

Nr indeksu 365734

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Cena 1,50 zł (15 000 zł)

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA

Rok XXVII nr 3-4 1995

ISSN 0137-6543

**MEDYCYNA
DYDAKTYKA
WYCHOWANIE**

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Redaktor Naczelny: prof. dr hab. Stefan Kruś

Redaktorzy Działów:

Prof. dr hab. Bożena Gutkowska

Dr n. hum. Irena Komasa

Dr Bronisław Pokrzycki

Członkowie Kolegium:

Prof. dr hab. Krzysztof Boczkowski

Prof. dr hab. Wojciech Maria Kuś

Prof. dr hab. Andrzej Stapiński

Prof. dr hab. Teresa Szymczyk

Prof. dr hab. Maria Wierzbicka

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

Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie

ul. Filtrowa 30

02-032 Warszawa

Spis treści

Od Redakcji	7
LECH WAŁĘSA: Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1995/1996 na Uniwersytecie Warszawskim i Akademii Medycznej w Warszawie, 2 października 1995 r.	9
TADEUSZ TOŁŁOCZKO: Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1995/1996 dnia 2 października 1995 r.	12
HALINA WARDASZKO-ŁYSKOWSKA, MAREK MARZAŃSKI: Pacjent „geriatryczny”. Osoba stwarzająca szczególnie problemy etyczne.	18
EDWARD RUŻYŁO: Pierwsze 25 lat działalności Koła Medyków, Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego im. J. Piłsudskiego (1915-1940)	32
BARBARA ZAORSKA: „Umieram życiem” czyli o stanie zdrowia Zygmunta Krasińskiego	59
BARBARA ZAORSKA: Zaświadczam, że Kluczycki Józef jest istotnie... kobietą	80
MARCIN ŁYSKANOWSKI: Polscy lekarze moralisci XVIII/XIX stulecia	85
D.J. LARREY: Fragmenty Pamiętników, dotyczące kampanii rosyjskiej r. 1812 (tłumaczył Wiesław Stembrowicz). Część II.	101
DANIEL SABAT: Z dziejów badań morfologicznych raków płuc	116
BRONISŁAW POKRZYCKI, MARIA JĘDRZEJEWSKA: Losy zawodowe absolwentów II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie	128
MARIA KORDAS: Program dwustopniowego szkolenia bibliotecznego dla studentów akademii medycznej	149
STEFAN KRUŚ: Czy Wojciecha Kostaneckiego naprawdę nie ma z nami?	158
Materiały VI Konferencji Naukowej Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Akademii Medycznej w Warszawie w dniach 12-13 maja 1995 r.	161

ANNA HRYNIEWICKA: Psychological basis of prophylaxis and treatment of diseases resulting from lower resistance	202
TADEUSZ KOCON: Report on 60th anniversary of "List 1935" of Medical Faculty of Warsaw University	215
JÓZEF HORNOWSKI: Address at 60th anniversary of immatriculation of members of "List 1935" of Warsaw Medicine, July 27, 1995	217
JERZY RUDZIK: Sport achievement of students of Warsaw Medical School	219
NORBERT P. GÓRSKI: Address at the inauguration of Academic Year 1994/1995	220
Lists of students of the 1st and 2nd Medical Faculties, Division of Stomatology and Faculty of Pharmacy admitted in the Academic Year 1995/1996	222

Contents

From the Editor	7
LECH WAŁĘSA: Address at the inauguration of Academic Year 1995/1996 in Warsaw University and Warsaw Medical School, Oct. 2, 1995	9
TADEUSZ TOŁŁOCZKO: Address at the inauguration of Academic Year 1995/1996, Oct. 2, 1995	12
HALINA WARDASZKO-ŁYSKOWSKA, MAREK MARZAŃSKI: „Geriatric” patient. Person creating particular ethical problems	18
EDWARD RUŻYŁŁO: First 25 years of the activity of Organization of Medical Students, a Self-aid Association of Students of Medical Faculty of J. Piłsudski Warsaw University (1915-1940)	32
BARBARA ZAORSKA: "My life is agony", state of health of Zygmunt Krasiński	59
BARBARA ZAORSKA: That is to certify that Joseph Kluczycki is actually... a woman	80
MARCIN ŁYSKANOWSKI: Polish physicians, teachers of medical ethics in 18th-19th centuries	85
D.J. LARREY: Selected fragments of memoirs concerning Russian campaign of 1812 (translated by Wiesław Stembrowicz)	101
DANIEL SABAT: History of studies on morphology of pulmonary carcinoma	116
BRONISŁAW POKRZYCKI, MARIA JĘDRZEJEWSKA: Professional career of graduates from 2nd Medical Faculty of Warsaw Medical School	128
MARIA KORDAS: Programme of two-stage training in the use of scientific library for students of medical university schools	149
STEFAN KRUSŃ: Is Wojciech Kostanecki really absent from us?	158
Proceedings of the 6th Scientific Conference of Students' Scientific Society at Warsaw Medical School, May 12-13, 1995	161
DARIUSZ RADOMSKI: Work of clinician as a game for patient's life	195

ANNA HRYNIEWICKA: Psychological basis of prophylaxis and treatment of diseases resulting from lower resistance	202
TADEUSZ KOCON: Report on 60th anniversary of "List 1935" of Medical Faculty of Warsaw University	215
JÓZEF HORNOWSKI: Address at 60th anniversary of immatriculation of members of "List 1935" of Warsaw Medicine, July 27, 1995	217
JERZY RUDZIK: Sport achievement of students of Warsaw Medical School	219
NORBERT P. GÓRSKI: Address at the inauguration of Academic Year 1994/1995	220
Lists of students of the 1st and 2nd Medical Faculties, Division of Stomatology and Faculty of Pharmacy admitted in the Academic Year 1995/1996	222

Od Redakcji

Prof. Ludwik Paszkiewicz mawiał, że praca jest błogosławieństwem. Nie wypadało Mu nie wierzyć, mimo że urzeczywistnianie hasła „czy się stoi, czy się leży...” rzucało się w oczy. Coś w tym stwierdzeniu Profesora jednak było. Jak się ma dużo do roboty, mniej dochodzą do świadomości dolegliwości fizyczne i dopiero kiedy, już na dobre

*„człowiek się czuje głupio
reumatyzmy go łupią,
mają już nasze kości
przedsmak wieczności”* (Boy),

przypomina sobie o nadchodzącej realizacji wyroku.

Wchodzę zatem w ostatni rok mojej pracy zawodowej, w tym na stanowisku redaktora Kwartalnika. Pierwszego października 1996 będę miał już czas na czytanie tego, co wydali inni.

Do owego dnia opracuję numer 1-2/1996 Kwartalnika i zbiorę materiały do numeru 3-4/1996. Tak się to zakończy. Ktoś musi po mnie przejąć funkcję redaktora, byłoby dobrze, abym poznał tę osobę znacznie wcześniej i wprowadził ją w tryb działania. Mimo wieloletniej pracy w Akademii nie jestem zorientowany, kto z młodych pracowników (lekarzy lub farmaceutów o zacięciu humanistycznym, filozofów, historyków, psychologów, socjologów) mógłby się tej pracy podjąć. Przedstawiam sprawę do rozważenia.

Praca redaktora polega na:

1) gromadzeniu i opracowywaniu redakcyjnymu materiałów nadesłanych, sprawdzeniu przepisanych maszynopisów.

Zgodnie z pełną nazwą Kwartalnika powinny one podejmować problematykę etyki lekarskiej, dydaktyki (np. programów studiów), historii medycyny i Uczelni, przypominanie bieżących zdarzeń w naszym środowisku, sylwetek pracowników Akademii itd. Czytelnicy zorientowali się na pewno, że pomagali mi w tym: zaprzyjaźnieni absolwenci naszej Akademii o zainteresowaniach historycznych (w ostatnich dniach przeczytałem ze smutkiem ne-

krolog doc. Ryszarda Zabłotniaka, autora licznych doniesień z historii Dwudziestolecia i obu wojen światowych):

- pracownicy naukowcy naszej Uczelni,
- *pracownicy naukowcy Uczelni pozawarszawskich,*
- *studenci o zainteresowaniach badawczych lub humanistycznych.*

2) ułożeniu zeszytu, przetłumaczeniu tytułów na angielski, napisaniu wstępu,

3) wykonaniu 3 korekt drukarskich,

4) zawiadomieniu RUCH'u i Działu Organizacyjnego Akademii o dystrybucji kwartalnika,

5) rozesłaniu i pozbieraniu umów i rachunków celem obliczenia honorariów za teksty i przepisywanie,

6) potem już nic, tylko gromadzenie i opracowywanie redakcyjne... da capo al fine.

Ta, jak i każda inna działalność, zawiera obok sukcesów błędy i pomyłki. Najładniej wyraził ekspiację znany opryszek Franciszek Villon (wiek XV):

*„U celestynów y kartuzów,
 Żebrzących braci y dewotek,
 Wątkoniów młodych, nabiyguzów,
 Dworek służebnych y ślicznotek,
 Co mile szczerzą buziak słodki,
 Galantów, co bez okulenia
 Wzuwają ciasne żółte botki –
 U wszystkich pytam przebaczenia.*

*U sikor, co gdzie mogą, rade
 Ukazać są cycuszek biały,
 Graczów, co wszędy niosą zwadę,
 Biboszków, ssących dzban wystaty,
 U błaznów, co wśród błahych śpiewek
 Przetrwają noc bez odpocznienia,
 U wdów rzęsistych y u dziewczek,
 U wszystkich pytam przebaczenia”... (tłum. Boy).*

Lech Wałęsa
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

**Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1995/1996
w Uniwersytecie Warszawskim i Akademii Medycznej w Warszawie,
2 października 1995 r.**

Magnificencjo! Dostojny Senacie! Droga Młodzieży!

Na wielu polskich uczelniach dzisiejszy dzień jest początkiem nowego roku akademickiego. Będzie to kolejny rok wyężonej pracy i nauki w skąpych warunkach. Dla wielu z Was oznacza kontynuację wcześniej rozpoczętych studiów, dalsze pogębianie wiedzy i zdobywanie kwalifikacji, poszerzanie horyzontów myślowych oraz intelektualnych możliwości. Dla najstarszych studentów będzie to z pewnością czas przygotowań do dyplomu i dojrzałych, życiowych decyzji, czas wyboru przyszłej drogi zawodowej. Dla najmłodszych zaś – tych, którzy po raz pierwszy w tym roku przekroczyli progi wyższej uczelni – będzie on początkiem ważnego etapu w ich życiu, spotkaniem z nowym środowiskiem, z nowymi wymaganiami i wyzwaniem. Dla wszystkich Państwa – profesorów, wykładowców, ten dzień jest szczególnie uroczysty. Jest świętem polskiej nauki.

Zapewniam Państwa, że dla mnie, jako polityka, ma ono również duże znaczenie. Sądę, że jego wagę doceniają także inni politycy. Że przypomni im prawdę aż nazbyt oczywistą. Prawdę o roli, jaką nauka ma do spełnienia w rozwoju kraju. To między innymi dzięki niej udało się w Polsce – w ostatnich latach – szybciej przełamywać kryzys. W krótkim czasie osiągnąć znaczący wzrost gospodarczy. To również dzięki zdobyczom nauki mamy szansę pokonać bariery i skrócić dystans do wysoko uprzemysłowionych państw Zachodu.

Dlatego politycy muszą o tym stale pamiętać. Muszą naukę traktować poważnie i dalekowzrocznie, otaczając ją specjalną troską i wsparciem. Przykłady innych krajów dowodzą, że to się na prawdę opłaca. Że tylko dzięki

inwestowaniu w szkolnictwo i oświatę, w edukację całego społeczeństwa, udaje się dokonać milowego skoku do przodu. Pokonać dzielącą nas od innych lukę cywilizacyjną. Leży to w interesie polskiej racji stanu. Dlatego naszej nauce musimy zapewnić sprzyjające warunki rozwoju. Nie możemy jej skazywać na niepewny byt, na przypadkowe i nie przemyślane decyzje.

Tymczasem z niepokojem obserwuję, że przeżywa ona poważny kryzys. Niskie płace nie zachęcają co pozostawiania na uczelniach, do wiązania z nimi swojej przyszłości i kariery zawodowej. Brak środków finansowych ogranicza lub wręcz uniemożliwia prowadzenie badań i twórczych poszukiwań. Dysponując znakomitą kadrą naukową, uzdolnioną i garnącą się do wiedzy młodzieżą, nie umiemy tego potencjału mądrze zagospodarować, wykorzystać z pożytkiem dla kraju.

Szanowni Państwo!

Znam problemy, z jakimi borykają się dziś wyższe uczelnie. Uwzględniając opinie powołanej przeze mnie Rady do Spraw Nauki zwracałem na nie uwagę odpowiednich resortów i ministrów. Apelowaliśmy o zwiększenie nakładów finansowych na edukację i oświatę. Podkreślałem, że należy otoczyć je szczególną opieką, jako ważne filary państwa. Pragnę powtórzyć raz jeszcze, że podobnie jak zdrowie, bezpieczeństwo wewnętrzne i zewnętrzne, problemy nauki budzą moją stałą troskę i niepokój. Pragnąłbym – podobnie jak Wy, Drodzy Państwo – szybkiego polepszenia jej kondycji. Zagwarantowania normalnych warunków rozwoju i pewności jutra. Jeśli ktoś dziś pyta: jak pomóc polskiej nauce, skąd wziąć na nią środki? Odpowiadam: trzeba uszczelnić prawo, poprawić je tak, by pieniądze z „szarej strefy” zamiast na prywatne konta wpływały do państwowej kasy.

Magnificencjo! Dostojny Senacie! Drodzy Studenci!

Zdaję sobie sprawę, że w tak uroczystym dniu, jak dzisiejszy, nie powinno się mówić gorzkich słów. Mimo to muszę zapytać różnych fachowców oraz intelektualistów, co zrobiliście dla Polski? Prawników – dlaczego trwa bezprawie? Dlaczego nie wykorzystujecie możliwości, które zostały stworzone?

Ekonomistów muszę zapytać, gdzie wasze pomysły na polską gospodarkę? Chcieliście możliwości działania – dostaliście je! I co? Dlaczego nie chcecie z nich korzystać? Pytam rolników, którzy dziś sięgają po prezydencką władzę – a referencje? Zaświadczenie z poprzedniego miejsca pracy. Co tam zdziałałicie? W sądownictwie, bankowości, na mniejszych niż państwo posterunkach.

Mam świadomość, że rysuję tu przed państwem przygnębiający obraz naszej rzeczywistości. Dotyczy on także szkolnictwa i oświaty, całej polskiej edukacji. Osobiście wołałbym chwalić niż krytykować stan naszej nauki. Cieszyć się razem z Państwem z jej sukcesów i osiągnięć. Wierzę, że taki dzień niebawem nadejdzie. Dzień, w którym jedynym problemem szkół wyższych będzie nie to, jak wiązać koniec z końcem, ale jak najlepiej kształcić młode pokolenia Polaków, wychowywać nowe elity intelektualne kraju.

Tego właśnie Polsce, Państwu i sobie z całego serca życzę.

Tadeusz Tołłoczko

Przemówienie na inauguracji Roku Akademickiego 1995/1996 dnia 2 października 1995 r.

Po raz drugi wspólnie rozpoczynamy rok akademicki od złożenia wieńców na grobie Nieznanego Żołnierza. Pragnęlibyśmy, aby ten akt hołdu składany wszystkim poległym o wolność ojczyzny, o wolność nauki i myśli, stał się częścią naszej akademickiej tradycji.

To właśnie my wezwani jesteście do pamięci o czasach minionych i to właśnie my uświadamiać sobie musimy, jak wysoka była cena naszej wolności, bo również my odpowiedzialni być musimy za to, w jakim kierunku ta nasza wolność podąża.

Kulturę, naukę i myśl polską, w tym i polską myśl niepodległościową próbowano rozstrzelać w Palmirach, Katyniu, na ulicach miast, zagazować w Oświęcimiu i zawlec do gułagów.

Ale też i świadom jestem, że tylko podczas wojny przyjęto nas do obozu państw sprzymierzonych, kiedy potrzeba była nasza danina krwi i cierpienia. Po wojnie, nawet w 50 lat po wojnie, skutecznie o tym zapomniano. My musimy pamiętać.

W obecnych czasach, czasach niespotykanego dotąd kryzysu polskości, kryzysu dobra, moralności i kryzysu poczucia dobra wspólnego i, gdy jakże często państwo staje się łupem, polskość o jaką walczyli polegli uznać winniśmy za trwałą wartość.

Uzyskana wolność nie może oznaczać wolności od obowiązku i odpowiedzialności.

Aczkolwiek przed 206 laty rozpoczęliśmy nauczanie medycyny, to dziś dopiero po raz 112 rozpoczynamy uroczystie nowy rok akademicki, a od r. 1950 po raz 6-ty wspólnie z Uniwersytetem.

Po raz ostatni staję przed społecznością Uczelni – po 2 kadencjach działalności na stanowisku Prorektora i w ostatnim roku drugiej kadencji rektorskiej. Przychodzą mi więc na myśl słowa Norwida: „umiejmy przemyśleć to, co mieliśmy odwagę przeżyć...”.

Feci quod potui, faciunt meliora potentes – zrobiłem, co mogłem – niechaj przyjdą inni i robią to lepiej.

Myślę, że jeśli za największe akademickie przewinienie uznamy bezpotomne odejście zarówno ze sceny naukowej jak i z życia akademickiego, to ogarnia mnie i duma i radość, bowiem społeczność nasza jest niezwykle zasobna w bogate osobowości.

Bardzo często zadawałem sobie pytanie: co myśleli Rektorzy Uczelni Polskich w tragicznych czasach naszej historii. Co myślał Rektor Uniwersytetu Wileńskiego, gdy pkt 3 regulaminu uczelni podpisanego m. innymi przez Nowosilcowa i Murawiewa brzmiał: „w żadne związki i stowarzyszenia nie wchodzić” – a pkt 10 nakazywał: „Ksiąg przeciwnych porządkowi krajowemu... tudzież do lekcji swojej nie należących nie czytać i nie nabywać”.

Co ówczesny Rektor myślał i jak działał, skoro carski Kurator – donosił Jego Imperatorskiej Mości że na „Uniwersytecie panuje nieszczęsny Duch Polski”.

Jakże wspaniała jest postać pierwszego Rektora odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego, lekarza Józefa Brudzińskiego. On to jeszcze przed uzyskaniem niepodległości zawiesił Orła Białego na uniwersyteckiej bramie. Po jego przedwczesnej śmierci, nad jego trumną, ówczesny student a późniejszy Minister Zdrowia Jan Rutkiewicz powiedział: „Był chory na Ojczyznę i służył jej poprzez służbę ludziom nie ustami a czynem”.

Kiedy podjąłem się tak odpowiedzialnego stanowiska w życiu Uczelni, zacząłem szukać jakiegoś osobowego wzorca. Wzorcami mego osobistego wyboru dokonanego na podstawie gimnazjalnego nauczania i wychowania były dwie postaci naszego życia państwowego: Vice-Premierzy Profesor Władysław Grabski i inż. Eugeniusz Kwiatkowski. Po latach, podczas przypadkowego spotkania spytałem mego byłego wychowawcę, dlaczego tak niedocenioną postacią jest inż. Kwiatkowski. Odpowiedział: „bo widzisz, dla jednych był zbyt lewicowy, dla innych zbyt prawicowy, a w sumie był zbyt mądry i zbyt uczciwy”, dodając, że najbardziej wartościowa jest praca z dnia na dzień niezauważalna – praca bez sztucznych ogni i fajerwerków i fanfar.

Dlatego w okresie przełomu, zakrętów i historycznych zawirowań w działalności swej postawiłem na zwyczajność, normalność, na prawdę, na przejrzyste i czyste decyzje. Rozważałem zawsze, jak ochronić szkołę od doraźności, od krótkotrwałych i efektownych a nie efektywnych działań, zdając sobie sprawę, że aktywność społeczna jakże często opiera się na amatorskich objawieniach albo też kończy z chwilą zakończenia posiedzenia.

Za naczelne swoje zadanie uważałem konieczność zatrzymania za wszelką cenę w Uczelni kadry naukowej, przy optymistycznym założeniu, że w końcu nastąpi chyba pogoda dla ochrony zdrowia i nauki. Zatrzymać kadre naukową zarówno od emigracji zewnętrznej jak i wewnętrznej tj. ucieczki od nauki, bowiem na przezwycięzenie kryzysu w nauce i na odtworzenie naukowej kadry pracować musiałyby co najmniej dwa pokolenia.

Wszyscy pracownicy Uczelni, ciała kolegialne, wszystkie działy administracji i Sekretariatu, najbliżsi współpracownicy wspólnie realizowali tę kadrową politykę. Toteż nie mógłbym wszystkich imiennie przedstawić, jednakże omawiając tę dziedzinę życia Uczelni muszę wymienić Oddział Kadr i nazwisko P. Dyr. Hanny Wilczyńskiej.

Zadanie zatrzymania kadry naukowej było też jednym z zasadniczych motywów zorganizowania płatnych studiów anglojęzycznych.

Wykształcenie pracownika naukowego trwa około 10-20 lat, a tok poważnych badań naukowych jest na ogół dłuższy od żywota niejednego rządu. W okresie od r. 1980, tj. od mego pierwszego wyboru na stanowisko Prorektora, mieliśmy 8 byłych Ministrów Zdrowia. Z jednymi współdziałanie układało się dobrze, z innymi jeszcze lepiej, ale niektórych po prostu trzeba było przeczekać.

Jestem też głęboko przeświadczony, że w przeszłości nauka nasza ucierpiała najbardziej z powodu politycznej konieczności narzucania pozorów. Tak zrodziły się właśnie pozorowane prace naukowe, w których więcej było wyników niż wartości. Tak też zrodziły się stopnie i tytuły naukowe stanowiące pozory merytorycznych kryteriów obsadzania stanowisk.

Toteż tylko na normalności i prawdzie, w tym i naukowej prawdzie, można budować przyszłość. Rektorska myśl powinna przekraczać jednak okres swojej kadencji. Dlatego też jeśli udało mi się zbudować w nowych w jakże odmiennych warunkach trwałe fundamenty normalności, to program następnego etapu widziałbym w dążeniu do łączności z europejską i światową nauką. Jest to dla Uczelni wręcz życiowa konieczność i bezdyskusyjny priorytet działania.

W okresie narodowego przełomu nie bardzo wiedzieliśmy, jak przystosować się do życia w nowych warunkach. Co jest nieodzownym warunkiem życiowego i naukowego sukcesu?

W obecnych czasach widocznym prawem jest, że nurt rzeki życia porywa jednak najczęściej tam, gdzie jest najgłębsze tej rzeki koryto.

Przez lata wychowywani byliśmy na doktrynie, że dochodzimy do stanu, w którym nie będzie pieniędzy, i rzeczywiście najmniej ich mają ci, co słuchali i

wierzyli w prawdziwość intencji i słów o społecznej równości. Z tego właśnie wynikają trudności adaptacyjne ludzi do nowych zasad życiowej gry, i z nieumiejętności wchodzenia w układy nieformalne. Jakże często naukowcem staje się ten, kto sprytnie manewrując w układach nieformalnych umie zdobywać pieniądze podatników na kupno wyposażenia do produkcji publikacji.

O ile w niedawnej przeszłości przedmiotem krytyki mogła być jedynie Służba Zdrowia i Zakład Oczyszczania Miasta, o tyle dziś na placu boju o podwyżki płac zawsze pokonana pozostaje ochrona zdrowia. Wykorzystuje się przywiązanie jej pracowników do obowiązku społecznego, do służby społeczeństwu i poczucia swej misji. W tym czasie inni tworząc tzw. „układy scalone” za swą służbę dla RP uzyskują extra wynagrodzenia, a nawet zostają uprawnieni do błędnej interpretacji odpowiednich przepisów w imię wyższych interesów oczywiście własnych.

Nie da się utrzymać rządowego mitu marnotrawstwa w Szpitalach przy nakładach na opiekę zdrowotną wynoszących około 120 USD/głowę ludności/rok, podczas gdy w krajach rozwiniętych stawka ta wynosi od 700-4000 USD. Jeżeli w bieżącym roku szpitale nasze otrzymują nominalnie o 8% wyższe nakłady w stosunku do roku ubiegłego, a przepowiednie i proroctwa mówią, że inflacja wyniesie ponad 20%, to przypomina mi to metodę leczenia ciężko niedożywionego... głodem.

Nie na tym też kończy się strategia dla Szpitali, bowiem to właśnie nie kto inny, ale dyrektorzy szpitali mają być odpowiedzialni, jeśli ta godna Harvardu nowoczesna metoda leczenia nie wyleczy chorujących szpitali. Kto inny decyduje, a kto inny odpowiada. Ostatecznie jednak odpowiadać będą lekarze, którzy już dziś w codziennej swej pracy stają przed dylematami etycznymi, ale w przyszłości zasiadać mogą na ławie oskarżonych, bo przecież politycy ani ekonomiści za swoją działalność odpowiedzialności nie ponoszą. Chorego natomiast nic nie obchodzi, czy ich jako obywateli przedstawiciele zechcą sobie skrócić w prawo lub lewo. Dla chorego jest rzeczą zupełnie obojętną, kto głosi jakie slogany i wyborcze ozdobniki, tylko jak realizuje podstawową zasadę równości szans wobec zdrowia, życia a nawet i śmierci. Okazuje się więc, że nie tylko prawa rynku pogardzają człowiekiem biednym, a do tego jeszcze chorym. Myślę, że najlepszym miernikiem rzeczywistych potrzeb naszych szpitali byłaby racjonalna porównywalność z budżetem Lecznicy Ministerstwa Zdrowia.

Aczkolwiek przez cały okres mej rektorskiej działalności żadna decyzja nie podjęta została w zaciszu gabinetu, to jednak, jakże często zadawałem sobie pytanie: czy demokracja czy racja. Nigdy też nie zwracałem się do swoich najbliższych współpracowników PP. Prorektorów i Dziekanów z życzeniem głosowania zgodnie z przedstawianym przeze mnie wnioskiem, priorytetowo i z zaufaniem traktując ich poczucie odpowiedzialności.

Często zadawałem sobie jednak pytanie, jaką decyzję bym podjął gdybym był np. kanclerzem prywatnej Akademii. W wielu nawet strategicznych sprawach decyzja moja byłaby odmienna od opinii lub decyzji organów przedstawicielskich.

Od lat słyszy się narzekania, że Uczelnia nasza nie spełnia swoich wychowawczych zadań. Jak wy wychowujecie, kierowane były do mnie pytania? Prawdą jest, że wiednie ethos pracy dydaktycznej. Prawdą jest, że nastąpił rozdział wykształcenia od wychowania, ale szkoła mogłaby osiągnąć zamierzony sukces wychowawczy tylko wówczas, gdyby rodzice, wychowawcy, mężowi stanu, politycy, środki masowego przekazu mówili głosem prawdy, a nie uczyły cynizmu, konformizmu i kłamstwa, i gdyby interesy jednostek i interesy grupowe nie przeważały nad interesem społecznym.

Starożytni Rzymianie mawiali: „Verba docent, exempla trahunt” – słowa uczą, przykłady pociągają. Korzyści materialne wynikające ze zdeprawowania jednego immunitetu poselskiego są bardziej widoczne od trwałych wartości przedstawianych przez 6 lat studiów na wykładach z etyki i deontologii.

Nikt nie chce, by kapitaliści byli biedni, ale społeczna solidarność i obowiązek Państwa w zakresie zdrowia i edukacji musi obejmować całe społeczeństwo. Dlaczego banki, fundacje o wzniosłych nawet patriotycznie brzmiących nazwach, utrzymywane są, a cała mnogość innych sposobów malwersacji pokrywana jest z pieniędzy podatników, nawet i tych, którzy nie mają za co wykupić potrzebnego lekarstwa.

Na życie Uczelni składają się jednak również osiągnięcia i sukcesy.

Pragnąłbym teraz wspomnieć o jednym z odniesionych sukcesów. Po wieloletnich zmaganiach udało się doprowadzić prawie do końca proces odzyskiwania własnych terenów na Polu Mokotowskim. Na terenach tych dokończona może być zaplanowana budowa medycznego miasteczka akademickiego.

Zdaję sobie w pełni sprawę, że przyszłe pokolenia wybaczą mi może nie zawsze najbardziej optymalne dzielenie niedostatku pomiędzy poszczególne jednostki organizacyjne, ale z pewnością nie wybaczyłyby braku skuteczności

w zmaganiach o odzyskanie terenów pod budowę akademickich obiektów, gdyby zamiast Zakładów naukowych i Klinik na tym terenie stały już zaplanowane budynki Przedsiębiorstwa Handlu ze Wschodem, burząc koncepcję akademickiego miasteczka, z domami studenckimi i biblioteką.

W staraniach swych przechodziliśmy przez najwyższe urzędy państwowe, Ministerstwa, Kluby i Komisje Parlamentarne, Urzędy Wojewódzkie, Miejskie i Gminne.

Toteż dziś, Panu Wojewodzie, P. Prezydentowi Miasta, i wszystkim Kierownikom wymienionych urzędów składam najlepsze podziękowania za ostateczną decyzję w imieniu przyszłych pokoleń lekarzy.

Dla pokoleń tych pragnę pozostawić świadectwo, że bez wielkiego zaangażowania, starań a nawet uporu P. Dyr. Zbikowskiego, P. Dyr. Długosza i P. Prof. Skulskiego i całego sztabu ich współpracowników nie przebilibyśmy się przez mury urzędów i interesy biurokracji i niektórych urzędników.

Na terenach tych stanąć ma uczelniana biblioteka, o której budowie bezskutecznie czyniły starania od r. 1950 wszystkie kolejne Władze Uczelni. Podziękowania składam Społecznemu Komitetowi Budowy Biblioteki pod kierunkiem P. Dyr. I. Komasaży i P. Prof. W. Sawickiego.

Imienne podziękowania składam też Dyrektorowi Dzielnicy Warszawa-Ochota, P. inż. Borkowskiemu za zrozumienie naszych życiowych potrzeb i podpisania w obecności Prezydenta Warszawy umowy o dalszej współpracy.

Pragnę bardzo serdecznie podziękować P. Gen. Stanisławowi Ferencowi za nadanie ceremonii złożenia hołdu przy Grobie Nieznanego Żołnierza tak uroczystej i wzruszającej oprawy.

W sposób szczególny dziękuję byłym Rektorom, oraz wszystkim, którzy wspólnie przyczyniali się i przyczynili do rozwoju naszej Uczelni.

Serdeczne podziękowania składam, tym naszym nauczycielom i pracownikom, którzy odchodzą na zasłużony wypoczynek z nadzieją, że nadal zaangażowani będą w rozwój Akademii.

Wszystkim pracownikom życzę zdrowia i sukcesów, oraz radości z sukcesów ich uczniów.

Studentom życzę pogodzenia praw młodości z wynikami w nauce.

Halina Wardaszko-Łyskowska, Marek Marzański

Pacjent „geriatryczny”. Osoba stwarzająca szczególne problemy etyczne.

Poza problematyką etyczną, wobec której staje lekarz, leczący każdego pacjenta, istnieją pewne specyficzne elementy tej, która wiąże się z pacjentem geriatrycznym. Dostrzeganie tego ma szczególne znaczenie w sytuacji stałego „starzenia się” społeczeństwa. Jednocześnie istnieje wiele dowodów na to, że problemy starości, w tym problemy natury etycznej, nie są rozumiane i rozwiązywane w stopniu zadowalającym i to zarówno w skali ogólnospołecznej, jak w organizacji służby zdrowia, czy indywidualnym kontakcie lekarz-pacjent.

Różne są tego przejawy, źródła, mechanizmy. Można by grupować je według określonych kluczy. Nie to jednak jest naszym zadaniem, podobnie jak zadaniem tym nie jest omawianie wszelkich zagadnień etycznych w geriatрії. Zatrzymamy się jedynie nad kilkoma zjawiskami mającymi wpływ na wybory etyczne lekarza w odniesieniu do pacjenta geriatrycznego, a których aspekt etyczny jest niedoceniony lub wręcz niedostrzegany. Jednocześnie są one powszechne i ta powszechność sprawia, że uznane zostały za normalne, właściwe, a co zatem idzie nie wzbudzające niepokoju, dążenia do ich korekty i rozważania mechanizmów, leżących u ich podstaw.

Część ich wiąże się ze statusem społecznym ludzi starych i postawami społecznymi wobec nich. Te postawy podzielił lekarz, jako członek społeczeństwa, w którym żyje.

Upraszczając, można powiedzieć, że wybory etyczne lekarza, w zetknięciu z pacjentem starym, są swoistą „wypadkową” jego zasad deontologicznych, jakie obowiązują go w praktyce lekarskiej i postawy, jaką ma wobec starości, człowieka starego.

Postawy społeczne i status ludzi starych mierzone: oceną ich przydatności społecznej, szacunkiem i prestiżem, jakim są obdarzeni, prawami i przywilejami, a także zakazami, jakie ich dotyczą, zależą od różnych czynników.

Badania ich w przekroju historycznym (4) wykazują, jak status ludzi starych zmieniał się w zależności od warunków ekonomicznych.

I tak np. w społeczeństwach koczujących, zmuszonych do przemieszczania się dla zdobywania pożywienia przez łowiectwo, rybołówstwo, starzy ludzie stanowili obciążenie, co sprawiło, że status ich był niski, a podczas kolejnych wędrówek, gdy brakło im sił, pozostawiani byli na drodze. Wraz ze stabilizacją społeczeństw rolniczych, status starych ludzi wyraźnie wzrósł. Brak pożywienia nie stanowił teraz problemu, a ponadto ludzie starzy mogli być przydatni w rodzinach nadal, mimo swego wieku. Poza tym mieli oni możliwość decydowania o swej własności, służyli doświadczeniem.

O statusie społecznym ludzi starych w społeczeństwie przemysłowym, nie można mówić w sposób ogólny. Zależy on od różnorodnych czynników: odsetka ludzi starych w populacji ogólnej, stanu ich zdrowia, wykształcenia, determinantów kulturowych, w tym tradycji, typu wartości, jakie ceni dana grupa społeczna itp. Stwierdzono, że jest on niższy w społeczeństwach, ukierunkowanych na szybkie zaspokajanie potrzeb i produktywność, niż w ukierunkowany na rozwój wewnętrzny. Butler (2) wskazuje, jak świat ukierunkowany na „młodość, działanie, osiągnięcia” (youth – oriented, action – oriented, achievement – oriented world) wiąże się z obniżeniem statusu ludzi starych. Dla tego obniżenia, podkreśla się również znaczenie zmian socjalnych w rodzinie (rozpad rodziny wielopokoleniowej), zmiany w sposobach edukacji – z wychowania naturalnego, (przez przykłady, umoralniające opowieści), na sformalizowane metody wychowawcze, na wychowanie przez środki masowego przekazu.

Spośród wielu różnorodnych czynników, które zarówno świadczą o statusie społecznym człowieka starego, jak i znajdują swe odzwierciedlenie w wyborach etycznych lekarza, wybieramy trzy, a mianowicie: niedostatki w systemie opieki zdrowotnej, paternalizm i ageizm.

Niedostatki systemu opieki zdrowotnej. Niedostatki te, w odniesieniu do ludzi starych, są większe niż do populacji w innych okresach życia. Ich istnienie jest podkreślane również i w krajach tzw. wysoko rozwiniętych, zamożnych. Mają one charakter jakościowy (brak różnych potrzebnych instytucji, służb, usług) i ilościowy; niektóre są spektakularne, jawne, inne ukryte pod rozwiązaniami pozornymi; są związane z mankamentami organizacyjnymi i sposobami realizacji; z brakami formalnymi i merytorycznymi; ze sposobami funkcjonowania całych instytucji i poszczególnych ludzi itd. Spotykamy

się z nimi w codziennej praktyce i nie ma tu miejsca na ich szersze opisywanie. Warto jednak zdawać sobie sprawę z możliwości ich wpływu na postawy i wybory etyczne lekarza, a także uświadamiać sobie mechanizmy, poprzez które działają.

Stając wobec tych niedostatków lekarz doświadcza różnych emocji. Bezsilność i bezradność np. może doprowadzić do dokonywania wyborów przypadkowych, rozwiązań pozornych, legalistycznych, bez wczuwania się w sytuację społeczną pacjenta, jego rodziny. Może to być różnego rodzaju odrzucanie pacjenta starego, tendencja do odbarczenia się od niego. To ostatnie bywa szczególnie wyraźne w przypadku występowania u pacjenta starego zachowań niekonwencjonalnych, mankamentów intelektualnych, kiedy to odbarczenie widzi lekarz przez kierowanie pacjenta do oddziału psychiatrycznego. Jak można oceniać niekiedy stosunek lekarz-pacjent czy lekarz-rodzina pacjenta, na którą kieruje się czasem agresję, czasem zmusza do niezwykłych wysiłków?

Istotną zasadzkę może stanowić postawa usprawiedliwiania nieetycznych zachowań mankamentami służby zdrowia i odbarczania się w ten sposób od poczucia winy, odpowiedzialności. Możliwe byłoby mnożyć przykłady różnych mechanizmów obronnych nieuświadomianych, a przez to nie podlegających korekcie, choć ich skutki dla pacjenta starego są często bardziej przykre niż mankamenty systemu opieki zdrowotnej.

Paternalizm. W pojęciu paternalizmu mieści się zasada zarządzania i decydowania o sposobach zaspokajania potrzeb. W tym wypadku chodzi o podejmowanie decyzji, dotyczących ludzi starych, przez ludzi znacznie młodszych. To ci młodzi decydują o tym, co jest dobre, słuszne, właściwe dla starych ludzi. Paternalizm w kontaktach lekarz-pacjent często ma postać dobrotliwej życzliwości, przejawiającej się zwrotami „babciu”, „dziadku” w odniesieniu do pacjenta starego, problematycznymi komplementami „dobrze pan wygląda na swój wiek” itp. Nie docenia się faktu, że człowiek stary bardziej potrzebuje szacunku niż dobrotliwości, wysłuchania jego uwag, łącznie z ich taktowną krytyką niż pobłażliwej tolerancji.

Nie dostrzega się faktu, że paternalizm ingeruje w autonomię człowieka starego, wykazuje analogię z jego ubezwłasnowolnieniem.

Ageizm (1, 2). Jest pojęciem stosowanym dla określenia swoistego stosunku społeczeństwa wobec ludzi starych. Stosunek ten przejawia się się negatywnymi stereotypowymi postawami, dyskryminującymi zachowaniami. Sto-

sunek ten porównuje się niekiedy do przejawianego wobec grup mniejszościowych (klasowych, rasowych, narodowościowych, religijnych). Podobnie jak tamte grupy, ludzie starzy są pozbawieni praw i przywilejów. Niekiedy używa się tu też określenia „rasizm pokoleniowy”.

Wyrazem ageizmu jest przyjmowany obiegowo obraz człowieka starego, w którym podkreślone są jedynie cechy negatywne: niedołęstwo, ośpienie, impotencja, nieużyteczność, różne zmiany osobowości, jak: egocentryzm i egoizm, skąpstwo, krytykanctwo, zrzędlivość, ponurość, nietowarzystwość, gadulstwo ii. W potocznych opisach nie eksponuje się różnych cech pozytywnych ludzi starych, a jeśli są wymieniane to, jako wyjątkowe. Ageizm przejawia się w często stosowanych epitetach, takich, jak „wapniak”, „sklerotyk”, „dement”; w dowcipach i żartach na temat ludzi starych; w nieatrakcyjnym przedstawianiu ich w sztuce.

Różne są źródła utrzymującego się tak negatywnego obrazu człowieka starego. O niektórych spośród nich będzie mowa dalej. Tu warto podkreślić, że ageizm jest jednym z nich. Sądzi się, że zjawisko ageizmu jest dlatego tak silne, że u jego podstaw leży gerontofobia (lęk przed własną starością) i że jest on swoistym nieświadomym mechanizmem obronnym ludzi młodych, polegającym na odrzucaniu, zaprzeczaniu możliwości starości u siebie, a wraz z tym odrzucanie człowieka starego. Jak silna jest u ludzi gerontofobia, wykazują różne sposoby walki z nią, różne działania w kierunku odmładzania się, podawanie zaniżonej liczby lat, duże sumy wydawane na produkty przemysłu kosmetycznego, zabiegi chirurgii plastycznej, powodzenie reklamowanych środków „odmładzających”.

Szyryński (5) przytacza za Sternem listę czynników psychodynamicznych, odpowiedzialnych za negatywną postawę lekarzy wobec pacjentów gerontologicznych. Ta negatywna postawa ma tu również charakter odrzucania, jako wyraz mechanizmu obrony psychologicznej:

1. „Memento mori” – osoba starsza, zwłaszcza chora, przypomina lekarzowi, że i jemu grozi kres życia, unika więc myślenia o tym;
2. Starzy ludzie przypominają naszych rodziców, wielu terapeutów nie chce wspominać o stłumionych konfliktach ze swymi rodzicami;
3. Wielu pacjentów starych cierpi na przewlekłe choroby, trudne do wyleczenia;
4. Niepewna czy wręcz zła prognoza zniechęca lekarza, który czuje się bezsilny;

5. Brak satysfakcji z dobrych skutków leczenia;

6. Gadatliwość pacjentów;

7. Odrzucanie starszej osoby wywołuje w lekarzu poczucie winy ażeby więc przerwać to błędne koło, unika praktyki geriatrycznej.

Mechanizmy obronne psychologicznej lekarza, jakie ingerują w jego kontakt z pacjentem starym, nie są jedynym, nieuświadomianym czynnikiem, wpływającym na postawy czy wybory etyczne. Takim innym, również nieuświadomianym czynnikiem może być ignorancja – brak wiedzy, a może jeszcze bardziej posiadanie fałszywej wiedzy o różnych problemach człowieka starego.

Ta ignorancja znajduje swój wyraz w utrzymaniu potocznie przyjętego obrazu starego człowieka i rozciąganiu go na całą populację ludzi starych¹⁾, mimo że wiele wymienianych przy tej okazji cech wiąże się dopiero ze starością sędziwą, lub zależy od innych przyczyn, niż sam proces starzenia się (np. działanie różnych czynników szkodliwych, choroby, zaburzenia psychiczne).

Inne przejawy ignorancji, to: a) spostrzeganie cech człowieka starego w sposób „statyczny”, często opisowy, bez rozumienia wielu uwarunkowań tych cech, mechanizmów, jakie je kształtują; b) traktowanie człowieka w sposób „wycinkowy”, z niedostatecznym uwzględnianiem faktu, że istnieje on, jako osoba, całość i jedność bio-psycho-społeczno-duchowa; c) traktowanie starości, jako okresu życia „samego w sobie”, z niedocenianiem jego związków z całą przeszłością, z poprzednimi fazami rozwojowymi; d) niedostrzeganie znaczenia postaw społecznych i różnych mechanizmów społecznych, jakie kształtują obraz starości w społeczeństwie i cechy człowieka starego.

Prowadzono różnorodne badania naukowe pozwalają na podważenie wielu z powszechnie panujących wyobrażeń o cechach człowieka starego, starości. Zatrzymamy się nad kilkoma z tych cech:

1. Inteligencja i funkcje poznawcze. Badania ostatnich lat wprowadzają korekty do wyników, podawanych dawniej. Inteligencja, mierzona skalą Wechslera, wykazuje najwyższy wskaźnik w wieku 24-30 lat, który następnie stopniowo spada. Jednakże nie ma większej różnicy w tym spadku w wieku 62-72 lata w stosunku do lat 74-86. Okazało się, że wcześniejsze badania wykazywały inne wyniki, ponieważ nie uwzględniały wielu czynników, które

¹⁾ Warto przy tym uświadomić sobie, że arbitralnie przyjęto za początek starości ukończenie 65 roku życia.

je modyfikowały. Do takich należał m.in. stan zdrowia badanych, ich zawód, wykształcenie, sposoby edukacji w szkole ii. Okazało się również, że ludzie starzy są zdolni ciągle do uczenia się, ale wyniki uczenia zależą w dużej mierze od tempa stosowanych bodźców, ich znaczenia emocjonalnego, motywacji.

Badania pamięci wykazują jej spadek przede wszystkim w odniesieniu do pamięci świeżej. Jednocześnie stwierdzono, że wielu mechanizmów może być za to odpowiedzialnych, np. zaburzenia nastroju, niepokój, zaburzenia koncentracji uwagi. Wiedza o tym może być bardzo istotna w praktyce lekarskiej, dla wyboru określonych środków, a także dla odstawienia niektórych z powszechnie stosowanych.

2. Przekonanie o „aseksualności”, ludzi starych, obalają badania wykazujące, że względnie zdrowi somatycznie mężczyźni 70-letni w 70% przejawiają aktywność seksualną, a zainteresowania seksualne ma aż 80% populacji ludzi starych. Zwrócono jednocześnie uwagę na fakt, iż wiele badań traktuje problem w sposób uproszczony, ograniczając się do badania jedynie aktywności fizycznej. Tymczasem są dwa „języki” seksualności. Poza pierwszym, biologicznym, instynktowym, który można mierzyć liczbą i częstością kontaktów seksualnych, pożądaniem, istnieje drugi – wyuczony, polegający na zdolności dostrzegania i dzielenia czyichś uczuć, wyrażający się czułością, pełnią zrozumienia, jedynomyślnością, potrzebą intymności. W swej najbogatszej postaci jest on imaginacyjny i twórczy. Podkreśla się, że ten „drugi język”, często wyraźnie niewykształcony w wieku młodym, możliwy jest do doświadczania nawet w późnych okresach życia.

3. Pogląd o niedołęstwie ludzi starych, obalają badania, które wykazują, że spadek wydolności u ludzi po ukończeniu 65 lat, jeśli następuje, nie jest wyrazem starzenia, ale najczęściej – zaniechania aktywności i ćwiczeń fizycznych.

4. Mit o nieproduktywności, czy małej użyteczności człowieka starego, obala m.in. przykład Japonii, gdzie pracownicy starzy uznani są za bardzo cennych, często bardziej odpowiedzialnych, niż młodzi, bardziej dokładnych, wykazujących mniej absencji.

5. Przekonanie, że starość wiąże się z ponuractwem, przygnębieniem, podważają badania epidemiologiczne, które ukazują, że ok. 75% populacji ludzi starych nie czuje się nieszczęśliwymi. Choć depresja jest częstsza w tym okresie niż u młodych, przyczyny jej tkwią nie w samej starości, ale różnych innych czynnikach (i na nie należy zwracać uwagę i ewentualnie kierować wysiłki terapeutyczne).

6. Przypisywanie procesowi starości, pojawiania się zaburzeń osobowości, charakterologicznych, przykrych dla otoczenia, jest wyrazem nierozumienia związku tych cech, zachowań i postaw ludzi starych z czynnikami innymi niż sama starość. Kształtują się one często, jak mechanizmy obronne i przystosowawcze, wobec niesprzyjających okoliczności życiowych (o czym jeszcze będzie mowa).

Pacjent geriatryczny – wyzwanie dla lekarza.

Każdy pacjent stanowi swoiste wyzwanie dla wyborów i postaw etycznych lekarza, ale w przypadku pacjenta geriatrycznego, wyzwanie to nabiera dodatkowego charakteru i mocy.

Wiąże się to między innymi z wymienionymi już wyżej zjawiskami społecznymi, ale poza tym ma swe źródło w mankamentach wiedzy o człowieku w ogóle, mankamentach w znacznym stopniu związanych ze sposobem kształcenia lekarza, ze zwracaniem uwagi w tym kształceniu przede wszystkim na stronę biologiczną człowieka.

Ten fakt daje się nam zauważyć w wieloletnich kontaktach ze studentami medycyny, z lekarzami różnych specjalności. Te mankamenty szczególnie dramatycznie procentują w odniesieniu do pacjenta geriatrycznego i to stało się motywem do zamieszczenia tu kilku uwag, w nadziei, że może będą one przydatne dla lepszego rozumienia człowieka, dostrzegania wyzwań, jakie stawia przed lekarzem pacjent w wieku podeszłym.

„Wycinkowość” w spostrzeganiu człowieka. Jednym z ważnych powodów nierozumienia sposobu istnienia człowieka w ogóle, a starego w szczególności, jest skłonność do uproszczonego, zawężonego spostrzegania zarówno jego, jak i jego problemów, do odrębnego traktowania różnych płaszczyzn jego funkcjonowania. Takie podejście do pewnego stopnia mogą wzmacniać badania naukowe, jeśli są nieprawidłowo interpretowane. Wiadomo, że ze względu na specyficzne techniki badawcze, badania takie dotyczą określonych płaszczyzn funkcjonowania człowieka, jednakże wyniki powinny być interpretowane w świetle całości istnienia człowieka. Człowiek bowiem jest jednością, osobą, bytem realizującym się w różnych płaszczyznach: biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Choć każda z tych płaszczyzn ma swe własne zadania, sposoby funkcjonowania, swoją ekologię, swój własny „język”, pozostaje w ścisły związku z wszystkimi pozostałymi, we wzajem-

mnym wpływie, a jakakolwiek zmiana w jednej z nich powoduje zmiany w pozostałych.

Płaszczyzna biologiczna wyraża się „językiem ciała”. Są nim różne potrzeby biologiczne, które wymagają zaspokojenia, przejawy fizjologiczne, narządowe. Zaburzenia w jej funkcjonowaniu ukazują się jako zmiany czynnościowe lub tkankowe organizmu, jako objawy chorobowe, inwalidztwo, ból itp.

Płaszczyzna psychiczna przejawia się „językiem” funkcji psychicznych, emocji, motywów, potrzeb psychologicznych, mechanizmów leżących u podstaw funkcjonowanie człowieka. Zaburzenia w tej płaszczyźnie mają postać różnych dewiacji, chorób psychicznych, odchyień od normy psychicznej itp.

Płaszczyzna społeczna przejawia się „językiem” potrzeb społecznych, ról społecznych, statusem społecznym, związkami z innymi, prawami i normami społecznymi itp. Zaburzenia mają tu charakter różnorodnych patologii społecznych.

Dla płaszczyzny duchowej, transcendentnej istotny jest „język wartości”. Wiąże się on z filozofią, religią, estetyką, etyką. To język systemów wartości, jakie wpływają na wybory etyczne, postawy życiowe, cele życiowe, sposoby pojmowania sensu życia.

Każda z wymienionych płaszczyzn ma swoje „środowisko ekologiczne”, które ma tendencję do utrzymywania homeostetycznej równowagi. Jeśli jednak z jakichś przyczyn zostaje ona zachwiana w jednej z płaszczyzn, odbija się to również i na funkcjonowaniu pozostałych. I wtedy całość, człowiek jako Osoba, jest wpleciony w borykanie się z zaburzeniem, w uruchamianie mechanizmów, jakie mają na celu powrót do równowagi. Skutek tego może być różny. Dobrą ilustracją tego zjawiska jest koncepcja stresu, w odniesieniu do choroby.

Jeśli jednak czynnik biofizyczny jest na tyle silny, że oddziałując na strefę somatyczną powoduje zjawisko stresu, to przejawy tego stresu mają miejsce we wszystkich płaszczyznach. W somatycznej są to różne zaburzenia funkcji fizjologicznych, czy strukturalne; w psychicznej – różnorodne reakcje emocjonalne, zmiany w sposobie spostrzegania, myślenia, uwagi; w społecznej – zmiany w roli społecznej, zmiany w priorytetach do działania, i in.; dla płaszczyzny duchowej, stres jakim jest choroba, stanowi wyzwanie dla systemów wartości, postaw moralnych.

Analogicznie, całościowa reakcja ma miejsce wtedy, gdy „pierwotny czynnik zaburzający” pochodzi z każdej innej płaszczyzny.

Ten właśnie fakt jest dyktatem i podstawą dla całościowego, holistycznego

podejścia do pacjenta, z uwzględnieniem w terapii wszystkich płaszczyzn. Niezauważenie, czy lekceważenie tego faktu przez lekarza to nie tylko „błąd intelektu”, problem teoretyczny, ale również praktyczny i etyczny.

