego w tej sprawie dziwnie sprawnych urzędników.

Sąd ostatnio przyznał nam księgę wieczystą. Natychmiast jednak wpłynęły odwołania od tej decyzji: jedno podpisane przez urzędnika, który wg Urzędu Rejonowego już raz bezprawnie podpisał dokument o treści, która uniemożliwiła nam przejęcie przyznanego niegdyś terenu.

Odwołanie drugie złożono na druku Pana Prezydenta Miasta z adnotacjami z up. i pieczętą P. V-ce Prezydenta i z nieczytelnym podpisem.

Przepraszam wszystkich tu zebranych, za poruszenie tej sprawy.

Chciałbym, aby nie była ona tylko dla historii świadectwem naszych zmagañ z władzami gminy o przyszły Kształt Uczelni. Liczę na zrozumienie i pomoc wszystkich tu zebranych.

Nie możemy dopuścić, by Uczelnia stała się naukowym i szpitalnym kadłubkiem. Chcemy, by rozwinęła się ona na miarę potrzeb Kraju, Stolicy i Gminy.

W moim zrozumieniu w państwie prawa, a takie są deklaracje, prawo ma chronić jednostki i instytucje przed siłą władzy.

Okazuje się jednak, że nawet instytucji państwowej – największej Wyższej Uczelni Medycznej w Kraju – jak dotąd przez dwa lata prawo to nie chroniło.

Stanowi to dla nas przykład, że rozwój (nazwijmy to) „przedsiębiorczości prywatnej” odbywa się, oby w naszym tylko przypadku, kosztem instytucji państwowej. Takie jest odczucie naszej akademickiej społeczności.

Dzieje się to wszystko na tle naszej wyraźnie wzrastającej dydaktycznej, leczniczej i naukowej aktywności, mierzonej liczbą publikacji, cytowań, liczbą przyznanych grantów w konkurencji krajowej i międzynarodowej, oraz znamiennej dużej aktywności Studenckich Kół Naukowych, również w skali międzynarodowej.

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

Serdeczne podziękowania składam tym naszym nauczycielom i pracownikom, którzy odchodzą na zasłużony wypoczynek. Przekonany jestem, że nadal zaangażowani będą w rozwój Uczelni. Życzę wszystkim pracownikom zdrowia i sukcesów oraz radości z sukcesów ich uczniów. Studentom życzę pogodzenia praw młodości z dobrymi wynikami w nauce.

FLOREAT UNIVERSITAS  
FLOREAT RES MEDICA

## Tadeusz Tołłoczko

Rektor Akademii Medycznej w Warszawie

### Problemy współpracy Wschód–Zachód w Ochronie Zdrowia\*

Przed kilkoma dniami uczestniczyłem w Międzynarodowym Kongresie Rodziny, który odbywał się pod hasłem: „Rodzina Nadzieją Jutra”. Dziś uczestniczymy w Kongresie Polskiej Rodziny Medycznej Świata, która jest również częścią nadziei jutra dla wszystkich Polaków.

Wszyscy powinniśmy być sobie bliscy, potrzebni i w razie potrzeby pomocni jako złączeni wspólnym dziedzictwem. Niech każdy z nas postawi sobie pytanie, w jaki sposób może być pomocny Polsce i Polakom – od Kazachstanu, poprzez Rosję, Litwę, Białoruś, Ukrainę, Kraj i poprzez całą zachodnią półkulę aż do Kazachstanu. Emigracja polityczna się skończyła, a więc jesteśmy integralną częścią Wielkiej Polonii.

Kraj wszedł w nową rzeczywistość polityczno-ekonomiczną. Praw rządzących tą rzeczywistością my jeszcze dobrze nie znamy, a z pewnością znamy je gorzej od Polaków, żyjących w zachodniej części Świata. Dlatego chcielibyśmy pozyskać tu żyjących Rodaków do procesu przebudowy i wyjścia z szarej strefy.

Jedni z nas mają szansę w pracy i trudzie rozwijać swoje talenty i osobowości, inni borykając się z przeciwnościami losu żyją i umierają w zapomnieniu, a ich marzenia określane ogólnym mianem „Polska” ustępują w walce o podstawowe warunki życia i ludzką godność. Wielokrotnie zmagają się oni jako narodowa mniejszość z konfliktami etnicznymi. Pomagać więc musimy sobie wszyscy.

Poczucie polskości niech będzie wielką i wymierną między nami walutą.

Tak jak ogólnej sytuacji Kraju nie można rozpatrywać w oderwaniu od historycznych uwarunkowań, tak i stanu ochrony zdrowia nie możemy oceniać bez uwarunkowań przeszłości. Moja Matka 4 razy w swoim życiu rozpoczęła je od nowa – od łyżki, widelca i mieszkania. Z pewnością tyle samo razy

---

\* Przemówienie na Jubileuszu 50-lecia Związku Lekarzy Polskich na Obczyźnie pod patronatem Jego Królewskiej Wysokości Karola Księcia Walii, Londyn, 5–8 maja 1994.

i nasza Ochrona Zdrowia była organizowana od nowa. Niszczyły ją zarówno wojny, jak i decyzje oparte na ideologii i osobistych ambicjach.

Moje pokolenie przeszło natomiast następujące etapy. Okres okupacji to etap, w którym dominowała zasada „*primum vivere deinde discere*”. Dalszy okres to etap ograniczeń i poświęceń związany z przechodzeniem na wyższy szczebel rozwoju społecznego, jakim miał być socjalizm. Potem okazało się, że socjalizm to najdłuższa droga do kapitalizmu. Powszechnie przekonywano następnie, że ekonomia wolnego rynku rozwiąże wszelkie niedostatki codziennego życia a w tym i ochrony zdrowia. Jakże odmienna od tych deklaracji jest rzeczywistość.

Dziś mamy wolność, ale nasza wolność jest biedna. Nikt nie podał recepty jak budować kapitalizm bez kapitału. Coraz bardziej przekonujemy się, że słowa starej piosenki „*The money makes the world go round*” odzwierciedlają obowiązujące prawo współczesnego życia. Prowadzi to nieuchronnie do sytuacji, w której biedni stają się biedniejsi, a bogaci bogatszymi.

W naszej biednej wolności każda pomoc jest pożądana i doceniana. Wzorcowym tego przykładem niech będzie działalność zorganizowana przez Panią Doktor Bożenę Laskiewicz wraz z zespołem i całą Polonią Angielską. Pomoc ta o charakterze „*emergency*” a napływająca ze wszystkich stron świata pozwoliła nam przetrwać trudne, lub wręcz tragiczne okresy, kiedy poza wiedzą i zaangażowaniem niewiele mogliśmy chorym zaoferować.

Z zażenowaniem też zdajemy sobie sprawę, że z tak wielkim trudem organizowana pomoc była czasem przedmiotem merkantylnej działalności, nie mającej nic wspólnego z intencją ofiarodawców. W starożytności znana była zasada „*Cum Scientia Caritas*”, a więc rozumna działalność charytatywna. Emocje i sentymenty niewątpliwie muszą odgrywać rolę, ale w fazie inicjacji całego procesu a nie w fazie realizacji, gdzie rachunek zdrowotnych zysków powinien dominować.

W chwili obecnej chodzi już też o koncepcję pomocy długofalowej o charakterze strategicznym, której celem byłoby:

- uczynić działalność charytatywno-filantropijną niepotrzebną,
- nauczyć się pomagać sobie samemu, bez oglądania się na pomoc z zewnątrz,
- odnaleźć drogę do organizacji zdrowia odpowiadającej wymaganiom gospodarki rynkowej,
- uczynić ochronę zdrowia odpowiadającą kryterium europejskim.



Rozważając problem możliwości pomocy zdrowia z zewnątrz musimy być jednak świadomi, że:

- nasze finansowe możliwości jeszcze przez długi okres czasu będą małe i niewystarczające;
- kraje zachodnie posiadają wystarczające, ale ograniczone środki na ochronę zdrowia. Ogranicza to oczywiście ewentualny zakres jak i czasokres udzielanej pomocy;
- obecnie bardzo często jesteśmy traktowani tylko jako rynek zbytu, lub jako słabszy partner gospodarczy;
- koszty ochrony zdrowia stale rosną i wzrost tych kosztów łatwo przekroczyć mógłby dochód narodowy;
- ofiarodawcy przekazać mogą tylko to, co mają w nadmiarze, a to zwykle nie stanowi zasadniczych potrzeb kraju uzyskującego pomoc.

Dlatego też w chwili obecnej w Partnerstwie dla Pokoju najlepszą formą pomocy jest Partnerstwo w Ochronie Zdrowia. Realizacja tego założenia napotyka jednak na dwa trudne do przezwyciężenia problemy. Wynikają one zarówno z różnic w dostępie do najnowszych technologii jak i z braku zaufania do naszych możliwości i umiejętności.

Osobiście przekonany jestem, że największą trudnością we współpracy jest po prostu brak zaufania Zachodu do Wschodu. Powstaje tu pytanie, czy jest to stwierdzenie prawdziwe, a jeśli tak, to jakie są tego przyczyny. Niestety stwierdzenie to jest prawdziwe. A przyczyny?

Przez wiele lat ostatniej naszej historii mieliśmy bardzo nikłe kontakty z Zachodem. Rzadki i nieliczny był udział naszych reprezentacji na międzynarodowych kongresach i zjazdach lekarskich, a były one nie tylko okazją do prezentacji naukowych myśli i osiągnięć, ale również do osobistych kontaktów, bez których nie rodzi się zaufanie. Z kolei brak osobistych i instytucjonalnych kontaktów był spowodowany niczym innym jak brakiem środków finansowych. Koszty tylko wpisowego na jakikolwiek międzynarodowy zjazd równy 500 USD odpowiada co najmniej dwumiesięcznej pensji lekarskiej w Polsce.

Drugim powodem braku zaufania jest rzadka nasza obecność na łamach klinicznych czasopism lekarskich. Dotyczy to zwłaszcza medycyny klinicznej. Brak nowoczesnej aparatury medycznej sprawia, że zdobywamy doświadczenie z kilkuletnim opóźnieniem. Finansowe trudności powodują też, że wręcz nie mamy możliwości uczestniczenia w życiu towarzyskim i nawiązy-

waniu znajomości i kontaktów podczas kosztownych „gala dinners” lub np. „post-congress tours”. Nie mamy więc okazji wykazania, że nie ma między nami różnic ani kulturalnych ani zawodowych.

Do najistotniejszych przyczyn tłumaczących brak zaufania do nas, zależnych częściowo od nas samych, jest rzadkość biegłej znajomości języków kongresowych. Wspólnym mianownikiem wszystkich przyczyn, uniemożliwiających wykazanie swoich umiejętności i możliwości pozostaje jednak nadal bariera finansowa. Tak więc żelazna kurtyna została zastąpiona przez jeszcze mniej przepuszczalną kurtynę finansową.

Z kolei lekarze kształceni na postawie *Judyma* postępują tak aby wszystko co najlepsze (a więc na ogół co najdroższe) zaoferować właśnie jego aktualnie leczonemu choremu i trudno jest nas w trakcie leczenia przekonać do szerszego spojrzenia na potrzeby już nie jednego, ale wielu chorych. Zadanie jakie na lekarzy akademickich spada jest nie tylko uczyć najlepiej, ale i jak leczyć najtaniej.

Zasada „*salus aegroti suprema lex*” jest nadal niepodważalna, ale i ja i my wszyscy musimy też być świadomi, że zwłaszcza w sytuacji niedostatku i braków zaczyna dominować zasada: „*salus populi suprema lex esto*”.

Czego my naprawdę potrzebujemy, to zdobycia umiejętności prawidłowej dystrybucji uzyskiwanych środków finansowych, umiejętności ustalania priorytetów, oraz tworzenia mechanizmów przystosowujących nas do gospodarki rynkowej. Problemy te są już znane polskim lekarzom z Zachodu. Do realizacji tych zadań w pierwszym rządzie potrzebne nam będzie to, co zwiemy „software”, aby właśnie na tym oprzeć proces nauczania i zarządzania.

Nazwałbym to pomocą o strategicznym znaczeniu.

## **Stan zatrudnienia nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej w Warszawie**

W tabelach (tab. 1, 2, 3) i komentarzu przedstawiamy liczby i odsetki profesorów, adiunktów z habilitacją, adiunktów, asystentów, starszych wykładowców, wykładowców, lektorów i instruktorów zatrudnionych w naszej Uczelni.

Z zestawień tych wynikają następujące fakty:

1. Około 70% samodzielnych pracowników naukowych Akademia zatrudnia w I Wydziale Lekarskim, 17% w II Wydziale Lekarskim, 8% w Wydziale Farmacji, 5% w Oddziale Stomatologii.
2. Najliczniejszą grupę zatrudnionych wśród nauczycieli akademickich Akademii stanowią adiunkci, ponad 37% ogółu zatrudnionych nauczycieli, a na Wydziale Farmacji – ponad 54%. Prawidłowość ta nie dotyczy Oddziału Stomatologii, gdzie grupa adiunktów stanowi niespełna 30% zatrudnionych nauczycieli i II Wydziału Lekarskiego – 32%.
3. Około 3% ogółu zatrudnionych nauczycieli akademickich stanowią adiunkci, posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego. Ponad 70% tych osób zatrudniamy w I Wydziale Lekarskim i około 20% w II Wydziale Lekarskim.
4. Niewiele mniej liczną grupę nauczycieli akademickich Akademii stanowią asystenci – ponad 35% ogółu nauczycieli, a w przypadku Oddziału Stomatologii – blisko 54%. Pewnym charakterystycznym odstępstwem od tendencji ogólnouczelnianej dotyczącej asystentów jest Wydział Farmacji, zatrudniający około 26% asystentów, ponad dwukrotnie mniej niż adiunktów.
5. Trzecią pod względem liczebności grupę nauczycieli akademickich stanowią profesorowie – 14% ogółu nauczycieli akademickich w Akademii. W II Wydziale Lekarskim profesorowie stanowią 17% ogółu zatrudnionych tam nauczycieli akademickich i jest to wskaźnik najwyższy w Oddziale Stomatologii natomiast wynosi on 8,3% i jest najniższy w Uczelni.
6. Pracownicy dydaktyczni stanowią w Akademii 10,2% ogółu zatrudnionych nauczycieli akademickich. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowią wykładowcy – 5,4% zatrudnionych. Jest bardzo charakterystyczne, że najliczniejsza grupa osób zatrudnionych na tych stanowiska znajduje się w I

Wydziale Lekarskim (40 osób), oraz w II Wydziale Lekarskim (10 osób). Ponad 52% starszych wykładowców Akademia zatrudnia w Studiach Języków Obcych i Wychowania Fizycznego. Pozostali to 14 osób w I Wydziale Lekarskim, 5 osób w II Wydziale Lekarskim i po 4 osoby w Oddziale Stomatologii i Wydziale Farmacji.

7. Nieco ponad 67% ogółu zatrudnionych nauczycieli akademickich Akademia zatrudnia w jednostkach klinicznych, około 30% w jednostkach teoretycznych. Charakterystyczny i interesujący jest fakt, iż najliczniejszą grupę pracowników dydaktycznych zatrudniamy w jednostkach klinicznych – ponad 61% ogółu wykładowców i ponad 26% ogółu starszych wykładowców, a w jednostkach teoretycznych zatrudniamy zaledwie 24% kadry dydaktycznej.

Liczyby te są ilustracją faktów. Nasuwają się natomiast pytania często na razie bez odpowiedzi:

1. Czy proporcje między nauczycielami akademickimi poszczególnych szczebli są właściwe, czy nie?
2. Ilu studentów powinno przypadać na profesora, adiunkta itp.? (zależy to w jakiejś mierze od przedmiotu).
3. Jak zapewnić odpowiednie wynagrodzenie?

Są bardzo pożądane i oczekiwane wypowiedzi Czytelników zarówno z oceną tych problemów i propozycjami rozwiązań jak i przypominające o sprawach przez nas przeoczonych.

Materiały pochodzą z Uczelnianej Komisji d/s Oceny Nauczycieli Akademickich (Stefan Krus).

**Tabela 1**  
**Stan zatrudnienia kadry dydaktycznej i naukowo-dydaktycznej**  
**w Akademii Medycznej w Warszawie – 10.01.1994 r.**

Stanowisko	I Wydz. Lekarski	Oddział Stomatol.	II Wydział Lekarski	Wydział Farmaceut.	Studia	Razem	% ogółem zatrudn. nauczycieli
Profesorowie	115,9	10	34,5	17	-	177,4	14
Adiunkci z habilit.	27,15	1	7,5	1	-	doc. 1 + 36,65	2,9
Adiunkci	292,15	36	66	75,5		469,65	37,2

Stanowisko	I Wydz. Lekarski	Oddział Stomatol.	II Wydział Lekarski	Wydział Farmaceut.	Studia	Razem	% ogółem zatrudn. na- uczycieli
Asystenci	270,5	65	79,5	36	-	451	35,7
St. wykładowcy	13,5	4	5	4	29	55,5	4,4
Wykładowcy	40	5	10	6	7,5	68,5	5,4
Lektorzy	-	-	-	-	3	3	0,3
Instruktorzy	-	-	-	-	1	1	0,1
Razem:	759,2	121	203,5	139,5	40,5	1.263,7	100,0

Ogółem zatrudnieni nauczyciele akademicy 1.263,7 etatów.

**Tabela 2**  
**Stan zatrudnienia kadry dydaktycznej i naukowo-dydaktycznej**  
**w Akademii Medycznej w Warszawie – 11.01.1994 r.**

Stanowiska	Jednostki kliniczne		Jednostki teoretyczne		Studia		Razem		Uwa- gi
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	
Profesor	122	68,8	55,4	31,2	-	-	177,4	14	
Adiunkt z habilit.	30,5	81,0	7,15	19,0	-	-	37,65	2,9	
Adiunkt	297,9	63,4	171,75	36,6	-	-	469,65	37,2	
Asystent	345	76,5	106	23,5	-	-	451	35,7	
St. wykładowca	14,5	26,1	12	21,6	29	52,3	55,5	4,4	
Wykładowca	42	61,3	18	26,3	8,5	12,4	68,5	5,4	
Lektor	-	-	-	-	3	-	3	0,3	
Instruktor	-	-	-	-	1	-	1	0,1	
Razem:	851,9	67,4	370,3	29,3	41,5	3,3	1263,7	100%	

Liczba jednostek klinicznych 82 = 64,5% ogółu jedn. organizacyjnych

Liczba jednostek teoretycznych 42 = 33,1% ogółu jedn. organizacyjnych

Studia 3 - 2,4% % ogółu jedn. organizacyjnych

**Tabela 3**  
**Stan zatrudnienia na dzień 28.02.1993 r.**  
**Samodzielni pracownicy naukowo-dydaktyczni**

	I W.L.		Oddz. Stom.		II W.L.		Wydz. Farm.		Razem	
	Liczba	% ogółu	Liczba	% ogółu	Liczba	% ogółu	Liczba	% ogółu	Liczba	% ogółu
Profesor zwyczajny	35	68,6%	2	3,9%	8	15,7%	6	11,8%	51	100%
Profesor nadzwyczajny z tytułem	46	68,7%	5	7,5%	13	19,4%	3	4,4%	67	100%
Profesor nadzwyczajny bez tytułu	39	67,2%	3	5,2%	9	15,5%	7	12,1%	58	100%
Adiunkci z habilitacją	29	78,4%	-	0	6 + 1 doc.	18,9%	1	2,7%	37	100%
									Ogółem: 213	

## Stefan Kruś

### Uwagi na temat sytuacji nauczycieli akademickich czyli kijek w mrowisko...

W historii świata ludzie dość dawno doszli do pewnych prawd:

1. Co najmniej od pierwszych Dynastii Egipskich albo Babilonu wiadomo, że twórcami nauki, badaczami, muszą być ludzie obdarzeni szczególną ciekawością, spostrzegawczością, zdolnością kojarzeń. Grecy przeniknęli głębiej psychiki ludzkiej i zawitości losów, oddając to w literaturze, w dramaturgii i w mitach. Czy wszyscy Grecy? Nie, tylko paruset na przestrzeni kilkuset lat. Nie wyobrażam sobie twórców na rozkaz w skali masowej.

2. Cywilizację stworzyli fachowcy – zręczni rzemieślnicy, architekci o wizji przestrzennej i podstawach matematyki, znakomici murarze i sztukatorzy (katedra w Sienie!!!) itd. W roku 1862 delegacja Warszawy u Wielkiego Księcia przedstawiła się: jestem Zamoyski, hrabia, jestem Kimpcki, książę..., jestem Hiszpański, szewc. Pan Hiszpański był dumny z umiejętności robienia dobrych butów.

3. Zadaniami Uczelni medycznej są:

- a) przygotowanie (uczenie) dobrych lekarzy,
- b) udzielanie pomocy chorym,
- c) praca badawcza.

Moim zdaniem najważniejsze są punkty a i b. Praca badawcza powinna być popierana jak najgoręcej, ale nie może być warunkiem kariery nauczyciela akademickiego. Wystarczy, jeżeli sprawny lekarz, znający wiedzę odkrytą przez innych, przekaze ją studentom. Nie wierzę w słuszność twierdzenia, że tylko badacz może nauczyć. W swoim wąskim odcinku jest na pewno lepszy od innych i zdolny przekazać więcej informacji. Zastanówmy się jednak, ile z nich może się przydać przyszłemu lekarzowi, ile z nich w ogóle zapamięta. Utrzyma w głowie dłużej tylko to, z czym ma do czynienia na co dzień.

Wielu dydaktyków przyciąga słuchaczy logiką wykładania prostych rzeczy i umiejętnością zwracania uwagi na fakty ważne praktycznie. Wielu znakomych badaczy odstręcza ewentualnych słuchaczy przeładowaniem szczegółami, albo wręcz nie znosi nauczania.

4. Aktualny system awansowania w Uczelni wygląda tak, jakbyśmy sami sobie założyli pętlę na szyję. Lekarz przychodzący do pracy ma dwie drogi:

– pewna grupa o uzdolnieniach a priori badawczych już na studia trafia do kół naukowych o profilu nauk podstawowych. Ludzie ci w znacznym odsetku tam potem zostają. Mam z nimi kontakt na III roku – jedni zdają anatomię patologiczną świetnie, niejedni – żenująco. Nie znam ich losów, ale sądzę, że w zasadzie nie są to kandydaci na lekarzy. Są oni wolni od przymusu specjalizacji zawodowej,

– inni, większość, zamierza uprawiać dyscypliny lekarskie. Trafiają poprzez Koła, lub bez tego do placówek o profilu zawodowym (anatomia patologiczna ma dużo więcej wspólnego z kliniką niż z naukami podstawowymi, chociaż się od nich nie odzęgkuje). Muszą się oni uczyć fachu, zdobywać stopnie specjalizacji. Bazą jest wykonywanie pracy codziennej (diagnozowanie, leczenie, nabywanie doświadczenia), lektura, opracowywanie tematów. To zabiera kilka lat ciężkiej pracy, ale nie upoważnia do awansu ambicioznego, ani pieniężnego. Ano właśnie! Młody człowiek, młoda rodzina, ani mieszkania, ani lodówki, ani pralki, ani pampersów. Pensja podstawowa starcza na przeżycie. W innych specjalnościach dużo wyższe uposażenie skłania do protestacyjnych głodówek na szczycie komina. My szukamy dodatkowych zajęć itd. ..., wiemy wszyscy. Praktycznie możliwości wykonania pracy naukowej są chyba większe w dyscyplinach teoretycznych, bo pracownicy są przynajmniej odciążeni od obowiązków typu zawodowego (choć też muszą z czegoś żyć). W razie uzyskania możliwości aparaturowych można się włączyć w nurt działań o ogromnej aktualnie dynamice np. immunologii.

Klinicysta, też praktyk, może:

a. Trafić na jakiś przypadek bardzo rzadki, może pierwszy w świecie. Dałoby to sławę ale nie doktorat.

b. Opracować jakąś nową metodę leczenia np. typ operacji – każda modyfikacja coś tu wnosi, jest istotnym osiągnięciem.

c. Sprawdzić na większej liczbie przypadków skuteczność tej lub innej metody leczenia albo przydatność metod diagnostycznych – częsty temat doktoratów.

d. Wyodrębnienie z grupy chorób podobnych jakiejś jednostki – wymaga i spostrzegawczości i odwagi, ale to jest coś.

Musi mieć na to wszystko odpowiednią dyspozycję umysłu i czas. Do tego dochodzi nieraz trudność wyboru tematu wykonalnego w danych warunkach



i coś wnoszącego. Powiedział do mnie pewien profesor specjalności zabiegowej – ja niemal nie odchodzę od stołu operacyjnego, ja nie mam już siły fizycznej na jakąś inną pracę. Wszyscy o tym wiedzą, ale nikt nie powie wprost.

Wielu asystentów nie wykonuje pracy doktorskiej w określonym czasie, zasilają oni grupę wykładowców. Wielu adiunktów nie jest w stanie sforsować habilitacji – zasilają oni grupę ustabilizowanych adiunktów, albo wykładowców. Adiunkci i wykładowcy stanowią bazę dydaktyczną i usługową działalności Uczelni. Po latach pracy jedni i drudzy reprezentują faktycznie ten sam poziom zawodowy. Wszystko to, jeżeli nie uciekną do pracy lepiej płatnej (farmacja, stomatologia).

Konkluzja: badacze naukowci na komendę są producentami dzieł pseudonaukowych. Miejmy odwagę powiedzieć to jasno. Uważam natomiast, że należy popierać zawsze ludzi o talencie badawczym od studenta do profesora. Odkryć dokonywali czasem ludzie bardzo młodzi a czasem bardzo starzy („spiritus flat ubi vult”).

Wypowiedź moja wywołała na pewno protesty i sprostowania. Następne numery kwartalnika zapowiadają się ciekawie.

## Kodeks etyki lekarskiej

**Tekst jednolity  
ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy,  
Warszawa 12–14 grudnia 1993 r.**

### Przyrzeczenie lekarskie

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie spełniać;
  - służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
  - według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek;
  - nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
  - strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
  - stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.
- Przyrzekam to uroczyście!

### Część ogólna

#### Art. 1

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

**Art. 2**

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*.

**Art. 3**

Lekarz zarówno w czasie pokoju jak i wojny, winien wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, rasę, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne czy inne uwarunkowania.

**Art. 4**

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

**Art. 5**

Izba Lekarska jest zobowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

**Część szczegółowa****Rozdział I****Postępowanie lekarza wobec pacjenta****Art. 6**

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

**Art. 7**

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłó-

ki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

### **Jakość opieki medycznej**

#### **Art. 8**

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

#### **Art. 9**

Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość.

#### **Art. 10**

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.

2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

#### **Art 11**

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.

### **Poszanowanie praw pacjenta**

#### **Art. 12**

1. Lekarz winien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności.

2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo wyboru lekarza.

#### **Art. 13**

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich, dotyczących jego zdrowia.

2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.

3. Pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego.

#### Art. 14

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

#### Art. 15

1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swej zgody, powinien ją wyrazić przedstawiciel ustawowy bądź osoba stale opiekująca się pacjentem.

2. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez tej zgody może być dopuszczalne tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób.

3. W razie niewyrażenia zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.

#### Art. 16

1. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Pacjent może także wskazać osoby, które w jego imieniu będą porozumiewały się z lekarzem. Informowanie rodziny, o ile to jest możliwe, powinno być uzgodnione z chorym.

2. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.

3. W przypadku choroby dziecka lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów.

#### Art. 17

W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

**Art. 18**

Lekarz leczący nie może sprzeciwić się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

**Art. 19**

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażającym wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

**Art. 20**

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

**Art. 21**

W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia powinien on poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich szkodliwych skutków.

**Art. 22**

W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych.

### **Tajemnica lekarska**

**Art. 23**

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy lekarskiej.

**Art. 24**

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

**Art. 25**

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowia lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

**Art. 26**

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.

**Art. 27**

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

**Art. 28**

Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy winno obejmować wyłącznie zakres niezbędny do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem jej przed ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego.

**Art. 29**

Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zabezpieczenia poufności informacji zawartych i przechowywanych w próbkach DNA pobranych od pacjentów i ich rodzin.

### **Pomoc chorym w stanach terminalnych**

**Art. 30**

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

**Art. 31**

Lekarzom nie wolno stosować eutanazji.

**Art. 32**

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenie reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

**Transplantacja****Art. 33**

Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepienia, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

**Art. 34**

Lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

**Art. 35**

Lekarz nie może otrzymywać zapłaty za przeszczepione komórki, tkanki i narządy.

**Art. 36**

Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne.

**Art. 37**

Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osób małoletnich, o ile są do tego zdolne, winno się uzyskać ich zgodę.

**Prokreacja****Art. 38**

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.



2. Lekarz powinien udzielać wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów zapłodnienia i regulacji poczęć, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zainteresowanym tą problematyką pacjentom.

3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi współczesnej genetyki lekarskiej, w tym diagnostyki przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować zainteresowanych o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

#### Art. 39

Podjmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

### **Zaświadczenia lekarskie**

#### Art. 40

Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

#### Art. 41

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument powinny umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

## Rozdział II

### **Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne**

#### Art. 42

Eksperymenty biomedyczne na ludziach mogą być przeprowadzane przez lekarzy, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta, biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment kliniczny powinien być

przeświadczony, iż spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w sposób istotny nad nieuniknionym ryzykiem.

#### Art. 43

1. Osoba poddana eksperymentowi biomedycznemu musi wyrazić zgodę na udział w eksperymencie oraz musi być uprzednio wyczerpująco poinformowana o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć, także o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie.

2. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.

#### Art. 44

1. W przypadkach pacjentów niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji i wyrażenia woli, zgoda powinna być udzielona na piśmie przez przedstawiciela ustawowego.

2. W przypadkach osób małoletnich, o ile są do tego zdolne, winno się poza zgodą przedstawiciela ustawowego, uzyskać także ich zgodę na udział w eksperymencie biomedycznym.

#### Art. 45

1. Eksperymenty biomedyczne o charakterze badawczym muszą być przeprowadzane zgodnie z zasadami badań naukowych. Winny być poprzedzone studiami nad wynikami doświadczeń w danej dziedzinie, wykonanymi *in vitro* lub *in vivo* na zwierzętach.

2. Zwierzęta należy odpowiednio traktować, zabezpieczając je, w miarę możliwości przed cierpieniem.

#### Art. 46

Projekt każdego eksperymentu na człowieku powinien być jasno określony i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej zgody.

#### Art. 47

Eksperyment biomedyczny na człowieku może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem doświadczonego lekarza.

#### Art. 48

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej.

**Art. 49**

Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło, lub pomijanie nazwisk osób, które brały udział, jest naruszeniem zasad etyki.

**Art. 50**

Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane.

**Art. 51**

1. Wskazane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych i dydaktycznych.

2. Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

**Rozdział III****Stosunki wzajemne między lekarzami****Art. 52**

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemnie szacunek.

2. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób.

3. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej.

**Art. 53**

1. Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.

2. Lekarze pełniący funkcje kierownicze mają obowiązek dbać o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im kolegów.

**Art. 54**

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia

konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

**Art. 55**

Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednie przekazanie uwag o jej wynikach.

**Rozdział IV**

**Zasady postępowania w praktyce lekarskiej**

**Art. 56**

1. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.

2. Lekarze, w miarę swoich możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich.

**Art. 57**

Lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe. Nie powinien także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

**Art. 58**

Lekarz powinien odnosić się z należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem.

**Art. 59**

Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich.

**Art. 60**

Jeżeli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz

powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody.

#### Art. 61

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tej instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

#### Art. 62

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem.

#### Art. 63

1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.

2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska dla celów komercyjnych.

#### Art. 64

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

#### Art. 65

Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów.

#### Art. 66

1. Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia.

2. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta.

3. Lekarz może leczyć bezpłatnie.

#### Art. 67

Dobrym obyczajem jest leczenie bezpłatne innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny oraz wdów i sierot po lekarzach.

#### Art. 68

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich

strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści.

## Rozdział V

### **Lekarz a społeczeństwo**

#### Art. 69

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

#### Art. 70

Zadania humanitarne, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ustawowej ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych tak w czasie pokoju jak i wojny.

#### Art. 71

Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

#### Art. 72

Przeprowadzanie badań masowych o charakterze epidemiologicznym winno mieć na celu uzyskania wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa.

Badania te nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących.

#### Art. 73

Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenia stanu zdrowia.

#### Art. 74

Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawienia życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też

wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

**Art. 75**

Lekarz nie może stosować środków i metod dopingujących w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych na dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

**Rozdział VI**

**Zasady końcowe**

**Art. 76**

W wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

**Art. 77**

Lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać się z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci medycyny powinni zarówno przyswajać sobie jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Kodeksie.

**Art. 78**

Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy, będących pod ich opieką.

## Halina Wardaszko-Łyskowska

### Zespół „wypalenia się”

Opisy zespołu „wypalenia się” (burn-out) pojawiły się w psychiatrycznym piśmiennictwie anglosaskim w latach siedemdziesiątych naszego wieku (1, 2, 3, 4). Podkreślano, że stanowi on swoiste zagrożenie zawodowe pracowników psychiatrycznej służby zdrowia – ludzi, którzy muszą nieustannie dostrzegać i odbierać całą gamę różnorodnych uczuć i zachowań pacjentów i reagować na nie. Podkreślano, że choć zadaniem personelu jest kształcenie w sobie postaw i umiejętności radzenia z tym zjawiskiem, dla niektórych wyzwania, jakie stają przed nimi, okazują się za duże, dochodzi do wyczerpania, „wypalenia się”. Przejawem tego jest utrata zainteresowań i uczuć w stosunku do pacjentów, odporność na ich przeżycia, nawet niezwykle bolesne i przerażające, zobojętnienie.

Jeśli zespół „wypalenia się” jest wynikiem zużycia się jakichś zasobów energetycznych człowieka, można uznać jego wystąpienie za zrozumiałe w pewnych warunkach u lekarza każdej specjalności, a także u każdego człowieka. U lekarza staje się to jednak szczególnie niepokojące. Jego nieczułość i zahartowanie na ludzkie przeżycia, utrata charyzmy, czyni wątpliwą jego zdolność do leczenia pacjentów. Stąd też świadomość daleko idących negatywnych skutków zespołu, powinna zobowiązywać do znajomości jego obrazu już od chwili wystąpienia jego pierwszych objawów, do poszukiwania jego przyczyn, zapobiegania, leczenia.

Wśród przejawów zespołu wypalenia są wymieniane zarówno łatwo dostrzegalne (niemal dające się mierzyć), jak i mniej uchwytnie, czasem zamaskowane, lub też mieszczące się w sferze subiektywnych przeżyć lekarza, w jego postawach i decyzjach etycznych.

Do dostrzegalnych należą takie, jak: narastająca absencja w pracy; spędzanie przez personel więcej czasu ze sobą niż z pacjentami; zaniedbania w dokumentacji, dotyczącej pacjentów; zaniedbania w śledzeniu piśmiennictwa naukowego; opuszczanie zebrań i konferencji; trudność wypowiedzania się w dyskusji i na piśmie; wygórowane „histeryczne” reakcje na stosunkowo słabe bodźce; odsuwanie się od pacjentów ku pracy administracyjnej! Bliższa



obserwacja pozwala dostrzec, jako jeden z pierwszych objawów, narastającą drażliwość, z różnymi przejawami postaw agresywnych wobec personelu i pacjentów, utratę zainteresowania pacjentem, czasem cynizm i ośmieszanie pacjentów i współpracowników, utratę innowacyjności, nieukierunkowaną energię z trudnością typowania priorytetów do działania i podejmowania decyzji, postawy obronne, mające na celu ukrycie swego „wypalenia”, tendencje do „szufladkowania” problemów; nierzadko wycofywanie się z działań, opuszczanie w obowiązkach, zaniedbanie nawet w wyglądzie.

Z przejawów subiektywnych są wymieniane: apatia, przygnębienie i niezadowolenie z siebie, poczucie rozczarowania, pustki, przesadna ocena trudności (wszystko jest stresem), lęk i przerażenie w chwili udawania się do pracy, gniew, nieufność i doszukiwanie się złych cech u innych.

Czynniki przyczynowe i niektóre uwarunkowania zespołu wypalenia są wymieniane w piśmiennictwie, wśród nich: duża liczba pacjentów, przypadająca na jednego lekarza (niska jakość interakcji z nimi nie daje wtedy poczucia dobrego wykonywania pracy); duża ilość czasu, jaki personel spędza ze sobą, w tym duża częstość zebrań personelu (stwierdzono, że koreluje to z narastającą negatywną postacią wobec pacjentów, z apatią i napięciem). Nadanie zebraniom personelu charakteru psychoterapii, z analizą agresji personelu (co ma miejsce nierzadko w psychiatrycznej służbie zdrowia) – prowadzi często do poczucia bezradności i stanów frustracji. Zbyt długi czas pracy bez odpoczynku koreluje z negatywną postawą wobec pacjentów. Poświęcanie dużej ilości czasu czynnościom administracyjnym pozostawiało w wyraźnym związku z małą ochotą do pracy z pacjentami. Im większy jest odsetek chorych przewlekle, jakimi opiekuje się lekarz, tym większa jest szansa powstawania zespołu wypalenia. Lekarze, poszukujący raczej samorealizacji niż satysfakcji z pracy z pacjentami, łatwiej wykazują zespół wypalenia, gdy stwierdzają, że nie rozwijają się. U pracowników ze stanowiskiem wyższym w hierarchii administracyjnej do zespołu wypalenia może dochodzić przez odsuwanie się ku czynnościom administracyjnym, ze stopniową zmianą postawy wobec pacjentów na obojętną.

Mniejsze szanse pojawiania się objawów zespołu „wypalenia się” były tam, gdzie personel spędzał dużo czasu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, gdzie istniał rzeczywisty podział pracy i odpowiedzialności między członkami zespołu. Kontakty z przyrodą, sztuką, ludźmi, szczególnie tymi, którzy na

codzień dostarczają oparcia emocjonalnego, działały w dużej mierze, jako czynniki zapobiegające objawom.

Jeśli uznamy, że zespół „wypalenia się” jest nie tylko ciekawostką bibliograficzną, ale rzeczywistością, spotykaną i w naszych warunkach u lekarzy, nie możemy jednocześnie nie uznać, że stawia to przed nami wiele zadań, a niepodjęcie ich ma również aspekt etyczny.

Wydaje się, że do tych zadań należy poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy istnieją jakieś szczególne cechy lub przejawy zespołu wypalenia u lekarzy polskich, w porównaniu z wymienianymi w piśmiennictwie amerykańskim?

2. Czy istnieją u nas jakieś specjalne czynniki, które można by uznać za sprzyjające jego powstawaniu?

3. Czy ewentualnie możnaby czynić dla zapobiegania występowania tego zespołu?

### Specyfika obrazu zespołu „wypalenia się” w Polsce

Wydaje się, że poza opisywanymi wyżej można u naszych lekarzy stwierdzić dodatkowe cechy zespołu „wypalenia się”. Są nimi:

a. Swoisty stosunek do odpowiedzialności za pracę. Polega on na uchylaniu się od odpowiedzialności osobistej, przrzucaniu jej na czynniki zewnętrzne, przede wszystkim na różne mankamenty systemów szerszych. Przy takiej postawie różne błędy we własnej pracy, w stosunku do pacjentów, a także bierność, marnotrawstwo itp. widzi się jako zrozumiałe i usprawiedliwione. Zmian na lepsze oczekuje się od czynników zewnętrznych, a własna inicjatywa przejawia się przede wszystkim wzrostem postaw roszczeniowych.

b. Narastanie tendencji do formalizowania obowiązków, dyscypliny, nawet kontaktów z pacjentami. Staje się ważne bycie formalnie „w porządku”. Własny wkład jest obliczany skrupulatnie z egzekwowaniem „nadpracowanych” godzin.

c. Narastanie zjawisk „pozorności”. Pozorna obecność w pracy, pozorna autentyczność w kontaktach z ludźmi, pozorne przyjaźnie, pozorna tolerancja (np. jako kamuflaż obojętności albo wygody).

d. Tendencje klasyfikacyjne w odniesieniu do pacjentów i ocena ich w kategoriach moralnych, narastające w miejsce dążenia do rozumienia.

e. Poczucie wyczerpania, nadmiernego obciążenia, niedocenianie wysił-

ków i wkładu pracy przez otoczenie jest niekiedy przemożne. Działania podejmowane są z przekonaniem „muszę”, „trzeba”, nie zaś „chcę”, a praca, pacjenci, ich rodziny, ewentualnie studenci stanowią swoiste „zło konieczne”. Są stosowane różne obrony przed dodatkowym obciążeniem, nawet tylko przewidywanym, czasem niedostrzeganiem ani etycznej strony sprawy, ani faktu, że taka obrona pochłania więcej energii niż wykonania zadania. Przekonanie, że jest się obciążonym bardziej niż koledzy, działa jak stres, rodzi poczucie krzywdy i nie rzadko godzi w pracę zespołową.

f. Agresja przejawia się często zgeneralizowaną krytyką albo krytykancstwem. Często przedmiotem jej stają się koledzy „niewypaleni”. Ich zaangażowanie bywa traktowane jako przejaw naiwności, donkiszoterii, nadmiaru ambicji, karierowiczowstwa. Jednocześnie spada tolerancja na krytykę własnych postaw.

g. Personalne kody etyczne i rozważania decyzji etycznych z uwzględnieniem całej sytuacji, tracą jakby na wadze na korzyść wyborów dyktowanych przepisami, legalizmem.

h. Zespół wypalenia może mieć różną historię i przebieg. Czasem dochodzi do niego u osób ambitnych i aktywnych, zaangażowanych w pracę, poprzez okresy zrywów i wprowadzenia innowacji a następnie rozczarowań, poczucia bezradności i depresji. Czasem powstaje przez „zarażenie”, przejście postawy sceptycyzmu, obojętności. Niepokojące jest przejmowanie tych postaw i występowanie objawów wypalenia się u coraz młodszych lekarzy, a nawet studentów.

i. Najbardziej niepokojący jest fakt, że objawy wypalenia nie są, jak się wydaje, często wyrazem krańcowej postaci powszechnych mechanizmów adaptacyjnych i obronnych, występujących w naszych warunkach tyle, że osiągnęły miarę niebezpiecznej patologii.

### **Czynniki sprzyjające powstawaniu zespołu „wypalenia się”**

Wśród czynników, sprzyjających występowaniu zespołu „wypalenia się” można i u nas znaleźć te, które są wymieniane w piśmiennictwie. Wydaje się jednak, że u nas dochodzą jeszcze i inne, groźne dlatego, że przenikliwie drażą nasze życie codzienne, działają podstępnie, ponieważ ich powszechność sprawia, że przestaje się je dostrzegać. Nie ma od nich jak gdyby odwołania, bo zostały uznane za naturalne, za konieczne do przyjęcia. Niebezpieczeństwo

ich tkwi jeszcze w tym, że niektóre celują wyraźnie w normy moralne i system wartości.

Czynniki te możnaby grupować według różnych kryteriów, na przykład: źródeł, z jakimi są związane; elementów systemu, z jakich się wywodzą; procesów psychologicznych, poprzez które działają.

Można by na przykład mówić o czynnikach, które wyczerpują energię i doprowadzają do zmęczenia; o takich, które wywołują napięcie i niepokój; o działających na zasadzie uczenia się. Choć wprowadzamy tu taki podział, trzeba zaznaczyć, że ani nie wyczerpuje on całości zagadnienia, ani nie jest ścisły, ponieważ ten sam czynnik może działać poprzez różne mechanizmy.

a. Stopniowo wyczerpywanie się energii i zmęczenie, powodowane bywa: koniecznością podejmowania dodatkowych prac, związaną z potrzebami ekonomicznymi lekarza i jego rodziny; stałym borykaniem się z trudnościami w domu i pracy zawodowej (braki bazy, awarie, braki leków, aparatury) i koniecznością organizowania różnych działań dla przezwyciężenia ich, szukania rozwiązań alternatywnych. Wobec braku różnego typu personelu, lekarze są obciążeni różnymi nielekarskimi funkcjami (administracyjnymi, technicznymi i in.).

Zdolni i aktywni lekarze często są eksploatowani przez narzucanie im coraz większej liczby zadań.

b. Zachwiane poczucie bezpieczeństwa i niepokój wywołują takie czynniki, jak: zarządzenie i przepisy, których nie daje się ściśle przestrzegać, a których nieprzestrzeganie jest z kolei zagrożone różnymi karami (np. zmniejszeniem liczby etatów dla instytucji, nieprzyznaniem funduszy na jakieś badania, pogorszeniem warunków pracy itp.); sytuacje doprowadzające do konfliktów psychicznych (np. między normami moralnymi i zarządzeniami administracyjnymi, konflikt ról, konflikt w zakresie wyboru priorytetów do działania – merytorycznie ważnego, albo nakazanego); stwarzane poczucie tymczasowości, niepewności, dotyczące czy to losów określonego lekarza czy placówki.

Wiadomo, że niepokój, napięcie uczynniają różne mechanizmy obronne, wśród których agresja, bunt i zobojętnienie nie są rzadkim zjawiskiem.

c. Uczenie się niewłaściwych postaw ma miejsce na różnych zasadach: przez presję w kierunku rozwiązań formalnych, często pozomych, nagradzanie tego, co spektakularne, choć nie rzadko cyniczne, sprytne i reklamarskie; ocena lekarza i jego pracy według kryteriów przyjętych arbitralnie i formalnych, z niedocenianiem merytorycznych, uzależnienie kariery od układów, a

nie rzeczywistych kompetencji. Szczególnie niepokojące są te czynniki, które doprowadzają do zachwiania się norm moralnych. Np. popieranie podporządkowania się, nieuczestniczenie w decyzjach, nieprzyjmowanie krytyki odczają odpowiedzialności osobistej. Narzucanie priorytetów, które nie mają nic wspólnego z opieką nad pacjentem, a odwracają od niego uwagę, stwarzanie sytuacji, które prowokują do stosowania różnych wybiegów i omijania przepisów – to następne czynniki, godzące w systemy wartości lekarza.

### **Co możnaby zrobić dla zapobiegania i leczenia zespołu „wypalenia się”?**

Najprostszą odpowiedzią byłyby: działać na przyczyny, usuwając czynniki „wypalające”, albo przeciwdziałając im, ale sprawa nie jest prosta wobec złożoności zagadnienia. Wydaje się, że można tu mówić o kilku etapach działania, przy czym niewątpliwie dużą rolę może tu odegrać dobry ordynator.

Pierwszą sprawą (lub etapem) jest uświadomienie sobie możliwości istnienia zespołu „wypalenia się” i jak najwcześniejsze poznawanie jego objawów. Była o nich mowa wyżej, tu warto jeszcze dodać, że nie rzadko jest nim u nas usprawiedliwienie swej bierności, powoływanie się na przykłady, że wszędzie jest podobnie, że winę za wszystko ponosi system społeczny. Jeszcze innym przejawem jest narzekanie na beznadziejność, deklarowanie oczekiwania na status emeryta.

Drugim etapem powinna być analiza czynników, które mogą ewentualnie korelować z występowaniem zespołu, a które wiążą się z pracą zawodową. Niektóre spośród nich, jak: zbyt obciążający schemat pracy, zbyt duża liczba pacjentów „przypadająca” opiece danego lekarza, zbyt dużo obciążeń dodatkowych itp., mogą wymagać zmian, reorganizacji pracy, udzielenia lekarzowi pomocy, dania mu szansy wypoczynku, urlopu i kontaktu z naturą.

Bardzo ważne jest tu działanie nastawione na podtrzymanie i rozwój naukowy lekarza, podnoszenie jego samooceny przez dokształcanie się, udział w konferencjach naukowych, publikacjach.

Dobra praca zespołowa, z podziałem odpowiedzialności, z życzliwymi stosunkami międzyludzkimi, z przyjaźnią podawaną krytyką w miarę potrzeby, są świetnym buforem, chroniącym przed wystąpieniem zespołu wypalenia się, a nawet leczącym go.

Przeciwdziałanie czynnikom, które mają swe źródło poza miejscem pracy lekarza lub nie dającym się skorygować posunięciami organizacyjnymi, jest

trudniejsze. Nie oznacza to, że niemożliwe albo beznadziejne. Niewątpliwie ważnych jest tu kilka elementów:

– nie można poddawać się bierności i ograniczać jedynie do krytyki ale trzeba zajmować postawę aktywną, z przekonaniem, że to, czego nie można zmienić w skali ogólnej, można skorygować w bliskiej sobie grupie społecznej, jeśli działać się będzie z jasną świadomością celu, bez agresji i z życzliwością;

– trzeba zdać sobie sprawę z tego, że mamy do czynienia z wyzwaniem dla naszych systemów wartości, norm etycznych, obowiązków, jakie mamy wobec społeczeństwa (w tym kolegów) i siebie samych. Te obowiązki przysły do nas łącznie z darem, jakim jest dla nas możliwość służenia pomocą człowiekowi, które cierpi.

Zanurzenie nasze w czynnikach „wypalających” stwarza dla nas nie tylko zagrożenie „wypaleniem się”, ale i sytuację egzaminu, w czasie którego odpowiadamy na pytanie „Czy postępujemy w stosunku do pacjenta tak, jak chcielibyśmy, by postępowano w stosunku do nas?”