Wiadomo, jak dla przebiegu choroby, wyników leczenia, jest ważne oddziaływanie nie tylko metodami biologicznymi, ale również psychologicznymi (od postawy lekarza poczynając), uregulowania sytuacji społeczno-zawodowej, wreszcie uwzględnienie sfery duchowej pacjenta, jego systemów wartości, jego stosunku do cierpienia, religii i in. Niedocenianie sfery duchowej pacjenta nie rzadko przejawia się utożsamianiem jej ze sferą psychologiczną, cierpienia z depresją. Łatwo wtedy zamienić cierpienie na „problem farmakologiczny”. Podanie środków przeciwdepresyjnych, czy anksjolitycznych, może być uznane za wystarczające dla rozwiązywania takich problemów, jak poważne konflikty moralne, żaloba, umieranie i in.

W odniesieniu do pacjenta geriatrycznego, „wycinkowość”²⁾ spostrzegania człowieka, ma jeszcze, poza wyżej wymienionymi, dodatkowe mechanizmy, leżące u jej podstaw, cechy i skutki. W sposób lapidarny można by mówić o „pionowym” i „poziomym” aspekcie tej wycinkowości.

„Pionowy aspekt wiąże się z traktowaniem starości jako wyizolowanego okresu życia, oderwanego od innych faz rozwojowych, „poziomy” – z opisowym, statycznym podejściem do cech i sposobów funkcjonowania człowieka starego, bez uwzględniania wielu uwarunkowań, związanych zarówno ze zmianą różnych stanów, jak i sposobami radzenia sobie.

*Traktowanie starości jako wyizolowanego okresu życia,
jedno ze źródeł fałszywych sądów.*

Przejawem takiego traktowania jest przypisywanie pewnych cech czy zachowań starości, jako takiej, bez widzenia ich związków z przeszłością. Tymczasem starość jest jedną z kolejnych faz rozwojowych człowieka, która ma swoje zadania. Człowiek stary ma te same potrzeby, co młody. Tak samo chce akceptacji, szacunku, niezależności, osiągnięcia satysfakcji i in. W poprzednich fazach rozwojowych zaznaczały się i kształtowały je różne cechy, sposoby radzenia sobie, mechanizmy obronne i przystosowawcze i te wzorce są w okresie starości na ogół takie same jakościowo (może tylko ilościowo

²⁾ Jednym ze skutków, niepełnego, „wycinkowego”, spostrzegania i traktowania pacjenta przez lekarza, jest zwrot wielu chorych ku metodom medycyny niekonwencjonalnej, która na tym bardzo korzysta.

różne). Stąd też istniejące twierdzenia: „Człowiek w starości jest sobą, tylko może bardziej sobą!”, „Młodość stanowi preludium do starości”, czy „Człowiek starzeje się tak jak żył” („On vieillit comme on a vecu”).

Nie oznacza to, że starość jest fazą, w której istotne są tylko cechy i pozostałości z przeszłości. Neugarten (za 3) podkreśla tu niekończący się proces socjalizacji, poprzez który człowiek uczy się do końca życia zachowań właściwych dla jego wieku. Zwraca przy tym uwagę na rozpoczynający się pod koniec wieku średniego proces, który nazywa „interioryzacją osobowości”, a który polega na zwrocie od świata zewnętrznego ku wewnętrznemu; od nastawienia na zbieranie informacji ku przemyśleniom i uwytatnianiu się życia wewnętrznego. E. Erikson (za 3) widzi, jako zadanie fazy rozwojowej, jaką jest starość, rozwiązywanie swego rodzaju kryzysu w kierunku albo integracji albo rozpacz. Integracja cechuje się akceptacją wszystkich aspektów życia, takiego jakim było i jest, przystosowanie się do jego wyzwań, kłopotów, radości, do faktu jego końca z poczuciem, że życie miało sens. Integralność więc ukazuje rozwój człowieka w jego najpełniejszej i najbardziej dojrzałej postaci. Zaprzeczeniem, kontrastem integracji jest rozpacz, którą widzi Erikson, jako poczucie bezsensowności życia, nieakceptacji jego końcowego okresu i lęk śmierci. Osoba, której nie udało się osiągnięcie integralności, ma niską ocenę siebie, a jego postawą może być bunt, litowanie się nad sobą, oskarżenie, domaganie się, wycofywanie i inne, które na zasadzie błędnego koła stwarzać mogą różnorodne problemy dodatkowe.

Rozwiązanie zadań okresu starzenia się, starości zależy od wielu czynników: sposobów rozwiązania zadań poprzednich faz rozwojowych, sytuacji, w jakiej dochodzi do starości, w tym zmiany stanów w zakresie różnych płaszczyzn funkcjonowania człowieka.

Zmiany stanów w okresie starości.

Zmiany te zachodzą w każdej z poprzednio wymienionych płaszczyzn ale wymienianie ich odrębnie, jest nieco sztuczne. Układają się one bowiem w swoistą ciągłość. Najbardziej rzucające się w oczy są różne zmiany biologiczne. Widać je w wyglądzie ogólnym, postawie, narządach, tkankach, receptorach. Dotyczą one funkcji i struktury. Niektóre zmiany są szczególnie ważne dla adaptacji psychologicznej, społecznej, kontaktów z ludźmi, aktywności, samooceny. Jako przykład mogą posłużyć zmiany w zakresie wzroku i słuchu. Te ostatnie nierzadko prowadzą do zwiększonej pobudliwości. Zmiany sma-

ku, węchu pozbawiają przyjemności, związanej z jedzeniem, zmiany skóry, włosów są przeżywane w aspekcie obniżonej samooceny, zmiany snu (spływanie, sen przerywany) sprzyjają drzemkom w ciągu dnia, poczuciu senności i obniżają aktywność. Zmiany w układzie kostno-mięśniowym ukazują niezdolność.

O niektórych zmianach w płaszczyźnie psychologicznej była już mowa. Chodzi mianowicie o spadek w zakresie pamięci świeżej. Ponadto pojawia się wiele problemów psychologicznych, z którymi trzeba sobie radzić. Wśród nich:

- a. Unaocznienie procesu przemijania, który widać na każdym kroku;
- b. Zmiana obrazu siebie, swoistej legendy o sobie, która kształtowała się w ciągu życia, ale w dużej mierze była oparta nie na cechach rzeczywistych, ale życzeniowych, fantazje o sobie;
- c. Podsumowanie wartości życia, z analizą przeszłości, powoduje ożywienie nierozwiązanych konfliktów, bolesnych sytuacji;
- d. Świadomość zbliżającej się śmierci;
- e. Problem samotności i izolacji;
- f. Problemy psychologiczne związane ze szczególnymi sytuacjami, jak wdowieństwo, status emeryta, trudności ekonomiczne;
- g. Przeżywanie żałoby, w związku z mnogością strat we wszystkich płaszczyznach;

b. Wiele stresów natury psychologicznej, związanych z utratą ról społecznych i wyżej opisanymi zjawiskami ageizmu, paternalizmu.

Te i inne problemy powodować mogą niepokój, lęk, poczucie niepewności, przygnębienie, poczucie winy, obniżoną samoocenę, gniew.

Dla poradzenia sobie z nimi, są uczynniane różne sposoby, zarówno nieświadome (mechanizmy obrony psychologicznej, które pomagają w redukcji przykrych emocji), jak i świadome procesy radzenia sobie, podejmowane dla rozwiązywania problemów.

W świetle wspomnianych mechanizmów obronnych, można zrozumieć wiele cech i postaw ludzi starych, jako reakcji kompensacyjnych, przystosowawczych, wobec problemów związanych ze starością. I tak np. stereotypia, konserwatyzm, opieranie się zmianom, czy sztywność poglądów, pozwalają na zachowanie dobrej samooceny, mimo ograniczonych możliwości wytworzenia nowych strategii dla rozwiązywania trudności. Krytyka młodego pokolenia, może służyć wzmocnieniu zachwianego poczucia własnej wartości, apodyktyczność – może służyć ukazywaniu własnego znaczenia, mocy, choć

w rzeczywistości utraciło się autorytet. Nawracanie do przeszłości, wspomnień, pozwala na dostrzeganie pogodniejszych stron życia, gdy rzeczywistość jest trudna, przyszłość niepewna, a fakty czasu teraźniejszego, zapamiętywane gorzej. Skąpstwo – może być wyrazem dążenia do zabezpieczenia materialnego w świecie, od którego nie oczekuje się pomocy i sympatii. Gadulstwo – może służyć obronie przed opuszczeniem, stanowić nić łączącą z innym człowiekiem. Przywiązanie do drobiazgów, może wiązać się z ich znaczeniem emocjonalnym, gdy są one częścią, wspomnieniem straty. Hipochondryczność można często zrozumieć, jako sposób uzyskiwania zainteresowania. Przykłady mechanizmów obronnych i przystosowawczych możnaby mnożyć. Nie wszystkie niestety służą dobremu przystosowaniu, a niektóre stają się punktem wyjścia dodatkowych, poważnych trudności. Do takich należą między innymi przyjęcie postawy zależności, podobnej do zachowań dziecka, z biernością i oczekiwaniem stałej opieki. Do takich należy też postawa domagająca, z agresją i oskarżaniem otoczenia, podejrzliwość, ucieczka w chorobę.

Jak już wspomniano, rodzaj mechanizmów obronnych i sposobów radzenia człowiekowi starego wiąże się z cechami wcześniejszych okresów życia. Ponadto mają tu wpływ takie czynniki, jak ogólny stan zdrowia, stopień samowystarczalności, wreszcie uznawane systemy wartości i postawa moralna człowieka.

Wśród pozytywnych czynników, jakie niesie za sobą starość, są podkreślane te, które właśnie wiążą się z płaszczyną duchową, systemami wartości, a wśród nich:

a. Uwolnienie się od wymogów etycznych, związanych z pracą zawodową, narzuconą przez nią odpowiedzialnością, stwarza możliwość wyborów dla samorealizacji, twórczości, dawania siebie innym;

b. Uwolnienie się od związków, w których istniało współzawodnictwo, narzucone normy, daje szansę ujawnienia się tego, co w człowieku indywidualne, a co poprzednio było odrzucane;

c. Poczucie, że „czas należy do mnie”, pozwala na planowanie w jego ramach;

d. Tyranię konieczności („muszę”, „nie wolno mi”) zastąpić może rzeczywisty motyw „chcę”;

e. Możliwość dawania siebie innym, może przynosić pełne potwierdzenie własnej wartości, potrzeby. Postać dawania może być różna. Czasem konkretna pomoc w roli babci czy dziadka, czasem mniej wymierna, jako

oparcie psychiczne, wzorzec wartości moralnych, równowagi, postawy wobec cierpienia, niedołęstwa, dobrego przyjmowania wspaniatomysłności ludzi młodych, bez poczucia kompromitacji i pretensji.

Wobec najrozmaitszych zmian, jakie zachodzą u człowieka w okresie starości i które zarówno w płaszczyźnie biologicznej, psychiczno-społecznej mają charakter strat, płaszczyzna systemów wartości, duchowa może nie tylko nie ukazywać tych strat, ale jeśli dominują w niej wartości wysokie, może być do końca w rozwoju. I ta płaszczyzna może dostarczać najbardziej istotnego wsparcia przy borykaniu się ze stratami okresu starzenia i starości.

Nie trudno dostrzec, jak dla rozwiązywania zadań tej ostatniej fazy wartości wysokie służyć będą osiągnięciu integracji.

Na zakończenie naszych uwag chcemy nawiązać do wstępu i stwierdzić, że poruszają one jedynie niektóre problemy, związane z wyborami etycznymi lekarza wobec pacjenta geriatrycznego. Chcieliśmy zwrócić uwagę przede wszystkim na mechanizmy, leżące u ich postaw, na szerokie widzenie człowieka starego, jego potrzeb, z zakresu wszystkich płaszczyzn, na istnienie u niego wielu strat, jakie przeżywa.

Wydaje się, że jakąś ilustracją do tego mogą być znalezione w klasztorze OO. Kamilianów w Białej Prudnickiej „Błogosławieństwa Człowieka Starego”, które tu pozwalamy sobie przytoczyć:

„Błogosławieni, którzy chcą ze mną rozmawiać, nie żałując czasu i serca;
Błogosławieni, którzy nigdy nie mówią „tę historię opowiadał Pan mi już dwa razy”;

Błogosławieni, którzy wiedzą, że moje uszy z trudem chwyają już dźwięki;
Błogosławieni, którzy przebacząją mym drżącym dłoniom i wlokącym się nogom;

Błogosławieni, którzy pamiętają, że moje oczy coraz mniej widzą;
Błogosławieni, dzięki którym czuję się jeszcze potrzebny światu i ludziom;
Błogosławieni, którzy swą codzienną dobrocią ułatwiają mi drogę do wiecznej ojczyzny;

Pomyśl, na które błogosławieństwa możesz dziś zasłużyć”.

Piśmiennictwo

1. Brink T.L.: Gerontology. W. Baker Encyklopedia of Psychology, wyd. D.G. Bebbler, Baker Book House. Grand Rapid, 1987, 461.

2. Butler R.N.: Psychiatry and the Elderly: an Overview. *Am. Journ. of Psychiatry*. 1975, 132, 893.
3. Butler R.N.: Geriatric Psychiatry. W: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. IV Wyd. H.I. Kaplan, B.J. Sadock, Williams and Wilkins. Baltimore 1985, 1953.
4. Palmore E.: The Social Factors in Aging. *Handbook of Geriatric Psychiatry*, red. E.W. Busse, D.W. Blazer. Var Nostrand Reinhold Comp. New York, 1980, 222.
5. Szyryński W.: Konfrontacja z frustracją w praktyce psychiatrycznej. *Psychiatria Polska*, 1993, 27, 3, 253.
6. Wardaszko-Łyskowska H.: Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. *Psychiatria*. T. II, red. S. Dąbrowski. J. Jaroszyński, S. Pużyński. PZWL. Warszawa. 1988, 109.

Edward Rużyło

Pierwsze 25 lat działalności Koła Medyków, Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego im. J. Piłsudskiego (1915-1940)

Wprowadzenie

W biegu spraw codziennych, w zawirowaniach historycznych, w zmienności warunków i sposobu życia i współżycia, pojawiają się u każdego refleksje, które wzruszają swoją treścią, pobudzają do porównań i zobowiązują do upamiętnienia. 78 lat temu, w dniu 15 listopada 1915 roku odbyła się inauguracja Uniwersytetu Warszawskiego. Niemcy okupujący Polskę chcieli sobie zjednać Polaków i uroczystości tej nadali duże znaczenie. Pierwszy wykład na Wydziale Lekarskim, który odbył się w gmachu „Anatomicum”, wygłosił w języku polskim profesor Edward Loth, ubrany w mundur oficera legionowego.

Wśród studentów medycyny powstała myśl założenia Koła Medyków. Pierwsze zebranie organizacyjne Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego odbyło się w dniu 19 grudnia 1915 r. Na zebraniu tym uchwalono status Koła, wybrano członków Zarządu, Komisji Rewizyjnej oraz wybrano profesora Edwarda Lotha na pierwszego opiekuna Koła. Działalność Koła Medyków, tak jak wszystkich polskich instytucji, ustała 1 września 1939 roku z chwilą napadu Niemców hitlerowskich na Polskę. Do pełnego opisu 25-letniej działalności oficjalnie działającego Koła Medyków zabrakło więc około jednego roku. Wojna jednak narzuciła członkom Koła Medyków U.W. inne warunki egzystencji i inne zadania. Ten okres jednego roku był wypełniony pięknymi dokonaniem członków Koła Medyków, jakże odmiennych od zadań statutowych. Pozwala mi to jednak włączyć ten okres do 25 letniego czasokresu działania Koła Medyków, pozostawiając innym kolegom opisanie, czego w tym jednorocznym okresie czasu dokonali członkowie Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego.

Od początku swego istnienia Koło Medyków rozwijało żywą i wielokierunkową działalność. W pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości,

zgodnie z postawą całego społeczeństwa polskiego była to aktywność patriotyczna i poświęcająca się. Obserwowało się spontaniczną chęć współdziałania wszystkich członków naszego społeczeństwa dla wykazania, że odzyskaną wolność potrafimy właściwie realizować.

Po okresie I wojny światowej i w okresie wojny bolszewickiej studenci medycyny byli bardzo zróżnicowani pod względem wieku, zwyczajów, ubiorów a nawet językowym. Pochodzili oni z różnych krajów Europy i przedstawiali sobą mozaikę kulturową i ekonomiczną. Nastrój wśród nich był bardzo patriotyczny i wykazywali oni wielką chęć do łączenia się we wspólnocie polskiej. W latach moich studiów, a więc w okresie 1929-1935, różnice te nie były tak krańcowe, ale przedstawione wyżej cechy w dalszym ciągu występowały. Wielu studentów było niezamożnych a nawet na granicy ubóstwa. Wszyscy jednak starali się nie ujawniać tego stanu i swoim sposobem bycia i zachowania dostosowywali się w miarę możliwości do ogólnych warunków życia. Wielu z nich nie wychodziło z domu w czasie deszczów, ze względu na brak zelówek w butach, czy też płaszcz, wielu z nich nosiło „koszule”, które miały tylko kołnierzyk i rękawy przymocowane do ciała tasienkami. Nikt tego nie zauważał i wszyscy taktownie i życzliwie odnosili się do kolegów, których nie stać było na prawidłowe ubieranie się. Taki sposób współżycia tworzył właściwe więzi koleżeńskie, które w czasie dalszych studiów nabierały cech przyjaźni i serdeczności.

Duże znaczenie dla rozwoju Koła Medyków i jego pracy miała bliska i stała współpraca władz uczelni z tą organizacją. W Senacie Uniwersytetu Warszawskiego była stała komisja, która interesowała się życiem studentów i brała udział w podstawowych decyzjach podejmowanych przez zarząd Koła Medyków, zwłaszcza mających charakter ekonomiczny, lub mający wpływ na zakres działalności społecznej. Komisja Senacka życzliwie patrzyła na różne inicjatywy podejmowane przez Zarząd Koła Medyków lub przez jego sekcje i tzw. referaty, wspierając je własnym doświadczeniem i znajomością przepisów. Miało to szczególnie ważne znaczenie w decyzjach dotyczących budowy Domu Medyków, w staraniach u Władz miejskich o uzyskanie terenu pod jego budowę, organizowaniu obozów letnich, łączących się z potrzebą wynajmowania pomieszczeń, w uzyskiwaniu ulg lub bezpłatnych biletów kolejowych do granicy państwa w wyjeździe na organizowane staże zagraniczne i po powrocie od stacji kolejowej na polskiej granicy do miejsca zamieszkania. Inicjatywa oraz ocena potrzeb i możliwości zawsze należała do Koła Medy-

ków, natomiast Komisja Senacka wypowiadała swoją opinię i sugerowała możliwości i sposoby jej realizowania. Istotną rolę w tych sprawach odgrywał opiekun Koła Medyków wyznaczony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu. Pamiętamy oraz znamy z różnych form dokumentacji życzliwą i pełną poświęcenia działalność profesorów Edwarda Lotha, Józefa Hornowskiego, Ludwika Paszkiewicza, Franciszka Czubalskiego i innych.

Do Koła Medyków mógł być przyjęty na członka tylko student medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Zgodnie ze statutem, uzyskanie członkostwa Koła wymagało odpowiedniej deklaracji osobistej i uzyskania podpisów dwóch członków Zarządu Koła Medyków. W decyzji o przyjęciu decydowały cechy osobiste kandydata, świadczące pozytywnie o jego postawie społecznej i akademickiej. W głosowaniu nad przyjęciem kandydata w poczet członków Koła Medyków zwykle jakiś odsetek odpadał. Sądzić można z danych pośrednich, że tylko około 90% studentów medycyny było członkami Koła Medyków. W opinii ówczesnej panowało przekonanie, że dzięki tej selekcji wybrani członkowie byli czynnymi i sprawnymi członkami Koła Medyków. Skreślenia z listy członków Koła dokonywane były bądź z braku aktywności, w życiu Koła, bądź rzadziej za naruszanie wymogów statutowych. Na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego studiowali stypendyści wojskowi. W tradycji polskiej mundur żołnierza cieszył się szacunkiem społecznym, a oficerowie wojska stanowili elitarną część inteligencji polskiej. Jednym z powodów tego był fakt, że znaczna liczba zubożałych członków ziemian służąc w wojsku zachowywała swój tradycyjny statut społeczny, wymieniając jak gdyby splendor społeczno-majątkowy na równoważną historycznie godność oficerską. Te tradycyjne poglądy nie pokrywały się z rzeczywistością, gdy powiększające się liczbowo współczesne armie musiały posiadać znaczne liczby oficerów. Zachował się jednak w społeczeństwie polskim tradycyjny stosunek do społecznej pozycji żołnierza i oficera. W latach 1918-1920, po uzyskaniu niepodległości, polskie władze wojskowe postanowiły stworzyć nową, młodą kadrę lekarzy wojskowych, stwarzając w tym celu odpowiednie możliwości naboru. Władze wojskowe zawarły porozumienie z Uniwersyteciem Warszawskim co do warunków kształcenia przyszłych lekarzy wojskowych na Wydziale Lekarskim tego uniwersytetu. Ustalono, że przyjęci przez Władze wojskowe kandydaci na studia lekarskie będą uczestniczyć jednakowo na równi z „cywilnymi” studentami medycyny we wszystkich zajęciach przewidzianych programem studiów lekarskich. Studenci wojskowi byli

umundurowani, skoszarowanie w Zamku Ujazdowskim, i podlegali normalnym przepisom jednostki wojskowej. Jedynie w okresie przerw w zajęciach uniwersyteckich odbywali ćwiczenia przewidziane programem służby wojskowej.

Kandydatów do Szkoły Podchorążych Sanitarnych było bardzo dużo i corocznie do konkursu na przyjęcie do tej Szkoły zgłaszało się po kilkunastu kandydatów na jedno miejsce. Podchorążowie sanitarni brali żywy udział w działalności Koła Medyków. Byli wybierani do władz Koła jak też brali żywy udział w różnych jednostkach organizacyjnych Koła i w jego różnych agendach. W kadencji 1923/24 prezesem Koła Medyków był kapitan Wilhelm Borkowski, który ukończył studia lekarskie, przerwane z powodu wojny w okresie 1919-1922.

Studenci zrzeszeni w Kole Medyków Uniwersytetu Warszawskiego brali chętnie udział w pracach różnych jednostek organizacyjnych Koła. Do pracy w sekcjach, referatach, biurach itd. przyjmowano tych kolegów, którzy zadeklarowali chęć pracy w określonej dziedzinie i w ten sposób stawali się oni formalnymi członkami określonej sekcji. Kierownik takiej sekcji mógł zapraszać członków sekcji do określonych prac i kierować ich działalnością. Takich formalnie rejestrowanych członków posiadała każda Sekcja Koła Medyków od 10 do 60 członków. Poza kolegami formalnie zarejestrowanymi jako członkowie w określonej sekcji w sekcjach różnych pracowało w razie potrzeby również wielu innych kolegów. W okresie mojej przynależności do Koła Medyków (1929-1935) brałem czynny udział w pracach Sekcji Społecznej, Naukowej oraz Towarzyskiej i w Referacie Wychowania Fizycznego, jak również w Referacie Budowy Domu Medyków. Natomiast z formalnego wyboru statutowego byłem członkiem Komisji Kontrolującej (1932-1933), i wiceprezesem Zarządu Koła (1934-1935). W kadencji kol. Mirosława Leśkiewicza, prezesa Zarządu Koła Medyków (1933-1934), byłem dokooptowanym wiceprezesem tego zarządu, w związku z tym, że kolega wybrany do tej funkcji nie mógł jej pełnić z przyczyn osobistych. Okres mojej pracy w Kole Medyków wspominam z wielką przyjemnością.

Praca w Kole Medyków dawała wiele satysfakcji. Wielu kolegów i koleżanek spotykało się w czasie tej pracy w Kole Medyków na korytarzu I piętra Anatomicum, gdzie znajdowały się dwa małe pokoje, w których mieściły się agendy Koła. Liczne jednostki organizacyjne Koła zajmowały te pokoje w określonych godzinach i w określonych dniach tygodnia. Zwykle było tak, że członkowie np. Sekcji Pomocy Materialnej pracowali w pokoju do końca

oznaczonej godziny, często ją trochę przekraczając, a członkowie Sekcji Naukowej czekali, aż będą mogli rozpocząć pracę w tym pokoju. Czekali również koledzy interesanci zarówno jednak jak i drugiej Sekcji. Często kolega załatwiający swoją sprawę w określonej Sekcji przychodził w towarzystwie jednego lub dwóch kolegów, którzy na niego czekali. Obecność gromadki kolegów skłaniała do spotkań i rozmów i w tych warunkach na korytarzu przed pokojami Koła Medyków była zawsze kilku- lub kilkunastooosobowa grupa kolegów. Siadali oni często na schodach prowadzących na pierwsze piętro i prowadzili rozmowy pogodnie i przyjacielskie. Dość często bywało, że hall wejściowy, schody oraz I piętro i korytarz, gdzie znajdowały się pokoje Koła Medyków, były wypełnione kolegami i koleżankami. Nastroj na tych spotkaniach wspominam z wielką przyjemnością. Rozmawiało się o wykładowcach, ćwiczeniach, o różnych aspektach działalności Koła Medyków, rozmawiało się o sprawach osobistych, o sprawach politycznych naszego kraju. Rozmowy te miały bardzo duży wpływ na każdego z nas. Rozwijaliśmy swoje horyzonty zawodowe, społeczne, polityczne. Byliśmy dla siebie impulsem do odpowiednich zachowań, do formowania naszej osobowości. Zaczynaliśmy myśleć i działać według wzorców, które się nam podobały, zaczynaaliśmy się stawać dość jednorodną grupą ludzi, przygotowujących się do swego przyszłego zawodu i do swoich przyszłych zadań społecznych. Te rozmowy i ta atmosfera przenosiła się i była rozwijana dalej w czasie przerw w wykładach i ćwiczeniach. Przy tym żywy kontakt profesorów Wydziału Lekarskiego z Kołem Medyków, ich wypowiedzi i opinie pomagały nam w tworzeniu własnych poglądów w zagadnieniach, którymi zajmowaliśmy się. Wydaje mi się dzisiaj, że żywa i bogata działalność Koła Medyków powstała właśnie na tych ciągłych spotkaniach na korytarzu dwóch pokoi naszej organizacji. Koledzy i koleżanki pracując w różnych sekcjach i referatach Koła Medyków, organizując określoną działalność, czy określoną pomoc spotykali się w nastroju aktywności, która pobudzała do rozmów na te tematy. Praca w Kole Medyków nie miała charakteru urzędniczego. Była to praca młodych ludzi, których to interesowało i chcieli osobiście coś w określonej dziedzinie zrobić. Ci koledzy i koleżanki, którzy brali aktywny udział w różnych agendach Koła Medyków, rozwijali w sobie idee nowych celów, spozstrzegali potrzebę zmian lub uzupełnień w naszym studenckim życiu, oczywiście z perspektywą przyszłej działalności lekarskiej. Różnorodna działalność Koła Medyków i jej widoczna efektywność powodowała, że dawała ona każdemu studentowi

szanse aktywnego włączenia się do pracy. Zachęcały do aktywnego udziału nie tylko podejmowane zadania i obowiązki, ale również atmosfera koleżeńskiego współdziałania, które tworzyły nowe więzi sympatii przyjaźni. Anatomicum, w którym znajdowały się pomieszczenia Koła Medyków, było miejscem spotkań, miejscem dyskusji merytorycznej, ale również miejscem, w którym spotykało się interesujących i miłych kolegów. Mała liczba koleżanek na studiach powodowała, że koleżanki te były lubiane, szanowane i poszukiwane. Z kolei koleżanki same były rzeczywiście bardzo sympatyczne, wiele z nich było bardzo ładnych, ale istotną rolę jaką one odgrywały w Kole Medyków to było to, że chętnie i z wielkim oddaniem się wykonywały one podjęte zadania. Koledzy chętnie podejmowali zadania tam, gdzie działały nasze koleżanki, gdyż odpowiadał im zarówno cel działania, jak również atmosfera współpracy, której charakter w dużej mierze tworzyły nasze koleżanki. Chcę tu również wspomnieć, że relacje między koleżankami i kolegami miały tradycyjny charakter oparty na szacunku do kobiety i chęci jej pomocy w każdym zakresie. Wszyscy byliśmy na „pan” i „pani” i wzajemne relacje charakteryzował takt i wielka powściągliwość w wyrażaniu swoich osobistych sympatii. Ta różnorodność przyczyn społecznych, zawodowych i osobistych powodowała, że do gmachu Anatomicum wpadało się z przyjemnością i często bez określonego powodu. Od kilku do kilkudziesięciu kolegów i koleżanek zebranych w korytarzu, na szerokich, otwartych schodach, prowadzących na pierwsze piętro, oraz w hallu na parterze Anatomicum rozmawiało żywo ze sobą o wszystkich sprawach dotyczących młodych ludzi, studiujących medycynę. Zawiazywano przyjaźnie, które skłaniały do dzielenia się osobistymi problemami i kłopotami, wśród których dominowały problemy ekonomiczne, mieszkaniowe, jak również do rozwijania swoich marzeń zawodowych doraźnych i przyszłościowych. Kontakty tego rodzaju powodowały powstawanie swoistych hierarchii wartości, hierarchii celów i możliwości ich realizowania. Młodzi ludzie dojrzewali, możliwości życiowe oceniali realnie i w ten sposób powstawał załączek osobowościowy przyszłego lekarza.

Stopniowo poszerzał się zakres działania Koła Medyków od działalności pomocy materialnej do działalności naukowej, wydawniczej, społecznej, towarzyskiej, wychowania fizycznego itd. W efekcie Koło Medyków U.W. stworzyło nie tylko medykom ale wszystkim studentom uczelni warszawskich możliwości brania udziału w zabawach towarzyskich, w obozach letnich i zimowych. Ta żywa i satysfakcjonująca działalność nie mieściła się na powie-

rzchni dwóch małych pokoików i przylegającego do nich korytarza i szerokiej klatki schodowej. Rzucona myśl o potrzebie budowania własnego Domu została z entuzjazmem przyjęta. Rozpoczęto sprawną w tym zakresie działalność, która została zakończona powodzeniem.

Organizacja

Koło Medyków Studentów Uniwersytetu Warszawskiego powstało jako wspólnota koleżeńska pracująca „dla dobra swych kolegów” i odpowiednio do tego stworzyło swoją początkową strukturę organizacyjną. W początkowym okresie działalności Koła główną rolę spełniały: Biuro Pośrednictwa Pracy, Sekcja Pomocy Materialnej, Sekcja Wydawnicza i Sekcja Naukowa. Zarząd Koła Medyków w okresie kadencji prezesa Kol. Józefa Maya (1925-1926) spowodował przekształcenie Koła Medyków na Bratnią Pomoc. W Polsce bowiem we wszystkich środowiskach uniwersyteckich istniała ogólnostudencka organizacja wzajemnej pomocy pod nazwą „Bratnia Pomoc”, popularnie nazywana „Bratniakiem”. Ze względu na wspólnotę celów i zadań uczelniane organizacje Bratniej Pomocy powołały swoją naczelną organizację pod nazwą Centrala Akademickich Bratnich Pomocy. Z tego względu od r. 1926 nazwa Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego została oficjalnie zmieniona przyjmując nazwę Koło Medyków, Stowarzyszenie Samopomocy Studentów Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego.

Duże potrzeby środowiska studentów medycyny, a może przede wszystkim ich aktywność i sprawność w prowadzeniu działalności wspomagania potrzebujących spowodowała, że studenci medycyny chcieli sami prowadzić akcję samopomocową wśród swoich kolegów medyków i uzyskali na to akceptację władzy uniwersyteckiej.

W miarę rozwoju roli Koła Medyków i zwiększającej się jego aktywności powstawały nowe Sekcje lub Referaty, lub zmieniano ich nazwę. Przykładem tego może być Referat Obligów, czyli zobowiązań, który później nazywano Egzekutywą, jak również początkową nazwą Sklep zamieniono później na nazwę Księgarnia.

W latach trzydziestych organizacja Koła Medyków przedstawiała się następująco:

1. Zarząd
2. Komisja Kontrolująca później nazywana Komisją Rewizyjną
3. Sąd Koleżeński

Zarząd Koła Medyków posiadał następujące stanowiska oraz jednostki organizacyjne:

Prezes

V-prezes I

V-prezes II

V-prezes III

Sekretarz I

Sekretarz II

Skarbnik

Sekcja Pomocy Materialnej

Biuro Pośrednictwa Pracy

Egzekutywa, dawniej Referat Obligów, czyli zobowiązań

Sekcja Społeczna

Sekcja Naukowa

Sekcja Wydawnicza

Sekcja Towarzystwa

Sekcja Personalna

Referat Wychowania Fizycznego

Referat Obozów, który wydzielił się z Referatu Wychowania Fizycznego, gdy stał się on jednostką ogólnie akademicką

Biblioteka i Czytelnia

Księgarnia (dawniej Sklep)

Referat Budowy Domu Medyków

Referat Propagandy

Gospodarz Lokalu

W r. 1937 Zarząd Koła powołał jeszcze dwa nowe referaty:

Referat Pracy

Referat Prasy

Te liczne zespoły organizacyjne Zarządu Koła Medyków pozwalały studentom medycyny brać udział w różnych dziedzinach działalności Koła, stwarzając szanse do rozwijania inicjatywy i uzyskiwania określonych wyników tej działalności. Swoboda w realizowaniu podjętego zadania sprzyjała bardzo rozwijaniu się osobowości ludzi aktywnych, odpowiedzialnych, którzy dzięki temu osiągnęli w małych zespołach bardzo dobre wyniki. Nie było nadmiernej hierarchii nadrzędności organizacyjnej ani czynnościowej. Wszyscy bowiem byli młodymi ludźmi, o jednakowym doświadczeniu życiowym,

wszyscy pracujący w Kole Medyków byli to młodzi ludzie; energiczni, przedsiębiorczy, zainteresowani tym, aby coś osiągnąć lub coś poprawić. Spośród wielu koleżanek i kolegów zasłużonych w działalności Koła Medyków przytoczę nazwiska tylko tych, którzy byli przez swoich współczesnych kolegów wybrani na prezesa Koła.

Prezesi Koła Medyków i kadencje ich działalności

Czesław Mossakowski, kad. 1915-1916, 1916-1917,

Adam Pietrasiewicz, kad. 1917-1918, 1918-1919,

Henryk Zagrodziński, kad. 1919-1920,

Bolesław Gutowski, kad. 1920-1921,

Jan Goldman, kad. 1921-1922,

Stanisław Martyński, kad. 1922-1923,

Wilhelm Borkowski, kad. 1923-1924,

Zygmunt Obrebski, kad. 1924-1925,

Józef May, kad. 1925-1926,

Edward Zahorski, kad. 1926-1927,

Aleksander Nauman, kad. 1927-1928,

Witold Odrzywolski, kad. 1928-1929,

Zbigniew Juraszyński, kad. 1929-1930,

Władysław Uszycki, kad. 1930-1931,

Wojciech Zakrzewski, kad. 1931-1932,

Jakub Chrzanowski, kad. 1932-1933,

Mirosław Leśkiewicz, kad. 1933-1934,

Ryszard Petzel, kad. 1934-1935,

Marian Pertkiewicz, kad. 1935-1936,

Jan Lebiedowski, kad. 1936-1937,

Zygmunt Ptaszyński, kad. 1937-1938,

Felicjan Loth, kad. 1938-1939.

Koło Medyków Uniwersytetu Warszawskiego dzięki swojej wielostronnej aktywności zapewniło sobie dobrą pozycję wśród organizacji medyków innych polskich uniwersytetów. Z tego prawdopodobnie względu na prezesów Ogólnopolskiego Związku Akademickich Towarzystw Medyków byli wybierani medycy z Warszawskiego Koła Medyków. Z chwilą powstania Wszechsłowiańskiego Związku Medyków prezesi O.Z.A.T.M. byli jednocześnie polskimi przedstawicielami w tej organizacji, podejmującej decyzje w czasie odbywających się wspólnych Zjazdów. Prezesami O.Z.A.T.M. i Wszechsło-

wiańskiego Związku Medyków byli: Leon Manteuffel (1928-1929), Jan Rutkiewicz (1929-1930), Witold Odrzywolski (1930-1931), Zbigniew Juraszyński (1931-1932), Wojciech Zakrzewski (1932-1933) i Jerzy Zański (1933-1934). Trzech spośród tych kolegów było uprzednio prezesami Koła Medyków U.W. (W. Odrzywolski, Zb. Juraszyński i W. Zakrzewski).

Działalność

Przedstawiając ogólny zarys działalności Koła Medyków U.W. w okresie pierwszych 25 lat ograniczam się tylko do jej ogólnej charakterystyki, uwytklając tylko sprawy podstawowe. Przedstawiając je opieram się na swojej pamięci, skromnych notatkach, na nielicznych dostępnych obecnie wydawnictwach Koła Medyków, ale głównie wykorzystując dane zawarte w jubileuszowym wydawnictwie Koła Medyków pod tytułem „XX lat pracy Koła Medyków S.S.S.U.W.J.P.”. W perspektywie minionych lat widać jak wielką przysługę Kołu Medyków oddał ówczesny jego prezes, a jednocześnie redaktor tego opracowania Kolega Marian Pertkiewicz. Ta 250-stronicowa monografia, zawiera liczne fotografie, które doskonale prezentują ludzi i wydarzenia, ale przede wszystkim zawiera wiele artykułów świadczących o merytorycznej działalności Koła Medyków oraz o sytuacji naszego kraju w tym okresie czasu. Wydawnictwo kolegi M. Pertkiewicza dało mi możliwość przedstawienia zarysu działalności Koła Medyków. Wydawnictwo to pozostanie trwałym źródłem dla wielu przyszłych historyków. Ostatnia wojna bowiem niszcząc ludzi i budynki niszczyła również wiele dokumentów, przedstawiających życie codzienne ludzi, organizacji społecznych, zawodowych, dokumentację osobistych przeżyć i dokonań. Człowiek potrzebuje wzorów i doświadczeń innych ludzi. Winien on mieć motywacje i warunki działań jego poprzedników, odczuć atmosferę, w jakich te działania przebiegały, ocenić ich motywacje, drogi ich sukcesów i niepowodzeń. Ciągłość myśli i dążeń ułatwia działanie i sprzyja dobrym osiągnięciom. Zaslugi duże w tym względzie osiągając, którzy potrafią zebrać, omówić i przedstawić jakiś zakres działań oddając w ten sposób wielką przysługę następnym pokoleniom.

Działalność Koła Medyków była wielokierunkowa, a o wyborze kierunków działania przesądzały bieżące trudności i potrzeby medyków zrzeszonych w tej organizacji. W pierwszych latach działalności Koła Medyków dominującymi zagadnieniami były potrzeby materialne studentów oraz pomoce naukowe. W tych też zakresach ważną rolę spełniały: Sekcja Pomocy Materialnej, Referat Obligów, Biuro Pośrednictwa Pracy, oraz Sekcja Naukowa. W

późniejszych latach, gdy osobiste potrzeby członków Koła Medyków zostały, w miarę możliwości zaspokojone, rozwinęła się większa aktywność Sekcji Społecznej i Sekcji Towarzyskiej. Nabierając coraz to większego doświadczenia Koło Medyków zwiększało w następnych latach swoją aktywność w zakresie wydawniczym, w rozwijaniu biblioteki, czytelni i księgarni. Podjęto dużą działalność w zakresie wychowania fizycznego i obozów letnich. W tej ostatniej dziedzinie Koło Medyków stało się wiodącą organizacją dla wszystkich uczelni akademickich w Warszawie. Podjęta przez Koło Medyków inicjatywa budowy Domu Medyków spowodowała znaczne zwiększenie kontaktów Koła Medyków z Władzami Uniwersytetu w Warszawie, oraz z władzami rządowymi i miejskimi. Potrzeba gromadzenia środków materialnych na ten cel ujawniła istnienie wśród studentów medycyny wybitnych zdolności literackich, aktorskich i organizacyjnych.

W pierwszych latach istnienia Koła Medyków większość studentów medycyny była w złej sytuacji materialnej i mieszkaniowej. Wiele osób, głównie lekarzy, udzielało pomocy finansowej niezamożnym studentom za pośrednictwem tego Koła. Ta piękna koleżeńska i humanistyczna postawa lekarzy polskich umożliwiła wielu studentom medycyny nie tylko ukończenie studiów lekarskich, ale może przede wszystkim akcja ta stawała się dla nich wzorem życzliwości ludzkiej i koleżeńskiej, zobowiązującej do podobnego zachowania się w przyszłości. Działalność Sekcji Pomocy Materialnej wykazuje jak szeroka była działalność tej Sekcji, jak wiele było dowodów ludzkiej życzliwości w stosunku do studentów medycyny zarówno ze strony pojedynczych lekarzy, jak i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, urzędów państwowych i organizacji społecznych. Ta stała troska społeczna o losy materialne studentów medycyny powodowała powstawanie różnych dodatkowych funduszy. W r. 1938 były to: fundusz pożyczkowy im. prof. Czubskiego, fundusz stypendialny im. dr Zawistowskiego, fundusz dr M. Kasprzaka, fundusz im. gen. Sławoj-Składkowskiego.

Podobne znaczenie wychowawcze miała działalność Referatu Obligów czyli zobowiązań. Każdy członek Koła Medyków w razie pilnej potrzeby mógł pożyczyć natychmiast 25 złotych na okres trzech tygodni jedynie na słowo honoru. Te „honorówki” były w Kole Medyków bardzo popularne i nie było przypadku, aby ktoś nie dotrzymał danego słowa. Ta forma pożyczek nie tylko umożliwiała natychmiastowe uzyskanie pożyczki, ale przede wszystkim wyrobiła wśród studentów poczucie wiarygodności i wzajemnego szacunku i zaufania.

Dużą aktywność przejawiała **Sekcja Społeczna Koła Medyków**. Powodowane to było złym stanem zdrowia ludności w wyniku złego odżywiania się i złych warunków mieszkaniowych, co w równym stopniu dotyczyło również młodzieży akademickiej. Gruźlica była głównym zagrożeniem zdrowia i przyczyną znacznej śmiertelności. Przykładem tego mogą być badania, które wykazały w r. 1929, że wśród studentek mieszkających w Domach Akademickich w Warszawie, 29,2% miało gruźlicę płuc. Wśród młodzieży przyjętej do warszawskich szkół akademickich w r. 1933 21,38% miało gruźlicę. 16% młodych ludzi w Polsce w wieku od 20 do 29 lat cierpiało na tę chorobę. Gruźlica była więc w tym okresie groźną chorobą powszechną i dlatego wśród członków Koła Medyków było duże nią zainteresowanie. Wyrazem poetyckim tego stanu był wiersz mego przyjaciela Mikołaja Kołodyńskiego pt. „Gruźlica”, przedstawiony na jednej z imprez estradowych organizowanych przez Koło Medyków. Koło Medyków U.W. od początku swej działalności żywo interesowało się zdrowiem młodzieży akademickiej rozwijając odpowiednią działalność w ramach swojej organizacji, oraz biorąc aktywny udział w działalności ogólnoakademickiej w Warszawie i w kraju. Już w r. 1921 z inicjatywy Sekcji Społecznej Koła Medyków powstała przy Centrali Akademickich Bratnich Pomocy Sekcja Komisji Zdrowia. Koło Medyków opiekowało się pacjentami pierwszej Akademickiej Poradni Przeciwgruźliczej, którą zorganizował przy swojej klinice prof. Witold Orłowski, w różnych formach wspierało działalność na rzecz Sanatorium Akademickiego w Zakopanem. W inicjatywy Koła Medyków U.W. organizowano również w Polsce od r. 1936 „Akademickie Dni Przeciwgruźlicze”, powstawały ambulatoria przy Domach Akademickich, oraz rozpoczęto prowadzenie systematycznych badań lekarskich studentów. Sekcja Społeczna organizowała popularne odczyty z zakresu oświaty zdrowotnej (J. Rutkiewicz, H. Rozenówna) w gmachu Anatomicum oraz w zakładach pracy na Woli, Bródnie i na Ochocie.

Z wielkim sentymentem wspominam swój udział wraz z innymi kolegami w pracach fizycznych przy budowie „Ogniska Zdrowotnego” Koła Medyków na Bielanych, oraz z wielkim szacunkiem dla koleżanki Hanka Rozenówny, która akcje te inicjowała i prowadziła. Ten jednopiętrowy (ryc. 1) był budowany jako pólśanatorium dla naszych kolegów chorych na gruźlicę. „Pólśanatorium” to zostało wzniesione w latach 1932-1934, na Bielanych przy ul. Lipińskiej 7, przez fundację im. Gabriela Narutowicza. Działka, na której zbudowano to „pólśanatorium”, została nabyta przez fundację od likwidato-



Ryc. 1.

rów spółdzielni budowlano-mieszkaniowej „Zdobyc Robotnicza”, wówczas, gdy spółdzielnia ta, po wybudowaniu w latach 20-tych domów dla swoich członków, miała jeszcze wolne parcele na obrzeżu zbudowanego przez siebie osiedla. W potocznych rozmowach w Kole Medyków „półsanatorium” to lokalizowano, używając nazwy tego osiedla, tak jak to było powszechnie robione. Stałe trudności oraz ciągle narastające potrzeby przesądziły o tym, że część tego budynku oddano na mieszkanie dla naszych koleżanek medyczek. Ta grupa koleżanek uzyskała w naszym środowisku nazwę „Zdobyczanki” głównie dzięki ich wyróżniającej się działalności w Sekcji Towarzyskiej naszego Koła.

Pięknym wyrazem emocjonalnego stosunku Koła Medyków U.W. do problemów zdrowia publicznego była również inicjatywa studentów tego Koła do wykorzystania uroczystości XX-lecia działania Koła Medyków U.W. oraz faktu uroczystego otwarcia Domu Medyków w Warszawie do zorganizowania w dniu 19 lutego 1936 r. „Akademickiego Dnia Przeciwgruźliczego” w Warszawie. Przy aktywnej pomocy ministra Opieki Społecznej akcją tą objęto również środowiska akademickie Krakowa, Lwowa, Poznania i Wilna.

Sekcja Społeczna Koła Medyków interesowała się również zdrowiem

ludności wiejskiej, której stan w tym okresie był bardzo niezadowolający. Dla podniesienia poziomu życia kulturowego, obyczajowego i intelektualnego ludności wiejskiej stworzono tzw. Obozy Wędrownie, które przebywając głównie we wschodnich regionach kraju realizowały program odpowiedni w tym zakresie. Koło Medyków włączyło się do działalności Obozów Wędrownych rozwijając działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i udzielając potrzebnej pomocy lekarskiej. Na czele takich Wędrownych Obozów stał zawsze lekarz, z którym wydajnie pracowali studenci z Koła Medyków. Obozy te pracowały w r. 1938 pod protektoratem premiera gen. Sławoj-Składkowskiego, przy udziale ministra oświaty prof. Świętosławskiego i rektora Uniwersytetu Warszawskiego prof. Antoniewicza. Warszawskie Koło Medyków brało udział w r. 1938 w 29 tego rodzaju Obozach. Sądzę, że należy wspomnieć jeszcze o tym, że Sekcja Społeczna Koła Medyków jako pierwsza w Polsce stworzyła możliwości przetaczania krwi potrzebującej jej chorym, organizując w Kole Medyków Akademickich Ośrodek Krwiodawców, oraz że wspólnie z Sekcją Towarzystwą stworzyła pierwszą świetlicę medyczną przy ul. Nowy Świat, oraz że była ona inicjatorką budowy „Domu Medyków”.

Dużą rolę w działalności Koła Medyków odgrywało **Biuro Pośrednictwa Pracy**. W początkowym okresie działania Koła Medyków, a więc w latach 1915-1925 studenci medycyny byli bardzo niezamożni i musieli zarabiać nie tylko na opłacenie studiów, ale i na swoje utrzymanie. Biuro Pośrednictwa Pracy starało się utrzymywać kontakty z różnymi organizacjami i firmami, które mogłyby dać studentom medycyny jakąś pracę zarobkową. Najczęściej były to prace okolicznościowe lub sezonowe, rzadziej miały one charakter stałego zatrudnienia. W późniejszym okresie Biuro Pośrednictwa Pracy najczęściej uzyskiwało możliwość zatrudnienia studentów medycyny przy ekipach dokonujących szczepień ochronnych, wykonywanie zastrzyków, masaży oraz stawiania baniek, jak również prace w Ośrodkach Zdrowia oraz w szpitalach.

Sekcja Naukowa Koła Medyków działała od początku istnienia Koła. Miała ona za zadanie stwarzanie szeroko rozumianej pomocy w lepszym rozumieniu czy interpretowaniu wiedzy uzyskiwanej w czasie wykładów i ćwiczeń, ułatwienia ze zbiorowego korzystania z trudno dostępnych wówczas podręczników, czy skryptów z prowadzonych wykładów, czy innych pomocy naukowych, oraz na formowaniu w zakresie studiowanych przedmiotów medycyny poglądów zawodowo-etycznych. W ciągu swojej wieloletniej działalności Sekcja Naukowa zrealizowała wiele inicjatyw. Zapraszała więc profesorów

lub asystentów do wygłaszania na terenie Koła uzupełniających wykładów, demonstracji lub dyskusji. Zakupiono mikroskopy, które razem z preparatami histologicznymi wypożyczano studentom do nauki w domu, organizowano kursy języka francuskiego i niemieckiego. Wydano „Informator o studiach na Wydziale Lekarskim U.W.”. Przyznawano nagrody za bezpłatną pracę w szpitalach oraz nagrody za napisane przez studentów prace naukowe. Opracowano również ankiety w sprawie picia alkoholu i palenia tytoniu, które rozprowadzano wśród studentów dla uzyskania danych dotyczących tej patologii i wykazania szkodliwości z tego wynikających. Dla poszerzenia wiedzy praktycznej i umożliwienia doraźnego zarabiania Sekcja Naukowa organizowała kursy masażu i wykonywania szczepień. Z tych samych powodów organizowano tzw. kursy felczerskie, na których uczono wykonywania różnych zabiegów u chorych pozostających w leczeniu domowym.

Na działalność Sekcji Naukowej Koło Medyków miała duży wpływ Sekcja Wydawnicza, gdyż swoją aktywnością wywierała bezpośredni, korzystny wpływ na wyniki osiągane przez tę Sekcję. W początkach działania polskiego Uniwersytetu Warszawskiego nie było polskich podręczników medycyny, nie było też odpowiednich firm wydawniczych. Z szacunkiem i uznaniem należy oceniać wieloletnią działalność studentów medycyny, działających w Sekcji Wydawniczej, którzy potrafili opracowywać i wydawać podręczniki, skrypty i inne pomoce naukowe. Były one opracowywane w różny sposób. Początkowo powstawały one z notatek studentów z wykładów, które profesorowie korygowali i uzupełniali. Później były one w dużej mierze przygotowywane przez samych wykładowców. Przykładowo wymienię następujące wydawnictwa Sekcji:

„Wykłady kliniczne z chirurgii” prof. Z. Radlińskiego, „Położnictwo” prof. A. Czyżewicza, „Okulistyka” prof. K. Noiszewskiego, „Patologia Ogólna” prof. F. Venuleta, opracowania instruktażowe takie jak „Wzory historii choroby i badań laboratoryjnych” prof. W. Orłowskiego, „Sposób badania chorych na klinice neurologicznej” dr. Z. Kuligowskiego, „Schemat badania chorych” prof. A. Leśniowskiego itd.

Oczywiście, że poza staraniami o uzyskanie odpowiednich materiałów do drukowania skryptów i podręczników były konieczne ciągłe starania o uzyskiwanie na ten cel odpowiednich środków finansowych. Najczęstszymi sponsorami finansowymi w tym zakresie było Ministerstwo Oświaty, Senat Uniwersytetu Warszawskiego oraz dość liczni ofiarodawcy indywidualni.

Sekcja Towarzyska Koła Medyków spełniała ważne zadanie w integracji

członków Koła. Jak już wspomniałem studenci medycyny zwłaszcza w pierwszych latach istnienia Koła Medyków byli bardzo zróżnicowani, wiekowo, obyczajowo, a nawet językowo. Stopniowo te różnice zmniejszały się, ale nigdy nie ustąpiły całkowicie. Dlatego spotykanie się na wspólnej zabawie, czy imprezach artystycznych zbliżało wszystkich do siebie. W wytwarzaniu dobrego nastroju odgrywały dużą rolę nieliczne studentki medycyny oraz powszechnie wówczas panujące wśród Kolegów żarliwość i chęć dobrego współżycia. Odczuwana potrzeba wspólnych zabaw spowodowała, że w r. 1928 Sekcja Towarzyska Koła Medyków uruchomiła, dzięki przychylniej decyzji Towarzystwa Eugenicznego, w jego lokalu, własny lokal rozrywkowy przy ulicy Nowy Świat 1, pod nazwą „Świetlica Muzyczna”. Od tego czasu Sekcja Towarzyska rozwinęła swoją działalność organizując w tym lokalu różne gry (szachy, warcaby), występy artystyczne, wieczory taneczne oraz później już tradycyjne spotkania z okazji „opłatka”, „święconego”, „śledzia” itp. W r. 1932 „Świetlicę” medyków przeniesiono do większego lokalu przy ul. Brackiej 18. W r. 1935 „Świetlicę” medyków przeniesiono do większego lokalu znajdującego się w Dolinie Szwajcarskiej.

W r. 1922 zorganizowano pierwszy reprezentacyjny Bal Medyków, który w następnych latach nabrał znaczenia wydarzenia towarzyskiego. W r. 1924 Koło Medyków zorganizowało po raz pierwszy imprezę estradową pod nazwą „Szopka Medyczna”, powtarzaną później corocznie. Prawdziwym wydarzeniem artystycznym była „Szopka Medyczna” zrealizowana w r. 1931 pod kierownictwem Stefana Wesołowskiego. Wobec prowadzonej przez Koło Medyków budowy Domu Medyków, Sekcja Towarzyska wykorzystuje doskonale walory widowiskowe, wielki dowcip tekstów „Szopki Medycznej”, jak również wspaniałe występy Koleżanek i Kolegów zwłaszcza kol. kol. Stefana Wesołowskiego i Zdzisława Sutorowskiego i urządziła wyjazdy do innych miast uniwersyteckich oraz do uzdrowisk polskich. Chociaż celem tych wyjazdów było uzyskiwanie pieniędzy na budowę Domu Medyków, to niewątpliwym sukcesem był fakt szerzenia się w społeczności świadomości o walorach intelektualnych i osobowościowych studentów medycyny. Sekcja Towarzyska odegrała również ważną rolę w rozwijaniu koleżeńskich przyjaźni. W nastroju zabawy koledzy chętnie zbliżali się do siebie nawiązując przyjacielskie kontakty. Mała liczba studentek medycyny powodowała, że medycy na różne zabawy taneczne zapraszali znajome z innych uczelni, wzbogacając wzajemny zakres zainteresowań. Zabawy u Medyków były w

Warszawie bardzo popularne i dlatego zwiększano liczbę tego rodzaju imprez, jak również różnicowano ich charakter. W r. 1938 Sekcja Towarzyska zorganizowała 30 zabaw tanecznych zarówno pod tradycyjnymi już nazwami jak też pod nowymi hasłami. Był więc Bal Medyków, Fuksówka, Obozówka, Andrzejki jak również Wiosenny Dancing, Kostiumowy Śledź w Operze itp.

Wielokierunkowa i żywa działalność Koła Medyków spowodowała potrzebę jej prezentacji. Zaczęto wydawać ulotki i afisze informujące o obozach letnich i zimowych, o kursach narciarskich, o urządzanych rewiach i przedstawieniach kukielkowych, o zabawach itp. Stworzyło to potrzebę powołania w Kole Medyków **Referatu Prasowego**. Pierwsze wydawnictwo Koła Medyków ukazało się w r. 1924 w formie jednodniówki satyrycznej pod nazwą „Medicus miser”. W r. 1925 ukazało się już czasopismo Koła Medyków w formie miesięcznika pod nazwą „Życie medyczne”. Miesięcznik ten zawierał bogatą treść przedstawiającą różne dziedziny życia studentów medycyny, a zwłaszcza były w nim omawiane sprawy organizacji i przebiegu studiów medycznych. Ze względów finansowych czasopismo to ukazywało się tylko 7 lat. Dzięki jednak dużej aktywności Koła Medyków, a zwłaszcza w związku z dochodami, które pozyskiwano w szerokiej akcji propagandowej na rzecz budowy Domu Medyków powołano w r. 1934 nowe czasopismo Koła Medyków pod tytułem „Wiadomości medyczne”. Intensywna działalność Koła Medyków na rzecz zbierania funduszków na budowę Domu Medyków spowodowała, że w r. 1934 zmieniono nazwę Referatu Prasowego na **Referat Propagandy**. Działalność tej agencji Koła Medyków była informująca i w bardzo dużym stopniu przyczyniła się do realizacji budowy Domu Medyków.

Biblioteka Koła Medyków początkowo zwana „Sklepem” była zawsze przedmiotem dużego zainteresowania zarówno Kierownictwa Koła, jak i jej członków. Bibliotekę Koła Medyków zapoczątkował zbiór książek dawnego Uniwersytetu Warszawskiego z rosyjskim językiem wykładowym, który profesor Edward Loth przekazał do powstałego Koła Medyków. Były to podręczniki w języku rosyjskim o mało przydatnej treści merytorycznej. Z tego względu w pierwszych latach działalności Koła Medyków podejmowano starania o uzyskiwanie książek bardziej dla studentów przydatnych, zarówno nowych jak i używanych. Potrzeba podręczników powodowała w ciągu wielu lat dużą aktywność studentów, którzy prowadzili bibliotekę. Uzyskiwali oni monografie, skrypty i podręczniki bądź jako dary, bądź kupowano je za uzyskane ofiary pieniężne od różnych instytucji, jak również od osób prywat-

nych. Książki nowe biblioteka Koła Medyków otrzymywała z odpowiednimi zniżkami bezpośrednio od wydawców książek lub z księgarni warszawskich, sprzedając je studentom na raty. W miarę rozwoju akcji gromadzenia książek Zarząd Koła zmienił nazwę „Sklep” na „Księgarnię”, a w r. 1935 na „Bibliotekę”. Dzięki życzliwemu stanowisku profesora Grzywo-Dąbrowskiego Biblioteka Koła Medyków została przeniesiona w r. 1927 do Zakładu Medycyny Sądowej znajdującego się naprzeciw „Anatomicum”. Pozwoliło to nie tylko lepiej zagospodarować bibliotekę ale również zorganizować przy bibliotece czytelnię, która była zawsze w pełni wykorzystywana.

Od początku swojej działalności Koło Medyków przywiązywało znaczenie do aktywności fizycznej, czego wyrazem było stworzenie w Kole **Referatu Wychowania Fizycznego**. W ciągu 25-letniej działalności Koła Medyków utrzymywała się stale duża aktywność tego działu Koła Medyków. Uprawiano gry zespołowe (siatkówka, piłka nożna, tenis, ping-pong), prowadzono zajęcia gimnastyczne, szermierkę, organizowano kursy pływackie, strzeleckie i jazdy konnej. Referat Wychowania Fizycznego Koła Medyków miał własny kort tenisowy, oraz boisko do siatkówki. Gdy na korcie tenisowym zaczęto w r. 1932 budować Dom Medyków nawiązano kontakty z Y.M.C.A. gdzie korzystano z nowych, dobrze rozbudowanych kortów, boiska, pływalni i sali gimnastycznej. Do wychowania fizycznego dopingowały organizowane zawody wewnętrzne Koła oraz zawody międzyczelniane, które często urządzał Referat Wychowania Fizycznego Koła Medyków. Duże znaczenie dla propagowania aktywności fizycznej miały obozy narciarskie w Kirach, Murzasichle oraz obozy letnie w Cetniewie nad morzem. Wielkim powodzeniem cieszyły się organizowane z Zakopanem przez Koło Medyków w r. 1938 5-dniowe rajdy narciarskie.

Od początku działania Koła Medyków sprawa pomieszczeń lokalowych odgrywała dużą rolę. Uzyskanie pomieszczeń w gmachu Anatomicum stworzyło Zarządowi Koła Medyków możliwości działania organizacyjnego. Powstała natomiast nie rozwiązana sprawa mieszkań dla studentów a zwłaszcza dla studentek medycyny. O ile bowiem młodzi studenci mogli znajdować jakieś możliwości mieszkania zbiorowego, w pomieszczeniach o różnych układach lokalowych, to nieliczne stosunkowo medyczki nie mogły w takich warunkach mieszkać. Sprawa potrzeb mieszkaniowych członków Koła Medyków była więc od początku ważnym problemem każdego zarządu Koła. Z tych względów zarząd Koła kadencji Wilhelma Borkowskiego (1923-1924)

powołał do działania **Referat Budowy Domu Medyków**. Celem tej nowej jednostki organizacyjnej Koła Medyków miało być gromadzenie funduszków na budowę domu dla studentów i studentek medycznych. Wobec planowanej przez Centralę Akademicką Bratnich Pomocy budowy domów akademickich w rejonie placu Narutowicza Zarząd Koła Medyków zawarł w r. 1924 umowę z tą Centralą o współpracy na rzecz budowy „Domu Medyków” przy ulicy Akademickiej. Gdy jednak Koło Medyków w r. 1930 przekształciło się z Koła Naukowego na Stowarzyszenie Samopomocowe, powstała idea aby wybudować własny Dom Medyków, który zaspokajałby potrzeby członków Koła Medyków oraz zapewniałby mieszkania dla studentek medycyny. Społeczeństwo warszawskie oraz władze państwowe i miejskie pozytywnie odpowiedziały na apel Koła Medyków i odpowiednimi decyzjami oraz licznymi ofiarami finansowymi bardzo wspomagały budowę Domu Medyków. Decyzja ta jednocześnie pobudziła członków Koła Medyków do wielkiej aktywności na rzecz gromadzenia funduszków własną działalnością. Urządzano w tym celu różne imprezy rozrywkowe, estradowe i sportowe. Działalność ta jednocześnie ujawniła wielkie zdolności twórcze i artystyczne medyków przysparzając im szacunek i sympatie społeczności warszawskiej. Na lokalizację Domu Medyków władze oddały działkę znajdującą się przy ul. Oczki, na której Koło Medyków utrzymywało dotychczas kort letniskowy, oraz boisko do siatkówki. Projekt Domu Medyków opracował inż. architekt Stanisław Odyniec-Dobrowolski. Budowę Domu rozpoczęto w r. 1930. Za zgodą władz uniwersyteckich powstał Komitet Wykonawczy Budowy Domu Medyków w składzie: prof. Bronisław Koskowski jako przewodniczący oraz studenci medycyny: Jakub Chrzanowski, Hanna Rozenówna, Ryszard Petzel, Marian Pertkiewicz i Henryk Czuperski.

Uchwałą Walnego Zebrania Koła Medyków został nałożony na każdego członka Koła Medyków obowiązek 8-godzinnej pracy przy budowie Domu Medyków. Jak zwykle w takich warunkach było wielu kolegów, którzy fizycznie pracowali na tej budowie w znacznie większej ilości czasu.

W końcowej fazie budowy Domu Medyków, wobec trudności finansowych, Koło Medyków musiało zrzec się prawa własności nad budowanym budynkiem, na rzecz Uniwersytetu Warszawskiego. Administrację wybudowanego budynku przejęło kuratorium złożone z profesorów uniwersytetu, którego przewodniczącym był dziekan Wydziału Lekarskiego.

Budowę Domu Medyków ukończono w czasie kadencji Zarządu Koła pod

przewodnictwem kolegi Mariana Pertkiewicza (1935-1936). Uroczyste otwarcie „Domu Medyków” nastąpiło 22 lutego 1936 roku. Kolega Pertkiewicz uroczystości tej nadał duże znaczenie zapraszając do tej oficjalnej ceremonii wszystkich przedstawicieli Rządu, Miasta i Kościoła. Kol. Marian Pertkiewicz w funkcjonowaniu Domu Medyków widział nie tylko miejsce wzajemnej pomocy, ale również to, że „powstanie ognisko, w którym wychowują się i z którego wyjdą młode pokolenia lekarskie, zorganizowane, świadome swych celów i obowiązków w pracy zawodowej. Należy przeto wierzyć, że Dom Medyków, jako wysiłek XX-letniej pracy, wychowa społeczeństwu zdrowych, pełnowartościowych obywateli – lekarzy”. Takie były myśli i tego oczekiwali nasi koledzy, którzy dom ten z wielkim trudem zbudowali.

Wybudowany Dom Medyków był przystosowany do następujących funkcji:

Suteryna: stolówka wraz z kuchnią, szatnia, umywalnie, pomieszczenie na fryzjernię.

Parter: duża szatnia, pokoje przeznaczone do pracy jednostkom organizacyjnym Zarządu Koła Medyków, Księgarnia.

I piętro: Głównym pomieszczeniem na tym piętrze była duża sala przeznaczona do nauki. Na sali tej ustawionych było 80 małych stolików, przy których można było czytać i pisać oraz 18 stolików na których ustawione były mikroskopy do studiowania preparatów histologicznych. Na tej głównej sali Domu Medyków odbywały się okresowe zebrania członków Koła Medyków, jak również organizowane wykłady i seminaria. W dniu przedświąteczne i w niedziele sala ta spełniała rolę świetlicy Koła Medyków. Znajdująca się w tej sali scena (estrada) umożliwiała urządzanie przedstawień, koncertów oraz występów artystycznych. Na piętrze tym znajdowała się również biblioteka, czytelnia czasopism oraz wypożyczalnia pomocy naukowych.

II piętro: Duży pokój na tym piętrze przeznaczony był na spotkania koleżeńskie. W małych grupach prowadzono przyjacielskie, pogodne rozmowy, bądź spędzano czas na słuchaniu muzyki radiowej lub patefonowej. Część kolegów i koleżanek brała udział w różnych formach gier (bilard, szachy, warcaby, ping-pong). Na piętrze tym znajdowały się pokoje mieszkalne dla kolegów pełniących stałe dyżury w różnych agendach Koła Medyków.

Jak wynika z dokonanego przeze mnie przeglądu aktywności i osiągnięć Koła Medyków U.W., efekty działalności tego Koła miały duże znaczenie dla warunków życia i nauki jego członków. W aktywności Koła nie pominięto sprawy kontaktów z medycyną i z kolegami krajów sąsiadujących z Polską.

Naśladować działalność Wszechsłowaniańskiego Związku Lekarzy powstała myśl powołania podobnej organizacji studentów medycyny. Po porozumieniu się z kolegami czeskimi odbył się w r. 1928 w Pradze, równocześnie ze Zjazdem Wszechsłowaniańskiego Związku Lekarzy, zjazd założycielski Wszechsłowaniańskiego Związku Medyków, w którym również wzięli udział przedstawiciele organizacji studentów medycyny Jugosławii. Celem tej nowej organizacji mało być zbliżenie studentów medycyny krajów słowiańskich, poznawanie programów studiów medycznych jak również charakteru pracy i organizacji stowarzyszeń studentów medycyny: wreszcie wzajemne zbliżenie się i poznawanie kultury i języków krajów słowiańskich. Praktycznym wyrazem tego były organizowane wymienne, zagraniczne praktyki wakacyjne. Od tego czasu rozpoczęła się bliska współpraca nie tylko krajów słowiańskich, ale również krajów sąsiadujących ze sobą takich jak Rumunia, Węgry, Grecja, Łotwa, Estonia, Finlandia. Współpraca ta polegała na organizowaniu wspólnych okresowych zjazdów oraz organizowaniu wymiennych praktyk wakacyjnych. Corocznie kilkudziesięciu polskich studentów medycyny wyjeżdżało za granicę na praktykę i taka sama liczba studentów medycyny z różnych krajów przyjeżdżała do Polski. Miało to bardzo duży wpływ na wzajemne poznanie się i zbliżenie. Wszyscy koledzy i koleżanki, którzy odbyli praktyki wakacyjne w Czechach, Jugosławii, Węgrzech itd. do dziś serdecznie wspominają ten okres, stając się sympatykiem nie tylko naszych kolegów gospodarzy, ale i całego społeczeństwa, w którym praktyki wakacyjne odbywały się.

Refleksje

Koło Medyków Uniwersytetu Warszawskiego odgrywało znaczącą rolę w życiu akademickim Warszawy. Wyrazem tego były starania studentów innych uczelni brania udziału zarówno w wieczorkach tanecznych prowadzonych regularnie przez Koło Medyków, w imprezach artystycznych Koła Medyków, wśród których dużym powodzeniem cieszyły się tak zwane „Szopki medyczne”, jak również w obozach letnich i zimowych, organizowanych przez Koło Medyków nad morzem i w górach. Dużym uznaniem środowiska młodzieżowego Warszawy, cieszyła się akcja Koła Medyków na rzecz budowy Domu Medyków oraz celom, dla których Dom ten był budowany.

Wspominając swoją młodzieńczą działalność w Kole Medyków zdaję sobie obecnie sprawę jak wiele praca ta dała mi doświadczeń i jak wiele w dojrzałym życiu zawodowym mogłem z nich korzystać. Z przyjemnością mogę też

stwierdzić, że spośród kolegów pracujących w Kole Medyków wielu z nich wyróżniało się w swojej późniejszej działalności lekarskiej wykazując szerokie zainteresowania i umiejętności w rozwijaniu problemów zawodowych i społecznych, osiągając wysokie stanowisko zarówno w pracy lekarskiej jak i w działalności akademickiej. Praca w Kole Medyków była doskonałą szkołą życia zbiorowego w ogóle, a życia akademickiego w szczególności. Nauczyliśmy się nie tylko zasad i form demokratycznych życia organizacyjnego, ale również praca ta dawała szanse ujawnienia się koleżanek i kolegów, którzy mieli szczególnie dar do przewodnictwa w pracy i tworzenie nowych idei lub kierunków działania. Przeglądając listę kolegów i koleżanek pracujących w Kole Medyków sprzed kilkudziesięciu lat widać jak wielu z nich zajęło wybitne pozycje w naszym zawodzie, stając się powszechnie znanymi postaciami.

Koło Medyków będąc samodzielną jednostką studencką, nigdy nie było pozbawione bliskiej, życzliwej i pełnej zaangażowania współpracy ze strony Senatu Uniwersytetu Warszawskiego oraz Wydziału Lekarskiego tego Uniwersytetu. Rektor Uniwersytetu oraz dziekan Wydziału Lekarskiego byli zawsze obecni na odpowiednich zebraniach władz Koła, lub oficjalnych zebraniach członków Koła Medyków. Stałym i bliskim partnerem Koła Medyków był Opiekun Koła Medyków wyznaczony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu. Autorytet tych Opiekunów, ich doświadczenie życiowe oraz ich bardzo życzliwa i serdeczna współpraca powodowała z jednej strony poprawne decyzje władz Koła Medyków, z drugiej zaś strony była wzorem do poważnego i skutecznego działania. Samodzielność w podejmowaniu różnych decyzji wynikających z działalności Koła Medyków towarzyszyła stale opinia profesorów uniwersytetu, a zwłaszcza ze strony stale współpracującego z Kołem profesora, pełniącego funkcję Opiekuna Koła Medyków. Utrzymana była w ten sposób stała więź między studentami, a ich nauczycielami akademickimi. Spełniano w ten sposób podstawowe zadanie uczelni, która ucząc wiedzy medycznej jednocześnie formuje osobowość przyszłego lekarza. Zadanie to nabiera dużego znaczenia obecnie, wobec faktu, że lekarz współczesny ma być lekarzem humanistą, interesujący się przede wszystkim ochroną zdrowia człowieka w jego środowisku życia, a nie tylko być lekarzem pojawiających się chorób narządowych a więc uprawiającym tylko medycynę somatyczną.

Ludzi i nastrój tamtych czasów przekazują ryciny: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. (str.55-58)

Piśmiennictwo**1. Życie Medyczne**

Wydawca czasopisma: Koło Medyków U.W.; od 1929 roku Ogólnopolskiego Związku Akademickich Towarzystw Medycznych.

Redaktorzy: Cz. Hoppe, Fr. Szummer, J. Rutkiewicz

Redakcja: Koło Medyków, Warszawa, ul. Chałubińskiego 5

Okres wydawania miesięcznika: 1925-1932

2. XV-lecie Koła Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Jednodniówka Koła Medyków

Wydawca: Koło Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Warszawa 1931

3. Wiadomości Medyczne

Wydawca czasopisma: Koło Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Warszawa, ul. Chałubińskiego 5

Redaktorzy: H. Prochacki (1935 r.), T. Zając (1938 r.)

Rok powstania miesięcznika: 1935

4. XX lat pracy (1915-1935) Koła Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Wydawnictwo jubileuszowe

Wydawca: Koło Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Warszawa 1935

Redaktor: Marian Pertkiewicz

5. Obozy wędrowne na kresach wschodnich

Wydawnictwo jednorazowe

Wydawca: Koło Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Warszawa 1938

6. Sprawozdanie Zarządu Koła Medyków S.S.S.U.W.J.P. za rok kalendarzowy 1938

Wydawnictwo jednorazowe

Wydawca: Koło Medyków S.S.S.U.W.J.P.

Warszawa 1939

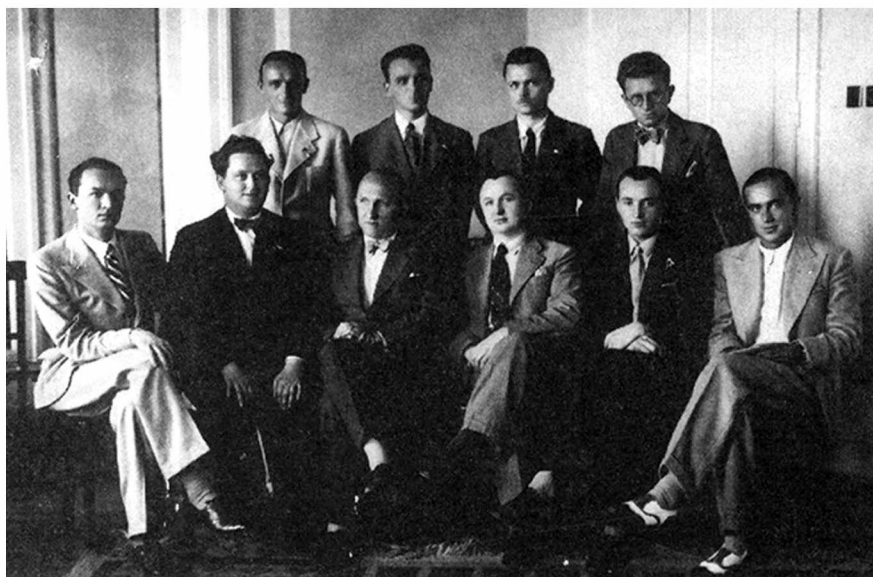
7. Edward Rużyłło – Człowiek, rozwój wiedzy, złożoność życia, choroba, lekarz. Jak kształtować przyszłego lekarza?

Wydawca: Uniwersytet Warszawski – Centrum Uniwersalizmu

Warszawa 1993

8. Edward Rużyłło – Merytoryczna i metodyczna złożoność przewlekłego procesu kształcenia przyszłego lekarza.

Postępy Nauk Medycznych, tom VI, nr 5, str. 189-194, 1993



Ryc. 2. Zarząd Koła Medyków U.W. kadencji 1933/34.
Siedzą od lewej: Edward Dreszer, Ryszard Petzel, N.N., N.N., Edward Rużyłło, Wiesław Normark.
Stoją od lewej: Franciszek Śmigielski, Eugeniusz Kodejszko, Chrzczonowicz, Stefan Wesołowski.

Ryc. 3. Studenci medycyny 1. roku studentów U.W. na spacerze w Parku Skaryszewskim (21.02.1930).
Siedzi na górze: Zbigniew Puchalski, niżej skośnie Longin Pajewski i Pelagia Wojciechowska, stoi na poręczy Edward Rużyłło, skośnie Alina Zawadzka, Jerzy Terlecki, stoi na podłodze Stanisław Pawłowski.



Ryc. 4. Grupa taneczna Koła Medyków U.W. na Zjeździe Studentów Medycyny Krajów Słowiańskich, Belgrad, 1934 r. Stoją od lewej: Zofia Burno, Ryszard Petzel, Eugeniusz Kodejszko, Halina Hanczke, Zdzisław Sutorowski, Edward Rużyłło, Alina Zawadzka, Stefan Wesołowski.

Ryc. 5. Na obozie narciarskim Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego, w Kościelisku, kwiecień 1935 r. Stoją od prawej: Edward Rużyłło, reszta N.N.





Ryc. 6. Studenci Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego na wycieczce w Belgradzie, 23.08.1933 r.

Ryc. 7. Fotografia zbiorowa studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1929-1935) zrobiona w dniu otrzymania absolutorium.





Ryc. 8. Zjazd Koleżeńcki (1929-1935) z okazji 35-lecia uzyskania dyplomu lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim. Warszawa, 24.05.1970 r. Licząc od strony lewej: Siedzą: H. Słomczyńska, Alina Rużyłło, Maria Wecka, Halina Hanczke, Irena Cichocka, R. Askanasowa, N.N., Mazurkiewicz, L. Karceńska, J. Krasuska, Stoją: rząd I: Longin Papjewski, Antoni Kostarczyk, A. Helbich, P. Mazurek, Wacław Małuj, Józef Czarkowski, Antoni Kominek, Edward Rużyłło, Słowikowski, Maria Biehler, J. Przygodzki, Czesław Kostrzewski, Ireneusz Roszkowski.

Barbara Zaorska

„Umieram życiem” czyli o stanie zdrowia Zygmunta Krasińskiego.

*„Rozpacznie mi, grobowo, samobójczo, źle mi”
(z listu do J. Lubomirskiego)*

Prefektura Departamentu Sekwany okręgu I Paryża wystawiła Zygmuntowi Krasińskiemu następujący akt zejścia: „Działo się to 24 lutego 1859 r. o kwadrans na dwunastą przed południem. Akt zejścia Napoleona Stanisława Adama Feliksa Zygmunta Krasińskiego, hrabiego na Krasnem, Dziedzica mającego lat 47, urodzonego baronem Cesarstwa, zaślubionego z hrabianką Elżbietą Branicką, obywatelką lat 39 liczącą, syna Wincentego Korwin Krasińskiego, Hrabiego na Krasnem, i Marii Urszuli z książąt Radziwiłłów żony jego, obojga już nie żyjących. Rzeczonemu zmarłemu urodził się w Paryżu i tamże umarł w zamieszkanu swoim przy ul. de Penthievre pod liczbą 22, wczoraj o wpół do 12 wieczorem.”

Zygmunt Krasiński urodził się w Paryżu 19 lutego 1812 r., gdy jego ojciec, generał dywizji polskich szwoleżerów, wyruszył z Napoleonem na podbój Europy.

W przeciwieństwie do innych poetów Zygmunt pozostawił wiele danych na temat stanu swego zdrowia i związanych z nim dolegliwości. Opisywał je drobniaczkowo najpierw w listach do ojca, jak też i w listach miłosnych zarówno do p. Joanny Bobrowej jak i p. Delfiny Potockiej w latach 1839-1843, i do innych przyjaciół.

W liście do swego przyjaciela, również poety H. Reeve’a, chyba najlapi-darniej ujął specyfikę swej choroby: „Bo ja, Henryku, jestem chory na ciele i duszy.”

Ktoś powiedział o nim: „wy myślicie, że on cierpiał za miliony, a on tymczasem siedział skulony w fotelu i biadał nad swoim zdrowiem”.

Obfitość skarg, na które w prawie każdym liście znajdował miejsce bez względu na ich zasadniczą treść i na osobę adresata, ich niewspółmierność z ciężkością choroby, drobniaczowość w opisywaniu przejawów chorobowych,

poszukiwanie ciągle leków i lekarzy, porady listowne – wszystko to wskazuje, że w Krasińskim obok naprawdę wielkiego człowieka i myśliciela, żył również wielki neurastenik i hipochondryk. Hipochondria jego przybierała niekiedy wręcz formę groteskową, bo nawet najgorętszy jego wielbiciel uśmiechnie się nad nim wysyłającym ukochaną niegdyś „Beatrycze” po pasy przepuklinowe do Paryża, których noszenie mu zalecano.

Oprócz cierpień psychicznych dolegliwości fizyczne gnębiły go nieustannie dotykając coraz to innych narządów ciała, a ich interpretacja nie dawała stałego obrazu, zmieniała się, a nawet przeczyła sobie. Poeta traktował i rozpoznawał całe swoje życie jako chorobę, a sam fakt istnienia za zjawisko chorobogenne.

Patogeneza jego choroby ciągnącej się od dzieciństwa była prawie do końca życia niewyjaśniona: opisywane przez niego dolegliwości są czysto subiektywne. Oprócz skarg na dolegliwości w jego listach znalazło się też miejsce na najpiękniejsze myśli, pełne głębokiej mądrości.

Początkowo nie żywił on zaufania do lekarzy i wyjątkowo zasięgał ich porad: miał ulubionego lekarza dr Cheliusa w Heidelbergu, który leczył jeszcze jego ojca, a on sam pozostawał pod jego opieką przez 15 lat. Lekarz ten upatrywał przyczyny jego cierpień w „namiętnych podrzutach” ducha czyli w nienormalnej pracy umysłowej.

Choroba ta obejmująca raz po raz to oczy, to znów mózg, odejmująca mu władzę w nogach, jak się wydaje nie ma raczej nic wspólnego z chorobą organiczną, a w relacjach o niej można znaleźć typowe objawy nerwicy.

Oto opis prawie podręcznikowy jednego z takich ataków: „Chodzić wcale nie mogę” – spowiada się przyjacielowi. „Skoro chcę – zawrót i nogi skielzem suwają się po ziemi. Czuję jak w mózgu przez kość pacierzową aż do stóp niemoc promienisto spływa... Najlepsza myśl jest gromem mi w tę pajęczynę, w którą wyrobił się systemat nerwowy mózgu mojego”. Najsilniejszy wyraz znalazły objawy nerwicowe w napadzie w r. 1851, kiedy to Poeta podczas badania kręgosłupa przez Cheliusa po „dotknięciu najlżejszym” upadł na ziemię i dostał „machania rękami i nogami, ryczał, płakał i podrzucał się z kwadrans jak u trupów zgalwanizowanych” – dodaje w liście do Cieszkowskiego, w którym opisywał powtarzające się napady hysterii.

Chyba zdawał sobie sprawę, że w jego przypadku leczenia nie będzie proste. „Ja i matka byliśmy tylko smutkami dla Papy. Jej losy ciągną się we mnie – pisał do ojca w 1835 r.”

Z pewnością odziedziczył usposobienie po matce, do której ojciec pisał w listach, „aby nie poddawała się egzaltacji i hypochondrii”. To po niej, zmarłej na suchoty, odziedziczył Zygmunt organizm delikatny, nerwowy, przeczułony, skłonność do melancholii, urojeń i przewidzeń. Ale także serce najlepsze, umysł lotny i dowcip niepospolity.

Jej największym pragnieniem było „by syn wyrósł na dobrego chrześcijanina i Polaka”. Już dzieckiem będąc Zygmunt zapowiadał niezwykle zdolności. Mając 8 lat pisywał listy do matki i ojca po francusku, a kształceniem w domu w języku polskim zajął się sam Józef Korzeniowski, a potem Piotr Chlebowski. Edukacja domowa była bardzo intensywna (zbyt intensywna), ale dzięki zdolnościom potrafił sprostać stawianym mu wymaganiom.

Po śmierci matki ojciec wiele czasu poświęcał synowi, a chłopiec widział w nim ideał wcielony rycerza i obywatela polskiego. Potem uczęszczał do ostatniej klasy liceum Lindego (mieściło się w pałacu Krasińskich w Warszawie). Po jego skończeniu wstąpił na Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Położenie jego skomplikowały zajęcia uniwersyteckie w r. 1829. Został wówczas znieważony przez swych kolegów za brak patriotyzmu (zdarto mu odznaki uniwersyteckie, których okazał się niegodny), a następnie został z niego relegowany na rok.

Ojciec wysłał go wówczas na dalsze studia do Genewy, skąd Zygmunt pisał: *Moje dni pędzę wśród kałamarza, pióra, historii polskiej i powszechnej, dzieł angielskich i „Zawiszy”, (którego wówczas pisał). Wraz z Mickiewiczem i Odyńcem odbył podróż do Szwajcarii. „Mickiewicz wydał mi się ideałem człowieka uczonego i geniusza”* – relacjonował ojcu swoje wrażenia.

Wcześniej zaczął oddychać literaturą i marzyć o sławie pisarskiej. W Szwajcarii po raz pierwszy narzekał na bóle stawów nazywając je reumatyzmem; będą się wielokrotnie powtarzać w latach późniejszych.

Ojciec Zygmunta, Jen. W. Krasiński, chcąc go odsunąć od wpływów z Paryża, gdzie wybuchła właśnie rewolucja lipcowa, polecił mu wyjechać do Włoch. Udał się wówczas do Rzymu, gdzie „po kilkudniowej podróży w czasie słoty bóle reumatyczne znów dokuczają w nodze i ramieniu”.

„Ból wściekły wlaź mi w kolano” donosi najbliższymi nieco później. Również od r. 1830 z okresu pobytu w Szwajcarii datuje się choroba jego oczu, którą leczył u okulistów wiedeńskich i pisał stamtąd, „że siedzi w zaciemnionym pokoju otoczony lekami i pełen denerwujących obaw o stan swego wzroku”.

15 lub 16 grudnia 1830 r. będąc w Rzymie dowiedział się o wybuchu Powstania w Polsce. „Jutrzenka wschodzi” zanotował. Ojciec jego, który świadomie pomniejszał znaczenie wybuchu Powstania pisał: „rewolucja wybuchła w Warszawie przez 5 akademików, 4 podchorążych zaczęta i 3 poetów jak i oficerów tyluż”. Z takiego początku źle wróżył o całości i powodzeniu walki, a nie chcąc służyć Rewolucji podał się do dymisji.

Zygmunt błaga listownie ojca, by mógł powrócić do kraju. Pisze: „Wszyscy moi przodkowie bili się za Polskę. Dlaczegoż mnie jednemu dostało się patrzeć na walkę i nie móżdż (!) bić się” – dorzuca zarazem – „jest w każdym człowieku coś więcej nad życie i szczęście, a to Polsce się należy”.

Powstanie postawiło ojca Zygmunta przed 2 ewentualnościami: albo połączyć się z ruchem rewolucyjnym i odzyskać szacunek narodu zdobyty w wojnach napoleońskich, albo pójść drogą służalstwa wobec rządu rosyjskiego. Jen. Krasieński wybrał tę drugą drogę: staje na czele pułku strzelców konnych i na polecenie ks. Konstantego szarżuje powstańców! W Warszawie o mały włos nie zapłacił za to życiem – ocalenie zawdzięczał jedynie Chłopickiemu, który wyprowadził go z tłumu. Musiał potem złożyć przysięgę, „że krew swoją przeleje za ojczyznę – przysięgę nieszczerą i trudno ukryć, nikczemnie niedotrzymaną”.

Dla Zygmunta była to klęska podwójna: rodzinna i narodowa. „Doprowadziła go nad samą przepaść rozpacz i zwątpienia... pozbawiła go młodości”; z tej strasznej próby wyjdzie jednak zwycięsko moralnie. „Ale zwycięstwo moralne trzeba okupić kosztem sił fizycznych. Starzeje się przedwcześnie, a nie obdarzony organizmem krzepkim, po matce odziedziczyszy szczupły zasób energii fizycznej dojrzeje w nieszczęściu, jak roślina w cieplarni, zakwitnie rychło, zaowocuje wcześniej, ale za to pochyli znużoną głowę w latach zaledwie męskich”.

„Dzisiaj bym życie moje oddał, bylebym (ojca) mógł widzieć gdzieindziej i raz jeszcze przed skoniem uściskać. Jednak niech Papa się zmiłuje. Czyż nie jest obowiązkiem moim być tam i czynić jak inni czynią. Papa wie jak go kocham (...) wszystko poświęcić mu potrafię, ale nie jechać do Polski, nie bić się za Polskę to mi éwiartuje duszę”, suplikował ojca dodając „Gdybym miał sposoby nie wiem czy bym pomimo jego woli nie przyjechał do Warszawy. Będzie powtarzał zawsze, iż „to uczucia obowiązku i bojaźni tak mnie nękają, iż czasem od zmysłów odchodzę”.

„Zarówno Mickiewicz jak i Krasieński będą przez całe życie żałować,

że w r. 1831 nie widzieli sztandarów polskich (...) nie zaczerpnęli pełną pierśią powietrza wolności. A trzeci z nich Słowacki kryć będzie żal swój w głębi serca za ten krok nierozważny, za wyjazd z Warszawy przed wybuchem Powstania. Po latach wyzna: „Godności nie mam, przed męką uciekłem”.

Z Wiednia Zygmunt pisał: „w ciemnym pokoju, sam jeden otoczony lekami mam czas rozmyślać nad przeszłością i przyszłością, mam czas rozpamiętywać, żem się za Polskę nie bił. Nie wiem, co ze mną będzie: oczy zagrożone ślepotą, całe ciało rozstrojone, może niedługo pójde tam, gdzie tyłu poszło bez sławy, bez miłości i żalu ludzi, bom nic nie zrobił, bom żył na świecie jak kawałek deski, co płynie po morzu aż wreszcie zniknie i pójdzie na dno”.

Innym razem donosił, „że przepisywanie dzieła o Napoleonie źle mu poszło, bo oczy nie dopisały”. Znów skarży się na ból w oczach i skroniach i na to, że czaszka jest przepełniona krwią w tylnej części (r. 1844). Ten ból w oczach towarzyszy mu często i wszędzie. Bawiąc w Nicei (r. 1847) doznał silnego bólu w prawym oku tym razem ze łzawieniem. Towarzyszyła temu zmiana charakteru pisma, które stało się duże i bezładne, a ponadto wodząc piórem po papierze musiał trzymać głowę prostopadle. Pewnego dnia dostał bólu w źrenicy (sic!) stwierdzając jednocześnie, „że oczy jego nie znoszą blasku światła”.

Z tych dziwnych opisów trudno wysnuć jednoznaczne wnioski. Odnosi się jednak wrażenie, iż opisywane przez niego dolegliwości były raczej natury funkcjonalnej niż organicznej. Warto zaznaczyć, że skargi te pojawiały się też w okresach intensywnej twórczości, np. w czasie pisania „Irydiona”. Skądinąd wiemy, że w czasie swych podróży zwiedzał zabytki, szkicował, malował, czyli, że nie musiało być z jego wzrokiem tak źle. Poeta pragnął działania, równocześnie szamotał się w próżni bez wyjścia. W odpowiedzi na list swego przyjaciela Reeve’*sa*, który zawiadamiał Zygmunta, że jego ojciec ma złożyć carowi raport o Królestwie Polskim, pisze „Wszystko dla mnie stracone: imię, sława, ojciec, ojczyzna”, a w następnym marzy mu się, że „wróci do kraju o kiju pielgrzyma nieznany, aby raz jeszcze ujrzeć ziemię, na której wznosi się mogiła jego matki, lecz gdzie nigdzie nie wzniesie się mogiła ojca”. Ciężko przeżył upadek Powstania, w którym nie brał udziału mimo deklaracji: „wszystko dla niej, dla tej ziemi i szabla moja i lutnia i wszystko aż do ostatniego tchnienia”. Wyobrażał sobie, że po powrocie do kraju czeka go straszliwa śmierć na Sybirze lub w więzieniu.

W r. 1832 stan oczu Poety pogorszył się. Lekarz sądził, że nie była to

choroba organiczna, ale poprostu nadmierne utrudzenie wzroku wśród szalonej pracy (r. 1831). Zakazał mu więc czytać i pisać, natomiast wiele chodzić i bywać w towarzystwie, co było dla Zygmunta prawdziwą męką, bo salonowego próżniactwa nie cierpiał.

W Wiedniu zdrowie Zygmunta coraz się rozstrajało: „nerwy moje grają wciąż jak struny i przyjdzie do tego, że same fałszywe akorda wydawać będą”. Odbiło się to niekorzystnie na jego twórczości. „Piszę jeszcze czasem, ale nie z taką wiarą jak dawniej: gdzie się podziały wszystkie moje wiary, zapytuje sam siebie?” I wreszcie nadeszło ojcowe odwołanie Zygmunta do Polski.

Wracając na żądanie ojca do kraju (dopiero w r. 1832) zwierza się „ja idę pracować około wspólnego dzieła nie na otworzystych polach, gdzie chwała czeka, ale pośród ciemności, gdzie kajdany czekają”. Z Wenecji żali się Gaszyńskiemu: „Wciąż jestem słaby, z oczyma coraz kiepskiej, wczoraj krew w wieczór puszczałem, bo mi tak biła od mózgu, że kazała lękać się apopleksji” (list z 26 VI 1832 r.).

Uderzenia krwi do głowy w tym okresie możnaby tłumaczyć nadciśnieniem tętniczym, dla przyjęcia którego brak danych wśród licznych skarg Poety. A młody wiek, brak innych objawów wskazujących na schorzenie nerek czy serca przemawiają przeciwko dopatrywaniu się jej przyczyny w miażdżycy.

„Cierpienia moralne zupełnie ciało moje rozstroiły. Gdybym z wami kampanię odbył byłbym zdrów jak ryba”. W czerwcu tegoż roku przybył znów do Wiednia, gdzie leczył go słynny okulista Jaeger. „Cały dzień siedzę w pokoju na pół ciemnym, jeno wieczorem w karecie wyjeżdżam na przechadzkę, nie mogę ani czytać ani pisać. Zgoła muszę siedzieć z założonymi rękami i próżnować. Ta choroba nauczy mnie myśleć, dawniej tylko marzyć umiałem”.

15 sierpnia 1832 powraca do Opinogóry zupełnie chory, ból oczu starano się złagodzić pijawkami. Później, tak jak sobie tego życzył ojciec, wyjechał z nim do Petersburga, by zostać przedstawionym carowi Mikołajowi. „Zestarałem się w boleści, bo w utrapieniach często powtarzanych więcej jest starości niż w latach wielu”. Lekarze petersburscy u których też zasięgnął rad orzekli, że oślepnie. Pisze: „Ja tak młody mogący zdziałać coś jeszcze na świecie (...) wątpię, abym miał siłę żyć ślepy”. To rokowanie wpędziło go w długotrwały nastrój pesymistyczny.

Przyjacielowi Adamowi Sołtanowi zwierzał się, że do niczego nie jest zdolny, bo „przeklęte oczy nie pozwolą mu żyć na zewnątrz, a tylko na

wewnątrz”: Oślepy spędził prawie 5 miesięcy w Petersburgu. Po czym za zgodą cesarza, wyjechał znów na kurację oczu za granicę.

Tylko listy są do dziś jedynym źródłem informacji o jego rozlicznych doświadczeniach zawodowych, nawet rozpoznania stawiane przez lekarzy, którzy go konsultowali, znamy tylko z jego przekazów. „Chelius mnie dziś na wszystkie strony opatrywał, dotykał, macał i (znalazł) ślad, że się cyrkulacja najgorzej odbywa, że zaś do tego i liszaje były, więc zalecał mi picie wody z Kissingen naprzód, a potem na kąpeli 15 lub 20 do Akwizgranu i popijanie lekkie siarką – oto masz narady rezultat (1847). Chelius dziwił się powolności pulsu mego porównując ją z dawną namiętą śpieszną. Mówił, że niegdyś bał się co chwila o mnie, bym od krwi nie upadł z ucisku mózgowego, lecz że teraz l'ordre regne dans mes veines, czyli że już po życiu mojem”. A ponadto lekarz ten stwierdził obrzmienie wątroby. Dowiadujemy się, że cierpi też na szum w uszach, „Nie mogę zabrać się do niczego z tym szumem piekielnym w uszach”. W 2 dni potem „Na prawe ucho nic prawie nie słyszę. Zegarek, gdy doń go przystawiam, zawsze stoi, gdy do lewego, znów idzie”. Kurcze też serca i zawroty mózgu ciągłe, ale congestii nie ma (...) Tak się osłabiony czuję aż ręce opadają. Życie się staje obmierzłością, to wszystko kosztuje, wszystko idzie nie gładko i gracko i płynnie i z płatką. Muskudy i kości nóg się buntują, gdy chodzisz, muskudy i nerwy rąk, gdy piszesz”.

Kilkakrotnie chorował na grypę, przebiegającą z podwyższeniem temperatury, z bólami głowy i męczącym kaszlem oraz „gniecieniem w sercu”. Grypę przechorował również w Wiedniu, choć nie trwała ona długo, ale jak pisał, osłabiła go ona, wg jego oceny, na 5 miesięcy.

Rok 1835 zaczynał się też nie pod najlepszymi auspicjami. „Do dawniejszych cierpień przyłączyła się jeszcze przepuklina brzuszna, która zmuszała mnie do ostrożności w ruchach, a źle oddziaływała na organizm wymagający ruchu”.

Z Florencji płyną nowe skargi na coraz gorszy stan wzroku, Danielewicz „prowadzi mnie na ulicę za ramię, bo oczy mam zamknięte, tylko wieczorem mogę patrzeć”. A jednocześnie pisze „Słabym znowu – dobrze mi z tym. Lepiej być słabym niż zdrowym. Kaszel wszechmocny ima piersi, trzęsie. Ledwo mi ócz nie wyrywa z głowy”.

Szukając wszędzie wyjaśnień swego nieszczęsnego położenia Zygmunt, którego przyjaciele posądzają często o choroby z „niezdrowej” wyobraźni, sam otwarcie zastanawia się na trafnością ich uwag, pytając siebie, czy kolejne

napady choroby nie są wynikiem imaginacji. Jeśli nawet uznaje duchową genezę swych chorób, odrzuca jej urojeniowy charakter, a tym samym nieistnienie jej strony cielesnej. Tak trzeba patrzeć chyba na jego dolegliwości. Występowanie niektórych objawów pokrywają się w czasie z odczuwaniem negatywnych stanów ducha, „jakby chciał pokazać, że żyć się nie da”. I odwrotnie ich ustępowanie łączy się z jego poprawą psychiczną. Zwierza się p. Delfinie: „Codzień słabszy jestem, czasem do szaleństwa smutku dochodzę, ale gdy ujrzę Ciebie, Ty mi dasz chwilę pokoju, chwilę szczęścia, chwilę wzniosłości” i, dodajmy, wówczas wszystkie jego dolegliwości subiektywne ustępują. Miewał ustawiczne omdlenia powtarzające się nawet kilka razy dziennie. W liście Sołtana do Cieszkowskiego na temat Poety znajdujemy taką o nim opinię: „Co mu jest najboleśniejsze, to że najmniejszemu nie zdoła się oddać zajęciu czy pracy, zwawszej, nawet rozmowie, bez doświadczenia natychmiast pewnego rodzaju zawrotu głowy i ogólnego sił wszelkich zwątlenia: chodzi przez ulicę z trudnością i prawdziwie, że na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że to taki schorowany starzec”.

A oto dalsze uwagi o nim Małachowskiego: „Wczoraj i dziś już ma się wcale nieźle. Bo cały dzień nie śpi, bo zajęty cały dzień towarzystwem (...) To wszystko dobry wpływ wywarło, bo zbudziło go z tego fatalnego stanu odrętwienia”. A oto, co myśli on sam: „Ciągłe zawrotami głowy nękany, cierpię okrutnie i co chwila wydaje mi się jak gdybym konał. Już 2 razy padałem na ulicę bez zmysłów”. A w jakiś czas potem: „Wczoraj po obiedzie przyszedłszy do domu padłem w pokoju na podłogę bez zmysłów. Było to w wieczór. Jana nie było. Zapewne 10 minut tak przeleżałem, a potem poszedłem do siebie, ale dotąd mam zawrót głowy, a w sercu wstręt do życia wszechmocny”. Połączenie omdleń i zawrotów z poczuciem wstrętu do życia podkreśla egzystencjalny wymiar tych przypadłości. Przebudzenie z omdlenia jest dla niego powrotem z tamtej strony, gdzie panuje śmierć, ponadto powraca pełen niechęci do życia, które jest zmuszony prowadzić. „Gdym zmysły odzyskał – wyjaśnia kolejny atak choroby – uczucie zgonu bliskiego jeszcze się wzma-gało”.

„Grypa mnie nurtuje wciąż” – donosi najbliższym – „raz na oczy, to znów na zęby, to na żołądek się rzuca, to zwraca do piersi i srogim je wstrząsa kaszlem”, a nieco później: „Oczy żrą, palą, rozdzierają” dodaje.

Okresowo pojawiały się bóle gardła, na które stosował sobie synapizmy.

Wpadłszy zaś tym okresie w głęboką depresję wyobrażał sobie, że dnie jego są policzone: myślał nawet o samobójstwie.

Krasiński wielokrotnie i precyzyjnie opisuje fizyczne objawy, których doświadcza, jakby chciał poddać za życia swoje ciało sekcji, po to by ustalić faktyczną genezę choroby „zamieniającej żywot w jedną wielką udrękę”. Jest to śledztwo nad własnym istnieniem prowadzone w poszukiwaniu przyczyny jego fatalnego położenia. W ten sposób ciało mówi jakby o doświadczeniach egzystencjalnych. „Od 9 miesięcy mam nieustanny ból w boku – pisze. Nic nie może przemóc i zniszczyć tego ziarna rozkładu. Czuję jak ten ból potajemnie coraz szerzej rozlewa się po piersi i dołku. Myślę, że 2-3 lata można z tym żyć” (do Reeve’a).

Do tego samego adresata po kilku latach napisze: „Zdrowie ciała się coraz gorzej nadpsuwa, kryzysy hemoroidalne co tydzień i żadnego polepszenia, jedno boleść i ociężałość i hipochondrią się przenoszą. Słowem daleko już do tego Zygmunta, którego dawniej znałeś młodym i jeszcze niespożytych truciznami życia. Wynik ostateczny tych napojów przez los podawanych troskliwie wyrobił się już i dotknął samej miazgi w kościach i nerwach”. Zygmunt wierzy, że ciało zostało zatrute przez jakąś klątwę, przez samo życie, którego jest nosicielem. Fakt istnienia jest związany z chorobą. Ciało wg niego rozstraja duszę, „a ta odwzajemnia się niszczeniem ciała, a wszystko pochłonięte w jednym zgubnym nastroju dąży do śmierci”.

Wśród wielu dolegliwości doświadcza często bólów newralgicznych, przebiegających się po całym ciele, lokalizujących się w poszczególnych i coraz to innych organach, co sprawia, że wydają się one nie odrębnymi chorobami, lecz jedną.

Nie wiemy w jakich okolicznościach, ale stwierdza znów w liście, „że schwyciły go konwulsje z utratą przytomności. Uratował go lekarz upustem krwi”.

W czasie jednego z krwotoków z ust ocenił, że stracił jej około 3 szklanek. Krwiopłucia powtarzały się potem często.

Cierpiał na ataki astmy, męczyły go nudności i wymioty, ale gorsze było to, że wyimaginował sobie, że toczy go rak wewnętrzny i że grozi mu apopleksja, ponieważ odczuwa uderzenia krwi do głowy.

Z jego listów dowiadujemy się, że uległ bolesnemu oparzeniu uda z powodu nagłego wybuchu zapalek, znajdujących się w kieszeni spodni, ale nie wspomina, jak był leczony. „Spaliłem sobie nogę zapalek całą paczką, która mi z

kieszeni zgorzała, mam ranę na nodze, która dość mi dolega, może krwi gorączkę. Zrazu nic nie bolało, a potem jak zaczęło to coraz gorzej. Mam nadzieję, że się bez amputacji odbędzie!” (sic!)

Poeta zaznawszy prawdziwego natchnienia w „Nie-boskiej Komedii” i „Irydionie” nie oczekiwał spokojnie na jego powrót, lecz szukał go zgodnie z poglądami romantyków niemieckich w sztucznych marzeniach. Rzeczywistość staje mu się stopniowo niemiła, niemal wstrętną, marzenia zaś najwyższym szczęściem, która zdobywa sobie prócz innych podniet także wdychaniem eteru. Trzeba dodać, że stan jego psychiczny był zły, gdy pisał: „Wszelka dyskusja, wszelka rozmowa mnie zabija, widok wielu ludzi razem wprawuje mnie w rozdrażń szaloną: chciałbym jamy, nory, jaskini wiecznej ciemnej i tam przy lampie jednej marzeń jakich lepszych niż to, co może dać rzeczywistość obrzydliwa świata”. Można sobie wyobrazić jak takie stany wpływały na jego nerwy znękanie już chorobą i na wyczerpaną wyobraźnię.