Podobnie jak zaraźliwy bywa zespół „wypalenia się”, zaraźliwa też bywa postawa godności, związanej z wiernością normom etycznym lekarza, ujawniająca się w jego działaniu, mimo istnienia bardzo wielu czynników „wypalających go”. Ta postawa ma ponadto właściwości terapeutyczne.

### **Piśmiennictwo**

1. Freudenberger H.J. The Staff burn out. Syndrome in alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1975, 12. 73–82.
2. Pines A., Naslach C. Characteristics of Staff Burn out in Mental Health Settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 1978, 29, 23–237.
3. Shubin S. Burn out: The Professional Hazard you Face in Nursing. *Nursing*, 1978, 8, 23–27.
4. Slaby A.B., J. Lieb, L.R. Tancredi. *Handbook of Psychiatric Emergencies*. Med. Examination Publishing Co. Inc. New York, 1981, 25.

## Barbara Zaorska, Ryszard Matura\*

### Z życia lekarzy polskich na Emigracji. O Towarzystwie Pomocy Naukowej.

#### I. Historia podania ucznia medycyny Kazimierza Tomkiewicza

Już w pierwszych dniach Emigracji po Powstaniu Listopadowym (jeszcze w Dreźnie) zostały podjęte próby rozwiązania doniosłego dla kultury polskiej problemu opieki nad młodzieżą polską na obczyźnie. Na początku września (przypomnijmy, że pierwsi uchodźcy zaczęli napływać na Zachód już w październiku). Aleksander Gołyński, poseł na Sejm Insurekcyjny, układa „Myśli ogólne o zawiązaniu Towarzystwa w zamiarach utrzymania na przyszłość języka i narodowości polskiej teraz na zupełny upadek wystawionych”. Realizację tego celu widział on w „utworzeniu instytutów wychowania młodzieży polskiej, które by choć w części zastąpiły upadłe w naszej Polsce sposoby narodowego wychowania, gdzie wszystkie polskie dzieci bez wyjątku odbierając tak fizyczne jak i moralne wykształcenie sposobily się na mężów zdolnych upadłą Ojczyznę podźwignąć, a odzyskaną silnie wspierać i na zawsze utrzymać...”.

Zaraz po przybyciu pierwszej fali uchodźców do Francji przystąpiono do realizacji tego projektu. Grupa Polaków z Adamem Mickiewiczem na czele zwróciła się do paru najwybitniejszych postaci Emigracji (ks. Adama Czartoryskiego, generałów: Kniaziewiczza, Paca i Dwernickiego, prezesów byłego Rządu Narodowego: Niemojewskiego i Ludwika Platera, by zajęli się oświatą młodzieży emigracyjnej. Wszyscy odpowiedzieli na ten apel bez zwłoki; w grudniu r. 1832 powstało w Paryżu Stowarzyszenie Naukowej Pomocy pod przewodnictwem ks. Adama Czartoryskiego (1).

„Jako środki do tego wiodące obrano:

1. Wspieranie uczniów uczęszczających na kursa w szkołach miejscowych.
2. Staranie się o pomieszczenia w zakładach publicznych i prywatnych, bądź naukowych, bądź sztuk pięknych, bądź technicznych i przemysłowych, we Francji, Anglii lub Niemczech.
3. Otworzenie kursów oddzielnych najpotrzebniejszych.

\* Pracownik Biblioteki Polskiej w Paryżu

4. Urządzenie z czasem Instytutu, w którymby młodzież polska narodowe wychowanie brać mogła”.

Dzięki działalności TPN można było rozpocząć aktywne werbowanie młodych emigrantów do różnych szkół wyższych. Skutki tego stały się widoczne już po r. 1833. Werbowaniu sprzyjały organizacje emigracyjne, które popierały zdobywanie wiedzy na uczelniach francuskich, popierał również rząd francuski, dostrzegając w tym dla siebie wiele korzyści: zdystansowanie się Polaków od bujnego wówczas życia politycznego we Francji; zlikwidowanie wypłacanego dotychczas emigrantom żołdu po zdobyciu przez nich zawodu.

Utworzenie TPN w Paryżu było poprzedzone przez założenie towarzystwa pomocy uczącej się młodzieży w Strasburgu (1 grudnia 1832). Jego statut ogłosił: „zebrani Polacy... postanowili, aby się ściślej ze sobą połączyć i aby czas korzystnie przepędzić... założyć między sobą Towarzystwo, którego najgłówniejszym celem ma być poświęcenie się naukom, aby wróciwszy kiedyś na łono Ojczyzny stać się użytecznym” (2).

Już cztery tygodnie później zawiązało się podobne Towarzystwo w Paryżu (TPN), które odegrało najważniejszą rolę w organizowaniu pomocy dla uczących się emigrantów. „Adam Mickiewicz podjął się zredagowania odezwy do Polaków i cudzoziemców, która miała być apelem do ofiarności publicznej celem zebrania potrzebnych funduszy”.

W akcie założenia Towarzystwa pisano: „Niżej podpisani, przeniknieni potrzebą użycia wszelkich możliwych środków, któreby młodzieży naszej zagranicą ułatwić mogły nabycie pożytecznych wiadomości i takich nauk, które rozwijając zdolności umysłowe dadzą jej sposobność korzystnego służenia krajowi w odrodzonej Ojczyźnie – postanowiliśmy utworzyć Instytut, któremu nadajemy nazwanie „Instytut Naukowej Pomocy” (zwany później Towarzystwem Pomocy Naukowej, TPN (4)).”

Wielu młodych występowało spontanicznie o możliwość nauki. Jeden z nich pisał: „Nie potrafiłbym opisać smutku, trapiącego mnie od lat trzech z powodu zupełnej niemożności korzystania w tym kraju z tytułu sposobności umysłowego kształcenia się... 3 lata w moim wieku stracone okropną są dla mnie klęską, trudną do wynagrodzenia najpilniejszą nawet pracą” (5).

TPN ze swojej strony wystąpiło do władz francuskich o dopuszczenie Polaków do szkół wyższych, przedstawiając listy kandydatów na studia. Chętnych z terenu samej Francji zgłosiło się w r. 1833: 560. Największa liczba emigrantów zdecydowała się na studia medyczne. Możliwość korzystnej



pracy i niezależność sprzyjały wyborowi tego zawodu. Nawet studenci, którzy przed Powstaniem rozpoczęli naukę na innych kierunkach, obecnie zmieniali je na medyczny. Wg B. Konarskiej na ogólną liczbę 1117 emigrantów polskich, studiujących medycynę na wyższych uczelniach we Francji, w latach 1832–1840 uczęszczało 326 osób, między 1841 a 1848 – 70 osób, oraz 10 bez podania roku. W sumie studiowało w tym okresie 406 medyków i 34 farmaceutów (6).

Zapotrzebowanie na fachowców dawało Polakom możliwość pracy we Francji, gdzie dawał się odczuć brak lekarzy, ale dla emigrantów była też ważna świadomość przydatności tego zawodu po powrocie do kraju.

„Towarzystwo Pomocy Naukowej zmobilizowało społeczeństwo emigracyjne do wielkiego wysiłku finansowego na rzecz własnego szkolnictwa na obczyźnie, co było jego wielką zasługą. Przypomnijmy, że utrzymywało dwie polskie szkoły elementarne w Nancy i w Orleanie, jedną szkołę średnią z internatem, opłacało wykłady na różnych kursach polskich bądź w Paryżu, bądź na prowincji. Stworzyło też własne zbiory biblioteczne, które weszły w skład tworzonej wówczas Biblioteki Polskiej w Paryżu” (7).

Towarzystwo to zebrało olbrzymią, jak na owe czasy, sumę 85600 franków, z czego Francuzi, Anglicy i Amerykanie dali prawie 22000 franków. Dużą pozycję stanowiły sumy przesłane anonimowo z kraju. Również Towarzystwo Dobroczynności Dam Polskich urządzało kwesty na ten cel. Główną część tej kwoty stanowiły jednak ofiary żołnierzy polskich, otrzymujących skromne zasiłki od rządu francuskiego, lub ofiary polskich uchodźców, ciężko zarabiających na życie.

Przez pierwszych 11 lat istnienia Towarzystwa udzielono zapomóg stałych na sumę przeszło 11 tysięcy franków oraz zapomóg jednorazowych na sumę 18 tysięcy franków łącznie (skorzystało z nich ok. 300 osób).

Do TPN napływało wiele podań młodzieży studiującej z prośbą o pomoc materialną. W Bibliotece Polskiej w Paryżu zachowało się wiele podań. Dziwnie smutna do lektura! Ale zwykle sytuacja układa się w ten sposób, że więcej jest proszących niż tych, którzy mogli by być obdarowani. Najsmutniejsze jest jednak to, że wśród tych, dla których pomocy nie wystarczyło, kryła się oprócz rozgoryczenia nierzadko i rezygnacja z planów życiowych.

Świadczyć może o tym sprawa Kazimierza Tomkiewicza, urodzonego koło r. 1803 w Augustowskiem (8), byłego studenta medycyny w Wilnie, który jako ochotnik brał udział w Powstaniu w stopniu podporucznika piechoty Legionu Litewsko-Ruskiego. Został odznaczony Krzyżem *Virtuti Militari* (9).

Po upadku Powstania już w październiku 1832 przybył do Francji, do Bourges. Początkowo pełnił tu funkcję sekretarza Towarzystwa Obywateli i Żołnierzy. W r. 1833 był zapisany na Uniwersytet w Caen, nie wiadomo, dlaczego z tych studiów zrezygnował. Następnie zgłosił akces do Towarzystwa Demokratycznego Polskiego (TDP) i przeniósł się do Caen (do r. 1837), aby w końcu osiedlić się w Poitiers.

Po powołaniu do życia pisma „Demokrata Polski” został w r. 1837 jego redaktorem. Początkowo w wyborach do Towarzystwa kandydował do Centralizacji, lecz popadł w nią konflikt, który z czasem pogłębiał się. W końcu został zdjęty z zajmowanego stanowiska, w r. 1841. Tę decyzję uzasadniono brakiem zdolności redaktorskich. Później został również wykreślony z listy członków TDP. Nie była to z pewnością miła dla niego sytuacja (10).

Chcąc działać nadal od r. 1841 zaczął sam wydawać pismo o identycznej nazwie „Demokrata Polski”. Stało się ono konkurencyjne w stosunku do „Demokraty Polskiego”, głównego organu Centralizacji TDP. Na łamach swego pisma głosił hasła popierające „Zjednoczenie” i atakował głównie TDP. Tym razem został oskarżony o bezprawne przywłaszczenie tytułu pisma. Zawiesił jego wydawanie i w roku potem wycofał się z jakiegokolwiek działalności politycznej.

Odsunięty od życia politycznego, któremu przez kilkanaście lat się oddawał, postanowił po przekroczeniu 40 roku życia powrócić do przerwanych studiów medycznych. Od r. 1844 zaczął uczęszczać do Szkoły Medycznej w Poitiers, ubiegając się o pomoc TPN. Należy tu dodać, że po reformie szkolnictwa wyższego we Francji w r. 1806 oprócz studiów lekarskich na poziomie uniwersyteckim powstały szkoły o nazwie École Préparatoire de Medicine et de Pharmacie. Zaplanowano powstanie 22 takich szkół. Po jej ukończeniu absolwent otrzymywał tytuł „officier de santé”, a jego status jako pełniącego funkcje lekarza był znacznie niższy niż lekarza z dyplomem uniwersyteckich, również jego zarobki. Po skończeniu takiej szkoły mógł nadal kontynuować studia uniwersyteckie, jeśli chciał.

W archiwum TPN BP w Paryżu zachowały się trzy podania Tomkiewicza, skierowane do TPN. Dwa przesłane na ręce sekretarza Hipolita Błotnickiego, oficera polskiego, do Hotel Lambert 2 na Wyspie św. Ludwika, i jedno bezpośrednio do prezesa TPN ks. A. Czartoryskiego.

Czytając te podania listy trudno jest uwierzyć w zarzut stawiany mu przez redakcję „Demokraty Polskiego”. Rzecz miała się wprost przeciwnie, gdyż w

tym, co pisze, czuje się zarówno talent jak i temperament pisarski. Można więc tylko domniemywać, że jakieś inne względy, być może polityczne, zadecydowały o jego usunięciu z redakcji a potem i z TDP.

Warto wsłuchać się uważnie w to, co pisze Kazimierz Tomkiewicz do TPN. Pierwsze jego podanie z Tours nosi datę 28 lipca 1846 (TPN rks Nr 619/1). Dołączając bardzo pochlebną opinię ze szkoły medycyny w Tours o jego zdolnościach, inteligencji, zapale i entuzjazmie jako przyszłego lekarza (jak widać wiek adepta medycyny nie odgrywał istotnej roli w podejmowaniu nauki w tym zawodzie) pisze:

„Szanowny Panie Sekretarzu. Na podanie moje do Towarzystwa Naukowej pomocy zanesione w październiku roku zeszłego dotąd żadnej nie otrzymałem odpowiedzi. Lecz posiadam ważny dokument ręką Twoją nakreślony, który mi został zakomunikowany przez ks. Kajsiewicza, a poprzedzający nieco datę mojego podania. Otóż na mocy tego dokumentu, który mi deklaruje udzielenie pomocy w sumie równej przeszłorocznemu zasiłkowi, tj. 60 franków, pod koniec bieżącego roku szkolnego poważylem się ja nową zanieść prośbę do Towarzystwa, adresując ją do Szanownego Prezesa i podpierając ją świadectwem Dyrektora Szkoły, jak tego w imieniu Towarzystwa wymagałem w swym liście. Wytrzymałem więc do końca roku bez uprzykrzania się wam wszystkim, a Bogu samemu (...) wiadomo, jak mi ta cierpliwość lekką była. Teraz Szanowny Sekretarzu zechciej mnie życzliwie i przychylnie polecić pamięci Towarzystwa, a nadewszystko radbym otrzymać prędką odpowiedź – wszakże według przysłowia dwa razy więcej daje, kto prędko daje. Nie chciejcie przeto skazywać mnie na długie oczekiwanie waszej dobroczynnej łaski, alboż nie dosyć jużem czekał na nią?

Xsiaże Witold Czartoryski, że jako błyskawica przeleciał przez nasze miasto, to wielu zasmuciło, a ja szczególny mam żal, gdyż od niemałego czasu snują mi się projekta po głowie, które ks. Witoldowi z ukontentowaniem byłbym przedstawił przy tak dobrej okazji. Dziwno mi jest, że Xsiaże młody nie zbliża się do naszej gawiedzi, wszakże popularyzowanie się xiaząt bywa nieraz przydatne na drodze politycznej. Bylibyśmy zaprosili go na nasz emigrancki obiad, żeby był chciał drugim pojechać transportem, co na drodze żelaznej tak łatwe. Tłumaczy jednak go ważna przyczyna pośpiechu, która szczęśliwie żadnego nie przyniosła smutku.

Przyjm szczerze wynurzenia mych przychylnych uczuć

(–) Kazimierz Tomkiewicz

W tym samym dniu pisał ponadto do Prezesa TPN, ks. A. Czartoryskiego, wspominając o tym w wyżej wymienionym liście. Być może dlatego, że na poprzednie podanie wysłane w październiku 1845 r. nie otrzymał ze strony TPN żadnej odpowiedzi do lipca 1846 (nr TPN rks 619/2).

Do Jaśnie Oświeconego Xięcia Czartoryskiego – Prezesa Towarzystwa Naukowej Pomocy

Mości Xiążę!

Prośba moja do Towarzystwa Naukowej Pomocy o udzielenie mi wsparcia jako uczniowi medycyny, przesłana na ręce Waszej Xiążęcej Mości w październiku czyli przed początkiem kończącego się teraz roku szkolnego, nie otrzymała żadnego skutku, najmniejszej nie zyskała odpowiedzi. Smutną i bolesną jest dla mnie ta niełaska ze strony Towarzystwa i tem dotkliwszą wydawać mi się ona może, im bardziej są przede mną zakryte jej prawdziwe powody, im mniej się poczuwam do tego, abym rzeczywiście na jej surowość miał zasłużyć. W przeniesieniu się moim z Poitiers do Tours wiodła mnie właśnie nadzieja prędszego wyjścia z tego nieznośnego stanu, który do prósb, do żądań zmusza. Nie wszystko atoli tak się staje jak sobie człowiek zamierza i życzy: są wiadome i nieprzewidziane przeszkody do zwalczenia, jak również koleje konieczne do przebycia, aby gdzieś dalej i wyżej stanąć. Z początkiem drugiego półrocza szkolnego zostałem wcielony w służbę szpitalną jako uczeń dodatkowy. Ok. 60 chorych płci mojej mam do codziennego opatrywania poza kliniką szkolną. Na nieszczęście służba ta jest jeszcze bezpłatną i tylko daje prawo do ubiegania się o miejsce płatne, zajmowane tu przez 4<sup>ch</sup> uczniów, pod imieniem *prèmiers élèves*, których gdzie indziej internami zowią. Mylniem ja sobie wytłumaczył słowa Dyrektora tutejszej szkoły „oni mają 800 franków rocznie”, owe 800 fr nie są nagrodą jednego lecz wszystkich 4<sup>ch</sup> razem, a zatem każdy z nich ma tylko 200 fr rocznie, nie zaś 800, jak to poprzednie przedstawienie moje wyraża. Nadto ci uczniowie mają stół i pomieszkowanie w szpitalu bezpłatne. W roku następnym dwaj się oddalają, będzie zatem konkurs na dwa miejsca pierwszych uczniów. Jest przeto nadzieja, ale za to szczęście, za skutek nikt sobie naprzód ręczyć nie może, a co do mnie rozumiesz, iżby pożyteczniej był przenieść się do fakultetu nie tracąc więcej czasu w przygotowawczej szkole. Lecz przenosiny to rzecz niełatwa, a ja jestem zbity z odzieży i obuwia i jeszcze daleko stoję od zaopatrzenia się w dzieła wcześniejszych i koniecznych autorów.

Tak skreśliwszy moje istotne położenie i załączając przytem świadectwo Dyrektora Szkoły śmiem tuszyć sobie, że Towarzystwo Naukowej Pomocy nie raczy wyłączyć mię z pod dobroczynnych względów swoich i zechce łaskawie udzielić mi zasiłku równego przeszłorocznej pomocy to jest z 60 franków złożony.

Mam honor w oczekiwaniu pomyślnego skutku polecić się wysokiej opinii i dobroczynnej protekcji Waszej Xiążęcej Mości.

Wiemy i uniżony sługa Kaz. Tomkiewicz – uczeń medycyny.  
Tours, 28 lipca 1846 r., rue de Fossés St. Clement Nr. 7

Na pierwszej stronie tego listu widnieje innym charakterem pisma skreślona adnotacja: „14 grudzień 1846. Pomocy jednorazowej fr. 30”.

Następny list do sekretarza TPN był pisany również w Tours w 6 miesięcy potem, w dniu 12 lutego 1847 roku i brzmi (rkp TPN 320/2):

Szanowny Sekretarzu!

Winienem i ze skwapliwością oświadczać Towarzystwu Naukowemu Pomocy moje bardzo czule i uniżone podziękowanie za łaskawe udzielenie mi wsparcia z końcem roku zeszłego czyli na początku terażniejszego w ilości 30 franków na co wg danego mi polecenia kwit tu załączam.

Towarzystwo zaiste nie mogło ani kogoś potrzebniejszego nademnie, ani w stosowniejszym czasie zaszczycić swoją względnością usilnie też pragnę, aby wdzięczność moja wielkością i trwałością swoją przeszła miarę innych. Okoliczności postawiły mnie w miejscu, gdzie się wszystko nagle odmieniło. Jeszcze nie był się zatarł w nas strach potopowy, napędzony niezwykłym zbuntowaniem się Loary, kiedy oto chłód i głód zagrał w swoje przeraźliwe tony; emety na ratunek wywołujące – lekarstwo gorzej niż nieskuteczne, albowiem w zamiast wymaganego powrotu ceny z 50 do 30 sous na 12 funtów chleba, wkrótce przyszło płacić za nie 60 i 63 sous. Wprawdzie odpadło w tym tygodniu 4 sous na bułce 12 funtowej, lecz za to na przyszły tydzień piekarze grożą podwyżką na 10 sous od razu. Za chlebem poszła też w górę wszelka legumina (jarzyny) i brak jej wyraźny czuć się nie przestaje. Jaj tuzin 30 sous kosztował 2 tyg. temu nazad, dziś jeszcze 20–24 sous zań płacą. Wino nowe na cenie starego stanęło litr 8 sous, stare do 10 sous podniesiono, funt mięsa wołowego średnio za 10 sous nie przeszedł i to podobno trzeba nazwać szczęściem naszym, inaczej bowiem bieda w dwójnasób większą by była.

Ale w zapasach i z taką, jaka nas trapi, odrzucając niepomocne skargi na drogi żelazne i na Paryż, który teraz łatwo wszystko do siebie garnie, proszę być mądrym jak tu wyspekulować ze 40 fr. na miesiąc aby mieć chleb i co również konieczne stancję z opałem i światłem bez czego w tej porze roku nicby robić nie było można; dalej zaś nie boso i nie nago chodzić, a potem posiadać choć przed potrzebniejszymi potrzebne książki, już o papierze, atramencie i tym podobnych przydatkach wspominacby tu nie warto i na resztę nie być ciężko zahaczonym albo móż utrzymać niezbędny kredyt, stać na właściwej sferze ucznia i zachować honor dobrego Polaka. W praktyce to wszystko trudniejsze nad wyraz się znajduje, dlatego wszelki uboczny wysilek wydawać się musi balsamem i ból uśmierzającym i gojącym rany: takie też ma u mnie dobroczynna ofiara Towarzystwa, za którą raz jeszcze najserdeczniejsze wynurzam podziękowanie i chcąc zarazem wywiązać się z mojego obowiązku, to jest zaspokoić sumienie wspaniałomyślnych dawców, iż nie bezzasadnie racyli mi użyczyć swojej ojcowskiej opieki, posyłam osobno pod przepaską dziennik tutejszy (*Journal d'Indre et Loire*), zdający sprawę z tegorocznego otwarcia Szkoły Tourskiej i postępu uczniów do niej należących. Z niego się przekonasz, Szanowny Sekretarzu, żem w roku zeszłym stanął w examinach pomiędzy pierwszym uczniami szkoły i zechciej laskawie to przeświadczenie przelać w całe koło dobroczyńców moich komunikując im pomieniony dowód. Sądzę, iż świadectwo tego rodzaju więcej nam przyniesie satysfakcji niżeli każde inne choćby najpiękniejsze w cztery oczy otrzymane. O odesłanie dziennika mocno upraszam, gdyż jest mi pożyczony z warunkiem niechybnego zwrotu.

Wielce boleję, że tu zamknąć pisma mojego nie mogę, że mus nieodparty nagli mię do wyraźnego podziękowania nową dołączyć prośbę. Wszystko każe mi utrzymać się na zdobyтым wśród uczniów stanowisku i jeżeli nie podnieść się wyżej, to przynajmniej nie dać się zepchnąć niżej. Jeszcze jest czas po temu – dobrej woli i ochoty mi nie brakuje, lecz co może odwaga i męstwo żołnierza bez stosownego uzbrojenia, podobnież co poradzi uczeń tamowany brakiem odpowiednich nauce swojej książek?

Dla ucznia medycyny liczba ich jest wielka i cena zawsze wysoka, mianowicie kiedy idzie o nowe i dobre albo klasyczne dzieło. Nie jakaś trudność ale proste niepodobieństwo stoi mi przeszkodą do zaopatrzenia się mniej więcej odpowiedniego potrzebie i rozumiem, że będącemu w tym stanie godzi się odwołać do wspaniałomyślnych uczuć Towarzystwa, które naznaczyło sobie

szlachetną misję wspomaganie uczących się. Poważam się więc, Szanowny Sekretarzu, przez pośrednictwo Twoje zanieść do Towarzystwa Naukowej Pomocy prośbę już nie o pieniężne wsparcie, ale prosto o obdarzenie mnie książką to jest dziełem, które jest treścią i zbiorem bardzo wielu książek trudnych do nabycia, słowem o Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine Française et Étrangère par une Société de Médecine, sous la direction de Mr le dr. Fabre, 8 vol., prix 50 fr. Librairie de Germer Baillière, rue de l'École de Médecine, 17 – Paris. Dzieło służyć mogące zarówno w nauce jak i praktyce byłoby dla mnie znakomitą pomocą tyle szacowną i miłą sercu memu pamiątką – rzeczywiście nie posiadałbym się z radości!

Jeżeliby Towarzystwo w wielkości serca i umysłu swojego raczyło przychylić się do niniejszej prośby mojej, upraszam adresować przesyłkę prosto à l'Hospice Générale de Tours, gdzie jest szkoła nasza i gdzie ja zwykle całe dni przepędzam jako i inni uczniowie.

Polecając się wysokim względem Towarzystwa Naukowej Pomocy śmiem także wiele rachować, Szanowny Sekretarzu, na Twoją przychylną gorliwość i zechciej być tylko moim patronem z użyciem całego Twego talentu, a przegrana pewnie mnie nie spotyka, nadzieja prędko skutkiem się uwieńczy.

Przyjm łaskawie zapewnienie, żem jest zawsze z wysokim szacunkiem i prawdziwym poważaniem (–) K. Tomkiewicz

W r. 1848 Tomkiewicz ukończył Szkołę Medycyny w Tours i decydując się zdać egzamin na stopień doktora medycyny zapisał się na Wydział Medycyny w Paryżu. Ostatecznie nie wiadomo jednak, czy ukończył on studia medyczne, bo dyplomu nie otrzymał i nie praktykował. Pozostawał nadal w trudnych warunkach finansowych (był wówczas żonaty i miał córkę).

Przykład K. Tomkiewicza nie był typowy dla ówczesnej młodzieży emigranckiej, zresztą człowiek ten wykraczał wiekiem daleko poza tę grupę. Napewno niejeden, korzystający z subsydiów, niechętnie usamodzielniał się. Byli i tacy, co rezygnowali z samodzielnej pracy i prosili o przywrócenie im żołądu. Do tego typu ludzi, źle przystosowujących się do otoczenia, należał prawdopodobnie i ten uczeń medycyny. Może o tym świadczyć jego późniejsze podanie, znajdujące się w archiwum BP (nr rks 448), tym razem kierowane do Ministra Spraw Wewnętrznych Francji o wypłacenie zasiłku.

W okresie działalności TPN „opiekowano się indywidualnie 317 studentami, którym zapewniono możliwość ukończenia nauki na średnich i wyższych

uczelniach. Z tej liczby studentów 35 ukończyło studia wojskowe, nauki ścisłe (inżynieria wodna i lądowa, górnictwo i leśnictwo, fizyka, chemia, nauki techniczne) – 103, studia przemysłowe (cukiernictwo, papiernictwo, przemysł tekstylny, chemiczny, odlewniczy) – 25, medycynę ukończyły 94 osoby, humanistykę – 29, sztuki piękne – 31 osób” (12, 13).

Na emigracji w okresie od 1832 do 1848 znalazło się co najmniej około 1200 wykształconych Polaków, co nabiera specjalnej wymowy w świetle tego, że w Królestwie nie było czynnej żadnej wyższej Uczelni, zamknięto bowiem Uniwersytet Warszawski, również Uniwersytet Wileński (4).

A co myśleli sami studenci o zdobywaniu wiedzy we Francji, wszak nigdy nie przestali oni liczyć na powrót do kraju i konieczność jego odbudowania? Była to młodzież w znacznej większości pochodząca ze środowisk inteligentnych i ziemiańskich, a pewną jej część stanowili studenci, którzy rozpoczęli studia na innych uniwersytetach. Zapał do nauki był znacznie większy niż się spodziewano. Francuzi nie liczyli na tak dużą liczbę zgłoszeń na studia, szczególnie na studia medyczne (najwięcej emigrantów studiowało medycynę w Montpellier (15)), dopiero później otrzymywali również zgodę na studia na uniwersytecie w Paryżu i Strasburgu.

Po to, żeby się dowiedzieć, co myśleli sami zainteresowani, zajrzyjmy do pamiętników niektórych z nich! W bardzo ciekawych wspomnieniach Józef Tański pisał, że w nauce i pracy widział ratunek dla emigrantów: „kto nie chce utonąć bez pożytku w tej otchłani, która zwie się Paryżem, powinien cały czas poświęcić pracy... Zrozumiałem dzięki Bogu w porę tę naukę. W miarę stosowania jej do praktycznego życia, jaskółczy mój niepokój zmniejszał się z każdym dniem, a w końcu ustąpił miejsca przezornej, bobrowej pracy, której oddałem się z całą energią... Nie ostudziło to moich uczuć patriotycznych” (16).

Jan Bartkowski zaś tak notował w swoim pamiętniku w r. 1832: „Mieliśmy w Dijon wszelką łatwość kształcenia się naukowego. Oprócz Biblioteki Miejskiej, która była każdemu przystępną, również jak kursa uniwersyteckie... korzystaliśmy z tych sposobności, każdy według swego usposobienia; szkoda tylko, że omamieni nadzieją rychłej wojny europejskiej i powrotu do kraju rodzinnego nikt jeszcze nie myślał wziąć się do jakiego zawodu praktycznego, w którym mógłby sobie zapewnić utrzymanie na przyszłość” (17).

Towarzystwo Pomocy Naukowej rozwijało swą działalność przez lat 15, to jest do r. 1847, kiedy weszło w skład zastłużonego Towarzystwa Literackiego, stając się jednym z jego wydziałów. Zaslugą tego Towarzystwa było ponadto



wydanie elementarza dla dzieci polskich na obczyźnie. W okresie tym ogłosiło 9 sprawozdań ze swojej działalności (zostały w nich wymienione osoby i wysokość udzielanych im zapomóg), które, jak już podkreślano, opierały się wyłącznie na ofiarności społecznej. Zebrane na ten cel pieniądze były miarą patriotyzmu wszystkich Polaków żyjących na Emigracji, „wierzących w przyszłość własnego narodu i celowość wysiłku dla podtrzymania – poprzez kształcenie młodych – kultury polskiej w dniach klęski” (18).

„Dzieje TPN to poważny rozdział kulturalny w historii Wielkiej Emigracji. Jakkolwiek zatarty w pamięci, jednak zachowany dla potomności dzięki ocalonemu z pożogi wojennej archiwum” (19).

### Bibliografia

1. Czesław Chowaniec: „Sto lat temu” *Biul. Stud. Pol. w Paryżu* za rok 1946/47 s. 10/11.
2. Protokoły Towarzystwa Naukowego w Strasburgu z la 1823/33. Opracowanie M. Buszak, B. Schnaydrowa: *Rocznik Biblioteki PAN w Krakowie* 1973, s. 173.
3. Czesław Chowaniec: *op. cit.* s. 11.
4. H. Kurde-Bananowska-Lutzowa: *Działalność oświatowa Polaków zagranicą w okresie Wielkiej Emigracji w l. 1831–46. Przegl. Hist.-Oświat.* 1979, nr 3, s. 313.
5. Czesław Chowaniec: „Archiwum Jastrzębskiego”. *Syrena.Dod. Lit-Nauk* 1956, nr 1, s.1.
6. Barbara Konarska: *Polskie Drogi Emigracyjne. Emigranci Polscy na studiach we Francji 1832-1848*, wyd. PWN 1986, W-wa s. 35.
7. Czesław Chowaniec: *op. cit.* „Sto lat temu” s. 13.
8. Barbara Konarska: *op. cit.* s. 420.
9. *Materiały do Biografii i Heraldyki Polskiej.* Rzym 1985 t. VII/VIII s. 432.
10. Marian Tyrowicz: *Towarzystwo Demokratyczne Polskie, 1832–1863. Przewodnik Bibliograficzny*, wyd. Książka i Wiedza, W-wa 1964, s. 701.
11. Barbara Konarska: *op. cit.* s. 27.
12. Czesław Chowaniec: „Sto lat temu”, s. 13.
13. *Premier Compte Rendue de la Soc. Polon. des Etudes* 1834 s. 2.
14. Barbara Konarska: *op. cit.* s. 13.
15. Stanisław Konopka: *Polscy Wychowankowie Wydz. Lek. w Montpellier, Arch. Historii Medycyny*, t. 25, s. 205.
16. Józef Tański: *Wspomnienie z Wygnania*, Kraków 1881 s. 1.
17. Jan Bartkowski: *Wspomnienie z Powstania i pierwszych lat Emigracji*, oprac. Eugeniusz Sawrymowicz Kraków 1966, s. 162.
18. Czesław Chowaniec: *op. cit.* 14. – 19. *idem* s. 13.

## **Barbara Zaorska, Ryszard Matura\***

### **Z życia lekarzy polskich na Emigracji. O Towarzystwie Pomocy Naukowej.**

#### **II. Historia podań Adama Raciborskiego i Ludwika Maurycego Hirszfelda**

Obok Towarzystw Lekarskich, działających w XIX wieku w Krakowie, również lekarze – emigranci zorganizowali Towarzystwo Paryżkie Lekarzy Polskich (TPLP). Działo ono od r. 1858 pod hasłem „Fiat lux, libertas erit” (z oświaty – wolność) według własnego Statutu.

Było ono trzecim z kolei Towarzystwem lekarskim po Wileńskim założonym w r. 1805 z prezesem Jędrzejem Śniadeckim, i drugim Warszawskim, działającym od r. 1828. Dopiero później organizowały się towarzystwa prowincjonalne. O 135 rocznicy założenia TPLP przypominano na łamach Kwartalnika (1).

Na liście 26 lekarzy jego założycieli i pierwszych członków figuruje dr Adam Raciborski, szef Kliniki Chirurgicznej w Paryżu, który najprawdopodobniej był inicjatorem założenia TPLP. Reprezentował on TPLP wobec władz administracyjnych i ciała naukowego. Prezydentem na rok 1858 wybrano dr Seweryna Gałęzowskiego a jego zastępcą został dr Antoni Hłuśniewicz (obydwaj absolwenci Uniwersytetu Wileńskiego). Pierwszymi sekretarzami redakcyjnymi, zmieniającymi się co trzy miesiące, byli: dr Adrian Baraniecki i Konstanty Karwowski (absolwenci Uniwersytetu w Moskwie).

Potrzebę zorganizowania Towarzystwa można łatwo wytłumaczyć tym, że po klęsce Powstania Listopadowego 8–10 tysięcy uchodźców znalazło się we Francji. Nie wszyscy dostali pozwolenie na osiedlenie się w Paryżu, wielu skierowano do punktów zbornych w poszczególnych departamentach (2). Oprócz lekarzy znaleźli się wśród nich studenci medycyny, którym umożliwiono ukończenie studiów (emigrantów polskich zwolniono bowiem z opłat). Poprzednio nie studiujący mogli wstępować na wyższe uczelnie, z czego

---

\* Pracownik Biblioteki Polskiej w Paryżu

skorzystało wielu. Najwięcej emigrantów – medyków skupił Uniwersytet w Montpellier, posiadający najstarszy fakultet medyczny, założony w XIII wieku. Miał on w pewnym okresie pod swoją opieką przeszło 100 medyków Polaków (3, 4).

W Bibliotece Polskiej w Paryżu dochoowało się archiwum TPN, z którego możemy się dziś dowiedzieć o zakresie pomocy, świadczonej uczniom lub studentom. Znajdują się w nim liczne podania osób proszących o pomoc materialną, jak cytowany list ucznia medycyny Kazimierza Tomkiewicza, czy późniejszych profesorów Adama Raciborskiego i Ludwika Maurycego Hirszfelda, oba skierowane do Ks. Adama Czartoryskiego, prezesa Towarzystwa Naukowej Pomocy, o wsparcie materialne potrzebne do wydrukowania pracy doktorskiej (rękopisy te nie były dotychczas publikowane).

Dr Adam Raciborski (1809?–1871), urodzony w Radomiu, rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie w Warszawie i ukończył je ze złotym medalem. W Powstaniu Listopadowym walczył w stopniu majora i otrzymał Złoty Krzyż *Virtuti Militari*. Po upadku Powstania w lutym 1832 udał się na emigrację. Początkowo przebywał w Besançon, gdzie z poświęceniem leczył chorych w czasie panującej tam wówczas epidemii cholery.

W r. 1833 przeniósł się do Paryża i na tamtejszym Uniwersytecie otrzymał dyplom lekarza. Na wydanie jego pracy doktorskiej TPN przyznało mu 300 franków zapomogi. Za pracę tę otrzymał nagrodę Paryskiej Szkoły Medycznej. Oto treść listu (TPN, nr rkp 147, str. 271).

Do Iaśnie Oświeconego Xięcia Adama Czartoryskiego,  
Iaśnie Oświecony Xiążę!

Od 6 miesięcy przybyłem do Paryża w celu doskonalenia się w zawodzie lekarskim, w którym już poprzednio lat cztery w Uniwersytecie Warszawskim pracowałem. Pierwszą myślą moją było doktoryzować się w pierwszej Szkole Medycyny w Europie. Niezrażony żadnymi trudnościami rozpocząłem pracę i pomimo to że wszelkich pozbawiony byłem funduszków, jedynie ze szczupłego żołądu oszczędzając z potrzeb fizycznych opłaciłem pierwsze koszty i już od trzech tygodni zdałem pierwszy najtrudniejszy egzamin. Pozostałe i dziś jestem w stanie złożyć, lecz brak funduszków kładzie tamę w widokach moich.

Wiadomość o przybyciu I.O. Xięcia do Paryża nową powierza mnie nadzieją, że za lego opiekuńczem staraniem będę mógł przynieść pożytek

Oczywiście. Dołączam me świadectwo którym z egzamina w Paryżu zdawanego otrzymałem... przekona I.O. Xięcia o pracy mojej a patent na medal ofiarowany mi w Uniwersytecie Warszawskim dowiedzie, że praca moja nie jest chwilową.

Niech mi wolno będzie dodać, że Oyczyzna nasza jest jedną z nayuboższych w Europie pod względem lekarskim i że I.O. Xiążę wspierając tę gałąź jedną z naywiększych czyni usługę Oyczyźnie.

Piastowanie nauk jest nieodstępne od Czartoryskich rodu, dowodem tego jest wielu Polaków którzy dotąd los swój i pożytek jaki przynoszą Oyczyźnie winni niez mordowanej opiece nieśmiertelnej pamięci Oycza Iego.

Spomnienie to wzmacnia nadzieję moją i niepozwała mi wątpić na chwilę że I.O Xiążę niezechcesz opuścić mię z opieki Iego i policzysz mię w szeregu tych, którzy Mu los swój winni.

Mam honor byż dla Iaśnie Oświeconego Xięcia nayniższym i nayobowiązniejszym sługą

Raciborski Adam

Paryż 6 lipca 1833 rue Impasse de Rohan nr 1

Dr A. Raciborski był wielokrotnie nagradzany i wyróżniany za swoje prace zarówno przez Akademię Medyczną jak również Paryską Akademię Nauk. Uznanie i sławę przyniosła mu praca „Nowy podręcznik osłuchiwania i opukiwania lub zastosowania akustyki w diagnostyce chorób” (Nouveau manuel complet d’auscultation et de percussion en application de l’acoustique au diagnostic des maladies), wydana w r. 1835 w Brukseli, następnie w Paryżu. Została przetłumaczona na kilka języków (na rosyjski w Warszawie w r. 1842), podobnie jak jego drugie opracowanie pt. „Précis pratique et raisonné du diagnose”.

W r. 1838 Dr Raciborski objął kierownictwo Kliniki Uniwersyteckiej „La Charité”, redagował też czasopismo lekarskie – chirurgiczne „L’Expérience”, zamieszczając w nim również prace lekarzy polskich. W czasie Rewolucji r. 1848 został mianowany chirurgiem w Paryskiej Gwardii Narodowej, otrzymał obywatelstwo francuskie. Miał dużą praktykę lekarską i przez pewien czas był lekarzem Fryderyka Chopina.

Nie był zaangażowany w życie polityczne Emigracji, choć nie stronił od niego (od r. 1843 był członkiem Towarzystwa Monarchicznego 3 Maja, działał też w Towarzystwie Dobroczynności Dam Polskich). Jak wspomniano był

inicjatorem, członkiem – założycielem i sekretarzem Paryżkiego Towarzystwa Lekarzy Polskich i redaktorem jego „Rocznika”. Na jednym z zebrań PTLP wygłosił referat „Historia postępu w diagnozie i terapii zapalenia płuc i plewry zacząwszy od Hipokratesa aż do Laenneca”. Był autorem 55 prac z dziedziny anatomii, fizjologii i patologii, wielokrotnie nagradzanych. W r. 1850 Wydział Lekarski U.J. starał się o mianowanie go profesorem i proponował mu objęcie Katedry i Kliniki po prof. J. Brodowiczu. Jedni utrzymują, że jego mianowaniu sprzeciwiły się władze austriackie, inni, że odmówił ze względu na rozległą praktykę w Paryżu. Z okazji otwarcia Akademii Medyczno-Chirurgicznej wydał w Paryżu ciekawą broszurę „Mowa o styczności Medycyny z innymi Naukami, Sztukami Pięknymi i Literaturą”. Cieszył się opinią człowieka o bystrym umyśle, wybitnego praktyka, ale wśród emigrantów miał opinię dusigrosza, który nie pomógł nawet swemu bratu w biedzie.

Został odznaczony Legią Honorową z Gwiazdą. Zmarł na kilka dni przed zakończeniem oblężenia Paryża, którego nie chciał opuścić.

Na liście członków TPLP zostali wymienieni oni w kolejności alfabetycznej, wśród nich Ludwik Maurycy Hirszfelf, szef Kliniki Fakultetu Uniwersytetu w Paryżu, profesor nadzwyczajny anatomii i preparator muzeum anatomii tego Uniwersytetu.

Biografia Ludwika Maurycego Hirszfelda (3.4.1816–10.5.1876), który wpisał się chlubnie w dzieje najpierw medycyny francuskiej, potem również i polskiej, jest porównywana do przygody Kopciuszka, które go zasługi zostały uznane później przez najwyższe autorytety naukowe (5, 6).

Nieprzyjęty w r. 1833 na studia medyczne we Wrocławiu, nie posiadał bowiem świadectwa szkoły średniej, zdecydował się szukać możliwości dalej, a nie mając żadnych funduszy (pochodził z ubogiej rodziny żydowskiej z Nadarżyna) pokryjomi opuścił dom i pieszo wyruszył do Paryża. Przebył tę drogę boso, przez Lipsk i Berlin. Po drodze zarabiał na chleb grą na skrzypkach. Również na początku pobytu w Paryżu stała się ona źródłem jego utrzymania (7, 8). Potem został posługaczem w pracowni anatomii znanego prof. Bourgera, a przy okazji pilnym słuchaczem jego wykładów. Wykonywał też preparaty anatomiczne, których przypadkowe odkrycie przez profesora w jego mieszkaniu zdecydowało o jego dalszym życiu (9).

„Pracując niezmiernie doszedł do znakomitej biegłości w przygotowywaniu okazów anatomicznych dla swego mistrza, który nie szczędząc pochwał i zachęty wyznaczył jako swemu preparatorowi znaczną płacę” (10).

Po uzyskaniu statusu emigranta dzięki zdolnościom w preparowaniu, mimo braku świadectwa ukończenia szkoły średniej, został przyjęty za zgodą Ministerstwa Oświaty na studia lekarskie w Paryżu. W przytoczonym dalej podaniu, zachowanym w archiwum TPN w B.P. w Paryżu, Hirszfeld przypomina, że stało się to dzięki protekcji ks. Adama Czartoryskiego, za co wyraża mu raz jeszcze swoją wdzięczność (11, 12).

A oto treść listu, skierowanego przez Hirszfelda do ks. Adama Czartoryskiego (TPN, nr rkp 620/2),

Do Jaśnie Oświeconego Księcia Adama Czartoryskiego  
Mości Książę,

Mam honor przedstawić Waszej Książęcej Mości, że od roku 1833 pracując nad nauką lekarską, którą mógłbym skńczyć (sic!) przed laty sześciu gdybym nie był poszedł za wygórowanym popędem do anatomii, nad którą po amfiteatrach i gabinetach, wśród niedostatku i największej nędzy pracowałem przez mnogie lata z narażeniem życia i zdrowia mojego. Dzięki Bogu usiłowania moje zostały doprowadzone do tego stanu, że uczeni przyznali mi tę zaletę, której w każdym razie mogę okazać dowody Waszej Książęcej Mości jako jednemu protektorowi uczących się i nauk, niegdyś w Polsce. Dziś na tym padole wygnania wymieniam tu szczegół dowodów:

1° Wyroby anatomiczne na naturze przez lat 6 do Dzieła wychodzącego pod tytułem „Pannaux anatomiques” od lat dziewiętnastu wydawanego przez sławnego anatomistę i profesora Bourgera, który moje odkrycia i sprostowania w raportach do Akademii i w dziele kilkakrotnie wspominał.

2° Kursa dwuletnie anatomii w Szkole praktycznej fakultetu, na które uczniom przyjmowałem bezpłatnie.

3° Wyroby (des injections fines et de la circulation generale) wykonane wskutek polecenia Rady fakultetu i Dziekana T. Orfila, które zostały przyjęte do Muzeum medycyny 20 listopada roku zeszłego z największą dla mnie zaletą i publikacją w pismach.

4° Dzieło anatomiczne o nerwach i tablica owych ze wszelką dokładnością jak w naturze ludzkiej, już przygotowałem do wydania w różnych językach.

Po wyłączeniu (sic!) tych prac, wypadki polityczne skoro zapowiadały blisko moment służenia ojczyźnie, pospieszyłem pozdawać examina dla otrzymania dyplomu. Lecz gdy nadzieja upatrywana znikła, lub też odroczyła się znowu, liczba moich uczniów zmniejszyła się, kursów prywatnych nie ma

komu wykladać, a wyroby anatomiczne i dzieła ustały, zostają bez żadnego sposobu do wydrukowania Thezy, której koszta wynoszą do 150 franków, po wydrukowaniu której i obronie za ośm dni mógłbym dyplom otrzymać a przez to mógłbym stać się użytecznym albo dla ludzkości albo dla Polski.

Będąc już wdzięcznym Waszej Książęcej Mości za udzieloną mi protekcję w Początkach Emigracji do Ministerstwa Oświecenia i dziś naglony nędzą i niedostatkiem, poważam się po raz pierwszy jak jestem w Emigracji prosić Waszej Książęcej Mości o udzielenie mi sposobu na wydrukowanie rozprawy (Theza) za co zostanę na zawsze mu wdzięczny. Jako cząstkowy dowód prac moich załączam Nr Dziennika „Gazette des Hôpitaux” w którego feuilleton jest o mnie wzmianka, przy tym kilka rycin wykonanych przeze mnie do Dzieła T. Bourgeri.

Mam honor być z najgłębszym uszanowaniem Mości Książę i Waszej Książęcej Mości najniższym i najwdzięczniejszym sługą (–) Hirszfeld Ludwik  
Paryż r. Hautefeuille 5, 12 sierpień 1848 r.”

W felietonie, na który powołuje się L. Hirszfeld, dr Foucart w „Gazette des Hôpitaux” z 30 października 1847 (1, 3) roku opisuje otwarcie Muzeum Anatomii i Historii Naturalnej Fakultetu Medycyny na Uniwersytecie w Paryżu. Nazywa je zrealizowaniem wielkiego dzieła, nie mającego sobie podobnych w Europie, i ocenia, że wartość tej placówki będzie miała duże znaczenie w kształceniu studentów, wpływając na poziom ich nauczania. Bardzo drobiazgowo podaje wygląd nowootwartego wnętrza. Ograniczymy się do opisu części, dotyczącej anatomii i L. Hirszfelda. Na końcu galerii anatomii porównawczej – pisze – znajduje się obszerna sala zwana salą Apollona. Jest to miejsce przeznaczone na egzaminy. Jej dwie ściany zajmuje ekspozycja narzędzi chirurgicznych (ze szkła). Znajdują się w niej również, i to na dwóch poziomach, rzędy oszklonych szaf, zawierających zbiory anatomiczne, na których ekspozycję nie było dotychczas miejsca. Liczba sal przeznaczonych na naukę anatomii ogólnej została podwojona. Na specjalną uwagę zasługuje wyeksponowanie systemu naczyniowego, który można oglądać po jego nastrzyknięciu barwnikiem. Sposób nastrzykiwania naczyń, aż do kapilarów włącznie, jest przygotowany przez M. Bourgeri i młodego anatoma L. Hirszfelda, skromnego i bardzo zręcznego, i nie pozostawia nic do życzenia dla oglądającego. Pokazano nastrzykiwany w ten sposób układ naczyniowy w różnych narządach, który można potem obserwować centymetr po centymetrze.

trze w specjalnie zainstalowanym układzie małych mikroskopów, przesuwających się na szynach, które znajdują się w oszklonych szafach. Specjalny mechanizm umiejscowiony na zewnątrz umożliwia ponadto powiększenie obrazu oglądanego pod mikroskopem. Wykonano w ten sposób kolekcję około 150 wypreparowań, z których większość powstała dzięki niewyczerpanej cierpliwości Hirszfelda. Wzbogaciło to znacznie zakres możliwości poznania anatomii ogólnej, o co nie może pokusić się żadna inna uczelnia Europy (14).