Po odkryciu eteru i po zastosowaniu tej substancji do narkozy przez Mortona w r. 1846 Krasieński zdecydował sam leczyć się inhalacją eterową. W tym celu bawiąc w Nicei w r. 1847 kupił w angielskiej aptece 2 uncje eteru w butelce z szeroką szyjką; poszedł na brzeg morza, siadł i zaczął wdychać głęboko, parujący płyn nosem i ustami. Spodziewanego szczęścia nie zaznał, ale odniósł przyjemne uczucie, że powietrze zewnętrzne stało się jakby znacznie przejrzystsze, a źrenice jego nabrały siły. Po pewnym czasie uległ niesamowitej wizji: oto wydało mu się, że przykuty jest do pala żelaznego sztabą drgającą zgrzytliwym dźwiękiem. Nagle otrzeźwiał, ale tymczasem i płyn z butelki ulotnił się. Poeta nie poprzestał jednak na tej próbie inhalacyjnej: nabył powtórnie 2 uncje eteru i wziewał go jak poprzednio. Tym razem to wdychanie uczyniło go jakoby to lekkim, że odniósł wrażenie, iż lada chwila uleci w przestrzeń świata i doznał rozkosznych dreszczów, a po żyłach latały mu „kwiaty i lutnie”. Pragnął w tym błogim dla siebie stanie umrzeć, lecz znowu nawiedziła go wizja: mianowicie ujrzał siebie leżącego na stosie drewna mającym być podpalonym. Tak się przeraził, że odzyskał świadomość rzeczywistości: ochłonawszy zaczął czytać, ale litery wydawały mu się z ołowiu, a karty książki ze śniegu. „Być może, że eter użyty przez niego nie był chemicznie czysty i dlatego jego wdychanie wywołało u niego stan odurzenia i euforyzację z niezwykle omamowymi przeżyciami, opisanymi z właściwą mu przesadą”.

Cierpiał również na bóle kręgosłupa i w nogach, utrudniające chodzenie,

miewał migreny, z „gwoździami i szparami w mózgu” oraz „szloch i spazmy, to znowu przebiegały mu po ciele iskry elektryczne, albo czuł kłócia w plexus solaris (sic!), skąd wziął taki termin naukowy?). Wreszcie doznawał jakby halucynacji np. widziały mu się jasne kręgi z trupią czaszką. I oto mamy uzupełnienie opisu różnorodnych doświadczeń o charakterze histerycznym.

A czekało go jeszcze w życiu wiele przykrych dla niego przeżyć związanych z żądaniem ojca, by zerwał z p. Joanną Bobrową, potem z p. Delfiną Potocką oraz by ożenił się wbrew swojej woli z najpiękniejszą i najbogatszą panną w Polsce, Elizą Branicką. Pisał: „Jestem w położeniu moralnem tak trudnem do wytrzymania, że nie mam co chwili pokoju ni we dnie ni w nocy. Włosy mi precz siwieją od okropnych bólów nerwowych w głowie. Nieznośnię mi nudno, boleśnie pełno wyrzutów i przeczuc czarnych. To Papa odgadł, to jest moją chorobą nade wszystko” (do Ojca). „W duszy jak w ciele silne muszkuły i kości. Czasem się zamknę i po całych godzinach płaczę”.

To bóle nerwowe w głowie powtarzały się tak często, że po paru miesiącach lękał się o swoje zmysły... Zdawało mu się, że „mózg mój puchnie w nieskończoność” i z rozpaczą wołał „Z tego wyrwać się koniecznie trzeba”. „Stan jego moralny jest prawdziwie zastraszający”, pisał do Jenerała towarzyszący mu Danielewicz. „Jest to kompletna bezwładność, nuda wieczna i jakieś uparte zajęcie się jedną kobietą i zgoła niczym więcej. Jest w stanie przyjść nie tylko do mnie, ale do mniej poufanych osób i tam 5 godzin na jednym miejscu przesiedzieć lub przeleżeć bez powiedzenia słowa jednego, bez dania znaku życia. Niech Jaśnie Wielmożny Pan nie myśli, żeby jedno słowo było przesadzane... Jest to poprostu dusza, która od dnia do dnia wołę traci i odchodzi do kompletnej bezwładności”.

Listy Jenerała do syna, żądając poddania się jego woli, przyczyniły się do pogarszania jego stanu psychicznego. Syn pisał do niego „Każde słowo każdego listu Papy jest mi nożem w serce”. A po spotkaniu jenerała Krasińskiego z ojcem Elizy Branickiej, którą miał poślubić, wbrew własnej woli, zwierzał się Delfinie: „Czułem, że zapadnę, konwulsję czułem, że mi się czaszka z tyłu rozpada i że jak fale rosnącego zalewu krew mózg mój zatapia i że rozum tracę, że może oszaleję z rozpacz głuchej w tej chwili (...) Gdy wreszcie sam zostałem stoczyłem się na kanapę (...) konwulsyjnie obalon na podłogę tarzałem się i szlochałem”.

W następnym liście relacjonuje p. Delfinie, w której kochał się przez wiele lat. „W 1/2 godz. po napisaniu listu do Ciebie obalon krwią na ziemię.

Przywołany doktor krew mi puścił z żyły... Ale, że w wieczór list twój srogi
czytam raz drugi, padłem. Znów puszczo krew... Byłem potężny i natchnio-
ny – śmierć zajrzała i wzięła potęgę”.

Po zawarciu małżeństwa Krasieński dzięki olbrzymim majątkom żony z „ubogiego szlachcica”, jak sam siebie nazwał, stał się magnatem. Żona jego była zarówno po ojcu jak i matce Potockiej wnuczką obu twórców konfederacji targowickiej.

Droga twórcza poety przebiegała nietypowo, w wieku 24 lat był autorem swych arcydzieł, a (w kilka lat później) stał się ruiną swego talentu. W 29 roku życia zamiera w nim poeta. Czy było to wynikiem jego zdrowia? Z pewnością tak.

Nerwy zniszczone anormalnym trybem życia stawały się powodem coraz to innych cierpień, często urojonych, lecz dokuczliwych i oddziaływujących fatalnie na stan psychiczny. W listach mnóstwo skarg wskazujących jednocześnie na ścisły związek z twórczością. Małachowskiemu skarży się (r. 1848): „mnie nieznośną stawa się każda chwila życia. W istocie wpadłem z melancholją, poprostu w chorobę, bezwładność umysłową, a rozpacz serca, w hypochondrię ku ludziom, zwątpieniem zupełnie o sobie. Czasem nadchodzą mnie myśli obrzydliwe, pojmujesz, że je odganiam, deptam, pluję im w oczy, niemniej nadchodzą, to faktum psychologiczne”...

„Nikogo nie widuję, zamknąłem się, wszyscy mnie ranią, kaleczą, obrażają. Cóż chcesz – sam czuję, że to nikczemnienie taki stan, ale coż począć, kiedy mnie opętał tak jak reumatyzm. Pisać mi nawet trudno, każda litera mi idzie oporem”. W kilka tygodni później (do Cieszkowskiego): „Płacz nade mną, bo ze mnie mógł być posąg paryjski, a jest gruz i ruina, a jest ból i rozdarcie, a będzie wkrótce nic”.

Tak pisał autor „Nie-boskiej” mając 36 lat. Adresat życzy mu w odpowiedzi „niefałszywego położenia, ale jasnego jak biały dzień stanowiska”. „To jedno mogłoby mnie zbawić od rozpacz” odpowiada mu Zygmunt. Przekleństwem nazywał swoje położenie w życiu, związany z tym był brak konsekwencji przy braku jakiegokolwiek zdolności do czynu. Co z tego, że wołał „Zginić me pieśni, wstańcie czyny moje” - lecz czynów nie było, był to tylko frazes literacki. A przede wszystkim była jego choroba nerwowa, która jakże często objawiała się na codzień atakami hysterii. „Życie jak szkło pękło mi w dłoniach... i już po życiu. Jestem jakoby nie był, żyję negatywnie” (do Gaszyńskiego).

„Wyniszczam się, jedyną robotą moją chorobowe cierpienie” do p. Delfiny na parę lat przed śmiercią.

W tym okresie żaden z listów nie jest pozbawiony skarg na dolegliwości: a to donosi, że ma solitera, a to, że skórę ma obsypaną wrzodami i czyrakami, a to, „że niestychana melancholia mnie objęła”. „Coraz smutniałem gorzej, coraz rozchorowywałem się głębiej, aż dostałem newralgii w podbrzuszu... Dwa miesiące spędził w łóżku w Bernie, „sprowadziłem bandażyistów z Paryża” – pisze, gdyż uprzednio badający go lekarz oświadczył, że w każdej chwili można się spodziewać ruptury na prawym boku, „teraz podwójne pasy noszę” dodaje z dnia 10.08.1849 do A. Sołtana.

Wówczas odebrał rozkaz władz carskich, wzywający go do powrotu do kraju pod groźbą konfiskaty majątku (przebywał nieprzerwanie zagranicą od r. 1848 do 1849 r.) Przyjechał do kraju, ale po to, aby zaraz powrócić na Zachód.

Wybierając się do chorej żony do Paryża pisze: „dostałem napadu strasznego na pęcherz, przez 4 godziny tarzałem się, wniebogłosy krzycząc, po podłodze. Dr Walther przywołany mi powiedział dopiero na com zapadł. Podagra pod tym siedzi”. (do Cieszkowskiego z 14 XII 1852). Podobny napad powtórzył się następnego dnia. Tak o tym pisze: „okropny atak hemoroidalny wczoraj na pęcherz mi uderzył. Przez 4 godziny tarzałem się po ziemi z bólu wrzeszcząc”. Wskazywałyoby to niedwuznacznie na napad kamicy nerkowej. W innym liście podaje leki, które mi zalecano: „Żelazem mnie poją, merkuryszem każą powieki smarować, a gdy mnie napady te cisną, okładają najdziwniejsze plastry i leki i ogrzanymi prześcieradły” zwierza się Koźmianowi. Jednocześnie dodając: „Stałem się ruiną ciała, żadnej pracy umysłowej dozwolić sobie nie mogę, bo zaraz mój mózg się zwraca, a oczy z bólu szaleją”. Dalej notuje „dwa razy operację fistuła mi robiono, słowem 10 miesięcy nie wyszedłem z pokoju mego... Przetoka dotyczyła kolana, wygląda ono jak kłoc - relacjonuje – z kanapy bez kul ruszyć się nie mogę, a brak ruchu mnie zabija”.

„Ja ciągle choruję na stek rozmaitych chorób, na grype, nerwy etc. Gdyby się tak pieniądze trzymały mojej kieszeni jak słabość ciała – Rotszyldem bym został, gdyby tak rozum głowy – Napoleonem, gdyby tak szczęście serca – aniołem”. Informacje o „amerykańskiej chorobie” (amerykańskiej, gdyż mieli ją przywieźć marynarze Kolumba) zaczął podejrzewać u siebie w r. 1837, co przekazał w paru listach do przyjaciela Adama Sołtana ale w 5 lat potem. Mógł

mylić ją z nasieniotokiem, na który też cierpiał. Wydawca zwraca uwagę, że informacje o amerykańskiej chorobie pominięto w ogóle w pierwodruku.

Z Wiednia z 7. I. 1837 r. pisał: do Sołtana: „Ja mocno słaby jestem na tę samą chorobę, którąś ty miał 2 lata temu w Rzymie. Dzień po dniu mija i nic dobrego nie przynosi, kiedy liczba dni się dopełni, pójdziem każdy tam, gdzie spokój będzie”. W następnych listach dodaje, że „choroba ta gorzej niż u Ciebie się rozwinęła, bo już zajęła niższe krainy i cierpię nieznośnie, szczególnie po nocach. Pijawki i maście i leki są w robocie. Nic dotąd nie pomogły”.

W miesiąc później do tego samego adresata: „Już 6 tygodni mam tę nędzę a nie chce wypłynąć i skończyć się. Sam wiesz, jak to pomaga nerwom”.

Powraca do tej sprawy w liście do Jerzego Lubomirskiego z Nicei z 17 X 1842 r. pisząc: „Jest tu dr Polak (którego nazwisko pozostało nieznanne) który twierdzi, że mam „pertes seminales” i że to mój mózg tak rozdrażnia”. Udał się więc w marcu 1843 r. do Montpellier, aby zasięgnąć porady francuskiego seksuologa K. Lallemanda.

Pisał wówczas do Sołtana: „Coraz gorzej ze mną. Melancholia w mózgu, kość pacierzowa bardzo rozboleła, upławy białe, domyśl się skąd, ale wcale nie syfilityczne tylko same z siebie, z osłabienia. Zawroty głowy ciągle, niemożność czytania i pisania, do tego samotność, do tego smutków tysiące” (Genua, 4 X 1842).

Wyżej wymieniona korespondencja była podstawą dla panującej w rodzinie opinii, że Zygmunt chorował na kiłę. Dał temu wyraz ordynat Edward Krasiński w rozmowie z dr Wąsowicz-Petryńską¹⁾, autorką pracy: „Z Krasiński w oczach lekarza”. Ordynat powoływał się wówczas, pisze ona, na Józefa Kallenbacha, który być może posiadał dowody uzasadniające tę opinię, bo listy do J. Lubomirskiego nie tłumaczą jej w pełni.

Przeciwko temu przemawiałby przede wszystkim fakt posiadania przez Poetę zdrowego, dobrze rozwijającego się potomstwa.

Skargi na wymienione dolegliwości nie ustają i na dowód tego przesyła karteczkę napisaną przez dr T. Chałubińskiego, „że upławy nie są domysłem,

¹⁾ Dr Janina Wąsowicz-Petryńska, ur. w r. 1900, dyplom uzyskała w r. 1934 we Lwowie, jest autorką ciekawej, niewydanej pracy pt. „Z. Krasiński w oczach lekarza”. Zmarła w r. 1989 w Krośnie, gdzie ostatnio zamieszkiwała. Opiera się w niej na sporządzonych przed wojną wypisach z nieistniejącego już dziś „Pamiętnika” K. Gaszyńskiego oraz na rozmowie z ordynatem Edwardem Krasińskim.

ale faktem codziennie stwierdzanym przez mikroskop. Pierwszą stroną napisał T. Chałubiński²⁾ a drugą jam dodał”.

Zasięgał on porady dr T. Chałubińskiego po przyjeździe do Warszawy i tak o niej pisze w liście do Jerzego z 8 I 1853: „Zdrowie moje od kiedym tu przyjechał z każdym dniem gorzej się ma. Widzisz, że już sam do Ciebie pisać nie mogę. Rozbiór cieczy wyrabiającej się w nerkach moich wykazuje kwas uryczny i oksaliczny w ogromnej przemiarze – do tego krew jeszcze coś więcej, to o co się niegdyś jeździło do Montpellier (w marcu 1843 r. na konsultacje do dr Lallemanda, specjalisty chorób płciowych). Wszystko to bardzo niedobre, lecz ja z tego wszystkiego sobie żartuję, pogardzam tym, co się dzieje po dołach mego organizmu. Strach mi tylko o arystokratyczne wyżyny jego tj. o oczy, głowę i kość pacierzową, a to troje także w b. dolegliwym stanie. Wziąłem doktora bardzo tu słynnego teraz, Chałubińskiego³⁾ – przypomina mi z ruchów twarzy Danielewicza. Tym mnie ujął, nakazał mi kąpiele z migdałami i ile można tylko powolnego chodzenia na wolnym powietrzu, zakazał zaś najsurowiej wszelkich gimnastycznych ruchów, używania rozciągliwców i machaczy twierdząc, że sercu to ogromnie szkodzi, a że i serce u mnie anomalnie funkcje swe odbywa, zatem darowane przez ciebie ruchawidła porzucić musiałem. W ogrodzie naszym pod murem kazałem sobie zamieść ścieżkę na szerokość 6 na długość 20 kroków... Wydeptuję ją po 2 i 3 godziny codzień (...) a ponad głowę kruki i wrony przeraźliwie kraczą, jakby się już dopominały o to rozstrzaskane schorzałe pod nimi wzdłuż i nazad przechadzające się ciało pracujące jak galernik, by odeprzeć chorobę, a na darmo, bo otaczający mózg silniej działa niż wszystkie leki i wszystkie tego ciała wysilenia”.

Stan zdrowia poety pogarszał się z każdego dnia. Do Katarzyny Potockiej pisał: „Co do mnie zaś pełno mi bólu na ciele i na duchu. Od 3 tygodni już na krok nie wyszedłem poza sień domu”. A. Gaszyński tak o nim pisze do Koźmiana w tym czasie: „Zygmunt znów zapadł w stan melancholii najczar-

²⁾ Tytus Chałubiński (1820-1889) lekarz, działacz społeczny, odkrywca wartości klimatycznych Zakopanego. W r. 1847 rozpoczął pracę w Szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Szybko zyskał sławę wybitnego lekarza klinicysty. Od r. 1857 był profesorem terapii szczegółowej w Akademii Medyko-Chirurgicznej, a w latach 1862-1869 na Wydziale Lekarskim Szkoły Głównej.

³⁾ Konstanty Danielewicz (1809-1842) rodem z Białocerkwi, przyjaciel i powiernik Z. Krasińskiego, uczestnik Powstania, był ranny pod Ostrołęką. Interesował się filozofią i muzyką.

niejszej, rozdrażnione nerwy i zima ciężka i widok śniegu, którego oczy jego znieść nie mogą, tak go przygnębiły na duchu, że aż serce boli patrzeć na niego”.

Stan zdrowia poety stopniowo się pogarszał. W lipcu przybył do Kissingen, aby spotkać się ze swym schorowanym ojcem. Tu dociera korespondencja od ks. A. Czartoryskiego, na którą odpowiada nieznanym dotąd listem charakteryzującym stan jego zdrowia:

Mości Książę! Wasza Książęca mość raczyłaś do mnie napisać słowo łaskawe pamięci i pociechy, które dopiero w tych dniach odebrałem. Najuniżeńsze i najserdeczniejsze składam Mu za nie dzięki. Taki opłakany stan mego zdrowia, oczy i głowy, że ledwo zdołam skreślić tych słów kilka. Wszelka praca umysłowa staje mi się teraz mózgu zawrotem i mgłą zaciąga mi zrzenie. Da Bóg Wszchemogący wybrnę z takowego stanu i wtedy wierz, Książę, że w każdym zdarzeniu jemu szczerym sługą pragnę być a Jego synowi szczerym przyjacielem (...) Raz jeszcze pozwól Książę, bym Mu złożył dzięki moje i prosił by o mnie nie zapominał w liczbie tych, którzy go wielbią i kochają usque ad finem. Z.

W okresie letnim w r. 1858 w stanie zdrowia Poety nastąpiło dalsze pogorszenie. „Coraz gorsza choroba wnętrzości i piersi – pisze do Sołtana – skutkiem rozwolnienia bezprzerwanego znacznie osłabion, przywlokła mnie za włosy do Walthera” – sławnego klinicysty w Dreźnie, u którego w ostatnim okresie życia często zasięgał porad – „może przepisu Waltherowego dopełniając puszcę się na południe by zimowe miesiące przebyć pod cieplejszym słońcem” – pisał myśląc o Algierze, ale wyjazdu tego nie zdołał już zrealizować. „Ogromniem zmienion i wycięczony, (sic!] nogi ledwie mie noszą. Od wiosny przez straszne cierpienia przechodzę wciąż. I Walther mi to szczerze oświadczył, niedobrze jest ze mną, jeszcze nie niebezpiecznie, ale co chwila niebezpieczeństwo zjawić się może albo pod postacią wrzodów we wnętrzościach albo pod postacią wolno zabierających suchot, bo ta choroba wnętrzości dziwnie oddziaływa na piersi i niszczy je nadsyłanymi krwi podrzutami i napływami” (do Sołtyna 9 IX 1858).

Wielokrotnie przebywana „grypa”, trwająca zwykle po kilka tygodni, częsta gorączka bez widocznych przyczyn, ustawiczny kaszel wreszcie krwiopłucie są wystarczające dla rozpoznania gruźlicy płuc. I wreszcie stawia tę diagnozę sam Walther mówiąc, „że w razie nieleczenia choroba przejdzie w suchoty i owrzodzenie kiszki.” Czas przyszły tej groźby można przypisać chęci oszczędzania chorego.

Z początkiem r. 1859 stan jego zdrowia stał się już beznadziejny. Z powodu nieobecności przy nim żony Elizy przedłużył swój pobyt w Paryżu. „Kieruje całym domem z bezgranicznym poświęceniem, opiekuje się chorym przyjacielem. Jest z nim teraz ciągle”.

Zdaje sobie z tego sprawę pisząc ostatni list do Daszyńskiego 5 stycznia 1859 r.: „Drogi mój, od 3 tygodni pogarszył się bardzo stan moich wnętrzności. Żaden środek nie pomaga na zatrzymanie i wycieńczenie bez granic. Sen mnie opuścił, na nogach stać trudno, chodzić nie podobna przez 1/2 godziny, a mózg jak galareta się trzęsie”.

„Zygmunt coraz słabszy doszedł teraz do wielkiego wyniszczenia się, ciało prawie zupełnie stracił i ledwo się rusza. Stąd też kaszel z krwią i diaria. Może byłby pobyt na południu, lubo wątpliwie, go wyratował. Stał się niepodobnym przez śmierć ojca, odjazd żony i jego niezłomną wolę pozostania. Lekarze mało robią, albo żadną nadzieję wyleczenia” (z listu do St. Małachowskiego do A. Soltana 19 II 1859 r. czyli na parę dni przed śmiercią).

Zmarł w Paryżu 23 II 1859 r. w wieku 47 lat z wyglądem zgrzybiałego starca, spokojnie po krótkim konaniu i po przyjęciu sakramentów, na rękach „Orcia” (Jerzego Lubomirskiego) o którym pisał, „ze był mu najlepszym najprzywiązańszym przyjacielem”. Sekcji nie wykonano, a jego zabalsamowane ciało złożono tymczasowo w grobach kościoła św. Magdaleny.

W Warszawie odbyło się (28 II 1859) manifestacyjne nabożeństwo u Kapucynów (tajna policja „uwijała” się by zanotować nazwiska uczestników). W dwa tygodnie później odbyło się drugie zorganizowane przez studentów za dusze Adama, Juliusza i Zygmunta. Wszystkie znaki żałoby policja carska usunęła z kościoła. Było ono pierwszą próbą manifestacji patriotycznych poprzedzających wybuch Powstania Styczniowego.

Sprowadzenie jego zwłok z Paryża odbyło się na przełomie V/VI 1859 r. Pani Eliza dowiozła je do Opinogóry i złożyła w grobie obok rodziców (z listu St. Małachowskiego do A. Koźmiana z 15 VI 1859 r.).

Na podstawie opisów subiektywnych dolegliwości, zwykle fragmentarycznych, bez wiarygodnego ich sprecyzowania, a więc często niejasnych z lekarskiego punktu widzenia, nasyconych histerią, trudno jest postawić u Poety rozpoznanie jednej choroby organicznej, trudno bowiem wyłonić wspólną grupę objawów pozwalających na postawienie diagnozy prócz stanu neurastenii. Faktem bezspornym jest, że symptomatologia była związana przede wszystkim z jego stanem psychicznym. Nigdy nie był on obiektywnie

podany, choć manifestował się histerycznymi emocjami powtarzającymi się przez wiele lat ze zmiennym natężeniem.

Dr Wąsowicz-Petryńska pisze w swoim opracowaniu: „Wśród powodzi skarg urojonych i przesadzonych, wśród zalewu neurastenii i hypochondrii snuje się głębokim nurtem pasmo choroby ciężkiej, na owe czasy nieuleczalnej i bezwzględnie prowadzącej do śmierci (...) Z bezładnych, przesadnych literackich opisów Poety wyłaniają się coraz wyraźniej, coraz dobitniej objawy gruźlicy wielonarządowej wysuwając się ostatecznie na pierwszy plan”.

„A w miarę postępu choroby objawy nerwicowe cichną”.

Niewątpliwie wiele dowodów przemawia za gruźlicą przynajmniej w tym okresie choroby.

„Wielokrotnie przebywana grypa, trwająca zwykle po parę tygodni, częsta gorączka bez wyraźnych przyczyn, ustawiczny kaszel, wreszcie krwioplucie byłyby wystarczające dla tego rozpoznania (wobec niemożności wykonania innych badań wówczas niewykonywanych, bo jeszcze nieznanych). W ostatnich miesiącach życia spotykamy wyraźnie postawioną taką diagnozę przez Walthera, mówi on że „w razie nieleczenia choroba przejdzie w suchoty i owrzodzenie kiszki”. Czas przyszły w tej groźbie można przypisać chęci oszczędzania chorego – a stan pacjenta zdaje się potwierdzać w zupełności to rozpoznanie.

„Gorączka, kaszel, krwioplucie, przewlekłe biegunki i wymioty wraz z postępującym wychudzeniem i upadkiem sił – to klasyczne objawy gruźlicy płuc i jelit. Jeśli dołączymy do tego zapalenie stawu kolanowego trwające co najmniej od 8 miesięcy, nie będziemy wątpić w gruźliczy charakter tego schorzenia, zwłaszcza, gdy przypomnimy sobie, że w kolanie wytworzyła się przetoka, w treści której pokazały się odłamki kostne, „caries des os” lub „un esquille d’os”, jak pisał Poeta. Pod ten sam mianownik podciągnąć można również przetokę, powstałą i operowaną w r. 1850 w Warszawie. Sprawa ciągnęła się wówczas przez dwa miesiące nie chcąc się zagoić.

Przetoki powtarzały się, choć nie wiadomo czy w tym samym miejscu (ta w Rzymie w r. 1852 trwała też około dwóch miesięcy, nie wiadomo gdzie była umiejscowiona). Można by się zastanawiać, czy nie mogłaby to być przetoka części miękkich (np. fistula ani): przeczy temu fakt, że po zabiegu chory poruszał się dobrze i (...) że parę miesięcy wstecz skarżył się na bóle w nodze.

W przypadku drugiej przetoki chodzi napewno o sprawę kostną, bo Poetę „dłutuje żywcem Fidiasz chirurgii” – jak to określił.

„Gruźliczy charakter choroby stawu kolanowego nie wydaje się ulegać wątpliwości. Zmiany zaczęły się zapewne u nasady kości udowej lub goleniowej (nie wiadomo czy nie w miejscu dawnych przetok) i objęły następnie staw wywołując wysięk i znaczne ograniczenie ruchomości, doprowadzając w końcu do wytworzenia przetoki, przez którą wydalaly się martwaki. Brak wiadomości o tym, czy po tej chorobie pozostało zeszywnienie stawu nie obala rozpoznania: mógł bowiem Poeta nie zwrócić uwagi na to uważając je za „zło konieczne”, mogło też po tej chorobie pozostać tylko częściowe ograniczenie ruchomości mało dostrzegalne.”

„W 1 1/2 roku później spotykamy już pierwsze objawy zajęcia przewodu pokarmowego, wymioty, biegunki i bóle brzucha, które łącznie z gwałtownym pogorszeniem się stanu płuc zwiastowały ostateczne zwycięstwo choroby nad organizmem, który się jej tak długo opierał. Po rocznej przeszło obłożnej chorobie, rozpoznawanej już wówczas właściwie, następuje zgon Poety. Jego fotografia na łożu śmierci przedstawia stan tak krańcowego wyczerpania, jakie widzimy najczęściej w przebiegu uogólnienia przerzutów raka lub kiedyś w przewlekłej gruźlicy.

Warto zastanowić się jeszcze nad pytaniem, w jaki sposób mogło dojść do zakażenia gruźlicą u Zygmunta? Krasieński po dziadku (ze strony ojca), który umarł młodo na gruźlicę, jak również po matce odziedziczył konstytucję asteniczną. Kontakt z chorą matką trwał przez pierwsze 10 lat życia, kiedy matka obumarła go z tego powodu. Pierwsze objawy zakażenia mogły przejść niepostrzeżenie, jak to może się zdarzyć, a dobre warunki życiowe były wówczas najlepszym lekarstwem na gruźlicę, mogły usunąć ślady schorzenia” pisze Dr Petryńska.

Dodać należy, że nie znano wówczas prób tuberkulinowych, nie można było wykonać też badania radiologicznego, jak również, że nie poznano jeszcze czynnika odpowiedzialnego za tę chorobę, ze względu na jej dużą zakaźność i szerzenie się nazwano ją „białą plagą”.

Warto dodać, że obydwaj jego synowie już po śmierci ojca, zmarli na gruźlicę w wieku młodzieńczym (starszy zdążył ożenić się i pozostawił trójkę dzieci). Na co zmarła we wczesnym dzieciństwie córeczka Zygmunta i Elizy nie jest wiadomo, być może też na gruźlicę.

Utarło się w sferach literackich (prof. Kallenbach) przekonanie, niewyrażone w druku, ale mające swoich zwolenników nawet w rodzinie Krasieńskich, że w r. 1832 przechodził on w Wiedniu kiłę, o czym pisze do Sołtana

nazywając ją „amerykańską chorobą”. Przytoczone przez Zygmunta argumenty nie są wystarczające do przyjęcia tego podejrzenia, zwłaszcza, że jak dodaje Autorka obowiązującą wówczas nazwą kiły była syfilis. Dodaje ona, że drugim argumentem mogłoby być stosowanie maści merkuryuszowej⁴⁾ (używanej wówczas w celach terapeutycznych nie tylko w przebiegu kiły), wreszcie następnym argumentem zespół objawów, który wystąpił później. Składały się na nie bóle nazwane przez Poetę „pasmem boleści arcyprzykrych: pewne utrudnienie chodzenia (zresztą przemijające) oraz zaburzenia mogące odpowiadać wiadomości rdzenia”.

Tak z punktu widzenia lekarskiego jak i psychologicznego teza powyższa jest, jak się wydaje, ryzykowna. Brak bardziej precyzyjnych wiadomości nie pozwala na śledzenie zakażenia pierwotnego i kiły wtórnej. Napewno musiałaby zostać całkowicie wyleczona, aby pozwolić jego żonie bez uprzednich ponowień urodzić czworo zdrowych, pięknych i wspaniale się rozwijających dzieci.

Dlatego też wydaje mi się, że aczkolwiek nie można z całą stanowczością odrzucić przypuszczenia o kiłowym tle wielu cierpień Krasińskiego, można na podstawie jego korespondencji i innych źródeł uważać je za mało prawdopodobne”.

W ciągnącej się latami chorobie oczu możnaby dojść do wniosku, że cierpiał okresowo na zapalenie tęczówki. Dokuczały mu silne bóle oraz odczuwał światłowstręt. Za tym rozpoznaniem przemawia rada wiedeńskiego okulisty, który zalecał mu, aby w razie nasilenia objawów przebywał w zaciemnionym pokoju. Patogeneza iritis pozostaje jednak nie do końca wyjaśniona. Możliwość domniemywać, że powstała albo na tle gruźlicy albo na tle przewlekłego gościca, jeśli uznać, że były nim bóle w kręgosłupie i nogach, na które skarżył się często.

Pozostają jeszcze drobne schorzenia jak przepuklina lewostronna (zapewne pachwinowa), banalne krótkotrwałe infekcje, choroby zębów etc.

Każda choćby drobna infekcja pogarszała u niego stan ogólny w większym stopniu niż to zwykle bywa u innych osób. Nie wiele można dziś dodać do obrazu choroby opierając się na własnych spostrzeżeniach Poety. Wobec zniszczenia w czasie Powstania Warszawskiego zbiorów rękopiśmiennych

⁴⁾ Nieścistość, gdyż w innym liście Zygmunt pisze, że zalecono mu ją tylko do smarowania powiek.

domu Krasińskich przy ul. Okólnik 8, jak również materiałów, na których opierała się dr Petryńska w swej pracy, nie wydaje się to możliwe i w przyszłości.

Bieńczyk zajmując się problemem śmierci w życiu i twórczości Krasińskiego kończy swą książkę: Myślę o Krasińskim jako o chorym człowieku (...) Skazany na bezruch, nieme trwanie w ciemności, spoczywa w agonalnym łóżu, faktycznym obszarze egzystencji (...) Kiedy zostają zniszczone, zamknięte różne drogi i postaci istnienia „myśli krążą w mózgu jakby w czasie umarłego” i „człowiek nie czuje się już sobą”.

Tanatyczne przeżycie w swym skrajnym wymiarze oznacza dla Zygmunta to właśnie, że przestaje czuć się osobą, czuje się jedynie świadomością (...) W zamieraniu, w izolacji od świata i własnej postaci próbuje odkryć on istotę egzystencji”.

Krasiński zapłacił najwyższą cenę jaką jest zdrowie psychiczne i fizyczne za swoją romantyczną postawę twórczą, o której sam najbardziej sugestywnie powiedział. „Poezja jest formą najwyższą rzeczywistością świata, jest najwznioślejszym kształtem życia”.

Dłatego W. Pol w „Elegii na zgon Krasińskiego” mówi: „Bo skoro zaboli świat męką niewoli – to Twoją się pieśnią rozżali”.

Piśmiennictwo u autorki.

Barbara Zaorska

Zaświadczam, że Kluczycki Józef jest istotnie... kobietą

Już w „Iliadzie” mówi Homer o kobietach towarzyszących wojskom Helenów pod Troję i zajmujących się pielęgnacją rannych bohaterów. U schyłku starożytności kobiety towarzyszyły również zbrojnym Germanom w okresie wędrówki ludów, niosły pomoc wojownikom skandynawskim, a ówczesne sagi wielokrotnie głośiły ich zasługi. W Polsce nie wolno było przebywać kobietom w obozach wojskowych, dlatego by walczyć z bronią w ręku „podszycywały” się pod płęć męską. Taką kobietą otoczoną legendą za życia była Joanna z Pasławskich Żubrowa (bohaterka „Huraganu” Gąsiorowskiego: jako pierwsza kobieta odznaczona srebrnym Krzyżem *Virtuti Militari* za odwagę i bohaterstwo (w 1809 r., za ledwie w 17 lat po ustanowieniu tego odznaczenia).

W okresie wojen napoleońskich rozpowszechniły się w Europie związane z różnymi formacjami kobiety, wykonujące zajęcia handlarek zaopatrujących żołnierzy w niezbędne przedmioty lub kantynierek zajmujących się naprawą mundurów i bielizny. Stanowiły one nieodłączny czynnik wojskowej obyczajowości, nazwano je markietankami. Biedny to pułk, w którym brakowało markietanek. „Bez nich żołnierze czuli się jak sieroty: one były ich matkami, kochankami, czułyimi pocieszycielkami i sanitariuszkami: towarzyszyły żołnierzom podążając za nimi bojowym szlakiem, wspólnie dzieląc niedolę pułku.

Ich obecność wśród żołnierzy wywierała, jak zauważył Napoleon, korzystny wpływ na psychikę walczących. Przyznawał on markietankom wojskowe uprawnienia, ale wymagał od nich dobrych obyczajów. Dlatego przed wymarszem z wojskiem musiały uzyskać pozwolenie dowódcy na dołączenie się do danego pułku. Ciągnęły zwykle za wojskiem na swoim jedno lub dwukonnym wózku chronionym od deszczu. Wózek markietanki był niezależny od taboru pułkowego (konie była zobowiązana utrzymywać na własnym furazie).

Za przykładem wojsk napoleońskich markietanki pojawiły się również w Legionach Polskich i formacjach wojskowych Księstwa Warszawskiego.

Przepisy napoleońskie z r. 1810 zezwalały, aby funkcje markietanek spełniały jedynie kobiety zamężne i stateczne, których mężowie służyli w tym samym pułku. Wśród gradu kul roznosiły one żołnierzom wino lub wódkę, pocieszając ich, opatrując rany, a wśród śniegów moskiewskich, bo i tam markietanki powędrowały za swoimi pułkami, niosły ratunek marznięcym żołnierzom.

Markietanka stawała się osobą „opatrnościową”, niczym matką żołnierza i tak ją nazywano („Mutter Courage i jej dzieci” w sztuce Bertolda Brechta).

Ponieważ nikt tych kobiet do wojska nie wzywał, te, które się tam znalazły, szły z wewnętrznego nakazu, wynikającego z ich uczuć patriotycznych.

Wobec trudności dostania się w szeregi walczących czy też im pomagających p. Józefa Rostkowska wchodząc w r. 1831 do służby wojskowej jako felczka wolą ukryć swą płeć i występować jako ... mężczyzna, przybierając nazwisko swego pierwszego męża, z którym miała dwójkę dzieci.

Aby uniknąć jakichkolwiek nieporozumień po wcieleniu do wojska postarała się o następujące zaświadczenie, które uzyskała w Warszawie od lekarza Wojska Polskiego z datą 24.I.1831 (BP w Paryżu nr rks 511): „Naczelný lekarz Wojska zaświadcza: jako felczera szpitala polowego czyli Ambulansu nr 1 Kluczycki Józef jest istotnie kobietą, to jest żoną podoficera z pułku 2 go Ułanów, która jako pałająca chęcią służenia w Woysku czynnem, a posiadająca zręczność felczerską i zarekomendowana przez Wgo Podpótkownika [sic], dawniej w temże Pułku 2gim Ułanów będącego, a teraz dowódcy pułku ulanów Gawrońskiego jako kobieta uczciwa z zezwoleniem Męża swego działająca, przyjęta została na felczera do szpitala polowego z zamierzeniem według Jey usilnego rządania [sic] płci Jey własnej, aż do końca kampanii. Dla zaślonienia Jey iednak od wszelkich przykrości i podeirzeń jakowych, wydaje Jey to niniejsze świadectwo jako iedynie przez nadwyczayny patriotyzm, wzięła ona na siebie obowiazek Felczera i ten dotąd... naygorliwiey dopełnia. W wszelkich zatem zdarzeniach, w jakich by rzeczona Kluczycka była z tego względu... raczą Jey należnej pomocy udzielić w potrzebie władze wszelkie. Naczelný Lekarz Wojska dr med. Stumer. Okrągła pieczętka z orłem i napisem Naczelný Lekarz Wojska”.

Drugie świadectwo wystawione w Modlinie 11 września r. 1831 (B.P. rks 511 brzmi następująco: „Sztab Główny do JM Pani Kluczyckiej Felczera Starszego Pułku 10 Piechoty Liniowej: Zawiadamia Panią, że Naczelný Wódz Siły Zbrojney Narodowej zaszczycił go Ozdobą Krzyża Wojskowego Sre-

brnego, na którą Patent w zwykłej formie później odbierzesz” podpis p.o Szefa Sztabu Głównego gen. brygady (-) podpis nieczytelny.

Wśród dokumentów schowanych w B.P. nie zachowało się uzasadnienie tego wyróżnienia dla Rostkowskiej.

W tym samym czasie jej mąż Daniel Rostkowski, Porucznik pułku 10 Piechoty Liniowej, zostaje udekorowany Ozdobą Krzyża Woyskowego Srebrnego, „na którą patent w zwykłej formie później odbierzesz”. (-) podpis p.o. Szefa Sztabu Głównego brygady. Podpis nieczytelny.

Następnie Rostkowska wraz z mężem znalazła się we Francji jako emigrantka, pobierając jak pozostali powstańcy należny im żołd francuski.

Prawdopodobnie zapisała się na wydział medycyny w Montpellier w r. 1835, w następnym zaś otrzymała zezwolenie na studia na Wydziale Medycyny w Paryżu. W zapisie archiwalnym Uniwersytetu dopisano, że jest to wypadek specjalny (przy nazwisku nie podano jednak imienia). Mogłoby to przemawiać za przypuszczeniem, że ową kandydatką na studia była Józefina. Tymczasem w „Akta Tow. Historyczno-Literackiego” z r. 1991 J. Pezda wyjaśnia, że dane przy nazwisku Rostkowski dotyczą kogo innego, Teodora Rostkowskiego. Powstaje pytanie bez odpowiedzi, dlaczego owego Teodora chciano potraktować jako wypadek specjalny?

Dla przedstawienia jej biografii posłużę się wyciągiem z Akt Sztabu Głównego, który zachował się BW w Paryżu: Sztab Główny pisze w Paryżu w dn. 8 lipca 1853 r. „Do Pani Kluczyckiej Józefa (powtórnego małżeństwa Rostkowskiej Danielowej). Wskutek zanesionego żądania, z polecenia Naczelnego Wodza Wojsk Polskich wydają niniejszy wyciąg z akt Sztabu jako w kontrolach Armji Polskiej rodowód JPani Kluczyckiej Józefy jest następujący: Kluczycka Józefa (nazwiska Męża pierwszego) urodzona dnia 19 marca 1798 r. w Warszawie, królestwo polskie, z Ojca Stanisława Sołtyk i matki Agnieszki Komorowskiej, dnia 10 stycznia 1831 r. powodowana uczuciem patriotycznym weszła do Służby woyskowej na felczera młodszego do Ambulansu nr 4. Dnia 8 sierpnia 1831 r. postąpiła na felczera Starszego z przeznaczeniem do pułku 10 Piechoty Liniowej.

Kampanie w 1831 odbyła przeciw Rosji i znajdowała się w bitwach pod Grochowem, Białoleką, Wawrem, Wielkim Dębem, Liwcem, Jędrzejowem, Ostrołęką, Wolą i Warszawą, a w utarczkach pod Rudziamką i Zimnowodami. Pod Grochowem dnia 25 lutego 1831 r. ranna w prawą nogę od kuli karabinowej i w rękę lewą od ułamka szrapnela granata.

Ozdobiona Krzyżem Srebrnym Woyskowem Polskim dnia 15 września i znajduje się zamieszczoną w Kontrolach tąż ozdobą zaszczyconych pod nr 2479. Z pierwszego małżeństwa ma syna i córkę.” Podpisał pełniący obowiązki Szefa Sztabu Głównego podpułkownik Józef Świącicki. Okrągła pieczęć z Orłem i Pogonią i napisem Królestwo Polskie, Sztab Główny. Wiadomo, że udała się ona do Stambułu, aby zaciągnąć się do tworzonego tu wówczas pułku Kozaków Sułtańskich.

W dość pokaźnym zbiorze dokumentów felczera Kluczyckiego Józefa, a naprawdę pani Rostkowskiej zachował się drobny bilecik, ale rzucający światło na następną jej misję. 12 września 1855 r. mąż jej Daniel Rostkowski pisze do pułk. Świącickiego: „Szanowny Pułkowniku! Bilecik napisany do mojej Żony odebrałem i pośpieszam Mu donieść, że Żona moja dnia 10 bm o godzinie trzy kwadrans na 11ą opuściła Paryż i udała się do Konstantynopola do szpitala (jako Aide Chirurgien) wydana jej przez Intendenturę Wojskową razem z dr-em Matuszewskim¹⁾”.

Ks. Władysław z Mickiewiczem wyjechał o godzinie 8 w wieczór i dogonił żonę moją z Matuszewskim w Marseille, a we czwartek tj. 13-tego o godz. 11 z rana wsiadłszy na statek wojenny popłynął do Carogrodu. Odjazd jej zdecydowany był w przeszły piątek, był nagły, więc z powodu tego nie mogła się z nikim pożegnać: poleciła mi tylko uściskać najserdeczniej od niej szanownego pułkownika i Panów Smólikowskich.

Racz Pułkownik, przyjąć wyrazy prawdziwego szacunku i poważania z jakim pozostaje na zawsze Przyjaciel i Sługa D. Rostkowski. W dopisku: „Jeżeli łaska to proszę mnie odwiedzić, aby nie we wtorek i soboty – to dnie poczty więc mało mam czasu.”

Mimo zachowanych dokumentów niewiele dowiadujemy się o osobie Danielowej Rostkowskiej. Nie pozostawiła żadnego śladu dotyczącego swej pracy. Jedynie Henryk Służalski podróżujący wraz z Adamem Mickiewiczem do Stambułu i opisujący jego ostatnie tygodnie życia, notuje pod datą 13 września: „pierwsza zachorowała stara Polka” (nie podaje jednak wśród jakich objawów, informuje tylko, że „jedzie ona niańczyć Kozaków”).

¹⁾ Dr Hipolit Matuszewski ur. w r. 1805 we Lwowie, zmarł w r. 1887 w Paryżu). Studiował medycynę w Wiedniu, a w okresie Powstania pracował jako starszy chirurg. Po upadku Powstania jako lekarz okrętowy przybył na wyspę Aix z 460 emigrantami na pokładzie. Egzamin z medycyny powtarzał w Paryżu z przerwami (dyplom otrzymał w r. 1852). Przez cały czas pobytu na ziemi francuskiej leczył polskich emigrantów.

Żona zaś Sadyka Paszy, Ludwika Sniadecka, z którą spotykała się tam niejednokrotnie, tak pisze o niej w liście do Zwierkowskiego (4 X 1855) „Ja ją dosyć polubiłam, choć wiele i o wszystkim gada. Ale Mickiewicz zraził mnie do niej, ma do niej jakąś antypatię jeszcze z okresu, gdy odbywali podróż statkiem „Tabor” z Marsylii do Carogrodu, z której to podróży jak wiemy, nie powrócił żywy.

Józefina Rostkowska (vel Józef Kluczycki) zmarła w Paryżu w 15 lat po śmierci swego męża, o czym zawiadamiał nekrolog w „Bulletin Polonais”.

Jak widać niełatwe było życie infirmierki odznaczonej krzyżem polskim, która zmieniła płeć chcąc jak najlepiej służyć Ojczyźnie.

Hilaria Sobieska, prababka C. K. Norwida i prawnuczka króla Jana III tak pisała do swej siostry (r. 1808): „Myślisz, że dla własnego wojska żałowałabym czegokolwiek? – krew swoją oddałabym – lecz nieszczęście moje, „żem kobietą”. Jak widać nieszczęściem dla wielu kobiet były wówczas niemożność aktywnego udziału w walce o wolność.

Marcin Łyskanowski

Polscy lekarze moralisci XVIII/XIX stulecia.¹⁾

Aby zrozumieć, co uczynili wielcy reformatorzy tego okresu w Polsce, muszę opowiedzieć o ówczesnym lecznictwie. Rozpocznę od położnictwa. Dziedzina ta, tak niezwykle ważna dla rozwoju społeczeństwa znajdowała się w rękach kobiet, czyli po prostu bab. Bab, staruch zwanych „mądrymi”, a przerażających prostactwem i właściwym prostactwem uporem. One rządziły i radziły, one decydowały o postępowaniu z rodzącą, one przygotowywały do zabiegu cały dom. Rytuał był zawsze ten sam: najpierw pojawiała się forpoczta, która zasłaniała szczelnie okna tak, aby żaden promień światła nie dostawał się z zewnątrz, następnie wieszano pęki ziół od dawna przygotowane i poświęcone w dniu Bożego Ciała. Kiedy już pierwsze oporządzenie było gotowe, schodził się tłum tychże, wymienionych specjalistek od porodów i pod kierunkiem „najmądrzejszych” rozpoczynał przygotowywanie do odczynienia i zamawiania. Potem rodzącą układano w łóżku lub sadzano w krzesło i narządy rodne przecierano masłem lub olejkami migdałowymi. Z kolei polecano jej „dąć się” lub dopomagano przez naciskanie powłok. Dla wzmocnienia cierpiącej dawano jej do picia napary ziół. Jeśli poród przeciągał się, baby przystępowały do okadzania. Okadzały zaś bardzo pilnie i usilnie, nie zważając, czy rodzącej brakuje tchu i zaczyna się dusić, albowiem ważniejsze było odpędzenie strzyg i mamon, niż skargi w ten sposób „ochranianej” kobiety. Dla wzmocnienia efektu odczyniania zmuszano rodzącą, aby trzymała w ustach welon Matki Boskiej. Był to z reguły skrawek płótna dostarczany przez zakonnice. Biodra opasywano paskiem św. Franciszka, zaś na piersiach wieszano szkaplerze. Wszystkie te zabiegi można było jeszcze znieść, jeśli poród przebiegał prawidłowo. W wypadku powikłań zaczynała się tragedia. Niechby na przykład wypadła nóżka noworodka. Baby ją chwytaly, zaczynały ciągnąć i stan rodzącej z miejsca się pogarszał. Mimo to baby sięgały głębiej,

¹⁾ Fragmenty większej całości.

rwaly i wyszarpywały uszkodzone ciało, krew chlustała, nie tamowana przez nikogo i rodząca umierała.

Lekarzy było niewiele. Tak niewiele, że pomoc lekarska w szerszym znaczeniu tego słowa nia nie istniała. Leczył w zasadzie każdy, kto chciał. „W czasie anarchii wszystko to uchodziło – pisał Kołłątaj – kto się albowiem u nas zapytał, jakim prawem i za czyim potwierdzeniem sprawuje u nas ktokolwiek profesję lekarza? Polska co do tego była ucieczką i schronieniem wszystkich szarlatanów, empiryków, awanturników. Każdy, kto chciał lub znalazł protekcję, mógł być doktorem, osiadał sobie po miastach i miasteczkach, leczył, składał aptekę, preparował medykamenty bez najmniejszej komukolwiek opowiedzi. Węgrzyni roznosili lekarstwa ze Złotej Bani, a barwierze wiedli handel z aptekami halskimi. Żydzi w małych miasteczkach sprawowali profesje doktorów i chirurgów; ustała nawet różnica między balwierzami i chirurgami, wszystko to szło pod imieniem cyrulików, wszystko miało wolność leczenia. Prawdziwych doktorów, dobrych i szczęśliwych praktyków, było u nas bardzo mało; bogacili się oni niezmiernie bez najmniejszej zazdrości przeciw szarlatanów, którym przeszkadzać nie potrzebowali, bo sami zaledwie swy obowiązkom wystarczać mogli. W kraju więc tak rozległym, gdzie nie było żadnej publicznej szkoły dla aptekarzów, chirurgów i lekarzów, gdzie tylko niekiedy majątniejsi mieszczenie posyłać mogli na medycynę swe dzieci do obcych akademii, gdzie cudzoziemcy kosztem magnatów sprowadzeni nie zdołali wystarczyć kosztownie opłacanej praktyki – nie mogło być inaczej...” W słowach powyższych nie ma żadnej przesady. „Szlachta ucząca się – pisał profesor Józef Brodowicz – przenosiła swobodne beneficja, huczne palestry lub śmiały oręż nad mozolną naukę i cierpkie trudy zwolenników Hipokratesa lub ostrożny skalpel Chirona, spoglądając nawet z pewnym uprzedzeniem na tych, którzy się jej zdrowiem opiekowali...” Do słów powyższych dodać możemy jeszcze i to, iż poziom wykształcenia przeciętnego szlachcica nie był zbyt wysoki. Potrafił on ledwie czytać i pisać. Piszę „ledwie”, albowiem jego umiejętności ograniczały się z reguły do zapisków gospodarczych, do odczytania pozwu sądowego, kalendarza albo książeczki do nabożeństwa. Owcześni reformatorzy – z Kołłątajem na czele – dobrze zdawali sobie sprawę, iż jedynym remedium, które mogłoby stan ten zmienić, była oświata. Taka oświata, która posiadając konkretne cele i zadania, służebne wobec społeczeństwa, potrafiłaby wnikać, poznawać, przekształcać oraz reorganizować otaczające ludzi warunki, środowisko, ich osobowości.

W październiku 1773 roku powstała Komisja Edukacji Narodowej, pierwsze w Europie Ministerstwo Oświaty, instytucja, dzięki której z mapy naszego kraju miały zniknąć przerażające swą wielkością obszary obskurantyzmu i ciemnoty. W realizacji tych ambitnych i pięknych planów wiodącą rolę odegrał reformator Akademii Krakowskiej Hugo Kołłątaj oraz pomagająca mu w tym dziele „potężna gromadka”, z Janem Śniadeckim na czele. Wyróżnił się wśród nich: Antoni Popławski, pierwszy rektor Seminarium Nauczycielskiego powołanego do życia przy Akademii, przyrodnik Jan Jaśkiewicz, prawnicy: Sebastian Czochron i Bonifacy Garycki, profesor mechaniki Feliks Radwański oraz lekarze: Wincenty i Jan Szasterowie, Jędrzej Badurski oraz Rafał Czerwiakowski.