„Ktokolwiek zwiedzał piękny zbiór preparatów anatomicznych, które się w muzeum Fakultetu paryskiego znajdują, kto się mógł przypatrzeć z bliska przecudownym wyrobom naszego szanownego rodaka dr Ludwika Hirszfelda, ten mógł być myśleć, że już nie można było postąpić dalej na drodze anatomii. Mikroskop pokazał nam jednak, że mnóstwo jest jeszcze cudownych rzeczy za krawędziami gołego oka i otworzył drogę do nowej zupełnie nauki, która anatomią histologiczną nazwano. Pod tym względem świeże i ciekawe spostrzeżenia dr Jakubowicza z Petersburga nad budową wewnętrznego systemu nerwowego na szczególniejszą zasługują wzmiankę. Na tej samej drodze wiele punktów jeszcze ciemnych w anatomii patologicznej zostało oświecone. Gdybym nie miał do wzmiankowania jak możność rozróżnienia tumorów właściwie rakowych od tumorów fibroblastycznych, jużby to był dosyć piękny tytuł zastugi dla mikroskopu” pisał A. Raciborski (16).

W dalszej części muzeum pokazano ekspozycję związaną z anatomią, a dotyczącą osteologii, miologii i embriogenezy. Autorami tej ostatniej są dr Adam Raciborski i dr D. Gruby\*. Należy dodać, że na preparatach dr Raciborskiego opiera się praca, która była odznaczona przed 3 laty nagrodą Akademii Medycyny. To, co demonstrowa obecnie w muzeum ten młody i niezmiordowany badacz Fakultetu Medycyny, to rezultat jego 10-letniej pracy – pisze dr Foucart w „Gazette des Hôpitaux”. Na zakończenie artykułu autor podkreśla w „Gazette des Hopitaux”, że otwarcie tego muzeum odbyło się wspólnym wysiłkiem wielu osób, które odpowiedziały na apel zgodnie ze swoimi możli-

---

\* Dr Dawid Gruby (1810–1898), Węgier z pochodzenia, wbrew woli ojca ukończył studia medyczne w Wiedniu, gdzie otrzymał dyplom lekarza. Interesował się początkowo badaniami mikroskopowymi i po raz pierwszy zastosował reprodukcje preparatów mikroskopowych. Potem poświęcił się całkowicie pracy lekarskiej, w której korzystał z sugestii leczniczej. Okrzyczany jako szarlatan i oszust miał wówczas bodaj największą w Paryżu praktykę lekarską. Leczył H. Heinego, MacMahona, Georges Sand, A. Daudeta, A. Dumasa, Chopina, Liszt i in. Na Wystawie Światowej pokazywał karetki, namioty sanitarne własnej konstrukcji. Przez ówczesnych nazywany „zwarionym geniuszem” (15).



wościami i zainteresowaniami, poświęcając swój wolny czas; dla wszystkich jedyną rekompensatą był tylko fakt uczestniczenia w nim.

Dzięki najprawdopodobniej otrzymaniu pomocy TNP (choć na podaniu nie ma o tym wzmianki) Hirszfeld wydrukował swoją pracę doktorską, uzyskując dyplom doktora medycyny 31 sierpnia 1848. Już po upływie roku od uzyskania doktoratu rozpoczął wykłady w Paryżu jako profesor nadzwyczajny anatomii w École Pratique, tam gdzie uprzednio był posługaczem. Oprócz stanowiska profesora anatomii objął jeszcze kierownictwo kliniki u prof. Rostana i przy okazji ogłaszania prac klinicznych podał prawidłowy opis badania pośmiertnego. Parę lat potem wydał znakomity podręcznik anatomii układu nerwowego „Neurologie ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme” (Paryż, 1853) (17). Zawarte w nim opisy i ryciny opracowane przez Hirszfelda była tak znakomite, że dotychczas jeszcze bywają reprodukowane w piśmiennictwie polskim i obcym np. w znanym atlasie anatomii Raubera i Kopscha, z którego uczą się anatomii kolejne pokolenia lekarskie.

„Zarówno wykładami, a więcej jeszcze dziełem o układzie nerwowym zyskał sobie rozgłosnie imię w świecie naukowym jako pierwszorzędnym anatom” (18). W gronie najwybitniejszych ówczesnych uczonych wziął udział w wydaniu 12-tomowej Anatomii Opisowej.

W r. 1858 Hirszfeld poznał w Paryżu prezydenta Akademii Medyczo-Chirurgicznej w Warszawie, który zaproponował mu objęcie katedry anatomii opisowej tej uczelni, powołanej do życia w r. 1858. Po upadku Powstania Listopadowego został na 26 lat zamknięty Uniwersytet Warszawski, co pozbawiło kraj wyższej szkoły lekarskiej (19). Od propozycji objęcia katedry w Warszawie nie upłynął rok, kiedy prof. Hirszfeld łamaną polszczyzną wygłosił swój pierwszy wykład w Akademii Medyko-Chirurgicznej. Jego wykłady cieszyły się w Warszawie ogromnym powodzeniem wśród studentów. Następnie wykladał też w Szkole Głównej w Warszawie.

„Kurier Warszawski” podał w styczniu r. 1860 informację, że za ofiarowanie cesarzowi swego podręcznika o systemie nerwowym prof. Hirszfeld został obdarowany brylantowym pierścieniem.

Był również aktywny jako redaktor „Gazety Lekarskiej” i „Pamiętników Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie”.

Ponieważ studenci medycyny nie mogli korzystać z dobrych podręczników anatomii, bo ich nie było, prof. Hirszfeld wyznając zasadę, że anatomia jest

podstawą wiedzy lekarskiej, wydał drukiem własny podręcznik „Anatomie opisową” w języku polskim, w 4 tomach na przestrzeni lat 1861–1870. Tom IV tego podręcznika ukazał się jako pierwszy („Układ nerwowy i narządy zmysłowe”), potem wydano tom III („Opis układu naczyniowego człowieka (angiologia)”) i tom I („Opis układu kostnego i stawowego (osteologia i arthrologia)”). Jako ostatni ukazał się tom II: jego część pierwsza dawała opis układu mięśniowego i powięziowego, a druga – opis układu trzewiowego. Wszystkie tomy zawierały uwagi fizjologiczne, co podano w tytule. „Anatomia opisowa” ukazywała się na zasadzie prenumeraty. Sposób ten umożliwił autorom, przy braku nakładu, wydanie podręcznika na własny koszt.

„Anatomia”, podobnie jak wszystkie inne wydawnictwa, musiała być cenzurowana. Zajmował się tym Warszawski Komitet Cenzury (powołany w r. 1869), podlegający Ministerstwu Spraw Wewnętrznych w Petersburgu. Na odwrocie każdej strony tytułowej oprócz zezwolenia cenzury widnieje na każdym z 4 tomów dodatkowo następująca klauzula autorska: „Egzemplarzy podpisem moim nieopatrzonych prawnie poszukiwać będę”. Taka uwaga i podpis autora stanowiły wówczas zabezpieczenie jego praw w czasach, gdy o prawie autorskim było jeszcze cicho, nie tylko u nas. W każdym tomie była również drukowana pełna lista prenumeratorów, składająca się z nazwisk 73 lekarzy, z których większość będzie figurowała potem w „Słowniku Lekarzów Polskich” Koźmińskiego z obszernymi bibliografiami ich prac i stanowiskami, zajmowanymi potem w medycynie polskiej.

Cena za 4 tomy wynosiła 15 rubli, nakład nie przekraczał 2000 egzemplarzy. Nie może nas to specjalnie dziwić, gdyż wydana w tym samym czasie „Chirurgia” Czerwiakowskiego i II wydanie „Słownika” Lindego ukazały się też w nakładzie około 2000 egz. (20). Sytuacja była nieco podobna do dzisiejszej. Tylko „Kalendarze Warszawskie” rozchodziły się błyskawicznie w liczbie 30 tysięcy egzemplarzy.

Na stanowisku profesora Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego wytrwał prof. Hirszfeld do r. 1875, kiedy „złamany chorobą opuścił obowiązki profesorskie”. Trzydzieści osiem lat po napisaniu tezy doktorskiej przez Ludwika Maurycego, jego syn Jerzy Ludwik, urodzony w r. 1853, napisał w Paryżu po ukończeniu medycyny z brązowym medalem pracę doktorską „Contribution a l'étude des infections hypodermiques des ferrugineux” dedykując ją: „Memu uwielbianemu Ojcu Ludwikowi Hirszfeldowi, profesorowi anatomii na Fakultecie Medycznym w Warszawie” (21) Ludwik Maurycy

Hirszfeld, który zapisał się złotymi zgłoskami w dziedzinie anatomii zmarł w Warszawie w r. 1876 i tu został pochowany na Powązkach.

### Bibliografia:

1. Barbara Zaorska: *Fiat Lux, Libertas erit. 135 lecia założenia Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich. Med. Dydakt. Wychow.* 1993, t. 25, nr 3–4, s. 17.
2. Lubomir Gadon: *Emigracja Polska w pierwszych latach po Powstaniu Listopad. wyd. Księgarnia Polska 1957–1960, Paryż s. 510.*
3. Barbara Konarska: *Polskie Drogi Emigracyjne*, wyd. PWN W-wa 1986, s. 186.
4. Czesław Chowaniec: *Sto lat temu. Biul. Stow. Stud. Pol.* 1946/47.
5. Zbigniew Bychowski: *Ludwik Maurycy Hirszfeld, profesor anatomii, W-skie Czasopismo Lek.* 1929, nr 16, s. 382 i nr 18, s. 432.
6. Halina Dusińska: *Ludwik Hirszfeld i jego „Anatomia” – przyczynek do dziejów polskiego edytorstwa medycznego w II połowie XIX w. Med. Dydakt. Wychow.* 1979, t. 11, nr 4 s. 343.
7. Stanisław Koźmiński: *Słownik Lekarzy Polskich. W-wa 1888, s. 172.*
8. Stanisław Koнопka: *Les relations culturelles entre la France et la Pologne dans le domaine de la Médecine, Societé Polonaise d’Histoire de le Médecine*, wyd. PZWL W-wa 1958 s. 32.
9. Karol Estreicher: *Bibliografia Polska, IXI w., t. X, (lit II), Kraków 1972 s. 265.*
10. M. Gisztowt: *Tygodnik Ilustrowany 1876, nr 31, s. 145.*
11. *Polski Słownik Biograficzny, 1960/61, t. IX, s. 533.*
12. Denise Wrotnowska: *Médecins polonais émigrés a Paris au XIX s. Arch. Historii i Filozofii Medycyny 1993, t. 56, s. 1.*
13. A. Foucart: *Gazette de Hôpitaux z dn. 30 X 1874 r. nr 129.*
14. *Encyklopedia Powszechna 1865, t. XXI, s 843 „Raciborski”.*
15. Edward Stocki: *Dawid Gruby. PTL., 1972, t. XXVIII, nr 32, s. 2142.*
16. Adam Raciborski: *Mowa o styczności Medycyny z innymi Naukami, Sztukami Pięknymi i Literaturą, wyd. Martinet, Paryż 1858.*
17. Marcin Łyskanowski: *Akademia Medyko-Chir. (1857–1867), w „Dziejach nauczania medycyny i farmacji w W-wie”, wyd. PZWL 1990, s. 190.*
18. Andrzej Śródka: *Wydział Lek. Ces. Uniw. W-skiego, wyd. PZWL, s. 232.*
19. Andrzej Śródka: *cyt. wyżej s. 242.*
20. Halina Dusińska: *cyt. wyżej s. 350.*
21. Stanisław Konopka: *archiwum pryw., teka nr 490/2. Z wyciągów doktoratów lekarzy polskich w Paryżu.*

## Barbara Zaorska

### Sylwetki lekarzy: dr med. Józef Talko i jego syn dr med. Włodzimierz Talko

Na łamach „Medycyny-Dydaktyki-Wychowania” (nr 3/4 1993) ukazał się artykuł rysujący sylwetkę prof. Wesołowskiego, wybitnego urologa, syna Ziemi Ciecchanowskiej. W związku z tym chcę przypomnieć sylwetkę innego lekarza, też związanego z tą ziemią, który swoją działalnością zasłużył na przypomnienie. Jest nim dr med. Włodzimierz Talko (1868-1940).

Przedtem przedstawię jednak jego ojca, też lekarza, dr med. Józefa Talkę, wybitnego okulistę o sławie europejskiej. Urodził się w r. 1838 w powiecie radomyskim, w Guberni Kijowskiej. Gimnazjum ukończył w Żytomierzu, a studia medyczne w Kijowie w r. 1861. Następnie przez 3 lata pracował jako asystent przy katedrze anatomii patologicznej i chirurgii w Kijowie. Stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1864, broniąc rozprawy o zwężeniu soczewki oka. Rozpoczął pracę jako lekarz wojskowy, najpierw w Stawropolu, a potem w Tyflisie. Po 6 latach pracy na Kaukazie przeniósł się do Lublina (r. 1872) na stanowisko ordynatora w miejscowym szpitalu wojskowym (1, 2).

Specjalizując się w zakresie okulistyki odbył w r. 1869 z Tyflisu podróż naukową do różnych klinik okulistycznych Europy jak też do kliniki Krakowa i Warszawy. W czasie otwarcia Kliniki Okulistycznej w Krakowie (28.XI.1898) powiedział „iż jako pierwszy w latach 60-tych zatknął sztandar okulistyki wśród gór Kaukazu” oraz, że „wyszedł ze szkoły, która nie oddzielała chirurgii od oftalmologii” (3).

Był członkiem Towarzystwa Oftalmologicznego w Heidelbergu oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Wilnie i Odessie.

W Lublinie ożenił się z Teofilą Sobolewską, z którą miał troje dzieci: Zofię (1866-1938), Włodzimierza (1868-1940), lekarza, i Kazimierza (1869-1938), inżyniera.

---

\* Jerzego Talko Porzeckiego (herbu Dąbrowa), sławnego żołnierza za króla Stefana Batorego, wspomina S.J. Niesiecki w „Herbarzu” wyd. przez J. Borowicza (Lipsk 1842, t. IX s. 3). Miał on 3 synów; jeden z jego wnuków Benedykt zostawszy Jezuitą wspaniał się jako poeta i orator. Jako Superior Kolegium w Pułtusku „młodo powietrzem umarł”.

W r. 1873 pisząc sprawozdanie z pracy podał, że wykonał 182 operacje (w szpitalu 32, w ambulatorium i w mieszkaniu 150). Oprócz pracy szpitalnej i praktyki prywatnej zajmował się popularyzacją okulistyki, wygłaszając liczne odczyty dla ludności cywilnej i wojskowych. Była to ważna praca. Przypomnijmy ówczesne realia: zamawianie kołtuna, który miał rzekomo chronić przed ślepotą było na porządku dziennym, a starsza generacja lekarzy zalecała je szczególnie ludności niepiśmiennej.

W Lublinie z jego inicjatywy i dzięki jego staraniom zostało zorganizowane miejscowe Towarzystwo Lekarskie (r. 1874), w którym przez długi okres pełnił obowiązki sekretarza. Ogłosił dwa artykuły o jego działalności: „Otwarcie Towarzystwa Lekarzy Lubelskich” oraz „25-letni jubileusz Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego” (4).

Celem zwalczania rozszerzających się wówczas chorób oczu w wojsku powołano stanowiska okręgowych okulistów, a dr J. Talko został nim w okręgu warszawskim, gdzie pracował przez okres 10 lat (r. 1876-1886).

Choć z Lublina wyjechał w r. 1876, odwiedzał to miasto corocznie, lecząc swoich pacjentów. Był tu renomowanym lekarzem i cieszył się dużą sympatią. Pisano o nim „nasz znakomity okulista, kochany dr Talko dziś powrócił do Lublina”. Cenili go i kochali koledzy, gdyż był zawsze pogodny, życzliwy, koleżeński, kochali go chorzy, bo był bezinteresowny (5).

Po przejściu na emeryturę w r. 1897 zamieszkał w Lublinie, gdzie uprzednio założył nowoczesny oddział oczny w tutejszym szpitalu św. Józefa. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie żegnało go uroczystie nazywając „chlubą społeczeństwa”.

W r. 1901 brał jeszcze udział w Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Pradze Czeskiej wygłaszając referat: „O leczeniu zakaźnych chorób oczu promieniami chemicznymi słońca”. W niedalekim Nałęczowie spędzał wraz z rodziną wolne chwile w swojej willi „Tollin”, którą wówczas nabył.

Zmarł w r. 1906 i został pochowany obok żony na miejscowym cmentarzu. Mimo oddalenia od centrów naukowych był zdumiewająco aktywny w zakresie śledzenia postępów medycyny, a szczególnie okulistyki. Pozostawił po sobie bardzo duży dorobek naukowy. Wykaz jego prac podany przez S. Koźmińskiego w Słowniku Lekarzy Polskich z r. 1888 obejmuje 8 szpalt.

Obok prac oryginalnych, których napisał ok. 200, w czasopiśmie polskich ogłaszał streszczenia zagranicznych prac okulistycznych. Również w czaso-



Dr med. Józef Talko i jego syn dr med. Włodzimierz Talko

pismach niemieckich, francuskich i rosyjskich publikował wyciągi z najlepszych prac autorów polskich.

Tematyka jego publikacji dotyczy podstawowych dla okulistyki zagadnień jak „Rany postrzałowe oka” (Gaz. Lek., 1878), „Badania nieczułości na barwę w służbie dróg żelaznych” (Med., 1879), „Wyniki badań ostrości wzroku w wojsku warszawskiego okręgu” (Kronika Lek., 1880), „O uszkodzeniach oczu u popisowych” (Gaz. Lek., 1881) i in. Pozostawił też wiele ciekawych prac kazuistycznych z tej specjalności. Na szczególne uznanie zasługuje jednak to, że w ogłaszanych pracach wychodził często poza zakres ściśle profesjonalny, co świadczy o jego wszechstronnych zainteresowaniach.

Oprócz medycyny interesowała go historia, zabytki i zbieractwo. Dla zilustrowania zainteresowań ówczesnego lekarza-humanisty zacytuję wyrywkowo niektóre tytuły prac: „O szczepieniach ospy”, „Nauka chińskich lekarzy o ospie”, „O przekładzie poematu gruzińskiego pt. „Skóra tygrysa”, „Przyczynę do historii medycyny w Polsce”, „Materiały do historii oftalmologii w dawnej Polsce”, „Profesor Szokalski i jego działalność”, „Słówek o prof. Szymanowskim”. Z zakresu sztuki ogłosił pracę „O drzwiach śpiżowych gnieźnieńskich”.

To skrót wiadomości encyklopedycznych, na których nie chciałabym poprzestać, mając możliwość rozmowy z jego wnukiem p. Leszkiem Talką, dyrektorem Biblioteki Polskiej w Paryżu i prezesem Towarzystwa Historyczno-Literackiego. Niestety w rodzinie nie zachowała się żadna spuścizna rękopiśmienna z okresu życia Józefa Talki, a mój rozmówca miał 2 lata, gdy w r. 1906 umarł jego dziadek. Zakrety, które na przestrzeni historii musiało brać to pokolenie Polaków, powodowały rwanie się ciągłości więzów rodzinnych w sensie przekazywania tradycji, dokumentów i pamiątek: te bowiem pozostawały na szlakach bojowych w czasie licznych walk o wolność.

Po życiu dr Józefa Talki pozostała tylko relacja historyka o nietuzinkowym życiu tego znanego lekarza humanisty, człowieka o wszechstronnych zainteresowaniach.

Dr med. Włodzimierz Talko urodził się 13 kwietnia 1868 r. w Tyflisie jako syn Józefa i Teofili z Sobolewskich. Włodzimierz jako trzyletni chłopiec przybył wraz z rodzicami do Lublina, a po dalszych 5 latach do Warszawy, gdzie uczył się do szkół (7).

Studia medyczne rozpoczął na Uniwersytecie Warszawskim. Jako student I roku został usunięty z Uniwersytetu za udział w zajęciach w cyrku Salamoń-

skiego: studenci obrzucili zgnitymi jajami i kartoflami występującego kłowna za niestosowne żarty, uwłaczające kobiecie-Polce, a następnie stawili opór przybyłej żandarmerii. Wspomina o tym Żeromski w swoich „Dziennikach” cytując fragment tekstu z nr 211 „Kuriera Codziennego” z dnia 2.VIII 1987 r., opisujący to zajście (5). Sprawozdawcy prasowi wyraźnie poparli studentów, co w postanowieniu generała gubernatora Hurki zostało „uznane za szkodliwy kierunek, który objawił się w gazetach polskich”. „Kurier Codzienny” został skazany na 1000 rubli grzywny, a postanowieniem gen. Hurki winnych udziału w „nieporządkach” ukarano w dniu 3 maja zamknięciem w areszcie policyjnym na dwa miesiące. Wśród aresztowanych znalazł się student I kursu Wydziału Medycyny Włodzimierz Talko. Po wielu latach zanotował „gdy Izbę lekarską przy ul. Fredry zastałem o godzinie 12 zamkniętą usiadłem na ławeczce przy stawie... okruszynami karmię zziębniętych wróbelków. Tu, na tem miejscu układałem sobie jako student plan rozprawy z błaznem, który obrażał matki i siostry nasze w stolicy skutej w kajdany męczennicy-Polski. Przesiedziałem za aktywny ten odruch w całkowitej prostracji ducha z całą grupą kolegów-towarzyszy w więzieniu śledczym przy Daniłowiczowskiej ulicy całe niemal dwa miesiące. Siedziałem w akademickim mundurku w małej celi jako prowodyr „w odinocznym zakluczeniu” i dopiero po 3 tygodniach wpuszczono do mej celi w nocy jakiegoś bandytę...”.

W związku z wyżej opisanym incydentem w cyrku Włodzimierz Talko został usunięty z Uniwersytetu Warszawskiego, jednak skończył Akademię Medycyną w Rosji w r. 1893. Po otrzymaniu dyplomu przez 10 lat pełnił służbę lekarza wojskowego i ordynatora szpitali w Moskwie, Lublinie, Chełmie Lubelskim. Po przejściu do rezerwy praktykował jako lekarz, specjalizując się w chorobach oczu i uszu w Lublinie.

Po wybuchu wojny rosyjsko-japońskiej powrócił do służby czynnej i jako lekarz jednego z pułków został wysłany na front, skąd jako korespondent redakcji „Kuriera Warszawskiego” nadsyłał aktualne doniesienia z frontu. Po zakończeniu wojny pełnił służbę w różnych garnizonach m.in. w Warszawie.

I Wojna Światowa zastała go znów w rezerwie, praktykującego w Lublinie i w Chełmie. Po przedwczesnej śmierci żony zawarł powtórny związek małżeński i z Ireną Ciechomską, a rodzina powiększyła się o 2 dzieci.

U progu niepodległości wstąpił do Wojska Polskiego, a w r. 1923 przeszedł w stan spoczynku. Będąc żywym, ekspansywnym i ruchliwym często zmieniał pracę i ostatecznie w r. 1927 przeniósł się wraz z całą rodziną do Ciechanowa



na stanowisko lekarza Naczelnego Kasy Chorych, a jednocześnie lekarza okulisty w miejscowym Ośrodku Zdrowia, gdzie prowadził poradnię przeciw jaglicy. Ośrodek ten, jak donosiła „Kronika Ciechanowska”, założony w r. 1929 posiadał 4 poradnie, 2 stacje opieki oraz... własną lampę kwarcową”. Ta sama „Kronika Ciechanowska” informowała swych Czytelników, że Związek lekarzy północnego Mazowsza uległ reorganizacji dzieląc się na 3 autonomiczne jednostki. Zarząd obwodu ciechanowsko-płońskiego na swego prezesa wybrał dr med. Włodzimierza Talkę.

Jako lekarz Naczelny Kasy Chorych prowadził nadzór nad działalnością lekarzy terenowych Kas Chorych. Wiele serca i zaangażowania wkładał w pracę zarówno w mieście jak i w terenie stając się znanym lekarzem, obdarzonym zaufaniem pacjentów. Brał czynny udział w życiu społecznym angażując się całkowicie w różne akcje, których sam bywał często inicjatorem.

Na łamach miejscowej „Kroniki” poruszał różne problemy wsi polskiej ze szczególnym uwzględnieniem kultury ludowej Ziemi Ciechanowskiej. Pisał: „wsi nie wolno przychodzić do miasta i robić z siebie widowiska, tak jak nie wolno z rzeczy drogiej i wielkich robić popisów jarmarcznych”. Uważał on, „że wszędzie na wsi jest pole do pracy otwarte, ale do pracy cichej, codziennej, do pracy twórczej i radosnej” (6).

Podobnie jak i jego ojciec był lekarzem o wszechstronnych zainteresowaniach, często brał pióro do ręki czy to jako korespondent „Kuriera Warszawskiego”, czy korespondent z ziemi Chełmskiej, czy też wydawca „Kuriera Sosnowieckiego”. Władzał biegle paroma językami. Poznał wiele krajów: Niemcy, Anglię i Francję, nie mówiąc o Rosji.

Interesował się muzyką. W imieniu Zarządu Towarzystwa Muzycznego „Harmonia” wygłosił przemówienie na uroczystości jej otwarcia w Lublinie w r. 1908.

Dane dotyczące życia dr med. Włodzimierza Talki czerpię z przekazu ustnego jego syna p. Leszka Talki (7). W rodzinie tej po wojnie też nie zachowała się żadna spuścizna rękopiśmienna. Gdy dr Włodzimierz Talko dochodził lat 70, zaczął prowadzić swoje zapiski w grubych „Brulionach”, które wyszły cało z zawieruchy wojennej. Miałam możliwość zaznajomienia się z nimi w Paryżu. Pochodzą z lat 1935 i 1936 i zawierają pewne podsumowanie życia.

Nie zawsze pisał w nich wprost od siebie. Często posługiwał się złotymi myślami lub cytatami podawanymi zwykle w obcojęzycznym brzmieniu,

których dobór wiele jednak mówi o ich autorze. Oprócz relacji ustnej syna będę starać się przybliżyć jego sylwetkę również na podstawie zapisów pozostawionych w owych „Brulionach”.

Każdy z nich w typowej czarnej okładce, pisany wyraźnym pismem, zawiera rozmaite uwagi o charakterze profesjonalnym, opisy różnych przypadków chorobowych czy metod leczenia, myśli i przypomnienia, fakty bieżące, które były przenoszone na papier w wolnych chwilach i najczęściej w momencie dziania się interesujących Autora wydarzeń. W związku z tym są to zapiski nie poddane żadnej selekcji, jak to ma zwykle miejsce z pamiętnikami pisanymi z myślą o przyszłym czytelniku. Stanowią raczej realizację potrzeby dzielenia się z sobą samym odbieranymi wrażeniami, przeżyciami czy komentarzem. Często pisane skrótowo, jakby Autor wykorzystywał nawet krótkie chwile między przyjęciami pacjentów, do ich zanotowania. Zapis ten spełnia raczej rolę kroniki filmowej, która uwizualnia, a jednocześnie przybliża nam osobę Autora wśród codziennych obowiązków i uwarunkowań. Są zawarte w nich opinie, żarty, charakterystyki ludzi. Tekst ten nie poddany selekcji tchnie autentycznością, wywołując nie tylko zainteresowanie, ale nierzadko chęć odpowiedzi, riposty.

W ramach jednego artykułu trudno jest omówić zawarte tam impresje, niemniej zacytuję niektóre z nich i dziś mogące jeszcze zainteresować czytającego. Można stwierdzić, że dr Talko był nie tylko lekarzem z powołania, ale też lekarzem o szerokich horyzontach. Był z pewnością człowiekiem tolerancyjnym, jak mógł zwalczać i łagodził ksenofobię. Zawsze stał po stronie słabszych, pokrzywdzonych, co było u niego odruchem spontanicznym. We wspomnianym czarnym „Brulionie” zanotował w r. 1935: „Biorę poranne gazety do ręki. Co za ohyda, co za świadectwo łajdackich czasów. Co te cywilizowane państwa uważające siebie właśnie za najbardziej cywilizowane bezwstydnie proponują Mussoliniemu. Biedna Abisynia! W tej chwili takim opanowany jestem wstrętem do nowoczesnych metod dyplomatycznych, iż zaiste 100 razy raczej wolałbym być Abisyńczykiem”.

Sympatyzował jak znaczna część ówczesnego społeczeństwa polskiego z Józefem Piłsudskim. Już na wstępie „Brulionu” wśród różnych cytatów z Mickiewicza, Kochanowskiego, Goethego i Platona zapisał obok wklejonego żalobnego znaczka z podobizną Marszałka takie jego zdanie: „Całe życie walczyłem o to, co zowią imponderabiliami, jak honor, męstwo, cnota i

wogóle walory wewnętrzne człowieka, nigdy o korzyści własne czy mego otoczenia”. Dr Włodzimierzowi Talce też o te same imponderabilia chodziło.

Tak jak w życiu, sprawy poważne przeplatają się z bardziej żartobliwymi. Zaraz za wymienionymi imponderabiliami znajdziemy więc receptę następującej treści:

Terrae ciechanoviensis quantum satis  
 Trumnam metallicam nr 1  
 Caravanum equos zdechlavos  
 Uxorem inconsolatam.   Ds: wiadomo.

Któż mógł przewidzieć wówczas, że mimo upływu dziesiątków lat ta żartobliwa recepta nie straci ogólniejszej aktualności w odniesieniu do dzisiejszej Służby Zdrowia. Zanotował również pewne sprostowanie zresztą dotyczące nie tylko ciechanowskiego szpitala: „Nieprawdą jest, jak podał chory X, jakoby w szpitalu w Ciechanowie pacjenci umierali wskutek braku należytej opieki, natomiast prawdą jest, że pacjenci tutejszego szpitala umierają wśród troskliwej opieki lekarskiej”.

Cytowane aforyzmy, dobierane nieprzypadkowo, są pełne aluzji w stosunku do zastanej rzeczywistości. Np. „Każdy człowiek na odpowiednim stanowisku i dla każdego stanowiska odpowiedni człowiek”, czy „maszerujemy za pomocą mięśni, biegniemy dzięki płucom, galopujemy dzięki pracy naszego serca, ale osiągamy coś dzięki swemu mózgowi”.

A generalną ocenę ówczesnych czasów wyraził następującą opinią: „Żyjemy w czasach skrajnego materializmu i jaskiniowej walki o byt upiększonej girlandami pięknych frazesów”.

Zżyma się więc i złości na kartach „Brulionu” na różne nonsensy dnia codziennego, cytując z akceptacją słowa ówczesnego premiera, prof. dr Kozłowskiego, mówiące o tym, że sprawa, która nadaje się do załatwienia w obrębie powiatu i leżąca w kompetencji referenta, przedstawiana jest z reguły nie władzy właściwej, ale czynnikom wyższym, a nieraz i najwyższym w państwie!

Oburza autora tego „Brulionu” inne zjawisko społeczne. Pisze o nim informując, że rząd francuski walczy ostro z plagą tzw. „cumulards” tj. osobników łączących po kilka różnych posad i biorących jednocześnie parę pensji. Pewien francuski dziennik opozycyjny zrobił złośliwe spostrzeżenie, że do tych szkodników należy jeden z najwybitniejszych członków rządu francuskiego Edward Herriot. Otrzymuje on wynagrodzenie jako deputowany,

jako minister, jako mer miasta Lyonu, wreszcie jako profesor Uniwersytetu. „Cumulard – jak na jedną osobę zupełnie dosyć”. Czy nie łatwo wyczuć tu zawartą w pełni aluzję?

Piszący te słowa dr med. Włodzimierz Talko był wówczas już emerytem, z pewnością zastanawiał się więc nad tym okresem swego życia, stąd duża liczba dykteryjek związanych z „trzecim wiekiem”. Czasem są one pełne melancholijnej refleksji, czasem wywołują uśmiech. Oto jedna z nich: „kiedy umarła Konopnicka firma Gebethner i Wolff nadała depezę do Tetmajera, który bawił we Włoszech: „Prosimy natychmiast felieton o Konopnickiej”. Poeta odpowiedział telegraficznym zapytaniem: „Czy umarła? Rubel od wiersza”. Na to firma: „Umarła. Dobrze”.

Ale cytował też myśli Tolstoja, który wielce cenił sobie swoją starość i pisał wręcz, że nie oddałby jej za żadne skarby świata, co może świadczyć, że dr Włodzimierz Talko również cenił wartość doświadczeń całego życia.

Wiele miejsca w tych zapiskach zajmują sprawy rodzinne, dostarczające Autorowi raz zadowolenia i satysfakcji, to znów będące obiektem troski. Mają one wymowę uniwersalną – tak dzieje się w życiu każdego człowieka, który ogląda się już poza siebie z myślą, co udało mu się zrobić i co pozostawia po sobie...

Z pewnością sprawy profesjonalne zajmują na tych pożółkłych kartkach najwięcej miejsca. Są tu wzory recept na różne schorzenia, zestawy leków ziołowych, pochodzących od znachora z Broku, dokąd często wyjeżdżał. Obok recept znajdujemy krótkie elaboraty np. nt. „niedokrwienności złośliwej” czy „różnicowania obrządków nerkowych i sercowych”, co było mu widocznie potrzebne w codziennej praktyce. W ostatniej części „Brulionu” są omówione drobiazgowo pewne zagadnienia pediatryczne. Wydaje się, że dr Talko chciał się jeszcze dokształcać w tym zakresie, a przede wszystkim unowocześnić swój zasób wiadomości. W tym celu przychodził min. do szpitala im. Karola i Marii w Warszawie na obchody ówczesnego jej kierownika dr Szenajcha.

Zaraz potem możemy przeczytać superlatywy dotyczące miejscowości uzdrowskiej – Morszyna, „gdzie za cebrzyk gorącej borowiny płaci się kilkadziesiąt groszy i panuje tam czystość jak nigdzie indziej”. Kończy te pełne nadziei spostrzeżenie słowami: „Człowiek czuje się tu nieswojo. Polska – nie Polska – widocznie nowa Polska”. Notował też zjawiska negatywne: martwił się wiadomością, że w ciągu 5 lat o 40% obniżyło się zużycie mydła

i zużycie papieru gazetowego. A to przecież najlepsze i najwiarygodniejsze wskaźniki poziomu kulturalnego komentuje dr Talko.

Po przejściu na emeryturę, która nie była bynajmniej wysoka, dr Talko wyjechał z Ciechanowa i w Warszawie zaczął prowadzić gabinet lekarski. W związku z czym w czarnym „Brulionie” zanotował retoryczne pytanie, skierowane do pacjentów, czy wiedzą, ile kosztuje doktora próba zabawienia się w praktykę w końcu kryzysowego roku 1935. Żeby na to odpowiedzieć prowadzi więc codziennie skrupulatne rachunki wydatków i przychodów, z których możemy się dowiedzieć, ile kosztował bilet tramwajowy lub ile napiwku pozostawił kelnerowi. Bilans ostateczny jak się można było domyślać nie był wesoły w tym kryzysowym roku 1935.

Autor „Brulionu” był z pewnością człowiekiem o dużym poczuciu humoru, o czym świadczy dowcipna forma przedstawiania różnych sytuacji: „Do posterunkowego podchodzi dziewczynka i pyta: przepraszam, czy to ta ulica jest druga w lewo?”, albo inna sytuacja: „Pewien dziennikarz zwiedzając szkołę dla głuchoniemych spytał dyrektora: a czy posłuszni są Pańscy wychowankowie? Gdzie tam westchnął dyrektor – wcale mnie nie chcą słuchać”.

Wśród myśli o człowieku, które doktor gromadził w swoim „Brulionie” zwraca uwagę zwłaszcza jedna: „W każdym sercu ludzkim śpią rzeczy wzniosłe i niskie, piękne i brzydkie, złe i dobre i od nas samych zależy, które potrafimy obudzić”. Dr Włodzimierz Talko należał do tych lekarzy, którzy potrafili budzić w ludziach właśnie te piękne cechy.

Umarł w marcu 1940 r. w ulubionym Nałęczowie, gdzie zwykle – tak jak ojciec – spędzał wolny czas w rodzinnej willi „Tollin”. Po życiu ciekawym, barwnym, ale pracowitym i pełnym trudu spoczął na miejscowym cmentarzu.

Pozostawił trzech synów: 1) Włodzimierza Bartłomieja, ur. w r. 1902, absolwenta przedwojennej Wyższej Szkoły Intendentury, który zmarł w r. 1953 w Warszawie, pozostawił 5 dzieci, 2) Tadeusza, ur. w r. 1913, lekarza weterynarii zamordowanego przez Gestapo w r. 1944, 3) Leszka, ur. w r. 1917 prezesa Towarzystwa Historyczno-Literackiego (założonego w okresie Wielkiej Emigracji w Paryżu), a jednocześnie dyrektora Biblioteki Polskiej na Wyspie św. Ludwika w Paryżu, którą to funkcję pełni honorowo. Do Francji dotarł w latach 40-tych jako ochotnik Armii Polskiej formowanej przez rząd pod dowództwem Naczelnego Wodza gen. Sikorskiego, będącego jednocześnie premierem rządu polskiego na Emigracji. Po ukończeniu Szkoły podchorążych w Anglii brał udział w walkach polskiej dywizji pancerniej gen.

Maczka, w której walczył aż do zwycięstwa. Obecnie mieszka we Francji z dziećmi Xenią (ur. w r. 1959) i Stefanem (ur. w r. 1961). Wraz z francuskimi działaczami związkowymi uczestniczył w pomocy udzielanej NSZ „Solidarności” zwłaszcza w okresie stanu wojennego.

### **Bibliografia**

1. S.J. Niesiecki: Herbarz Polski, wyd. J. Borowicz, Lipsk, 1842, t. IX s. 3.
2. S. Orgelbrandt: Encyklopedia Powszechna, Warszawa, 1903, t. XIV s. 389.
3. S. Koźmiński: Słownik Lekarzy Polskich, Warszawa, 1888, s. 507.
4. K. Gawarecka: Materiały do dziejów okulistyki lubelskiej, Arch. Hist. i Med., 1968, t. 31, nr 3/4, s. 405.
5. S. Żeromski: Dzienniki II (1886-1887), Czytelnik, Warszawa, 1954, tomik 9/14, s. 355.
6. W. Talko: „Kronika Ciechanowska”, 1931, nr 1, 3, 8, 9.
7. Ustna relacja p. Leszka Talki.

## Wiesław Stembrowicz

### Spod sztandarów napoleońskich na katedrę uniwersytecką (rzecz o Andrzeju Franciszku Ksawerym Dybku)

Pisał w swych wspomnieniach Jan Nepomucen Janowski: „Były jeszcze w r. 1826 dwa okazałe pogrzeby w Warszawie. Na wiosnę, czy na początku lata umarł dr Dybek, sławny chirurg nie tylko w całym Królestwie, ale i za granicą. Wzywany on był parę razy do Berlina i odbył tam szczęśliwie, jak mówiono i pisano, bardzo trudne operacje. Szczegółów tego pogrzebu nie pamiętam, wszakże tym się tylko odznaczał, że większa część ludności Warszawy wzięła w nim udział. Dybek nie tylko był biegłym chirurgiem, ale i człowiekiem czulego serca na cierpiącą ludzkość, jedno i drugie jednało mu szacunek.”

Sądzę, iż warto naszkicować przebieg życia zmarłego, tak dawno przecież, profesora chirurgii, o którym pamięć prawie zupełnie zaginęła, choć w dziejach medycyny, przede wszystkim warszawskiej, odegrał dość doniosłą rolę. Żał, że wszystkie życiorysy są tylko szkicami i fragmentami przebytego życia, że na pewno ciekawiej byłoby poznać w danym wypadku pełną biografię Dybka, od kolebki do grobu, aby można było oglądać w różnych momentach jego życie, które nie szczędziło mu okruczeństwa, ale i rzucało też kłody pod nogi. Urodził się w Poznaniu 30 listopada 1783 r. z ojca Jana, lekarza wojskowego, uprzednio służącego w 7ym pułku piechoty koronnej, i matki Beatriksy ze Spettów. Po ukończeniu szkół podstawowych znalazł się, najprawdopodobniej jako stypendysta w lekarskiej pepinierze berlińskiej (medicini-sche chirurgische Pepiniere), by tam, będąc elewem uczelni wojskowej, studiować medycynę, a następnie pozostać na stałe w armii pruskiej. Mając 20 lat, uzyskał dyplom chirurga, nagrodzony za dobre postępy w nauce medalem, szpadą i 400 talarami, obejmując służbę w stopniu podlekarza w 3 pruskim pułku artylerii, niedługo awansując do rangi starszego chirurga. Najprawdopodobniej kontynuowałby karierę lekarską w armii zaborczej, gdyby nie wojna francusko-pruska i decydująca dla Dybka bitwa pod Jeną (14 października 1806 r.), w czasie której dostał się do niewoli. Zwolniony z niej szybko jak Polak, wkrótce wstąpił w szeregi „Powstania Kaliskiego”, a

następnie już do regularnej armii polskiej, do 34 pułku ułanów jako urzędnik zdrowia I klasy. Traktat w Tylży, wojna z Austrią na terytorium Księstwa Warszawskiego, potem Galicji, to długie miesiące, które spędzał pracowicie Dybek w swym pułku kawalerii, doskonaląc się w zawodzie chirurga i lekarza wojskowego. Po zawarciu traktatu pokojowego z Austrią, otrzymał zasłużony urlop, wykorzystując go na podróż do krajów niemieckich w celach dalszego dokształcania się, nie tylko lekarskiego. Ważkim owocem owej podróży było uzyskanie przez Dybka stopnia doktora medycyny i chirurgii za obronioną pracę: „O tzw. postrzałach mimobieżnych (jakie wywołują pociski blisko przelatujące)” na uniwersytecie we Frankfurcie nad Odrą 12.I.1811 r., a w niecałe trzy miesiące później w Wittenberdze stopnia doktora filozofii. Tytuł tezy „filozoficznej” nie jest nam znany, zresztą oficjalnie tytuł doktora filozofii przyznał Dybkowi uniwersytet w Lipsku 8 lipca 1824 r., gdyż uczelnia w Wittenberdze została zlikwidowana i sprawa doktoratu Dybka i nie tylko jego ciągnęła się przez kilka lat.

W r. 1812 na wezwanie dowódcy pułku wrócił już utytułowany Dybek do macierzystej jednostki, stacjonującej wówczas w Krakowie, by wraz z nią przygotowywać się do zamierzonej kampanii rosyjskiej. Wkrótce, jeszcze przed wybuchem wojny, awansowany, został mianowany naczelnym chirurgiem w dywizji kawalerii straży przedniej generała A. Roźnieckiego w IV korpusie generała M. Latour-Maubourga. Odznaczył się wybitnie w bitwie pod Możajskiem, dokonując pod gradem kul wielu zabiegów chirurgicznych (głównie amputacji). Po dostaniu się do niewoli ówczesnego naczelnego lekarza wojsk Księstwa Warszawskiego, L. Lafontaine’a, Dybek czasowo objął jego obowiązki, cofając się stopniowo wraz z resztkami Wielkiej Armii za zachód, by przez Warszawę, Kraków przedostać się do Saksonii. Już w tym kraju został odznaczony za kampanię rosyjską Krzyżem Kawalerskim Legii Honorowej, szykując się do dalszych działań w Polskim Korpusie Obserwacyjnym generała Henryka Dąbrowskiego. Ten, zaprzyjaźniony z Dybkim, otaczał go stałą opieką, mocno wierzył w jego umiejętności lekarskiej. Tak kiedyś wyraził się o nim: „Dybek, służąc gorliwie i czynnie, dał dowody nie tylko znajomości sztuki lekarskiej, ale obraz nieustraszoneści i odwagi, z którymi niósł pomoc rannym na polu bitwy we wszystkich spotkaniach, a szczególnie w bitwie pod Lipskiem, po której udał się za wojskiem, torując sobie drogę wśród tysiąca niebezpieczeństw, jakie go otaczały”. Podobną opinię o Dybku miał inny oficer napoleoński, Prot Lelewel, młodszy brat Joachima,



też służący w oddziałach Dąbrowskiego. Jak spędzał czasy pobytu we Francji pod koniec epopei pierwszego cesarstwa nasz *dramatis persona*, możemy się tylko domyślać. Być może znalazł się w Sedanie, miejscu koncentracji pozostałości polskiego wojska, być może korzystał z napewno przysługującego mu urlopu i odwiedził Paryż, by tam dokształcać się w sławnych klinikach, bo miał przecież dobrą paroletnią praktykę w chirurgii polowej u tak wybitnych francuskich chirurgów wojskowych, jak D. Larrey, P. Percy, N. Desgenettes. 24 kwietnia 1814 r. nastąpiła pod Paryżem w Saint-Denis lustracja resztek armii polskiej, walczącej tyle lat pod dowództwem Napoleona, przez Aleksandra I, już w najbliższej przyszłości króla „nowego Królestwa Polskiego”, nazwanego z czasem kongresowym. Wtedy uzyskano gwarancje, że Wojsko Polskie nie zostanie wcielone do armii rosyjskiej, że powróci do kraju, zachowując w większości swe odznaki i odznaczenia, by dalej pełnić swą służbę, co prawda pod nowym władaniem wielkiego księcia Konstantego. Jak podaje J. Pachoński: *Z wojskiem jechała karetą pocztową generałowa Dąbrowska z nie mającą jeszcze roku córeczką, Bronisławą, pod opieką adjutanta męża – Stossa i zaprzyjaźnionego doktora Dybka*, który po śmierci Dąbrowskiego, sprawował opiekę nad wdową i pozostałymi nieletnimi dziećmi.

Pierwszym zadaniem Dybka w armii Królestwa Kongresowego było ucześnictwo w stworzonym Komitecie Wojskowym, który na życzenie Aleksandra I miał reorganizować jednostki wojskowe, tworzyć nowe, sprawdzać umiejętności oficerów. Dybek jako wytrawny lekarz wojskowy był powołany do specjalnej komisji, sprawdzającej kwalifikacje i stopnie wojskowe lekarzy, chętnych do dalszej służby. Po spełnieniu tej raczej niewdzięcznej pracy, 24 lutego 1815 r. objął stanowisko naczelnego lekarza II dywizji ułanów w stopniu odpowiadającym randze podpułkownika. W czasie pełnienia tej służby, chyba niespodzianie, otrzymał propozycję z Komisji Oświecenia objęcia Katedry Chirurgii w dopiero co utworzonym właśnie Uniwersytecie Warszawskim. Propozycję przyjął, rezygnując w ten sposób z zawodowej służby wojskowej. A oto odpis aktu zgody Komisji Rządowej Wojny, podpisany przez pełniącego tymczasowo obowiązki ministra wojny, generała dywizji M. Haukego, radcę stanu, dyrektora generalnego, generała brygady, J. Rautenstraucha oraz sekretarza generalnego, J. Nowickiego: „Za rozkazem Najjaśniejszego Aleksandra Igo etc. etc. Komisja Rządowa Wojny Królestwa Polskiego wydaje niniejszym zwolnienie od służby lekarzowi dywizji ułanów, Franciszkowi Dybkowi, który wszedłszy dnia 20 grudnia 1806 r. do dawnego

powstania kaliskiego jako lekarz, dnia 1 stycznia 1807 r. wcielony był do dawnego pułku 3 jazdy Księstwa Warszawskiego w stopniu lekarza sztabowego, postąpił dnia 6 lutego 1808 r. na urzędnika zdrowia klasy I. Dnia 24 lutego 1815 r. promowany został na lekarza dywizyjnego ułanów. Odbył kampanie w latach 1806, 1807, 1809, 1812, 1813, 1814, znajdował się przy opatrywaniu rannych w bitwach pod Skarszewem, Wałami, Kotami, Raszynem, Sandomierzem, Wrzawami, Mirem, Romanowem, Możajskiem, Tarutynem, Rożestwem, tudzież pod Wittenbergiem, Lipskiem, Hanau i Paryżem. W nagrodę zasług ozdobiony Krzyżem Kawalerskim Legionu Honorowego. Na zanesioną przez niego prośbę o dymisję, Najjaśniejszy Cesarz JMość i Król przychylić się do niej raczył stosownie do uwiadomienia Jego Cesarzewiczowskiej Mości Wielkiego Księcia Naczelnego Wodza pod datą 15/27 października rb. Na dowód czego Komisya Rządu Wojny udziela uwolnionemu od służby lekarzowi dywizyi ułanów Franciszkowi Dybkowi najwyższe to postanowienie. Dan w Warszawie dnia 8 listopada 1817 r.”

Właściwą przyczyną chęci oddania katedry chirurgii w ręce Dybka był dość głośny, choć nie zanadto eksponowany zatarg trzech profesorów, jeszcze Szkoły Lekarskiej z Radą Uniwersytecką. Chodziło o bójki studentów Wydziału Lekarskiego, wśród których brał czynny udział syn profesora Kliniki (chorób wewnętrznych), Augusta Wolffa, Maurycy. Niezadowolony z wyroku rady, Wolff oraz dwaj inni profesorowie, Franciszek Brandt – położnictwo i Józef Czekierski – chirurgia, popierający Wolffa, zrezygnowali z katedr uniwersyteckich. Trzeba było poszukać odpowiednich kandydatów na ich miejsce. Stąd sugestia powierzenia katedry chirurgii z kliniką chirurgiczną znanemu przecież praktykowi, Dybkowi. Ten, na pół prywatnie zapytany, czy zgodziłby się objąć stanowisko po Czekierskim, już 22.IX.1817 r. (a więc przed oficjalnym zwolnieniem z wojska), tak odpowiedział na piśmie komisji Oświecenia: „Na chlubne wezwanie Komisji Rządowej mam zaszczyt odpowiedzieć, że przyjmę chętnie ofiarowane mi miejsce profesora chirurgii w Uniwersytecie Król.-Warszawskim, i że z ukontentowaniem poświęcę siły dla odpowiedzenia zaufania, które Rząd we mnie pokłada, gdy jednak pewny przeciąg czasu w służbie krajowej poświęcony we wszystkich gałęziach służbowych nadaje prawo do różnych korzyści, pensyi wysłużonych itp., nie chciałbym po 11 latach nieprzerwanej służby wojskowej i sześciu odbytych kampaniach wojennych, na nowo dosługiwać się prawa, którego w części nabyłem. Śmiem więc prosić Komisję Rządową przy wstępie w zawód na-

uczycielski, aby lata służby wojskowej zostały mi porachowane jako ciąglej zasłudze krajowej poświęcone. Gdy powtórę z urzędem moim terażniejszym połączona jest pensja roczna 8550 złotych, odważam się prosić, aby pensja nowego mojego urzędu chociażby przez dołączenie do urzędu profesora chirurgii, jakich z nim zgodnych obowiązków, pensji dotychczasowej dorównywała...” Dybkowi zależało na tym, by jego pobory profesorskie nie były niższe od wojskowych, a też by lata służby wojskowej zostały zaliczone do przyszłej emerytury profesorskiej. Na pismo Dybka szybko odpowiedziała Komisja Oświeceniowa. I tak – „...zasługi wojskowe do emerytury policzone będą... pensja etatowa 6000 zł, powiększona będzie jako członkowi Rady Lekarskiej o 1500, razem 7500 zł”. Mimo pewnej straty materialnej, Dybek przyjął ofiarowywane warunki. Rezygnacja Czekierskiego, dotychczasowego profesora chirurgii, nastąpiła 21.X.1817 r., a Dybka zwolniono z wojska 27.X.1817 r. Nie było więc żadnych przeszkód, by dr Dybek, mianowany profesorem, nie mógł objąć nowej dla siebie funkcji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Niedługo potem ukazał się w Warszawie *Index lectionum* Uniwersytetu, w którym zamieszczono następujący akapit: *Franc. Dybek ar med. et chir. Prof. Ord. mensibus hibernis docebit Chirurgiam secur.d. institutiones suas die Lunae, Martis, Mercurii, Jovis et Veneris hora 4–5 post meridiem. Exercitationes practices instituit die Mercurii et Saturni hora 11–12. Clinicam Chirurgicum hora matutina 9–10 dieb. Lunae, Martis, Jovis est Veneris tradit. Quod lectiones adinet chirurgicomedicas, doctrinam de morbis Syphiliticis, nec non Desmurgiem eos suo tempore deinceps habendas indicabit.*

Klinika chirurgiczna, objęta przez Dybka po Czekierskim, mieściła się na Krakowskim Przedmieściu w Szpitalu Św. Rocha. Tak pisał o tym szpitalu i mieszczących się w nich klinikach nowomianowany profesor: „...Profesorowie nauk praktycznych dawnego Wydziału Akademiczno-lekarskiego uczniów swoich ćwiczyć starali się przy łóżku chorych w szpitalu S. Rocha, szpital ten jednak z natury nienagiętego urządzenia swego, nigdy zasługiwać nie mógł na imię Instytutu klinicznego. Przekonałem się o tem w roku szkolnym 1817/18, a pierwszym zawodu mego nauczycielskiego, w którym uczniów moich na lekarzy praktycznych tam sposobić byłem przymuszony. Z trzech operacji chirurgicznych, nawet nie z rzędu bardzo ważnych, w tym roku wykonanych, nie udało mi się żadna, nad najmniejszą chorobą trwonić wiele musiałem czasu, a ważne przypadki prawie zawsze niepomyślne brały obro-

ty.” Po rocznym nauczaniu, staraniem nie tylko Dybka, profesora Kliniki medycznej – J.B. Freyera, wówczas dziekana Wydziału Lekarskiego, a przede wszystkim rektora, jakżesz niesłusznie dziś zapomnianego księdza profesora W.A. Szweykowskiego, wszystkie kliniki, łącznie z położniczą, znalazły nowe pomieszczenia w starym budynku jezuickim przy ulicy Jezuickiej, tuż przy Kanonii. Budynek, raczej niewielki, trzypiętrowy, mieścił w sobie zakłady teoretyczne z prosektorium anatomicznym oraz, jak napisano, trzy istniejące wówczas kliniki. Znajdowały się one w oficynie gmachu od ulicy Brzozowej. Na pierwszym piętrze urządzono klinikę położniczą, na drugim znalazła się klinika męska, podzielona na dział chirurgiczny i wewnętrzny, na trzecim analogicznie kobieca. Kliniki liczyły po 12 łóżek, niekiedy liczbę łóżek nieznacznie chwilowo zwiększano. Na trzecim piętrze wygospodarowano niewielkie pomieszczenie, które używano jako salkę wykładową, w niej też odbywały się narady lekarskie, dyskusje ze studentami, a również omawianie „cięższych, źle rokujących przypadków” (co za brzydkie, niestety, ogólnie przyjęte określenia lekarskie).

Pisał Dybek: „Okna całego Instytutu daią się na wschód, powietrze w całym domu, a zatem i w salach chorych jest czyste, posadzka olejno malowana, by chorych nie wystawiać na wilgoć przy częstem iey wyczyszczeniu, łóżka, stoliki i wszystkie sprzęty drewniane toż samo, stoliki otoczone firanką zieloną rasową, by oko nie rażone zostało widokiem naczyń, które do wygody chorych służą, podobne firanki znajduią się u okien. Pościel chorych składa się z siennika (sienniki w szpitalach przekładać należy nad materace, z powodu, że przy nich zachować można czystość większą i chronić się zarazy różnego rodzaju, która w materacach i piernatach łatwo ukryć się zdoła) prześcieradłem pokrytego, dwóch poduszek włosiennych i kołdry wełnianej w białe prześcieradło obszytemi. Kołdry Instytutu położniczego i salki dla chorób oczu (mieściła się w ramach kliniki chirurgicznej) przeznaczonej, są zielonego koloru, Instytutów Klinicznych zaś białe. Dla słabych bardzo chorych, mianowicie dla takich, których cierpienia nie pozwalaią częstego prześcielania, dawane bywaią materace włosiane. Nad każdym łóżkiem zawieszona jest tabliczka, na której się zapisuią imię i nazwisko chorego, iego wiek, trwałość choroby i jey nazwisko, nie mniej lekarstwa i *regimen* zalecone. Ściany, sufit a i posadzka salki oftalmiatrycznej są zielone... Każdy chory przy wstępie swoim do Instytutów tych, prócz łóżka posłanego i sprzętów innych do iego wygody potrzebnych, dostaje koszulę, szlafrok, pończochy, pantofle i duchenkę lub

czepek. Bielizna tak często odmieniana bywa, iak tego czystość wymaga. Pokarmy i napoje, również jak i lekarstwa potrzebne, chory odbiera według ordynacyi swego lekarza, którym zawsze jest uczeń, pod okiem i za zezwoleniem swego profesora działający. Wizyty, instrukcje, prowadzenie dzienników, notowane ordynacyi, odbywa się iak we wszystkich instytutach tego rodzaju... Klinika chirurgiczna Uniwersytetu naszego otworzoną została w dniu 9.X.1918 r. Poliklinika jednak dopiero z 1.X.1819 r. do skutku przyjąć mogła, rozwinięcie iey należyte nie udało się wszelako dotąd zupełnie, z powodu braku Assystenta klinicznego, niemniej dla nawału prac, któremi uczniowie lekarscy ostatnioletni dotąd byli przeciążeni... Do Kliniki chirurgicznej przyjmowano tylko przypadki ważniejsze, nauczające, mianowicie takie, które większych wymagaiają starań ze strony lekarza i większych wygod dla osoby cierpiącej. Do polikliniki odsyłano chorych, których leczenie nie nakazuje koniecznie pilnowania łóżka lub stancyi, i owszem dozwala trudnić się im iaką taką pracą domową... Uczniowie na Klinikę chirurgiczną uczęszczający dzielą się na Assystentów i Auskulatorów, z pierwszych dodany iest ieden każdemu choremu, drudzy sposobiaią się na pierwszych. Assystent examiniue chorego przez Profesora Kliniki sobie powierzzonego, w iego obecności. Po rozpoznaniu choroby, wykryciu iey przyczyn i zastanowieniu się należnem nad wszystkimi szczegółami z nią w stosunku będącemi, wyklada swe o niey zdanie, naznacza iey mieysce w systemacie nosologicznym, stanowi tak zwane rokowanie i układa plan do iey pobicia, lub gdyby to przechodziło obręb sztuki, przynajmniej do uśmierzenia cierpienia i przedłużenia dni chorego." Obowiązkiem studenta, mającego pieczę nad chorym jest napisanie dokładnej historii choroby, w której zaznaczone być mają wszelkie skargi pacjenta, zauważone zmiany, codzienne obserwacje oraz poczynione uwagi profesora wraz z przepisywanem leczeniem. Wszelkie ordynacje student również notuje na tabliczce, zawieszanej nad łóżkiem chorego. Studenci Vgo roku (tzw. asystenci) pomagali profesorowi przy wykonywaniu operacji, czasem operowali samodzielnie pod bacznyim okiem Dybka. Ten narzekał, że z powodu szczupłości pomieszczeń kliniki, brak w niej było amfiteatru, sali osobnej, dogodnej do wykonywania operacji, a też na przypatrywanie się zabiegom studentów. Tak więc, operacje przeprowadzano na jednej z sal chorych... „...z których na wypadek potrzeby, jedną lub drugą do operacji wyprząta się. Operacje, w czasie których chory leżeć jest przymuszony, robi się na tem samym łóżku, na którym ma leżeć po operacji, nieco wyższem od

zwyyczajnych, pokrytem z wierzchu ceratą i prześcieradłami, by w czasie operacji chronić pościel od zanieczyszczenia, a to dlatego, aby ile możności strzec się wrażeń trwozących, jakie na umysł chorego pospolicie robią owe rusztowania i stoły różnego rodzaju, owe ubiory szczególnie, bez których różni operatorowie obejść się nie mogą. Po skończonej operacji kilku pomocników unosi chorego, inni spod niego wyciągają ceratę i prześcieradła już niepotrzebne, i tak na powrót położony, znajduje się na łóżku swoim. Po każdej operacji ważnej, chory dzień i noc kolejno bywa pilnowany przez uczniów na klinikę uczęszczających dopóty, dopóki najmniejsze grozi niebezpieczeństwo, kolej tę naznacza Professor. W czasie straży takiej, uczniowie straż mający, prowadzą z wszelką skrupulatnością dziennik, w którym każde zapisują spostrzeżenia... O każdym nadzwyczajnym wypadku, nade wszystko spiesznej pomocy wymagającej, Professor natychmiast uwiadomiony zostaje..." Wizyta profesorska odbywała się raz dziennie, zawsze w obecności studentów. Była połączona z dydaktyką, zależnie od potrzeby i okoliczności przy łóżku chorego lub w salce wykładowej, gdy pewnych uwag „przy łóżku chorych czynić nie wypadało..." Dybek wyraźnie był zadowolony z swej kliniki. W pierwszym okresie „...zaraz po założeniu Kliniki, z różnemi wszelako walczyć było przeciwnościami; wieści, nie wiedząc przez kogo w publiczności rozsiane, że Instytut ten jest szpitalem, w którym młodzież lekarska pierwsze na chorych robi próby, iż dla ćwiczeń takich i wprawy młodemu lekarzowi potrzebnej, każdego chorego bezwzględnie krają itd., odstręczały chorych, a ci, którzy w Klinice szukali pomocy, czynili to najczęściej z rozpaczny nad stanem swoim zdrowia nieszczęśliwym, a sądząc, iż już nic nie mają do stracenia, oddawali się z rezygnacją zupełną na wszystko, co się z nimi stać może. Nieprzyjemna ta dla Kliniki upaść musiała jednak opinia, skoro się inaczej przekonano... Już teraz nie tylko ubodzy, ale różnego stanu osoby chore w Klinice szukają pomocy, w czasie wizyt napełnione bywają korytarze i wschody Instytutu choremi różnego rodzaju z miasta i prowincyi przybywającym, tak dalece, że czas na wizyty przeznaczony częstokroć podwoić potrzeba." To samo według opinii Dybka działo się w nieco później udostępnionej poliklinice.

W sprawozdaniu z Kliniki chirurgicznej, obejmującej okres od 9.XI.1818 r. do 6.X.1821 r. czytamy, iż leczono w niej 135 pacjentów, z tych wyleczono 115, przestało być przedmiotem nauki 14 (przeniesiono ich do innych szpitali), zmarło 5. Sprawozdanie, o którym mowa, jest pióra Dybka, który dzieli na je dwie części. Pierwsza – „Wykaz szczegółowy leczonych chorób w Klinice

chirurgicznej Uniwersytetu Królewskiego w Warszawie”, druga – „Wykaz operacji chirurgicznych krwawych ważniejszych... wykonanych.” I tu znajdujemy cały przekrój przypadków chorobowych, leczonych w tym czasie w klinice. Więc różnego rodzaju urazy, stany zapalne, głównie powłok i stawów, zwykle z wysiękiem, nowotwory części zewnętrznych ciała, a również wymieniona jest kamica nerkowa z zatrzymaniem wydalania moczu, a też choroby, które dziś „do domeny chirurgicznej” nie należą (schorzenia oczu, kiła). Część pacjentów (56) operowano z pomyślnym skutkiem, większość (45) operował profesor Dybek, pozostałą część studenci. Dwie operacje zakończyły się niepomyślnie. Pierwsza – nieudana „próba utworzenia sztucznej zrenicy”, druga, o której należy szerzej wspomnieć, gdyż zdaniem znawcy problemu, E. Waszyńskiego, jest być może pierwszym cięciem cesarskim, wykonanym na żywej kobiecie w Polsce (1821 r.).

Oddajmy głos samemu Dybkowi: „Przed sześciu niedzielami podała mi się sposobność do wykonania Laparohysterotomii na osobie 22letniej, 4 stóp miary Reńskiej i rachitycznej, z powodu zbyt ciasnych przemiarów miednicy, średnica mała górnego otworu małej miednicy, albowiem nie mierzyła iak półtora cala, dla bardzo naprzód podanego przedgórza kości świętej. Cierpiąca była na zleżeniu, a zatem około 40 tygodni w ciąży, bóle od 72 godzin trwające, roztworzyły usta maciczne w wielkości rubla Ruskiego, wody ubiegły od 36 godzin. – Czerstwość osoby robiły nadzieję, iż operacja pomyślny weźmie skutek, tem bardziej, gdy przy iey wykonaniu nic takiego nie wydarzyło się, coby nadzieję tę zasępic było mogło. – Po wypróżnieniu pęcherza i kiszki odchodowej i po nadanem cierpiącej położeniu stosownem, uskuteczniłem przecięcie brzucha w linii białej w długości 6 cali, a równolegle z otworem pierwszym rozcięciem macicę. Dziecię zdrowe i czerstwe 6 funtów i 7 łótów wążące, 17 cali długie, nagrodziło prace moje, niebawnie po niem wyięto łożysko, przy dnie macicy osadzone, a po oczyszczeniu rany i ściągnięciu się macicy po większej części, połączyłem ranę brzucha trzema punktami szwu krwawego supełkowatego i plastrami lepkiemi, nie zostawiwszy otworu, iak tylko przy dolnym kącie rany, do którego włożyłem pasek płótna po brzegach wysnutego. Wszystko wsparłem fleytuchem skubankowym, podłużnikiem, pasem kadłubowym i szkaplerzem. W czasie operacyi, w które chora prawie nic krwi nie straciła, zrobiłem to spostrzeżenie ciekawe, iż bóle porodowe bez porównania większe sprawiać muszą cierpienia, iak rozcinanie tworów ludzkich. Po nacięciu brzucha, albowiem chora dostawszy bólów,

krzyknęła głosem przeraźliwym, wstrzymałem więc operacją w ciągu ich trwania, a gdym ją następnie kończył, nie wydała już najmniejszego znaku cierpienia. Toż samo miejsce miało przy rozcięciu macicy, równie, iak i zaprowadzeniu nitek do szwu krwawego.” Wszystko było dobrze przez pierwsze dwa dni po operacji. Trzeciego, jak wynika z opisu, wywiązało się ostre rozlane zapalenie otrzewnej, szóstego pacjentka zmarła. Cięcia cesarskiego dokonał Dybek ze „względu na niewspółmierność porodową. 22letnia pierworódka w ciąży donoszonej, wykazywała niski wzrost (nieco ponad 120 cm), oraz zmiany krzywicze układu kostnego...” (E. Waszyński). Dybek jednak był z przeprowadzonej operacji raczej zadowolony, uważając, „...że tym razem skutek był przez połowę pomyślny”, bo choć kobieta zmarła, dziecko pozostało żywe i zdrowe. Warto przytoczyć jeszcze jeden opis operacji, dokonanej w Klinice chirurgicznej przez Dybka, też być może dokonanej po raz pierwszy na ziemiach polskich. Chodziło o usunięcie drogą operacyjną tętniaka tętnicy podkolanowej u 44letniego mężczyzny, najprawdopodobniej na tle kiłowym. Stwierdzony guz był wielkości dużej pięści męskiej, „bicie w nim było głuche, a chory przymuszony leżeć, cierpiał nieznośnie... Stan, w jakim były rzeczy, nie kazał tracić czasu... Przedsięwziąłem związanie tętna udowego na górnej trzeciej części uda, sznurkiem okrągłym bez zaprowadzenia tzw. sznurków rezerwowych. Rana 4calowa skórna połączona została plastrami lepkiemi, tak, że na środku tylko został półcalowy na końcu sznurka dla zawiązania tętna użytego. Fleytuch skubankowy do pokrycia rany, podłużnik stosowny i opaska wielogłówna stanowiły całe opatrzenie... Po operacji zmniejszyły się bóle w operowanej kończynie, a tętniak zmniejszał się z dnia na dzień, jednak podudzie i stopa zaczęły coraz bardziej brzęknąć, ... założyłem więc w dniu 9ym na udzie operowanego żyłocisk bez przyciągania jego pasa, z zaleceniem uczniów straż mających, aby w razie potrzeby z niego skorzystali... Ostrożność moja nie była próżną. W dniu następnym pokazał się mocny krwotok z rany, którego jednak wstrzymać mi się udało przez odkrycie rany bez rozdzierania jej i okładania zimną wodą za pomocą gąbek... Krwotok ten był arterialny, pochodzić jednak nie mógł z tętna udowego, ale raczej z drobniejszych gałązek w bliskości ligatury przeżartych...” Od tego czasu szybko dość postępowało zdrowienie. W kilka tygodni, gdy chory w dobrym stanie opuścił klinikę, widział go Dybek „na ulicy biegnącego”. Operował sporo i na ogół szczęśliwie, mimo że czas nie był najlepszy dla dużych zabiegów chirurgicznych – brak umiejętności owocnej walki z bólem oraz nieumiejętność unikania



infekcji i zwalczania jej (w owym czasie operujący mył raczej ręce i narzędzia chirurgiczne po operacji, a nie przed).

Były jednak i dni mniej pomyślne w życiu profesora Dybka. W początku 1819 r. awansował, jeśli można tak się wyrazić, zostając dziekanem Wydziału Lekarskiego, co przyniosło mu korzyść materialną (pobory dorównały dawnej pensji podpułnikowskiej), ale i przysporzyło wiele kłopotów. Otóż kurator generalny instytutów naukowych Królestwa Dawid Oebschelwitz po swej pierwszej lustracji Wydziału Lekarskiego wraz z klinikami w r. 1823 oświadczył na piśmie, że klinikom brakuje odpowiednich warunków higienicznych. Stwierdził, na pewno słusznie, iż miejsce, w którym przebywają chorzy, jest pozbawione świeżego powietrza, bo z jednej strony blisko na Starym Mieście jest przecież tzw. „gnojna góra”, z drugiej strony w tym samym, raczej niewielkim budynku, jest pomieszczone prosektorium anatomiczne, a również „skład trupów bez ustanku doń dostarczanych” „...W tak ciasnym miejscu nie może żadną miarą prosperować ani nauka, ani moralne zachowanie się uczniów...” Postulował szybkie przeniesienie całego Wydziału do obszerniejszego budynku lub raczej wybudowania nowego, odpowiednio zaprojektowanego, zgodnie z ówczesnymi wymogami. Krytyczny memoriał Oebschelwitza otrzymała Komisja Oświecenia, rektor W.A. Szweykowski i oczywiście Dybek jako urzędujący dziekan. Cóż mógł zrobić Dybek? Niewątpliwie w duchu przyznawał z pewnością słuszność kuratorowi, ale bronił się, jak mógł, twierdząc, że nie jest tak źle, jak wynika z memoriału Oebschelwitza, iż... „Instytut Kliniczny, owszem, ma zdrowe powietrze, ale ze względu na przeznaczenie swoje jest za ciasno umieszczony... Organizacja kliniki nie jest zła. Przypomnieć tylko należy, że klinika nie jest szpitalem dla chorych, ale instytutem naukowy, w którym chorych leczą dla sprawdzania teorii i uważają jako środek do celu naukowego... Czystość zaś w klinice jest wzorową i posłużyła już kilku szpitalom publicznym do naśladowania.” Raport kuratora nie przyczynił się do potrzebnej poprawy warunków działania Wydziału (ciągły brak funduszu), był jednak przyczyną parokrotnie powstających planów rozbudowy Wydziału Lekarskiego w innym miejscu i w innym pomieszczeniu, niestety nic z tego nie wynikło.

Według J. Bielińskiego, wiele nienagannie pełnionych czynności przez pracującego Dybka nie podobało się przede wszystkim młodszemu koledze, również chirurgowi, wychowankowi szkoły wileńskiej i warszawskiej, K.E. Nowickiemu, człowiekowi niewątpliwie zdolnemu, utalentowanemu, bardzo

kontrowersyjnemu. On to, przy pomocy profesora anatomii, M. Rolińskiego, wszczął podjazdową walkę z Dybkiem, zarzucając mu zbyt wielką władzę, zaniedbywanie się w obowiązkach profesora i dziekana, wreszcie utrudniając mu dalsze doksztalcanie. Dybek, już prawdopodobnie poważnie chory, zrzekł się funkcji dziekana, a w związku z reorganizacją Wydziału Lekarskiego odebrano mu katedrę chirurgii teoretycznej. Otrzymał ją wspomniany Nowicki. Dybek jednak nadal wykładał chirurgię operacyjną i kierował kliniką chirurgiczną. W mniej więcej miesiąc później zmarł, pozostawiając żonę, córkę znanego lekarza J. Arnolda, oraz troje dzieci. Jednym z tych trojga był Włodzimierz Aleksander, przyszły profesor patologii i terapii ogólnej w Akademii Medyko-Chirurgicznej i Szkole Głównej. Franciszka Dybka pożegnał na Warszawskich Powązkach W.A. Szweykowski, mówiąc: „Wydział Lekarski utracił w pośrodku roku szkolnego profesora stałego chirurgii, doktora Dybka, który od czasów wcielenia Szkoły Lekarskiej do Uniwersytetu z chwałą dla siebie tę naukę wykładał. Zaslugi jego jako profesora i jako dziekana przez lat kilka zjednały mu powszechny szacunek. Zdolność jego i gorliwość w obowiązkach podniosły sławę kliniki chirurgicznej”.

Addenda – Są w Warszawie dwie ulice, poświęcone temu samemu, zapomnianemu dziś prawie poecie. Jedna z nich, to ulica Władysława Syrokomli, druga, tuż przy szpitalu klinicznym na Bródnie, to Ludwika Kondratowicza. A przecież, Syrokomla, to literacki pseudonim Kondratowicza. Poeta, choć zapoznany niesłusznie, ale, czy nie nadmiernie wywyższony. Miła jest jego poezja, niektóre poematy, wiersze liryczne są znakomite, ale jedna ulica chyba wystarczyłaby wileńskiemu lirykowi. Czy ta, przy której stoi szpital kliniczny, nie powinna nosić imienia właśnie profesora Dybka? Chyba na taką pamiątkę zasłużył!

Bibliografia w posiadaniu autora (ul. Niska 10 m. 22, 00-176 Warszawa).

## Ryszard Zabłotniak

### Czerwonokrzyska pomoc organizacji rosyjskich dla ludności polskiej (1914–15)

Przed 80 laty rozegrały się wydarzenia polityczne o długotrwałych następstwach, wiążące się m.in. ze sprawami pomocy sanitarnej dla terenów zaboru rosyjskiego. Otóż znany manifest, zawierający ogólnikowe obietnice, oraz półoficjalnie publikowana mapa naszych przyszłych granic, spowodowały wzrost nastrojów prorosyjskich, próbę tworzenia wojsk polskich, powstanie dużej organizacji medycznej działającej na rzecz wojsk carskich, utworzenie Centralnego Komitetu Obywatelskiego i napływ różnych form pomocy dla poszkodowanych regionów. Oczywiście były także inne przyczyny wymienianych wydarzeń.

Nieskoordynowana pomoc rosyjska niesiona mieszkańcom b. Królestwa Polskiego<sup>1</sup> opierała się na dotacjach państwowych, dość znacznych zapomogach Komitetu Tatjanowskiego, na ofiarności licznych instytucji polonijnych w Rosji a także akcjach rosyjskich komitetów pomocy, powoływanych z inicjatywy tamtejszych Polaków. Uzyskiwane sumy napływały do polskich stowarzyszeń, zwanych „ratunkowymi”. Inną formą wspierania poszkodowanych były np. wpływy do Wszechrosyjskiego Towarzystwa Opieki nad Jeńcami Narodowości Słowiańskich. Mimo że ten rodzaj pomocy wywodził się z tradycji carskiego panslawizmu, był także potrzebny.

Bezpośrednio na ziemiach guberni polskich działały: Rosyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża, świadczące głównie na rzecz wojska, Towarzystwo Lekarskie im. Pirogowa, wspomagające ludność regionów północnych i Wszechrosyjski Związek Ziemstw (WZZ). Żydowskie organizacje w Rosji również wysłały do Królestwa kilka oddziałów sanitarnych.

Największe rozmiary przybrała akcja sanitarno-żywnościowa Wszechrosyjskiego Związku Ziemstw, nie pozbawiona zresztą elementów polityki

<sup>1</sup> W latach I wojny światowej Polska poniosła w imię obcych interesów ogromne straty biologiczne i materialne, które zaważyły na przestrzeni wielu lat, być może nie mniej niż II wojna światowa.

wielkorosyjskiej. Władze ziemstw proponowały mianowicie przyłączenie się do nich komitetów obywatelskich, od czego uzależniono wydatne zwiększenie funduszków. Także organizacje o sympatiach prorosyjskich warunk ten odrzuciły. Polaków poparł Komitet Wielkiej Księżnej Tatjana i Towarzystwo Lekarskie im. Pirogowa.

O pomocy dla ludności polskiej zdecydował bezpośrednio delegat ziemstw M.A. Chruszczow. Szybko powstawały punkty żywnościowe w Radomiu, Łodzi, Kielcach, Ostrowcu Św. i skład tzw. towarów pierwszej potrzeby w Kielcach. Pomoc tę poparła rezolucja zjazdu epidemiologicznego w grudniu 1914 r. w Moskwie, stwierdzająca, że pośpieszenie z pomocą sanitarną jest częściowo splatą długów politycznych wobec Królestwa. Decyzjom tym niewątpliwie sprzyjało zagrożenie epidemiczne terenów przyfrontowych.

Głównym kierunkiem zadań związku w Polsce były sprawy medyczne, którymi kierował Wydział Lekarski Warszawskiego Związku Ziemstw (Oddziału) i jego Rada Lekarska – dr Wincenty Bogucki, dr Jan Modrzewski, dr Cienowski i dr Bronisław Załęski. Kierownictwo tej części WZZ mieściło się przy ul. Świętokrzyskiej 35, dr Załęski był jednocześnie członkiem Wydziału Lekarskiego Publicznego Centralnego Komitetu Obywatelskiego<sup>2</sup>.

Wszechrosyjski Związek posiadał już w tym czasie poważne doświadczenia w dziedzinie ochrony zdrowia w Rosji. W r. 1912 w 34 guberniach na sprawy sanitarne i oświatę ludową wydano 124,2 mil. rb. Osiągnięcia te zostały wysoko ocenione na międzynarodowej wystawie w Dreźnie.

Na naradach przeprowadzanych wspólnie z lekarzami komitetów obywatelskich omawiano zasady walki o poprawę warunków higienicznych w miastach i osiedlach, powołanie szerokich warstw ludności do udziału w przedsięwzięciach przeciwepidemicznych, popularyzacja podstawowych wiadomości medycznych, starania o zapewnienie bezpłatnej pomocy ambulatoryjnej i leczenia szpitalnego – izolacja i leczenie łżej chorych w ośrodkach własnych. Do każdego punktu lekarskiego miał należeć obwód o promieniu ok. 10 600 m. Cały obszar został podzielony na 6 rejonów. Polskie organizacje udzielały pomocy już wcześniej, według własnych podziałów, co oczywiście nie oznacza, że przesiedleni otrzymywali pomoc w pełni wystarczającą.

<sup>2</sup> Lekarz-Polak na terenie Królestwa nie mógł osiągnąć nawet średniego szczebla stanowisk kierowniczych, tu szanse miał lekarz każdej innej narodowości. W Rosji natomiast Polacy mieli nieograniczone możliwości awansu.

Trzeba jednak dodać, że sytuacja epidemiologiczna i sprawy zaopatrzenia nie przedstawiały się w okresie 1914/1915 jeszcze najgorzej.

Na trasach ewakuacji działały ruchome punkty sanitarno-żywnościowe, przy których kontroler sanitarny (student medycyny, felczer, pielęgniarka) eliminował chorych, zwłaszcza podejrzanych o choroby zakaźne. Chorych kierowano do najbliższych „szpitali” związkowych; tylko w wyjątkowych przypadkach mogli być oni przenoszeni do szpitali stałych. Udzielano prostych porad i informacji, gdzie można zgłosić się do przychodni lekarskiej, stomatologicznej lub uzyskać czasowe zakwaterowanie, zatrudnienie.

Akcja ta w całości była także zabezpieczeniem przeciwepidemicznym walczących wojsk, chociaż pomagała poszkodowanym wśród ludności cywilnej. Oczywiście większym pożytkiem byłoby proste przekazanie środków, gdyż tego rodzaju przedsięwzięcia były prowadzone przez Polaków od września 1914 r. W instytucjach WZZ byli zatrudnieni prawie wyłącznie Polacy.

Ogółem w okresie marzec–lipiec 1915 r. były czynne następujące ambulatoria: Błonie, Ciechanów, Garbatka, Irena, Jabłonna, Kampinos, Lipsk, Łomża, Mogielnica, Nowe Miasto, Opoczno, Ostrołęka, Ożarów, Płońsk, Pułtusk, Ryki, Sieciechów, Stężyca, Węgrów, Wiskitki, Wyszaków, Zwoleni i Żyrardów. Szpitale improwizowane a raczej izby chorych na 15–25 łóżek ze stałym nadzorem lekarskim, działały w Błoniu, Ciechanowie, Irenie, Józefowie, Lesznie, Płońsku, Pułtusku, Rykach, Wiskitkach i Żyrardowie. Niestety często w jednym pomieszczeniu byli łokowani chorzy i przypadki będące pod obserwacją. W Wiskitkach istniał jeszcze tzw. dom izolacyjny, o nieznanym zasadach funkcjonowania.

Bezpłatne herbaciarnie, gdzie wydawano porcje żywności dla ewakuowanych i żołnierzy, mieściły się w Błoniu (2), Końskich, Korczyni, Łopusznie, Mogielnicy, Mszczonowie, Nasielsku, Nowym Mieście, Odrzywole, Opocznie, Ostrowcu, Ożarowie, Pasikońskiej Woli, Radomiu, Solcu, Staszowie, Szydłowcu, Wiskitkach i Żyrardowie. Łącznie z pralnią i urządzeniami dezynfekcyjnymi, dla ludności cywilnej i wojska – w Płońsku i Radomiu<sup>3</sup>.

Laboratoria bakteriologiczno-chemiczne urządzono w Pułtusku, Szymanowie, Warszawie (centralne) i Żyrardowie. Gabinety dentystyczne były czynne w Ciechanowie, Grodzisku Maz. i Nowym Mieście, natomiast oddziały den-

<sup>3</sup> Do Królestwa WZZ kierował liczne szpitale paramilitarne, formowane przy współudziale Rosyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża. Przy niedorozwoju wojskowej służby zdrowia tysiące rannych przejmowały również zakłady Polskiego Komitetu Pomocy Sanitarnej.

tystyczne ruchome w Hermanowie i Wiskitkach, przeznaczono głównie dla jednostek wojskowych. Duży skład materiałów sanitarnych i leków mieścił się w Warszawie.

W Guberni lubelskiej tamtejsza sekcja zdrowia Komitetu Obywatelskiego zdecydowała się, a kierownictwo ziemstw stawało się bardziej ustępliwe, prowadzić całość samodzielnie. Sekcja przedstawiała więc plany i prosiła o uzupełnianie funduszków, z których tylko część zdołała istotnie otrzymać. W skład sekcji zdrowia wchodził przedstawiciel WZZ. W Guberni suwalskiej zaś planowane urządzenia sanitarno-żywnościowe początkowo były uznawane za mniej pilne, następnie nie zostały zorganizowane z uwagi na postępy niemieckiej ofensywy.

Najczęściej pracownikami instytucji związku ziemstw byli studenci i starsi uczniowie szkół średnich, kierowali ich pracą polscy lekarze. Działalność związku rozwijała się najpełniej w obwodzie pierwszym, na bliskim zapleczu frontu, wtedy stosunkowo stabilnego. Szczególną rolę pełniły ambulatoria, zwane też obwodami lekarskimi. Do ich obowiązków należało czuwanie nad stanem sanitarnym okolicy, nadzór nad izolacją chorych zakaźnie, przyjmowanie zgłaszających się oraz szczepienia przeciwospowe. Przy każdej poradni miał powstać obwodowy komitet sanitarny, co rzeczywiście miało miejsce w rejonie 1 i 2. Do każdego z tych komitetów należał lekarz, przedstawiciel organizacji obywatelskiej, pełnomocnik związku i nadzorujący bakterjolog.

Staraniem organów zdrowia komitetów obywatelskich i WZZ, w lutym 1915 r. powstała w Warszawie Komisja Wodna. Tam także prawie wszystkie funkcje pełnili Polacy, majoryzując także zespół rzeczoznawców. Zadaniem Komisji było zwalczanie chorób zakaźnych przevodu pokarmowego, poprzez poprawianie jakości wody do picia. Wykorzystane zostały opracowania biura hydrotechnicznego z lat przedwojennych i pracowni WZZ dr Stanisława Serkowskiego. Najgorsze ujęcia wody były likwidowane, kilkadziesiąt ujęć udało się poprawić, także kilkadziesiąt założono nowych.

Przy laboratorium uznawanym za centralne przygotowywano laborantów i dezynfektorów dla mającej powstać sieci placówek przeciwepidemicznych. Poważne osiągnięcia w tej dziedzinie miały także Komitety Obywatelskie a zwłaszcza Komitet Sanitarny m. Warszawy. Już w czasie powstawania tych obiektów medycznych pełnomocnicy Wszechrosyjskiego Związku Ziemstw zgodzili się z opinią, że w przyszłości będą one należały do polskich samorzą-

dów. Gwałtowne zmiany na froncie zdecydowały o pośpiesznym przejęciu całości przez instancje komitetowe. Po zlikwidowaniu przez Niemców Komitetów Obywatelskich, od 1 I 1916 r. z osiągnięć tych korzystały placówki Rady Głównej Opiekuńczej.

Przerwanie działalności WZZ na terenie Królestwa nie oznaczało przerwania akcji patronackiej nad wysiedlonymi Polakami, w Rosji było ich ponad 800 tys. Pomoc ta – finansowa, żywnościowa i medyczna – znaczna w ostatnich miesiącach r. 1915 i pierwszej połowie r. 1916, korzystnie wyróżnia się na tle negatywnego bilansu polsko-rosyjskich stosunków politycznych z tamtego okresu, niezależnie od motywów, które udzielaniem pomocy kierowały.

**Krzysztof Grzegorz Jeziorski**  
Klinika Chemioterapii Centrum Onkologii –  
Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

**Ból jako problem onkologiczny**

Ból nowotworowy stanowi bardzo ważny problem onkologiczny i jest przedmiotem zainteresowania dwóch nowych, obok chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radiologii, dyscyplin: leczenia wspomagającego w onkologii i opieki paliatywnej.

Pod pojęciem bólu nowotworowego rozumie się (1) ból spowodowany procesem nowotworowym lub ból będący konsekwencją leczenia przeciwnowotworowego lub obu tych sytuacji jednocześnie. Program zwalczania bólu nowotworowego jest kluczowym elementem programu Światowej Organizacji Zdrowia zwalczania raka (6) obejmującego cztery elementy: profilaktykę pierwotną, wczesną diagnozę, terapię prowadzoną z założeniem uzyskania trwałego wyleczenia i zwalczanie bólu. W wielu przypadkach chorób nowotworowych spełnienie pierwszych trzech celów a zwłaszcza celu trzeciego jest niemożliwe, co wiąże się z koniecznością ograniczenia postępowania medycznego do opieki paliatywnej, w której zwalczanie bólu nowotworowego jest niejednokrotnie sprawą pierwszoplanową.

W leczeniu bólu nowotworowego zwrócić należy uwagę m.in. na dwa elementy: 1) bólu nie należy traktować wyłącznie jako objawu somatycznego lecz jako tzw. ból totalny (5) czyli „kompleks somatyczno-psychiczny” obejmujący cierpienie: fizyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe. W zaawansowanej bowiem chorobie nowotworowej utrata przez chorego nadziei na wyleczenie i obawa zbliżającej się nieuchronnie śmierci może nasilić cierpienie, 2) ból może mieć różnorodny charakter, niekoniecznie związany wyłącznie z chorobą nowotworową (7), co oznacza w praktyce różną odpowiedź na leczenie przeciwbólowe.

Z praktycznego punktu widzenia bóle nowotworowe dzieli się na: 1) ból somatyczny – zazwyczaj zlokalizowany i stały, 2) ból trzewny – zazwyczaj głęboki i rozlany opisywany przez chorych jako ucisk, przeszywanie z towarzyszącymi często objawami wegetatywnymi takimi jak np. nudności, wzmo-



żone pocenie się, 3) ból deafferentacyjny – stały, tępy, często zlokalizowany w obszarze zaburzonego czucia skórniego (2).

Leczenie bólu w chorobach nowotworowych polega na: 1) modyfikacji przebiegu choroby, 2) podniesieniu progu bólowego, 3) przerwaniu ciągłości dróg przewodzących bodźce bólowe, 4) zmianie trybu życia. Często w praktyce wykorzystuje się jednocześnie kilka lub wszystkie te elementy (2).

Modyfikacja przebiegu choroby nowotworowej polega na przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych, stosowaniu radioterapii, chemioterapii lub hormonoterapii jako metod leczenia o założeniu radykalnym (dążenie do trwałego wyleczenia) lub paliatywnym (przedłużenie życia). Przykładem mogą być zabiegi operacyjne wykonywane we wczesnych, zlokalizowanych zmianach mięsaków tkanek miękkich i kości, przyczyniające się w pewnym odsetku do przedłużenia życia a jednocześnie do ustąpienia bólu, którego przyczyną była zmiana w tkankach miękkich lub kościach. Podobnie radioterapia stosowana w skojarzeniu z innymi metodami leczenia może doprowadzić do trwałego wyleczenia lub przedłużenia życia w niektórych nowotworach np. medulloblastoma (pierwotny nowotwór ośrodkowego układu nerwowego), niedrobnokomórkowe nowotwory płuca, nowotwory żeńskiego narządu rodniego, a jednocześnie do ustąpienia bólów, występujących w przebiegu tych nowotworów. Należy podkreślić także skuteczność przeciwbólową radioterapii w postępowaniu objawowym w zaawansowanych stanach, zwłaszcza w przerzutach do kości zagrażających złamaniami (zmiany osteolityczne lub osteolityczno-osteoblastyczne) np. w przebiegu raka sutka, złośliwych nowotworów przewodu pokarmowego (rak żołądka, rak jelita grubego i odbytnicy), złośliwych nowotworów żeńskiego narządu rodniego, progresji szpiczaka mnogiego, przerzutów nowotworów płuc do kości. W takich przypadkach efekt przeciwbólowy można uzyskać już po zastosowaniu jednej frakcji napromieniania. Również chemioterapia przeciwnowotworowa o założeniu radykalnym (np. stosowana w zarodkowych nowotworach złośliwych jądra czy zarodkowych nowotworach wieku dziecięcego) lub paliatywnym (drobnokomórkowy rak płuca) może przyczynić się do szybkiego ustąpienia bólu. Na szczególnie podkreślenie zasługuje skuteczność przeciwbólowa hormonoterapii w przerzutach do kości tzw. nowotworów hormonozależnych np. w raku sutka. Efekt przeciwbólowy hormonoterapii tamoksyfenem, aminoglutetymidem czy medroksyprogesteronem wynika tu głównie z przeciwnowotworowego działania na zmiany przerzutowe w kościach.

Należy jednak pamiętać, że wymienione metody leczenia, przyczyniające się do ustąpienia lub złagodzenia bólu, mogą same powodować dolegliwości bólowe w innych sytuacjach. Jako przykład można tu podać ból pooperacyjny występujący np. po rozległych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, ból w przebiegu odczynów popromiennych skóry i innych tkanek w następstwie zastosowanej radioterapii, ból towarzyszący zapaleniu lub martwicy skóry i tkanki podskórnej, występujący przy omyłkowym podaniu cytostatyku poza żyłę, lub ból neuropatyczny, towarzyszący chemioterapii pochodnymi alkaloidów barwinka różowatego, pochodnymi podofilotoksyny czy prokarbazyną lub cisplatyną.

Do najszerszej stosowanych metod podnoszenia progu bólowego należy podawanie leków przeciwbólowych. Do kanonów leczenia przeciwbólowego należy (2):

1) podawanie leków w regularnych odstępach czasu a nie „na żądanie – w razie bólu”, co jest uważane za błędne. Podawanie leków w regularnych odstępach czasu zapobiega osłabieniu skuteczności leku, a w przypadku narkotyków zapobiega tachyfilaksji i uzależnieniu psychicznemu,

2) indywidualizowanie dawki leku dla każdego chorego – dawką właściwą jest ta, która zapewnia odpowiednio długi okres bezbolesności,

3) rozpoczynanie leczenia od leków doustnych, zostawiając inne drogi podawania leków na okres, gdy droga doustna nie będzie możliwa lub skuteczna,

4) stosowanie trójstopniowego doboru leków tak, aby lek z wyższego stopnia mógł być stosowany dopiero po niedostatecznym efekcie przeciwbólowym w trakcie trzech dni podawania leku niższego stopnia w maksymalnych dawkach (tabela 1),

**Tabela 1**  
**Schemat stosowania analgetyków**

Etap	I	nienarkotyczne leki przeciwbólowe
		jeśli ból trwa
Etap	II	słaby narkotyk + nienarkotyczny lek przeciwbólowy
		jeśli ból trwa
Etap	III	silny narkotyk + ewentualnie nienarkotyczny lek przeciwbólowy

Na każdym z etapów leczenia przeciwbólowego można dołączyć leki uzupełniające np. amitryptylinę, amizepin, dexamethason, relanium, fenactil itp.

5) stosowanie leków wspomagających efekt przeciwbólowy takich jak: amitryptylina, amizepin, dexamethason, relanium, fenactil itp. oraz zapobieganie powikłaniom leczenia przeciwbólowego.

Do leków zazwyczaj stosowanych w I etapie należą: kwas acetylosalicylowy (dawka stosowana 300–1000 mg), paracetamol (dawka stosowana 500–1000 mg) i pyralgina (dawka stosowana 300–600 mg) podawane do 4 godziny. Leki tej grupy są przeciwwskazane w niewydolności wątroby i małopłytkowości (niebezpieczeństwo krwawień), zwłaszcza w przebiegu chemioterapii. W II etapie stosuje się zazwyczaj kodeinę (dawka stosowana 30–60 mg), co 4 godziny, dioninę (dawka stosowana 20–40 mg) co 4 godziny i tramadol (dawka stosowana 50–100 mg) co 6 godzin. W III etapie stosuje się morfinę zazwyczaj w dawce 5–60 mg co 4 godziny, morfinę o przedłużonym działaniu (dawka stosowana 10–100 mg) co 12 godzin, buprenorfinę w tabletkach podjęzykowych (dawka stosowana 0,2–1,2 mg) co 8–12 godzin. Do objawów ubocznych tej grupy leków należą zaparcia, nudności i wymioty, senność. W niewydolności wątroby i nerek dawki leku należy obniżyć. Należy podkreślić, że nie powinno się podawać leków o tym samym punkcie działania np. morfiny z kodeiną oraz leków o działaniach antagonistujących np. morfiny z pentozyną (2). Tabela 2 zawiera przykładowe recepty (4) na preparaty do stosowania doustnego.

Przerwanie ciągłości dróg przewodzenia bodźców bólowych może polegać na (3): 1) blokadzie nerwu, 2) wykonaniu tylnej rizotomii polegającej na przecięciu pozazwojowych korzeni nerwów czaszkowych i kręgowych, 3) wykonaniu chordotomii, 4) wykonaniu traktotomii spinołamicznej polegającej na przecięciu nerwów czuciowych między rdzeniem a wzgórzem w pniu mózgu (zniesienie bólu w ramionach, barku i szyi). Metody wymienione w punktach 2–4 mają ograniczone zastosowanie ze względu na ich małą dostępność. Stąd też najczęściej wykonuje się neuroлизę splotu trzewnego (ból zlokalizowane w jamie brzusznej), korzeni tylnych i nerwów obwodowych, stosuje metody stymulacyjne (elektrostymulacja, akupunktura), zwłaszcza w bólach fantomowych, ostrzykiwanie punktów bolesnych a także zewnątrzoponowe podawanie morfiny, gdy bóle nie mogą być kontrolowane przez leki doustne, podskórne i podawane dożylnie.

**Tabela 2**  
**Przykładowe recepty na preparaty do stosowania doustnego**

1.	Rp.	Morphini hydrochlorici Tincturae Aurantii Sirupi Simplicii Aquaе destil. ad M.F. sol.	0,3 4,0 50,0 300,0
2.	Rp.	Morphini hydrochlorici Acidi citrici Natrii benzoici Tincturae Aurantii Sirupi Simplicii Aquaе destil. M.f. sol. D. da in vitrum fuscum	0,3 1,5 3,5 4,0 50,0 300,0
3.	Rp.	Morphini hydrochlorici Chlorpromazini Acidi citrici Natrii benzoici Tincturae Aurantii Sirupi Simplicii Aquaе destil. M.F. sol.	0,3 0,15 1,5 3,5 4,0 50,0 300,0
Mieszanki te należy stosować w dawce skutecznej p/bólowej co 4–6 godzin, rozpoczynając podawanie od 5–10 mg/dawkę (5–10 ml – 1–2 łyżeczki od herbaty).			
4.	Rp.	Dionini Pyralgini Papaverini Coff. puri M.f.p. D.t.d. N X	0,025 0,3 0,03 0,05
5.	Rp.	Codeini phosph. Pyralgini M.f.p. D.t.d. n XX	0,05 0,5

Zmiana trybu życia może także odegrać rolę w zwalczaniu bólów nowotworowych. Chodzi tu zwłaszcza o unikanie sytuacji zaostrzających dolegliwości bólowe takie jak np. wysiłek fizyczny, stres a także o przeciwdziałanie ubocznym efektom farmakoterapii przeciwbólowej.

Niniejsze opracowanie nie wyczerpuje problematyki bólu w chorobach nowotworowych, stanowi jedynie próbę przybliżenia tych zagadnień lekarzom ogólnie praktykującym.

### **Piśmiennictwo**

1. Bonnica J.J.: Treatment of cancer pain: current status and future needs. W: Fields H.L., Dubner R., Cervero F. (eds.): *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. New York: Raven Press, 1985, 589–616.

2. Jarosz J.: Leczenie bólów nowotworowych. W: Kułakowski A. (red.): *Zasady postępowania diagnostycznego i leczenia obowiązujące w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie*. Warszawa 1991, s. 1–6.

3. *Onkologia kliniczna. Międzynarodowa Unia Przeciwrakowa*. Wydanie III polskie. Warszawa 1992, PZWL, s. 155–158.