Jędrzej Badurski urodził się w Krakowie, w r. 1740. Jego matką była Małgorzata z Pakińskich, ojciec miał na imię Jakub i był złotnikiem miejskim. Początkowo młody Jędrzej pragnął poświęcić się karierze nauczyciela. Napisał swą rozprawę pt.: „O wzajemnych powinnościach rodziców i dzieci”, ale wkrótce zamiar swój zmienił i przeniósł się na medycynę. Wyjechał do Bolonii, gdzie zdobył doktorat, zwiedził Turyn, Padwę, zapoznał się z założeniami szkoły wiedeńskiej Van Swieten i de Haena i w r. 1770 wrócił do Polski. W Krakowie powitał go – niemal szczęśliwy z radości – profesor Jan Camelin. Fakultet medyczny składał się z dwóch członków: Stanisław Wadowski wykładał medycynę praktyczną, Camelin – botanikę i anatomię. W roku 1769 zmarł profesor Wadowski, zaś w 1774 – Camelin. W 1775 do Wydziału, w którym znajdował się sam Badurski, dołączył Jan Nepomucen Lucy, który po obronie rozprawy „De Peste” został inkorporowany do Wydziału. Wydział znów liczył dwóch członków. O sytuacji Wydziału pisał w swym słynnym raporcie dla Komisji Edukacji Narodowej Hugo Kołłątaj: „Dwóch tedy doktorów z praktyki w Krakowie żyjących, składają Facultatem Medicam, z których jeden jest dziekanem nad drugim. Żadnej oni lekcji nie dają ani nawet dawać nie mogą, bo któżby podjął się być uczniem, kiedy nim by się jednej części medycyny nauczył, o drugiej by zapomniał, ani się nikt dotąd pod jednym nauczycielem nie uczył medycyny, ani jeden doktor nie był we wszystkich medycyny częściach doskonale i zupełnie biegłym... Nie masz w Akademii teatrum anatomicznego, nie masz w cały mieście szpitala dla chorych, nie masz ogrodu zielniczego, zgoła dzisiejsza Facultas składa się tylko dla kształtu z dwóch osób, z których jeden, mieszkając w kamienicy do Akademii należącej, obligowany jest do leczenia ubogich studentów...” I dalej prosił Kołłątaj

Komisję: „Jeżeli Prześwietna Komisja łaskawie nakłonić się raczy do przyspieszenia reformy Akademii Krakowskiej miłość ludzkości pobudza mnie, ażebym jej upraszał o zaczęcie tej reformy od Szkoły Lekarskiej. Chorzy albowiem kraju naszego losowi są oddani, a mnogość szarlatanów zastępuje te miejsca, które się doskonałym lekarzom i dobrym należą cyrulikom...”

W r. 1779 przyjechał do Krakowa Rafał Józef Czerwiakowski. Miał wtedy lat 36 i był pijarem. Przyszedł on na świat w Pińsku lub jego okolicach 24 października 1743 roku. Ojciec Rafała, Daniel, był, według dotychczasowych ustaleń, dzierżawcą lub administratorem majątku w okolicach Pińska. Czerwiakowski pobierał pierwsze nauki w swym rodzinnym domu, następnie został oddany do szkoły pijarskiej w Pińsku. W r. 1762 podjął decyzję, która w dwadzieścia lat później nie sprawdziła się zupełnie: wstąpił do zgromadzenia pijarów w Lubieszowie. W r. 1795 złożył śluby i został klerikiem. W roku 1771 pijarzy wysłali go do Rzymu, aby tam studiował medycynę. W r. 1776 Czerwiakowski zdobył tytuł doktora filozofii i medycyny. Poglębiał następnie swą wiedzę w zakresie chirurgii, położnictwa i chorób kobiecych w Neapolu, Bolonii, Turynie, Padwie, Wiedniu i Berlinie. W r. 1779 powrócił do Polski, zaś w r. 1780 otrzymał od Komisji Edukacji Narodowej patent na profesora anatomii, chirurgii i położnictwa.

W tym samym roku Akademia otrzymała gmach pojezuicki, znajdujący się przy Małym Rynku, zwany Kolegium Św. Barbary, aptekę pojezuicką, pozostałą w klasztorze św. Piotra, oraz „fundusz wieczysty na dwa łóżka”, wynoszący po 1800 złotych na jednego. Dziś pojęcie: „dwułóżkowy szpital” brzmi nieprawdopodobnie, wtedy odpowiadało możliwościom i aktualnej sytuacji szpitalnictwa w Krakowie. Był to jednak pierwszy szpital kliniczny w Polsce, zaliczany do pierwszych tego typu w Europie. Komisja Edukacji Narodowej w dość szybkim tempie dodała pieniędzy na trzecie łóżko dla położnic, zaś niestrudzony Jędrzej Badurski wkrótce powiększył stan ich posiadania do szesnastu!

Tymczasem Czerwiakowski zaczął uczyć anatomii. Jak podaje specjalne oświadczenie Magistratu: „Dnia 16.IX.1779 roku dostoyny Rafał Czerwiakowski rozpoczął wykłady z zakresu anatomii, fizjologii, chirurgii i położnictwa, które to wykłady odbywały się tu, w Krakowie, w Kolegium Św. Barbary. Zaraz na samym początku musiał znieść wiele nieprzyjemności i awantur ze strony pewnych ludzi prostego stanu, którzy w owym czasie nie znali tych nauk”. Dowiadujemy się następnie z tego samego dokumentu, iż na rozkaz władz miejskich musiał być Czerwiakowski „dla wszelkiego bezpieczeństwa

strzeżony przez strażę obywatelskie, a następnie przez miejscowy oddział żołnierzy miejskich”.

Czerwiakowski bulwersował Kraków nie tylko sekcjami zwłok. Nie dość, że krajał trupy, badał kobiety, jeszcze na domiar złego... zakochał się z wzajemnością w pięknej dziewczynie, która nazywała się Helena Katerlan-ka. Jego przyjaciele: Kołłątaj i Śniadecki zwrócili się z prośbą o pomoc do ks. prymasa Poniatowskiego, który wyjednał sekularyzację u papieża. Młodzi pobrali się i zamieszkali w kamienicy „Pod Wiewiórką”.

Mistrz chirurgii dbał o nabór uczniów. W znakomitej swej pracy pod tytułem: „Rozprawa o szlachetności, potrzebie i użytku chirurgii”, do której jeszcze wrócę, pisał: „Im. IMC. X. Kołłątaj dziś Podkanclerzy Koronny, a na ów czas Rektor Szkoły Głównej Kor. w r. 1783 na moje remonstracje podał do rady przy boku Najjaśniejszego Pana nieustającą notę, a w niej projekt: aby wszystkie miasta królewskie w całym kraju uczniów na nauki lekarskie do Akademii Krakowskiej przysyłały”. Podkreśla tu z naciskiem, że Kołłątaj wniósł swój projekt z inspiracji Czerwiakowskiego i jemu to właśnie zawdzięczamy ów rewelacyjny pomysł przysyłania uczniów na naukę do Krakowa.

Czerwiakowski był autorem wydanej w 1779 roku pracy pod tytułem: „Wywód o narzędziach cerulickich...”, którą możemy traktować jako pierwszy podręcznik narzędzi chirurgicznych. Opisał narzędzia m.in. do lewatywy, wyjmowania kul, szczepienia ospy, resekcji stawów, amputacji kończyn, zaciski do żył, igły z niemi woskowanymi do zszywania ran i wnętrzności i wiele, wiele innych. W sumie ponad 210 instrumentów.

Do słynnej „Dysertacji”, zgodnie z daną zapowiedzią, powrócę w następnym rozdziale.

A oto nasi moraliści.

I. Ludwik Perzyna (1742-1812)

Ludwik Perzyna urodził się w roku 1742. Do Zgromadzenia Bonifratrów (Braci Miłosierdzia) został przyjęty w r. 1786. Pracował w Szpitalu Jana Bożego do r. 1790, następnie wyjechał do Kalisza. Zastąpił jako wybitny psychiatra, postępowy i propagujący humanitarne środki lecznicze. Adolf Rothe, znakomity psychiatra polski XIX stulecia, autor pracy pt.: „Rys dziejów psychiatrii w Polsce”, tak pisał o Ludwiku Perzynie: „Z każdego jego

słowa widnieje czysta miłość bliźniego. Był on przeciwnikiem wszelkiego przymusu przy leczeniu i chciał, aby je stosowano nie inaczej, jak pod kontrolą lekarza i to tylko na czas krótki; często używane upusty krwi sprowadzał do minimum, starał się zaś o to, ażeby żywienie chorych, o ile to było w jego mocy, było posilne i dostateczne, oraz o to, ażeby chorzy jego fizycznie byli zajęci, a obok somatycznego, uznawał też w obszernym znaczeniu potrzebę leczenia psychicznego. Te słów kilka nadają mi prawo powiedzieć, że Perzyna dla Polski był pierwszym i rzeczywistym reformatorem psychiatrii praktycznej i, że mogę go postawić obok wspomnianych reformatorów innych krajów”.

Ocena, jaką dał Perzynie Adolf Rothe, jest bardzo wysoka. Ona też zachęca nas, aby poglądom zapomnianego reformatora poświęcić znacznie więcej uwagi. Zacznijmy od lecznictwa psychiatrycznego. W swej znakomitej pracy pt. „Lekarz dla Włościan, czyli Rada dla Pospółstwa w chorobach i dolegliwościach” wydanej w Kaliszu, w r. 1793, czytamy: „Rozdz. XXV. Uciniek I. O durnowatości i obłąkaniu się myśli. Wyobrażenia przyrodzone w człowieku czuwającym, powinno przedmiotowi zewnętrznemu odpowiadać, które, gdy będzie od jakowej wewnętrznej mózgu dyspozycji odmienione, z czego nastąpi mimowolne przez pacjenta wyobrażenie powodowane, otóż się to durnowatością nazwie”. W sprawach terapii zajmuje następujące stanowisko: „Leczenia sposób, podług okoliczności i gatunku choroby, różny także i odmienny być powinien, na przykład: to wymiotami, to krwi upuszczaniem, to przyszczami, to zawłokami, to w zimnej wodzie kąpaniami, to kamforowymi, to merkuralnymi lekarstw zażywaniem, to laksowaniami, to pięknymi słowy, to łągodnością, to ostrymi słowy i różgami, jak tego okoliczności wyciągać będzie, używane być mają”.

Podkreślał następnie, że nie można „zadawać” czegokolwiek przez czary i złe myśli. Ani „obrać kogoś” z rozumu, „pokrzywić członki, ani pozbawić życia”. Inne zaś wszystkie bałamuctwa – stwierdzał Perzyna – to jest szeptania, zażęgnywania, rzeczy nie znające fizycznego czyli przyrodzonego między sobą związku, do kupy łączenia, mają być brane za kuglarstwa od chłopów tylko i od bab starych działane i za wyludę grosza pocytywane, których za tę pracę nagroda czeka w Policjach, to jest po ostrym nakartaniu, surowe ukaranie”.

Jak widzimy z rozdziału „O durnowatości”, punktem wyjścia poglądów Perzyny na choroby psychiczne jest stwierdzenie, że siedliskiem ich jest mózg. Perzyna przywiązuje dużą wagę do zmian trybu życia, odżywiania oraz do psychoterapii. Zaleca hydroterapię, potępia zabobony, występuje przeciwko

pijaństwu. Wprowadza, jako jeden z pierwszych w Europie pojęcie „pięknych słów” w procesie leczniczym. Wystarczy porównać jak „leczono” i postępowano z chorymi psychicznie w tym samym czasie w Europie, aby uznać nowatorstwo Perzyny.

W tej ciekawej pracy, obok wielu rad, przepisów, wskazań, diagnostyki i opisów chorób znajdują się również opinie na temat związku pomiędzy pacjentem i lekarzem, działań lekarza oraz jego cech, a więc problemów deontologicznych. Perzyna pisze (s. 11): „Tak albowiem chcąc roztropnie myśleć, rozważać sobie powinniście: że Doktorowie, gdy się muszą tak długo w Akademiach lekarskiej umiejętności uczyć, musi więc ta umiejętność być ciężką, więc jej ani Żyd, ani Baba, ani Cyrulik, ani Szerletan, ani Chłop, ani Kat, ani Olejkarz, umieć nie może, bo się jej nie uczy. Jeżeli jej tedy nie umie, więc będzie rzeczą nierozumną radzić się go, idzie tu o zdrowie, lub o życie moje, mam że być sam na siebie tak niebaczny, mam że na zdanie pomienionych nieuków, na życie poruczać?” I dalej (s. 260): „Do wykurowania chorego bardzo wiele się przykładą zaufania chorego na Doktorze i, nawzajem, powolność i rzetelność pacjenta, wiąże przychylność Doktora do pacjenta i do jako najdokładniejszego o zdrowie jego pobudza go starania, gdyż pacjent wyobrażać sobie powinien lekarza, jako przyjaciela i opiekuna swego, nie zaś, jako nieprzyjaciela, którego mu się strzec i podchwytować należy”.

W rozdziale zatytułowanym: „Dodatek. O lekarskich wiadomościach” znajduje się „Ucinek III” zatytułowany: „O znakach biegłego lekarza”. Proponuję przyrzeć się bliżej owym „znakom”. Może się czegoś nauczymy. A zatem: (s. 261):

„Lekarza poczciwego i biegłego, gdy się kto w czym radzi, będzie się pacjenta jako najściślej wypytywał, jakowy był początek tej choroby, jakowym już przypadkom podlegał, czego już pacjent zażywał, co się po zażywaniu działało, i co mogło być tej choroby przyczyną. To wszystko wprzód wysłuchawszy i dobrze sobie rozwarzywszy, dopiero się weźmie do pisania Recepty”.

Perzyna opisuje tu sposób zbierania wywiadów, poważny stosunek do chorego w trakcie pierwszego spotkania, następnie po „dobrym rozwarzeniu” pisze receptę. Dalej: (s. 262): „Powtóre: Lekarz uczony i biegły, ma twarz szczerą i przysurowszą, bywa rzetelny, nie chwalcący się, miny nie stroi, any byczenia się na nim nie widać, niewiele obiecuje, a za nic nie ręczy”. Perzyna porusza tu sprawę zachowania się lekarza wobec pacjenta. Lekarz powinien być rzetelny, nie powinien się przechwalać, nie przybierać min – ani wszystkowie-

dzącego zarozumialca, ani kogoś kto partnera lekceważy. Nie będąc pewnym skutków leczenia nie wolno mu ręczyć, że pomoże, ani zbyt wiele obiecywać.

„Po trzecie: Opowie pacjentowi, co się z nim stać może i co nastąpić będzie musiało, gdy mu się polepszać zacznie”. Perzyna uczy tu szczerości, cechy i umiejętności zarazem bardzo trudnej, której lekarz musi się nauczyć.

„Po czwarte: Uczonego i biegłego lekarza, szacują sobie wszyscy uczeni i roztropni ludzie, którego szacunku szerleten, bałamut i niedouczony, dla siebie u nich nie znajdzie.” Po to zaś, aby ułatwić owe „szacowanie” Perzyna opowiada co robi „Szerleten”:

„Przeciwnie zaś: Szerleten opowiada swoje kuracje, mówi o wielkich rzeczach, gada bez ustanku, zabawia wszystkich, kielichy wytrząsa, stroi się w powagę, obiecuje miną płochą pomoc niezawodną, gardzi i szkaluje tych, których przed nim pacjent używał, chwali się, z chętnością opowiada środki, których się w kuracjach zwykł chwycić, rozszerza się z przypadkami, biega po domach i kamienicach z oświadczeniem, jeżeliby kto potrzebował jego pomocy, nisko się kłania i powiada, że wszystkie choroby jednym spojrzeniem na pacjenta w oka mgnieniu poznaje i z łatwością je leczy.”

Wiemy zatem prawie wszystko, jak nie należy postępować. Z kolei Perzyna wprowadza do rozmowy z lekarzem Ławnika. Ten ostatni mówi: „Ale to aż miło słuchać, kiedy to Doktor zacznie mówić o chorobie i upewniać chorego, którego dnia zupełnie wyzdrowieje.” Na co Lekarz: „Lekarz prawdziwie uczony tego nie uczyni, boby to było daremna praca, ludziom nieznanym się na tym, własności choroby i jej pochodzenie wyluszczać. Lekarz sam przez lat kilka musi się uczyć tego, niżeli to pojmie, jakże to może pacjent, lub drudzy słuchacze, w krótkim czasie pojąć?” I dalej: „Podobnież: gdy ci lekarz obiecuje łatwe wykurowanie, gdy chorobę nazywa leką (lekką) lub fraszką, gdy wyznacza czas twego wyzdrowienia, gdy się z tobą na zapłatę godzi, nie wierz mu, bo jest oszust. Poczciwy lekarz rzadko upewnia, bo się wszystko z pacjentem odmienić może, a on by nierzetelny został”.

Perzyna ostrzega przed młodymi lekarzami oraz daje wskazówki tymże, niedoświadczonym lekarzom. Jest to bardzo ciekawy akapit, albowiem zagadnień tego typu opracowania deontologiczne na ogół nie poruszają. Należy je chyba traktować, jako rady osoby doświadczonej, która nie chce nikomu zaszkodzić, a jednocześnie dzieli się swą wiedzą z ogółem. Tak, czy owak, uwagi tu zawarte są wielce pouczające: „Świeżo przybyły, a zwłaszcza młody lekarz, o którego zdolności i talentach, gdy jeszcze nie jesteście przekonani,

niechaj wprzod pomału zacznie swe talenta pokazywać, a wy tym czasem używajcie starych Lekarzów... Jeżeli zaś sobie już dobrał biegłego i poczciwego Lekarza, który się zna na kuracjach i już okazywał dowody swej biegłości, tedy się nie godzi więcej przypuszczać podejrzenia o jego talentach, chociażby też kuracja nienajpomyślniej się udawała. Trzeba bowiem wiedzieć, że nie wszystkie choroby zarówno się kurować dają, potrzeba czasem cierpliwości, kontentując się tym czasem nadzieją pomyślnego wykurowania, gdy ją Lekarz czyni”.

Dyskutujący w pracy Perzyny Ławnik stwierdza: „Przecież to nie raz wiziemy, że świeżo nazwany Doktor, albo czasem Cyrulik, lub wcale Baba, ledwo co zacznie swoje lekarstwa dawać, właśnie by ręką przewrócił, pacjentowi się oczywiście polepsza i w krótkim czasie do zdrowia przychodzi”. Lekarz odpowiada: „Prawdę mówisz Ławniku, ludzie mniemają, że to biegłość leczącego i skuteczność jego lekarstw sprawiła, stąd niechęć do dawniejszego Lekarza, narzekanie na niego i na expens, pod niebiosa wynoszenie terażniejszego i żałowanie, że się tego dawniej nie domyślono. Atoli tu wszyscy się mylą i tak przez zasłonę tylko widzą ten cud kuracji, którą zasłonę, gdy odsuną, ujrzą, że już pacjent będąc za staraniem przeszłego Lekarza do tego punktu przesilenia choroby przyprowadzonym, byłby się zaczął pod jego dalszym dozorem również wzmagać, ale niecierpliwość pacjenta w oddaleniu go, ujęła mu chwały prac jego, a dała ją innemu, albo częstokroć szerletanowi, lub babie, skutek tedy kuracji przeszłego Lekarza uczynił to wszystko, a że o tę porę, kto inszy, lub baba zwaną będąc, dawać swoje lekarstwa poczęła, wydawało się to ludziom, że jej biegłość przechodzi naukę Lekarską i że jej samej pacjent zdrowie swoje winien...”. Muszę to podkreślić, że sformułowania Perzyny były niezwykle pożyteczne, wspomagały zaufanie do lekarzy, uczyły mądrości w odniesieniu do przeprowadzanych przez nich kuracji, działały pozytywnie na stosunki pomiędzy obydwoma wymienionymi powyżej stronami. „Ale ci nie radzę często odmieniać Lekarzy, ale ci nie radzę często zwoływać wielu Lekarzów na konsylia, bo gdzie wiele głów, tam też wiele zdań bywa. Bo kiedy równej umiejętności Lekarze, przecież nie zawdy na jedno się zgadzać zwykli, cóż tu dopiero, gdy nie równej umiejętności Lekarze, przecież nie zawdy na jedno się zgadzać zwykli, cóż tu dopiero, gdy nie równej umiejętności, z tamtymi pomieszany będą? Oto podzielią się na partie w zdaniach i potrzebnyby był Eskulapiusz, aby decyzją dawał, którego by się z ich zdań chwycić należało. Krótko mówiąc: wiele wrzawy i wiele

expensu, a żadnego pożytku dla pacjenta. Chybaby dla jednego Moliера, gdyby żył, przydałby się konsylia Lekarskie, na nowy Tomik Komedii” (s. 267). Perzyną używa tu mocnych słów, ale doświadczenie wskazuje, że jego określenia nic na aktualności nie straciły. Podobnie jak wiele jego innych spostrzeżeń deontologicznych.

„Bywają Lekarze – czytamy w rozdziale zatytułowanym „Pamiętnik Lekarski” (s. 279-280) – którzy nadchodzące niebezpieczeństwa nie poznają, aż gdy już śmierć w oczy pacjentowi zajrzy. Bywają drudzy, który niebezpieczeństwo ustanie powiększają, czym wszystkich przytomnych strachu nabawiają. Pierwsi są to nieuki niczego nie wiadome, na ośleп wszystko czyniące, a takowych, bez podawania swego życia w niebezpieczeństwo, używać nie można. Drudzy zaś nie tak są niewiadomymi, jak bardziej podłego zdania, którzy sądzą, że takowymi krokami zjedną sobie sławę i wziętość; może to być, że ludzie na tym się nieznający oszukują, atoli roztropni takowymi gardzą i od nich stronią”. I to określenia brzmią bezkompromisowe, ale czyż nie słusznie? I czyż opisy przypadków brzmią zupełnie obco?

„Lekarz – czytamy w tym samym rozdziale na stronie 280 – który się chełpi z tym, że nowe wynalazł lekarstwo, które albo powszechnie na wszystkie choroby, albo też szczególnie na jakowy rodzaj choroby którejkolwiek, niezawodnie i każdego czasu pomagać musi, takowy Lekarz albo jest samochwał i bają, albo oszust.” Obawiam się, że i tu możemy postawić te same pytania-komentarze, jak wyżej wymienione. A ponieważ wnioski końcowe przedstawię po opracowaniu trzech naszych wielkich moralistów – przechodzę do drugiej postaci. Jest nią:

II. Franciszek Xawery Ryszkowski

Franciszek Xawery Ryszkowski urodził się w roku 1746, w Krakowie, stopnie naukowe, filozoficzne uzyskał w Akademii Jagiellońskiej, medycynę studiował w Bolonii. Po powrocie do kraju rozpoczął praktykę lekarską. Był lekarzem klasztoru Zwierzynieckiego PP Norbertanek, oraz, jak pisze jeden z biografów: „czasowo był profesorem Akademii”²⁾. Był wydawcą tzw. „Kalen-

²⁾ Na temat Fr.X. Ryszkowskiego pisałem szczegółowo na łamach „Archiwum Historii Medycyny” 1975, XXXVIII, 3-4, 355-360.

darzy krakowskich”, o których Ambroży Grabowski pisze tak: „Znała dobrze szlachta jego kalendarze, pełne przepowiedni o słońcu i pogodzie, zimnie i ciepłe, i podług jego kalendarza ludzie siali, żęli zboże, kosili łąki, a chociaż czasem przy najpewniejszych jego zapewnieniach pogody lał deszcz jak z cebra, on przecież mimo tego uchodził za proroka”. W roku 1786 Ryszkowski wydał pracę pod tytułem: „Stan człowieka Zdrowego Naturalny podług pism sławnych nauką mężów...”. Interesująca nas tematyka deontologiczna znajduje się w rozdziale VI omawianej książki. Nosi on tytuł: „O zdaniu, czyli Krytyce Lekarskiej”. Paragraf pierwszy tego rozdziału nosi tytuł: „O tym, co by czynić powinien Lekarz”. Ryszkowski rozpoczyna w sposób następujący: „Nie jest tu moim zamiarem wybrana z różnych poważnych Autorów krytyką, nauką lekarską opisując, upadłać; a tym bardziej, sławnych doświadczeniami w niej Mężów, satyrycznymi czernić wyrazami”. I dalej: „Między tymi zdaniem najpierwsze jest, ażeby owi, którzy się do tej udają nauki i nią się w czasie zatrudniać chcą, dobrze się wprzód namyśli, jakowej to wagi urząd na ramiona swoje wziąć usiłują”. Albowiem: „Jeśli Lekarz, albo z nieświadomości, albo z niedbalstwa, kogożkolwiek bądź umorzy, np. Teolog lub Sędzia zbłądził, drugi to poprawić zdoła: ale jeżeli Lekarz pokawi, któż złe uleczy i życie zmarłemu przywróci? Dlaczego wybór potrzeba i niedopuszczać do świątyni lekarskiej tych, którzyby sposobnego dowcipu, wielkiej pilności, roztropności i dobrych nie byli obyczajów.”

Powyższy zestaw cech możemy traktować jako jeden z pierwszych w naszej literaturze medycznej zestaw wzorów osobowych. Szczególną uwagę zwraca rozdział pod tytułem: „O tym, czego by chronić powinien Lekarz, poruszający problem wynagrodzeń lekarzy.” Słusznie przeto Lekarzowi podarek się należy, już to za nawiedzanie czyli wizyty, już za drogę, lekarstw przepisy, moźół, czytanie, rozumowanie, myślenie itd. gdyż i owo czci Lekarza, nie o słownej tylko, że tak rzekę; lecz rzeczywistej ma się rozumieć czci... Atoli o zapłatę się z chorym targować, zwłaszcza w chorobach niebezpiecznych i boleściach obkoczonych, zdaje się być rzecz arcy niegodna dobrego Lekarza i raczej zwyczaj szkaradny Charletanów i kuglarzy; którzy, kiedy chory boleści cierpi i czas widzą potem, cokolwiek mogą, szarpią. Toż samo mówić potrzeba o owym nieznacznym domawianiu się u chorego sukni tej lub owej, klejnociku, konia, książki lub innego temu podobnego, domowego sprzętu, by podejrzliwym i źle częstokroć sobie tłumaczącym ludziom nie dał przyczyny do myślenia, żeby to, co chwali, albo chce kupić Lekarz, było mu ofiarowane”.

Problem poruszony przez Ryszkowskiego w wymienionym powyżej rozdziale ma charakter ściśle deontologiczny. Ryszkowski uczy tu zasad postępowania, kultury bycia oraz podstaw etyczno-moralnych. Jego „credo” przedstawiono w typowy dla ówczesnego okresu sposób, brzmi następująco: „Słowem: chronić się usilnie ma każdy Lekarz by zysku więcej, jakby się godziło nie pragnął i sztuki swej, która coś ma w sobie boskiego, ludziom nie przedawał”.

Kolejne zalecenia dotyczą innych problemów etyki lekarskiej „Wystrzegać się także Lekarzowi potrzeba nagłych w wyroczeniach pośpiechu, kiedy ledwo co tylko obaczywszy chorego, z miejsca niby wyroczeniom poświęconego, zaczyna nie jeden, tuż zaraz o choroby tej lub owej rodzaju i przymocie, o zaczątku i skutkach, o lekarstw potrzebie i ich przepisywania sposobie, z wielką przepowiadać wymową: lecz nierównie z większą „nieroztropnością”. Poruszone zagadnienie dotyczy ochrony interesów chorego i jego dobra. Lekarz nie może rozpoznać choroby w pośpiechu, lekkomyślnie, z cechą niedopuszczalną w naszym zawodzie, którą Ryszkowski nazywa „nieroztropnością”. Z wyżej wymienioną powyżej cechą wiąże się następne, poruszone przez Ryszkowskiego zagadnienie, dotyczące konsultacji lekarskich. „Na ostatek, od zbytęznego siebie i swojej szacunku nauki, jako też uporczywego zdania, z pogardą zwłaszcza innych spółkolegów złączonego, usilnie strzec się ma Lekarz, kiedy razem o zdrowiu chorego z nimi się naradza... Statecznym niech będzie i mężnym Lekarz, w przywozdeniu zdania i myśli swojej odkrywaniu, ale nie zaciętym. Więcej bowiem oczów, więcej widzi, a częstokroć z wielu domniemań, jedno powstaje, nad inne zdrowsze i zbawienniejsze... Krótko powiem: powinien Lekarz tak sam, jako i z innymi na Konsultację wezwanymi, ojcowską niejako miłością ukochać owego, który się na jego powierza staranności, jeżeli dobrego męża urząd chce sprawować. Konsultacja albowiem, czyli naradzanie się lekarskie, nie tylko choremu jest nader użyteczne, ale i Lekarzowi honor i wziętość przynoszące”.

Cytowane powyżej fragmenty wykazują te węzłowe problemy deontologii lekarskiej, które Ryszkowski uważał za najistotniejsze dla właściwego wykonywania zawodu lekarskiego. Nie ulega wątpliwości, że niektóre mają charakter uniwersalny i nie straciły na aktualności po dzień dzisiejszy, natomiast w stosunku do ówczesnego poziomu wiedzy i wykonawstwa wybór ten był jak najbardziej prawidłowy. Wyłania się natomiast następujący problem: z jakich źródeł korzystał Ryszkowski? Nie ulega wątpliwości, że zalecenia deontologiczne były oparte na myśli hipokratesowskiej.

Czytając uważnie wywody Ryszkowskiego znajdujemy nazwisko Jana Ludwika Vive'a (1492-1540), czołowego myśliciela, wychowawcę i humanistę epoki Odrodzenia. Vives powoływał się na Hipokratesa i nakazywał, aby się uczyć jego wskazań. Sam pisał tak: „Dobry i mądry lekarz niech wie, że jest jakgdyby przebywającym na ziemi aniołem zdrowia i że w czystości obyczajów i lekceważeniem dóbr ziemskich dorównywać ma niebiańskim istotom. Ręce jego i oczy niech będą nieskalane, podniecony niech nie wylicza, ile pieniędzy zarobi swą pracą. Zaiste bardzo się dziwię, że wśród lekarzy tyle jest żądzы zysku, bo nikt przecież lepiej niż oni nie wie, jak krótkie, szybko mijające i niepewne jest ludzkie życie, jak z błahych przyczyn padają najsilniejsi mężowie, jak niewiele jest korzyści z bogactwa. A cóż wypadnie nam rzec o tych lekarzach, co z żądzы zysku przedłużają choroby? Co może być bardziej nieludzkie? Lekarzy takich zamiast upominać, należałoby jak najsurowiej publicznie karać, nie inaczej niż mężobójców. Bo dlaczego karalibyśmy morderców, a bez kary pozostawałoby przedłużanie choroby ku ruinie czyjegoś zdrowia!” Vives porusza również zagadnienia konsultacji, z czego można wysnuć wniosek, że za jego czasów dobre obyczaje w środowisku lekarskim nie zawsze były przestrzegane. Ryszkowski, spróbuяąc poglądy Vivesa, propagował jednocześnie zasady etyki hipokratesowskiej oraz renesansowego humanizmu. Medycynę stawiał na piedestale sztuki, zwracając jednocześnie uwagę na zagadnienia ściśle praktyczne. Łączył podstawy „uwzniaślające” medycynę z realizacją podstawowych zasad pedagogiki.

III . Rafał Józef Czerwiakowski

Dnia 12 maja 1791 roku z okazji dorocznego obchodu imienin króla Czerwiakowski wygłosił odczyt pod tytułem: „Dysertacja o szlachetności, potrzebie i pożytku chirurgii w pożyciu ludzkim, w wojsku, przy połogach i w nauce lekarskiej”. Odczyt został następnie wydany drukiem. Stanisław August nagrodził Czerwiakowskiego medalem, a w r. 1792 szlachectwem. Czerwiakowski w pełni na nagrody zasłużył, albowiem „dysertacja” jest bowiem rozprawą nie tylko na temat postępowania i zachowanie chirurga, ale i traktatem omawiającym chirurgię we wszystkich jej aspektach: jako nauki i sztuki.

Na stronie drugiej karty tytułowej znajduje się następujące motto:
„Non nobis nati sumus,
Sed Patriae et amicis”,
co oznacza: „Nie urodziliśmy się dla siebie,
lecz dla ojczyzny i przyjaciół”.

Dla Czerwiakowskiego chirurgia nie jest zwykłym wykonawstwem zawodu, jest powołaniem, a ten, kto się poświęca tej dziedzinie medycyny, musi mieć szczególne cechy. I nie może się w żadnym wypadku zasklepić li tylko do zagadnień ściśle fachowych. Musi dbać o „uformowanie” serca i obyczajów. Potrzeba więc – pisze Czerwiakowski – aby chirurg miał serce przeniknione miłością ludzi, albowiem stąd bierze się ów wielki i ważny przymiot, który zamyka się w zdaniu: „być użytecznym bez wyjątku każdemu”. Czerwiakowski wymienia następujące cechy chirurga: stateczność, i czułość, cierpliwość i wyrozumiałość, skromność, niechciwość, wstrzemięźliwość życia i ochędóstwo. Każda z nich opatrzona jest arcyciekawymi komentarzami, których wybrane fragmenty przytoczę.

1 Stateczność i czułość. Czerwiakowski porusza tu problem pracy chirurga, który i dziś budzi wiele kontrowersji, a mianowicie „przejmowanie się i nieprzejmowanie” cierpieniem pacjenta. Czerwiakowski cytuje tu pogląd Celsusa, który twierdził, iż chirurg musi mieć umysł: „- nieustraszony i nielitościwy”, tak, aby wobec chorego „Nie dał się uwieść jego jękom, aby... wszystko tak wykonywał, jak gdyby jęczenie żadnych w nim nie czyniły wrażeń”. Celsus, co prawda, nawoływał, aby chirurg działając „nigdy uzdrowienia swojego chorego nie spuszczał z oczu”, ale nie łagodzi to ich ostrości. Czerwiakowski uważał, że większość chirurgów poglądy Celsusa najzupełniej wulgaryzuje i ta właśnie wulgaryzacja powoduje zwykłą „nielitość”. To jednak zważyć należy – wyjaśnia Czerwiakowski, że nielitość nie ma być przywarą natury lub też płodem złego wychowania, ale owocem przeświadczenia, że inaczej stałby się szkodliwym, a nie pomocnym choremu, jako też silnego upragnienia aby to wszystko, co się dzieć powinno, działa się ku prawdziwemu jego dobru”.

2. Cierpliwość i wyrozumiałość. Cechy bardzo istotne i ważne w osobowości chirurga. „Za pomocą tego szacownego – pisze Czerwiakowski – nie zrazi on się od bliźniego ani przykrych wyrzutami, które usłyszy, ani samą nawet zniewagą, która go od przyjętego boleścią chorego i nie posiadającego się

w niej lub w długiej kawęczącego chorobie, albo wreszcie od nierozumnego i dumnego spotkać może”.

3. Skromność. Chętność, pycha, zawiść zawodowa, zniesławianie kolegów. Czerwiakowski staje się coraz bardziej nowoczesny. „Cóż dopiero – pisze – jeżeliby do jego chętności i pychy dołączyły się cele poniżenia drugich, jednegoż z nim powołania osób? Uściele on sobie drogę do zarobienia na powszechną nienawiść, straci sam na szacunku i wziętości i gdyby nawet zalecały go prawdziwe talenta, za szarlatana w końcu uchodzić będzie”.

4. Niechciwość. „Chciwość jest dla lekarza źródłem wzgardy – stwierdza bezkompromisowo Czerwiakowski – dla ludzkości cierpiącej niepoliczonych szkód początkiem. Chciwy koniecznie i razem podłym człowiekiem być musi. Ta obmierzła przywara nadaje sercu chirurga hart nieużyteczności i niemiłosierdzia. Tam on się tylko ciśnie i czołga, gdzie znaczne upatruje zyski, a od bolejącej nędzy odwraca nieczułe oczy”.

Eugeniusz Grzelak, badacz osiągnięć Czerwiakowskiego na polu chirurgii wojskowej, stwierdza, iż jego troska o zdrowie chłopów i biedoty wiejskiej przeobraża się w wyraźny radykalizm społeczny. Jest to napewno słuszna opinia, albowiem Czerwiakowski potępiając cytowane powyżej przywary chirurgów, daje zarazem wyraz swoim poglądom społecznym: „O, biedacy! – pisze – Cóż by się z wami działo, gdyby przeznaczeni do ratowania was chirurgowie wszyscy tym bezecnym trądem duszy zarażeni byli. A przecież w waszej to pracowitej klasie najczęściej chirurg mieć musi do czynienia. Przepalacie w polu pod słońca upałem głowy, na cudzej postudze w trzaskające mrozy różne ciała waszego części odmrażacie, łamiecie z niebezpiecznych rusztowań dachów kości, ostrym i ciężkim żelazem obcinacie i ranicie swe członki, pod ciężarem targacie mięśnie, błony i wnętrzności i wy sami w każdej prawie chwili i dziatki wasze, sobie i Boskiej straży zostawione, na ileż nie są wystawione okazji rozlicznego kalectwa: ukąszenia od wściekłych zwierząt, od jadowitych gadów, gdzie częstsze, jeżeli nie pomiędzy wami, miewają miejsce”.

Inny fragment, związany tematycznie z omawianym zagadnieniem dotyczy zarówno szlachetności chirurgów, jak i ich roli społecznej „Bogacz płacący, nagradzając starannie, mniema, że wolność i szacunek zapłacił, i im więcej daje, tym mniej poważa, nie ceni sztuki, bo jej pospolicie nie zna i na jej niskie posługi patrzy dumnie z wysokości miękkiego i czynnego swojego zbytku. Przystoi więc, aby się tam tylko cisnąć, gdzie się jest chirurgiem dla możnych, ale dla ubogich?” Słowa powyższe są gwałtowne, tak gwałtowne,

jak gwałtownym z usposobienia, był sam Czerwiakowski. Jego wypowiedź na temat tych lekarzy, którzy goniąc za bogactwem, pieniędzmi, korzą się wobec „możnych” i poniżają, jest zdecydowana i bez możliwości odwołania. Czerwiakowski potępia, ale i zarazem wskazuje kierunek działania. Jego celem jest dobro chorego.

5. Wstrzemięźliwość życia czyli życie bez rozpusty i pijaństwa. „Rozpusta i trunek – pisze Czerwiakowski – zadają śmiertelny cios jego zdolności, jego talentowi i wziętości... W osłabionym niewstrzemięźliwością ciele musi się zatępieć pamięć i wszystkie władze, zginie przytomność i odwaga, ustanie prędko bystrość oka i pewność ręki” I dalej: „Ale ktoż osobliwie powierzać się zechce temu, którego zmysły i rozsądek zbytecznym używaniem upajających trunków jest zawsze zalany? Biada będącemu w ostatniej wezwania go potrzebie! Ale i zwierchność sama nie powinna by patrzeć obojętnym okiem na chirurgów z tak nieszczęśliwego i szpetnego razem znanych nałogu i żadnej praktyki onymże pozwalać, jeżeli szczerze pragnie dobra podległych i zna się na nim”.

6. Ochędóstwo. Czerwiakowski zachęca ochędóstwo, czyli po prostu czystość. Ale to, że chirurg musi być czysty i czyste również muszą być jego narzędzia, Czerwiakowskiemu nie wystarcza. Chirurg musi dbać i walczyć o czystość wszędzie, gdzie jest. Musi jej pacjentów uczyć, musi o tych zaleceniach pamiętać w domach biedoty, tam, gdzie znajdują się chorzy i „niedostatek wszystkich domowych pomocy, użyciu jego potrzebnych, panuje”.

Zapowiedziałem powyżej komentarz. Nie sądzę jednak, aby był potrzebny. Wszystko, co można było powiedzieć na temat deontologii lekarskiej powiedzieli lekarze XVIII i przełomu XVIII-XIX stulecia. Rzecz w tym, aby ziściło się to, czego pragnęli, czego uczyli i o czym marzyli.

D.J. Larrey¹⁾

Fragmety Pamiętników, dotyczące kampanii rosyjskiej r. 1812 (tłumaczył Wiesław Stembrowicz). Część II.

„Ewakuowaliśmy się w kierunku Możajska pod eskortą dywizji piechoty gen. Claparade. Posuwali się z nami wszyscy ranni i chorzy, zdolni do transportu. Niezdolni pozostawali w hospicjum „Dzieci znalezionych”. Do opieki nad nimi zobowiązałem oficerów służby zdrowia z trzech dywizjonów ambulansów. Skierowałem też licznych chirurgów francuskich, zamieszkałych od dłuższego czasu w Moskwie, by troszczyli się o rannych żołnierzy rosyjskich. W ten sposób zyskali oni przychylność rządu rosyjskiego. Większa część Francuzów, zamieszkałych w Moskwie, pociągnęła jednak z konwojem chorych pod specjalną ochroną dowódcy dywizji, któremu taki rozkaz wydał Napoleon. Zamierzam dowódcy naszej armii było bez wątpienia atakowanie nieprzyjaciela, by pobić go w drodze do Kaługi i w ten sposób zapewnić sobie powrót przez Ukrainę do Polski. Obawa przed brakiem wyżywienia i pamięć o niedostatku skłoniły wszystkich żołnierzy do robienia zapasów. jedni obładowywali swe pojazdy, inni konie, załadowywali torby. Nigdy wojsko nie było obciążone taką liczbą wozów... . Wilgotna, dżdżysta pogoda sprawiała, że pojazdy stawały się jeszcze cięższe, do tego dołączył się nieporządek, gdyż każdy chciał zachować swe zasoby. 23 września wieczorem połączyliśmy się z naszą ariergardą. Wtedy nieprzyjaciel opuścił swe stanowiska i ruszył w stronę Kaługi. Książę Eugenisz, dowodzący awangardą, skierował się na drogę idącą poprzecznie do Małojarsławca, niewielkiego miasta, położonego na przełęczy w górzystej okolicy tam, którą wojsko Kutuzowa musiało przechodzić. Wiarołomność przewodnika i złe drogi spowolniły nasz marsz, a tymczasem przeciwnik znalazł się na przełęczy dwie godziny przed korpusem księcia. Nasz generał, wszelako, przekroczył rzekę, okrążył wzgórze, gwałtownie zaatakował i po

¹⁾ Baron D.J. Larrey, dr medycyny i chirurgii, Naczelný Chirurg Wielkiej Armii i Gwardii Cesarskiej. Memoires de chirurgie militaire et campagnes du baron D.J. Larrey, t. IV, Paryż 1817.

krwawej walce owaładną przełęczą, ale za późno, ponieważ większa część oddziałów rosyjskich zdołała odejść. Była to jedna z bitew, która w tej właśnie wojnie przyniosła dużo chwały. Rosjanie stracili wówczas więcej, niż 6000 ludzi, pojmano też sporą liczbę jeńców. Po naszej stronie zginęło wielu zastużonych żołnierzy, a między nimi generał ... Dalzon, towarzysz mój, jeszcze z Egiptu... Mieliliśmy około 2000 rannych, w tym licznych wyższych oficerów. Rannych opatrzyliśmy na polu bitwy, następnie przewieźliśmy ich za armią w specjalnych wozach, ściągniętych z Moskwy”.

W tym miejscu, elegancki, jak zawsze Larrey, dziękuje wszystkim chirurgom wymienionego korpusu oraz gwardii za doskonałą działalność...

„Kwatera główna i gwardia przybyły do Małojarosławca pod koniec akcji bojowej, by być świadkami zwycięstwa księcia Eugeniusza. Zagwoźdzono armaty zdobyte, spalono jaszczce i po dokonaniu paru rekonesansów posuwano się dalej za nieprzyjacielem... do Kaługi. Postanowiłem przewieźć rannych rosyjskich do Małojarosławca, niestety nie mogłem się nimi zająć, musiałem ruszyć dalej, ufając, że zajmą się nimi rodacy. Sztab generalny i gwardia wycofały się tego samego wieczora, by znaleźć się w tę bezsenną noc na pozycji w sporej wsi, oddalanej o 2 mile od pola bitwy. Podążyłem razem z nimi, dając do dyspozycji ambulans, by przyjmował rannych po stoczony bitwie. Następnego dnia, o świcie, Napoleon, powracając z Małojarosławca, w którym spał książę, został otoczony wraz ze swoją eskortą przez kilka tysięcy Kozaków, którym gęsta mgła utrudniła jego rozpoznanie. Odezwało się wiele armat, wtedy raniono wielu strzelców konnych. Sam Napoleon był w wielkim niebezpieczeństwie. Kawalerzyści gwardii rozpoznali wroga, nie szczędząc waleczności, rozproszyli go i stłumili ogień artyleryjski... Potem już przeprawialiśmy się przez kraj bardziej przyjemny, zamożniejszy, zamieszkały. Należałoby wówczas dalej kontynuować marsz w tym kierunku, przedostać się na Ukrainę i dalej na zachód. Napoleon, bez wątpienia, pragnął jednak ocalić rannych i chorych, a mieliśmy ich dużo w ambulansach Możajjska, Gzacka, Kołocka, Wiaźmy..., i wiedząc o pojawieniu się Tormasowa, który przerwał komunikację z Boryszowem, zdecydował się wybrać drogę poprzednią. Była to przyczyna dużej troski dla całego naszego wojska. A wojsko przedstawiało się okropnie mizernie w tej niezmierzonej przestrzeni, w kraju opustoszałym i zrujnowanym... Wkroczyliśmy do Możajjska. Tam przebywało wielu chorych z obu narodów. Zdolni do maszerowania lub do przewożenia, zostali ewakuowani. Innych zgromadziłem w szpitalu i tam się ich pozostawiło, jak również rannych

Rosjan z oficerami służby zdrowia, pod taką opieką, jaką można im było zapewnić. Znaczna część taborów armii zaginęła i tylko niewielką ilość sucharów i mąki można było rozdzielić... Z chwilą opuszczenia Możajaska, rozpoczęły się wiatry, mróz narastał. Przechodząc przez tereny bitwy o Moskwę, przez pobojowiska, widzieliśmy wiele ofiar, już zamarzniętych... Odnaleźliśmy blisko drogi, w sąsiednich wioskach oraz w klasztorze w Kołocku nasze ambulanse... W jednym z nich przebywali oficerowie rosyjscy, o których już mówiłem. Rany już wyleczyli i niektórzy z nich wyszli na nasze spotkanie, by oświadczyć mi swe uznanie. Prosił o pozostawienie ich w ojczyźnie, na co z łatwością otrzymałem pozwolenie. Ofiarowałem im nieco srebra, by starczyło na niedaleko będący ambulans żydowski, na rzeczy pierwszej potrzeby, by doczekali się przybycia swych towarzyszy. Poleciłem im wtedy naszych chorych, wierząc, że zaopiekują się nimi i nie zapomną oddanej im przysługi. W Kołocku poczyniłem tak samo, jak w Możajsku. Nocą postanowiłem operować pewną liczbę rannych ze strzaskanymi kończynami i głębokimi owrzodzeniami członków. Inaczej zmarliby. Poukładani na wozach, posuwali się za pojazdami kwatery głównej. Towarzyszący im oficerowie służby sanitarnej byli zobowiązani opatrywać ich codziennie. Niedostatek wszelkich środków był duży, padał śnieg, a mróz stale się zwiększał. To właśnie wtedy rozpoczął się rozkład armii, której już nie można było ponownie zespolić... Droga stawała się ciężka z powodu śniegu, a żołnierz cierpiał bardzo na biwaku. W Wiaźmie rozdzielono nieco mąki oraz małe ilości chleba. Kwatera główna i gwardia pracowały 24 godziny, by pozwolić odpocząć oddziałom i rozdzielić nieco żywności, pozostającej w miejscowych magazynach. Po opatrzeniu rannych obu narodów, zaczęliśmy ewakuację naszych, będących w szpitalach, kierując ich ku Francji, natomiast niezdolnych do transportu umieściliśmy w mocnych budynkach, zabezpieczonych przed pożarem, który bezustannie pojawiał się w związku z konstrukcją drewnianą domów, bądź też nieostrożnością żołnierzy, lub zaproszeniem ognia z biwaków, jakie rozwijano blisko domów. Oto jedna z nieustających klęsk wojny, powtarzających się we wszystkich kampaniach zimowych. Brakowało nam środków transportu. Dowódca armii oddał do naszej dyspozycji skrzynie powozowe i pojazdy do przewożenia rannych. Chirurdzy i lekarze jego przyboczni zostali zobowiązani do towarzyszenia rannym... Jestem winien im pochwałę... Ariergarda, dowodzona przez księcia Eugeniusza, postępowała zaraz po naszym przybyciu do Wiaźmy, miasta prawie w popiołach, wypełnionego resztkami wypalonych domów, co utrudniało i tak mozolny bardzo marsz,

szczególnie dla pociągów artyleryjskich. Liczne dywizje rosyjskie, które pojawiły się na pobliskich wzgórzach przed opuszczeniem go przez nasze oddziały straży tylnej, skorzystały z tej okazji i zaatakowały. Atak był bardzo przykry, miał miejsce podczas zachmurzenia i rozciągającej się mgły. Tak więc, oddziały 4 korpusu zmieszały się z Rosjanami i w rezultacie rozwinęła się straszliwa utarczka. Wydarzenie to było jedną z przyczyn utraty naszych rannych, przynajmniej należących do 4 korpusu i pewnej części rodzin francuskich, uprzednio mieszkających w Moskwie, a nam teraz towarzyszących. Korpus marszałka Ney'a zastąpił korpus księcia Eugeniusza, całkowicie załamanej tą katastrofą. Tymczasem armia, już w większym porządku, kontynuowała marsz, lecz brak zaopatrzenia i mróz dawały się odczuwać coraz bardziej. Ranni i ludzie osłabieni poddawali się tragicznemu losowi. Konie, prawie pozbawione furazu, ciągle ginęły podczas biwakowania, a często, nie zważając aż padną, były zarzynane. Mięso tych zwierząt, pieczone na biwaku, służyło do zaspokojenia głodu. Przybyliśmy nad Dniepr koło Dorohobuża. Miasto było spalone prawie w 3/4 i nie ofiarowało nam nic poza odpoczynkiem. Tam odnaleźliśmy sporo rannych, dla których wyszukaliśmy z trudem nieco mąki i chleba. Zdolni do marszu, towarzyszyli wojsku, zaś niezdolni do transportu, byli ulokowani w mocniejszych i lepszych domach. Niestety, niektórzy z nich padli ofiarą pożarów późną nocą, gdy te wybuchły w budynku sąsiadującym z naszym ambulansem. Gwałtowny ogień strawił w krótkim czasie całą moją kwaterę. Wyszedłem z tego quasi szpitala, przedzierając się przez płomienie i natychmiast zająłem się ratowaniem chorych wszystkimi środkami, jakie były dostępne i na jakie pozwoliła siła rozszerzającego się pożaru...”

„Armia wkroczyła do Smoleńska 12 listopada. Żołnierze żywili się głównie mięsem z padłych koni, liczone się, że koniec nieszczęść nastąpi wreszcie, gdy wojsko osiągnie ziemie dawnej Polski. Wierzone, że w Smoleńsku będą pełne magazyny, nastąpi wypoczynek parodniowy, niestety, nadzieje nasze nie ziściły się. Z trudnością udało się znaleźć nieco żywności dla rannych i chorych, którzy zapełniali szpitale. Armia prawie nie zatrzymywała się i kontynuowała marsz. Poczęły się wówczas okropności, staliśmy się ofiarami tego fatalnego odwrotu. Żołnierze, przyciśnięciu głodem, brakiem wszystkiego, co jest potrzebne do życia, po sforsowaniu bram miasta i wtargnięciu do magazynów z niewieloma kiepskimi sucharami, byli zawiedzeni. Położenie oficerów służby zdrowia było szczególnie opłakane. Zobowiązani wraz ze mną do opatrywania licznych rannych, będących w szpitalu, nie byli w stanie zdobywać dla siebie

żywności, gdyż brakowało też jej samym chorym. Niemniej, byłem dość szczęśliwy, gdyż nabyłem za wielką cenę dwa worki mąki, którą rozdzieliłem pomiędzy najbardziej potrzebujących kolegów. Zorganizowałem służbę w szpitalach, pod moim okiem operowano... W Smoleńsku pozostawiłem 50 chirurgów, by opiekowali się chorymi. Ledwie otrzymaliśmy rozkaz wymarszu, gdy naszą ariergardę zaatakowała rosyjska awangarda, która wtargnęła do Smoleńska 15 listopada. Stawiono jej silny opór, a w tym czasie armia opuściła miasto, oddalając się na pobliskie wzgórza. Wtedy nowe zajście: przyspieszając marsz, część pojazdów, również tych ze skarbem, posuwając się drogą, biegnącą w poprzek, by przepuścić wojsko, wpadła w zamieszanie. Skorzystali z tego Kozacy, biorąc łupy. Mróz stawał się przenikliwy. Skala termometru Reaumur'a wskazywała temperaturę poniżej minus 19°. Wiatry północno-wschodnie dmuchały potężnie. Te pierwsze mrozy pojawiły się prawie nagle i były niebezpieczne dla naszych licznych młodych ludzi, a przede wszystkim dla zwierząt, które często znajdowano już martwe wśród śniegu na poboczu dróg. Ci z naszych towarzyszy, którzy zachowali niezłą kondycję, by maszerować, a posiadali trochę kawy i cukru, mniej narażali się na niebezpieczeństwo. Zwyczajne ćwiczenia zapobiegały drętwieniu członków, utrzymywały ciepło... Tymczasem, mróz chwytał osoby jadące konno, lub siedzące w powozach, tak że w krótkim czasie zapadały one w stan odrętwienia i ociężałości. Więcej, po zbliżeniu się do ogniska na biwaku, nie odczuwali oni działania ciepła na części ciała zamrożonego. To stawało się przyczyną powstawania zgorzeli. Ja, szczęśliwie, uchroniłem się od tego nieszczęścia, idąc cały czas pieszo, odczuwając satysfakcję z zachowanego wewnętrznego ciepła. Między Smoleńskiem a Krasnym było około 24 mil odległości i na tej drodze nie zauważono żadnych osad z ludźmi. Wszystko było spalone, ziemia pokryta śniegiem, a mróz zwiększył się o 2 stopnie. Wojsko odpoczywało przez kilka godzin w lesie, przez który przechodziło. Cierpieli wszyscy z powodu głodu i niskiej temperatury. Maszerując, poszukiwało się zwłok końskich, a zbiegły koń bywał natychmiast zatłuczony i jeszcze na pół żywy rozczwiartowany... Podział tej zdobyczy wywoływał niejednokrotnie bijatykę. Kobiety przewycięzały wszelkie przeszkody, by uzyskać swoją część. Armia, będąca w stanie rozkładu od chwili wymarszu ze Smoleńska, utraciła wielu ludzi... Mróz i głód były głównymi przyczynami śmierci. Kozacy z łatwością atakowali pojazdy i zaprzęgi artyleryjskie, rozpraszając je bez kłopotu, a zlodowaciałe drogi przysparzały trudności naszym żołnierzom. Mieliśmy nadzieję znaleźć żywność w Krasnym i tam pozostawać przynajmniej 24 godziny. Zawiedliśmy się. Już następnego dnia, 17 listopada o świcie, odszukała nas

armia rosyjska, bardzo liczna, prawie nas otaczając. Trzeba było stoczyć bitwę, by dalej przeprowadzać odwrót oraz udowodnić nieprzyjacielowi, że nie jesteśmy bez środków do obrony, jak mógł on sądzić. A więc ariergarda i stara gwardia wytrzymały natarcie... Około 12 setek rannych przewieziono do szpitala w Krasnym. Jeśli ktokolwiek pozostał w tej miejscowości z dawnych mieszkańców, to w większości Żydzi. Operowałem najciężej rannych i opatrzyłem pozostałych. Brakowało nam prawie wszystkich środków, by pomóc im w pierwszej potrzebie. Jakże ranni ci cierpieli po naszym odejściu! Pozostałem przy nich oficerów służby zdrowia, a nieliczni lekko ranni poszli z nami. Po bitwie należało śpiesznie szykować się do marszu, by uniknąć ponownego ataku i najprędzej trafić do miejscowości zamieszkałych i posiadających magazyny. Całe prawie wojsko było bez broni, panował nieporządek. Jednak gwardia, aczkolwiek zmniejszona do połowy, a może więcej, zachowała broń, poczucie dyscypliny. To właśnie ona uważała za konieczne maszerowanie oddzielnymi kolumnami i nieprzyjaciel czuł przed nią respekt, choć nie przestawał postępować za nami i nas nękać. Gdy opuszczaliśmy Krasne, temperatura podniosła się do 12° i dlatego zimno mniej nam dokuczało. Byliśmy bardzo zmęczeni z powodu padającego obficie śniegu, wyczerpani głodem. Zwierzyńę napotykałiśmy bardzo rzadko, znalezienie żywności w wioskach sprawiało trudności, a partyzanci przeszkadzali w jej zdobyciu. Nie zatrzymywaliłiśmy się nigdzie, czasem tylko na kilka godzin w nocy w miejscach, gdzie była jakaś żywność lub nieco drewna. Przeszliłiśmy szybko przez Dorohobuż, małe miasto, zamieszkałe przez Żydów. Tam udało się nam kupić trochę marnej gorzałki i chleba. W założonym ambulansie mieliłiśmy duzo chorych. Wszyscy, zdolni do marszu, postępowali z armią. Liczni pozostali pod opieką oficerów służby zdrowia. Szczęśliwie pożar, który nagle powstał, nie tknął szpitala. Ostatni raz przekroczyliłiśmy Dniepr po przybyciu do Orszy. Szczęśliwie, most nie był zniszczony, a rzeka nie pokryła się jeszcze lodem. Cała armia, osłaniana przez gwardię, przeszła most bez przeszkód. Prawdą jest, iż ariergarda pod dowództwem marszałka Ney'a wstrzymywała rosyjskie oddziały, posuwające się za nami. W momencie, gdy marszałek był bliski połączenia się z całą armią, został otoczony i wezwany do poddania. Przerwano łączność z korpusem marszałka Ney'a..." „4-godzinny postój nasz w Orszy przebiegł bez jakichś zdarzeń, ale wzrastał niepokój. W Orszy udało się nam znaleźć nieco zasobów, które posłużyły przede wszystkim rannym. Prawie wszyscy ci, którzy postępowali z armią, zostali zatrzymani w szpitalach tej miej-

scowości. Ja, całą noc i dzień następny spędziłem na opatrywaniu rannych i baczeniu na ich stan. Pozostawiłem z nimi wystarczającą liczbę oficerów służby zdrowia. Wojsko kontynuowało marsz w kierunku Toleczehyna (?) i trzeba było ochraniać most na rzece, nie tracąc nadziei ujrzenia nadchodzącej ariergardy. Rzeczywiście, pewien oficer, wysłany przez marszałka Ney'a, zawiadomił nas, że nieustraszeni żołnierze mimo wielkiej liczby nieprzyjaciół, którzy osaczyli korpus, zdołali złamać kolumny rosyjskie, przerąbać sobie przejście i zbliżają się do brzegów Dniepru. Ujrzyliśmy ich z najwyższą radością. Odwrót nasz stawał się jednak coraz trudniejszy. Konie artyleryjskie były słabe, drogi trudne do przebycia. Przybyliśmy do Toleczehyna (?) ... w magazynach jego znaleźliśmy znaczne ilości mąki i gorzałki. Tymczasem, dowiedzieliśmy się, iż drugi korpus marszałka Victora połączył się z naszą awangardą, ale jednocześnie dano nam znać o przybyciu do Borysowa wojska Tormasowa. Marszałek Victor przerwał marsz, sformował ariergardę i w ten sposób jakby uzupełnił korpus marszałka Ney'a, bardzo już wyczerpany...

Pogoda psuła się coraz bardziej, wiały silne wiatry, mróz stawał się coraz ostrzejszy. Po drugiej stronie rzeki znajdowało się miasto Borysow, zajęte przez Tormasowa, który strzegł pilnie prawego brzegu Berezyny, pozycji nie do zdobycia i poza zasięgiem naszych dział. Tak więc droga odwrotu była przerywana, a natarcie niemożliwe. Należało w rezultacie przekroczyć Berezynę o 2 mile wyżej, tak by wykonać demonstrację ataku w tym czasie vis-à-vis nieprzyjacielskiej armii. Miejsce przeprawy wybrano na przeciw bardzo dużej wsi, zasobnej w prawie wszystkie konieczne materiały do zbudowania mostu... Czekać na jego zbudowanie, kwatera główna wraz z gwardią rozłożyły się nocą z 24 na 25 w pałacu księcia Radziwiłła, mniej więcej w odległości 1 mili od zamierzonej przeprawy. Wspomniany pałac wraz z przyległościami zajmował wschodnią część pagórka, położonego nad rzeką, na lewym jej brzegu. Folwarki właścicieli pałacu były pełne paszy, wypasało się dużo bydła. Okazało się to wielką pomocą dla pozostałej jeszcze kawalerii i gwardii. Znalazło się też trochę mąki i sporo suszonych jarzyn. Biwakowałem w otoczeniu gwardzistów. Niebo było pogodne, mróz dość dotkliwy. Zobowiązany do objeżdżania w nocy terenu, zajętego przez wojsko, by wizytować rannych, mogłem bez trudności obserwować wszystko, co nas otaczało. Zastanawiałem się nad zjawiskiem komety. To świetliste ciało sprawiało wrażenie, iż zstępuje w kierunku bieguna północnego. Zniknęło ono tej nocy i nie pokazało się więcej. Spozregano je w wielu miejscach Europy, zwłaszcza w Lipsku. Tymczasem

ukończono 2 mosty. Po I i II korpusie przeszła nimi gwardia i zajęła przeciwny brzeg bez trudności. Gdy przechodziły armaty dużego kalibru, jeden most zawalił się jednak, musiano więc wstrzymać przetaczanie pozostałej artylerii, pojazdów i ambulansów. Wypadek ten wywołał strach u wszystkich, którzy pozostali po lewej stronie rzeki. W chwili tego zamieszania korpus Wittgensteina uderzył we francuską ariergardę. Broniła się ona jak mogła, mimo dość mocnej pozycji rozpoczęła jednak odwrót, co w konsekwencji w dużym stopniu ułatwiło nieprzyjacielowi zbliżenie się. Jego kule armatnie i granaty o niesłychanej sile uderzały w czoło mostu, szybko wciąż naprawianego. Przejście mostem stawało się niemożliwe, a to z powodu natłoku ludzi i zamieszania. Tłoczono się, zderzano się ze sobą, jedni rzucali się na drugich, silniejszy obalał słabszego, a ten bywał rozdeptywany przez tłum i wózki artyleryjskie. Wywracano pojazdy, łamano je. Szczątki wozów przygniatały woźniców i jeźdźców. Ze wszystkich stron dały się słyszeć złorzeczenia. Szczyt nieszczęść nastąpił, gdy most źle naprawiony, załamał się po raz drugi. Wydawało się, że nadzieja ocalenia zniknęła, że wszyscy ludzie zginą. Żołnierze rzucali się na lód, sądząc, że w ten sposób ocalą życie przekroczywszy rzekę. Korzystali też z kry, lecz gdy byli prawie na przeciwnym brzegu, lód pękał, a oni znikali pod wodą. Niektórzy próbowali przepłynąć Berezynę, tonęli jednak odrętwieni mrozem i wyczerpani niedostatkiem. Bardziej odważni i roztropni wracali, by oddać się w ręce Rosjan, odwracając się od straszliwego widowiska, jakie mieli przed oczyma. Przejście przez Berezynę kosztowało życie wielkiej liczby ludzi. Mimo prawie nieprzezwyciężonych trudności, ponownie przeszedłem jednym z mostów w parę godzin przed jego zerwaniem w zamiarze przewiezienia na prawą stronę rzeki wielu skrzyń z instrumentami chirurgicznymi, a te były nieodzowne dla rannych. Moja krótka podróż mogła kosztować życie. Byłem bliski śmierci w tym tłoku, posuwając się niezwykle wolno, ale jakoś mi się udało. Niejeden pospieszył poprzeć moje wysiłki. Skrzynie niesione i podawane przez żołnierzy, były świadectwem okazywanego mi przywiązania. Zapomniałem wtedy o niebezpieczeństwie, a nawet o utracie ekwipaży. Korpusy armii, które jako pierwsze przekroczyły Berezynę, zaskoczyły nieprzyjaciela za Borysowem. Rosjanie wytrwale przeszkadzali w przeprawie i nie byli skłonni do opuszczenia miasta i starali się nie ustępować nam drogi. To czyniło, że pozycje nasze były trudne do utrzymania i ponieśliśmy znaczne straty. Już w pierwszej bitwie 3000 Rosjan dostało się jednak do niewoli. Z naszej strony obliczyłem około 600 rannych, których po opatrzeniu umieściłem w przyległej

wiosce. Wsteczny ruch, jaki uczynił Tormasow, aby ułatwić sobie odwrót, a również powstrzymać nasz marsz, zdecydował o drugiej bitwie, którą wydał przede wszystkim korpus księcia Poniatowskiego. Wśród ciężiej rannych w tej bitwie znajdował się gen. Zajączek, jeden z najstarszych generałów polskich w służbie Francji. Brał udział w wojnach we Włoszech, w Egipcie i całej północnej Europie. Przyjąłem go do ambulansu na polu walki. Ten dzielny generał miał strzaskane kulą prawe kolano. Rana ta wymagała natychmiastowej operacji. Dokonałem jej pod ogniem artyleryjskim, na śniegu podczas bardzo ostrego mrozu. Zakończyła się ona nieoczekiwanym sukcesem. Polska może być dumna ze znakomitego żołnierza, jednego z wielu, jakich posiada, a liczył on ponad 80 lat (Larrey pomylił się, Zajączek wtedy liczył lat 60.).

Z wyjątkiem niektórych żołnierzy, śmiertelnie zranionych, których pozostawiłem pod opieką we wspomnianej wsi, pozostałych natychmiast ewakuowano do Wilna saniami, wyszukаныmi u mieszkańców. Wykryto drogę do tego miasta, bezpieczną i nie niepokojoną przez Tormasowa. Przede wszystkim przewożono rannych. Ciężko było z pojazdami, gdyż wszystkie pozostały nad Berezyną... Przemarsz przebiegał szybko przez przepastne lasy i miejsca bagniste, często przerywane rzekami i strumieniami, mimo że mosty były bardzo liczne. Niewątpliwie nie mieli by trudności Kozacy, z małą liczbą armat ... Udało się nam przejechać bez szczególnych przeszkód i zdarzeń. Na dużej drodze, prowadzącej do Smorgoń znaleźliśmy się dwa dni przed Tormasowem. Smorgonie, to niewielkie miasto, godne uwagi. Mieści się w nim szkoła tresury niedźwiedzi. Tędy przejeżdżał Napoleon w drodze do Francji. Dowództwo armii powierzono księciu Joachimowi. Od czasu naszego przekroczenia Berezyny, mróz stale rósł ... W dniu przybycia do Smorgoni sypał śnieg, krystalizujący się w formie gwiazd, co zapowiadało niezwykle zimno. W nocy ... rteć opadła aż do 18°, zaraz potem gwałtownie obniżyło się do 19°, 20°, 21° w skali Reaumur'a. Następnego dnia maszerowaliśmy 6 godzin, by o dogodnej porze znaleźć się na trakcie, prowadzącym do Oszmiany, dość sporego miasta, w którym napotkaliśmy garstkę Żydów. Od nich kupiliśmy kiepskiej gorzałki i chleba. Mróz wzrastał. Jeszcze przed wkroczeniem do Smorgoni, rzeki zupełnie zamrzły. Gdy znaleźliśmy się w Oszmianie, termometr mój wskazywał 25°. Byłem zadowolony, iż przebyłem tę fatalną noc w ciepłym pokoju na wiązce słomy. Podzielił się wtedy ze mną jakimś pożywieniem stary kompan z Egiptu, p. Pla (był bardzo serdeczny). Następnego dnia przed brzaskiem termometr wskazywał 27°. Ten, kto tracił równowagę, upadał na ziemię,

wpadając w stan odrętwienia, związanego z lodowatym zimmem. Na drodze napotykalismy wielką liczbę zmarłych żołnierzy 12 dywizji, która wyszła na nasze spotkanie do Oszmiany. (Dywizja ta, dowodzona przez generała Loison'a, opuszczając Wilno, liczyła 12 000 ludzi, do Francji powróciło nie więcej, jak 360.). W Oszmianie pozostawiłem wraz z pewną liczbą oficerów służby zdrowia tych wszystkich rannych, którzy nie chcieli iść z nami. Bolesne było widzieć ich ginących na drodze. Z wyjątkiem pewnych oddziałów elity gwardii, która zachowała swe płaszcze, okrycia, obuwie i rękawiczki, całe pozostałe wojsko cierpiało okropną biedę. Bez broni, bez żadnych oznak, świadczących o jednostce wojskowej... Żołnierze, przemęczeni przedstawiali jedynie masę ludzką, której wydawało się, że maszeruje jako zespół. Mróz i osłabienie, a więc konieczność wzajemnego podpierania się, przytulania. Nie było nic bardziej dziwnego, niż ubranie żołnierzy... opatuleni kawałkami futer, płaszcze o różnych kolorach... Ogień, rozniecany na biwakach, strawił powoli wierzchnie okrycia... Nie było żadnych możliwości ich reperacji... Larrey wraz z pozostałościami armii maszerował dalej, mróz trwał stale, temperatura wynosiła nocą 28°, „pokrywając kryształkami wszystkie włosy ciała i ubrania...” „...Pobocza drogi były zaśłane zmarłymi żołnierzami, padłymi w nocy z 8 na 9 grudnia. Należeli oni do 12 dywizji, składającej się głównie z młodych ludzi. Byliśmy znużeni i odrętwiali. Jeden drugiego nie rozpoznawał. Maszerowało się w ponurym milczeniu. Wzrok i siła mięśni były tak wyczerpane, że trudno było utrzymać kierunek i zachować równowagę. Chociaż należałem do najbardziej krzepkich w armii, do Wilna dotarłem z największym trudem. Po przybyciu byłem u kresu sił i odwagi, byłem załamany, bliski padnięcia, tak by nie podnieść się więcej, jak tyłu tych nieszczęsnych, którzy ginęli na moich oczach. Przyjęcie, jakiego doznałem u Sióstr Miłosierdzia, gdy zjawiłem się wieczorem w ich hospicjum, ich uczynna staranność, przywróciły mnie do życia. Troskliwość tych sióstr pozostanie na zawsze w mej pamięci. Chociaż wydano dyspozycje co do miejsca postoju dla każdego korpusu armii, cała masa wojska rozproszyła się po mieście i natychmiast wypełniła oberże i sklepy kolonialne. Żołnierze pili i jedli z takim pośpiechem, że w ciągu paru kwadransów wszystkie napoje i żywność były wyczerpane. Mimo wielkiego zamieszania noc przeszła spokojnie. Nie mieszczący się w klasztorach i domach biwakowali na placach i ulicach; tam było im lepiej, niż na dawnych biwakach w polu. Tymczasem Kozacy już zagrażali przedmieściom Wilna. Zjawili się nagle 10 grudnia, jakby w ogniu naszego wojska, opuszczającego Wilno, co powię-

kszyło zamieszanie i niepokój. Rozproszono posterunki przy magazynach, bramy wyważono, splądrowano zapasy żywności i ubrań. Nieporządek poczynał się od góry, autorytety nie liczyły się. Widząc ten tumult, książe Murat, sprawujący dowództwo nad armią, opuścił szybko zajmowany pałac, bez ochrony przebił się przez tłum i udał się w kierunku przedmieścia, skąd biegła droga do Kowna. W Kownie niewiele przedtem połączyły się sztab generalny i gwardia. Splądrowano jednak magazyny z dużą ilością rumu i gorzałki. Większość żołnierzy piła w sposób nieumiarkowany. Tak powiększała się liczba chorych, zaostryły się procesy zgorzelinowe kończyn, bywało to przyczyną niejednego przypadku śmierci. Po kilku godzinach wypoczynku, szybko zwizytowałem szpitale, by skontrolować służbę sanitarną... W hospicjum Miłosierdzia umieściłem chorych chirurgów i ważniejszych rannych oficerów. Opiekę nad nimi sprawowały Siostry. Rannymi zajęli się, pozostawieni przede mną chirurdzy wszystkich stopni. Zostawiłem też list rekomendacyjny do naczelnego lekarza armii rosyjskiej i postanowiłem połączyć się z gwardią i kwaterą główną. Ruszyłem w drogę z dnia 10 na 11 grudnia. Zatrzymałem się na przedmieściu, gdzie przebywała gwardia i główna kwatera. Następnego dnia Kozacy wkroczyli do Wilna, rzucając postrach na Francuzów pozostałych w sporej liczbie w mieście... (Dowiedzieliśmy się później o przybyciu do Wilna cesarza Aleksandra, który przywrócił porządek, a także, iż jeńcy spotkali się z litością, hojnością i objawami współczucia.). Od czasu opuszczenia przez nas Wilna temperatura podniosła się o kilka stopni. Spadł duży śnieg, co bardzo utrudniło przejście wzgórza, na które natrafiliśmy po drodze kilka mil za miastem. Parę ekwipaży i skrzyń ze skarbem, ocalonych w poprzednich niebezpieczeństwach, porzucono lub spalono... Można śmiało stwierdzić, że Wilno było dla nas prawie tak fatalne, jak Berezyna. Podczas nocy z 12 na 13 grudnia temperatura ponownie spadła, mróz był intensywny i utrzymywał się aż do przyjazdu do Kowna. Nasze wejście do tego miasta i przejście przez nie okazało się równie trudne, jak to było w Wilnie. Z powodu pijaństwa straciliśmy tam znowu sporo młodych ludzi. W Kownie spotkałem doktora Ribes'a, którego nie widziałem od pobytu w Wilnie. Był w ostatnim stadium wyczerpania, w związku z silnym mrozem, któremu osoby o kompleksji mocnej nie mogą sprostać. Zauważyłem wówczas, że osoby z kompleksją sangwiniczną lepiej znoszą porażający efekt mrozu niż osoby limfatyczne...". Zdaniem Larrey'a ludzie pochodzący z południa Europy znoszą mrozy lepiej od pochodzących z północy.

„...Następnego dnia, po przybyciu do Kowna wizytowałem szpitale, wypel-

nione chorymi. Ci, którzy mogli chodzić, zostali ewakuowani do Prus. Zatrąszczono się o egzystencję mających trudności z maszerowaniem i pozostawiono z nimi pewną liczbę oficerów służby zdrowia. Mieli oni zapewnić im odpowiednie leczenie. Podobnie, jak w Wilnie, rabowano magazyny, co powodowało rozprężenie w armii. Do tego jeszcze nieprzyjacielscy partyzanci ciągle nas atakowali. Większość naszych oddziałów ruszyła w drogę 13 grudnia rano. Wyjechałem tego dnia o świcie z moim przyjacielem i kilkoma żołnierzami gwardii. Było sporo trudności w przejściu przez most, bardzo zatłoczony. Z trudnością osiągnęliśmy wierzchołek wzgórza, położonego koło Kowna. Prawie cały park artyleryjski, wyprowadzony z miasta, porzucono na drodze pokrytej lodem. Jeszcze okropniejsze okazało się przejście dla dużej części naszych żołnierzy, osłabionych głodem, mrozem i zmęczeniem. Wielu żołnierzy nie zdołało się wymknąć pogoni Kozaków, którzy przekroczyli Niemen suchą nogą, gdyż rzeka była zamrznięta na kilka stóp głębokości. Okoliczność ta okazała się korzystna dla Kozaków, dla nas zaś fatalna, bo nie stać nas było na ariergardę. Niektórzy żołnierze gwardii, jeszcze przy broni, wystawiani na szarżę Kozaków, wzorowo uformowali szyki, by odpierać ataki. Kontakt palców z żelazem porażał ich palce, karabiny wypadły z rąk, nie mogli ich nabijać i czynić odpowiedniego użytku z broni... W końcu nieprzyjaciel zatrzymał się i przestał nas niepokoić, bądź wołał zająć się zagarnięciem naszych ekwipaży i armat, pozostawionych na drodze z drugiej strony wzgórz. Być może Rosjanie obawiali się zbytniego oddalania się od własnej granicy. Żołnierze różnych narodowości korzystali więc z chwil odpoczynku... Francuzi podążali drogą, prowadzącą do Gąbina. 3000 najlepszych żołnierzy gwardii, prawie wszyscy z południa Francji, pozostali osamotnieni, a oni właśnie oparli się okropnościom odwrotu. Zachowali broń, konie, utrzymali postawę żołnierską. Na czele ich stali marszałkowie, księżęta Gdańska i Istrii. Księżęta Joachim i Eugeniusz maszerowali w środku tej grupy, a można było ją nazwać resztką armii, która liczyła z początku więcej niż 400 tys. ludzi. Jeszcze przed 6 miesiącami można ją było widzieć, jak defiluje przed mieszkańcami w całej swej sile i blasku. Honor i chwała wojska francuskiego pozostały w tym niewielkim korpusie. Po opuszczeniu Kowna dwa dni były wciąż jeszcze uciążliwe. Stale dokuczał nam mróz i głów. Gdy przybyliśmy do Gąbina, zmieniły się warunki. Znajdowaliśmy kwatery, by móc schronić się, a także otrzymywaliśmy wystarczające racje żywności. Żadnej nocy nie wspominam tak przyjemnie, jak spędzonej w tym mieście. Pierwszy raz od pobytu w

Moskwie wypocząłem w małym, ciepłym pokoju i na wygodnym łóżku. Przerwa w odwrocie pozwoliła na połączenie się grup żołnierzy i kontynuowanie marszu razem drogą do Królewca. Z tego powodu dużo żołnierzy gwardii, choć zabłąkanych, mogło wrócić pod swe sztandary. Przyjęto pewną liczbę zagubionych z gwardii neapolitańskiej z armatami i konnicą. Te posiłki wzmocniły nasz elitarny korpus, będący już w stanie stawić czoło nieprzyjacielowi i uformować ariergardę. Nastąpił teraz marsz z lepszą dyscypliną, zapanował porządek. Miejsce postoju i przydział żywności były ustalane na każdym etapie. Nowe mundury i oporządzenie, dostarczane przez magazyny francuskie w ważniejszych miastach starych Prus, rozdzielano pomiędzy naszych żołnierzy, którzy wkroczyli do Królewca w dobrym porządku 25 i 26 grudnia. W szpitalach napotkanych po drodze w trakcie naszego przemarszu, pozostawiłem tylko niewielu oficerów służby zdrowia dla opieki nad żołnierzami, niezdolnymi do odwrotu. W Insterburgu odłączyłem się od głównej kwatery i od gwardii, by szybko znaleźć się w Królewcu. Obecność moja tam była konieczna. Musiałem zorganizować działalność szpitali. Zjawiłem się w Królewcu porządnie zmęczony, a też przemarznięty, bo mróz nadal trwał, (w Królewcu termometr Reaumur'a wskazywał jeszcze 22°), następnego dnia 18°, a potem temperatura nie opadała poniżej 15°. W nocy na 22 grudnia, prowadzony uzdą koń, który mi jeszcze pozostał, a którego przezornie podkułem z uwagi na lód, wyprowadził mnie z Insterbergu. Następnego dnia po przybyciu do Królewca (24 grudnia) mimo stanu osłabienia, odwiedziłem wszystkie miejscowe szpitale z p. Gilbertem, naczelnym lekarzem. Wtedy pozostawiłem instrukcje p.p. chirurgom, dotyczącą przypadków zgorzeli (niekiedy zakończonych zgonem w wyniku odmrożeń), a również poumieszczałem w tychże szpitalach oficerów służby zdrowia, ściągniętych z armii. Złożyłem następnie sprawozdanie z przeprowadzonej inspekcji p. gen. intendentowi, by ten, korzystając ze swej władzy, starał się w ramach możliwości polepszyć stan zakładów służby zdrowia. Liczba chorych i rannych, już przebywających w Królewcu, wynosiła blisko 10 tys., wszyscy byli żołnierzami wielkiej armii. Szpitale były przepełnione, część chorych przebywała w rozmaitych domach. Tymczasem, każdy korpus wojska otrzymał miejsce postoju nad brzegami Wisły. Żołnierze, którzy należeli do tych jednostek, dołączali do nich sukcesywnie. Przeprowadzono także ewakuację... w kierunku Elbląga oraz Gdańska wszystkich chorych, zdolnych do takiej podróży. Gwardia i sztab główny pozostały w Królewcu. Po zorganizowaniu służby zdrowia w Królewcu, przekazałem odpowiednie instru-

kcje głównemu chirurgowi, p. Bancel, dotyczące nadzoru nad wszystkimi działami służby zdrowia i odpowiedniego postępowania wobec „chorób chirurgicznych” w celu uzyskiwania dobrych rezultatów leczenia...”.

Larrey w tym miejscu załącza wyciąg z tej instrukcji, która dotyczyła przede wszystkim postępowania z ranami po odmrożeniach. Stwierdza, że rany pochodzące z odmrożeń „przedstawiają te same objawy, jak te pochodzące z oparzeń”. Powstaje wtedy strup zgorzeliowy... „sprzyjający odpadnięciu, gdy użyje się środków leczniczych... jednocześnie zmiękczają one części rażone gangreną”. Larrey poleca maść styraksową, rozsmarowaną na płótnie lub szarpfach, odpowiednio do wielkości strupa. Zgodnie z myślą Larrey’a „ta aromatyczna i balsamiczna substancja, utrzymuje czynność zaatakowanych części i powoduje rozmiękanie strupa. Napoje alkoholowe i odvary z kory chinowej, zwyczajne w szpitalach ... powstrzymują wydzielanie się ropy, koniecznej do oddzielenia strupa, wygarbowanego lub zrogowaciałego... Jeśli odvary wspomniane będą wodniste, wówczas mogą doprowadzić do powstania obrzęków i sprzyjają postępowi zgorzeli... Nie powinno się też po dawać naparów, najwyżej do nagłących opatrunków... Dla utrzymania czystości najlepsza jest ciepła woda mydlana, może być zaprawiana octem. Gdy odpadną strupy, rany winno się traktować zwyczajnie... Dlatego bardziej łagodne i proste środki są najlepsze. Woskowiec, zaprawiony szafranem, rozciągnięty na delikatnym płótnie, wystarczy by doprowadzić ranę do zagojenia. Gdy utrata tkanki jest znaczna, można porobić otworki w opatrunkowym płótnie i w połączeniu z szarpią położyć je na ranę. Pozostała część opatrunku winna pozostać sucha... Należy utrzymywać wielką czystość, wykonywać opatrunek szybko i delikatnie, by zapobiec zarazie zgnilizny szpitalnej, jaka zagraża pewnej liczbie rannych. Wiadomo, iż powietrze sal szpitalnych bywa nasycone miazmatami zgnilizny, dlatego należy podczas codziennych obowiązków wykonywać fumigację. Jeśli stwierdza się martwicę kilku palców kończyn... i kiedy granica gangreny nie dotyka stawu, trzeba odciąć cały członek powyżej umiejscowienia choroby, a więc w miejscu wybranym. Natura nie potrafi sama oddzielić zmartwiałych części kości. Nie wolno zbyt szybko łączyć brzegów ran, które są wynikiem amputacji, a to z przyczyny zubożenia części, którym należy pozostawić czas do wyropienia i pokonania stanu zapalnego. Jest się zadowolonym, gdy uda się po wykonaniu operacji zbliżenie (brzegów rany) paroma taśmami ściągającymi, przylepnymi oraz przewiewnym płótnem. Gdy obszar zgorzeli obejmuje stawy lub inne

części potrzebne kończynie, można pomóc naturze, przecinając więzadła stawowe, by usunąć kawałek znekrotyzowany. Staw się wtedy zagoi i może nastąpić wyzdrowienie. Zawsze należy śledzić przebieg tego typu chorób i postępować zgodnie z przepisami, jakie podaliśmy... Zdałem sprawozdanie księciu, dowódcy armii i p. intendentowi generalnemu, hrabiemu Daru, z całej naszej działalności podczas odwrotu z Moskwy aż do naszego przybycia do Królewca. Następnego dnia ukończyłem wszystkie moje zajęcia, gdy nagle poczułem objawy gorączki kataralnej, związanej z przemarznięciem. Był to jakby tyfus, mający sporo podobieństwa do gorączki szpitalnej... Choroba czyniła szybkie postępy i w kilka dni później znalazłem się w wielkim niebezpieczeństwie. Za skuteczną opiekę wyrażam wdzięczność. Składałem podziękowanie mojemu gospodarzowi, bynajmniej nie lekarzowi... Ten świątły starzec znał z doświadczenia leki, stosowane w tego rodzaju schorzeniach. Dość szybko wkroczyłem w stan rekonwalescencji i opuściłem łóżko po raz pierwszy w wigilię nowego roku 1813. Tego samego dnia obwieszczono gwałtowny odwrót księcia Tarentu. Marszałek ten kierował się ku Rydze, wraz z dowódcą wojsk pruskich, generałem Yorck'iem. Rozłączenie się korpusu francuskiego i korpusu pruskiego nakazało marszałkowi Macdonald'owi udać się do Królewca. Zawiadomiony o tym, przyspieszyłem ewakuację szpitali. To samo stało się z arsenałami, magazynami. Również kwatery główna szykowała się do odwrotu. 1 stycznia, wyruszyliśmy z Królewca, a ariergarda, powierzona księciu Tarentu, weszła do tego miasta 2 stycznia wieczorem; nieprzyjaciel zjawił się w nim jeszcze tej samej nocy. Musiałem zebrać wszystkie swe siły i udałem się w drogę, oddalając się od Królewca... Po wkroczeniu do Fromborka, zechciałem spełnić pragnienie zobaczenia obserwatorium nieśmiertelnego Kopernika. Niestety, nadzwyczajna słabość nie pozwoliła mi zaspokoić tej ciekawości, a w dodatku mróz był bardzo przejmujący. Termometr wskazywał 14, czy 15°. Gdy przybyliśmy do Elbląga, mróz znów powiększył się w ciągu 2 dni o 2°. Następnie z 10 na 11 stycznia temperatura zaczęła się nieco podwyższać aż do naszego wkroczenia do Frankfurtu nad Odrą. Nie mniej, termometr wskazywał tam jeszcze 10, 11° poniżej zera. Starcy w Rosji i w Polsce, twierdzili, że nigdy nie przeżyli tak długiej i ostrej zimy. I w tym miejscu kończy się właściwie relacja z odwrotu spod Moskwy. Joachim nagle opuścił Poznań, udając się do Włoch. Zastąpił go w dowództwie książę Eugeniusz, cieszący się zaufaniem i miłością całej armii...”.

Daniel Sabat

Z dziejów badań morfologicznych raków płuc

I Katedra i Zakład Patomorfologii
Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze

Rak płuc to jedno z wielkich wyzwań medycyny XX wieku. Znany i opisywany od co najmniej połowy XVI wieku aż do początków naszego stulecia uchodził za rzadką chorobę. Dopiero w XX wieku, szczególnie od okresu po zakończeniu I wojny światowej (24) robi prawdziwą, a jakże złowieszczą dla ludzi stale trwającą i nasilającą się karierę.

W r. 1556 (Agricola „De re metallica”) i w r. 1567 (Paracelsus „Von der Bergsucht”) ukazują się po raz pierwszy opisy choroby płuc górników ze Schneebergu w górach Harzu w Saksonii i Joachimsthalu (Jachymov) w Czechach, której przyczyny i charakter poznano dopiero 300 lat później (10, 24). Są to pierwsze znane opisy raka płuc, który przez kilkaset lat był częstą przyczynę śmierci górników wydobywających rudy (siarczki i arsenki) niklu i kobaltu z domieszkami związków uranu.

W r. 1761 ukazało się dzieło Jana Baptysty Morgagniego „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis”. Wśród wielu opisanych w nim zmian patologicznych znajdują się również dwa przypadki sekcyjne odpowiadające pierwotnemu rakowi płuc (7).

W tym samym roku John Hill zwrócił uwagę na zależność między paleniem tytoniu a nowotworami (8), co w stosunku do płuc potwierdził Müller dopiero w r. 1939 (24).

John Hunter (1728-1793) sądził, że guzy powstają w narządach z tkanki podścieliskowej. Bichat uznawał łącznotkankowe pochodzenie wszystkich nowotworów, a Broussais był zwolennikiem teorii, według której nowotwór to forma zapalenia (8). W latach 1837-38 Müller uznając, że nowotwory nie są strukturami obcymi organizmowi, porównywał ich utkanie do tkanki embrionalnej (1, 8). Początkowo również Virchow opowiadał się za łącznotkankowym pochodzeniem wszystkich nowotworów.

Ulepszanie mikroskopu, stopniowe wprowadzanie nowych metod utrwalania i barwienia preparatów, a szczególnie patologia komórkowa Virchowa (*omnis cellula a cellula*) przyczyniły się do powolnego odkrywania raka i jego tajemnic morfologicznych (26). W r. 1843 Hannover opisał cechy komórki nowotworowej, różnice w wielkości jądra, a także występowanie komórek wielojądrowych. Równocześnie pierwszy zwrócił uwagę na nabłonkowe pochodzenie nowotworów nazywanych wówczas kankroidami (4, 8). W r. 1865 Thiersch, po kilku latach badań histopatologicznych wycinków tkanek barwionych karminem i indygo, potwierdził, że nowotwory mogą pochodzić z nabłonka i zaliczył do nich raki (4, 8). Dwa lata później Waldeyer udowodnił nabłonkowe pochodzenie wszystkich raków, a łącznotkankowe mięsaków (4).

Wraz z ogólnym rozwojem patologii narządowej w II połowie XIX wieku a zwłaszcza badań histopatologicznych oraz ścisłego zdefiniowania pojęcia raka w doniesieniach autorów pojawiły się również opisy poszczególnych typów nowotworów płuc.

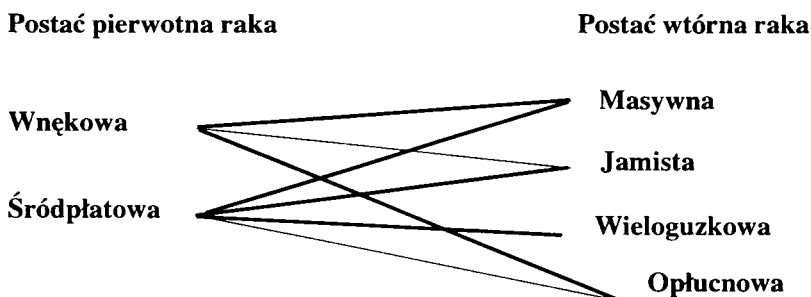
Zanim jednak do tego doszło już w r. 1810 Bayle wyodrębnił raka płuc jako nową jednostkę chorobową (3 przypadki „*phthisie cancreuse*”), a około r. 1819 Laënnec wprowadził określenie „*l'encephaloide du poumon*” jako nazwę raka płuc (23).

J. Hope rozróżnił raka pierwotnego płuc od przerzutów do płuc raka innych narządów, a Rokitansky podzielił nowotwory płuc na raki oskrzeli i rdzeniaste nacieczenie mięszu płuca.

Jeszcze w latach trzydziestych Caswel (1833) i Stokes (1837) podali pierwsze mikroskopowe opisy pierwotnych raków płuc (5). W r. 1856 Robin i Poisson nazwali mięsakiem płuc opisany przez siebie nowotwór (6). W r. 1879 Harting i Hesse stwierdzili, że znane od 300 lat choroby płuc górników ze Schneebergu są spowodowane przez chłoniaki mięsakowe (6). Langhans w r. 1871 pierwszy opisał raka wywodzącego się z gruczołów śluzowych oskrzeli. Opis połączony jest z badaniem mikroskopowym raka (20).

Malassez doniósł w r. 1876 o tzw. pierwotnym wielogniskowym raku płuc. Opisuje szczegółowo wielogniskowy guz u 47-letniej kobiety oraz bardziej zlokalizowany, ogniskowy guz u 50-letniego mężczyzny, „*chez lequel on ne trouvait aucune trace de syphilis antérieure*” (19).

Chociaż autor w tytule użył makroskopowego określenia Laënneca „*encéphaloide du poumon*”, to głównym celem pracy była jednak histologiczna charakterystyka guza.



Malassez zauważył, że określenie „cancer encéphaloïde” (rak rdzeniasty) nic nam nie mówi o postaci histologicznej nowotworu. „Słowo cancer ma znaczenie czysto kliniczne, encéphaloïde określa tylko prosty wygląd zewnętrzny, a nazwa cancer encéphaloïde może dotyczyć guzów o bardzo różnych strukturach: sarcoma, lymphadenoma, epithelioma, carcinoma”. Dlatego też przedstawił w pracy niezwykle dokładną analizę histologiczną połączoną z histogenezą nowotworu. „Pierwotna zmiana rakowata jest złożona z nabłonka nowotworzonego na ścianach pęcherzyka płucnego w taki sposób, że jamy oddechowe są przekształcone w jamy śluzowe lub torbielowate. Typowe komórki nowej formacji mają kształty normalne i dojrzałe (cylindryczne lub sześciennie); inne mają kształty różne, na ogół anormalne. Muszą być jednak uważane za komórki normalne, które nie osiągnęły pełnego rozwoju, proliferują i mogą być nazwane komórkami metatypowymi”.

Autor dokładnie opisał również szerzenie się zmiany nowotworowej na tkankę płucną, różnice w budowie histologicznej i rozsiew drogami chłonnymi. Przypuszcza, że punktem wyjścia zmiany mogą być końcowe rozgałęzienia oskrzelików.

Dla typowego utkania nowotworowego złożonego z „jam torbielowatych powleczonego nabłonkiem cylindrycznym” proponuje nazwę: „epithélioma cylindrique”. Proponuje włączyć guz do dużej grupy nowotworów zwanej epithélioma muquoïde, do której zalicza również zmiany torbielowate jądra i jajnika.

Warto zwrócić uwagę na wymienione na początku artykułu obok siebie nazwy: epithelioma i carcinoma. W dalszej części pracy autor scharakteryzował te pojęcia. Nazwa epithelioma (złośliwy nabłoniak) „charakteryzuje ro-

dziej utkania dominującego w jakimś rodzaju guza, niezależnie od ukształtowania tego utkania”.

Carcinoma, na odwrót, wskazuje specjalne ukształtowanie (siatkowate lub pęcherzykowate) jaką przyjęły elementy komórkowe, których „naturę jeszcze się dyskutuje” i dalej „tak więc te dwa terminy mogą dotyczyć tego samego nowotworu; jeden wskazuje rodzaj histologiczny, drugi anatomiczny nowotworu. Epithelioma może przywdziać formę rakowatą, carcinoma może być natury nabłonkowej”.

Chociaż od ukazania się prac Waldeyera minęło już wówczas kilka lat, histologiczny charakter nowotworów wzbudził jeszcze sporo dyskusji.

Sam autor dodał na marginesie o komórkach raka (carcinoma): „wiemy, że dla niektórych histologów są one łącznotkankowe... a nabłonkowe dla wielu innych”.

Dopiero po prawie trzydziestu latach Musser w r. 1903 opisał przypadek identyczny w budowie mikroskopowej, nazwany rozlanym rakiem pęcherzykowo-komórkowym (14, 27).

Oprócz opisywanych pojedynczych przypadków pojawiły się również pierwsze większe prace, w których autorzy poddawali krytycznej analizie przypadki raków zebrane z piśmiennictwa i swoje własne (Rainhard 1878 – 27 przypadków z piśmiennictwa i 3 własne, Pässler 1896 – 70 przypadków z piśmiennictwa i 4 własne) (23).

Jacoud w r. 1884 w „Wykładzie patologii szczegółowej” opisując raka płuc stwierdził, że prawie zawsze jest to rak „rdzeniowaty” w postaci „ryczałtowej” lub „rozpierzchłej”, a rak „następczy” jest częstszy niż pierwotniak (13).

Wiązało się to z poglądami Virchowa wywierającego wielki wpływ na patologię II połowy XIX wieku. Uważał on, że narząd, do którego raki dają przerzuty, sam bardzo rzadko jest miejscem rozwoju pierwotnego raka. Do narządów takich zaliczał płuca (27). Dogmat ten miał przyczynić się na długo do błędnego rozpoznawania pierwotnego raka płuc. Poza tym, w ówczesnych czasach, również nisko zróżnicowane raki były rozpoznawane często jako mięsaki. Doprowadziło to do uznawania aż do r. 1903 mięsaków za częstą pierwotną chorobę płuc (27). I tak w r. 1896 stosunek mięsaków do raków płuc wynosił 1:7 (27). W r. 1912 Boschowski (6) zebrał 72 przypadki mięsaków, a Adler (27) 374 przypadki pierwotnego raka płuc z piśmiennictwa światowego (stosunek 1:5,2). Już w najbliższych latach, wraz z ulepszeniem diagnostycznych metod histopatologicznych i ogólnym zwiększeniem liczby

badan autopsyjnych, zakwestionowano jednak większość rozpoznawanych wcześniej mięsaków płuc. Liczni autorzy skłonni byli uważać je za nabłonkowce. Dotyczyło to również wszystkich guzów płuc górników ze Schneebergu (6, 27). Nadchodziły lata dwudzieste naszego stulecia i prawie na całym świecie można było zaobserwować gwałtowny wzrost zachorowalności i śmiertelności z powodu prawdziwego pierwotnego raka płuc. Wiązano to m.in. z szalejącymi na całym świecie epidemiami grypy, podejrzewano również smołowanie ulic jako możliwy czynnik patogeny, ale z rozwojem raka płuc nie wiązano np. używania gazów bojowych w czasie niedawnej wojny światowej (20). Na tym tle pierwotne mięsaki płuc stawały się rzeczywiście rzadkością, szczególnie od czasu pracy Huguenina w r. 1928 (12). Autor ten uważał, że o ile mięsaki płuc rzeczywiście istnieją, o tyle są nowotworami bardzo rzadkimi.

Wzrastająca liczba występujących i rozpoznawanych raków, przy istniejącej dotychczas pewnej dowolności terminologicznej, spowodowała konieczność jej usystematyzowania i sklasyfikowania.

I tak w r. 1924 Marchesani z Instytutu Anatomii Patologicznej w Innsbrucku podał jako jeden z pierwszych zwięzły podział raków płuc (20). Na podstawie dokładnej analizy morfologicznej 26 przypadków raka płuc, zebranych spośród 13367 badań autopsyjnych wykonanych w Instytucie w latach 1887-1922, wyróżnił 4 typy guza (Tab. 1):

Tabela 1
Klasyfikacja raków płuc wg Marchesaniego

Lp.	Typ nowotworu, Liczba przypadków	
1	Rak podstawnokomórkowy	10
2	Rak wielopostaciowy	9
3	Rak płaskonabłonkowy rogowaciejący	3
4	Rak gruczołowy walczkowatokomórkowy	4
	Razem	26

- a) raka podstawnokomórkowego (Basalzellenkrebs, basal cell carcinoma),
 b) raka wielopostaciowego (Polymorphzelliger Krebs, polymorphocellular carcinoma),

c) raka płaskonabłonkowego rogowaciejącego (Verhornender Plattenepithelkrebs, keratinizing squamous cell carcinoma),

d) raka gruczołowego wałeczkowatokomórkowego (Zylinderzellinger Adenokarzinom, cylindrical cell carcinoma).

Rak podstawnokomórkowy rozwija się, według Marchesaniego z najbardziej niedojrzałych komórek nabłonkowych. Komórki mają kształty wrzecionowate lub cylindryczne ze skąpą protoplazmą i małym, bogatym w chromatyne, czasem pęcherzykowatym jądrem o podłużnym lub owalnym kształcie z licznymi figurami podziału jako cechy dużej tendencji do rozrostu.

Zwraca uwagę, że niedojrzałe komórki rakowe przypominają drobno- lub wrzecionowatokomórkowe mięsaki. Stąd możliwość pomyłek diagnostycznych.

W raku wielopostaciowym występują gniazda komórek jednego rodzaju albo gniazda złożone z różnych ich rodzajów. Obok gniazd z komórek cylindrycznych można spotkać fazy rozwojowe raka przypominające nabłonek płaski, czasem z cechami parakeratozy. W innych skupieniach można spotkać najbarwniejsze formy komórkowe: duże twory czworoboczne lub wielokątne prawie odpowiadające komórkom wątrobowym, często z dużym jądrem o nietypowych figurach podziału; obok tego olbrzymie półksiężycowate komórki z centralnie położonymi masywnymi jądrami. Rozproszone wielojądrowe, wieloboczne komórki olbrzymie mogą znaleźć się pomiędzy częściowo płaskonabłonkowym częściowo podstawnokomórkowym gniazdem komórek.

Rak płaskonabłonkowy to większe lub mniejsze ugrupowanie komórek nabłonka płaskiego częściowo z nieregularnie ukształtowanymi dużymi komórkami albo też z komórek podstawnych; zawsze z perłami rogowymi, nie barwiącymi się według Grama. Tworzenie się perł obejmuje regiony centralne, niekiedy zajmując całe gniazda z wyjątkiem cienkiej zewnętrznej warstwy komórek płaskich.

O raku gruczołowym autor pisze:

„Bardzo interesujące zdjęcie przyniosły przypadki 4 zbadanych raków, które z związku z ich gruczołową budową, z brodawczakowatymi wyrostkami wysokiego nabłonka wyścielającego światło muszą być zaliczone do adeno-carcinoma. W wielu miejscach występuje wysoka zdolność do produkcji śluzu albo całego ześluzowacenia komórek guza. Można je wtedy sklasyfikować jako rak śluzowy”.

Omawiając różne teorie histogenezy raków płuc podkreślał m.in. znaczenie

metaplazji płaskonabłonkowej dla wytłumaczenia rozwoju raka. Na tej podstawie rak podstawnokomórkowy, wielopostaciowy i płaskonabłonkowy można uznać za różne stadia różnicowania się raka, pochodzącego z tego samego nabłonka. Ich rozwój można przyjąć za patologiczną regenerację nabłonka płaskiego.

Dla poparcia tego stwierdzenia – dodaje autor – można powiedzieć, że także na innych śluzówkach zbudowanych z nabłonka cylindrycznego można obserwować różnorodne rozwoje raka pozwalające wiązać je z metaplastycznie regenerującym nabłonkiem.

W przypadku raków z grupy adenocarcioma za ich punkt wyjścia można przyjąć tylko nabłonek okołoskrzelowych gruczołów śluzowych. Obserwacje przejść gruczołów śluzowych w postaci zrakowaciała i szczególnie silny rozwój raka w miejscach, gdzie gruczoły śluzowe występują fizjologicznie, pozwalają wytłumaczyć to zjawisko.

Podział Marchesaniego, choć zmieniany i rozbudowywany przez wielu autorów w obrębie każdego z typów raka, przetrwał wiele lat. W ówczesnych czasach pozostał jednak, jak się wydaje, niezauważony i zapomniany. Jego ponowne „odkrycie” i przypomnienie nastąpiło w momencie opracowywania przez WHO „Histopatologicznego podziału guzów płuc”.

Wspomniany już Huguenin podał w r. 1928, na podstawie 46 przypadków, znacznie rozbudowany podział raków płuc wyróżniając 7 postaci histologicznych (12). Rakom niżej zróżnicowanym odpowiadały nabłoniaki drobno- i wielokształtnokomórkowe. Gruczolakorakom: nabłoniaki walcowatokomórkowe, mogące przybrać postać nabłoniaków gruczołowych i atypowych. Rakom płaskonabłonkowym odpowiadały nabłoniaki epidermo- i paraepidermoidalne. Na ten podział raków płuc często powoływano się w pracach ukazujących się w latach trzydziestych.

Kolejne lata przynoszą podziały Fischera (1931) i Krafta (1934) (5). Wyróżnili oni, podobnie jak uprzednio Marchesani, 4 typy raków: nisko zróżnicowane z drobno- i wielokształtnokomórkowymi (wielopostaciowymi), płaskokomórkowe i gruczołowe.

Wydany w r. 1935 podręcznik Dawidowskiego podał znacznie rozszerzony podział raków płuc, wśród których można wyróżnić (3):

- a) raka płaskokomórkowego rogowaciejącego i nierogowaciejącego
- b) gruczolakoraka i raka walcowatokomórkowego bez wykształcenia się gruczołów (zaznacza przy tym, że często nie są to pojęcia tożsame),

c) raka podstawnkomórkowego z częstymi postaciami raków rdzeniastych drobnokomórkowych naśladujących w swej budowie okrągłokomórkowe mięsaki (co w grupie tej wymienia również raki wrzecionowatokomórkowe, wielopostaciowe, olbrzymiokomórkowe i śluzowe).