4. Osiadacz W., Sowiński P., Jarosz J., Meder J.: *Doustne stosowanie analgetyków w bólach nowotworowych*. Centrum Onkologii – Instytut. Warszawa 1987.

5. Saunders C., Baines M.: *Living with dying. The management of terminal diseases*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

6. Stjernsward J., Stanley K., Eddy D., et al.: *Cancer control strategie and priorities*. World Health Forum, 1985, 6, 160–164.

7. Twycross R.G., Fairfield S.: *Pain in far-advanced cancer*. *Pain*, 1982, 14, 303–310.

## **V Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Akademii Medycznej w Warszawie.**

W dniach 22 i 23 kwietnia 1994 r. odbyła się V Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Akademii Medycznej w Warszawie. Na dalszych szpaltach zamieszczamy dostarczone nam streszczenia prac.

### **Wykaz prac nagrodzonych i wyróżnionych.**

#### **Nauki podstawowe**

##### **Nagrody**

- I. A. Hevelke, A. Neffe, G. Gut: „Zastosowanie hodowli komórkowych w badaniach nad fototoksycznością leków”. SKN przy Zakładzie Histologii i Transplantologii.
- II. M. Gujski, P. Poppe: „Badanie roli amin biogennych w modulacji procesu niedokrwienia – reperfuzja mięśnia sercowego szczura”. SKN przy Katedrze i Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej.
- III. J. Waligóra, T. Grzela: „Wpływ transfekcji keratynocytów fragmentami genomu wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV8) na ich lizę przez komórki NK”. SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii.

##### **Wyróżnienia – równorzędne**

R. Górski: „Anatomiczne podstawy konfliktu naczyniowo-nerwowego w patogenezie pierwotnego nadciśnienia tętniczego”. SKN przy Zakładzie Anatomii Prawidłowej.

A. Czarnicka, M. Just: „Wpływ stresu kontrolowanego i niekontrolowanego na aktywność osi przysadkowo-tarczycowej u szczurów po adrenalectomii”. SKN przy Katedrze i Zakładzie Fizjologii w Zabrze-Rokitnicy.

G. Gut, A. Hevelke, A. Neffe: „Właściwości mechaniczne zastawki aortalnej w świetle jej budowy morfologicznej”. SKN przy Zakładzie Histologii, Embriologii i Transplantologii.

A. Wańkowicz, K. Kuc, J. Gołąb, R. Zagożdżon: „Zastosowanie czynnika martwicy nowotworu (TNF-) i aktynomycyny D w leczeniu czerniaka MnB16 u myszy”. SKN przy Zakładzie Immunologii.

T. Grzela, J. Waligóra: „Zmiany w aktywności komórek NK w przebiegu cyklu menstruacyjnego”. SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii.

E. Flak, Ł. Koperski, A. Madej: „Wpływ etanolu na aktywność jodotyroninowej 5-dejodynazy w wątrobie szczura”.

W. Kosmowski, T. Skrzypek, J. Udziąło: „Pomiar aleksytymii w populacji studentów polskich oraz wśród narkomanów”. SKN przy Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy.

## Nauki kliniczne

### Nagrody

I. Gustaw Lech: „Zaburzenia odporności komórkowej u chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit w odległym czasie po operacji”.

P. Radwan, E. Wcisłak, M. Wysocka: „Trudności klinicystów w oczach anatomopatologa”. SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej.

II. Małgorzata Buksińska-Lisik, Paweł Grąbczewski, Włodzimierz Hendiger, Jarosław Leś: „Przyczyny zbyt małej liczby przeszczepień nerek pobieranych od osób zmarłych”. SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej.

M. Buksińska-Lisik, G. Horoszczażuk, M. Kocząj: „Chorzy z zawałem serca i obecnością późnych potencjałów komorowych – analiza kliniczna i obserwacja odległa”. SKN przy Klinice Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

III. Adam Zieliński: „Czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia po operacjach naczyniowych”. SKN przy Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii.

P. Nowakowski, M. Rymkiewicz: „Badanie echokardiograficzne przed zabiegiem kardiowersji elektrycznej”. SKN przy Klinice Nadciśnienia tętniczego i Chorób Naczyń.

### Wyróżnienia – równorzędne

Krzysztof Mlosek, M. Radziejewska, E. Cieslińska, M. Czubek, K. Markiewicz: Studium anatomiczno-radiologiczne wyrostków zębodołowych szczęk w warunkach eksperymentu oraz próba zastosowania wyników w

implantologii stomatologicznej”. SKN przy Zakładzie Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej.

W. Krzyżanowski, G. Szymczyk, P. Pożarowski: „Przegląd chorych z urazami czaszkowo-mózgowymi leczonych w I Klinice Chirurgii Ogólnej AM w Lublinie w latach 1979-1993”. SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Lublinie.

Rafał Bieńkowski, Marcin Ciechomski, Wojciech Dąbrowski, Jarosław Krupa: „Wyniki leczenia przedziurawionego wrzodu żołądka i dwunastnicy”. SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby.

K. Suchański, P. Kawka, R. Golińska, A. Ziemska, A. Wysokowicz, I. Wencel, J. Niewachin, A. Giemakowska, A. Anilenin, B. Frelek, A. Skoczylas, D. Jurczak, M. Homath, M. Jabłońska, E. Gielnicka, P. Okoński, Z. Chraniuk, K. Szczerbowicz, A. Suda, R. Wysocki, A. Skrocka: „Wpływ higieny i diety na występowanie próchnicy u dzieci do trzeciego roku życia”. SKN przy Zakładzie Stomatologii Dziecięcej Instytutu Stomatologii.

Radosław Wysocki: „Zasady użytkowania i higieny uzupełnień protetycznych ruchomych”. SKN przy Katedrze Protetyki Instytutu Stomatologii.

I. Capała, D. Krysiak, R. Radomski: „Występowanie przeciwciał przeciwperoksydazowych i przeciwtyreoglobulinowych w surowicach chorych na nużliwość mięśni, toczeń rumieniowaty oraz twardzinę”. SKN przy Klinice Endokrynologii.

Ł. Szumowski, B. Lech, E. Zinówko, K. Mróz, E. Rzewuska-Lech, R. Bodalski, E. Koźluk. „Wpływ niefarmakologicznego leczenia zespołu Wolffa, Parkinsona i White’a na rytm serca”. SKN Elektrofizjologii Klinicznej przy Samodzielnej Pracowni Elektrofizjologii Klinicznej Instytutu Kardiologii.

B. Kranc, R. Beranek, K. Roszkowska: „Ultrasonograficzne pomiary objętości tarczycy u studentów AM w Warszawie. Próba wyznaczenia populacyjnej normy wielkości tarczycy”. SKN przy Zakładzie Diagnostyki Obrazowej II Wydziału Lekarskiego.

Ivana Stankowic, Roman Sosnowski: „Wspomaganie leczenia farmakologicznego chorób skóry odpowiednią dietą”. SKN przy Klinice Dermatologicznej.

Iwona Cendrowska, Izabela Graczak, Monika Jakubik, Anna Jenke, Agnieszka Stankiewicz: „Wczesne rozpoznanie zaburzeń czynnościowych dłoni u chorych leczonych powtarzanymi hemodializami”. SKN przy Klinice Chorób Wewnętrznych.



Renata Wójcik: „Ocena skuteczności farmakologicznego leczenia endometriozy”. SKN przy II Katedrze Położnictwa i Ginekologii I Wydziału Lekarskiego.

Specjalne wyróżnienie zbiorowe za promowanie nowych metod dydaktycznych dla zespołu SKN Informatyki przy Zakładzie Dydaktyki i Informatyki AM w Warszawie.

## **Grzegorz Gut, Agata Hevelke, Adriana Neffe**

### **Właściwości mechaniczne zastawki aortalnej w świetle jej budowy morfologicznej**

*SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii  
oraz Zakładzie Transplantologii Instytutu Biostruktury  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. J. Komender  
Opiekun pracy: dr n. med. D. Śladowski*

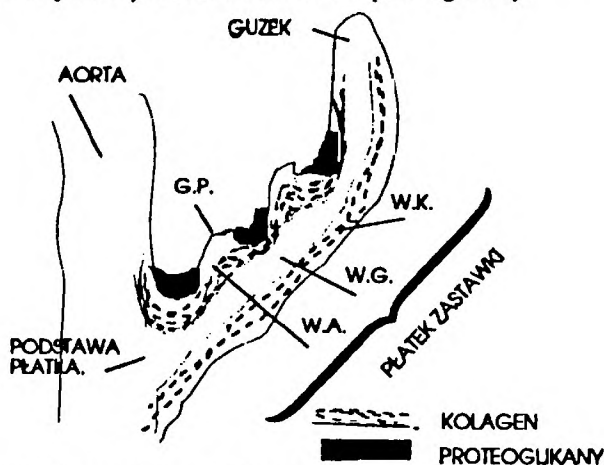
W ciągu 70 lat życia zastawki serca zamykają się i otwierają ponad 2,5 miliarda razy. Aby sprostać temu zadaniu zastawka musi charakteryzować się bardzo dużą wytrzymałością mechaniczną. Dokładne poznanie zależności pomiędzy budową płątka zastawki, a jego mechaniką staje się szczególnie ważne w przypadku konserwacji zastawek aortalnych dla potrzeb kardiochirurgii (1). Wiedząc jaką rolę pełnią poszczególne składniki płątka zastawki, można w sposób wybiórczy chronić te elementy które mają kluczowe znaczenie dla losów przeszczepionej tkanki w organizmie biorcy. Zastawka aortalna składa się z trzech płatków. Każdy z nich zbudowany jest z warstwy komorowej (W.K.), gąbczastej (W.G.) i aortalnej (W.A.) (ryc. 1). Jest on połączony ze ścianą aorty poprzez podstawę płątka. Wolny brzeg płątka tworzy guzek. W poprzek warstwy aortalnej biegną pęczki włókien kolagenowych tworząc tzw. grzebienie poprzeczne (G.P.).

We wcześniejszych badaniach przeprowadzonych w naszym laboratorium zaobserwowano w warstwie aortalnej zastawki świńskiej charakterystyczne rozmieszczenie struktur bogatych w proteoglikany, na których modelują się włókna kolagenowe (2). Istnienie tych struktur wydaje się mieć bardzo duże znaczenie dla wyjaśnienia właściwości mechanicznych płątka zastawki, znajdują się one bowiem w tych miejscach płątka, w których

występują największe naprężenia ściskające. Powodują one, iż włókna kolagenowe pracują w najdogodniejszy dla siebie sposób tj. przejmując naprężenia rozciągające.

Celem naszej pracy było potwierdzenie obecności tych struktur również u ludzi.

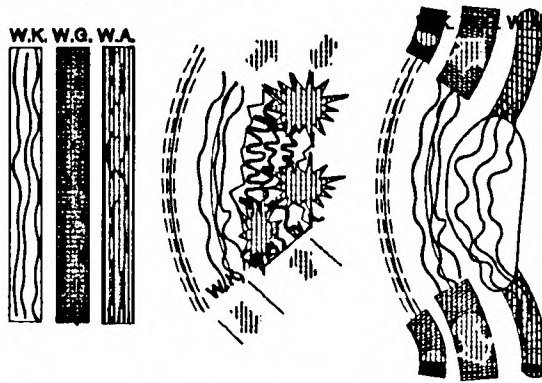
Do doświadczenia użyto sześciu ludzkich zastawek aortalnych. Zostały one zatopione w parafinie, a następnie zabarwione czerwienią syriuszową i błękitem alcjanu w środowisku kwaśnym ( $\text{pH}=2$ ) (3). Czerwień syriuszowa zwiększając dwójłomność kolagenu, powoduje, iż jest on widoczny w świetle spolaryzowanym w postaci żółtych lub czerwonych pasm, natomiast przy  $\text{pH}=2$  błękit alcjanu wybarwia na niebiesko proteoglikany.



Ryc. 1. Schematu budowy płatka zastawki aortalnej. Objaśnienia w tekście.

We wszystkich przypadkach w warstwie aortalnej zastawki ludzkiej stwierdzono obecność skupisk tkanki bogatej w proteoglikany, wokół których modelują się włókna kolagenowe. W zastawce aortalnej ludzkiej, podobnie jak w świńskiej, nagromadzenie proteoglikanów jest największe u podstawy płatka oraz w przestrzeniach między grzebieniami poprzecznymi (ryc. 1). Nagromadzenie proteoglikanów nie występuje w warstwie komorowej płatka ani na szczytach grzebieni. Układ taki wydaje się być nieprzypadkowy, a jego występowanie zarówno u świni jak i u człowieka może wskazywać, iż są one elementem nieodzownym dla prawidłowego funkcjonowania płatka zastawki. Podstawa płatka oraz przestrzenie między grzebieniami poprzecznymi są to

miejsca, w których następuje odgięcie płatka w stronę aorty w momencie otwierania się zastawki. W momencie otwierania się zastawki rozdział sił działających na poszczególne warstwy płatków w miejscach jego załamania nie jest równomierny (ryc. 2). Warstwa komorowa ulega rozciąganiu, nato-



Ryc. 2. Rozkład sił działających na poszczególne warstwy płatka zastawki.

miast warstwa aortalna poddawana jest głównie działaniu sił ściskających. Może to powodować uszkodzenie włókien kolagenowych. Nagromadzenie w tych miejscach proteoglikanów jest bardzo korzystne, ponieważ z racji swej budowy proteoglikany są bardzo odporne na działanie sił ściskających. Skupisko tkanki bogatej w proteoglikany tworzy więc elastyczną „poduszkę”, wokół której naciągnięte są włókna kolagenowe. Dzięki temu w przypadku wystąpienia w tym miejscu naprężeń mechanicznych wymuszony zostaje korzystny rozkład sił. Proteoglikany zostają ściśnięte, natomiast włókna kolagenowe są rozciągane. Można przypuszczać, iż zachowanie proteoglikanów w czasie konserwacji zastawki powinno w znacznym stopniu przyczynić się do polepszenia odległych wyników operacji wymiany zastawek.

#### Literatura:

1. Hopkins R.A., Cardiac reconstructions with allograft valves. Springer-Verlag 1989.
2. Śladowski D. Distribution of calcium deposits in subcutaneously implanted cusps of the porcine heart valve preserved in glutaraldehyde, evaluation of the influence of mechanical stress. Second Congress of the European Association of Tissue Banks, 1993; 46.
3. Lille R.D., i Fullmer H.M., Histopathologic technic and practical histochemistry., Mc Graw Hill 1976.

**Agata Hevelke, Adriana Neffe, Grzegorz Gut****Zastosowanie hodowli komórkowych w badaniach nad fototoksycznością leków**

*STN przy Zakładzie Histologii i Embriologii,  
oraz Zakładzie Transplantologii Instytutu Biostruktury*

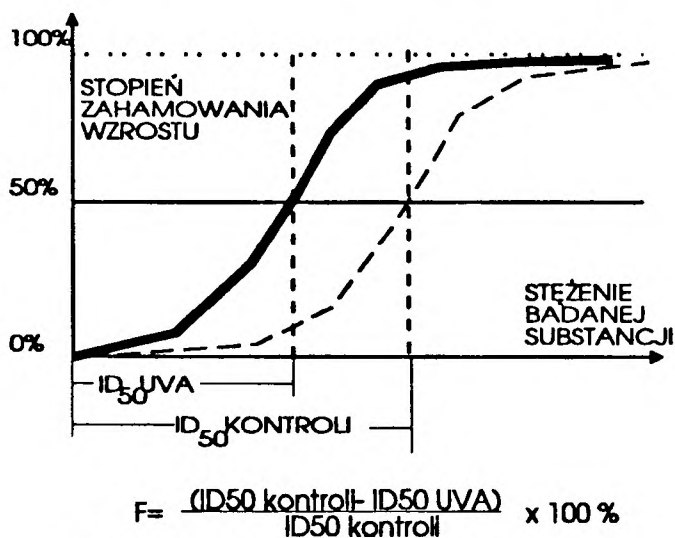
*Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. J. Komender*

*Opiekun pracy: dr n. med. D. Śladowski*

Światło słoneczne jest najpotężniejszym czynnikiem kształtującym życie na Ziemi. W szerokim tego słowa znaczeniu można powiedzieć, że ewolucja jest ciągłą adaptacją żywych organizmów do zmiennych warunków świetlnych, poprzez coraz lepsze ich wykorzystanie oraz obrony przed ich szkodliwym działaniem. Zakres promieniowania osiągającego powierzchnię ziemi rozciąga się od około 290 nm poprzez UVB (290–320 nm), UVA (320–400 nm), zakres światła widzialnego (400–780 nm), sięgając w głąb podczerwieni powyżej 780 nm. Ze względu na pojawienie się tzw. dziury ozonowej następuje wzrost ilości promieniowania UV docierającego do powierzchni Ziemi. W związku z tym można spodziewać się, że coraz częściej będą występowały skutki negatywnego oddziaływania promieniowania na tkanki i komórki. Efekt działania promieniowania UV może zostać dodatkowo spotęgowany obecnością substancji fototoksycznych w naszym organizmie.

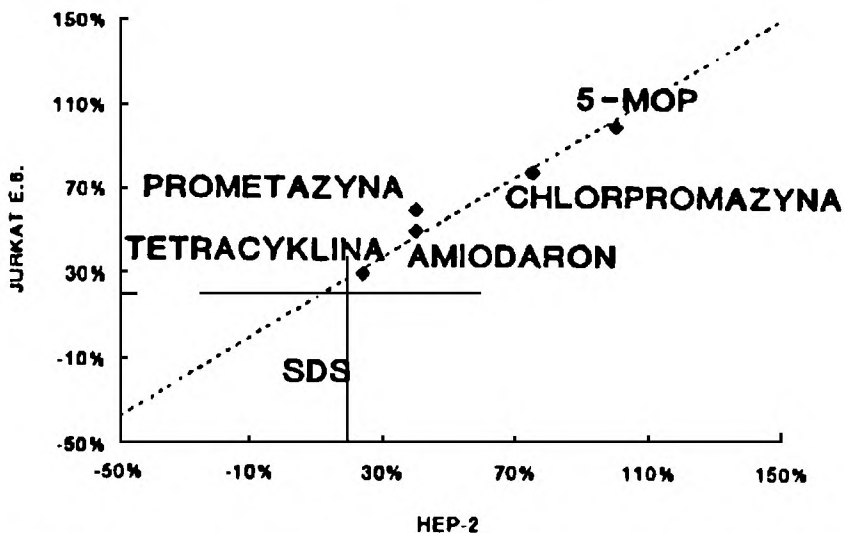
Niniejsza praca stanowi jeden z etapów prowadzących do opracowania, a następnie standaryzacji testu do oznaczania fototoksyczności substancji, przeprowadzanego na hodowlach komórkowych. Może on stać się w przyszłości częścią obowiązującej baterii testów do oznaczania właściwości fototoksycznych substancji stosowanych w przemyśle chemicznym, kosmetycznym i farmaceutycznym. Od 1998 r. w krajach Unii Europejskiej zabronione będzie testowanie substancji na zwierzętach, jeżeli będą istniały alternatywne testy *in vitro*. Najpierw zakaz ten ma obowiązywać jedynie w przemyśle kosmetycznym, a następnie ma zostać stopniowo rozszerzany na inne gałęzie przemysłu. Również w Polsce przygotowywana jest ustawa o ochronie zwierząt obejmująca także zwierzęta laboratoryjne, która przewiduje konieczność wprowadzenia alternatywnych metod badawczych – bez użycia zwierząt.

Celem naszej pracy było porównanie przydatności dwóch różnych linii komórkowych dla testowania właściwości fototoksycznych substancji egzogennych. Zasada działania testu opiera się na ocenie wpływu promieniowania UV na żywotności komórek inkubowanych w obecności substancji fotoczułującej (1, 2). Badania prowadzono na dwóch liniach komórkowych: Hep-2 (ludzkie komórki nowotworowej z raka krtani) i Jurkat E-6 (ludzkie komórki limfoblastyczne). Do doświadczeń użyto sześciu substancji, z których pięć jest stosowanych jako leki o stwierdzonym klinicznie działaniu fototoksycznym (Tabela 1). Do studzienek zawierających komórki ( $4 \times 10^5$  komórek na ml) inkubowanych 20 h ( $37^\circ\text{C}$ , 5%  $\text{CO}_2$ ) dodawano testowane substancje w kilku różnych stężeniach. Po 1 h naświetlano komórki UVA przez 6 min. ( $0.6 \text{ mW/cm}^2$ ). Po 24 h wykonano test żywotności komórek z zastosowaniem MTT (3). Na podstawie uzyskanych wyników wyznaczano dla każdej substancji współczynnik toksyczności F (Fig. 1). Pięć spośród badanych substancji w



Ryc. 1. Sposób wyznaczania współczynnika fototoksyczności F.

obu testach potwierdziło swoje właściwości fototoksyczne, tzn. indeks fototoksyczności był wyższy niż 20%. SDS, który nie jest fototoksyczny potwierdził tę właściwość również w testach *in vitro* (Fig. 2).



Ryc. 2. Porównanie uzyskanych wyników z zastosowaniem obu badanych linii komórkowych.

Tabela 1. Charakterystyka badanych substancji

Nazwa testowanej substancji	Główne zastosowania	Stwierdzona klinicznie nadwrażliwość na światło
5-MOP (5-metoksypsoralen)	Stosowany w terapii łuszczycy	+
Prometazyna	Lek antypsychotyczny	+
Chlorpromazyna	Lek antypsychotyczny	+
Tetracyklina HCl	Antybiotyk	+
Amiodaron	Lek antyarytmiczny	+
SDS (sód sodowa siarczanu dodecylu)	Detergent	-

Testowane substancje o stwierdzonych *in vivo* właściwościach fototoksycznych wykazują analogiczne właściwości również w teście przeprowadzonym *in vitro*. Ponieważ testy na obu liniach komórkowych prawidłowo zakwalifikowały badane substancje pod względem właściwości fototoksycznych, wybór linii komórkowej powinien być raczej podyktowany

względnymi praktycznymi. Mniejsza pracochłonność testu z zastosowaniem komórek przylegających do plastiku powoduje, iż lini Hep-2 wydaje się bardziej przydatny dla prowadzonych badań fototoksykologicznych.

#### Referencje:

1. Maier K., Development of an in vitro system with human skin cells for evaluation of phototoxicity. *Toxic. in Vitro* 5, 457–461.
2. Spielman H. i inni, EEC/COLIPA project on in vitro phototoxicity testing; first results obtained with a Balb/c3T3 cell phototoxicity assay. *Toxic. in Vitro* w druku.
3. Śladowski D., Steer S.J., Clothier R.H. i i Balls (1993) An improved MTT assay. *J. Immunol. Meth.* 157, 203–207.

**Dorota Kudelska, Michał Mazur**

#### **Wpływ różnych materiałów bioceramicznych na regenerację tkanki kostnej *in vivo***

*SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii oraz  
Zakładzie Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie*

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

*Opiekun Koła: P. Skopiński*

*Opiekun pracy: Dr n. med. M. Lewandowska-Szumiel*

Do przywrócenia prawidłowej funkcji kości konieczne bywa zastąpienie tkanki kostnej materiałem sztucznym. Do tego typu rekonstrukcji używa się m.in. materiałów bioceramicznych<sup>1</sup>. O powodzeniu implantacji w dużym stopniu decyduje zdolność odtwarzania się prawidłowej tkanki w bezpośrednim kontakcie ze wszczepem. Celem niniejszej pracy jest porównanie wpływu różnych biomateriałów ceramicznych na regenerację tkanki kostnej *in vivo*. Wśród implantacyjnych materiałów bioceramicznych wyróżnia się materiały obojętne, powierzchniowo aktywne i resorbowalne<sup>1</sup>. Materiały obojętne, implantowane śródkostnie, zwykle zostają otoczone cienką torebką łącznotkankowa. Jeżeli dochodzi do odtworzenia się tkanki kostnej w bezpośrednim sąsiedztwie materiału obojętne, powstaje kontakt typu przylegania. Po-

wszechnie stosowane w klinice człowieka materiały bioceramiczne to tlenek glinu  $\text{Al}_2\text{O}_3^2$  i tlenek cyrkonu  $\text{ZrO}_2^3$ , a także węgiel szklisty<sup>4</sup>.  $\text{Al}_2\text{O}_3$  i  $\text{ZrO}_2$  używane są m.in. w ortopedii i stomatologii. Węgiel szklisty stosowany jest do produkcji sztucznych zastawek serca. O ile jednak węgiel szklisty jest materiałem obojętnym, o tyle niektóre inne formy węgla mogą wykazywać pewną reaktywność w tkankach.

Reakcją kości na wprowadzenie materiału aktywnego powierzchniowo jest wytworzenie bezpośredniego wiązania pomiędzy implantem bioceramicznym a tkanką kostną<sup>5</sup>. Taka odpowiedź wywoływana jest m.in. przez syntetyczny hydroksyapatyt i szkła biologiczne. Szkła biologiczne zawierają do 60% wagowych dwutlenku krzemu ( $\text{SiO}_2$ ). Reakcja tkanki kostnej na materiały o wyższej jego zawartości nie jest dobrze poznana.

Materiały bioresorbowalne (np. sole wapniowo-fosforanowe) ulegają rozpuszczeniu. Ich miejsce jest zajmowane przez otaczającą tkankę.

## MATERIAŁ I METODY

Doświadczenie przeprowadzono na trzech grupach czterotygodniowych myszy BALB/C obu płci, po cztery myszy w grupie. Pod narkozą wodzianem chlorawym zwierzętom nawiercono otwory w kościach udowych i umieszczono w nich sproszkowane materiały bioceramiczne. Użyto 5 następujących materiałów: dwutlenek krzemu (w postaci silikażelu), tlenek cyrkonu, tlenek glinu, węgiel krystaliczny i węgiel amorficzny. W grupie kontrolnej nawiercony otwór wypełniono opłkami kości własnej myszy powstałymi przy nawiercaniu otworu. Po tygodniu od implantacji myszy otrzymały dootrzewnowo tetracyklinę w dawce 25 mg/kg masy ciała. Dwa tygodnie później podano dootrzewnowo alizarynę (ang. Alizarin red S) w ilości 20 mg/kg masy ciała. Obydwie substancje wiążą się ze słabo zmineralizowaną tkanką kostną, co daje się obserwować w świetle fluorescencyjnym<sup>6</sup>. Tę właściwość wykorzystuje się do znakowania odtwarzającej się kości<sup>7</sup>.

Po czterech tygodniach od implantacji zwierzęta uśpiono. Pobrano kości, odwodniono i zatopiono w polimetakrylanie metylu. Wykonano preparaty histologiczne kości nieodwapniowej. Zabarwiono je hematoksyliną-eozyną i obserwowano w świetle zwykłym i fluorescencyjnym. Obserwacja jakościowa procesu odnowy kości została przeprowadzona na podstawie profilu tetracyklinowego i alizarynowego w mikroskopie fluorescencyjnym.



## OBSERWACJE

W świetle fluoroscencyjnym w kościach kontrolnych zaobserwowano świecenie, wywołane przez tetracyklinę oraz alizarynę. Miało ono postać rozmytych pasm charakterystycznych dla obrazu kości splotowatej. Podobny profil tetracykliny i alizaryny zauważono wokół skupisk proszków  $\text{Al}_2\text{O}_3$ ,  $\text{ZrO}_2$  i obu materiałów węglowych. Jedynie w przypadku węgla amorficznego i krystalicznego spostrzeżono także fluorescencję pomiędzy poszczególnymi drobinami proszku. Ponadto w pojedynczych przypadkach stwierdzono świecenie alizaryny w postaci linii charakterystycznych dla kości zorganizowanej. Układały się one wokół drobin węgla, odwzorowując ich kształt. W przypadku implantacji dwutlenku krzemu nie stwierdzono fluorescencji. W preparatach oglądanych w świetle zwykłym nie zaobserwowano odnowy tkanki kostnej w miejscu implantacji.

## DYSKUSJA

Charakterystyczne świecenie wokół wszystkich badanych materiałów z wyjątkiem  $\text{SiO}_2$ , a także w kontroli wskazuje na obecność kości splotowatej. Jedynie wokół drobin węgla po trzech tygodniach od implantacji niewykluczona jest obecność kości zorganizowanej. Świadczy o tym liniowy profil alizaryny. Poczynione obserwacje zdają się wskazywać na skłonność tkanki kostnej do otwarzania nie tylko wokół skupisk proszku węglowego, ale także w bezpośrednim kontakcie z drobinami węgla. Wymagałoby to jednak potwierdzenia przy zastosowaniu czulszych metod analitycznych. Obserwacja kości, do których implantowano  $\text{SiO}_2$ , wskazuje na brak odtwarzania się tkanki kostnej w kontakcie z  $\text{SiO}_2$ . Prawdopodobnie podczas preparatyki depozyt  $\text{SiO}_2$  został wypłukany wraz z otaczającą go tkanką.

## WNIOSKI

1. Proszki bioceramiczne wykonane z tlenku glinu ( $\text{Al}_2\text{O}_3$ ), tlenku cyrkonu ( $\text{ZrO}_2$ ), oraz węglowej osnowy kompozytów węgiel-węgiel nie zakłócają procesu regeneracji tkanki kostnej *in vivo*.
2. Amorficzny tlenek krzemu ( $\text{SiO}_2$ ) implantowany śródkostnie w postaci proszku hamuje regenerację tkanki kostnej.

3. Obraz odtwarzania się tkanki kostnej w obecności drobin węgla jest inny niż w obecności proszku tlenku glinu i tlenku cyrkonu.

#### Piśmiennictwo

1. S.F. Hulbert i in. Ceramics in clinical applications – Past, present and future, w: Ceramics in clinical applications, wyd.: P. Vincenzini, 1986, 3–27.
2. J.E. Lemmons. Aluminium oxide as biomaterials, w: Ceramics in surgery, wyd. P. Vincenzini, 1983, 117–126.
3. P. Cristek i in. Mechanical properties and short-term *in vivo* evaluation of yttrium-oxide-partially-stabilized zirconia, w: Journal of Biomedical Materials Research, wyd. John Wiley & Sons, 1989.
4. P. Arru i in. A new pyrolytic carbon film for biomedical applications, w: Ceramics in clinical applications, wyd.: P. Vincenzini, 1987, 117–126.
5. L.L. Hench, Bioactive ceramics, w: Bioceramics: material characteristics versus *in vivo* behavior, wyd.: P. Ducheyne i J.E. Lemons, 1988, 54–71.
6. Bone histomorphometry, wyd.: P.J. Meunier, 1977.

## Grzegorz Szymczyk

### Wpływ antagonistów receptora glutaminergicznego NMDA na zachowanie agresywne u szczurów przewlekle stresowanych

*Studenckie Koło Naukowe*

*przy Zakładzie Farmakologii Klinicznej Akademii Medycznej w Lublinie  
Kierownik Zakładu i opiekun pracy: Prof. dr hab. I. Żebrowska-Łupina*

Zmiany behawioralne zachodzące u zwierząt poddanych działaniu różnych rodzajów stresu wykazują podobieństwa do klinicznej depresji pod względem etiologii, symptomatologii i podatności na leczenie (1, 2). Badania wykonane dawniej w Zakładzie Farmakologii Stosowanej AM w Lublinie wykazały, że jednym z następstw stresu przewlekłego jest zmniejszenie zachowania agresywnego, czemu zapobiega przewlekle stosowanie leków przeciwdepresyjnych. Obecne badania miały na celu ocenę wpływu antagonistów receptora glutaminergicznego typu N-metylo-D-asparaginowego (NMDA) na zachowanie agresywne i aktywność ruchową u przewlekle stresowanych samców szczurów szczepu Wistar.

Zachowanie agresywne szczurów wywoływano w/g zmodyfikowanej metody opisanej przez Tedeshi'ego i wsp. (5). Pary szczurów umieszczano pod szklanym cylindrem, na podłodze z równoległych drutów, , przez które, po 10-minutowym okresie adaptacji zwierząt, przepuszczono impulsy elektryczne (400 V przez 3 ms, częstotliwość 1 Hz), wywołujące u szczurów ataki walki, które liczono w ciągu 5 minut.

Aktywność poznawczą szczurów oceniano w teście „wolnego pola” (6).

Stres przewlekły stosowano wg zmodyfikowanej metody Katza i Soblosky'ego (7), stosując jeden czynnik stresujący dziennie (prąd elektryczny, unieruchomienie, zimna kąpiel, światło, odstawienie pokarmu, dzwonek elektryczny) przez 16 dni.

Zastosowane leki. Użyto dwóch niekompetencyjnych antagonistów receptora NMDA: memantyny (2,5 mg/kg i.p.) lub MK-801/0,1 mg/kg i.p.), podawanych w dawce jednorazowej, 1 godz. przed testem agresji, lub przez 14 dni, raz dziennie, 1 godz. przed zastosowaniem stresora.

Statystyczną analizę danych wykonano testem t-Studenta.

Wyniki. Wykazano, że przewlekłe (16-dniowe) stosowanie różnych stresorów obniżyło istotnie zachowanie agresywne (o ok. 60%). Badane związki, będące antagonistami receptora NMDA, stosowane przewlekłe, tj. przez 14 dni, zapobiegały deficytowi agresywności wywołanemu przez stres przewlekły. Podobny efekt wywierało jednorazowe podanie MK-801, ale nie memantyny. Działaniu MK-801 towarzyszył wzrost aktywności ruchowej.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, że zastosowani antagoniści receptora NMDA ułatwiają behawioralną adaptację na działanie stresu przewlekłego, podobnie jak leki przeciwdepresyjne (3, 4). Wyniki obecnej pracy potwierdzają wcześniejsze sugestie (8, 9, 10), iż związki redukujące transmisję w układzie glutaminergicznym przez blokowanie kompleksu receptorowego NMDA mogą stanowić nową klasę leków przeciwdepresyjnych.

#### Piśmiennictwo:

1. Weiss J.M., Goodman P.A., Losito B.G., Corrigan S., Charry J.M., Bailey W.H.: Behavioral depression produced by an uncontrollable stressor: relationship to norepinephrine, dopamine, and serotonin levels in various regions of rat brain. *Brain Res.* 1981, 3, 167–205.

2. Anisman H., Zacharko R.M.: Depression: the predisposing influence of stress. *Behav. Brain Sci.* 1982, 5, 89–137.

3. Żebrowska-Łupina I., Ossowska G., Klenk-Majewska B. Chronic stress reduced fighting behaviour of rats: the effect of antidepressants. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 1991, 39, 293–6.
4. Żebrowska-Łupina I., Ossowska G., Klenk-Majewska B.: The influence of antidepressants on aggressive behavior in stressed rats: the role of dopamine. *Pol. J. Pharmacol. Pharm.* 1992, 44, 325–35.
5. Tedeshi D.H., Fowler P.J., Miller R.B., Macko E.: Pharmacological analysis of foot shock-induced fighting behavior. Amsterdam: Excerpta Medica, 1969, 245–52.
6. Fontenay M., Le Cornec J., Zaczyńska M., Debarle M.C., Simon P., Boissier J.R.: Problèmes posés par l'utilisation de trois tests de comportement du rat pour l'étude des médicaments psychotropes. *J. Pharmacol. (Paris)*, 1970, 1, 243–54.
7. Katz R.J., Roth K.A., Carroll S.J.: Animal model of depression: tests of three structurally and pharmacological novel antidepressant compounds. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 1981, 5, 247–51.
8. Trullas R., Skolnick P.: Functional antagonists at the NMDA receptor complex exhibit antidepressant actions. *European J. Pharm.* 1990, 185, 1–10.
9. Maj J., Rogoz Z., Skuza G., Sowińska H.: The effect of antidepressant drugs on the locomotor hyperactivity induced by MK-801, a non-competitive NMDA receptor antagonist. *Neuropharm.* 1992, 31(7), 685–91.
10. Papp M., Moryl E.: Similar effect of chronic treatment with imipramine and the NMDA antagonists CGP 37849 and MK-801 in a chronic mild stress model of depression in rats. *Eur. Pharmacology*, 1993, 3, 348–9.

## A. Czarnecka, M. Just

### Wpływ stresu kontrolowanego i niekontrolowanego na aktywność osi przysadkowo-tarczycowej u szczurów po adrenalectomii

*SKN przy Katedrze Fizjologii Śląskiej Akademii Medycznej*

*Kierownik Katedry: prof. dr hab. B. Gwóźdź*

*Opiekun pracy: dr med. J. Joško*

Oś podwzgórzowo-przysadkowo-tarczycowa jest mniej podatna na działanie czynników stresowych niż oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa, a wpływ poszczególnych czynników stresowych i ich wzajemne interakcje nie są do końca poznane.

W pracy przebadano wpływ dwóch odrębnych rodzajów stresu: stresu kontrolowanego (US) i niekontrolowanego (UCS) na wydzielanie tyreotropi-

ny i hormonów tarczycy u szczurów. Przebadano ponadto udział nadnerczy w kontroli tej reakcji.

Eksperyment przeprowadzono w trzech grupach zwierząt: kontrolnej (C), po pozorowanym zabiegu (SHAM), po adrenalectomii (ADX). Stresor stanowił bodziec elektryczny prądu zmiennego o napięciu 50 V i natężeniu 1 mA i czasie działania 3 min, przeprowadzony przez metalowe pręty stanowiące podłogę klatek doświadczalnych. Parę zwierząt umieszczano po jednym w każdej klatce eksperymentalnej. Podłogi tych klatek połączone były z generatorem bodźców elektrycznych przez włącznik, znajdujący się tylko w jednej klatce. Zwierzę znajdujące się w klatce z wyłącznikiem przeskakując na drugą część klatki przerywało działanie stresora w obu klatkach. Zwierzę znajdujące się w klatce z wyłącznikiem, było w sytuacji stresu kontrolowanego, natomiast zwierzę w klatce bez wyłącznika było w sytuacji stresu niekontrolowanego.

#### WYNIKI:

ng/ml	C		SHAM		ADX	
	CS	UCS	CS	UCS	CS	UCS
TSH	2,17	1,05	1,27	0,38	1,61	1,0
T3	0,74	0,52	0,81	0,73	1,37	1,7
T4	26,50	24,30	50,40	28,60	59,00	73,3

#### PODSUMOWANIE (TSH):

Zabiegi chirurgiczne powodują znamienne statystyczne obniżenie poziomu TSH ( $p < 0,0001$ ), ale ich wpływ jest niezależny od rodzaju zabiegu – ADX nie ma wpływu swoistego. Obserwuje się wyraźną różnicę między obydwojma rodzajami stresu, przy czym między wpływem poszczególnych rodzajów stresu i wpływem zabiegu, istnieje interakcja ( $p < 0,001$ ). Efekt stresu zmienia się wraz z rodzajem zabiegu. Stres niekontrolowany jest bodźcem obniżającym poziom TSH, nie obserwuje się jednak sumowania obniżającego wpływu stresu niekontrolowanego i zabiegu operacyjnego.

#### PODSUMOWANIE (T3 i T4):

Adrenalectomia prowadzi do znamienne statystycznego wzrostu poziomu T3 i T4 w surowicy krwi ( $p < 0,0001$ ). Stres zwiększa poziom T3 i T4 ( $p <$

0,05) wyłącznie u zwierząt poddanych adrenalectomii (silna interakcja między rodzajem zabiegu i efektem stresu).

#### WNIOSKI:

1. Zmiany poziomu TSH, T3 i T4 pod wpływem bodźców stresowych są niezależne od siebie.
2. Silne bodźce stresowe (zabiegi chirurgiczne, stres niekontrolowany) działają obniżająco na poziom TSH.
3. Adrenalectomia i stres są czynnikami zwiększającymi poziom hormonów tarczycy w surowicy krwi.

**Aneta Sitarska, Ewa Białek, Dariusz Radomski,  
Paweł Krzyżak**

**Wpływ diety wysokosodowej na odpowiedź układu krążenia na ośrodkowo podaną wazopresynę u szczurów normotensyjnych**

*SKN Fizjologii Klinicznej przy Katedrze Fizjologii Klinicznej Stosowanej  
A.M. w Warszawie*

*Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Ewa Szczepańska-Sadowska  
Opiekun pracy: lek. Adam Budzikowski*

Liczne dane eksperymentalne i obserwacje kliniczne wskazują na istotną rolę zwiększonego spożycia sodu w rozwoju nadciśnienia tętniczego. Wiadomo, że u ludzi spożywających pokarmy o dużej zawartości sodu częstość występowania nadciśnienia tętniczego jest większa niż u pozostałych (2). W warunkach doświadczalnych u szczurów z predyspozycją genetyczną można wywołać nadciśnienie tętnicze za pomocą diety wysokosodowej (6).

Układ wazopresynergiczny jest jednym z ważniejszych układów regulujących gospodarkę wodno-elektrolitową organizmu oraz ciśnienie tętnicze krwi. Ostatnio opublikowane badania wskazują na istnienie zaburzeń w funkcji tego układu w różnych modelach nadciśnienia doświadczalnego, w tym nadciśnienia sodozależnego; DOCA-salt (5, 8, 9).

Celem naszej pracy było zbadanie, czy dieta wysokosodowa powoduje

wzrost średniego ciśnienia tętniczego oraz czy zmienia odpowiedź układu krążenia na ośrodkowo podaną wazopresynę u szczurów normotensyjnych.

## METODYKA

Doświadczenia wykonano na czuwających szczurach normotensyjnych szczepu Wistar-Kyoto. Osiem dni przed pierwszym doświadczeniem, w znieczuleniu ogólnym, wprowadzono rurkę kierunkową do lewej komory bocznej mózgu. Siedem dni po operacji, w znieczuleniu eterowym, wprowadzono winylowy cewnik do aorty brzusznej przez lewą tętnicę udową w taki sposób, że jego koniec znajdował się poniżej odejścia tętnic nerkowych. Drugi koniec cewnika przeprowadzono pod skórą i wyłoniono w okolicy międzyłopatkowej. Następnego dnia przeprowadzono doświadczenie. Cewnik tętniczy łącznie z zestawem do pomiaru ciśnienia składającym się z przetwornika tensometrycznego, wzmacniacza, przetwornika analogowo-cyfrowego i komputera osobistego. Oprogramowanie umożliwiało pomiar ciśnienia tętniczego skurczowego, rozkurczowego, częstości skurczów serca (HR) oraz obliczenia średniego ciśnienia tętniczego (MAP) z pola pod krzywą zapisu fali ciśnienia. Po usunięciu mandrynu z rurki kierunkowej wprowadzono do niej metalową kaniulę połączoną z cewnikiem z mikrostrzykawką. Koniec kaniuli znajdował się tuż poniżej końca rurki kierunkowej. Po okresie stabilizacji wartości ciśnienia i częstości skurczów serca, co zwykle trwało około 30 minut, rozpoczęto doświadczenie. Podawano 10 ng wazopresyny w 5 ml sztucznego płynu mózgowo-rdzeniowego w 20 sekundowej infuzji. Przez 60 minut po podaniu AVP rejestrowano MAP i HR. Od następnego dnia po doświadczeniu podawano szczurom jako jedyny płyn do picia 1,5% chlerek sodu. Po siedmiu dniach diety wysokosodowej powtórzono doświadczenie według tego samego schematu. Do porównania przebiegu zmian pomiędzy badanymi grupami użyto wieloczynnikowej analizy wariancji. Indywidualne różnice porównano testem t-Studenta.

## WYNIKI

Podanie do picia 1,5% NaCl powodowało średni wzrost spożycia sodu o  $12 \pm 1,5$  mmol na dobę. Dokomorowe podanie wyłącznie sztucznego płynu mózgowo-rdzeniowego nie zmieniło ani MAP ani HR.

Porównanie przebiegu MAP nie wykazało statystycznie istotnych różnic w

odpowiedzi presyjnej na ośrodkowo podaną wazopresynę między doświadczeniami kontrolnymi a wykonanymi po diecie wysokosodowej. Wieloczynnikowa analiza wariancji wykazała natomiast znamienne różnice w przebiegu HR. W doświadczeniach kontrolnych podanie dokomorowo 10 ng AVP powodowało przyspieszenie częstości skurczów serca począwszy od 8 min do 13 min. W warunkach diety wysokosodowej, AVP nie powodowało istotnych zmian częstości skurczów serca podczas całego okresu obserwacji.

## DYSKUSJA

Przedstawione dane świadczą o tym, że u szczurów normotensyjnych dieta bogatosodowa w istotny sposób modyfikuje odpowiedź układu krążenia na dokomorowo podaną wazopresynę. U zwierząt na zwykłej diecie ośrodkowe podanie AVP powodowało statystycznie istotny wzrost częstości skurczów serca, natomiast u zwierząt na diecie wysokosodowej tachykardia nie występowała.

Wykonane poprzednio doświadczenia z ośrodkowym podaniem wazopresyny argininowej u szczurów normotensyjnych wskazują, że w zależności od miejsca podania oraz dawki, AVP może powodować zarówno tachykardię (3, 4, 7, 10) jak i bradykardię (1, 10). Podobnie jak u innych autorów, tak i w tej pracy, dokomorowe podanie AVP w warunkach podstawowych powodowało wystąpienie tachykardii.

Obserwowany przez nas efekt zniesienia tachykardii po dokomorowym podaniu wazopresyny w warunkach diety wysokosodowej jest interesujący. Można sądzić, że jest to mechanizm przystosowawczy, zapobiegający zwiększeniu pojemności minutowej serca, a przez to nadmiernym wzrostem ciśnienia tętniczego. Wyniki naszej pracy nie pozwalają na wyjaśnienie mechanizmu tych zmian ale jest prawdopodobne, że odpowiada za niezmniejszenie liczby receptorów wazopresynowych (tzw. zjawisko down regulation) w niektórych rejonach ośrodkowego układu nerwowego odpowiedzialnych za regulację czynności układu krążenia.

## Literatura

1. Bohus B., C.A.M. Versteeg, W. de Jong, K. Cransberg, and J.G. Kooy. Neurophysial hormones and central cardiovascular control. *The Neurohypophysis: Structure, Function and Control*, 1983, 445-457.



2. Januszewicz W., M. Sznajderman, E. Szczepańska-Sadowska. Nadciśnienie tętnicze. PZWL, 1993, 203.
3. Martinez-Arizala A., J.W. Holaday, and J.B. Long. Cardiovascular responses to intrathecal vasopressin in conscious and anesthetized rats. *Am. J. Physiol.* 256: R193–R200, 1989.
4. Matsuguschi H., F.M. Sharabi, F.J. Gordon, A.K. Johnson, and P.G. Schmid. Blood pressure and heart rate responses to microinjection of vasopressin into the nucleus tractus solitarius region of the rat. *Neuropharmacology* 21: 687–693, 1982.
5. Mohring J., Schoum J., Klinz J., McNeill R.: Decreased vasopressin content in brainstem of rats with spontaneous hypertension. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol* 1980: 315: 83–84.
6. Oparil S., R-H. Yang, H. Jin, J.M. Wyss, and Y-F. Chen. Central mechanisms of hypertension. *Am J Hypertens*, 1989; 2: 474–482.
7. Stępniakowski K., A. Budzikowski, S. Łoń, E. Szczepańska-Sadowska. Central ANP attenuates pressor responses to central AVP in WKY and SHR. *Brian Research Bulletin*, 27: 347–349, 1991.
8. Szczepańska-Sadowska E. Udział wazopresyny w regulacji ciśnienia tętniczego i patogenezie nadciśnienia tętniczego. *Kardiologia Polska*, 1985, 28, 807–818.
9. Szczepańska-Sadowska E., B. Noszczyk, S. Łoń, K. Stępniakowski, A. Budzikowski, P. Paczwa. Central AVP and blood pressure regulation. Relevance to interspecies differences and hypertension. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 689: 677–679, 1993.
10. Zerbe R.L. Studies on the central cardiovascular effects of vasopressin. *Peptides* 6, Suppl. 2: 65–68, 1985.

## E. Flak, Ł. Koperski, A. Madej

### **Wpływ etanolu na aktywność jodotyroninowej 5' dejdynazy w wątrobie szczura**

*SKN przy Klinice Endokrynologii AM w Warszawie*  
*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Janusz Nauman*  
*Opiekun Koła: dr hab. med. Ewa Bar-Andziak*  
*Opiekun pracy: dr hab. Alicja Nauman*

## WPROWADZENIE

Wpływ etanolu na wydzielanie i aktywność hormonów takich jak insulina, glikokortykosteroidy, hormony osi podwzgórzowo-przysadkowej, czy też hormony jelitowe był uprzednio przedstawiany, brak natomiast szczegółowych

danych o wpływie etanolu na czynność gruczołu tarczowego i obwodowy metabolizm hormonów tarczycy.

Głównym narządem, biorącym udział w przemianach etanolu w ustroju, jest wątroba (ryc. 1), w której enzym, dehydrogenaza alkoholowa, utlenia

## Metabolizm etanolu w ustroju

### Wątroba

utlenianie przy udziale  
dehydrogenazy alkoholowej  
(70%)

wydalanie w niezmienionej  
postaci  
(14%)

utlenianie w mikrosomalnym  
układzie oksydacyjnym  
(15%)

utlenianie przy udziale  
katalazy  
(1%)

około 70% wchłoniętego alkoholu. Dalsze 15% podlega działaniu mikrosomalnego układu oksydacyjnego, powodując przy tym jego stymulację.

Wątroba, obok ośrodkowego układu nerwowego, jest również narządem najbardziej wrażliwym na działanie etanolu, które przejawia się upośledzeniem procesów utleniania komórkowego, a przy przewlekłym jego podawaniu prowadzi do stłuszczenia i marskości.

Jak wiadomo wątroba jest również głównym narządem, w którym przebiega konwersja nieaktywnego prohormonu tarczycy, tyroksyny ( $T_4$ ) do jego aktywnej postaci, trijodotyroniny (T). Reakcję tę katalizują enzymy, dejodynazy, z których jeden, dejodynaza typu I znajduje się między innymi w wątrobie. Jest to enzym niespecyficzny, gdyż obok reakcji konwersji toksyny do trijodotyroniny, przeprowadza reakcję odjodowania toksyny do revers-trijodotyroniny ( $rT_3$ ), metabolitu regulatorowego. Kofaktorami tych reakcji są ditiole.

Celem pracy było zbadanie wpływu przewlekle podawanego etanolu na aktywność 5'-dejodynazy typu I, kluczowego enzymu w produkcji aktywnego hormonu tarczycy, trijodotyroniny ( $T_3$ ) w wątrobie szczura.

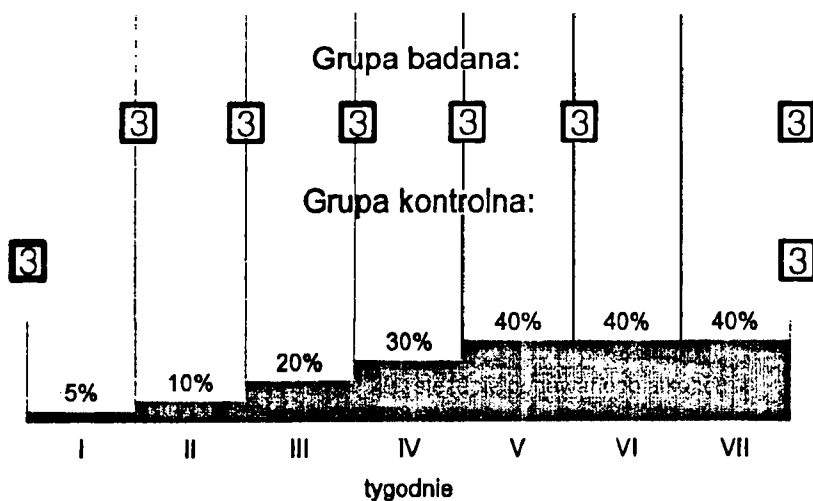
## MATERIAŁY I METODY

Doświadczenie przeprowadzono na 24 szczurach szczepu Wistar, młodych, zdrowych samicach, o początkowej masie ciała około 100 g. Zwierzęta podzielono na dwie grupy: kontrolną – 6 szczurów i badaną – 18 szczurów.

Wszystkie zwierzęta otrzymywały standardową dietę laboratoryjną, a do picia: grupa kontrolna – wodę ad libitum, zaś grupa badana – etanol w rosnącym stężeniu, odpowiednio w pierwszym tygodniu doświadczenia 5% etanol, w drugim 10%, w trzecim 20%, w czwartym 30%, a w piątym, szóstym i siódmym tygodniu 40% etanol (ryc. 2).

## Metody

### Schemat doświadczenia



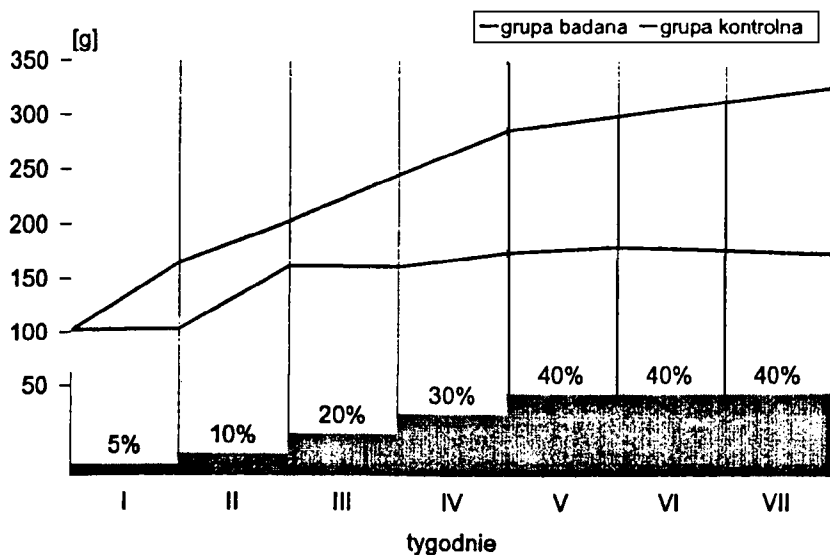
Przed rozpoczęciem doświadczenia i w każdym punkcie czasowym wszystkie zwierzęta ważono. W grupie kontrolnej w pierwszym i ostatnim dniu doświadczenia zwierzętom pobierano krew, a także dekapitowano odpowiednio po trzy osobniki. W grupie badanej w każdym punkcie czasowym zwierzętom także pobierano krew, w której metodą immunoenzymatyczną oznaczano poziom wolnej tyroksyny (FT<sub>4</sub>) i wolnej trijodotyroniny (FT<sub>3</sub>), a

także dekapitowano trzy losowo wybrane osobniki. Następnie pobierano i homogenizowano narządy. Z homogenatów wątroby izolowano frakcję mikrosomalną metodą ultrawierowania. Potem oznaczano białko we frakcji mikrosomalnej metodą Bradforda, a także aktywność 5'-dejdynazy typu I metodą chromatografii jonowymiennej.

## WYNIKI

W ciągu całego doświadczenia obserwowano spadek tempa przyrostu masy ciała zwierząt pijących etanol w porównaniu z grupą kontrolną. W ostatnim, 49 dniu doświadczenia, przeciętna masa ciała szczura grupy badanej stanowiła zaledwie 40% przeciętnej masy ciała szczura grupy kontrolnej (ryc. 3).

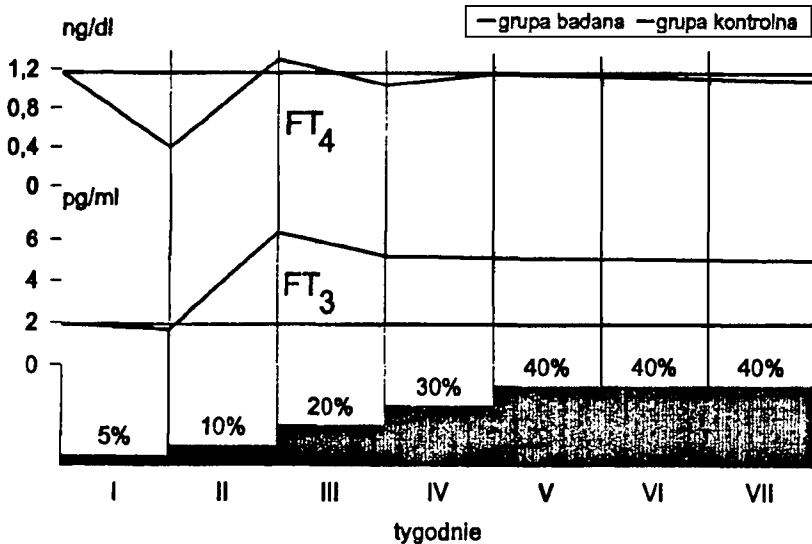
### Masa ciała szczurów w trakcie doświadczenia



Badano także poziom wolnej tyroksyny (FT<sub>4</sub>) i wolnej trijodotyroniny (FT<sub>3</sub>) w surowicy krwi (ryc. 4).

Poziom wolnej tyroksyny po 7 dniach doświadczenia spadł, a następnie wzrósł i oscylując w przedziale wartości 1.0–1.2 ng/dl. utrzymywał się do końca doświadczenia.

### Wpływ etanolu na stężenia $FT_4$ i $FT_3$ w surowicy szczura



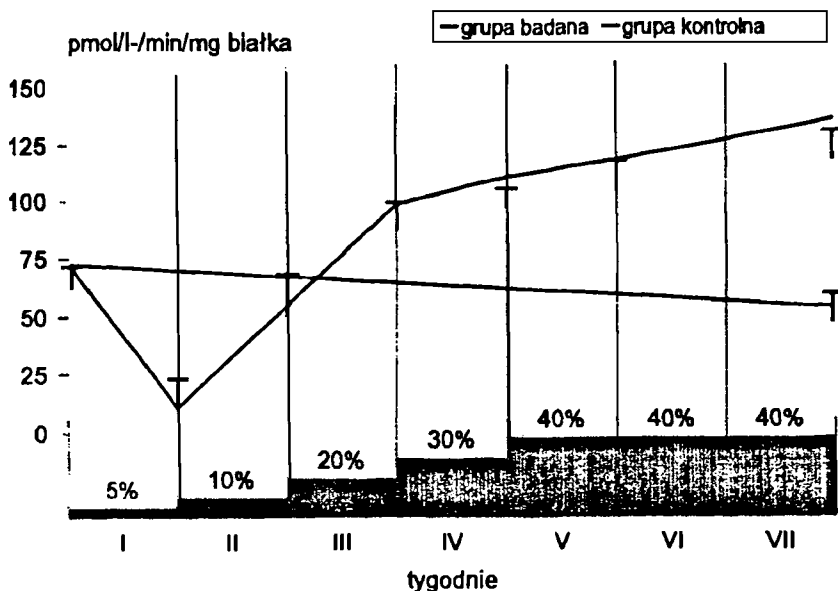
Początkowy spadek poziomu hormonu był prawdopodobnie wynikiem stresu, jakim dla zwierząt była zmiana diety oraz zabiegi wykonywane w trakcie doświadczenia.

Poziom wolnej trijodotyroniny ( $FT_3$ ) wzrósł wyraźnie po 14 dniach doświadczenia i oscylując wokół wartości 6 pg/ml utrzymywał się do końca doświadczenia.

Wzrost poziomu wolnej trijodotyroniny mógł być związany z obserwowanym nasileniem procesów katabolicznych, a także ze spadkiem nośników białkowych dla hormonów tarczycy w surowicy krwi, gdyż jak wiadomo, przewlekłe podawanie etanolu upośledza syntezę białka w wątrobie.

Przed podawaniem etanolu oraz w grupie kontrolnej aktywność  $5'$ -dejdonyazy typu I wynosiła średnio  $72.26 \pm 8.0$  pmol  $J^2/min/mg$  białka mikrosomalnego (ryc. 5). W grupie badanej po pierwszych 7 dniach doświadczenia aktywność ta obniżyła się do  $10.56 \pm 7.3$  pmol  $J^2/min/mg$ , a następnie zaczęła sukcesywnie wzrastać, osiągając kolejno wartości:  $54.82 \pm 17.8$ ,  $98.51 \pm 72.9$ ,  $110.3 \pm 4.0$ ,  $118.3 \pm 12.1$  i  $135.7 \pm 46.2$  pmol  $J^2/min/mg$  białka mikrosomalnego.

## Wpływ etanolu na aktywność 5'-D-I w wątrobie szczura



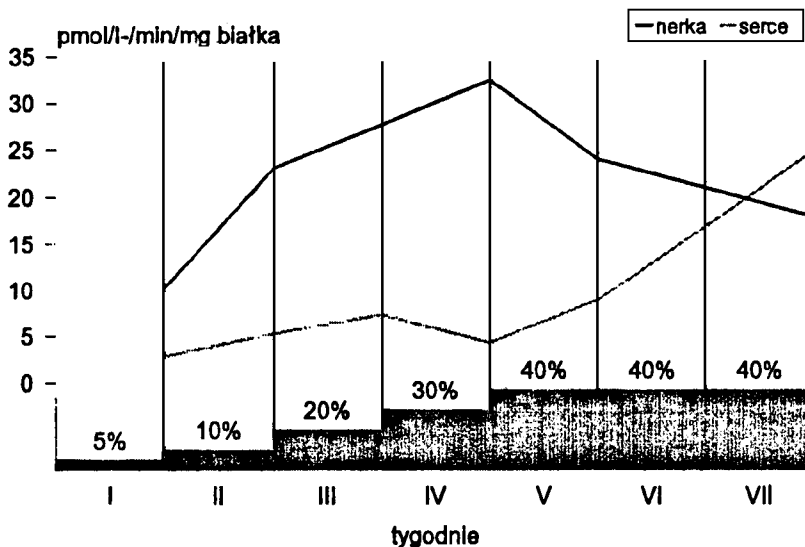
W grupie zwierząt kontrolnych aktywność 5'-dejdynazy nieco obniżyła się, co może być fizjologicznym objawem starzenia się zwierząt (ryc. 5).

Przebieg aktywności 5'-dejdynazy typu I jest sporym zaskoczeniem, gdyż przy tak nasilonych objawach kacheksji, a co za tym idzie, przy prawdopodobnym niedoborze kofaktorów tionowych, można się było raczej spodziewać spadku aktywności enzymu. Okazało się jednak, że etanol, aktywując szlaki enzymatyczne w wątrobie, przyczynia się również do wzrostu aktywności 5'-dejdynazy.

Doświadczenie było prowadzone dalej i w tym miejscu dodatkowo chcemy przedstawić przebieg aktywności 5'-dejdynazy typu I w sercu i nerce szczura. Nerka bowiem jest obok wątroby drugim ważnym narządem, w którym przebiega konwersja prohormonu, tyroksyny ( $T_4$ ) do aktywnego hormonu, trijodotyroniny ( $T_3$ ) (ryc. 6).

W nerce aktywność dejdynazy początkowo wzrosła, następnie zaś obniżyła się. Obserwowany spadek może być rezultatem włączenia się mechanizmów autoregulacyjnych, mających na celu obronę organizmu przed nadmierną produkcją trijodotyroniny.

## Wpływ etanolu na aktywność 5'-D-I w nerce i sercu szczura



W sercu, gdzie fizjologiczna aktywność 5'-dejdynazy typu I jest znacznie mniejsza, a procesy autoregulacyjne nie są tak bardzo wyrażone, począwszy od 4 tygodnia doświadczenia obserwowany był wzrost aktywności enzymu.

### PODSUMOWANIE

W trakcie całego doświadczenia zaobserwowano, że przewlekłe podawanie etanolu szczurom powoduje:

- 1) znaczny niedobór masy ciała w porównaniu z grupą kontrolną,
- 2) wzrost aktywności 5'-dejdynazy typu I we frakcji mikrosomalnej wątroby,
- 3) wzrost stężenia wolnej trijodotyroniny (FT<sub>3</sub>) w surowicy krwi.

### WNIOSEK

Przewlekłe podawania etanolu zwiększa aktywność 5'-dejdynazy typu I i przyczynia się do nadprodukcji T<sub>3</sub> w wątrobie, co może nasilać procesy kataboliczne, typowe dla przewlekłego nadużywania alkoholu.

**Mariusz Radomski\***

**Komputerowe systemy dydaktyczne w medycynie\*\*  
Komentarz dyskusyjny**

Na V Konferencji Naukowej Studenckiego Towarzystwa Naukowego, koledzy ze Studenckiego Koła Naukowego Informatyki Medycznej prezentowali prace dotyczące komputerowych programów dydaktycznych.

W artykule tym pragnę podzielić się moją opinią na temat tych programów.

Jak łatwo zauważyć, autorzy tych programów przyjęli najprostszy model systemu. Przedstawione prace były po prostu multimedialnymi bazami danych, zawierającymi gotowe informacje połączone w sposób deterministyczny ze sobą. Pierwsza wada takiego rozwiązania jest taka, iż przy wielokrotnej współpracy z programem, narzędzie wprowadza studenta w głęboką rutynę i automatyzm. Łatwo bowiem ulec w takim momencie takiemu złudzeniu, że określony zbiór objawów w sposób deterministyczny, a więc obligatoryjny implikuje daną jednostkę chorobową. Jednak po chwili zastanowienia można stwierdzić, że w rzeczywistości do każdego objawu (zbioru objawów) można przypisać pewną liczbę, która określa prawdopodobieństwo diagnozy danej choroby. Posłużmy się przykładem. Rozważmy trywialny katar. Wiadomo, że z prawdopodobieństwem np. 0,8 (80%) możemy z niego wnioskować o zwykłej infekcji nosa, ale np. z prawdopodobieństwem np. 0,4 można wnioskować o alergii, a z  $p = 0,1$  o przewlekłym zapaleniu zatok. Oczywiście wraz ze wzrostem liczności zbioru objawów wzrasta prawdopodobieństwo diagnozy. Jednak z uwagi na niejednoznaczność przekształcenia przestrzeni objawów w przestrzeń chorób (co w mowie potocznej oznacza, iż każdy pacjent jest inny), nasze wnioskowanie nigdy nie będzie ściśle deterministyczne ( $z p = 1$ ). Mając zatem sformułowany w ten sposób model objawów (względnie trywialny), można stosując aparat matematyczny – znajdować najbardziej prawdopodobną diagnozę. Postępowanie zaś deterministyczne gubi ważny, ale rzadko podkreślany proces różnicowania objawu. Ten sposób umożliwiłby większą uniwersalność programu, gdyż być może pozwoliłby na symulację diagnozy każdego pacjenta na podstawie danych z karty leczenia.

Druga moja uwaga dotyczy projektowania leczenia. Otóż te programy wydały mi się jakby nie dokończone. Szanowni Twórcy zapomnieli o poprawnym doborze leczenia. Myślę, że w dobie dynamicznego rozwoju farmako-



logii, należałoby wprowadzić do medycyny nowe pojęcie – leczenie optymalne. Przez to określenie rozumiem dobór takiego leczenia, które maksymalizuje efekty terapeutyczne, przy jednoczesnej minimalizacji skutków ubocznych. Rzeczywista realizacja tego programu podejmowana przez lekarza może odbywać się w dwóch formach. Jeżeli mamy do czynienia z leczeniem szpitalnym, zazwyczaj posiadamy dokładny obraz stanu zdrowia pacjenta. Wtedy już przy projektowaniu terapii można dokonywać takiego wyboru leku, który nie uszkadzałby innego, często też chorego narządu. Natomiast w przypadku leczenia ambulatoryjnego, gdy często posiadamy badania dość szczątkowe, wydaje się być znacznie efektywny tzw. algorytm repetycyjny. Proponujemy optymalne leczenie ze względu na skuteczność terapii, następnie analizując działanie uboczne leków, powracamy do wywiadu sprawdzając, czy nie pogorszą stanu innego chorego narządu.

Z łatwością też można zauważyć, że mamy tu też zmienny horyzont czasowy, względem którego optymalizujemy. Jest on znacznie krótszy w przypadku np. interwencji w ostrym zaburzeniu rytmu serca, a znacznie dłuższy w przypadku leczenia np. hormonem wzrostu.

Z przykrością stwierdzam, że ten problem umknął przy realizacji tego programu, choć przecież wystarczyło do każdego leku dołożyć informacje o jego skutkach ubocznych i losowo powiązać z jakimś pacjentem (rozbudować mu listę niedomogów). Niestety ten problem umyka też wielu autorom podręczników.

Nie jest już dzisiaj sztuką leczyć pacjenta, ale sztuką jest leczyć go optymalnie. Sztuka ta z uwagi na dużą liczbę leków staje się już nie taka banalna i stąd kolejny przyczynek do ukłonu w stronę inteligentnej informatyki.

Ostatni problem godny poruszenia jest bardzo przyziemny i ma naturę problemu komercyjnego. Jeżeli bowiem oprogramowanie pretenduje do rangi programu edukacyjnego, powinno być masowo dostępne. Jak wskazuje analiza rynku komputerowego w Polsce, znikoma część użytkowników prywatnych i publicznych posiada komputery typu Macintosh. Również można zauważyć, że poza programem kardiologicznym, który wykorzystywał możliwości audiokomputera, inne z równym powodzeniem mogły być pisane na popularne komputery klasy IBM PC np. z dziedziny endokrynologii, ginekologii, neurologii. Otwarta architektura tych komputerów, w razie potrzeby też może być wzbogacona o kartę dźwiękową. Myślę, że powinniśmy dążyć do

tego, by w księgarniach oprócz książek znalazła się półka z dyskietkami, które również szybko będą znikać ze sklepu.

Wyrażam głęboką nadzieję, że poczynione krytyczne uwagi z mojej strony przyczynią się do wzrostu zainteresowania i zwiększenia tempa rozwoju tej dziedziny na Akademii Medycznej w Warszawie.

---

\* Autor jest studentem IV roku Politechniki Warszawskiej Wydziału Elektroniki

\*\* Artykuł jest komentarzem do cyklu prac poświęconych komputerowym programom dydaktycznym; autorzy kol.kol.: R. Radomski, A. Osuch, I. Capała, A. Zgierska-Kubica, J. Kosiaty, K. Sikorska

## M. Wojtasik, A. Nyc, K. Nerlo, E. Niezgoda

### Odporność komórkowa u chorych z żółtaczką mechaniczną

*SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej A.M.  
w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Bruno Szczygieł*

*Opiekun Koła i pracy: dr hab. med. Robert Słowiński*

Zabiegi operacyjne wykonywane u chorych z żółtaczką mechaniczną są obciążone wysokim zagrożeniem powikłaniami pooperacyjnymi. Dotyczy to przede wszystkim chorych z długo trwającą żółtaczką i rakiem głowy trzustki. Jednym z istotnych czynników zwiększających zagrożenie wystąpieniem tych powikłań mogą być zaburzenia odporności. Wiadomo, że nie tylko choroba nowotworowa, ale także czynność wątroby ma istotny wpływ na komórki układu immunologicznego.

Celem pracy było ustalenie, czy istnieje zależność między wybranymi parametrami odporności komórkowej i humoralnej a przyczyną żółtaczki mechanicznej, czasem jej trwania oraz stężeniem bilirubiny we krwi. Dodatkowo badano także odporność w okresie pooperacyjnym.

## MATERIAŁ I METODYKA

W ocenie zaburzeń odporności brano pod uwagę liczbę rozetujących limfocytów (test teofilinowy), zahamowanie migracji limfocytów po różnych

stężeniach PHA i Con A, stężenie immunoglobulin G, A, M w osoczu oraz nadwrażliwość typu późnego badaną testem skórny (Multitest DMI). Badania przeprowadzono u 40 chorych (ryc. 1).

---

## MATERIAŁ

---

### ŻÓŁTACZKA MECHANICZNA

40 chorych: 15K ; 25M ; WIEK : 41 - 80 lat

#### GRUPA 1 - 28 chorych

- KAMICA ŻÓŁCIOWA : 10    RAK TRZUSTKI I DRÓG ŻÓŁCIOWYCH : 18
- STĘŻENIE BILIRUBINY  
  ~ do 5 mg % : 9    ~ do 10 mg % : 10    ~powyżej 10 mg % : 8
- CZAS TRWANIA ŻÓŁTACZKI  
  ~ do 14 dni : 9    ~ powyżej 2 tygodni : 18

#### GRUPA 2 - operowani - 12 chorych

~ kamica żółciowa : 5    ~ rak trzustki : 7

U 28 oceniono zależność między wymienionymi parametrami odporności a przyczyną żółtaczki mechanicznej, czasem jej trwania oraz stężeniem bilirubiny we krwi. Wyniki badań poddano analizie statystycznej (test t-Studenta). U 12 chorych badania powtórzono w 14 dni po operacji.

### WYNIKI

U wszystkich chorych z żółtaczką mechaniczną odporność komórkowa badana testami rozetowymi i skórny była istotnie obniżona ( $p < 0,05$ ). Nie stwierdzono istotnych różnic odporności komórkowej między porównywanymi grupami chorych. W obu grupach stwierdzono nieprawidłową odpowiedź na wyższe stężenie Con A. Nie stwierdzono również istotnych różnic w badaniach odporności w zależności od czasu trwania żółtaczki. Natomiast wyniki badań odporności w zależności od stężenia bilirubiny wykazały, że wraz ze wzrostem stężenia bilirubiny spada odporność komórkowa, natomiast nie zmienia się humoralna. Dotyczy go głównie liczby limfocytów w teście rozetkowym (tab. 1, ryc. 2).

Tabela 1  
WYNIKI BADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD STĘŻENIA BILIRUBINY – do 5 mg% – 9 pacjentów

	AREC	AREC-T	TRFC	TRFC-T	K	PHA10	PHA20	CNA20	CNA40	IgA	IgG	IgM	Test CMI (+)/(-)
$\bar{x}$	530.99	548.51	439.42	518.57	4.18	0.67	0.83	0.76	0.89	3.54	20.98	2.15	3/6
SD	271.99	287.24	181.10	195.41	0.79	0.05	0.06	0.04	0.04	1.72	10.31	1.17	

WYNIKI BADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD STĘŻENIA BILIRUBINY – do 10 mg% – 9 pacjentów

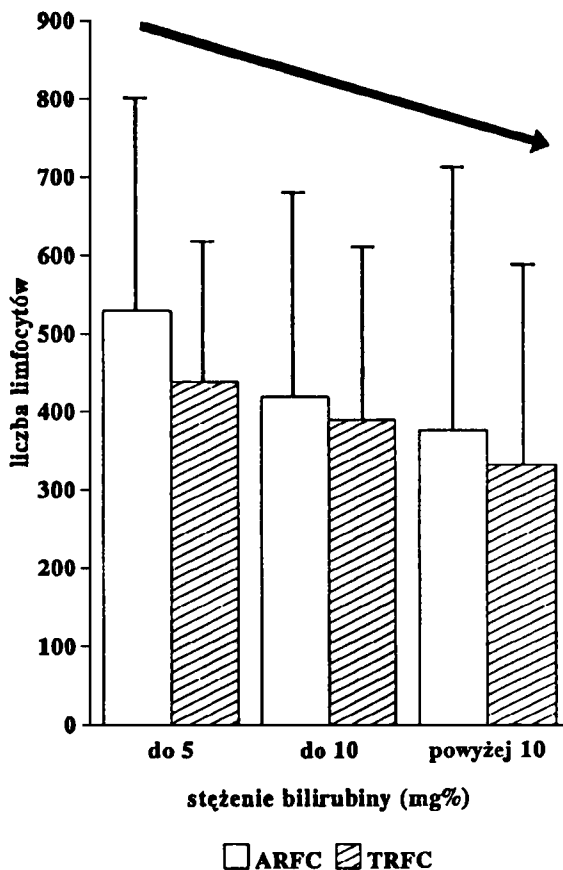
	AREC	AREC-T	TRFC	TRFC-T	K	PHA10	PHA20	CNA20	CNA40	IgA	IgG	IgM	Test CMI (+)/(-)
$\bar{x}$	419.88	351.91	390.07	368.13	4.70	0.64	0.79	0.74	0.89	3.46	12.80	1.80	1/8
SD	265.06	240.59	225.63	173.01	1.87	0.06	0.09	0.05	0.04	1.14	7.20	0.87	

WYNIKI BADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD STĘŻENIA BILIRUBINY – powyżej 10 mg% – 8 pacjentów

	AREC	AREC-T	TRFC	TRFC-T	K	PHA10	PHA20	CNA20	CNA40	IgA	IgG	IgM	Test CMI (+)/(-)
$\bar{x}$	376.98	341.16	332.21	327.67	3.96	0.65	0.74	0.73	0.89	3.91	17.10	1.71	1/7
SD	331.63	333.01	258.01	261.73	0.67	0.11	0.11	0.11	0.06	1.66	8.93	0.79	

### WYNIKI

#### Zależność liczby limfocytów od stężenia bilirubiny



U 12 operowanych obserwowano zmiany odporności komórkowej związane z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym. Przed zabiegiem u 9 chorych wyniki testu skórniego były ujemne, co u 7 osób korelowało z obniżeniem liczby limfocytów T. Po operacjach u 11 chorych uzyskano spadek stężenia bilirubiny we krwi, z towarzyszącym u 7 osób wzrostem liczby limfocytów T, a u 8 wzrostem wskaźnika migracji. Spadek liczby limfocytów T pomimo

Tabela 2  
WYNIKI BADAŃ U 12 OPEROWANYCH CHORYCH

Liczba osób	Operacja	Średnie st. bilirubiny (mg%)	Średnia liczba limfocytów (test teofilinowy)				Średni współczynnik zahamowania migracji limfocytów			
			ARFC	ARFC-T	TRFC	TRFC-T	Con A 20	Con A 40	PHA 10	PHA 20
7	Przed	6,32	504	441	417	404	0,72	0,88	0,62	0,76
	Po	4,38	934	1014	899	823	0,78	0,9	0,67	0,86
1	Przed	22,5	975	1071	771	835	0,8	0,92	0,76	0,84
	Po	26,1	595	879	539	822	0,83	1,0	0,66	0,91
4	Przed	5,26	691	585	616	646	0,78	0,92	0,68	0,79
	Po	3,19	314	438	304	339	0,8	0,89	0,75	0,89

Pacjenci, u których obecne były schorzenia takie jak: cukrzyca, marskość wątroby, infekcje, uogólniony proces nowotworowy.

spadku stężenia bilirubiny we krwi obserwowano po operacji u 4 osób. Byli to chorzy z cukrzycą, marskością wątroby, zakażeniami pooperacyjnymi oraz po paliatywnym zabiegu operacyjnym z powodu uogólnionego procesu nowotworowego (tab. 2)

## WNIOSKI

U chorych z żółtaczką mechaniczną ma miejsce obniżenie odporności komórkowej zależne od stężenia bilirubiny we krwi, a w mniejszym stopniu od przyczyny i czasu trwania żółtaczki, co może przemawiać za istotnym wpływem czynności wątroby na układ immunologiczny.

U 60 chorych po operacji stwierdzono wzrost odporności komórkowej, co przemawia za tym, że leczenie operacyjne polegające na odzłóceniu chorego i usunięciu zmiany nowotworowej ma istotny wpływ na odporność komórkową.

Rutynowe oznaczanie wybranych parametrów odporności komórkowej u chorych z żółtaczką mechaniczną i zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych może być pomocne w okołooperacyjnym monitorowaniu tych chorych.

## Gustaw Lech

### Zaburzenia odporności komórkowej u chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit w odległym czasie po operacji

*SKN przy Katedrze i Klinice Gastroenterologicznej AM w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Bruno Szczygieł*

*Opiekun Koła: dr hab. med. Robert Słotwiński*

*Opiekun pracy: dr hab. med. Robert Słotwiński*

Choroba Leśniowskiego-Crohna (c. L.-C.) i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (w.z.j.g.) tworzą grupę tzw. nieswoistych zapaleń jelit, których etiopatogeneza w znacznym stopniu uwzględnia zaburzenia immunologiczne. Wcześniejsze badania wykazały istotne obniżenie odporności komórkowej u chorych przed i w krótkim okresie czasu po operacjach, obarczonych nadal wysokim ryzykiem nawrotów choroby.

Celem pracy była ocena odporności komórkowej u chorych z c. L.-C. i w.z.j.g. w odległym czasie po leczeniu chirurgicznym ( $x = 3,5$  roku).

Badaniami objęto grupę 12 chorych w wieku 5–55 lat ( $x = 32,5$  lat), w tym 10 operowanych z powodu c. L.-C. i 2 z powodu w.z.j.g., obserwowanych w okresie 1–5 lat po zabiegu operacyjnym. Stan odporności komórkowej oceniano w oparciu o badania liczby limfocytów T tworzących rozetki aktywne (ARFC) i całkowite (TRFC) w teście teofilinowym, test zahamowania migracji leukocytów po różnych stężeniach mitogenów (fitohemaglutynina – PHA i konkanawalina A – ConA), badania odsetka subpopulacji limfocytów T CD 4, CD 8, CD 56 i komórek z antygenem HLA-DR (u 9 chorych), oraz badanie skórnej nadwrażliwości typu późnego, oznaczanej testem Multitest CMI. U wszystkich chorych wyżej wymienione badania wykonano równolegle. Wyniki poddano analizie statystycznej testem t-Studenta.

U 8 (66%) chorych stwierdzono obniżony poziom limfocytów T ( $p < 0,05$ ), w tym u 6 (50%) chorych liczba rozetek ARFC i TRFC była niższa (norma: ARFC =  $1050 \pm 525$ , TRFC =  $1345 \pm 510$ ). U 10 (83%) chorych notowano brak zahamowania migracji leukocytów po mitogenach, zwłaszcza po wy-

ższym stężeniu ConA. Testy skórnej nadwrażliwości typu późnego u 6 (50%) chorych były ujemne. Obniżenie liczby limfocytów CD 4 notowano u 8 (89%) spośród 9 chorych, a wzrost liczby komórek z antygenem HLA-DR u 6 (66%) chorych. Spośród 9 chorych u 5 występują nadal biegunki, u 2 niezagojone przetoki i ropnie okołodbytnicze, a u 1 chorej anemia i częste, nawracające infekcje górnych dróg oddechowych.

Wyniki badań wskazują na utrzymujące się, pomimo leczenia chirurgicznego, zaburzenia odporności komórkowej u części chorych z c. L.-C. Mogą być one czynnikiem sprzyjającym nawrotom choroby oraz mogą wskazywać na toczący się nadal w błonie śluzowej jelita przewlekły proces zapalny. Z uwagi na wysoki odsetek nawrotów choroby chorzy wymagają kontrolnej diagnostyki endoskopowej i ewentualnego leczenia farmakologicznego.

## **Jarosław Kalbarczyk, Adam Szczęsny**

### **Metycylino – odporne szczepy *Staphylococcus* sp. u studentów III roku – wrażliwość na mupirocynę**

*SKN przy Zakładzie Bakteriologii Klinicznej A.M. w Warszawie*

*Kierownik Zakładu*

*i opiekun Koła: prof. dr hab. med. Felicja Meisel-Mikołajczyk*

*Opiekun pracy: dr n. med. Gajane Martirosian*

#### **WSTĘP**

Gronkowce od wielu lat stanowią poważny problem w medycynie, w związku z wywoływaniem zakażeń szpitalnych. W ostatnim czasie szczególną uwagę zwraca się na szczepy metycylino-oporne, a więc odporne na antybiotyki B-laktamowe. To właśnie owe szczepy wywołują najniebezpieczniejsze zakażenie gronkowcowe.

Celem pracy było sprawdzenie, czy studenci III roku posiadają w nosogardzieli szczepy metycylino-oporne i czy owe szczepy są wrażliwe na mupirocynę.



## MATERIAŁY I METODY

Od populacji 123 osób, za pomocą wacików zwilżonych izotonicznym NaCl, zostały pobrane wymazy z nosogardzieli i posiane na podłożu Chapmana (wybiórczo-różnicującym stosowanym dla gronkowców). Po inkubacji w temp. 37°C i warunkach tlenowych przez okres 24–48 godz., wyizolowano czyste hodowle gronkowców. Celem wykonania testu na koagulazę, została sporządzona zawiesina gronkowców w osoczu króliczym, którą następnie inkubowano w temp. 37°C. Jednocześnie określono wrażliwość na antybiotyki metodą dyfuzyjno-krażkową. Wrażliwość szczepów na mupirocynę zbadano na podłożu M-H z dodatkiem 5% NaCl. Szczepy określono jako wrażliwe, średnio-wrażliwe i odporne na podstawie średnicy zahamowania wzrostu.

## WYNIKI

Ze 123 przebadanych osób gronkowca stwierdzono u 61% populacji (75 osób). Szczepy koagulazododatnie stanowiły 20%, a koagulazoujemne 80% wszystkich wyizolowanych. Spośród 15 szczepów *Staphylococcus aureus* nie zaobserwowano opornych na metycylinę, natomiast spośród 60 szczepów koagulazo (–) były metycylino-oporne. Wszystkie wyhodowane szczepy *Staphylococcus sp.* były wrażliwe na mupirocynę (Bactroban).

## WNIOSKI I DYSKUSJE

Zaledwie 16% studentów III roku posiadało w nosogardzieli szczepy gronkowca złociste i wśród owych szczepów nie było ani jednego metycylino-opornego. Natomiast spośród szczepów koagulazo (–) zaobserwowano 6,7% szczepów metycylino-opornych, a więc tych, o które nam szczególnie chodziło. Przez długi czas sądzono, że największe zagrożenie w związku z zakażeniem stanowią gronkowce złociste. Jednakże obecnie coraz bardziej docenia się rolę szczepów koagulazo (–), w szeregu których wzrasta liczba metycylino-opornych (opornych na wszystkie antybiotyki B-laktamowe). Dlatego też warto podkreślić dużą skuteczność mupirocyny (Bactroban) w zwalczaniu gronkowców metycylino-opornych.

## Piotr Radwan, Edyta Weisłak, Marta Wysocka

### Trudności klinicystów w oczach anatomopatologa

*SKN przy Zakładzie Anatomii Patologicznej A.M.*

*Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Stefan Kruś*

*Opiekun Koła i pracy: prof. dr hab. Stefan Kruś*

*Motto: Człowiekiem niezwykle oddanym ówczesznie Pani Docent Janinie Dąbrowskiej w Szpitalu Przemienienia Pańskiego był laborant sekcyjny, Pan Czesio. Pani Docent zawsze bardzo oczekiwała uczestnictwa lekarzy w autopsjach. Aby zapewnić odpowiednią frekwencję Pan Czesio szedł na Oddziały A i B i głośno obwieszczał „Jest sekcja z Oddziału C. Nic się nie zgadza” (z archiwum pamięci Stefana Krusia).*

Celem pracy była ocena częstości rozbieżności rozpoznania klinicznego i autopsyjnego i zorientowanie się, w jakich chorobach najczęściej dochodziło do błędów. Praca ma charakter orientacyjny, bo ustalenie, czy błąd był usprawiedliwiony, czy nie, byłoby możliwe po analizie każdego przypadku z osobna.

**Tabela**  
**Odsetek rozpoznani niezgodnych**

Pobyt	1–2 dni		3–14 dni		powyżej 14 dni	
Zawał m. sercowego	22/71	31%	43/72	60%	12/15	80%
Zator tętnicy płucnej	3/6	50%	17/22	77%	8/10	80%
Krwotok z przewodu pokarmowego	6/16	37%	5/18	28%	5/20	25%
Nowotwory złośliwe	7/16	44%	11/49	23%	14/15	27%
Zapalenia płuc	14/21	67%	27/42	64%	25/37	67%

Oceniano 683 przypadki, pochodzące z klinik internistycznych i chirurgicznych. Rozpatrywano grupy o okresie hospitalizacji 1–2 dni, 3–14 dni i

powyżej 14 dni. Początkowo oddzielono przypadki w wieku poniżej i powyżej 60 roku życia, ale nie różniły się one i dlatego pominięto ten podział w niniejszej prezentacji. W każdej z grup wydzielono zgodność całkowitą (283 przypadki), niezgodność całkowitą (210 przypadków) i niezgodność częściową, przeoczenie jakiejś istotnej zmiany (190 przypadków). Liczby dotyczące całkowitej zgodności i całkowitej niezgodności podaje tabela.

Wynika z niej, że w miarę wydłużania się czasu pobytu zwiększa się odsetek nierozpoznawalnych zawałów mięśnia sercowego i zatorów tętnicy płucnej, spada odsetek przypadków krwawienia z przewodu pokarmowego i nieznacznie – nowotworów złośliwych. Odsetek nierozpoznanych przypadków zapalenia płuc utrzymuje się na podobnym, wysokim poziomie (65%).

Dotyczy to i mężczyzn i kobiet.

## **K. Słynarski, J. Kalbarczyk, I. Jakoniuk, Z. Brzeziński**

### **Ocena zależności pomiędzy stężeniami amin biogennych w tkance łożyska ludzkiego a wyzwalaniem się porodowej czynności skurczowej mięśnia macicy**

*SKN przy Katedrze i Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej  
AM w Warszawie*

*Kierownik Zakładu: prof. dr hab.med. Sławomir Maśliński*

*Opiekun pracy: lek.med. Dariusz Szukiewicz*

Zagadnienie indukcji porodu jest ciągle niezbyt dokładnie poznane. Istnieje wiele teorii dotyczących wyzwolenia się czynności skurczowej ciężarnej macicy. Żadne z nich nie wyjaśnia jednak całkowicie przyczyn rozpoczęcia się porodu. Najbardziej uzasadniony wydaje się pogląd, że dopiero zsumowanie wielu różnorodnych czynników inicjuje akcję porodową. Wśród wielu substancji, których rola jest dyskutowana, nie można pominąć takich związków biologicznie czynnych jak histamina i serotonina, szczególnie w świetle ostatnich odkryć receptorów obu amin (m.in. receptora histaminowego H<sub>3</sub>). Celem niniejszej pracy jest sprawdzenie korelacji pomiędzy stężeniami histaminy i serotoniny w tkance łożyskowej, a czynnością skurczową ciężarnej macicy ludzkiej.

## MATERIAŁ I METODY

Zbadano 17 łożysk, uzyskanych z ciąży o różnym czasie trwania, różnym przebiegu, ukończonych porodami siłami natury (z indukcją czynności skurczowej macicy – np. podawanie oksytocyny, prostaglandyn, lub bez wpływu na czynność skurczową macicy), lub rozwiązanych z różnych względów cięciem cesarskim. Każde łożysko zostało dokładnie zważone, określone wskaźnik łożyskowo-łożyskowy, używając technik planimetrycznych policzono objętość oraz pośrednio powierzchnię wymiany łożyskowo-łożyskowej. Pobierano 5 wycinków tkanki łożyskowej: 2 z powierzchni płodowej (jeden z okolicy odejścia pępowiny, drugi z części leżących obwodowo), oraz 3 wycinki z powierzchni matczynej łożyska (1 z części centralnej narządu, oraz 2 z części obwodowych). Uzyskany po porodzie materiał w ciągu maksymalnie 20 min. od jego zakończenia zamrażano w suchym lodzie. Po homogenizacji oznaczano stężenie histaminy i serotoniny metodami fluorymetrycznymi.

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

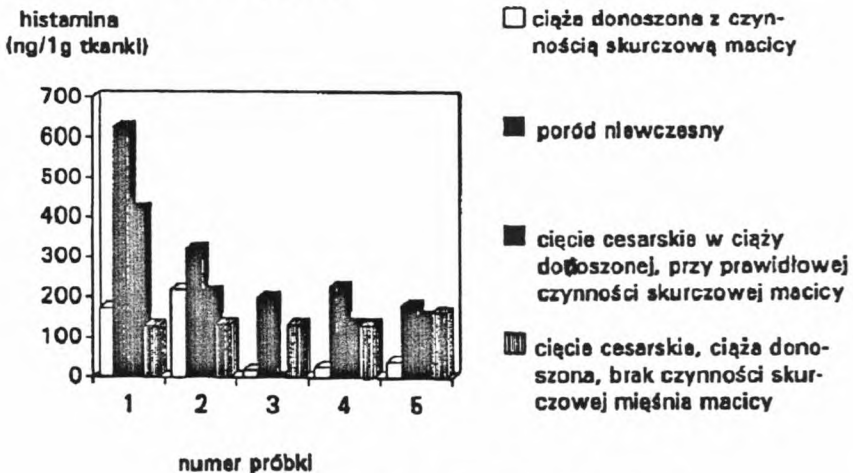
Zaobserwowane tendencje poziomów histaminy w poszczególnych próbkach dla 4 zasadniczych grup łożysk przedstawiono na wykresie. Zrezygnowano z prezentacji wyników oznaczeń poziomów serotoniny, ponieważ nie stwierdzono zasadniczych różnic w badanych łożyskach, ani też istotnych zależności. Być może większa liczba danych pozwoli w przyszłości na konkluzję.

W łożyskach uzyskanych po porodach z prawidłową czynnością skurczową mięśni macicy stwierdzano zawsze niższe poziomy histaminy w próbkach pobieranych z regionów łożyska przylegających do powierzchni matczynej, niż w wycinkach tkanki łożyskowej sąsiadujących z powierzchnią płodową narządu. W materiale uzyskanym po cięciach cesarskich, wykonanych planowo, przy braku czynności skurczowej macicy, poziomy histaminy we wszystkich pobranych próbkach nie różniły się w istotny sposób. Należy zaznaczyć, że starano się, aby łożyska z obu grup były w pełni porównywalne. Wszystkie pochodzą z ciąży donoszonych (poród odbył się w 40 tygodniu ciąży), mają zbliżone masy (przedział od 635 do 660 g), powierzchnie wymiany, wskaźniki łożyskowo-łożyskowe. Zgodna jest także płeć urodzonych, zdrowych (10 pkt wg Apgar) noworodków. We wszystkich przypadkach urodziły się dziewczynki.

czynki. Każda rodząca była w ciąży po raz pierwszy. W łożyskach uzyskanych w wyniku cięć cesarskich, które przeprowadzono przy istniejącej prawidłowej czynności skurczowej macicy, poziomy histaminy w kolejnych próbkach przedstawiały się podobnie jak w przypadku prawidłowego porodu siłami natury – a więc, w oznaczeniach materiału pobranego z powierzchni macicznej stwierdzono niższe stężenia histaminy, niż w próbkach sąsiadujących z powierzchnią płodową łożyska.

Zbadano 3 łożyska uzyskane po porodach niewczesnych (ok. 27 tyg. ciąży). Czynność skurczowa macicy wystąpiła nagle, u zdrowych ciężarnych, leczenie tokolityczne nie przyniosło rezultatu. Dwie pacjentki miały w wywiadzie położniczym przebyte poronienia. Charakterystyka rozkładu stężeń histaminy w próbkach pobranych z takich łożysk przypomina sytuację obserwowaną w przypadku prawidłowego procesu w ciąży donoszonej. Uwagę zwraca natomiast, wyraźnie wyższe stężenie histaminy w poszczególnych oznaczeniach.

Z uwagi na dużą liczbę parametrów, które należy uwzględnić przy interpretacji wyników, dopiero po zgromadzeniu odpowiednio liczebnych z punktu widzenia statystycznego grup analizowanych łożysk, będzie można wyciągnąć dalej idące wnioski. Badania mają charakter wstępny i na obecnym etapie sygnalizujemy jedynie, stwierdzone w odniesieniu do wszystkich badanych łożysk, prawidłowości (Ryc. 1).



Ryc. 1. Poziomy histaminy w próbkach tkanki łożyskowej

**Krzysztof J. Filipiuk, Cezary Kępa, Agnieszka Piotrowska****Niewydolność krążenia u chorych ze świeżym zawałem serca a terapia fibrynolityczna – analiza kliniczna***SKN przy Klinice Kardiologicznej CSK AM w Warszawie**Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tadeusz Kraska**Opiekun koła: dr M. Skarżyński*

Celem pracy była ocena wpływu terapii fibrynolitycznej na występowanie niewydolności krążenia u chorych ze świeżym zawałem serca.

Badaniem objęto 100 chorych w wieku 50–79 lat. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła ok. 66 lat.

Analizowani chorzy zostali podzieleni na dwie grupy, w zależności od sposobu leczenia. Grupę I stanowili chorzy leczeni fibrynolitycznie, w grupę II leczeni konwencjonalnie. Obie grupy analizowane pod kątem wystąpienia niewydolności krążenia wg skali Killipa-Kimbala.

Grupy zostały wybrane tak, by były porównywalne pod względem następujących cech: płci, wieku, występowania czynników zagrożenia zawałami serca oraz lokalizacji zawału. W każdej grupie było 30 mężczyzn i 20 kobiet. Średnia wieku w grupie I wyniosła 65,5, w grupie II – 66,5. Po wybraniu porównywalnych klinicznie grup przystąpiono do oceny występowania niewydolności krążenia w poszczególnych grupach.

Wszyscy chorzy w chwili przyjęcia do kliniki byli w I lub II stopniu niewydolności krążenia wg KK.

Oceniono, u ilu chorych w czasie hospitalizacji doszło do wystąpienia obrzęku płuc (stopień III wg KK) lub wstrząsu kardiogennego (stopień IV wg KK).

**WYNIKI: KK**

	I	II
III KK	2%	10%
IV KK	8%	20%
III i IV KK	10%	30%
zgon III i IV	6%	20%
ag	14%, 22%	

Stwierdzono, że w grupie leczonej fibrynolitycznie incydenty ciężkiej niewydolności krążenia występowały istotnie rzadziej.

W grupie tej zaobserwowano również mniejszą śmiertelność. Przeanalizowano obecność pozawałowej niewydolności krążenia w grupach I i II biorąc pod uwagę zalecane leki w momencie wypisu ze szpitala.

#### WYNIKI:

	I	II
glikozydy	11,6%	18,0%
diuretyki	11,6%	20,5%
glik. + diuret.	25,6%	28,2%

Stwierdzono, że w grupie leczonej fibrynolitycznie było mniej osób, które wymagałyby stosowania glikozydów naporstnicy i diuretyków.

Analizowane dane upoważniają nas do wyciągnięcia wniosku, że chorzy leczeni fibrynolitycznie mają lepszy przebieg kliniczny, wyrażający się mniejszą liczbą incydentów obrzęku płuc i wstrząsu kardiogennego oraz rzadziej ujawniają pozawałową niewydolność krążenia w porównaniu z chorymi leczonymi konwencjonalnie.