Jak widać, stosunkowo łatwo rozpoznawano raki płaskonabłonkowe i gruczolowe. Znacznie więcej zainteresowanie i kontrowersji wzbudzały nisko zróżnicowane drobno- i wielkokomórkowe raki anaplastyczne odpowiadające rakowi podstawnkomórkowemu i wielopostaciowemu według Marchesaniego (15).

W r. 1926 Bernard dowiódł, że tzw. owsianokomórkowy mięsak tylnego śródpiersia jest rakiem rdzeniastym oskrzela. Opisał i zilustrował drobne „owsiane” komórki guza. Zauważył również, że występujące w jego utkaniu komórki wrzecionowate i wieloboczne są częstsze od typowych „owsianych” (15). W tym samym roku w Niemczech Rostoski, Saupe i Schmorl potwierdzili drobnokomórkowy charakter guzów górników ze Schneebergu wykazując, że są rakami (15). Pierwsze raki wśród górników z Joachimsthalu w Czechosłowacji opisał Löwy w r. 1929 (24). Warto przy okazji zauważyć, że badania nad tymi przypadkami są prowadzone nieprzerwanie co najmniej do początku lat 50-tych (Pirchan, Stikl, Peller, Evans) (24). Podobne zainteresowanie wywołały również raki anaplastyczne wielkokomórkowe zawierające komórki nie tylko duże, ale i olbrzymie. Lindberg, a następnie Abrikosow (15) wskazali na możliwość różnicowania się niektórych guzów wielkokomórkowych w kierunku gruczolakoraka lub raka płaskonabłonkowego. Spostrzeżenie to wskazywało na możliwość zmniejszenia liczby postaci guzów tego typu.

W r. 1953 Hadley i Bullock (9), a następnie w r. 1958 Nash i Stout (21) opisali raka olbrzymiokomórkowego zaliczonego do guzów wielkokomórkowych. Znany od w. XIX rak pęcherzykowy doczekał się do r. 1949 tylko 52 opublikowanych przypadków (25). Nowotwór ten został z czasem, wydzielony jako odrębny typ gruczolakoraka, na podstawie cech klinicznych i morfologicznych. Liebow w r. 1960 nazwał go „bronchioloalveolar carcinoma” (18).

Poważny wkład do badań nad morfologią raków płuc wnieśli również Polacy (Tab. 2). Jeszcze przed ukazaniem się pracy Marchesaniego, w r. 1923 Hornowski wymienił następujące postacie raka płuc: płaskokomórkowego, wałeczkowatokomórkowego i śluzowego (11).

15 XII 1931 roku na zebraniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Tabela 2
Polskie klasyfikacje raków płuc

Hornowski 1923	Laskowski 1932	Siedlecki 1933	Nowicki 1935	Groniowski 1951
	Niezróżnicowane: ca. microcellulare, basocellulare	Rak podstawno- komórkowy	Rak przegódkowy drobnookrągło- komórkowy	Rak płaskonab- łonkowy
Rak płaskoko- mórkowy	Mało zróżnicowane (ca. solidum inter- mediocellulare): 1. ca. planoepitheliale 2. ca. cylindro- aut adenocarcinoma	Rak kolczysto- komórkowy	Rak płaskokomór- kowy o charakterze rakowca	Rak anaplastyczny
Rak wałeczkowato- komórkowy	Wyraźnie zróżni- cowane 1. ca. planoepitheliale 2. ca. cylindro- aut adenocarcinoma	Rak gruczołowaty	Gruczolakorak wałeczkowato- komórkowy	Rak wałeczkowato- komórkowy
Rak śluzowy	*Ca mixtum: partim planoepite- liale, partim mucocellu- lare		Rak śluzowy	

dr Józef Laskowski przedstawił podział raków oparty na stopniu ich zróżnicowania (16). Wyróżnił:

1. raki zupełnie niezróżnicowane zbudowane z komórek przypominających komórki podstawne;
2. raki mało zróżnicowane zbudowane z komórek pośrednich, należących do nabłonka walcowatego lub wielowarstwowego płaskiego;
3. raki wyraźnie zróżnicowane w kierunku nabłonka płaskiego, walcowatego lub gruczołowego.

Autor zauważył, że „wyliczone postacie odnoszą się raczej do poszczególnych składników utkania nowotworowego, a nie do raka jako całości. W poszczególnych bowiem przypadkach można zauważyć mieszanie się ze sobą wspomnianych postaci, a nawet podgrup”.

Za rozwinięcie wspomnianego podziału można uznać przedstawione przez doktora Laskowskiego, jako jednego z pierwszych na świecie, na IV Ogólno-

polskim Zjeździe dla Walki z Nowotworami w Wilnie w grudniu r. 1936 przypadki „raka płaskonabłonkowego z domieszką komórek śluzowych”, jako przykłady dwukierunkowego różnicowania się nowotworów (carcinoma mixtum: partim planoepitheliale, partim mucocellulare) (17).

Siedleccy w r. 1933, odnosząc się krytycznie do podziału Laskowskiego, oparli swoją klasyfikację na obrazach najbardziej zróżnicowanych komórek nowotworowych (23). Na podstawie własnych 65 przypadków przeciwstawili raki wyraźnie zróżnicowane: kolczystokomórkowy i gruczołowaty rakom mniej zróżnicowanym: litemu i podstawnokomórkowemu. W swym materiale nie mieli przypadków raka drobnokomórkowego. Wychodzili jednak z założenia, że dokładne badania guza macierzystego bądź przerzutowego pozwala zaliczyć każdego raka do jednej z 4 grup. Obrazy tzw. raka drobnokomórkowego zależą - według autorów - od autolizy pośmiertnej, zmian nekrobiotycznych, szybkiego wzrostu w specjalnych warunkach (np. niedostateczne wytworzenie podścieliska).

Ostatni znany przedwojenny podział raków płuc przedstawił Nowicki w r. 1935 (22). Wyróżnił: raka płaskokomórkowego o charakterze rakowca, gruczolakoraka wałeczkowatokomórkowego, raka śluzowego i raka przegródkowego drobnookrągłokomórkowego.

Warto zauważyć, że oprócz podziałów histopatologicznych badacze dużą rolę zwracali również na makroskopowy podział raków płuc i bardziej lub mniej prawdopodobne zależności między początkowymi (pierwotnymi) i zaawansowanymi (wtórnymi) postaciami nowotworów (5, 23) (Tab. 3).

Tabela 3
Postać makroskopowa raków płuc

Kaufmann 1922	Letulle 1924	Huguenin 1928	Siedleccy 1933
Wnękowa	Oskrzelowo-płucna (wnękowa)	Ograniczona	Wnękowa
		Śródpiersiowo-płucna	
Wewnątrzpłatowa	Guzkowa (wieloguzkowa)	Guzkowa	Śródpłatowa
Płatowa	Masywna	Płatowa	Masywna
		Masywna	
	Opłucnowa	Opłucnowa	
	Jamista		Jamista

Lata, mijające od czasu opublikowania podziału raka przez Marchesaniego i rozwój nauk spowodowały poznanie nowych postaci nowotworów płuc, nie mieszczących się w dotychczasowej klasyfikacji. Opisywane gruczolakoraki, rakowiaki czy nowotwory o charakterze mieszanym przyczyniły się do opracowania i wydania w r. 1967 przez Światową Organizację Zdrowia „Histopatologicznego podziału guzów płuc” obejmującego, w I wydaniu, w 13 grupach wszystkie znane nowotwory oraz dodatkowo zmiany guzopodobne (15).

Do stałego udoskonalenia diagnostyki histopatologicznej w olbrzymiej mierze przyczynił się rozwój techniki mikroskopowej oraz różnych metod utrwalania i barwienia tkanek. Wraz z obserwowanym w II połowie XIX wieku gwałtownym rozwojem chemii i przemysłu chemicznego, również w pracowniach patologów pojawiło się wiele nowych technik badawczych. W r. 1863 Waldeyer wprowadził hematoksylinę, Bohmer opisał w r. 1865 hematoksylinę ałunową, a Caro w r. 1871 otrzymał eozynę, Busch w r. 1877 zastosował podstawowe do dnia dzisiejszego barwienie hematoksyliną i eozyną. Hoffmann w r. 1867 uzyskał formaldehyd, a Loew od r. 1885 stosował formalinę do utrwalania tkanek (4). Między innymi dzięki wielu opracowanym w tamtych latach i wciąż stosowanym różnym metodom utrwalania tkanek i barwienia preparatów nazwiska licznych ówczesnych patologów żyją w naszej świadomości do dzisiaj: van Gieson i Gram (1889), Zenker (1894), Weigert (1898), Mallory (1900), Giemsa (1904), a z późniejszych: Gomori i Bodian (1937), Masson (1938), Papanicolaou (1942) (2, 4).

Piśmiennictwo

1. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa 1988.
2. Burck H.Ch.: Technika histologiczna. PZWL, Warszawa 1975.
3. Dawidowski I.W.: Patologiczeskaja anatomija i patogenez ważniejszych zabołewanij czeloweka. T. II. Moskwa-Leningrad 1935.
4. Dzierżakowski R.: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji. PZWL, Warszawa, 1983.
5. Groniowski J.: Pierwotny rak oskrzeli. P.A.U., Kraków 1951.
6. Groniowski J.: W sprawie histogenezy nowotworów płuc. Pat. Pol., 1952, 3, 249-258.
7. Groniowski J.: Jan Baptysta Morgagni i jego dzieło. Pat. Pol. Supl., 1961, 12, S 1-8.
8. Gutt R.W.: Historia patologii w XIX wieku. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1972.

9. Hadley G.G., Bullock W.K.: Autopsy reports of pulmonary carcinoma-survey at Los Angeles County Hospital for 1951. *Calif. Med.*, 1953, 79, 431-433.
10. Harris R.J.C.: Rak. Wiedza Powszechna, Warszawa 1981.
11. Hornowski J.: Anatomia patologiczna. T. II. S.W. „Ars Medica”, Warszawa 1924.
12. Huguenin R.: Le cancer primitif du poumon. Masson, Paris 1928.
13. Jaccoud S.: Wykład patologii szczegółowej. T. II. Warszawa 1884.
14. Jungowska A., Radzikowski Cz.: Rak oskrzelikowy. *Pat. Pol.*, 1956, 7, 49-64.
15. Kreyberg L.: Histological typing of lung tumours. International histological classification of tumours. No 1. World Health Organisation. Geneva 1967.
16. Laskowski J.: Anatomia patologiczna raków płuc. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, 1932, 126, 225-228.
17. Laskowski J.: O szczególnych postaciach raka płaskonabłonkowego. *Nowotwory*, 1937, 12, 3-4, 17-26.
18. Liebov A.A.: Bronchioloalveolar carcinoma. *Adv. Intern. Med.*, 1960, 10, 329-358.
19. Malassez L.: Examin histologique d'un cas de cancer encephaloïde du poumon (epithelioma). *Arch. Physiol. Norm. Pathol.*, 1875, 3, 353-372.
20. Marchesani W.: Über den primären Bronchialkrebs. *Frankfurter Z. Pathol.*, 1924, 30, 158-190.
21. Nash G., Stout A.P.: Giant cell adenocarcinoma of the lung: report of 5 cases. *Cancer*, 1958, 11, 369-376.
22. Nowicki W.: Anatomia patologiczna. T. II. PAU, Kraków 1935.
23. Siedlecki E., Siedlecka A.: O raku płuc na podstawie materiału sekcyjnego Szpitali Ś-go Ducha i Ś-go Łazarza w Warszawie. *Lekarz Wojskowy*, 1933, 22, 6-7, 265-287, 322-334.
24. Spencer H.: Pathology of the lung. Pergamon Press. Oxford-London-New York-Paris 1962.
25. Swan L.L.: Pulmonary adenomatosis of man. *Arch. Pathol.*, 1949, 47, 517-525.
26. Szumowski W.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa 1961.
27. Ugłowski F.G.: Rak płuca. PZWL, Warszawa 1964.

Bronisław Pokrzycki, Maria Jędrzejewska

Losy zawodowe absolwentów II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie Załad Informatyki Medycznej AM w Warszawie

Wstęp

Opracowanie niniejsze jest kolejnym raportem z badań nad losami zawodowymi absolwentów. Dotyczy studentów II Wydziału Lekarskiego A.M. w Warszawie, którzy ukończyli studia w 1985 r.

Raport pierwszy obejmował absolwentów I Wydziału Lekarskiego i przedstawiał obszerny materiał dotyczący systemu edukacyjnego w naszej Uczelni.

Omawiane badania przeprowadzono na przełomie lat 1993/1994, a więc 8 lat po opuszczeniu Uczelni przez osoby ankietowane. Obejmują one problematykę, którą literatura przedmiotu zalicza do zakresu efektywności kształcenia określaną jako efektywność zewnętrzna, pozauczelniana lub faktyczna, funkcjonalna, operatywna, zawodowa lub praktyczna¹⁾.

Uzasadnienie badań tych stanowi sformułowane statutowo zadanie Senackiej Komisji d/s Dydaktyki w następującym brzmieniu: „inicjuje (Komisja) badania nad poziomem przygotowania do pracy zawodowej absolwentów poszczególnych wydziałów”²⁾.

W Polsce, po raz pierwszy, potrzebę badań nad absolwentami szkół wyższych sformułował A.B. Dobrowolski na II Zjeździe Naukowym w Warszawie 2-3.IV. 1923. W r. 1954 S. Wołoszyn przypomniał postulaty „konieczności badań nad naukowym, zawodowym (...) przygotowaniem absolwentów szkół wyższych do pracy. Zadania te stają się jednym z najdonioślejszych problemów dydaktyczno-naukowych i społeczno-naukowych dla szkolnictwa wyższego. Bez tej empirycznej wiedzy o naszych absolwentach dyskusje na

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

²⁾ Statut Akademii Medycznej w Warszawie. Warszawa 1991, str. 14-15, § 23, pkt. c.

temat treści i metod kształcenia w szkołach wyższych z konieczności stają się nieraz jałowe, mało konkretne, dedukują konkluzje z założeń i opinii niesprawdzonych, potocznych, jednostronnych”.³⁾

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

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

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

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

Cel badań i założenia badawcze

Celem badań jest ustalenie wpływu systemu edukacyjnego na sukces zawodowy lekarzy, którzy ukończyli naszą Uczelnię w r. 1985, a zaczęli studia w r. 1979.

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

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

⁵⁾ W. Hartwig: O wartości absolwentów medycyny na podstawie obserwacji przez Instytut Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich. *Zdrowie Publiczne* 1955 nr 5.

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

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

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

1. wytypowaniu rocznika objętego badaniami,
2. ustaleniu aktualnych adresów osób badanych (współpraca z Centralnym Biurem Adresowym),
3. nawiązaniu listownego kontaktu z osobami badanymi,
4. skonstruowaniu narzędzia badawczego w formie kwestionariusza ankiety,
5. przeprowadzeniu badań dokumentacji archiwalnej byłych studentów,
6. wywiadzie z niektórymi przełożonymi osób badanych,
7. zgromadzeniu materiałów i ich statystycznym opracowaniu wg systemu analizy statystycznej PC SUPER-STAT na komputerze typu IBM PC przez dr W. Kuzaka z Zakładu Dydaktyki i Informatyki A.M.

Charakterystyka badanej populacji.

W r. 1985 II Wydział Lekarski A.M. ukończyło 141 absolwentów. Do tyłu też wysłano listy z uzasadnieniem podjęcia badań i kwestionariusz anonimowej ankiety. Poprawnie wypełnionych kwestionariuszy otrzymaliśmy 43. Stanowi to 30,5% osób badanych, co należy ocenić jako sukces w naszej pracy. Na ogólną liczbę 43 osób badanych 44% stanowią kobiety a 56% mężczyźni. Średnia wieku respondentów – 34,4 roku. Mężatki i żonaci stanowią 79%, panny i kawalerowie 21%. Pochodzenie społeczne kształtuje się następująco:

- 80% inteligenckie
- 13% robotnicze
- 5% chłopskie
- 2% inne.

Z Warszawy pochodzi 47% osób badanych, 12% z woj. stołecznego, 14% z innych województw, 23% z innych miast i miasteczek a 5% ze wsi.

Wykształcenie współmałżonka:

- 63% wyższe
- 16% średnie
- 0% podstawowe
- 21% brak współmałżonków

Wykształcenie rodziców

wykształcenie	wykształcenie ojca	wykształcenie matki
wyższe	60%	35%
średnie	35%	58%
podstawowe	5%	7%

Wśród badanych 65% ma specjalizację I°, 26% – II° a 9% nie uzyskało specjalizacji w momencie przeprowadzania badań. Najwięcej – 23% – zdobyło specjalizację z chirurgii, następnie po 11% z pediatrii i interny, 9% z okulistyki, 7% z ginekologii i położnictwa, 2%-4% pozostałe specjalizacje.

Nie ma stopnia naukowego 88% badanych. Stopień doktora ma 5%, doktora habilitowanego 2%. Dla 5% brak danych.

Wyniki systemu edukacyjnego

Szczegółowa charakterystyka badanej populacji sprowadza się do ukazania przebiegu kariery edukacyjnej podczas studiów. Stanowić to bowiem winno ukierunkowania sukcesu w przyszłej pracy zawodowej. Do badań z zakresu kariery edukacyjnej (zmienna niezależna) wzięto następujące czynniki: wyniki egzaminu maturalnego z biologii, fizyki, chemii, wyniki egzaminu wstępnego w punktach, średnia wyników z egzaminów na I, II, V i VI roku oraz średnia arytmetyczna studiów. Z powyższego wynika, że do badań wzięto dane 7 kategorii. Obrazuje to tabela 1.

Tabela 1
Wyniki systemu edukacyjnego

Lp	Nazwa przedmiotu nauczania	N	Średnia arytm. (M)	Odchylenie standardowe (SD)	Błąd średniej (SE)
1	Biologia (matura)	43	4,67	.04756	.0899
2	Fizyka "	"	4,11	.07114	.1395
3	Chemia "	"	4,53	.06372	.1204
4	Punkty na egzaminie wstępnym	"	45,71 min. 35	9.27 max 74	1,5039
5	Anatomia praw. Ir.	"	3.30	.4411	.0681
6	Biologia I r.	"	3.62	.5746	.0908
7	Biofizyka I r.	"	3.34	.5997	.0925

8	Histologia II r.	"	3,73	.7092	.1094
9	Fizjologia II r.	"	3,53	.5108	.0788
10	Biochemia II r.	"	3,52	.5733	.0885
11	Neurologia V r	"	3,64	.6976	.1064
12	Interna V r.	"	3,60	.6226	.0949
13	Pediatria VI r.	"	3,73	.6011	.0917
14	Ginekologia i poł.	"	3,70	.7338	.1119
15	Chirurgia VI r.	"	3,74	.7102	.1083
16	Psychiatria VI r.	"	3,80	.5890	.0898
17	Średnia arytm. studiów (M)	"	3,49	.4286	.0654

N – liczebność grupy badanej

Z zestawienia wynika, że przeważająca liczba ocen osób badanych mieści się w kategorii „dobrej” zgodnie z regulaminem studiów A.M.⁸⁾. Analogicznie wygląda sprawa ze średnią arytm. studiów (3,59).

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

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

Czterdziestodwupunktowa ankieta rozpoczynała się pytaniem o zadowolenie respondenta z ukończonych studiów i uzyskanego zawodu. Z obliczeń wynika, że 30% badanych jest bardzo zadowolonych, 63% zadowolonych, 7% niezbyt zadowolonych a niezadowolonych z ukończonych studiów w badaniach naszych nie ma. Zadowolenie z ukończonego kierunku studiów i zdobytego zawodu motywowano następującymi argumentami: jest to ciekawa praca z ludźmi, praca odpowiedzialna, dająca satysfakcję, stwarza możliwości niesienia pomocy potrzebującym, praca zgodna z zainteresowaniami, zawód prestiżowy dający szanse rozwoju.

Do ujemnych stron zawodu zaliczono: bardzo skromne warunki finansowe lekarzy, duży rozdzźwięk między wyobrażeniami a realiami.

W jakim stopniu studia w A.M. spełniły oczekiwania respondentów odpowiedzi kształtowały się następująco: 0% odpowiedzi „całkowicie się na nich

⁸⁾ Regulamin studiów Akademii Medycznej w Warszawie. Warszawa 1986 s. 25, § 26.

zawiodłem”, 18% – nie jest ze studiów zadowolonych, 26% – wskazały „ot, takie przeciętne”, 44% – jest z nich zadowolonych.

Według 74% osób badanych uczelnia nie przygotowuje absolwentów do pokonywania trudności zawodowych; 26% badanych jest innego zdania, wybierając odpowiedź twierdzącą.

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

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

Zdaniem większości (53% osób badanych), w czasie studiów nie przekazywano studentom wiedzy strukturalnej uporządkowanej jako warunku jej trwałości i funkcjonalności; 35% badanych stwierdza, że przekazywano wiedzę ujętą w struktury logiczne, 13% nie wypowiada się na ten temat.

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

Powiązania uczelni z potrzebami praktyki, metodyka kształcenia, program studiów, podręczniki i skrypty, koncepcja rekrutacji na studia – to elementy, które zdaniem respondentów, winny ulec zmianie w procesie kształcenia medycznego.

Tabela 2
Co zmienić w studiach...?

co zmienić	nie zmieniać (w %)	zmieniać (w %)
a) program studiów	63%	37%
b) powiązania uczelni z potrzebami praktyki	28%	72%
c) metodyka kształcenia	56%	44%
d) praca wychowawcza	81%	19%
e) wielkość grup studenckich	88%	12%
f) koncepcja rekrutacji na studia	72%	28%
g) inne (np. podręczniki skrypty)	68%	32%

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło oceny wykładów, ćwiczeń, seminariów i ćwiczeń laboratoryjnych. Odpowiedzi badanych kształtowały się następująco (Tab. 3):

Tabela 3
Ocena form działalności uczelni

Pytanie	Rodzaj zajęć	Stopień dostarczania wiadomości	% odpowiedzi
W jakim stopniu wg Pana/i dostarczają wiadomości następujące rodzaje zajęć?	wykłady	bardzo duży	14%
		duży	26%
		średni	33%
		mały	23%
		wcale	5%
„	ćwiczenia	bardzo duży	14%
		duży	42%
		średni	37%
		mały	9%
		wcale	0%
„	seminaria	bardzo duży	9%
		duży	29%
		średni	38%
		mały	23%
		wcale	2%
„	ćwiczenia laboratoryjne	bardzo duży	9%
		duży	5%
		średni	45%
		mały	29%
		wcale	14%

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

Następna grupa pytań kwestionariusza dotyczyła problematyki wykonywanej pracy i zawodu absolwentów. Zgodnie z ukończonym kierunkiem studiów pracuje 88% badanej populacji, 5% zaprzecza tej zgodności a 7% pracę wykonuje „raczej zgodnie z kierunkiem ukończonych studiów”.

Pracę zgodnie z ukończoną specjalizacją wykonuje 74% absolwentów, dla 19% praca jest niezgodna z uzyskaną specjalnością a dla 7% zgodność ta jest określana jako „raczej zgodna”.

Dla 77% respondentów istnieje możliwość realizacji własnych aspiracji w zakładzie pracy, dla 23% takiej możliwości raczej nie ma.

Zdecydowana większość (89% badanych) jest zadowolona z obecnie wy-

konywanej pracy i stanowiska. Wątpliwe zadowolenia wyraziło 9% badanych a tylko 2% jest zdecydowanie niezadowolonych z wykonywanej pracy.

77% badanej populacji nie kieruje zespołem pracowników, a dla 23% zespoły kierowane liczyły od 2 do 20 osób.

Chęć zmiany obecnego miejsca pracy wyraziło 28% a 72% nie chciałoby go zmieniać. Argumenty przemawiające za zmianą były następujące: lepsze warunki płacy i możliwości zawodowe, praca w oddziale szpitalnym, możliwości wyjazdu za granicę.

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

a) pod względem materialnym dla 9% rzeczywistość okazała się lepsza dla 79% ” ” gorsza dla 12% ” ” taka sama

b) pod względem stosunków międzyludzkich dla 23% rzeczywistość okazała się lepsza dla 49% ” ” gorsza dla 28% ” ” taka sama

c) pod względem organizacji pracy dla 7% rzeczywistość okazała się lepsza dla 58% ” ” gorsza dla 35% ” ” taka sama

W badaniach naszych pytaliśmy respondentów, jakie braki odczuwali w wykształceniu uzyskanym w szkole wyższej. Tabela 4 obrazuje je w 6 dziedzinach:

Tabela 4
Braki w wykształceniu w szkole wyższej

Pytanie	Kategoria braków	% badanych
W jakich dziedzinach odczuwał Pan/Pani zasadnicze braki w wykształceniu uzyskanym w szkole wyższej?	a) odczuwa braki pod względem wiedzy teoretycznej	14%
	b) brak wiedzy praktycznej	74%
	c) brak znajomości zasad organizacji i zarządzania	19%
	d) brak wiedzy z zakresu socjologii i psychologii	16%
	e) braki w zakresie znajomości języków obcych	44%
	f) braki tzw. „inne”	14%

Zdaniem badanych najbardziej przydatne w pracy zawodowej okazały się:

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

Mało przydatne w pracy zawodowej ze względu na brak zastosowania, teoretyczne ujęcie, zbyt powierzchowne ujęcie – najczęściej wymieniane były: biochemia, filozofia, biofizyka, chemia, szkolenie wojskowe, OoZ. O małej przydatności przedmiotów nauczania w A.M. nie wypowiedziało się 21% badanych.

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

65% – bierze udział w szkoleniu podyplomowym

65% – bierze udział w kursach

28% – uczestniczy w stażach zagranicznych

79% – dokształca się w formie samokształcenia

Dla 30% badanych przygotowanie do samokształcenia uzyskane w czasie studiów było dobre, dla 47% – wystarczające, dla 9% – słabe i dla 14% bardzo słabe. Korzysta w fachowych czasopism krajowych 98%, a z zagranicznych 74% badanej populacji.

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

30% – nie korzysta z systemu informacji naukowej

35% – korzysta z systemu informacji naukowej

23% – rzadko korzysta z systemu informacji naukowej

11% – bardzo rzadko korzysta z systemu informacji naukowej.

Zdziwienie ludzi budzi fakt, że 44% badanych nie utrzymuje kontaktów z Uczelnią. Kontakt w formie stowarzyszenia absolwentów wymieniło tylko 2% respondentów, 16% kontaktuje się z Uczelnią w formie spotkań indywidualnych z pracownikami naukowo-dydaktycznymi i 9% bierze udział w zjazdach koleżeńskich. Pozostałe 29% nie udzieliło odpowiedzi.

W tabeli 5 przedstawione zostały czynniki, które miały wpływ na dobór obecnej pracy osób badanych.

Tabela 5
Czynniki wpływające na wybór pracy

Lp.	Czynniki	% badanych	Rodzaj wpływu
1.	miejsce zamieszkania	9% 49% 21% 21%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
2.	stypendium fundowane (skierowanie)	63% 14% 23%	brak wpływu istotny wpływ uboczny wpływ
3.	zainteresowania	14% 53% 23% 9%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
4.	wysokie zarobki	49% 21% 14% 16%	brak wpływu istotny wpływ dość uboczny wpływ uboczny wpływ
5.	praca zapewniająca stabilizację	37% 23% 26% 14%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
6.	przyjemne stosunki w pracy	35% 26% 21% 18%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
7.	możliwości awansu	47% 11% 9% 30%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ
8.	brak możliwości wyboru	49% 14% 9% 28%	brak wpływu istotny wpływ dość istotny wpływ uboczny wpływ

Badania wykazują, że 65% respondentów ma możliwość wykorzystania wiadomości zdobytych podczas studiów i ich dalszego pogłębiania w trakcie pracy zawodowej. Dla 35% taka możliwość nie istnieje. Badania wskazują (aż 88%), że absolwenci odczuwali braki w przygotowaniu do pracy zawodowej bezpośrednio po ukończeniu studiów. Tylko 12% badanych takich braków nie odczuwało.

Lista propozycji zmian, które przyczynią się do poprawy warunków rozwoju zawodowego i pełniejszej samorealizacji osób badanych, jest długa. Badani proponują zmianę warunków organizacyjnych, poprawę warunków finansowych, możliwości odbywania staży zagranicznych i krajowych w renomowanych ośrodkach. Postulują poprawę wyposażenia w nowoczesny sprzęt medyczny.

Z badanej populacji 51% należało w czasie studiów do koła naukowego. Ocena działalności koła w aspekcie przygotowania do pracy zawodowej nie wypadła imponująco. 2% respondentów oceniło jego funkcjonowanie w tym względzie jako niedostateczne, 7% na dostateczne, 30% na dobre i 12% na bardzo dobre. 49% absolwentów nie zabrało głosu w tej sprawie.

Wpływ praktyk studenckich, organizowanych przez uczelnię, na przygotowanie do pracy zawodowej w opinii absolwentów uzyskał niską ocenę. Dla 19% badanych praktyki nie miały znaczenia na przygotowanie do zawodu, 9% określiło wpływ ten jako bardzo duży, zaś 14% jako duży. Dla 28% był on średni a dla 30% bardzo mały.

Respondenci ocenili wpływ przedklinicznego kształcenia na dalszy tok studiów jako bardzo mały: dla 33% wpływ ten jest bez znaczenia, dla 33% – ma duże znaczenie, a dla 26% – średnie. Tylko 9% badanych uznało ten wpływ za bardzo duży.

Rozkład wyników dotyczący znaczenia wczesno-przedklinicznych postępów dla pracy zawodowej kształtował się następująco: 16% osób badanych uznało wpływ ten za bez znaczenia, 23% – za mały, 30% – za średni i 30% za duży i bardzo duży. Z pytaniem powyższym korespondowało kolejne, dotyczące oceny własnego przygotowania przedklinicznego. Przygotowanie swoje za złe (słabe) oceniło 19% badanych, za dość dobre uznało je 49%, a za dobre 23% osób badanych. Jako bardzo dobre oceniło swoje postępowanie przedkliniczne 9%.

Zgodnie z literaturą przedmiotu, do badań naszych wprowadziliśmy pojęcie „typu zaradności” jako cechy osobowości determinującej zdobywanie wiedzy

i umiejętności. W związku z tym zadano następujące pytanie: „Który typ zaradności jest Panu/i najbliższy?” Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że 63% respondentów uważa się za zaradnych zarówno w zdobywaniu teorii, jak i w praktyce, 16% oceniło się jako zaradnych tylko w zdobywaniu wiedzy teoretycznej i niezaradnych w praktyce. 19% zakwalifikowało się do typu: niezaradny w teorii, zaradny w praktyce.

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

Średnia miesięczna zarobków netto w r. 1992 wynosiła ok. 4.000.000 zł, co uznać należy za średni wskaźnik sukcesu.

51% badanych odpowiada obecne miejsce zamieszkania. 76% stara się o poprawę warunków mieszkaniowych przez: spółdzielnię mieszkaniową (7%), zakład pracy (5%), prywatnie (49%), oszczędzanie w PKO (6%).

Staż poddyplomowy zdecydowana większość absolwentów odbyła w Warszawie (72%), w innych miastach 21%. Najwięcej stażystów pracowało w szpitalach (39%) i instytutach naukowych (23%). Następnie 14% w ZOZ-ach i 14% w wojewódzkich szpitalach zespólnych.

Z odpowiedzi respondentów wynika, że 60% osób badanych posiada warunki i możliwości popularyzacji wiedzy medycznej.

Z populacji zbadanej 49% pracuje naukowo, a za granicę w celach zawodowych wyjeżdża 35%.

Tylko 2% lekarzy z badanej populacji ma odznaczenia związkowe i państwowe.

Ankieta zamyka prośba o inne uwagi dotyczące problemów studiów i pracy zawodowej, która dotychczas nie zostały poruszone. Dodatkowych uwag nie miało aż 81,5% badanych. Ci respondenci, którzy zdecydowali się dodatkowo zabrać głos, podkreślali celowość takich badań (pochwała ankiety), wyrażali chęć zapoznania się z ich wynikami. Niektórzy zaś byli mile zaskoczeni faktem, iż Akademia Medyczna interesuje się losami swoich absolwentów.

Padły propozycje zaniechania zbyt dużego uszczegółowienia niektórych przedmiotów, zwrócenia uwagi na właściwy przebieg praktyk studenckich, które zostały ocenione bardzo negatywnie. Badani postulują również większą koncentrację na problemie kształtowania umiejętności praktycznych w czasie studiów. Domagają się m.in. zwiększenia liczby ćwiczeń przy łóżku chorego. Propozycje dotyczą również obniżenia liczebności grup

studenckich, zwiększenia skuteczności nauczania języków obcych a także zwiększenia liczby zajęć sportowych i turystycznych. Pojawiły się też propozycje zawężenia zakresu wiedzy z takich przedmiotów jak: biofizyka, biochemia, biologia.

Godną podkreślenia jest wysoka ocena jaką uzyskały praktyki ginekologiczne w formie internatu.

*Powiązania między parametrami systemu edukacyjnego
a parametrami sukcesu zawodowego.*

Zgodnie z założeniami badań w podrozdziale tym przedstawione zostaną powiązania zachodzące między parametrami (wskaźnikami) w obrębie systemu edukacyjnego. Przedstawione zostaną również związki między parametrami systemu edukacyjnego a parametrami sukcesu zawodowego. Wyrazem powiązań tych są współczynniki korelacji (r)⁹⁾ cząstkowej i wielorakiej.¹⁰⁾

Stopień zależności można określić dla różnych „r” następująco:

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

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

A. Z uwagi na obszerność dokonanych obliczeń w tabeli 6 przedstawiono estymatory współczynników korelacji cząstkowych, które mogą zainteresować czytelnika.

⁹⁾ „Współczynnik korelacji jest to liczba, która mówi nam w jakim stopniu dwa zjawiska są powiązane, w jakim stopniu zmianie jednego zjawiska odpowiada zmian drugiego”. Por. J.P. Guilford: „Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice”, Warszawa 1960, PWN, s. 195.

¹⁰⁾ op. cit. s. 171.

Tabela 6
Wybrane współczynniki korelacji (r) między poszczególnymi parametrami systemu edukacyjnego

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji (r)	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
biologia (matura)	fizyka (matura)	43	0.849	<.010	r – wysoka zal. znaczna
”	chemia (mat.)	”	0.878	<.010	”
”	pkt. egz. wstępny	”	0.431	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
”	anatomia I r.	”	0.389	= .011	r – niska zal. wyraż. mała
”	biofizyka I r.	”	0.429	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
”	histologia II r.	”	0.430	<.010	”
”	biochemia II r.	”	0.320	= .039	r. – niska zal. wyraż. mała
”	interna V r.	”	0.292	= .058	”
”	psychiatria VI r.	”	0.355	= .021	”
”	średnia arytm. studiów	”	0.306	= .047	”
fizyka (matura)	chemia (mat.)	”	0.894	<.010	r – wysoka zal. znaczna
”	anatomia I r.	”	0.339	= .027	r – niska zal. wyraż. mała
”	biofizyka I r.	”	0.357	= .021	”
”	histologia II r.	”	0.324	= .035	”
”	psychiatria VI r.	”	0.321	= .037	”
”	średnia arytm. studiów	”	0.264	= .086	”
chemia (mat.)	pkt. egz. wstępny	43	0.370	= .017	r – niska zal. wyraż., mała
”	anatomia I r.	”	0.411	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
”	biofizyka I r.	”	0.348	= .024	r – niska zal. wyraż., mała
”	histologia II r.	”	0.338	= .028	”
”	biochemia II r.	”	0.353	= .022	”
”	psychiatria VI r.	”	0.363	= .018	”
”	średnia arytm. studiów	”	0.360	= .020	”
egz. wstępny w pkt.	anatomia I r.	”	0.391	<.010	”
”	histologia II r.	”	0.274	= .075	”

"	biochemia II r.	"	0.328	= .033	"
"	interna V r.	"	0.260	= .091	"
anatomia I r.	biologia I r.	"	0.291	= .058	"
"	biofizyka I r.	"	0.693	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	histologia II r.	"	0.643	<.010	"
"	fizjologia II r.	"	0.452	<.010	"
"	biochemia II r.	"	0.560	<.010	"
"	neurologia V r.	"	0.322	= .036	r – niska zal. wyraż. mała
anatomia I r.	interna V r.	43	0.383	= .012	r – niska zal. wyraż. mała
"	pediatria VI	"	0.429	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	ginekologia VI	"	0.362	= .019	r – niska zal. wyraż., mała
"	chirurgia VI	"	0.294	= .056	"
"	psychiatria VI	"	0.474	<.010	r – umiarkowana zal istotna
"	średnia arytm. studiów	"	0.569	<.010	"
biologia I r.	biofizyka I r.	"	0.447	<.010	"
"	fizjologia II	"	0.545	<.010	"
"	biochemia II r.	"	0.490	<.010	"
"	neurologia V r.	"	0.380	= .013	r – niska zal. wyraż. mała
"	interna V r.	"	0.261	= .089	"
"	pediatria VI	"	0.350	= .023	"
"	chirurgia VI r.	"	0.307	= .047	"
"	średnia arytm. studiów	"	0.385	= .012	"
biofizyka I r.	histologia II r.	"	0.602	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	fizjologia II r.	"	0,632	<.010	"
"	biochemia II r.	"	0.613	<.010	"
biofizyka I r.	neurologia V r.	43	0.447	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	interna V r.	"	0.463	<.010	"
"	pediatria VI	"	0.439	<.010	"
"	ginekologia VI	"	0.407	<.010	"
"	chirurgia VI	"	0.291	= .058	r – niska zal. wyraż. mała
"	psychiatria VI	"	0.463	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	średnia arytm. studiów	"	0.632	<.010	"

histologia II r.	fizjologia II r.	"	0.333	= .030	r – niska zal. wyraż. mała
"	biochemia II r.	"	0.427	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	neurologia V r.	"	0.284	= .064	r – niska zal. wyraż. mała
"	interna V r.	"	0.302	= .050	"
"	pediatria VI	"	0.258	= .094	"
"	psychiatria VI	"	0.515	<.010	r – umiarkow. zal. istotna
"	średnia arytm. studiów	"	0.529	<.010	"
fizjologia II r.	biochemia II r.	"	0.421	<.010	"
"	interna V r.	"	0.281	= .068	r – niska zal. wyraż. mała
fizjologia II r.	psychiatria VI	43	0.348	= .024	r – niska zal. wyraż. mała
"	średnia arytm. studiów	"	0.367	= .018	"
biochemia II r.	neurologia V r.	"	0.270	= .079	"
"	interna V r.	"	0.508	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	pediatria VI	"	0.543	<.010	"
"	chirurgia VI r.	"	0.483	<.010	"
"	psychiatria	"	0.429	<.010	"
"	średnia arytm. studiów	"	0.627	<.010	"
neurologia V r.	interna V r.	"	0.285	= .068	r – niska zal. wyraż. mała
"	pediatria VI	"	0.384	= .012	"
"	chirurgia VI	"	0.388	= .011	"
"	psychiatria VI	"	0.422	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
"	średnia arytm. studiów	"	0.444	<.010	"
interna V r.	chirurgia VI r.	"	0.589	<.010	"
"	pediatria VI	"	0.393	<.010	r – niska zal. wyraż. mała
"	psychiatria VI r.	"	0.322	= .036	"
interna V r.	średnia arytm. studiów	43	0.596	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
pediatria VI	ginekologia VI	"	0.256	= .097	r – niska zal. wyraż. mała
"	psychiatria VI	"	0.330	= .032	"
"	chirurgia VI	"	0.554	<.010	r – umiarkowana zal. istotna

„	średnia arytm. studiów	„	0.557	<.010	„
ginekologia VI	psychiatria VI	„	0.283	= .065	r – niska zal. wyraż. mała
„	średnia arytm. studiów	„	0.480	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
chirurgia VI	psychiatria VI	„	0.428	<.010	„
„	średnia arytm. studiów	„	0.484	<.010	„
psychiatria VI	średnia arytm. studiów	„	0.543	<.010	„

Z zestawienia wynika, że najwyższe współczynniki korelacji stwierdzono w obrębie systemu edukacyjnego, tj. między wynikami z egzaminów z poszczególnych przedmiotów. Najwyższe zależności wykazano między średnią arytmetyczną studiów a takimi przedmiotami jak: anatomia ($r = 0,569$), biofizyka ($r = 0,632$), histologia ($r = 0,529$), biochemia ($r = 0,627$), interna ($r = 0,596$), pediatria ($r = 0,557$), psychiatria ($r = 0,543$).

Bardzo wysokie współczynniki korelacji wykazują również takie przedmioty jak:

biologia (mat.) – fizyka (mat.) $r = 0,849$

biologia (mat.) – chemia (mat.) $r = 0,878$

fizyka (mat.) – chemia (mat.) $r = 0,894$

anatomia – biofizyka $r = 0,693$

anatomia – histologia $r = 0,643$

anatomia – biochemia $r = 0,560$

biologia – fizjologia $r = 0,545$

biofizyka – biochemia $r = 0,613$

biofizyka – fizjologia $r = 0,632$

biofizyka – histologia $r = 0,602$

histologia – psychiatria $r = 0,515$

biochemia – interna $r = 0,508$

biochemia – pediatria $r = 0,543$

interna – chirurgia $r = 0,589$

pediatria – chirurgia $r = 0,554$

Stosunkowo niższe współczynniki korelacji uzyskano w badaniach między parametrami systemu edukacyjnego a parametrami systemu kariery zawodowej. Ilustruje to tabela 7.

Tabela 7

Współczynniki korelacji (r) między parametrami systemów edukacyjnego i zawodowego

Nazwa parametrów korelowanych		Liczba osób badanych (N)	Estymator współczynnika korelacji (r)	Poziom istotności korelacji	Klasa korelacji
					Stopień zależności
biologia (matura)	rozszerzanie wiedzy zdobytej w uczelni (na kursach)	43	0.436	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
”	niezaradność w teorii, zaradność w praktyce	”	0.339	= .034	r – niska zal. wyr. mała
fizyka (matura)	rozszerzanie wiedzy zdobytej w uczelni (na kursach)	”	0.456	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
chemia (mat.)	rozszerzanie wiedzy zdobytej w uczelni (na kursach)	43	0.456	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
punkty egz. wstęp.	pochodzenie środowisk.	”	0.392	<.010	r – niska zal. wyr. mała
anatomia I r.	postępy przedklinicz. dla dalszego toku studiów	”	0.308	= .047	”
biologia I r.	przygotow. przez uczel. do pokonyw. trudności zawodowych	”	0.409	<.010	r – umiarkowana zal. istotna
biologia I r.	dostrzeganie możliwości zrealizow. aspiracji w zakł. pracy	”	0.540	<.010	”
”	zadowolenie z wykonyw. pracy	”	0.516	<.010	”
histologia II r.	możliwość pogłębienia wiedzy w pracy zaw.	”	0.356	= .027	r – niska zal. wyr. mała

fizjologia II r.	przynależ. do koła naukowego	”	0.319	= .042	”
biochemia II r.	wyjazdy za granicę w celach zaw.	”	0.318	= .043	”
neurologiczna V r.	poszerzanie wiedzy przez staże kraj.	”	0.376	= .018	”
interna V r.	przynależ. do koła naukowego	”	0.399	<.010	”
interna V r.	działal. koła nauk. w aspekcie przygot. zawodowego	”	0.399	<.010	”
pediatria VI	średnia ocen studiów w opinii respond.	43	0.534	<.010	r - umiarkowana zal. istotna
chirurgia VI	”	”	0.451	<.010	”
”	korzystanie z czasopism zagranicznych	”	0.343	= .032	r – niska zal. wyr. mała
średnia arytmetyczna studiów	możliwość realizacji swoich aspiracji zawodowych w obecnym zakładzie pracy	”	0.398	<.010	”
”	znaczenie przygotowania wczesno-przedklinicznego dla przygotowania zawodowego	”	0.304	= 0.048	”

B) Z uwagi na różne skale (porządkowa i nominalna) w prezentowanych badaniach obliczono współczynniki korelacji wielokrotnej (r) tylko dla systemu edukacyjnego. Mają one być, naszym zdaniem, syntetycznym wskaźnikiem powiązania parametrów między grupami omawianych zmiennych (por. str. 131), innymi słowy mają wskazać związek kształcenia przedklinicznego z kształceniem klinicznym i średnią arytmetyczną studiów.

Tabela 8 obrazuje omawianą kwestię.

Tabela 8.
Współczynniki korelacji (r) wielokrotnej

	Przedmioty nauczania V-VI rok ²⁾	Średnia arytmetyczna studiów (M) ³⁾
Przedmioty nauczania I-II rok ¹⁾	0.69	0.75
Przedmioty nauczania V-VI rok ²⁾	–	0.89
Przedmioty nauczania I-II rok ¹⁾ oraz V-VI rok ²⁾	–	0.92

1)

anatomia
biologia
biofizyka
histologia
fizjologia
biochemia

2)

neurologia
pediatria
ginekologia i położn.
chirurgia
psychiatria

3)

średnia arytmetyczna studiów (M)

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

Wnioski

Badania nad karierami zawodowymi absolwentów II Wydziału Lekarskiego (sukcesami zawodowymi) dostarczają wielu informacji. Wskazuje to na potrzebę dalszych, dogłębnych prac naukowych nad tematyką poruszoną w niniejszym opracowaniu. Badania wykazały potrzebę modyfikacji dociekań w aspekcie metodologicznym w celu zweryfikowania hipotezy: lepsi w czasie studiów – lepsi w działalności praktycznej (por. dyskusję B. Szabuniewicz i A.B. Łobodzińska).

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

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

Należy skonstatować, że wypowiedzi osób badanych w wielu kwestiach poruszonych w tej pracy, takich jak: powiązania uczelni z potrzebami praktyki, wielkość grup studenckich, położenie większego nacisku na nauczanie języków obcych, właściwa organizacja i przebieg praktyk studenckich, zawężenie zakresu wiedzy z niektórych przedmiotów, zwiększenie liczby zajęć sportowych i turystycznych – winne być przedmiotem refleksji i przemyśleń osób odpowiedzialnych za kształcenie medyczne w naszej uczelni. Należy podkreślić, że respondenci wysoko ocenili niektóre działania Akademii (zainteresowanie losami absolwentów, pewne formy organizacyjne procesu dydaktycznego, m.in. praktyki ginekologiczne w formie internatu).

Z badań nad absolwentami I i II Wydziału Lekarskiego wynika daleko idąca zbieżność wyników kształcenia: średnie arytmetyczne studiów, wskaźniki procentowe i powiązania w formie korelacji.

Analogicznie przedstawiają się poglądy absolwentów obu Wydziałów dotyczące wielu kwestii poruszonych w tej pracy¹¹⁾.

¹¹⁾ por. art. w kwartalniku „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie” 1993 r. nr 3-4, s. 49-69

Maria Kordas

Program dwustopniowego szkolenia bibliotecznego dla studentów akademii medycznej. Projekt.

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Zarys programu powstał podczas zajęć na warsztatach dydaktycznych pt. „Minimum pedagogiczne” w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (24-28 kwietnia 1995 r.). Dokończony został w oparciu na własnych doświadczeniach autorki z praktyki bibliotekarskiej i dydaktycznej oraz na podstawie aktualnie realizowanego programu w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Warszawie i literatury przedmiotu.

Stan szkolenia bibliotecznego studentów w polskich akademiach medycznych przedstawiła J. Rygiel – prowadzi je 9 na 11 uczelni – oceniając go jako niezadowolający (1). Autorka zwróciła uwagę na fakt, że w świetle zasad formalno-prawnych i teoretycznych funkcja dydaktyczna bibliotek szkół wyższych jest bezdyskusyjna. Natomiast ich realizacja napotyka ogromne trudności związane z ciasnotą lokalową bibliotek, dużą liczebnością grup studenckich, małą liczbą godzin zajęć, brakiem programów, przestarzałymi metodami nauczania, problemem prawnego unormowania pracy dydaktycznej bibliotekarzy i zapewnienia wysokokwalifikowanej kadry do tego celu. J. Rygiel przytacza wnioski z IV. Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych (Wrocław 1984), w których zapisano, by zwrócić się do ministra zdrowia i opieki społecznej o wprowadzenie do programu studiów w akademiach medycznych w Polsce dwustopniowego szkolenia bibliotecznego studentów, tj. przysposobienia bibliotecznego dla studentów I roku oraz informacyjno-bibliograficznego dla studentów III lub IV roku studiów. Autorka zaznacza,

że problem ten nadal oczekuje rozwiązania. Nie został on rozwiązany do tej pory.

T. Łapacz omówiła kształcenie użytkowników informacji naukowej – ikierunki jego rozwoju – w szkołach wyższych za granicą (2). Przytoczone wyniki badań nad stopniem wykorzystywania przez naukowców różnego rodzaju źródeł informacji naukowej wskazują, że tylko ok. 1/3 zamówień na literaturę pochodzi ze źródeł informacyjno-bibliograficznych, a reszta z cytoowań w literaturze przedmiotu, informacji uzyskiwanych na konferencjach naukowych i w kontaktach osobistych. Podobne wyniki uzyskano w Polsce – z systemu informacji naukowej korzysta 33%-35% absolwentów akademii medycznej (3, 4).

Niedostateczny stopień wykorzystywania różnego rodzaju źródeł informacji przez naukowców jest spowodowany – zdaniem T. Łapacz – m.in. tym, że w okresie studiów nie zostali oni należycie przygotowani do korzystania z informacji naukowej. Autorka uważa systematyczne szkolenie użytkowników informacji za konieczne i wymienia następujące cele tego szkolenia: rozbudzenie potrzeby i wdrożenie użytkowników do korzystania z informacji naukowej, nauczenie ich umiejętności wykorzystywania różnego rodzaju źródeł informacji i sporządzania dokumentacji dla potrzeb własnych, zorientowanie ich w formach, metodach, rodzajach i zakresie usług oferowanych przez poszczególne ogniwa systemów informacji – nie tylko w kraju, lecz również w skali międzynarodowej oraz przekonanie użytkowników o celowości współdziałania z systemami informacji.

Realizacja wysokich wymagań stawianych studentom i absolwentom akademii medycznych oraz postulatów kształcenia ustawicznego (5) wymaga przygotowania ich do tych zadań, m.in. poprzez szkolenie biblioteczne. Szkoleniem informacyjno-bibliograficznym powinni być objęci również doktoranci. Przemawiają za tym również względy ekonomiczne. Koszt szkolenia bibliotecznego jest nikły w porównaniu z kosztami opracowywania i funkcjonowania systemu informacji naukowej oraz stratami wynikającymi z nieumiejętności dotarcia do informacji i podejmowania prac, które już gdzie indziej zostały wykonane.

Przedstawiony poniżej projekt „Program dwustopniowego szkolenia bibliotecznego dla studentów akademii medycznej” jest propozycją do dyskusji, która powinna przyczynić się do rozwiązania problemu szkolenia bibliotecznego studentów i szkolenia informacyjno-bibliograficznego doktorantów.

*Program dwustopniowego szkolenia bibliotecznego
dla studentów akademii medycznej*

I stopień Przystosowanie biblioteczne dla studentów I roku

II stopień Szkolenie informacyjno-bibliograficzne dla studentów III roku

I° Przystosowanie biblioteczne

Cel ogólny

Umiejętność samodzielnego korzystania z agend biblioteki i znajomość podstaw krajowego systemu informacji naukowej.

Cele pośrednie

Od studentów uczestniczących w szkoleniu oczekuje się:

- nabrania kompetencji bibliotecznej i wyrobienia zdolności celowego użytkowania odpowiednich bibliotek przy określonych zadaniach
- samodzielności i biegłości w wyszukiwaniu informacji oraz świadomości jej znaczenia
- umiejętności skutecznego komunikowania się i współdziałania ze specjalistycznymi służbami bibliotecznymi

Cele szczegółowe

Dziedzina poznawcza

1. Przedstawić zadania i organizację Biblioteki Głównej oraz jej sieci na tle innych bibliotek naukowych w mieście i kraju (zwłaszcza medycznych i pokrewnych dziedzin).
2. Scharakteryzować zbiory Biblioteki Głównej (książki, czasopisma, zbiory specjalne, mikrofiszki i in.) oraz księgozbiory podręczne czytelników druków zwartych, czasopism itd.
3. Pokazać i omówić najważniejsze typy wydawnictw informacyjno-bibliograficznych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych.
4. Wymienić agendy usługowe biblioteki (czytelnie, wypożyczalnię, oddział informacji naukowej i reprografii) oraz zapoznać z regulaminem korzystania z nich.
5. Poinformować o znajdujących się w bibliotece katalogach alfabetycznych, przedmiotowych i in., np. działowym w czytelni druków zwartych.