## Paweł Maciejewski

### Ocena zmian elektrokardiograficznych u chorych ze stwierdzonym przeciężeniem prawej komory w badaniu echokardiograficznym

*SKN przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Naczyń  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz  
Opiekunowie Koła i pracy: doc. dr hab. med. A. Torbicki,  
lek. med. P. Pruszczyk*

Echokardiografia jest uznaną metodą diagnostyki i oceny przeciężenia prawego serca. Pozwala na określenie ciśnienia skurczowego w prawej komorze (TVPG), sprzężenia pomiędzy prawą komorą a proksymalnym łózyskiem

tętnicy płucnej (ACT), ciśnienia w prawym przedsionku (VCI) oraz stosunku ciśnień późnorozkurczowych w obu komorach, co sugeruje stosunek wymiarów prawej komory do lewej komory.

Celem pracy była ocena zmian w elektrokardiogramach u chorych (ch) z przeciążeniem prawej komory (PPK) stwierdzonym w badaniu echokardiograficznym, spełniających przynajmniej 3 z 5 następujących kryteriów: spłaszczenie IVS (92%), gradient trójdzielny powyżej 30 mmHg (87,5%), ACT poniżej 80ms (88,9%), stosunek prawej do lewej komory powyżej 3/4 (65,2%), poszerzenie VCI powyżej 20mm (84,6%).

Badaniem objęto 26 chorych w średnim wieku (53,9+/-5,6 lat, u których stwierdzono: zatorowość płucną (20), choroby płuc (2), pierwotne nadciśnienie płucne (2), wady serca (2).

U wszystkich chorych wykonano badanie elektrokardiograficzne serca oceniając następujące cechy: ujemny załamek T w V2 (17 ch. – 73,9%); w V3 (16 ch. – 69,9%); w V4 (15 ch. – 65,2%); dekstrogram (15 ch. – 65,2%); blok prawej odnogi pęczka Hissa (12 ch. – 65,2%); cechy przerostu prawej komory (15 ch. – 65,2%) oraz zespół SIQIII (10 ch. – 43,5%).

Po przeanalizowaniu materiału stwierdzono:

1. Najczęstszymi anomaliami w EKG u chorych z przeciążeniem prawej komory w ECHO były: ujemny załamek T w V3, dekstrogram oraz przerost prawej komory. Przy czym przynajmniej 2 cechy występowały u 80% chorych, 3 cechy u 61% chorych a 4 cechy u 23%.

2. Wraz ze wzrostem gradientu ciśnień przez zastawkę trójdzielną (TVPG) częściej występowały cechy przerostu prawej komory, dekstrogram i blok prawej odnogi pęczka Hissa.

3. Powiększeniu prawej komory towarzyszyło często występowanie dekstrogramu i cechy przerostu prawej komory.

4. Natomiast najmniejsza progresja zmian elektrokardiograficznych występowała wraz ze skróceniem czasu akceleracji wyrzutu krwi z prawej komory, co może świadczyć o tym, że jest to cecha echokardiograficzna w najmniejszym stopniu zależna od cech morfologicznych serca, a prawdopodobnie zależna od morfologii i proksymalnego łóżyska tętnicy płucnej.



## **Jeremi Mizerski, Piotr Siennicki, Michał Szklarski, Dariusz Zajęc**

### **Częstość niepotrzebnych laparotomii u kobiet ze wstępnym rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego**

*KPN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej  
AM w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Bruno Szczygiel  
Opiekun Koła i pracy: dr hab. med. Robert Słotwiński*

Powszechnie znany jest fakt usuwania stosunkowo dużej liczby zdrowych wyrostków robaczkowych u kobiet. Wynika to z trudności w różnicowaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (OZWR) z innymi procesami zapalnymi, toczącymi się w dolnej części jamy brzusznej. Dlatego też postanowiliśmy ocenić proces diagnostyczny OZWR i zastanowić się, czy nie można go w jakiś sposób udoskonalić. Mieliśmy tu na uwadze także laparoskopię – metodę, która staje się teraz coraz powszechniejsza, a jest chyba metodą najmniej traumatyzującą.

Oparliśmy naszą pracę na historiach chorób 160 kobiet w wieku powyżej 15 lat, hospitalizowanych i operowanych w naszej Klinice w latach 1991–1993 z powodu przedoperacyjnego rozpoznania OZWR. Dużą część tych przypadków obserwowaliśmy też sami w czasie ostrych dyżurów. Wstępne rozpoznanie OZWR stawiane przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć oparte było na kilku podstawach: wywiadzie, badaniu przedmiotowym i badaniach dodatkowych (leukocytoza, USG). W kilkunastu przypadkach obecna była także konsultacja ginekologiczna, lecz tylko raz rozpoznano adnexitis. Nasilenie objawów otrzewnowych w tym przypadku skłoniło jednak chirurga do operacji. Liczba granulocytów w 1 mm<sup>3</sup> krwi wahała się w granicach 8–14 tys. Na podstawie obrazu klinicznego podzieliliśmy chore na dwie grupy:

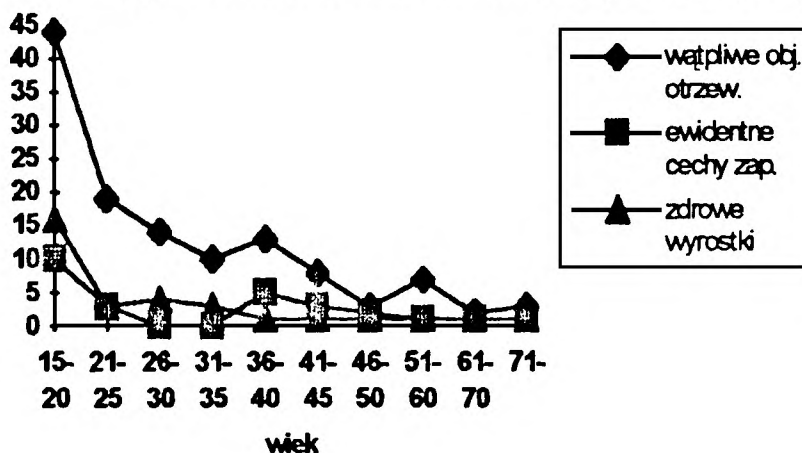
– chore z ewidentnymi cechami zapalenia otrzewnej – obrona mięśniowa i objaw Blumberga; grupa ta nie wymaga dokładniejszej diagnostyki, gdyż bez względu na jej wynik, każda chora wymaga operacji;

– chore z wątpliwymi cechami zapalenia otrzewnej – głównym objawem był tu ból oraz tkliwość uciskowa w prawym dolnym kwadrancie brzucha.

Zwróciliśmy też uwagę na rozpoznanie śródoperacyjne, zaś ostateczną

weryfikację stanowiło badanie histopatologiczne, które nie odróżnia zapalenia pierwotnego od wtórnego, ale potwierdziło, że prawie co piąty wyrostek robaczkowy nie wykazywał cech zapalenia ostrego. W tych przypadkach najczęstsze rozpoznanie śródoperacyjne brzmiało: lymphadenitis mesenterialis oraz pęknięta torbiel jajnika.

Naszą uwagę zwróciła liczba chorych w przedziałach wieku: 2/3 pacjentek nie miało 36 lat, a prawie połowa z nich to dziewczęta w wieku 15–20 lat. Należy tu wspomnieć, że do 40 rż. w znaczącym odsetku chorych nie stwierdzono ewidentnych objawów otrzewnowych. Analiza przyczyn bólu w prawym dole biodrowym weryfikowana hist.-pat. dowodzi, że ponad 1/5 wyrostków usuniętych u kobiet do 35 rż. została usunięta niepotrzebnie (ryc. 1).



Przedstawione wyniki wskazują na potrzebę wprowadzanie dokładniejszej diagnostyki OZWR u kobiet o nie podejrzanych. Ma to na celu uniknięcie zbędnej operacji i niepożądanych powikłań, takich jak ropienie rany we wczesnym okresie pooperacyjnym czy nawet niedrożność kilka miesięcy później. Wydaje się więc celowe wprowadzenie do procesu diagnostyczno-terapeutycznego wspomnianej wyżej laparoskopii zwiadowczej i ewentualnie laparoskopowej appendektomii, zwłaszcza u kobiet do 35 rż. z wątpliwymi cechami zapalenia otrzewnej. Przeprowadzono już na świecie pierwsze takie zabiegi uzyskując wyniki statystycznie lepsze niż metody tradycyjne; nie wspominając już korzyści finansowych wynikających z krótszej hospitalizacji oraz lepszego samopoczucia często młodej pacjentki.

**Krzysztof Bobrowski, Roman Sosnowski, Rafał Zdun****Ocena odległych wyników leczenia  
operacyjnego zespołu pozakrzepowego metodą Lintona**

*SKN przy Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii AM w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko*

*Opiekunowie Koła: dr med. Maciej Otto*

*Lek. med. Cezary Trzaskowski*

*Opiekun pracy: dr med. Maciej Otto*

W okresie od 1985 do 1992 wykonano w Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie u 48 chorych operację Lintona w leczeniu zespołu pozakrzepowego. Wyniki odległe oceniano na podstawie przeprowadzonej ankiety i badania podmiotowego u 23 chorych. Wyleczenie uzyskano u 20 chorych (87%). Nawrót owrzodzenia wystąpił u jednego chorego (4,7%). Czas pobytu chorych w szpitalu wahał się od 4 do 122 dni, średnio 36 dni. U 25% chorych w przebiegu pooperacyjnym wystąpiła martwica brzożna, u 4,2% wystąpiło zakażenie rany, a u 2,1% – obrzęk.

**Piotr Piotrowski****Objaw skojarzonego spojrzenia w bok.  
Znaczenie rokownicze w udarach mózgu**

*SKN przy Klinice Neurologii AM w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Hubert Kwieciński*

*Opiekun pracy: dr Hanna Drac*

Cel: w I części pracy celem była ocena częstości występowania objawu skojarzonego spojrzenia (ss) w bok w udarach mózgu i jego znaczenia rokowniczego oraz związku z rodzajem udaru (krwotoczny, niedokrwienny).

W II części pracy analizowano objaw ss z punktu widzenia lateralizacji ss (lewo, prawo) oraz związku z czynnikami ryzyka udaru. Oceniano także

związek lateralizacji z rodzajem udaru. W pierwszej części pracy materiał stanowili chorzy hospitalizowani w Klinice Neurologii CSK A.M. w Warszawie w latach 1987–88 – 489 chorych z udarem mózgu w wieku 33–99 lat. Materiał w drugiej części pracy stanowili chorzy hospitalizowani w Klinice w latach 1987–91 – 347 chorych z udarem mózgu i z objawem ss w bok w wieku 39–99 lat.

Uwzględniono następujące rozpoznania kliniczne – zakrzep, zator, krwotok w obszarze unaczynienia tętnic: szyjnej wewnętrznej, mózgu środkowej, mózgu tylnej i mózgu przedniej. Rozpoznanie kliniczne były potwierdzane badaniami dodatkowymi (tomografia komputerowa, angiografia, bad. Dopplera) i/lub badaniem sekcyjnym. Do oceny przebiegu klinicznego udaru zastosowano następującą skalę: 0 – zgon; 1 – niewielka poprawa stanu neurologicznego, chory nie zdolny do samoobsługi; 2 – średnia poprawa, chory wymaga pomocy innej osoby z powodu niedowładu lub zaburzeń mowy; 3 – całkowita poprawa, chory samodzielny.

Wnioski – z pierwszej części pracy:

1. W badanym materiale objaw ss w bok występował u 30% chorych z udarem.

2. Obecność objawu ss w bok pogarszała rokowanie udaru mózgu co do przeżycia (śmiertelność w grupie z objawem – 70%; zaś w grupie bez objawu – 34%) i co do wielkości zejściowego deficytu neurologicznego.

3. Objaw ss w bok obserwowano równie często w grupie chorych z udarem niedokrwiennym (u 30,5%) i z udarem krwotocznym (u 33,7%).

Wnioski – z drugiej części pracy:

1. Śmiertelność chorych z objawem ss w przypadku udaru krwotocznego była wyższa (82,6%) niż u chorych z udarem niedokrwiennym (58%). Rokowanie co do zejściowego deficytu neurologicznego było lepsze u chorych z udarem niedokrwiennym (około trzech razy więcej przypadków poprawy).

2. W badanym materiale stwierdzono, że częstości występowania ss w prawo (175 chorych) i w lewo (172 chorych) są równe.

3. Nie stwierdzono zależności rokowania udaru w zależności od strony lateralizacji ss.

4. Czynniki ryzyka udaru – nadciśnienie tętnicze i migotanie przedsionków występowały u chorych z objawem ss odpowiednio u 66% i 44% chorych, niezależnie od lateralizacji ss.

W. Kosmowski, T. Skrzypek, J. Uziółko

**Pomiar cech aleksytymii w populacji studentów polskich  
oraz wśród narkomanów**

*Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna w Bydgoszczy*

*Kierownik Kliniki: prof. J. Rybakowski*

*Opiekun Koła: dr M. Dąbkowski*

Aleksytymia to termin wprowadzony do psychosomatyki w r. 1973 przez Sifneosa i Nemiaha dla opisu specyficznego defektu psychologicznego pacjentów psychosomatycznych.

W dosłownym tłumaczeniu z greckiego oznacza „brak słów dla emocji”. Aleksytymia to trudności w wyrażaniu uczuć, ich identyfikacji i opisywaniu. Poznanie u aleksytymików jest skierowane na zewnątrz (tzn. myślenie operacyjne). Charakteryzuje ich ponadto trudność w rozróżnianiu pomiędzy odczuciami somatycznymi a psychicznymi oraz ubóstwo wyobraźni.

Teoria aleksytymii jest pomocna w zrozumieniu wpływu emocji i osobowości na zdrowie i chorobę. Jest nowym paradygmatem w psychiatrii, zwłaszcza w psychosomatyce. Wiąże się z rozwojem uzależnień od alkoholu i narkotyków, z niektórymi zaburzeniami łaknienia np. anorexia nervosa, z pewnymi zaburzeniami osobowości.

W naszym badaniu do pomiaru aleksytymii wykorzystano skalę TAS.

Grupa normalizacyjna składa się z 286 studentów – ochotników, wśród nich było 121 mężczyzn i 165 kobiet. Średni wiek 22, 45 lat, odchylenie standardowe 1,91. Aleksytymików: 20, średnia wartość: 53,71, odchylenie standardowe: 9,21. 30 studentów poproszono o wypełnienie testu powtórnie po 4–8 tygodniach w celu oceny stabilności testu w czasie.

Ankietowano także 25 osób uzależnionych od opiatów, 9 kobiet i 16 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 27,92 lata a odchylenie standardowe 4,26 lat. Uzyskano następujące wyniki:

Narkomani: aleksytymików 84%, nie-aleksytymików 16%.

Studenci: aleksytymików 22%, nie-aleksytymików 78%.

Średnie wartości uzyskane w TAS w grupach:

	Aleksytmicy	Nie-aleksytmicy
studenci	65,77 ± 3,96	50,16 ± 7,07
narkomani	68,57 ± 7,45	48,5 ± 10,55

Różnice między grupami są istotne statystycznie.

Nasze badania wykazały dużą stabilność TAS (20) w czasie: korelacja Spearmana –  $p = 0,000$ , test Wilcoxon –  $p = 0,046$ .

Martin i Dobkin (1984) badali amerykańskich studentów psychologii (430): 1,9% (wiosna 2,4%, jesień 1,4%). Ta sezonowość koreluje z sezonowością występowania chorób psychosomatycznych, wymaga to jednak dalszych badań.

Blanchard: mężczyźni – 8,2%, kobiety: 1,8%. Tłumacząc znaczącą przewagę występowania aleksytymii wśród mężczyzn w stosunku do kobiet mówi się o ich większej plastyczności neuronalnej. Wiąże się z tym mniejsza u kobiet zdolność do lateralizacji, do podziału funkcji między półkule mózgu.

Znacząca przewaga występowania aleksytymii wśród narkomanów jest zgodna z wynikami uzyskanymi przez Rybakowskiego (1988), Havilanda (1988) i Taylora (1990). Występowanie cech aleksytymii może powodować większą podatność na rozwój uzależnienia.

## M. Prasek, M. Piotrowska

### Wykorzystanie ekspanderów w zabiegach rekonstrukcyjnych w chirurgii szczękowo-twarzowej

*SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej*

*AM w Warszawie*

*Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. L. Kryst*

*Opiekun Koła: dr n. med. S. Starościk*

Na podstawie piśmiennictwa przedstawiono techniki ekspandowania skóry, ich wpływ na tkanki rozciągane i przydatność ekspanderów w zabiegach rekonstrukcyjnych w chirurgii szczękowo-twarzowej.

Dzięki uprzejmości prof. dr hab. med. A. Kukwy, kierownika Kliniki Laryngologicznej Szpitala Czerniakowskiego, zaprezentowano przykłady wykorzystania metody kontrolowanej ekspansji tkanek u pacjentów z mikrocją.

Uznano, iż ekspansja tkanek jest korzystną metodą w zabiegach rekonstrukcyjnych, ponieważ uzyskujemy:

1. optymalny, funkcjonalny i kosmetyczny rezultat leczenia (kolor, faktura skóry),
2. zastosowanie powyższych technik pozwala uniknąć złożonych rekonstrukcji, oraz
3. efektu Donora,
4. zastosowanie ekspansji tkanek pozwala na uniknięcie blizn poza obszarem operowanym,
5. powyższe techniki pozwalają przemieszczać fragmenty skóry dobrze unaczynione i unerwione.
6. skrócenie czasu operacji, hospitalizacji i zmniejszenie kosztów leczenia.

## **D. Szymańska, M. Piotrowska, M. Prasek, H. Walendziak**

### **Etiologia i objawy kliniczne bruksizmu u dzieci i młodzieży**

*SKN przy Zakładzie Ortodontji IS AM w Warszawie*

*Kierownik Zakładu Ortodontji IS AM: dr n. med. Barbara Piekarczyk*

*Opiekun Koła: dr n. med. Barbara Piekarczyk*

Celem pracy było ustalenie przyczyn i objawów klinicznych bruksizmu centrycznego i ekscentrycznego u dzieci w wieku szkolnym i młodzieży akademickiej. Materiał stanowiło 32 pacjentów z objawami bruksizmu. W badaniu uwzględniano między innymi: starcie patologiczne zębów, stan przyzębia, napięcie mięśni żwaczy, badanie stawów skroniowo-żuchwowych oraz stan emocjonalny pacjenta. Z badań dodatkowych w wybranych przypadkach wykonywano pantomogramy, tomogramy stawów skroniowo-żuchwowych, USG i badania parazytologiczne. U części pacjentów z zaawansowanymi

objawami klinicznymi bruksizmu tj. starcie patologiczne zębów, wzmożone napięcie mięśni żwaczy lub bóle w okolicy stawów skroniowo-żuchwowych, wykonywano odciążające aparaty blokowe.

Badania wykazały potrzebę zespołowego leczenia bruksizmu, w którym oprócz lekarza stomatologa (ortodonta, periodontologa), powinien brać udział także lekarz internista (leczenie parazytologiczne), a w niektórych przypadkach – psycholog.

**Paweł Głębowski, Beata Dronzikowska, Ewa Kuźma,  
Jarosław Wielogórski**

**Analiza gęstości optycznej kości u chorych  
ze złamaniami trzonu żuchwy w oparciu o densytometrię laserową  
zdjęć pantomograficznych szczęk**

*SKN przy II Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej PSK Nr 1  
AM w Warszawie*

*Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk  
Opiekun Koła i pracy: prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk*

Celem pracy jest porównanie gęstości optycznej kości w analogicznych miejscach żuchwy po stronie zdrowej i złamanej ze względu na zmiany zachodzące podczas odbudowy tkanki kostnej w funkcji czasu.

W pracy wykorzystano zdjęcia pantomograficzne 20 przypadków klinicznych urazowych złamań żuchwy. Materiał do badania został wybrany spośród pacjentów bez chorób ogólnoustrojowych oraz bez zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforowej. Pacjentów podzielono na dwie grupy wiekowe:

- rozwojową (do 18 r.ż.),
- o zakończonym procesie kostnienia (po 18 r.ż.).

Densytometria laserowa umożliwia dokładny pomiar i rejestrację gęstości optycznej obrazów radiologicznych kości. Na podstawie pomiarów zdjęć pantomograficznych wykonanych u każdego pacjenta w różnych odstępach czasu od urazu wykazano zmienność gęstości optycznej kości podczas odbudowy tkanki kostnej.



## Paweł Głębowski

### Metody oceny gęstości optycznej obrazu radiologicznego kości przy użyciu densytometru laserowego Ultrascan

*SKN przy Zakładzie Histologii i Embriologii AM w Warszawie*

*Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Stanisław Moskalewski*

*Opiekun Koła: dr Piotr Skopiński*

*Opiekun pracy: prof. dr hab. med. Jan Rowiński*

Densytometria laserowa umożliwia dokładny pomiar i rejestrację gęstości optycznej obrazów radiologicznych kości.

Celem badań było opracowanie optymalnych metod oceny densytometrycznej obrazów radiologicznych kości, a także ocena dokładności pomiaru związanej z wielokrotnym wykonywaniem zdjęć oraz z dokładnością przyrządu. Uzyskiwano zdjęcia radiologiczne sześcianów o boku 1 cm wyciętych z głowy kości udowej zwłok ludzkich. Fotografowano również aluminiowy wzorec gęstości. (Zdjęcia radiologiczne otrzymano dzięki uprzejmości dr Wojciecha Glinkowskiego ze Szpitala Praskiego w Warszawie).

Na podstawie trzech serii pomiarów obliczono:

1) odchylenia standardowe (SD%) i błąd standardowy (SEM%) dla wielokrotnego pomiaru tego samego zdjęcia radiologicznego (metoda I: SD% = 2.84, SEM% = 0.48; metoda II: SD% = 1.31; SEM% = 0.23);

2) odchylenie standardowe (SD%) i błąd standardowy (SEM%) dla pomiarów tej samej próbki kostnej na różnych obrazach radiologicznych (metoda I: SD% = 24.3, SEM% = 6.08; metoda II: SD% = 17.7, SEM% = 4.33);

3) odchylenie standardowe (SD%) i błąd standardowy (SEM%) dla pomiarów różnych próbek kostnych (metoda I: SD% = 25.15, SEM% = 4.43; metoda II: SD% = 26.26, SEM% = 4.54).

Porównano ze sobą dwie metody obliczania gęstości optycznej. W wyniku przeprowadzonych badań opracowano optymalną metodę pomiarową. Metoda ta będzie podstawą do dalszych prac w zakresie zastosowania densytometrii laserowej w badaniach nad rozwojem tkanek zmineralizowanych, regeneracją tkanki kostnej i nad osteoporozą.

**E. Banaszek, L. Malinowska, J. Piesiewicz****Badanie stanu uzupełnień protetycznych, nawyków higienicznych pacjentów oraz występowania stomatopatii protetycznych – w świetle materiałów Katedry Protetyki IS AM w Warszawie**

*SKN przy Katedrze Protetyki Stomatologicznej AM w Warszawie*

*Kierownik Katedry: prof. dr hab. E. Spiechowicz*

*Opiekun Koła i pracy: dr n. med. K. Rusinek-Kubik*

Wzrost długości życia ludzkiego spowodował zwiększenie liczby osób bezzębnych i wydłużenie okresu korzystania z protez całkowitych. Użytkowanie protez ruchomych płytowych może wywołać zaburzenia w sytuacji ekologicznej jamy ustnej oraz zmiany w tkankach określane jako stomatopatie protetyczne. Sądzi się, że w dużej mierze czas użytkowania i złe nawyki higieniczne są przyczyną narastania zjawiska występowania stomatopatii protetycznych – zmian zapalnych i przerostowych na błonie śluzowej jamy ustnej pokrytej płytą protezy.

Założeniem pracy było: określenie związku między występowaniem stomatopatii protetycznych u pacjentów użytkujących protezy całkowite, a czasem użytkowania protez, ich stanem higieny oraz dostosowaniem do warunków podłoża.

Grupa badana: 56 osób w wieku 40–85 lat (37.K, 17.M.).

Ocena dotyczyła stanu podłoża protetycznego oraz 96 protez użytkowanych przez pacjentów od 0,5 roku do 30 lat.

Wyniki: przeprowadzone badania ankietowe dotyczące nawyków użytkowania protez wykazały, że 55,6% pacjentów używa protezy bez przerwy nocnej oraz że sposoby, użyte środki i częstotliwość oczyszczania protez były niewystarczające. Stwierdzono niezadowolający (55%) lub zły (25%) stan higieny protez, ocenianej wg Ambjomsena (wskaźnik fuksynowy).

Badania kliniczne wykazały, że zmiany błony śluzowej o charakterze stomatopatii występowały u 40,8% badanych (klasy Newtona: 0–5,7% I – 11,2%, II – 16,8%, III – 7,5%).

U badanych osób nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy stanem higieny protez a stanem podłoża – bardziej decydujące okazały się

czynniki związane z czasem użytkowania protez, jakością tworzywa, dostosowaniem podłoża, okluzją i stabilizacją protezy.

W badaniach klinicznych stwierdzono negatywny wpływ długotrwałego użytkowania protez – większa liczba i znaczne nasilenie wykrytych stomatopatii, wraz ze wzrostem okresu użytkowania protez (od 0,5 do 30 lat). U pacjentów użytkujących protezy powyżej 7 lat występował znaczny stopień destrukcji podłoża – stomatopatie II i III stopnia. Protezy użytkowane od 1 do 6 lat wywoływały mniej zaawansowane stomatopatie (0, I stopnia). W podsumowaniu należałoby stwierdzić, że profilaktyka stomatopatii protetycznych u pacjentów używających protezy całkowite powinna obejmować coroczne stomatologiczne badania kontrolne dotyczące stanu podłoża, stanu higieny protez i nawyków ich użytkowania.

## **Małgorzata Zaręba, Lidia Świdorska, Rafał Koczorowski, Wojciech Polak, Grzegorz Sawicki**

**Ultrasonograficzne badanie narządów mięszsowych jamy brzusznej w grupie zdrowych studentów. Poszukiwanie łagodnych guzów: torbieli, naczynek, gruczołaków.\***

*SKN Ultrasonografii i Diagnostyki Izotopowej  
przy Zakładzie Medycyny Nuklearnej CSK AM  
Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Wiesław Graban  
Opiekun pracy dr E. Leowska*

USG jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, która ze względu na swą nieszkodliwość i dostępność może być z powodzeniem wykorzystana w badaniach screeningowych.

W trakcie rutynowych badań diagnostycznych często stwierdza się obecność zmian ogniskowych w narządach mięszsowych jamy brzusznej u osób całkowicie zdrowych. Zmiany nie powodują żadnych objawów klinicznych. Ich wykrycie jest więc niejako „przypadkowe”.

Celem badania jest stwierdzenie, w jakim procencie w grupie zdrowych, młodych ludzi występują naczyniaki, torbiele i gruczołaki.

Do badania zakwalifikowano 120 osób, studentów w wieku 21–27 lat.

Wykorzystano aparat ALOKA ECHO CAMERA SSD-650 ze 128 stopniową skalą szarości. Badania wykonano głowicą typu CONVEX o częstotliwości 3,5 MHz.

Badania przeprowadzono na czczo, w pozycji leżącej.

Dokumentacja została wykonana za pomocą VIDEO GRAPHE PRINTER VP-850 oraz UNI-QUATRO MULTIFORMAT CAMERA.

Uzyskano następujące wyniki:

	Naczyniak	Torbielowatość, torbiele	Zwapnienia	Ogniskowe stłuszczenia
wątroba	–	–	2	1
trzustka	–	–	–	–
nerki	–	6	–	–
śledziona	–	–	–	–

W piśmiennictwie na temat zmian łagodnych znaleźliśmy dwie prace o podobnym do naszej profilu. Celem obydwu było przeprowadzenie badania screeningowego i określenie odsetka nieprawidłowości w narządach mięszojowej jamy brzusznej. Jedna z prac dotyczyła populacji ludzi dorosłych, w drugiej badaniu poddano dzieci.

Stwierdziliśmy dużą rozbieżność pomiędzy wynikami pierwszej i drugiej z przytoczonych prac. Procent znalezionych nieprawidłowości w populacji dzieci wynosił 0,5%, w populacji dorosłych ok. 40%. Większość zmian znalezionych u dorosłych stanowiło stłuszczenie wątroby oraz kamica pęcherzyka żółciowego. Zmiany te nie są wrodzone – pojawiają się stopniowo, częstość ich występowania rośnie wraz z wiekiem.

Wyniki naszej pracy były porównywalne w zakresie zmian łagodnych wrodzonych z wynikami prac dotyczących populacji ludzi dorosłych.

Wniosek: Badanie USG jamy brzusznej jest dobrą metodą wczesnego wykrywania bezobjawowych zmian. Jest przydatne dla statystycznego określenia częstości występowania rozmaitych zmian zarówno wrodzonych, jak i pojawiających się stopniowo wraz z postępującym procesem starzenia się organizmu.

\* Praca wygłoszona na Studenckiej Konferencji Naukowej w r. 1993

## MARIAN PERTKIEWICZ\*

Profesor dr hab. med. Franciszek Czubalski,  
Opiekun Koła Medyków, Stowarzyszenia Samopomocowego  
Studentów Medycyny Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego  
w Warszawie 1921-1939

*...Przejmując się ideją solidaryzmu i ofiarnej dla ogółu działalności oraz wystrzegając się suchego dyktrynerstwa i fanatyzmu, które to czynniki są zawsze wrogiem prawdy, dojdziecie na pewno do najlepszych rezultatów w pracy dla innych i nad sobą. Niech blaski przyszłej pracy waszej zwyciężą cienie, które dzisiaj tu i ówdzie jeszcze się panoszą...*

Prof. Fr. Czubalski.

Zostać autorem wspomnień o Prof. Franciszku Czubalskim, Opiekunie Koła Medyków, to wielki zaszczyt, ale jednocześnie duża odpowiedzialność, ponieważ pamięć ludzka jest zawodna i nie wszystkie ważne fragmenty z działalności profesora mogą być precyzyjnie przedstawione.

W znacznej mierze źródłem, z którego korzystałem, jest monografia z jubileuszu „XX-lecia Koła Medyków”, wydana w r. 1936. Zawiera ona prace wielu autorów, jak również wykaz kolegów, którzy w okresie XX-lecia uczestniczyli w pracach Koła. Do unikatowych można zaliczyć wypowiedzi naszych przyjaciół z oryginalnymi podpisami. Nazwiska niektórych są wpisane do historii Medycyny Polskiej.

Przewodnim tematem Monografii jest Dom Medyków, historia jego budowy i osób, które bezpośrednio zajmowały się realizacją tego obiektu. W tle tej historii została przedstawiona postać Prof. Franciszka Czubalskiego.

W dniu 19.XII.1915 roku Uchwałą Walnego Zebrania Studentów U.W. zostało powołane do życia Koło Medyków. Pierwszym prezesem został wybrany kolega Czesław Mossakowski a pierwszym opiekunem Koła Prof.

---

\*Marian Pertkiewicz – Prezes Koła Medyków Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie w kadencji 1935/36.



Ryc. 1. Prof. dr hab. med. Franciszek Czubalski w czasie wykładu (r. 1935)

Edward Loth, kiedy funkcję Rektora pełnił prof. dr Józef Brudziński. W latach 1920-1921 funkcję opiekuna pełnił prof. Józef Homowski. Od 26 czerwca 1920 r. do 5 marca 1921 r. działalność Koła została zawieszona, ponieważ cała młodzież medyczna zgłosiła się ochotniczo do armii broniącej Ojczyzny przed zalewem bolszewików. Po wznowieniu działalności na Opiekuna Koła został powołany Profesor Franciszek Czubalski.

Przy udziale Profesora opracowano główne kierunki działania Koła. Poszerzył się zakres zainteresowań i zadań członków stowarzyszenia, wynikający z nowej sytuacji po przebytych zmaganiach wojennych. Działania te obejmują zasięgiem różne formy pomocy materialnej i koleżeńskej. Z okazji uroczystości jubileuszowych X-lecia w dorobku Koła znalazła się biblioteka, komisja odczytowa z dużym dorobkiem pracy, przedstawione przez komisję docho-

dów niestałych, różne formy pomocy materialnej najbardziej potrzebującym kolegom. W tym czasie zostały podjęte prace wydawnicze skryptów i podręczników. Została zorganizowana wypożyczalnia preparatów i mikroskopów. Dużym powodzeniem cieszyły się również kursy dokształcające. Koło uzyskuje wpływ na pozyskiwanie stypendiów państwowych oraz fundowanych przez towarzystwa i osoby indywidualne.

Prof. Czubalski wyrażając z tej okazji swoje uznanie i podziękowanie organizatorom i działaczom Koła, stwierdził: „Członkowie Koła jednoczyli się zgodnie we wspólnej pracy i trosce o dobro instytucji, zyskując uznanie za wypracowanie odpowiedniej platformy współpracy i zrozumienia, bez względu na różnice społeczne czy partyjne lub animozje osobiste”.

Obecność profesora w rozwoju stowarzyszenia przejawia się we wszystkich dziedzinach. Szczególną wagę przywiązywał on do integracji społeczności akademickiej, dla której najlepszą płaszczyzną działania wg profesora było Koło Medyków. Gorąco poparł wydanie miesięcznika pt. „Życie Medyczne”. Zorganizowana Sekcja Towarzyska w znacznym stopniu sprzyjała nawiązywaniu przyjaźni i działalności kulturalnej. Z okazji X-lecia Koła został wydany „Album Karykatur p.p. Profesorów i Asystentów Wydziału Lekarskiego U.W.”. Rysunki wykonał kol. Jan Kochanowski w r. akad. 1923/24. O popularności Profesora świadczy fakt, że jego osoba została przedstawiona w trzech postaciach: dziekana, profesora i opiekuna Koła Medyków.

Profesor popierał wszystkie inicjatywy, które umożliwiły wzajemne przyjaźnie i współpracę we wszystkich płaszczyznach, m.in. cieszył się ze spotkań ze studentami I kursu, zawsze brał udział w spotkaniach z okazji „Opłatka”. W czasie takich spotkań rodziły się różne inicjatywy, wynikające z potrzeb codziennych studentów, szczególnie dotyczących zdobywania wiedzy. Jedną z takich inicjatyw wspólnie podjętych było dążenie do powiększenia biblioteki i czytelnicy dla medyków. Dzięki porozumieniu Opiekuna Koła z prof. Grzywo-Dąbrowskim, ten ostatni udostępnił lokal na bibliotekę i czytelnicy Koła Medyków w Gmachu Medycyny Sądowej, której otwarcie nastąpiło w r. 1927. Należy przypomnieć, że Biblioteka powstała z księgozbiorów ofiarowanych przez prof. Lotha, ze zbiorów b. Uniwersytetu Rosyjskiego, 312 egzemplarzy książek z Towarzystwa Lekarskiego oraz pewnej liczby książek ofiarowanych przez Kasę im. Mianowskiego. Powstał również dział beletrystyczny z książek zakupionych. Obsadę biblioteki stanowili 2 medycy-stypendiści.

Uroczyście obchodzono XV-lecie Koła Medyków. Z tej okazji ukazuje się jednodzielną pt. „XV-lecie Koła Medyków S.U.W.”.

W okresie sprawozdawczym w największym stopniu wzrosły świadczenia samopomocowe. W tej sytuacji zgodnie z wysuniętymi postulatami Walnego Zebrania z 16.XI.1929 roku, w kadencji kol. Zbigniewa Juraszyńskiego, Senat Akademicki przyznaje Kołu w dniu 8.X.1930 roku, uprawnienia instytucji samopomocowej. Opiekun Koła prof. Franciszek Czubalski w tejże jednolitej piśmie: „Życzę Wam w każdym razie, aby przyszedł obchód Jubileuszu odbywał się już we własnym domu, w którym zebraliby się, obok idącej dopiero w życie i czynnej jeszcze na terenie Uniwersytetu, studenterji medycznej, także starsi ich koledzy w szeregu następujących po sobie pokoleń, którzy już opuścili formalnie mury Wszechnicy, nie zrywając jednak z nią nici przywiązania i drogich sercu z tego okresu ich życia wspomnień. Niechaj przyjdą i przypominając sobie swą dla Koła pracę, zobaczą, że praca ta wydaje dobre owoce. Przyznam się, że chciałbym aby los i mnie, patrzącemu na wysiłki przepływających ciągle pokoleń, pozwolił być wtedy między wami i dzielić waszą radość”. Uroczysta akademicka z okazji „XV-lecia Koła Medyków” odbyła się w sali Rady Miejskiej z udziałem członków Koła i licznej rzeszy sympatyków, profesorów i działaczy.

W r. 1930 stałem się studentem I roku Wydziału Lekarskiego U.W. W listopadzie bieżącego roku miną 64 lata od chwili, kiedy na spotkaniu ze studentami I roku, prof. Czubalski powiedział: „Obowiązkiem waszym jest przede wszystkim nauka i postępowanie pozwalające na godne reprezentowanie naszej Alma Mater”. Wypowiedź ta utkwiała w mej pamięci, ponieważ czułem się pośrednio jej adresatem. Wymienione bowiem spotkanie miało miejsce kilka dni po demonstracjach antyżydowskich na terenie „Anatomi-cum”, w wyniku czego zostały zawieszona ćwiczenia w prosektorium. Powracając do domu przez ul. Polną, na placu przed Politechniką, zostałem wplątany w starcia studentów z policją; pałowani studenci a ja wraz z nimi znalazłem się w narożnym domu przy ul. Lwowskiej, gdzie zostaliśmy zablokowani. W nocy, budami policyjnymi rozwieziono nas do komisariatów policji. Ja trafiłem na ul. Śliską, skąd po trzech dobach około 300 studentów z różnych uczelni zgromadzono w sali balowej Ratusza na pl. Teatralnym, na spotkaniu z rektorami wyższych uczelni. Ojcowskie przemówienie, ocierając łzawiące oczy wielką chustą, wygłosił do nas J.M. Rektor U.W. prof. Mieczysław Michałowicz: „Jesteście naszymi dziećmi, którym się często przebacza naj-



większe przewinienia i psoty. Przebaczymy wam i przekazujemy po uwolnieniu z aresztu rodzicom i wychowawcom, z przeświadczeniem, żeście zdobyli jeszcze jedno gorzkie doświadczenie w życiu. Życzę wam, aby podobnych było jak najmniej”.

Nasz Opiekun prof. Czubalski pominął milczeniem te wydarzenia i na spotkaniu z nami ograniczył się tylko do słów przytoczonych wyżej. Profesor starał się nie wkraczać w sferę indywidualnych uczuć, pozostawiając wiele trudnych spraw do własnych przemyśleń i decyzji. Stałem się mimo woli świadkiem, uczestnikiem i represjonowanym, jednym z wielu studentów, którzy ze wspomnianymi wyżej zdarzeniami nie mieli nic wspólnego.

Angażując się coraz bardziej w działalność różnych agend Koła, coraz częściej miałem okazję do bezpośrednich kontaktów z Opiekunem Koła. Fundacja Domów Akademickich im. G. Narutowicza nie dotrzymała umowy zawartej z Kołem Medyków, na mocy której w wyniku współpracy przy budowie Koło miało otrzymać jeden z pawilonów dla studentów medycyny. Zarząd Koła poparty przez prof. Czubalskiego wystąpił do Senatu Akademickiego U.W. z uzasadnieniem budowy własnego domu. Senat podjął inicjatywę Koła i uzyskał działkę przy ul. Oczki 7 pod budowę. Powołana została Komisja Senacka Budowy Domu Medyków w składzie: prof. E. Bursche, Fr. Czubalski, W. Grzywo-Dąbrowski i Br. Koskowski, której przewodniczył każdorazowy dziekan Wydziału Lekarskiego. Dla sprawnego postępu prac przy budowie powołany został Komitet Wykonawczy Budowy Domu Medyków w składzie: prof. Br. Koskowski – przewodniczący, oraz członkowie: Hanna Rozenówna (Dworakowska), Jakób Chrzanowski, Ryszard Petzel, Marian Pertkiewicz, Henryk Czuperski. Komitet wykonawczy prowadził całokształt spraw związanych z budową, wykorzystując energię i wysiłek studentów oraz życzliwość i poparcie starszego społeczeństwa. Równolegle został powołany Komitet Honorowy Pań z przewodniczącą p. Stefanią Czubalską i Komitet Honorowy Budowy Domu Medyków, skupiający sympatyków i przyjaciół. Honorowy protektorat Budowy Domu Medyków przyjęła w r. 1935 p. Maria Mościcka, małżonka Prezydenta R.P. Wszystkie imprezy, z których uzyskiwano dochód przekazywano na Fundusz Budowy Domu Medyków. Organizowane były takie imprezy jak np. Teatr Kukiełek, Szopka Medyczna, Objazdowa Rewia Medyków, których niestrudżonym organizatorem i autorem tekstów, jak również wykonawcą był znany i lubiany przez wszystkich Stefan

Wesołowski. Nasz Opiekun prof. Czubalski miał również odpowiednik-kukielkę.

W dniu 6 listopada 1931 roku odbyła się uroczystość wmurowania i poświęcenia Kamienia Węgielnego przez ks. Biskupa Antoniego Szlagowskiego. Wśród licznych zgromadzonych przyjaciół Koła był nasz Opiekun, jeden z głównych inicjatorów i propagatorów Budowy.



Ryc. 2. Uroczyste poświęcenie kamienia węgielnego pod budowę Domu Medyków w Warszawie w dniu 6 listopada 1931 roku przez Ks. Biskupa Szlagowskiego. Wśród grona profesorów Wydziału Lekarskiego i Senatu czwarty po stronie lewej prof. Czubalski, czwarty po stronie prawej przyszły Prezydent Warszawy Stefan Starzyński, za nim Prof. Bronisław Koskowski, Przewodniczący Komitetu Wykonawczego Budowy Domu Medyków.

W pierwszym miesiącu żałoby po śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego w 1935 roku, Komisja Senacka na wniosek medyków, nadała nazwę „Dom Medyków S.S.S.U.J.P. im. Marszałka Józefa Piłsudskiego”. Rada Wydziału Lekarskiego UJP zakupiła rzeźbę artysty Wittiga przedstawiającą popiersie Marszałka, które zostało ustawione w holu głównym Domu Medyków. Gen. dr med. Wieniawa-Długoszowski uznał z satysfakcją, że dom będzie stanowił jedną z niewielu inwestycji godną uczczenia pamięci Marszałka.

Aktualne stały się słowa, wypowiedziane przez prof. Fr. Czubalskiego z okazji odsłonięcia portretu Józefa Piłsudskiego, ofiarowanego przez korpus oficerski C.W.San. Wydziałowi Lekarskiemu: „Od dziś patrzeć będą na nas wszystkich piękne swą głębią i mądrością, ale wymagające oczy, których siła zmusi każdego do czynienia w swem sumieniu rachunku myśli i zamierzeń”.

W grudniu 1935 wraz z prof. Czubalskim, Jego małżonką Stefanią oraz V. prezesem Koła kol. Antonim Olszewskim udałem się na Zamek w celu zaproszenia małżonki Prezydenta, pani Marii Mościckiej, jako przewodniczącej Komitetu Honorowego Budowy Domu Medyków, na uroczystość otwarcia Domu Medyków. Po przedstawieniu aktualnego stanu budowy, będącego w okresie urzędowania wewnątrz, Pani Mościcka przyjęła zaproszenie. Prezydent interesował się zasadami organizacyjnymi i działalności stowarzyszenia, które przedstawił prof. Czubalski; po uważnym wysłuchaniu naszych informacji, wyraził swoje uznanie i poparcie dla dalszego rozwoju stowarzyszenia.

Prace związane z zakończeniem budowy i jego wyposażeniem oraz urządzeniem wewnątrz zajmował się cały Komitet Budowy. Osobiście poza wymienionymi sprawami musiałem ustawicznie czynić starania o żywą gotówkę, ponieważ budowa prowadzona systemem gospodarczym wymagała od użytkownika pokrywania bieżących rachunków a w szczególności wypłat robotnikom. Były różne źródła, które nas wspomagały w formie pożyczek krótkoterminowych. Prof. Czubalski ustawicznie torował mi drogę do różnych instytucji oraz sponsorów prywatnych, którzy pomagali nam w uzyskiwaniu pieniędzy od banków i kas kredytowych. Przy udziale Profesora został opracowany szczegółowy program obchodów Jubileuszu XX-lecia i z tej okazji otwarcia Domu Medyków. Szczególną uwagę poświęcono monografii, której radę programową stanowili kol.: Jakób Chrzanowski, Hanka Rozenówna (Dworakowska), Ryszard Petzel, Henryk Prochacki, Jan Rutkiewicz, Stefan Wesołowski, Edward Rużyłło oraz autor wspomagany przez p.p. profesorów, kolegów i przyjaciół Koła, z których wielu jest autorami prac zamieszczonych w Monografii.

Prof. Czubalski, w swoim wstępnym filozoficznym artykule, przedstawił osobiste poglądy dotyczące znaczenia tradycji w działalności stowarzyszeń, różnicując je z punktu widzenia ukierunkowania podejmowanej działalności. Odróżnia tzw. stowarzyszenia ideowe, których głównym motywem działania jest myśl polityczna, stowarzyszenia, których głównym motywem działania

jest polityka, oraz stowarzyszenia o charakterze naukowym, samopomocowym i mieszanym. Profesor uważał, że stowarzyszeniem o właściwym profilu na gruncie akademickim powinno być oparte na zasadach organizacyjnych zbliżonych do Koła Medyków. Jest ono najbliższe idei solidaryzmu i współpracy wszystkich członków, niezależnie od przekonań politycznych i ugrupowań klasowych. Tego typu stowarzyszenie wg Profesora staje się dobrą szkołą życia publicznego na szerszej arenie, uczącej umiejętności współżycia i współpracy dla wspólnych wyższych celów ludzi o różnych poglądach politycznych, poczuwających się jednak do wspólnoty ogólnonarodowej. „Hasło rozumnej tolerancji i rozumnego kompromisu, wynikającego z konieczności szukania prawdy a ograniczonego jedynie najwyższym interesem narodowo-państwowym, musiałyby stać się owocem tak pojętej prawdy”.



Ryc. 3. Zarząd Koła Medyków w kadencji kol. Ryszarda Petzla w r. 1934/35. Siedzą: E. Drescher, R. Petzel, Opiekun Koła Medyków, Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Franciszek Czubalski, A. Olszewski, H. Czuperski, E. Rużyłło, stoją: I. Marzec, F. Chmielewski, M. Pobiega, E. Frankiewicz, W. Normark, W. Wołoszyński, J. Wójcikiewicz, E. Ihnatowicz-Suszyński, S. Królikowski, M. Pertkiewicz, E. Ozimowski, A. Świszcz, T. Chęciński, A. Straburzyński, K. Bieńkowski, Z. Zubrzycki, G. Kucharski, S. Grochowski, H. Prochacki.

Szczególną wagę przywiązywał profesor do uwzględnienia charakteru społecznego Domu Medyków. Świadczy o tym fakt osobistego udziału profesorów Czubalskiego, Paszkiewiczza, Orłowskiego i Grzywo-Dąbrowskiego w urządzaniu sali pracy społecznej. Na specjalnych planszach zostały przedstawione problemy niektórych chorób społecznych (gruźlica, choroby weneryczne, zdrowotność określonych grup społecznych). Pokazano udział medycznej młodzieży w akcjach profilaktycznych i oświaty sanitarnej.

W jednym z artykułów Adam Fromowicz pisze: „Chyba najwięcej czasu zabraliśmy naszemu kochanemu Opiekunowi Panu Rektorowi Czubalskiemu. Jak wszystkim wiadomo w Zakładzie Fizjologii panuje świetny rygor i porządek. Otóż nie wiem, jak teraz, ale w moich czasach wisiała tam na drzwiach wielka tablica, że Pan Profesor przyjmuje we wtorki od 1-2 (13-14). Drzwi strzegł srogi cerber pan Feliks, który wiernie słuchał przepisów i niejednego natręta w innej porze – bez istotnej przyczyny – Profesorowi nie zameldował. Ale gdy widział kogoś z Koła, rozjaśniała mu się pocziwa twarz i pędził meldować: „to z Koła ktoś przyszedł”. I o dziwo! Srogi formalista a wielki nasz przyjaciel – bo tak jest na pewno, kochany Panie Profesorze – łamał przepisy, które sam wydawał, przyjmował nas o każdej porze, bo nawet tak rzadkie chwile odpoczynku w domu sobie przerywał i dla nas zawsze znalazł czas”.

W r. 1935 w pewnym okresie czasu zaczęły napływać do mieszkania Państwa Czubalskich anonimowe ostrzeżenia o zamiarach pobicia naszego Opiekuna. Znani byli nam autorzy tych listów, ale Małżonka profesora prosiła aby nie wyciągać żadnych konsekwencji, ponieważ nie informowała o tym męża. W tej sytuacji postanowiliśmy z kilku kolegami dyskretnie towarzyszyć Profesorowi w drodze z Uniwersytetu do domu. Profesor nigdy się o tym nie dowiedział, a małżonka była nam bardzo wdzięczna i mniej zaniepokojona o zdrowie męża.

Profesor Czubalski w czasie uroczystości otwarcia Domu Medyków m.in. powiedział: „Jego Magnificencja Pan Rektor przekazał Wam drodzy przyjaciele Dom Medyków noszący imię Marszałka Józefa Piłsudskiego, do użytkowania i pracy dla dobra polskiej młodzieży akademickiej. W ten sposób spełniły się nasze wspólne marzenia „o własnym domu” w którym znajdują rozwiązania problemy ułatwień w nauce, pracy społecznej, samopomocowej i towarzyskiej. Oby służył Wam jak najdłużej i jak najlepiej”.

Pozwolę sobie jeszcze raz na przytoczenie fragmentu artykułu Profesora zamieszczonego we wstępie do Monografii:

„Kiedy patrzę jednak w waszą przyszłość i teraźniejszość i widzę w niej tyle stron dodatnich, winienem przecież wam i sobie odpowiedzieć na pytanie, czy w pracy waszej obok blasków nie ma też i cieni. I otwarcie mówię, że je dostrzegam w tym niezadowalającym stosunku, jaki istnieje między nielicznymi jednostkami pracującymi z entuzjazmem na rzecz ogółu a dużym zastępem tych, którzy jedynie spożywają owoce tej pracy. Jeszcze dalecy jesteście, jako stowarzyszony ogół, od tego stanu, kiedy każdy, albo prawie każdy z członków stowarzyszenia czułby nie odpartą potrzebę pracy, w miarę swych sił i możliwości, dla stowarzyszenia, którego rozkwit stałby się wyrazem dumy każdego z was z osobna, jako współtwórcy duchowych i materialnych dóbr organizacji. To też sądzę, że praca wasza, której ośrodkiem ma być Dom Medyków w bliższej i dalszej przyszłości, winna iść w głąb poprzez kształcenie i wyrabianie charakterów, zaprawionych do służby społecznej, oraz poprzez budzenie poczucia odpowiedzialności i szlachetnej ambicji, takiej właśnie służby, któraby stała się nie tylko potrzebą ale i radością życia każdego z was”.

## IRENA KOMASARA

### Redaktor Jerzy Celma-Panek (1917-1994)



Jerzy Celma-Panek

29 sierpnia 1994 r. zmarł nagle w Warszawie redaktor Jerzy Celma-Panek, wieloletni redaktor Kwartalnika Akademii Medycznej w Warszawie „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie”, autor albumu „Warszawska Akademia Medyczna” i kilkuset publikacji poświęconych medycynie i oświacie zdrowotnej.

Jerzy Panek, takie było jego nazwisko rodowe, urodził się 12 września 1917 r. w Hancewiczach na Polesiu. Pierwszy człon nazwiska „Celma” był jego okupacyjnym pseudonimem, który otrzymał w r. 1943 po akcji na dyrektora Arbeitsamtu Geista na ul. Mazowieckiej (10 maja). Zo-

stał on dopisany do jego nazwiska podczas weryfikacji, po ujawnieniu się po wojnie. Świadcstwo dojrzałości uzyskał w Warszawie w Gimnazjum im. ks. J. Poniatowskiego. Dalszą naukę przerwała II wojna światowa. Jako ochotnik brał udział w kampanii wrześniowej 1939 r. Po epizodycznych walkach w rejonie Rawy Mazowieckiej organizował w Skierniewicach szpital polowy i ośrodek ratowniczo-sanitarny PCK, którego został komendantem. Następnie brał udział w konspiracji, za co w sierpniu r. 1942 został aresztowany w Skierniewicach. Stamtąd przywieziono go do aresztu w podziemiach budynku Sicherheitspolizei przy Alejach Ujazdowskich (róg Koszykowej) i przed Nowym Rokiem 1943 został przetransportowany do więzienia przy ul. Rakowieckiej. Więzienie mokotowskie opuścił w kwietniu 1943 r. i po ponownym

nawiązaniu kontaktów konspiracyjnych, i uzyskaniu nowych dokumentów (ze zmienioną datą i miejscem urodzenia oraz nowym miejscem zamieszkania) został, na własną prośbę, przeniesiony do Oddziału Śledczego Państwowego Korpusu Bezpieczeństwa (PKB).

Podczas Powstania Warszawskiego został zatrzymany i wywieziony do obozu w Berlinie, skąd jako pracownik kolei Deutsche Reichsbahn (legitymację uzyskał dzięki kanałom wywiadu Armii Krajowej), w mundurze kolejarza niemieckiego podjął udaną ucieczkę do kraju. Do końca wojny uczestniczył w licznych akcjach dywersyjnych AK awansując do stopnia podporucznika. 9 grudnia 1944 r. został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi z Mieczami.

W r. 1945 został oddelegowany do Gdańska jako referent prasowy do Wojewódzkiego Urzędu Informacji i Propagandy, a rok później został zatrudniony w Chłopskiej Spółdzielni Wydawniczej jako kierownik-redaktor Oddziału Gdańskiego. W tym okresie wstąpił do utworzonego przez Mikołajczyka Polskiego Stronnictwa Ludowego i rozpoczął aktywną działalność polityczną. Uczestniczył w organizowaniu PSL na Wybrzeżu, pełniąc jednocześnie funkcję prezesa Koła PSL w Gdańsku-Oliwie. Po ucieczce Mikołajczyka został aresztowany przez UB (od r. 1945 był kilkakrotnie czasowo aresztowany) i zmuszony do wymeldowania się z Gdańska-Oliwy „jako osobnik szczególnie niebezpieczny w odbudowie Państwa”.

Po powrocie do Warszawy w r. 1948 kontynuował rozpoczęte wcześniej studia dziennikarskie, uzyskując dyplom Wyższej Szkoły Dziennikarskiej. W tym samym czasie zaczął studiować filozofię na Uniwersytecie Warszawskim, której jednak nie skończył angażując się w pracę redaktorską. Od lutego 1948 do maja 1949 r. pracował w redakcji dwutygodnika „Inwalida” jako sekretarz redakcji a następnie p.o. redaktora naczelnego. Później pracował w Biurze Prasowym Związku Samopomocy Chłopskiej, redakcji tygodnika „Chłopi”, Wydawnictwach Komunikacyjnych i w Domu Słowa Polskiego. Nie powiódł się wyjazd do Czechosłowacji, gdzie miał pracować w redakcji tygodnika „Polsko” przy Ambasadzie Polskiej w Pradze w r. 1949. W przededniu wyjazdu na placówkę został powiadomiony przez Departament Kadr, że zaginęły jego wszystkie dokumenty. Zaginęły skutecznie, na zawsze. Niektórych z nich nie udało się już nigdy odtworzyć. Tak się dziwnie złożyło, że w tym samym czasie zaginęła także jego teczka w Związku Inwalidów Wojennych (którego był członkiem od r. 1946) i zaświadczenie wyciągu z rozkazu KG PKB o nadaniu „Krzyża Walecznych Na Polu Chwały”.



W latach 1955-57 Jerzy Celma-Panek był redaktorem czasopisma „Tydzień”, a od r. 1960 pracował w Wydawnictwach Spółdzielczych na stanowisku starszego redaktora. Następnie w latach 1961-69 pracował w Biurze Wydawniczym „Ruch” kierując Redakcją Wydawnictw Nieperiodycznych oraz jako redaktor czasopisma „Głos ZZER i I”. Później przez 3 lata był wykładowcą poligrafii w Zespole Szkół Zawodowych Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy.

Wskutek rozwijającej się padaczki pourazowej z okresu przeszukiwań przez UB został zakwalifikowany przez Komisję ds. Inwalidztwa do II grupy. Od tego czasu współpracował w ramach umowy-zlecenia z różnymi redakcjami, m.in. z redakcją „Słowo Powszechne”, „Głos”, „Życie i zdrowie”, „Kierunki”, „Ruch Muzyczny”, „Nowy Medyk”, „Medyk” i „Zdrowie”, na łamach których opublikował kilkaset artykułów i recenzji.

Od r. 1971 do końca 1981 współpracował z Redakcją Kwartalnika Akademii Medycznej w Warszawie. Początkowo był redaktorem ds. edytorskich, a od 1 stycznia 1977 r., wraz ze zmianą tytułu Kwartalnika, który zaczął się ukazywać jako „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie”, został powołany na członka Kolegium Redakcyjnego. Rok później został sekretarzem i redaktorem tego czasopisma. Był to korzystny okres dla rozwoju Kwartalnika, który zyskał duży prestiż w środowisku akademickim. Streszczenia artykułów publikowanych w Kwartalniku były indeksowane w bibliografii o zasięgu międzynarodowym „Excerpta Medica”. Redakcja Kwartalnika zorganizowała kilka konferencji i wprowadziła na swe łamy dział recenzji. Redaktor Celma-Panek obok pracy redaktorskiej związanej z dbałością o poziom i dobre przygotowanie materiałów do druku publikował także artykuły dotyczące historii medycyny, zwyczajów akademickich, języka środowiska lekarskiego i humanizacji medycyny, oraz recenzje. Jako przedstawiciel Redakcji uczestniczył w zjazdach, sympozjach i konferencjach towarzystw lekarskich i farmaceutycznych, uroczystościach jubileuszowych, wystawach i spotkaniach z wybitnymi przedstawicielami nauk medycznych. Relacje z tych wydarzeń zamieszczał w dziale „Kronika”.

W r. 1978 z okazji X-lecia Kwartalnika JM Redaktor AM Prof. L. Zgliczyński, na wniosek Jury, które oceniało ponad 300 prac opublikowanych w tym okresie, przyznał Redaktorowi Celma-Pankowi I nagrodę za cykl artykułów historycznych.

Na zlecenie władz Akademii Medycznej w Warszawie napisał dwie książki: „Akademickie zwyczaje, ceremoniał, insygnia” (1979) i „Warszawska Akademia Medyczna – historia, współczesność i perspektywy” (1981), jej wersja w języku angielskim ukazała się w 1983 roku. Wydawnictwa te były pracami pionierskimi i wyróżniały się dbałością tak pod względem treści jak i szaty graficznej. Cieszyły się dużym zainteresowaniem i uznaniem nie tylko absolwentów naszej Uczelni rozproszonych po całym świecie, ale także uczelni i instytucji naukowych polskich i zagranicznych. Recenzja anglojęzycznej wersji albumu ukazała się w czasopiśmie *Journal of the Royal Society of Medicine* (1985, 78, 704).

Od r. 1982 Jerzy Celma-Panek na łamach „Nowego Medyka” a następnie „Medyka” i „Zdrowia” popularyzował problemy oświaty zdrowotnej publikując kilkadziesiąt wywiadów prasowych z wybitnymi polskimi specjalistami z różnych dziedzin medycyny. Ostatnio publikował także w „Memoires Pharmaceutiques”, zamieszczając tam biografie polskich lekarzy z okresu okupacji niemieckiej.

Miał swoje miłości i antypatie do postaci historycznych. Człowiekiem, którego szczerze podziwiał, był marszałek Józef Piłsudski. Jemu to, z okazji 70 rocznicy nadania, na wniosek Rady Wydziału Lekarskiego, tytułu doktora honoris causa Uniwersytetu Warszawskiego, poświęcił ciekawą książkę „Józef Piłsudski, doktor medycyny honoris causa” i wydał nakładem „Medyka” w 1991 r. Opisał w niej skorygowaną wersję uwolnienia Piłsudskiego z więziennego szpitala w Petersburgu oraz jego związki z medycyną, środowiskiem lekarskim i akademickim. W posłowniu znalazły się reporterskie rozmowy z osobami, które znały Marszałka i różnie go scharakteryzowały. Warto tu nadmienić, że w prywatnej bibliotece Redaktora, która była jego gabinetem pracy, wiszą dwa portrety Marszałka oraz medal z jego wizerunkiem.

Kochał muzykę operową. Ulubionym śpiewakiem, którego głosu najchętniej słuchał, był Jan Kiepura. W bogatej płytotece miał wiele nagrań tego artysty.

Przeglądając obszerną bibliografię artykułów i książek napisanych w okresie blisko 50-letniej działalności dziennikarskiej łatwo zauważyć, że był człowiekiem niezwykle pracowitym i wszechstronnym. Najwięcej publikacji poświęcił medycynie, oświacie zdrowotnej i popularyzacji humanitarnych idei czerwono krzyżskich. Podejmował tematy trudne i często kontrowersyjne. Nieobce mu były sprawy muzyki, bibliofilstwa, muzealnictwa, biblioterapii.

Z ważnych i różnorodnych tematycznie publikacji wymienić należy opracowany na zlecenie Ossolineum słownik encyklopedyczny „Współczesne polskie introligatorstwo i papiernictwo” (1986), album „Mistrzowie o złotych rękach” (1986) oraz wydaną w tym roku „Kronikę medycyny”. Należał do Komitetu Redakcyjnego opracowującego polską wersję „Kroniki”.

Dzięki jego inicjatywie i ogromnemu zaangażowaniu w r. 1993 ukazała się książka ppłk. doktora medycyny Franciszka Krawczyka „Wspomnienia lekarza skierniewickiego”, będąca hołdem współtowarzyszom broni z AK.

Redaktor Celma-Panek był człowiekiem o wielkiej erudycji. Lektura i pisanie były jego ulubionym zajęciem. Zgromadził bardzo ciekawy, wielokierunkowy księgozbiór składający się z około 3000 tytułów. Miał wiele wydawnictw potrzebnych w pracy dziennikarskiej: encyklopedie, leksykony, poradniki i słowniki językowe i kolekcję varsavianów. Podziw budzi zbiór dzieł historycznych, zwłaszcza wydawnictwa dotyczące II wojny światowej, Powstania Warszawskiego, oraz literatura piękna. Na uwagę zasługuje także dział sztuki, albumy malarstwa, architektury, rzeźby i poszczególnych miast, biografie pisarzy, artystów i kompozytorów oraz obszerny zbiór map i przewodników z całego świata. Redaktor Celma-Panek lubił podróżować i podróżował często. Miał swoje ukochane miasta i ulubione miejsca, do których chętnie wracał. A były nimi Wiedeń, Budapeszt, Wilno i Lwów. Nigdy nie ukrywał, że najbardziej ukochał Warszawę.

Swoje królestwo książek z pedantyczną dokładnością skatalogował według klasyfikacji dziesiętnej (10 podstawowych działów tematycznych) i włączył do katalogu kłamrowego. Wszystkie książki stoją na regałach do samego sufitu we wzorowym porządku.

Często odwiedzał Bibliotekę Główną AM, można powiedzieć że był jej stałym czytelnikiem. Przygotowując artykuł zawsze skrupulatnie sprawdzał w źródłach wszystkie podawane informacje. Do zbiorów Biblioteki przekazał w darze wiele książek, czasopism i kilka swoich publikacji, często z własnoręczną dedykacją lub autografem. A do mającego powstać działu muzealnego ofiarował z własnych zbiorów kilka cennych dokumentów i fotografii. Był prawdziwym dżentelmenem, zawsze szarmancki w stosunku do wszystkich bibliotekarek i archiwistek. Potrafił docenić nie tylko ich pracowitość ale także skomplementować wygląd. Jego uważne, dziennikarskie oko dostrzeżło nawet i modną fryzurę i kolor szminki. Był bardzo bezpośredni, potrafił wpro-

wadzić miły nastrój, opowiedzieć dobry dowcip i wywołać serdeczny uśmiech.

Redaktor Celma-Panek był społecznikiem. Pełnił wiele funkcji społecznych, był ławnikiem, radnym DRN Warszawa-Śródmieście, przewodniczącym Koła Dziennikarzy-Ludowców i przewodniczącym Rady Zakładowej Wydawnictw Spółdzielczych, działał w Polskim Towarzystwie Higienicznym. Był członkiem Towarzystwa Wydawców Książek i Towarzystwa Językoznawczego. Oprócz wymienionych już odznaczeń był także odznaczony „Krzyżem Walecznych za udział w walkach z hitlerowskim okupantem w latach 1939-1945”, „Odznaką Grunwaldzką” i „Medalem Wojska”.

Ostatnim dziełem, które przygotował do druku była książka „Wierni Hygicii. W 100-lecie Polskiego Towarzystwa Higienicznego”. Maszynopis miał jeszcze zostać uzupełniony materiałami źródłowymi, po które jechał do Lwowa. Niestety, nie dojechał, zmarł na początku podróży.

## STEFAN KRUŚ

**Agata Minakowska, jaka została mi w oczach**



Na słuchaczy moich wykładów patrzę z sympatią, odpłacam im tym za ich rozpromienione twarze. Uśmiechają się Panowie, śmieją Panie. Przychodzi mi wtedy na myśl wiersz Tuwima:

„Śpiewała, śpiewała i nagle w śmiech,  
Sam śpiew ją rozśmieszył, że śpiewa.  
I śmiech się posypał ze śpiewem jak śnieg,  
I śmieje się, śmieje, zaśmiewa”

Taką właśnie widziałem też Agatkę Minakowską, studentkę IV roku. Los zmusza czasem do zmiany nastroju. Niemal pół wieku temu, kiedy marzyła mi się twórczość poetycka, po śmierci Ojca napisałem tak:

„W ciemnych uliczkach  
Cieniom podobni  
Snują się cicho  
Ludzie żałobni  
    Z krepą na paltach  
    I kapeluszach  
    I z bardzo wielkim  
    Smutkiem na duszach.

Tak rozważają:  
„Czemu się smucisz?  
To być musiało,  
Nic się nie wróci”.  
    Tak sobie mówią  
    I tak tłumaczą.  
    I idą dalej...  
    Idą i płaczą.

W ciemnych uliczkach  
Cieniom podobni  
Snują się cicho  
Ludzie żałobni”.

(20 sierpnia 1950)

Wróćmy do Tuwima.

„Śpiewała, śpiewała i nagle w płacz...

Nie, nie, nie, to nie Ona, to nie Agatka, to my będziemy płakać, długo  
będziemy płakać. Ją zawsze będziemy widzieć, jak się śmieje i dodaje otuchy.

05.05.1994

## Leszek Kryst

### Wspomnienie pośmiertne o pani Ludwice Haintze

Przed kilkoma dniami (czerwiec 1994) spadła na nas nieoczekiwana wiadomość, że zmarła nasza Pani Lusia. Wiadomość była tym bardziej nieoczekiwana, że na kilka dni przed jej śmiercią rozmawiałem z Panią Lusią.

Pani Ludwika Haintze urodziła się 3 czerwca 1920 r. w Sosnowcu w rodzinie inteligencji pracującej. W Akademii Medycznej w Warszawie pracowała od 2 listopada 1963 r. do chwili odejścia na zasłużoną emeryturę, tj. do 30 listopada 1980 r. Przez 27 lat wyróżniającej Ją pracy w A.M. była starszym referentem, kierownikiem sekcji, starszym radcą, a wreszcie samodzielnym referentem.



Najbardziej w pamięci zapadła nam praca Pani Lusi w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego na stanowisku kierownika dziedzianatu Oddziału Stomatologicznego. Profesjonalizm p. Haintze, Jej życzliwość i sumienność w załatwianiu wszystkich spraw był pierwszą rzucającą się w oczy cechą. Była zorganizowana, obowiązkowa i zawsze otwarta na sprawy i problemy studentów. Znała praktycznie wszystkich studiujących stomatologię i nigdy nie zapomniała o ich życiowych sprawach. Drugą Jej cechą była życzliwość i otwarcie na problemy innych. Przez wiele lat wspólnej ze Zmarłą pracy nie widziałem i nie spotkałem się ze studentem, interesantem, współpracowni-

kiem, których sprawy nie byłyby załatwione sumiennie, życzliwie i tak szybko, jak było to tylko możliwe. Pani Lusia miała tę rzadką u urzędników cechę, że każdy z interesantów wychodził od Niej z głębokim przekonaniem, że jego sprawę potraktowała jako najważniejszą.

Kolejną Jej cechą była osobista kultura i dobre wychowanie. Zawsze opanowana, skupiona i uśmiechnięta, przyjazna i stanowcza. Miła i kontaktowa. Wreszcie była uroczą, pełną kobiecości i wdzięku współpracowniczką. Jej obecność sprawiała, że szarość i szpetota urzędowych pomieszczeń malała, liczyło się Jej ciepło, urok i przyjemność osobistych kontaktów.

Wiemy, że odchodząc na emeryturę, żegnała się ze światem, dla którego poświęciła 27 lat żmudnej, często nie efektywnej, ale jakże ważnej dla innych pracy. Potem nastął czas postępów nieubłagalnie rozwijającej się choroby. Walczyła z nią sama, ale nie odosobniona. Nie skarżyła się, do końca była dzielna i pamiętająca o innych.

Dziś już nie ma Jej wśród nas – osierociła najbliższych, a nas pozbawiła nadziei na kolejną rozmowę, na kolejne spotkanie.

Myślę, że jest to naturalny bieg spraw, ale jak sądzę czymś wyjątkowym będzie nasza trwała pamięć o znakomitym człowieku, urokliwej kobiecie, świetnym współpracowniku, tak dobrze znanej w „światku warszawskiej stomatologii”, Pani Lusi Haintze z Dziekanatu Stomatologii.

Cześć Jej pamięci!



## **Informacja o Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce**

Pozwalamy sobie poinformować, że powołane zostało do życia Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce.

Kolegium powstało z inicjatywy Krajowego Zespołu Specjalistów do spraw Diagnostyki Laboratoryjnej i Diagnostyki Mikrobiologicznej, Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej oraz kilkudziesięciu specjalistów medycyny laboratoryjnej z ośrodków akademickich i pozaakademickich z całej Polski.

Zjazd Założycielski odbył się w czerwcu 1993 roku w Gdańsku i zgromadził 80 członków Założycieli.

W styczniu 1994 roku odbyło się Walne Zgromadzenie Członków Założycieli Kolegium w liczbie 167 osób. Walne Zgromadzenie Członków Założycieli przyjęło projekt Statutu Kolegium. Wybrano władze statutowe Kolegium, składające się z Prezydium i Rady Zarządu, Przewodniczących Komisji i Grup Roboczych oraz Komisji Rewizyjnej.

Kolegium gromadzi lekarzy i nielekarzy – specjalistów różnych dziedzin medycyny laboratoryjnej (diagnostyki laboratoryjnej), takich jak hematologia, serologia i transfuzjologia, immunologia, toksykologia, patomorfologia i cytologia kliniczna, genetyka kliniczna i cytogenetyka, medycyna nuklearna i endokrynologia, bakteriologia i wirusologia, parazytologia, biochemia i analityka kliniczna. Wspólnym i jednoczącym wszystkie dziedziny medycyny laboratoryjnej elementem jest diagnostyczny wymiar badania laboratoryjnego.

Cele i zadania Kolegium zostały przedstawione szczegółowo w Statucie. Pierwszym i najważniejszym zadaniem Kolegium jest rozwój medycyny laboratoryjnej w Polsce i kształtowanie modelu działania wszystkich dziedzin medycyny laboratoryjnej w sposób zapewniający największą jej użyteczność społeczną.

Kolegium będzie kolegialną i samorządną ale jednocześnie niezależną i elitarną reprezentacją specjalistów różnych dziedzin medycyny laboratoryjnej z ośrodków akademickich i pozaakademickich. Kolegium będzie instytucją

opiniotwórczą, dbającą o prawidłowe pod względem merytorycznym, organizacyjnym i technicznym rozwiązanie wszystkich problemów w medycynie laboratoryjnej. Instytucją promującą rozwój wiedzy i praktyki laboratoryjnej, wyznaczającą standardy „dobrej praktyki laboratoryjnej”.

Kolegium będzie pełnić rolę integrującą środowisko i reprezentować je wobec organów administracji państwowej i samorządowej.

Głos Kolegium będzie docierać:

do wszystkich środowisk medycyny laboratoryjnej;

do ośrodków władzy ustawodawczej – Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia;

do Ministerstwa Zdrowia i wszystkich jego Departamentów;

do Urzędów Wojewódzkich i Wydziałów Zdrowia;

wszędzie tam, gdzie podejmowane są decyzje dotyczące bezpośrednio lub pośrednio medycyny laboratoryjnej.

Kolegium widzi swoją rolę szeroko. Cele, jakie sobie stawia, obejmują wszystkie istotne problemy medycyny laboratoryjnej. Za najważniejsze uważamy kształtowanie modelu działania medycyny laboratoryjnej w Polsce, rozwój wiedzy i praktyki laboratoryjnej w Polsce, wyznaczanie standardów i zasad dotyczących organizacji, wymagań merytorycznych i technicznych oraz sposobu działania wszystkich medycznych laboratoriów analityczno-diagnostycznych.

Cele edukacyjne Kolegium uwzględniają zarówno szkolenie przed- jak i podyplomowe, nie tylko w wyższych ale i w średnich szkołach medycznych. Biorąc też pod uwagę fakt, że w wielu dziedzinach medycyny laboratoryjnej pracują obok lekarzy – także nielekarze – biolodzy, farmaceuci, chemicy, analitycy medyczni. Kolegium będzie starać się oddziaływać na kształcenie, widziane jako przygotowanie do zawodu i na system specjalizacji, który winien być zróżnicowany, dostosowany do posiadanego wykształcenia.

Kolegium będzie wspomagać wszelkie poczynania zmierzające do wprowadzenia wolnego rynku usług diagnostycznych we wszelkich działach medycyny laboratoryjnej. Będzie też współdziałać w wypracowaniu odpowiednich standardów w tym zakresie, zabezpieczających wysoki poziom badań oraz prawa pacjentów jak i pracowników laboratoriów diagnostycznych.

Cele te kolegium będzie realizować samodzielnie – formułując opinie, wyznaczając standardy, wymagania i zalecenia. Będzie również współdziałać z odpowiednimi Departamentami i Komisjami Ministerstwa Zdrowia, z insty-

tucją krajowego nadzoru specjalistycznego i innymi instytucjami centralnymi, których działalność dotyczy medycyny laboratoryjnej. W szczególności współpraca z krajowymi zespołami specjalistycznymi może stanowić istotny element działania Kolegium i zapewnić praktyczną realizację zasad wypracowanych przez Kolegium.

Kolegium zamierza współdziałać z towarzystwami naukowymi. Kolegium nie będzie towarzystwem czy też supertowarzystwem naukowym. Nie stawia sobie takich celów.

Kolegium zamierza współdziałać z korporacjami zawodowymi, integrując środowisko medycyny laboratoryjnej i tworząc klimat zrozumienia i współdziałania ze środowiskami medycyny praktycznej, wspierając jednocześnie działania zmierzające do zlikwidowania istniejących obecnie przejawów dyskryminacji pracowników medycyny laboratoryjnej.

Kolegium przyjmuje te wszystkie zadania w poczuciu odpowiedzialności za prawidłowy rozwój i działania medycyny laboratoryjnej w Polsce. To poczucie odpowiedzialności wyływa ze znajomości rzeczy i z przeświadczenia, że stan obecny, rzeczywistość w jakiej obecnie działamy – odbiega od wzorów i standardów obowiązujących już w innych krajach.

Mamy nadzieję, że idea Kolegium Medycyny Laboratoryjnej wpisuje się w perspektywę zmian, reformy organizacji i działania ochrony zdrowia w Polsce, i że zyska ona aprobatę i poparcie środowiska.

**Dr Gerard NOWACKI**  
Przewodniczący Komisji Promocji  
i Organizacji Kolegium

**Prof. Jerzy ROGULSKI**  
Prezes Kolegium Medycyny  
Laboratoryjnej w Polsce  
Adres: ul. Św. Agnieszki 1, 31-501 Kraków

Lista osób przyjętych na I rok I Wydziału Lekarskiego Akademii  
Medycznej w roku akademickim 1994/95

1. Arnold Marta
2. Asendrych Alicja
3. Bałkowiec Ewa
4. Banaszek Aleksandra
5. Baranowski Artur
6. Bartuszek Tomasz
7. Basiewicz Ewa
8. Bąk Magdalena
9. Biedrzycka Agnieszka
10. Bierska Magdalena
11. Bilkiewicz Anna
12. Błasiak Anna
13. Błaszczuk Izabela
14. Bombalicka Anna
15. Brykalski Jan
16. Brzozowska Agnieszka
17. Budek Agnieszka
18. Bulik Hubert
19. Burbicki Arkadiusz
20. Calińska Joanna
21. Cebulski Bartosz
22. Chmielewski Przemysław
23. Chorąży Magdalena
24. Chwilczyńska Aleksandra
25. Cibor Katarzyna
26. Ciećkiewicz Tomasz
27. Czaplński Radosław
28. Danowska Małgorzata
29. Delong Gabriela
30. Dilis Paweł
31. Dudek Sylwia
32. Dyl Aneta
33. Faron Agnieszka po url. zdr.
34. Filippek Iwona
35. Fomalik Hubert
36. Frybes Michał
37. Fudała Agnieszka
38. Galanty Dariusz
39. Garbicz Magdalena
40. Gilewska Agnieszka
41. Glinecki Jacek
42. Gliniak Paweł
43. Godlewski Marek
44. Goleń Krzysztof
45. Grabarska Olga
46. Grabowska Maria
47. Grabowski Marcin
48. Grodzka Monika
49. Iwoński Sławomir
50. Jabłońska Anna
51. Jakimowicz Tomasz
52. Janeczek Oskar
53. Jastrzębska Aneta
54. Jaworska Marta
55. Kaczkowska Anna
56. Kaczmarska Dorota
57. Kaczyńska Anna
58. Kaim Magdalena
59. Kalisz Marcin
60. Kalisz Olaf
61. Karpeta Małgorzata
62. Karski Mariusz

63. Kisiel Katarzyna  
64. Kornasiewicz Oskar  
    po url. dziek.  
65. Kosanowski Wojciech  
66. Kostecka Marzena  
67. Kostrubiec Maciej  
68. Kotulski Marcin  
69. Koziorowski Dariusz  
70. Kozłowska Sylwia  
71. Krześniak Joanna  
72. Kubiak Ewa  
73. Kubis Małgorzata  
74. Kucharska Danuta  
75. Kulaga Katarzyna  
76. Kulakowska Katarzyna  
77. Kwiatkowski Andrzej  
78. Kwiec Bartłomiej  
79. Lech Agnieszka  
80. Lemieszek Piotr  
81. Ludko Barbara  
82. Łagodzińska Agnieszka  
83. Maciejczyk Tamara  
84. Maciejewski Adam  
85. Magoń Małgorzata  
86. Majkowski Mariusz  
87. Małyszka Katarzyna  
88. Marcheluk Adam  
89. Mazurek Bartłomiej  
90. Mąka Anna  
91. Michalska Anna  
92. Miśkiewicz Joanna  
93. Mozal Edyta  
94. Mróz Agnieszka  
95. Muldner-Nieckowski Łukasz  
96. Murawska Aneta  
97. Musiorska Małgorzata  
98. Muszkat Agata  
99. Niewęglowska Nikola  
100. Nojszewska Monika  
101. Nojszewski Krzysztof  
102. Oleksiuk Tomasz  
103. Olesiejuk Agnieszka  
104. Olewiński Marek  
105. Olszewska Agnieszka  
106. Olszewska Małgorzata  
107. Olszewski Michał  
108. Ostaszewska Katarzyna  
109. Ostrowski Maciej  
110. Paciorek Marcin  
111. Paczek Aleksandra  
112. Pająk Katarzyna  
113. Palczewski Piotr  
114. Paprota Marlena  
115. Pawlik Eliza  
116. Pawłowska Katarzyna  
117. Piątkiewicz Paweł  
118. Piechota Wiktor  
119. Piotrowicz Grzegorz  
120. Piotrowski Jędrzej  
121. Polej Monika  
122. Pośnik Aneta  
123. Potulska Anna  
124. Przepiórski Emil  
125. Radoszewska-Zielińska  
    Anna  
126. Rakowska Magdalena  
127. Rejmer Tomasz  
128. Rok Paulina  
129. Rosińska Magdalena  
130. Rowińska Anna  
131. Rutczyńska Izabela  
132. Rutka Katarzyna

- 
- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| 133. Sender Tomasz          | 151. Trzeciak Katarzyna   |
| 134. Setny Piotr            | 152. Wajda Małgorzata     |
| 135. Sidło Ewa              | 153. Walasek Katarzyna    |
| 136. Sidorowicz Adam        | 154. Walicki Paweł        |
| 137. Siedlecka Agnieszka    | 155. Wiater Elżbieta      |
| 138. Siwek Alicja           | 156. Wilk Anna            |
| 139. Skorupski Marcin       | 157. Wiszniewski Wojciech |
| 140. Skórczyńska Elżbieta   | 158. Wiśniewski Artur     |
| 141. Skwarczyńska Agnieszka | 159. Wretowski Dominik    |
| 142. Smorawski Marcin       | 160. Zablocki Michał      |
| 143. Sobierajewski Paweł    | 161. Zajączkowska Justyna |
| 144. Sokolnicka Urszula     | 162. Zawadzki Marek       |
| 145. Soszka Anna            | 163. Zienowicz Małgorzata |
| 146. Sowińska Joanna        | 164. Zimnoch Przemysław   |
| 147. Suwalski Piotr         | 165. Ziółkowski Marcin    |
| 148. Sykuła Ewa             | 166. Ziółkowski Michał    |
| 149. Szczęsna Agnieszka     | 167. Złotkowski Piotr     |
| 150. Szymańska Olga         | 168. Zubrzycka Anna       |

Lista osób przyjętych na I rok Oddziału Stomatologicznego  
w roku akademickim 1994/95

1. Baranowski Gustaw
2. Beza Małgorzata
3. Birecka Marta
4. Brzezińska Aneta
5. Brzozowska Agnieszka
6. Buczna Magdalena
7. Bujakowska Katarzyna
8. Chmielewska Beata
9. Dmitruk Grzegorz
10. Duszek Monika
11. Dziedzic Joanna
12. Feder Małgorzata
13. Frydrychewicz Artur
14. Fudalej Beata
15. Galas Edyta
16. Gdala Daniel
17. Giers Kamila
18. Golecka Magdalena
19. Gołębiewski Artur
20. Górski Karol
21. Grabara Marek
22. Grajko Marta
23. Jagielak Tomasz
24. Jakubowski Tomasz
25. Jankowska Ewa
26. Kacprzak Marcin
27. Kaczmarek Piotr
28. Kulkowska Małgorzata
29. Kocerba Rafał
30. Kocot Katarzyna
31. Kolisz Ewa
32. Kostrzewa Kinga
33. Kotańska Joanna
34. Krzowska Renata
35. Kuca Renata
36. Kula Wioletta
37. Kwiatkowska Anna
38. Lachowicz Monika
39. Laskowska Joanna
40. Macierzyńska Anna
41. Macierzyńska Małgorzata
42. Majchrowska Agnieszka
43. Mańkowska Magdalena
44. Markiewicz Ewa
45. Matosek Anna
46. Matuszczyk Katarzyna
47. Maźul Joanna
48. Mendyk Dorota
49. Michalak Anna
50. Miłoś Agnieszka
51. Mokrzyńska Monika
52. Nędzy Małgorzata
53. Okoń Adam
54. Olko Joanna
55. Ołoś Marek
56. Osuch Izabela
57. Pietrasik Agnieszka
58. Piękoś Katarzyna
59. Pytel Joanna
60. Ratyński Piotr
61. Rylski Konrad
62. Sak Tomasz

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 63. Sałacińska Anna           | 71. Świątek Justyna     |
| 64. Semczyszyn Dorota         | 72. Świętochowska Marta |
| 65. Skiendzielewska Katarzyna | 73. Świstak Anna        |
| 66. Słomski Arkadiusz         | 74. Tront Justyna       |
| 67. Sokołowski Dariusz        | 75. Wasiluk Marek       |
| 68. Szalwiński Michał         | 76. Wojtaszek Julita    |
| 69. Szlachta Monika           | 77. Krasny Kornel       |
| 70. Szyłberg Mariola          | 78. Sicińska Anna       |



**Lista osób przyjętych na I rok II Wydziału Lekarskiego  
Akademii Medycznej w roku akademickim 1994/95**

1. Antczak Jakub
2. Bakoń Leopold
3. Bessert Grażyna
4. Betkier Katarzyna
5. Bogdański Łukasz
6. Buraczewska Monika
7. Cegiełka Krzysztof
8. Cudnoch Agnieszka
9. Czajka Anna
10. Dąbrowski Marek
11. Dobruch Jakub
12. Flont Barbara
13. Gajewska Małgorzata
14. Gdowski Tomasz
15. Gepner Katarzyna
16. Górnicki Artur
17. Gryglewicz Sebastian
18. Jaształ Joanna
19. Jędral Tomasz
20. Józwiak Aleksandra
21. Kalinowski Adam
22. Kinsner Agnieszka
23. Klimm Wojciech
24. Kolbuszewski Andrzej
25. Kordasiewicz Bartłomiej
26. Kosakowska Agnieszka
27. Kosiecka Wioletta
28. Kowalczyk Rafał
29. Kozłowski Błażej
30. Krawczyk Agnieszka
31. Kreczmański Paweł
32. Krześniak Sebastian
33. Kucińska Joanna
34. Kujawa Agnieszka
35. Kulesza Anna
36. Kurzawa Katarzyna
37. Kuźma Magdalena
38. Kwolczak Aleksandra
39. Lasa Michał
40. Lekan Leszek
41. Lis Tomasz
42. Łebkowski Łukasz
43. Malec Anna
44. Maszewska Monika
45. Maśliński Krzysztof
46. Maździarz Marek
47. Mierzejewski Paweł
48. Nowacka Ewa
49. Nurowska Barbara
50. Oldak Monika
51. Osadnik Bartłomiej
52. Owczarek Kamila
53. Parol Magdalena
54. Paśnicki Marek
55. Pękalska Marta
56. Piętak Monika
57. Polakowska Karolina
58. Popielarczyk Agnieszka
59. Prusaczyk Marek
60. Rajchel Aleksandra
61. Romańska Renata
62. Rosiak Grzegorz

- 63. Roik Marek
- 64. Rój Magdalena
- 65. Rudzka Agnieszka
- 66. Socha Marcin
- 67. Socik Małgorzata
- 68. Spodar Krystyna
- 69. Starościak Maria
- 70. Szafraniec Sylwia
- 71. Szanecki Grzegorz
- 72. Tuszyńska Anna

- 73. Warchoł Rafał
- 74. Wasilewski Piotr
- 75. Wilkowska Joanna
- 76. Wiśliński Przemysław
- 77. Wiśniewska Monika
- 78. Wrzosek Karol
- 79. Zaczyk Katarzyna
- 80. Zawilska Magdalena
- 81. Zawisza Agnieszka
- 82. Zdunek Paweł

Lista osób przyjętych na I rok Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w roku akademickim 1994/95.

1. Adamski Marcin
2. Arłukowicz Tadeusz
3. Baranowska Mariola
4. Bartosiewicz Anna (zrezygnowała)
5. Bielik Iwona
6. Bloch Renata
7. Bobrowska Barbara
8. Borowik Marta
9. Borzuchowska Hanna
10. Brzostowska Ewa
11. Budny Magdalena
12. Bugajska Alicja
13. Bukiewicz Agnieszka
14. Cessak Grzegorz
15. Chodorowska Beata
16. Chojnacka Sylwia
17. Chruścińska Agnieszka
18. Chudy Zbigniew
19. Ciesielska Anna
20. Cyzio Artur
21. Czubak Anna
22. Doróżko Urszula
23. Drogowska Anna
24. Figarska Wioletta
25. Filipowicz Anna
26. Franek Agnieszka
27. Frankowska Barbara
28. Frankowski Marcin
29. Frąckiewicz Michał
30. Gałkowska Iwona
31. Gaweł Marta
32. Gawina Wioletta
33. Gawlik Edyta
34. Głowacka Justyna
35. Gola Karol
36. Gołaszewska Agnieszka
37. Gołuch Małgorzata
38. Górski Jan
39. Guziak Monika
40. Hejduk Arkadiusz
41. Jadczyk Marta
42. Jagielska Krystyna
43. Jeziorek Małgorzata
44. Jędrzejczyk Teresa
45. Kaczyńska Beata
46. Kaczyńska Katarzyna
47. Kamińska Elżbieta
48. Karpińska Wioletta
49. Kąkol Agnieszka
50. Kiss Anna
51. Kobylńska Joanna
52. Kostyra Beata
53. Kot Agnieszka
54. Koterak Marcin
55. Kowalczyk Agnieszka
56. Kowalińska Beata
57. Kowtun Joanna
58. Koziół Dorota
59. Kresa Barbara
60. Królikowska Magdalena
61. Labuda Anna
62. Lech Monika

- 
- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 63. Lewandowska Maja        | 99. Reterski Dominik           |
| 64. Ludwicki Kamil          | 100. Rolka Joanna              |
| 65. Ławnik Jolanta          | 101. Ruraż-Lipińska Agnieszka  |
| 66. Łuczyszyn Monika        | 102. Rybaczuk Dorota           |
| 67. Łukasik Marcin          | 103. Rygiel Witold             |
| 68. Malecha Magdalena       | 104. Rzok Aleksandra           |
| 69. Matysiak Joanna         | 105. Sabuda Agnieszka          |
| 70. Mazur Marta             | 106. Sarnecka Ewa              |
| 71. Mierzejewska Marta      | 107. Sarnecka Inga             |
| 72. Mikołajczyk Katarzyna   | 108. Sarniak Katarzyna         |
| 73. Młynarczyk Agnieszka    | 109. Sękowska Monika           |
| 74. Monicz Monika           | 110. Skawińska Dorota          |
| 75. Morawski Jakub          | 111. Skiba Bogumiła            |
| 76. Murdza Magdalena        | 112. Sklenarz Małgorzata       |
| 77. Nahorniak Agnieszka     | 113. Słoma Ewa                 |
| 78. Niesiobędzka Małgorzata | 114. Słomka Anna               |
| 79. Nieściór Katarzyna      | 115. Smolis Małgorzata         |
| 80. Nittner Patrycja        | 116. Sobczak Magdalena         |
| 81. Nowak Agnieszka         | 117. Sobieska Renata           |
| 82. Nowak Hubert            | 118. Sobulska Iwona            |
| 83. Nowak Wiesław           | 119. Socha Aleksandra          |
| 84. Nożyńska Anna           | 120. Soja Monika               |
| 85. Olówek Katarzyna        | 121. Spychała Adam             |
| 86. Owczarek Ewa            | 122. Stachnik Krzysztof        |
| 87. Pacocha Monika          | 123. Stachowicz Artur          |
| 88. Pajęczkowska Justyna    | 124. Stefańska Wioletta        |
| 89. Pawluczuk Agata         | 125. Strzelczyk Katarzyna      |
| 90. Piekarska Agnieszka     | 126. Stypułkowska Ewa          |
| 91. Pietrzyk Aneta          | 127. Szczepaniak Anna          |
| 92. Piwońska Agata          | 128. Szczepankiewicz Agnieszka |
| 93. Połowska Beata          | 129. Szendzielorz Ziemowit     |
| 94. Popiołek Danuta         | 130. Szybka Małgorzata         |
| 95. Raczyńska Joanna        | 131. Śliwińska Aneta           |
| 96. Rawa Monika             | 132. Świniarska Magdalena      |
| 97. Rebandel Marta          | 133. Świstak Piotr             |
| 98. Redlisiak Magdalena     | 134. Tadeusiak Artur           |

- |                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| 135. Tankielun Agnieszka     | 148. Wojczakowski Maciej  |
| 136. Tawczyńska Wioletta     | 149. Wojewoda Marta       |
| 137. Techmańska Joanna       | 150. Wolniak Michał       |
| 138. Tolksdorf Małgorzata    | 151. Woźniak Katarzyna    |
| 139. Tołuć Anna              | 152. Woźnica Dorota       |
| 140. Trawczyńska Sylwia      | 153. Wysocka Justyna      |
| 141. Ulatowska Joanna        | 154. Załęcka Justyna      |
| 142. Wasilewska Anna         | 155. Zarzycka Katarzyna   |
| 143. Waszczyk Agnieszka      | 156. Zdunek Joanna        |
| 144. Wdowicka Agnieszka      | 157. Zielińska Aneta      |
| 145. Wiśniewski Marcin       | 158. Ziemiecki Wojciech   |
| 146. Wojciechowska Ewa       | 159. Złotkowska Agnieszka |
| 147. Wojciechowska Magdalena | 160. Żelazek Wioletta     |

Lista absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej  
w roku 1993

1. Abratowski Marcin
2. Adnan Abdulaziz Haza
3. Bartnik Joanna
4. Będzińska Eliza
5. Bienert Andrzej
6. Bożankow Bożena
7. Budindorf Anna
8. Budzicka Joanna
9. Buszkowska Małgorzata
10. Celej Alicja
11. Chromiec Przemysław
12. Chyczewska-Komar Beata
13. Cwyl Ewa
14. Czarnicka Magdalena
15. Czyżewska Anna
16. Ćwik Elżbieta
17. Dłuska Anita
18. Dzierżawski Jacek
19. Flis Dorota
20. Frąckiewicz-Kudła Małgorzata
21. Gajewska Małgorzata
22. Gardocka Halina
23. Gawęda Jolanta
24. Grużewska Beata
25. Grzegorek Beata
26. Helbin Ewa
27. Jarzabek Katarzyna
28. Jędrzejewska Anna
29. Kamoda Małgorzata
30. Kanicka Katarzyna
31. Karnasiewicz Iwona
32. Karpińska Małgorzata
33. Kasperek Artur
34. Kawińska Beata
35. Konieczna Agnieszka
36. Konwerska Beata
37. Korzonek Joanna
38. Kostrzewska Anna
39. Kozłowska Anna
40. Kraszewska Danuta
41. Kruk Agnieszka
42. Kuśmierska Anita
43. Kwiatek Andrzej
44. Lemieszka Halina
45. Lewandowska Sylwia
46. Luliński Piotr
47. Łukowska Beata
48. Madanecka Katarzyna
49. Marek Dariusz
50. Michalska Halina
51. Mincberger Marek
52. Niestępska Agnieszka
53. Nowak Barbara
54. Obidzińska Jolanta
55. Oleszczuk Krystyna
56. Osica Dorota
57. Osiński Andrzej
58. Pajek Piotr
59. Pawłowska Marzena
60. Pesta-Dynda Paweł
61. Pękacka Urszula
62. Piekarcz Agata

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 63. Pieńkowska Bożena                      | 80. Szkopański Wojciech               |
| 64. Pietraszek<br>vel Pietrusińska Izabela | 81. Szpakowska-<br>-Osowicka Elżbieta |
| 65. Pietrzyk Iwona                         | 82. Szubert Wojciech                  |
| 66. Płocica Małgorzata                     | 83. Szumańska Joanna                  |
| 67. Popławska-Brzozowska Ewa               | 84. Tchórzewska Elżbieta              |
| 68. Poźniak Monika                         | 85. Trzcińska Ewa                     |
| 69. Ratajczyk Beata                        | 86. Vaina Aldona                      |
| 70. Rogowska Maria                         | 87. Wiąckowski Lech                   |
| 71. Rosikiewicz Anna                       | 88. Wilanowska Magdalena              |
| 72. Rosochacki Sławomir                    | 89. Woźniak Aleksandra                |
| 73. Schmidt-Cieśluk Monika                 | 90. Zabielska Izabela                 |
| 74. Sijka Andrzej                          | 91. Zawadzka Joanna                   |
| 75. Solarska Ewa                           | 92. Ziegler Iwona                     |
| 76. Steinbrich Justyna                     | 93. Żamojda Joanna                    |
| 77. Stepnowska Małgorzata                  | 94. Żebrowska Nikandra                |
| 78. Strzalińska Marzena                    | 95. Żwirleło Iwona                    |
| 79. Strzałka Katarzyna                     | 96. Żytkiewicz Tomasz                 |

## Warunki prenumeraty

W roku 1995 „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie” ukaże się w dwóch zeszytach:

1-2/1995 (łącznie) – cena 1,50 zł (15 000 zł)

3-4/1995 (łącznie) – cena 1,50 zł (15 000 zł)

Cena ze zleceniem dostawy za granicę jest o 100% wyższa od ceny krajowej.

Termin przyjmowania prenumeraty na zeszyty:

1-2/1995 20 listopada 1994

3-4/1995 20 maja 1995

Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

– na teren kraju – jednostki kolportażowe „Ruch” i urzędy pocztowe właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora,

– za granicę – Zakłady Kolportażu Prasy i Wydawnictw,  
00-958 Warszawa,  
Konto PBK, XII O/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 za granicę pocztą lotniczą do odbiorcy zagranicznego, której koszt w pełni pokrywa prenumerator.



Nakład: 400 egz. Ark. wyd. 10: ark. druk. 12.

Papier offsetowy III kl., 70 g, 61x86 cm.

Skład: „Borgis” Sp. z o.o., 00-378 Warszawa, ul. Jaracza 10/11, tel./fax 625-42-38

Druk: „Multiprint” , 02-374 Warszawa, ul. E. Orzeszkowej 14/16

## Warunki prenumeraty

W roku 1995 „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie” ukaże się w 2 zeszytach:

1–2/1995 (łącznie) – Cena 1,50 zł (15 000 zł)

3–4/1995 (łącznie) – Cena 1,50 zł (15 000 zł)

Cena ze zleceniem dostawy za granicę jest o 100% wyższa od ceny krajowej.

### Termin przyjmowania prenumeraty na zeszyty:

1–2/1995 20 listopada 1994

2–3/1995 20 maja 1995

### Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

– na teren 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 O/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.