6. Wyjaśnić zasady redagowania haseł autorskich i przedmiotowych oraz porządkowanie ich w obrębie jednego hasła i katalogu, zasady pisowni i transliteracji.
7. Omówić rodzaje kart katalogowych (główne, pomocnicze, odsyłacze itd.) i poszczególne elementy opisu katalogowego.
8. Pokazać druki biblioteczne (rewersy i zamówienia) i objaśnić ich wypełnianie, wskazać miejsce składania.

Dziedzina psychoruchowa

1. Odszukać w katalogu alfabetycznym wskazanego autora i wypełnić prawidłowo rewers.
2. Odszukać piśmiennictwo na zadany temat, wybrać najnowszą pozycję i wypełnić rewers.
3. Ćwiczyć odszukiwanie różnego typu wydawnictw w katalogu alfabetycznym i piśmiennictwie w kilku wybranych tematach w katalogu przedmiotowym.

Dziedzina afektywna

1. Wzbudzić motywację do częstego korzystania ze zbiorów biblioteki i zaprosić do niej.
2. Uświadomić wagę i przekonać do potrzeby stałego korzystania z informacji naukowej.
3. Ułatwić komunikację i współdziałanie ze specjalistycznymi służbami bibliotecznymi.

Cel ogólny zostanie uzyskany przy zastosowaniu metod:

- podających,
- problemowych,
- eksponujących,
- praktycznych.

Cele pośrednie zostaną osiągnięte metodami:

- wykładu informacyjnego ilustrowanego foliogramami,
- ekspozycji różnego typu wydawnictw informacyjno-bibliograficznych,
- dyskusji dydaktycznej związanej z problematyką wykładu i ekspozycją,
- ćwiczeń praktycznych.

Scenariusz zajęć z opisem metod do osiągnięcia celów szczegółowych

Miejsce zajęć: czytelnia biblioteki i oddział katalogów.

Zajęcia odbywają się w grupach 10-15 osobowych.

Czas trwania zajęć: 2 godziny.

GODZINA	TEMAT ZAJĘĆ	METODA I OSOBA PROWADZĄCA (Pracownik n/d bibliotek)
1 godzina		
5 min	Omówienie celów, szkolenia, wzajemna prezentacja osób i oczekiwań.	Dyskusja okrągłego stołu.
10 min.	Biblioteka Główna: zadania, organizacja, zbiory, miejsce w systemie krajowej informacji naukowej	Wykład informacyjny.
10 min.	Katalogi biblioteki: rodzaje, zasady porządkowania haseł, pisownia, transliteracja	Wykład informacyjny
5 min.	Karty katalogowe – rodzaje i elementy opisu. Druki biblioteczne: rewersy i zamówienia.	Wykład informacyjny i pokaz.
15 min.	Klasyfikacja, charakterystyka i prezentacja najważniejszych wydawnictw informacyjno-bibliograficznych	Wykład informacyjny i pokaz
2 godzina		
35 min.	Praktyczne posługiwanie się katalogiem alfabetycznym i przedmiotowym	Ćwiczenia praktyczne i dyskusja dydaktyczna
10 min.	Kontrola i ocena wykonania poleconych na ćwiczeniach zadań. Zaliczenie. Wpis do indeksu	

Dyskusja dydaktyczna

Faza 1 Wykładowca zgłasza cel i temat dyskusji

Faza 2 Studenci zgłaszają problemy i trudności związane z korzystaniem z biblioteki, posługiwaniami się katalogami lub poszukiwaniem informacji naukowej.

Faza 3 Wymiana poglądów i doświadczeń między uczestnikami.

Faza 4 Uporządkowanie informacji, ustalenie stanu faktycznego i sformułowanie odpowiedzi na zgłoszone problemy i trudności.

Faza 5 Podsumowanie zajęć

Student otrzymuje zaliczenie i wpis do indeksu, jeśli prawidłowo wykonał polecone zadanie (odszukał właściwe pozycje i prawidłowo wypełnił rewers). Niewłaściwie wykonane zadanie ma prawo powtórzyć.

II° Szkolenie informacyjno-bibliograficzne

Cel ogólny

Znajomość wydawnictw informacyjno-bibliotecznych z zakresu studiowanych dziedzin i umiejętność wyszukiwania odpowiednich informacji przy określonych zadaniach.

Cele pośrednie

Od studentów uczestniczących w szkoleniu oczekuje się:

- wiedzy w zakresie wydawnictw informacyjno-bibliograficznych drukowanych i komputerowych baz danych,
- samodzielności i biegłości wyszukiwaniu informacji oraz świadomości jej znaczenia,
- umiejętności skutecznego komunikowania się i współdziałania ze specjalistycznymi służbami bibliotecznymi.

Cele szczegółowe

Dziedzina poznawcza

1. Omówić podstawy informacji naukowej: cel, przedmiot, zakres, zadania, techniki udostępniania, systemy informacji krajowej i międzynarodowej.
2. Sklasyfikować typy wydawnictw informacyjno-bibliograficznych (ogólne i specjalistyczne; zwarte i ciągłe, słowniki, encyklopedie, bibliografie i bazy komputerowe).
3. Wymienić najważniejsze polskie i zagraniczne wydawnictwa z tej dziedziny.
4. Przedstawić zasięg, zakres, układ i aparat naukowy wymienionych wydawnictw.
5. Komputerowe bazy danych: Baza PBL (Polska Bibliografia Lekarska), MEDLINE, CURRENT CONTENTS LIFE SCIENCES, EXCERPTA MEDICA – LIBRARY SERVICE i in.
6. Wyjaśnić zasady korzystania z wydawnictw informacyjno-bibliograficznych.
7. Uzasadnić potrzebę stałego korzystania z informacji naukowej i wskazać zalety takiego postępowania.

Dziedzina psychoruchowa

1. Odszukać w poszczególnych typach wydawnictw określonych informacji (dla każdego typu zestaw 3 zadań).
2. Wybrać źródło informacji i wyszukać odpowiedź (zestaw 10 zadań).
3. Wskazać temat (hasło przedmiotowe, słowa kluczowe) – zestaw 20 zadań.
4. Wyszukać literaturę przedmiotu na określone tematy (np. związane z pracą magisterską, przygotowaniem do egzaminu, specjalizacją lub zleconą przez prowadzącego zajęcia) – zestaw 5 zadań.

Dziedzina afektywna

1. Uświadomić potrzebę i wagę stałego korzystania z informacji naukowej.
2. Ułatwić komunikację i współdziałanie ze specjalistycznymi służbami bibliotecznymi.

Cel ogólny zostanie uzyskany przy zastosowaniu metod:

- podających,
- problemowych,
- eksponujących,
- praktycznych.

Cele pośrednie zostaną osiągnięte metodami:

- wykładu informacyjnego ilustrowanego foliogramami,
- ekspozycji różnego typu wydawnictw informacyjno-bibliograficznych,
- dyskusji dydaktycznej,
- seminarium,
- ćwiczeń praktycznych.

Scenariusz zajęć z opisem metod do osiągnięcia celów szczegółowych

Miejsce zajęć: sala wykładowa, czytelnia biblioteki i oddział informacji naukowej.

Wykłady dla całego roku, ćwiczenia i seminarium w grupach 10-15 osobowych, sesja wyszukiwawcza – indywidualne konsultacje w oddziale informacji naukowej.

Czas trwania zajęć – 8 godzin:

- 4 godziny wykładu,
- 2 godziny ćwiczeń praktycznych,
- 1 godzina seminarium,
- 1 godzina sesji wyszukiwawczej w oddziale informacji naukowej.

GODZI-NA	TEMAT ZAJĘĆ	METODA I OSOBA PROWADZĄCA
1 godz.	Podstawy informacji naukowej	Wykład informacyjny
1 godz.	Klasyfikacja i charakterystyka wydawnictw informacyjno-bibliograficznych	Wykład informacyjny
1 godz.	Polskie i zagraniczne wydawnictwa informacyjno-bibliograficzne	Wykład informacyjny
1 godz.	Komputerowe bazy danych	Wykład informacyjny
2 godz.	Praktyczne posługiwanie się wydawnictwami informacyjno-bibliograficznymi	Ćwiczenia praktyczne i dyskusja dydaktyczna
1 godz.	Sesja wyszukiwawcza	Indywidualne konsultacje w oddziale informacji naukowej (Pracownik oddz. inf.-nauk.)
1 godz.	Seminarium końcowe zaliczające	Sprawdzian ustny i test – zestaw 10 pytań. Zaliczenie i wpis do indeksu.

Do oceny wyników kształcenia zostanie zastosowana kontrola wstępna, bieżąca i końcowa.

Kontrola wstępna – na podstawie aktywności podczas dyskusji dydaktycznej związanej z tematyką wykładów na 1 godz. ćwiczeń praktycznych (15 min.).

Kontrola bieżąca – podczas wykonywania poleconych zadań na ćwiczeniach.

Kontrola końcowa – na seminarium zaliczającym – sprawdzian ustny i test (zestaw 10 pytań).

Na sprawdzianie ustnym i teście będzie brana pod uwagę:

1. Znajomość najważniejszych polskich i zagranicznych wydawnictw informacyjno-bibliograficznych i komputerowych baz danych z zakresu medycyny i dyscyplin pokrewnych.
2. Umiejętność wskazania w jakim źródle należy szukać odpowiedzi na dane pytanie.
3. Umiejętność indeksowania przedmiotowego.

Przykłady pytań testowych

- I. W której bibliografii należy szukać pozycji: B. Seyda: Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa 1977?
1. Polska Biblioteka Lekarska
 2. Baza PBL
 3. Index Medicus
 4. MEDLINE
 5. Bibliografia Zawartości Archiwum Historii Medycyny
- II, Proszę wskazać temat przedmiotowy w tytule: Współczesny przekaz audiowizualny w kształceniu studentów i lekarzy. (J. Wasyluk, Wiad. Lek. 1990).
1. Współczesny przekaz audiowizualny
 2. Kształcenie współczesne
 3. Studenci i lekarze – kształcenie
 4. Dydaktyka medyczna – metody
- III. Lexicon Medicus to:
1. Bibliografia
 2. Encyklopedia
 3. Słownik językowy
 4. Baza komputerowa

Zaliczenie szkolenia i wpis do indeksu student otrzymuje po udzieleniu odpowiedzi na 2/3 pytań na sprawdzianie ustnym oraz po uzyskaniu 15 punktów na 20 możliwych z testu.

Piśmiennictwo

1. J. Rygiel: Szkolenie biblioteczne studentów w polskich akademiach medycznych. Biuletyn GBL, 1987, 340, 31-34.
2. T. Łapacz: Kształcenie użytkowników informacji naukowej w szkołach wyższych za granicą. Zarys problematyki i kierunki rozwoju. Roczn. Bibl. 1982, 26, 1/2, 251-327.
3. B. Pokrzycki: Losy zawodowe absolwentów I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Med. Dyd. Wych. 1993, 3-4, 49-69.
4. B. Pokrzycki, M. Jędrzejewska: Losy zawodowe absolwentów II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Med. Dyd. Wych. 1994, 3/4, 128-148.
5. J. Wasyluk: Kształcenie ustawiczne. Gazeta Lek., 1995, 4, 20-22.

Stefan Kruś

Czy Wojciecha Kostaneckiego naprawdę nie ma z nami?



Motto: Kiedy przed laty przyszedł na świat mój pierwszy syn, Profesor Ludwik Paszkiewicz powiedział do mnie: „życzę ci, aby był mądry i dobry ale bardziej dobry”. Powtarzałem to zdanie wielokrotnie, czując w nim i Mądrość i Dobroć i prawdziwą Wielkość Profesora.

W ciągu wielu lat idąc do pracy mijałem od czasu do czasu doc. Wojciecha Kostaneckiego. Pozdrawialiśmy się, szliśmy w swoim kierunku. Pewnego dnia zatrzymałem go i poprosiłem o pomoc dla mojego syna Michasia.

Michaś miał kłopoty z włosami a doc. Kostanecki tym działem dermatologii zajmował się szczególnie.

Podstawy wiedzy z tej dziedziny doc. Kostanecki zdobył w Niemczech, w Göttingen. Jego mistrzem a potem wieloletnim przyjacielem był prof. Klaus Bosse. Habilitował się na podstawie pracy: „Zaburzenia melanogenezy i zmiany strukturalne włosów”. Inne Jego prace w liczbie 56 też dotyczyły przeważnie trichologii. Wyniki tych prac znalazły powszechne uznanie. W r. 1975 został wyróżniony nagrodą naukową im. Schwarzkopfa. Napisał podręcznik poświęcony chorobom włosów. Kilka lat spędził jako lekarz w Libii.

Urzekał osobowością. Był powszechnie lubiany za życzliwość dla otoczenia, pacjentów i studentów. Uczestnik Konspiracji i Powstania Warszawskiego po wojnie starał się dokładać swoją cegiełkę do przezwyciężenia wielowiekowej

wrogości Polaków i Niemców. Był mądry i dobry jako lekarz i uczoney, mądry i dobry jako Człowiek.

Któregoś ranka szliśmy przeciwnymi stronami ulicy. Docent skręcił, przeszedł przez jezdnię, zatrzymał mnie: „gratuluję panu syna, jest wspaniały”. Mój Michaś!

Jak dawniej chodzę często tą samą ulicą. Mijają mnie różni ludzie, Docenta Wojciecha Kostaneckiego nie spotkam już nigdy. Pozostała we mnie jednak na zawsze pamięć o Jego przyjaznym podejściu do ludzi, do mnie, do mojego syna. Żywy wdzięcznością tych, co Go znali, znajduje się wśród nas ciągle.

Studencka Konferencja Naukowa

Materiały VI Konferencji Naukowej
Studenckiego Towarzystwa Naukowego
przy Akademii Medycznej w Warszawie
w dniach 12-13 maja 1995 r.

**Maciej Jędrzejowski, Antoni Filipiak, Paweł Mielnik,
Dorota Plewicka**

**Badanie ultrasonograficzne nerek
u chorych dializowanych**

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Nuklearnej CSK AM
w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. med. Wiesław Graban*

Opiekun koła: *dr Elżbieta Leowska*

Wstęp

Badanie ultrasonograficzne jest najprostszą metodą obrazowania narządów mięszzowych jamy brzusznej. Dzięki swej nieinwazyjności, dużej dostępności i łatwości wykonania jest pierwszoplanowym badaniem w diagnostyce zarówno ostrych, jak i przewlekłych schorzeń nerek. Pozwala ono na ocenę takich patologii jak kamica, guzy, zapalenie, torbiele, urazy. W niniejszej pracy ultrasonograficznej ocenie poddano obraz morfologiczny nerek u pacjentów dializowanych. Szczególną uwagę zwrócono na obecność zmian dodatkowych, takich jak kamica i powstające w przebiegu dializoterapii torbiele, mogące grozić powikłaniami krwotocznymi i przemianą nowotworową.

Materiał

Badania przeprowadzono od lutego do maja 1995 r. w grupie 40 pacjentów Ośrodka Dializ Kliniki Chorób Wewnętrznych CSK AM w Warszawie, u 13 kobiet i 27 mężczyzn w wieku od 21 do 70 lat. Wszyscy pacjenci poddani byli hemodializoterapii.

Przyczyny niewydolności nerek w badanej grupie były następujące:

- przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek – 30 pacjentów
- przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek – 4 pacjentów
- torbielowatość nerek – 2 pacjentów
- nefropatia cukrzycowa – 1 pacjent
- nefropatia nadciśnieniowa – 1 pacjent
- nefropatia refluksowa – 1 pacjent
- ostra niewydolność nerek – 1 pacjent

Metoda

Badania wykonano aparatem ALOKA SSD 650 wykorzystując głowicę 3,5 MHz, w ułożeniu pacjentów na wznak, przykładając głowicę aparatu po prawej stronie pod łukiem żebrowym w linii pachowej przedniej (wykorzystując w ten sposób tzw. „okno akustyczne wątroby”), po lewej zaś w X i XI międzyżebżu w linii pachowej tylnej, uzyskując obraz nerki przez śledzionę. W przypadku niewidocznienia nerek w wymienionym ułożeniu, pacjentów badano w ułożeniu skośnym na prawym i lewym boku, co pozwalało na przemieszczenie jelit wypełnionych gazami i lepsze uwidocznienie badanej nerki. Badania wykonywano bez specjalnego przygotowania pacjentów, przy normalnym oddychaniu, oraz na szczycie wdechu, dzięki czemu uzyskiwano przemieszczenie narządów jamy brzusznej ku dołowi. Oceniano następujące parametry: • wielkość nerek, • szerokość warstwy mięszowej, • echogeniczność miąższu nerki i ewentualne zatarcie echostruktury, • obecność zmian dodatkowych (torbiele, kamica).

Wyniki

Uzyskane wyniki ilustruje tabela 1

W grupie 30 pacjentów z przewlekłym kłębkowym zapaleniem nerek stwierdzono: – średnią długość nerki lewej 7,1 cm

– średnią długość nerki prawej 6,8 cm

– średnią grubość miąższu nerki 6 mm

Tabela 1

Przyczyny dializoterapii	Liczba pacjentów	Liczba nerek	N. prawa dł. śr.(cm)	N. prawa, σ (cm)	N. lewa dł. śr.(cm)	N. lewa, σ (cm)	Mięsz. nerki(cm)	Zatarcie echostruktury nerki (liczba nerek)	Torbiele(l. nerek)	Kamica(l. nerek)	Inne
Przewlekłe kłębkowe zap. nerek	30	60	7,1	1,6	6,8	1,4	0,6	26 (43%)	31 (52%)	3 (2%)	
Przewlekłe - odmiedniczkowe zapalenie nerek	4	6	7		8,9		0,6	4	3	0	+
Torbielowatość nerek	2	4	-		-		-	0	+++	0	
Nefropatia cukrzycowa	1	2	6,4		5,6		0,5	0	0	0	
Nefropatia nadciśnieniowa	1	2	9,5		8,2		0,9	0	1	0	
Nefropatia refluksowa	1	2	9,1		5,4		0,7	0	1	0	

– wzrost echogeniczności mięszu aż do zatarcia echostruktury nerek w 43% nerek

– obecność torbieli w 52% nerek

– obecność kamicy w 2% nerek

Wymiary nerek w populacji zdrowej:

– średnia długość nerki lewej 11,1 cm

– średnia długość nerki prawej 10,7 cm

– grubość mięszu nerki 13-20 mm

Otrzymane wyniki opracowano statystycznie na podstawie testu t-Studenta, co pozwoliło na stwierdzenie, iż w populacji pacjentów dializowanych z powodu przewlekłego kłębkowego zapalenia nerek długość nerek i grubość warstwy mięszowej są istotnie mniejsze niż w populacji zdrowej.

Pozostałe przyczyny niewydolności nerek są reprezentowane przez zbyt małą liczbę pacjentów aby móc podlegać statystycznemu opracowaniu. W tych przypadkach główną uwagę zwrócono na ich obraz ultrasonograficzny.

Obrazy ultrasonograficzne nerek

Obraz nerki prawidłowej

W obrazie ultrasonograficznym nerki prawidłowej wyróżnia się dwie zasadnicze części. Część środkowa to pole o wysokiej echogeniczności, odpowiadające zatoce nerkowej, na którą składają się układ kielichowo-miedniczkowy, naczynia krwionośne i limfatyczne, oraz tkanka tłuszczowa i tkanka łączna. Druga część to otaczająca pole środkowe warstwa o niższej echogeniczności odpowiadająca miąższowi nerki. W warstwie miąższowej widoczne jest w 50-60% przypadków zróżnicowanie echogeniczności korowo-rdzeniowe. Piramidy nerkowe widoczne są wówczas jako struktury nisko echogeniczne, rozłożone wzdłuż granicy z zatoką. Echogeniczność warstwy miąższowej jest porównywalna z echogenicznością wątroby (taka sama lub niższa). Obrysy prawidłowych nerek są regularne. Długość prawidłowej nerki wynosi 10-12 cm, szerokość 5-6 cm, grubość 3-5 cm. Grubość warstwy miąższowej wynosi 13-20 mm (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Obraz przewlekłego kłębkowego zapalenia nerek

W przewlekłym kłębkowym zapaleniu nerek nerki zmniejszają się. Warstwa miąższowa ulega stopniowemu zcieńczeniu. Echogeniczność miąższu stopniowo zwiększa się. Echogeniczność miąższu podobna lub równa echo-



Ryc. 2.

Rys. 3.

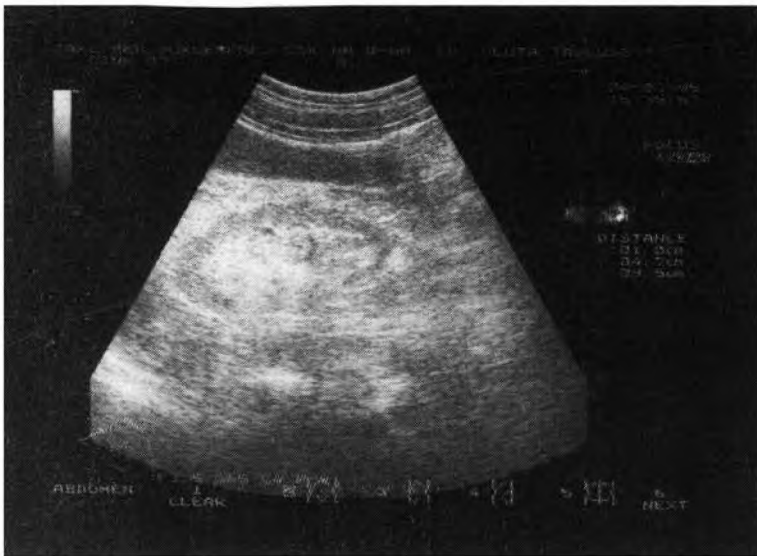


geniczności zatoki, oznacza zanik zróżnicowania mięszkowo-zatokowego. W przebiegu dializoterapii w niewydolnych nerkach pojawiają się torbiele.

Fotografie przedstawiają nerki o zmniejszonych wymiarach, z obecnością torbieli i kamicy (Ryc. 2, 3).

Obraz przewlekłego odmiedniczkowego zapalenia nerek

Na skutek mnogich pozapalnych blizn w warstwie mięszkowej, obrys nerki staje się nieregularny, pozaciągany. Warstwa mięszkowa ma nieregularną grubość. Ogniskowo zanika zróżnicowanie korowo-rdzeniowe, oraz mięszkowo-zatokowe. Wymiary nerki zmniejszają się; zcieńczeniu ulega warstwa mięszkowa (Ryc. 4).



Ryc. 4.

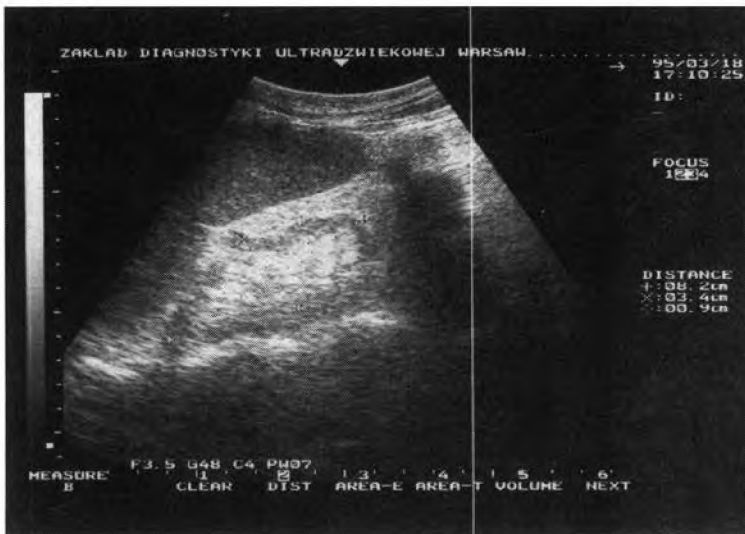
Obraz nefropatii cukrzycowej

Uzyskany w badaniach obraz nefropatii cukrzycowej był niecharakterystyczny. Widoczna na fotografii nerka o znacznie zmniejszonych wymiarach i całkowicie zatartej echostrukturze odpowiada końcowemu stadium procesów degeneracyjnych w nerce, czyli obrazowi małej, marskiej nerki (Ryc. 5).



Ryc.5.

Ryc 6.

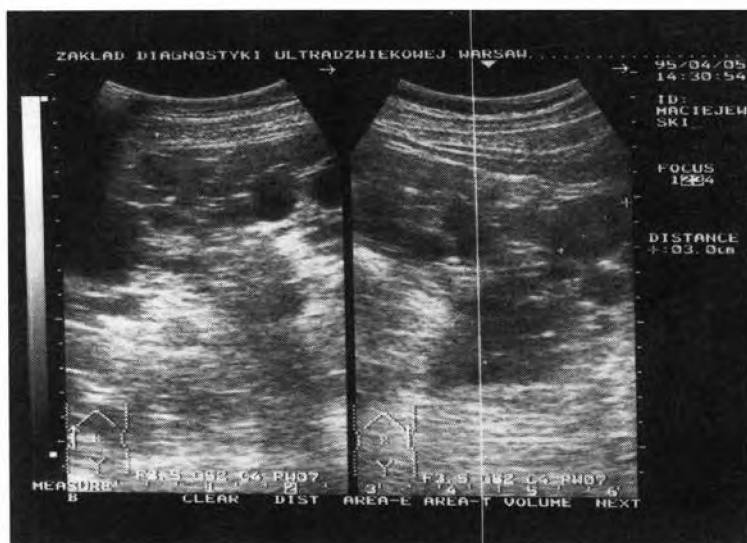


Obraz nefropatii nadciśnieniowej

W długotrwałym nadciśnieniu tętniczym dochodzi do rozlanego stwardnienia drobnych tętniczek, co powoduje zanik warstwy mięszowej z zastąpieniem jej tkanką łączną. W badaniu ultrasonograficznym stwierdza się nierówny, bliznowato pozaciągany obrys nerki. Wielkość nerek zmienna (Ryc. 6.).

Obraz torbielowatości nerek

Obraz nerek w torbielowatości typu dorosłych charakteryzuje się znacznym powiększeniem nerek (nawet powyżej 20 cm), ich nierównym obrysem, występowaniem licznych owalnych lub okrągłych obszarów braku odbić fali ultradźwiękowej o średnicy od kilku milimetrów do kilku centymetrów, odpowiadających torbielom. Pomędzy torbielami widoczne są obszary odbić fali ultradźwiękowej od pozostałego mięszu nerki (Ryc. 7).



Ryc. 7.

Obraz ostrej mięszowej niewydolności nerek

W ostrej mięszowej niewydolności nerek występuje obustronne powiększenie nerek, obrzęk warstwy mięszowej i zwężenie zatoki (Ryc. 8).



Ryc. 8.

Dyskusja

W grupie pacjentów dializowanych z powodu przewlekłego kłębkowego zapalenia nerek stwierdziliśmy istotnie mniejszą długość nerek (nerka lewa średnio 6,8 cm, nerka prawo średnio 7,1 cm), niż w populacji zdrowej. Wyniki te pokrywają się z danymi z piśmiennictwa, gdzie na podstawie badań 205 przypadków średnia długość nerek wahała się w zależności od czasu dializoterapii od 7,9 cm na początku dializ, do 5,5 cm po 10 latach dializoterapii (1). Grubość warstwy mięszowej w przebadanym materiale wynosiła średnio 6 mm. Według danych z literatury w zależności od czasu dializoterapii wahała się od 4,7 do 10,3 cm (1). Echogeniczność mięszu była wzmoczona w przeważającej większości nerek. Zatarcie echostruktury zaobserwowano w 43% nerek (kilkanaście procent według literatury (1)).

Zmiany torbielowe powstające w nerkach w przebiegu dializoterapii określa się jako „nabytą torbielowatą chorobę nerek” (acquired cystic disease of kidney – ACDK). Definiuje się ją jako obecność w obu nerkach nabytych, licznych torbieli (powyżej 5) (2), lub też zajęcie co najmniej 40% mięszu przez obustronne torbiele (1), występujące u pacjentów dializowanych. Etio-

logia AC DK jest niejasna. Wiadomo, iż częstość występowania torbieli skorelowana jest z czasem dializoterapii, oraz, że transplantacja nerek zahamuje bądź nawet cofa proces ich powstawania (3). Torbiele powstają najprawdopodobniej z rozszerzonych kanalików proksymalnych (4), na skutek włóknienia lub zaczopowania kryształami szczawianowymi (1). Być może w grę wchodzi również działanie bliżej nieokreślonego czynnika, nie dializującego się w trakcie hemodializ (poliaminy?). Wywoływać ma ono dodatkowo efekt renotropowy lub mitogeny stymulując procesy proliferacyjne w nerce, co grozi powstaniem przemiany nowotworowej (4). Częstość występowania ACKD jest oceniana różnie przez różnych autorów i waha się w zależności od stosowanej metody (USG, CT) i czasu dializoterapii od 22 do 92% (3). Większość opracowań podaje jednak, iż u pacjentów powyżej 3 lat dializoterapii ACKD występuje w ponad 50% przypadków (3). Rozpoznanie ACKD napotyka na pewne trudności u pacjentów w wieku podeszłym, u których znacznie wzrasta częstość występowania torbieli prostych nerek (co najmniej połowa pacjentów po 50 roku życia) (3). Czynnikiem różnicującym jest tu liczebność torbieli i wiek pacjentów. Częstość występowania zmian torbielowych w przebadanym przez nas materiale wynosiła 52%. We wspomnianym wyżej opracowaniu 205 pacjentów, częstość występowania nerek z co najmniej 1 torbielą wynosiła 63,9%, przy czasie dializ powyżej 3 lat.

Występowanie zmian litych w nerkach pacjentów przewlekle dializowanych oceniane jest różnie, nawet do 25% u pacjentów z ACKD (lub 5-18% ogółu pacjentów dializowanych). Zmiany złośliwe ocenia się na 4-5% wśród pacjentów z ACKD i 1,5-1,8% w populacji dializowanych (3). Nabyta choroba torbielowata nerek jest uważana przez niektórych autorów za stan przedrakowy (1). W przebadanym materiale nie stwierdziliśmy zmian litych.

W 3 nerkach pacjentów z przewlekłym kłębkowym zapaleniem nerek stwierdziliśmy kamice. Kamień u pacjentów dializowanych rzadko daje objawy utrudnienia odpływu moczu, ze względu na małą jego produkcję. Objawy kolki nerkowej mogą się pojawić w przypadku przemieszczania się kamienia do moczowodu. Może to spowodować trudności diagnostyczne w ultrasonografii, ze względu na brak poszerzenia układu kielichowo-miedniczkowego.

Wnioski

1. Ultrasonografia jest czułą i nieinwazyjną i tanią metodą pozwalającą na ocenę morfologiczną nerek.

2. Wielkość nerek oraz grubość warstwy mięsaszowej u chorych dializowa-

nych z powodu przewlekłych schorzeń zapalnych jest istotnie mniejsza niż w nerkach zdrowych. występuje również zatarcie echostruktury nerki.

3. W zbadanym materiale stwierdzono u około połowy przewlekłe dializowanych pacjentów występowanie torbieli, wymagających okresowej kontroli ultrasonograficznej.

4. Przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek i przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek mają w obrazie ultrasonograficznym pewne cechy charakterystyczne, jednakże końcowy obraz morfologiczny małej marskiej nerki nie pozwala na określenie pierwotnej przyczyny procesu zapalnego.

Piśmiennictwo

1. Shigeo Takebayashi: Sonographic Evaluation of Kidneys Undergoing Dialysis. *Urol. Radiol.*, 1985, 7, 69-74.
2. Andrew J. Taylor: Renal Imaging in Long-term Dialysis Patients. *AJR*, October 1989, 153, 765-767.
3. P.L. Allan i wsp.: Ultrasonography of the Native Kidney in Dialysis and Transplant Patients. *J. Clin. Ultrasound*, October 1992, 20, 557-567.
4. Howard J. Mindell: Imaging Studies for Screening Native Kidneys in Long-term Dialysis Patients. *AJR*, October 1989, 153, 768-769.
5. Jan Małczak, Antoni Sydor: Przydatność badania ultrasonograficznego w mięsżowych chorobach nerek. *Ultrason. pol.*, 1993, 3, 1, 49-73.
6. Wiesław Bolechowski: Diagnostyka ultradźwiękowa. PZWL, 1989, Warszawa.

Marek Marecki, Krzysztof J. Filipiak

Zaburzenia gospodarki fosforanowo-wapniowej jako kolejny czynnik proarytmii w świeżym zawale serca

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie

Kierownik Kliniki: *prof. dr hab. n. med. Tadeusz Kraska*

Opiekun Koła: *dr n. med. Maria Skarzyńska*

Opiekunowie Pracy: *dr n. med. Jolanta Stanisławska, lek. Marta Starczewska*

I. Cel pracy

Celem pracy była ocena gospodarki fosforanowo-wapniowej w świeżym zawale serca ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na wystąpienie zabu-

rzeń rytmu. Aby sprawdzić, czy istnieje zależność pomiędzy stężeniem jonów fosforanowych i wapniowych w surowicy krwi i w moczu w ostrym zawale serca a występowaniem zaburzeń rytmu, badaliśmy parametry gospodarki fosforanowo-wapniowej w pierwszej dobie i trzecim tygodniu świeżego zawału serca.

II. Metody

Prospektywnym badaniem objęto ponad 100 chorych ze świeżym zawałem serca, hospitalizowanych w Klinice Kardiologii I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie od listopada 1994 do kwietnia 1995.

Grupę kontrolną stanowili chorzy z chorobą niedokrwienną serca, ale bez świeżego zawału, hospitalizowani w tym samym okresie w Klinice.

Do pracy nie kwalifikowano chorych z: chorobami nerek, patologią tarczycy i przytarczyc, chorobami kości, dną moczanową oraz leczonych tiazydami, ponieważ wszystkie te stany mogły w sposób znaczący wpływać na gospodarkę fosforanowo-wapniową.

Badano stężenie wszystkich jonów, mogących mieć wpływ na powstawanie zaburzeń rytmu (Na, K, Mg, Ca, fosforany), oznaczając je w surowicy krwi w pierwszej dobie i w trzecim tygodniu świeżego zawału serca.

Oznaczono stężenie wapnia i fosforanów w moczu uzyskanym z dobowej zbiórki w pierwszej dobie i w trzecim tygodniu świeżego zawału serca. Wszyscy chorzy pozostawali na tej samej diecie szpitalnej, z porównywalną zawartością wapnia i fosforanów.

U każdego chorego wykonano 12-odprowadzeniowe badanie EKG w I dobie i w trzecim tygodniu świeżego zawału serca, wyznaczając QTc według formuły Bazeta, poszukując wartości QTc > 0,45, co świadczyłoby o skłonności do występowania zaburzeń rytmu. Pacjenci byli w sposób ciągły monitorowani w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej na terenie Kliniki, gdzie prowadzono stałą rejestrację i analizę występowania zaburzeń rytmu. Szukając innych prognostyków występowania zaburzeń rytmu, w pierwszym tygodniu świeżego zawału serca wykonano badanie późnych potencjałów komorowych. Poza tym u wszystkich chorych wykonano kontrolne badanie echokardiograficzne.

Chorych podzielono na grupy według płci i występowania zaburzeń rytmu serca, wyniki uśredniono w obrębie poszczególnych grup, porównano pomiędzy grupami i z grupą kontrolną.

III. Wyniki

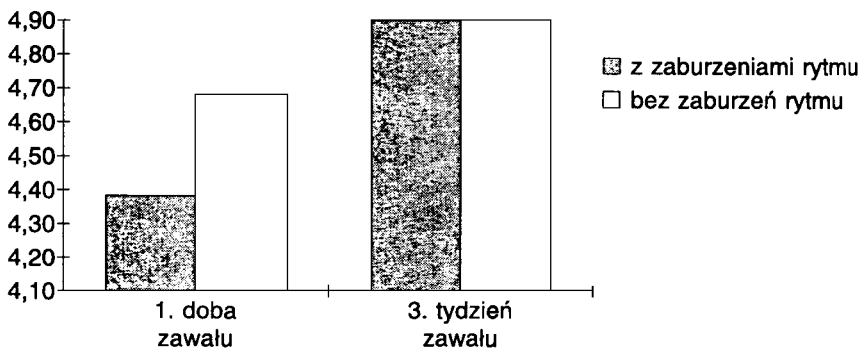
Ze względu na mniejszą grupę kobiet i częstsze u tej płci zaburzenia gospodarki fosforanowo-wapniowej, wszystkie wyniki w tej grupie należy uznać na razie za nieistotne statystycznie. Praca jest kontynuowana.

Interesujące różnice zaobserwowaliśmy jednak wśród mężczyzn ze świeżym zawałem serca, dzieląc ich na grupę bez zaburzeń rytmu i grupę ze złożonymi zaburzeniami rytmu (IV klasa wg Lowna, migotanie przedsionków, migotanie komór). Również w tej grupie praca jest kontynuowana, a poniżej przedstawiliśmy jej pierwsze wyniki, dotyczące 50 mężczyzn.

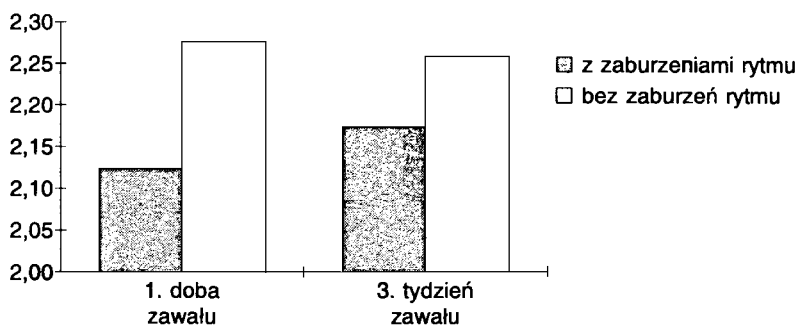
Grupę I (mężczyźni z zaburzeniami rytmu, $n = 29$) można było uznać za porównywalną z grupą II (mężczyźni bez zaburzeń rytmu, $n = 21$) pod względem następujących czynników: średniej wieku ($60,59 \pm 11,66$ vs $62,10 \pm 11,20$), lokalizacji zawału (przód/dół: 69% vs 52,4%), wystąpienia obecnego zawału jako kolejnego zawału serca (27,6% vs 33,3%), istnienia cukrzycy (34,5% vs 23,8%), palenia tytoniu (89,6% vs 61,9%) i występowania nadciśnienia tętniczego (48,3% vs 52,4%).

Porównując obie grupy nie wykazano statystycznie istotnych (NS) różnic stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi pomiędzy grupami, zarówno w pierwszej dobie, jak i w trzecim tygodniu świeżego zawału serca (Ryc. 1, 2, 3).

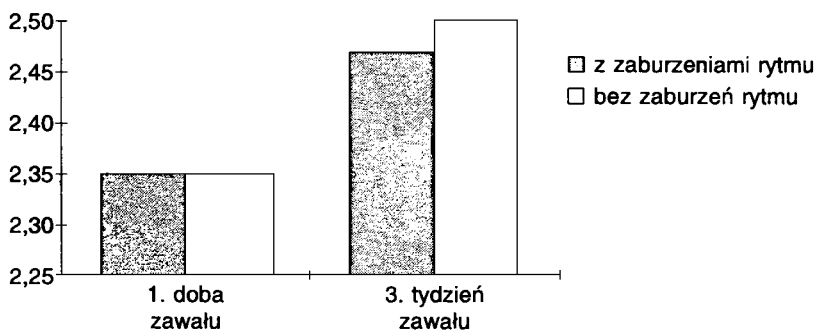
Nie stwierdzono też istotnych statystycznie różnic pomiędzy stężeniem jonów wapnia w moczu chorych z grupy I i z grupy II (Ryc. 4).



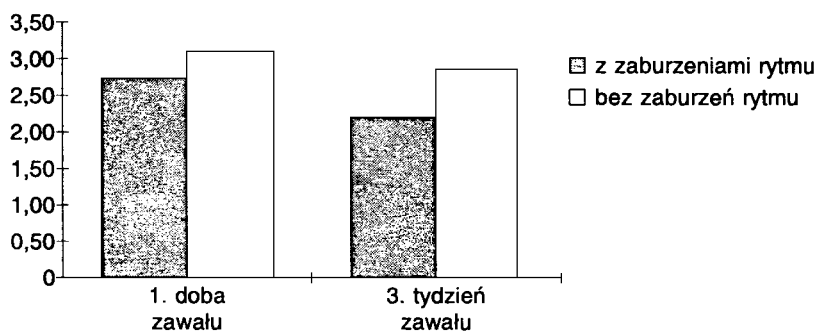
Ryc. 1. Stężenie potasu w surowicy krwi – norma: 3,5-5,5 mmol/l.



Ryc. 2. Stężenie magnezu w surowicy krwi – norma: 1-3 mg/100 ml.



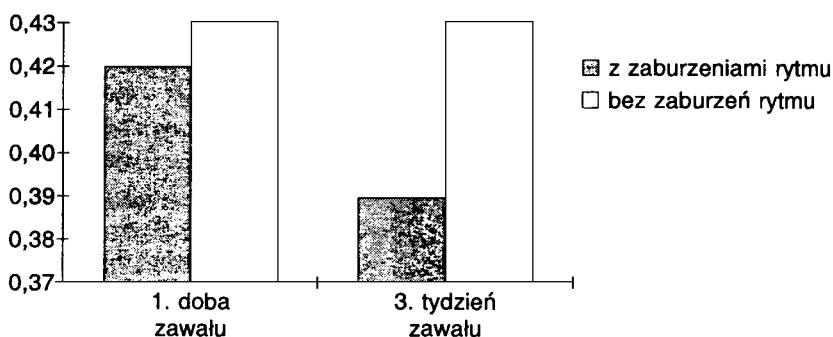
Ryc. 3. Stężenie wapnia w surowicy krwi – norma: 2,2-2,6 mmol/l.



Ryc. 4. Stężenie wapnia w moczu – norma 1,75-3,80 mmol/l.

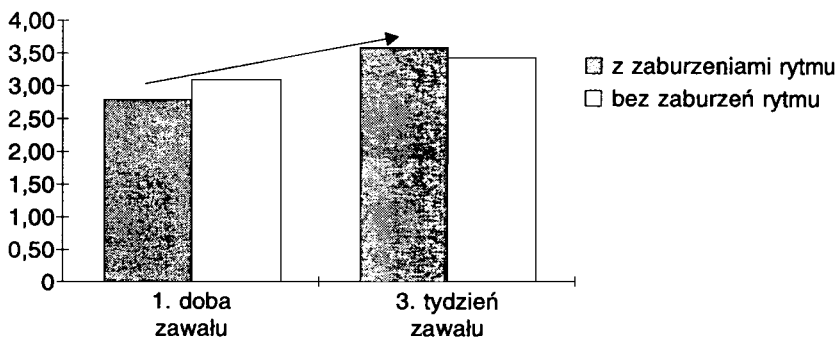
Stężenia wszystkich wspomnianych parametrów mieściły się w zakresie powszechnie przyjętych norm fizjologicznych zarówno w pierwszej dobie, jak i w trzecim tygodniu świeżego zawału serca w obu grupach.

Wartości QTc pozostawały w obu grupach średnio poniżej wartości 0,45, nie świadcząc o skłonności do zaburzeń rytmu i nie wykazując statystycznie istotnych różnic pomiędzy pacjentami z zaburzeniami rytmu i pacjentami bez zaburzeń rytmu (Ryc. 5).



Ryc. 5. Wartości QTc wg formuły Bazeta.

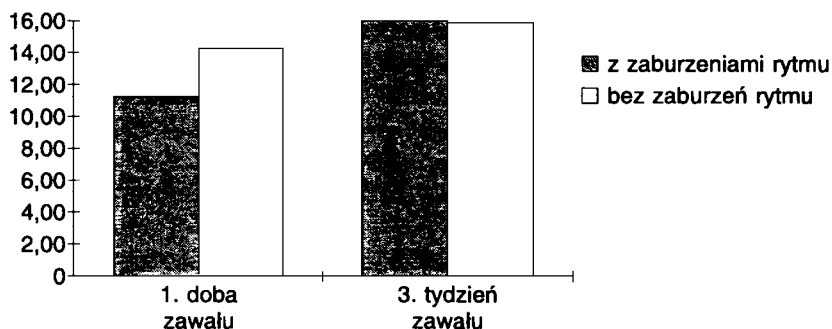
Stwierdzono natomiast istotną różnicę stężeń fosforanów w surowicy krwi w ostrej fazie zawału pomiędzy grupą I i II na korzyść grupy bez zaburzeń rytmu ($p = 0,04$).



Ryc. 6. Stężenie fosforanów w surowicy krwi – norma: 2,9-4,5 mg/100 dl.

Porównując stężenie fosforanów w surowicy krwi w grupie z niedoborami fosforanów w fazie ostrej zawału, stwierdzono, że chorzy po trzech tygodniach wykazywali wyższe stężenia fosforanów, a przyrost ten, w porównaniu ze średnimi wartościami stężeń w fazie ostrej wykazywał znamienność statystyczną $p = 0,000005$ (Ryc. 6).

Chociaż obie grupy nie różniły się istotnie średnimi wartościami stężenia fosforanów w moczu, wspomniane uśrednione wartości pozostawały wyraźnie poniżej przyjętych powszechnie norm klinicznych dla stężenia tego jonu w moczu. Wskazywałyoby to na bardzo oszczędną gospodarkę fosforanami w świeżym zawałe serca w obu grupach chorych (Ryc. 7).



Ryc. 7. Stężenia fosforanów w moczu – norma: 20,3-32,4 mmol/l.

IV. Wnioski

1. Stwierdzono istotne obniżenie poziomu fosforanów w surowicy krwi w ostrej fazie świeżego zawału serca w grupie chorych mężczyzn ze złożonymi zaburzeniami rytmu (IV klasa wg Lowna, migotanie komór, migotanie przedsionków) w porównaniu z grupą chorych mężczyzn bez zaburzeń rytmu.

2. W ciągu trzech tygodni następowała normalizacja stężenia fosforanów w surowicy krwi w grupie chorych mężczyzn z zaburzeniami rytmu.

3. Niski poziom fosforanów w surowicy krwi w ostrej fazie zawału może być niezależną przyczyną złożonych zaburzeń rytmu serca lub towarzyszyć tym zaburzeniom.

Joanna Gomuła

Przyczyny zmiany cholecystektomii laparoskopowej na operację tradycyjną

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej

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

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

Historia cholecystektomii laparoskopowej (ChL) w porównaniu z operacją klasyczną jest jeszcze bardzo krótka. Fala emocji związana z wprowadzeniem nowej techniki powoli mija i obecnie większość chirurgów jest zainteresowana powikłaniami ChL.

Pełna ocena wartości ChL powinna być oparta na szerokim upowszechnieniu metody, wieloletnich doświadczeniach i ocenie wyników odległych, zbądaniu przydatności tej techniki w trudnych warunkach anatomicznych oraz ocenie liczby poważnych powikłań, przede wszystkim uszkodzeń dróg żółciowych, która w ChL 7-8-krotnie przewyższa liczbę tych uszkodzeń występujących w czasie operacji klasycznych.

Przydatność ChL w trudnych warunkach anatomicznych może być mierzona liczbą zamian na operację klasyczną. Liczba konwersji jest także miarą doświadczenia chirurga w wykonywaniu ChL, a ponadto zależy od doboru do operacji.

W badaniach polskich, obejmujących około 10 tysięcy przypadków, liczba konwersji wynosi około 2% i jest niższa od liczby zamian publikowanych w materiale zagranicznym, która wynosi średnio 6-7% oraz rośnie u chorych w wieku podeszłym do ponad 10% i oscyluje między 22% u chorych z przewlekłym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, aż do 83% u chorych z ropniakiem pęcherzyka żółciowego.

W związku z tym rodzi się pytanie, czy przy tak wysokim odsetku konwersji powinno się u chorych z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego wykonywać ChL, zwłaszcza, że w Polsce jest to nadal zabieg droższy od operacji sposobem klasycznym.

Celem pracy była ocena przyczyn zamiany ChL na operację tradycyjną. Przedstawiono również powikłania śródoperacyjne. Do operacji kwalifikowano chorych z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego, bez przebytych operacji w nadbrzuszu oraz bez kamicy przewodowej.

Badaniami objęto 178 chorych (152 kobiety i 26 mężczyzn) w wieku

17-74 lat. 36 (21,3%) chorych przeżyło operacje brzuszne, 52 (29,7%) miało dużą nadwagę (śr. masa ciała 87,3 kg przy śr. wzroście 162 cm), a 49 (28,3%) – choroby towarzyszące (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca).

U 66 (37%) chorych stwierdzono śródoperacyjnie przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, u 90 (50,5%) – prostą kamicę pęcherzyka żółciowego, a u 22 (12,3%) – ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego.

U 20 (11,2%) spośród 178 chorych dokonano zamiany ChL na operację tradycyjną. Najczęstszą przyczyną zamiany był naciek zapalny i zrosty w okolicy trójkąta Calota – u 10 (50%) chorych, u 8 (40%) trudne do opanowania krwawienie, u jednej chorej podejrzenie raka pęcherzyka żółciowego oraz u jednego chorego odma zaotrzewnowa.

Najpoważniejszym powikłaniem było uszkodzenie dróg żółciowych u jednej chorej, które wymagało reoperacji i odtworzenia ciągłości dróg żółciowych na pętli Roux. Innymi powikłaniami były: odma zaotrzewnowa z powodu uszkodzenia krezki jelita cienkiego w 1 przypadku, uszkodzenie tętnicy pęcherzykowej (wymagające przetoczenia krwi) w 1 przypadku, krwawienie z uszkodzonej troakarem sieci w 1 przypadku – wymagające konwersji. U 11 (6,2%) chorych doszło do uszkodzenia pęcherzyka żółciowego, co nie wymagało zamiany na operację klasyczną.

Śród 20 chorych poddanych konwersji około 1/4 stanowili chorzy z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego i znaczną otyłością. W czasie 141. operacji u chorej z naciekiem zapalnym okolicy trójkąta Calota, który był przyczyną zamiany ChL, stwierdzono raka kątnicy nie rozpoznanego w czasie kontroli laparoskopowej z powodu zrostów w podbrzuszu po operacji ginekologicznej. Wskazuje to, że u chorych po laparotomiach utrudniających pełną kontrolę jamy brzusznej powinno się przed ChL wykonywać szerszą diagnostykę (radiologiczną, endoskopową).

Czas operacji laparoskopowych wynosił 75-240 minut (śr. 144,4), a w przypadkach wymagających zamiany na cholecystektomię klasyczną – 80-240 minut (156,2). Najdłużej trwała ChL u osób otyłych – 80-240 min. (śr. 167,0). Czas hospitalizacji po operacji wynosił 2-8 dni (śr. 2,8), a w przypadkach wymagających konwersji – 6-14 dni (śr. 7,3).

Wnioski

Wstępna analiza przyczyn zamiany ChL na operację tradycyjną wskazuje, że u około 11% chorych z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego istnieje

podwyższona szansa wystąpienia powikłań śródoperacyjnych, głównie z powodu zaawansowanego procesu zapalnego i trudnego do opanowania krwawienia. Ryzyko tych powikłań może narastać w miarę przedłużania się czasu operacji. Powinno to skłaniać zespół operujący do szybszej decyzji o zamianie ChL na operację tradycyjną.

I. Stankovic, R. Sosnowski

Wspomaganie leczenia farmakologicznego chorób skóry odpowiednią dietą

SKN przy Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Kliniki: *prof. dr hab. med. Maria Błaszczyk-Kostanecka*
Opiekun Koła: *prof. dr hab. med. Wiesław Gliński*
Opiekun pracy: *prof. dr hab. med. Wiesław Gliński*

Są choroby, w których jedyną formą leczenia jest leczenie farmakologiczne; ale są też i takie, w których podstawową rolę odgrywa leczenie dietetyczne. W większości stanów chorobowych leczenie farmakologiczne powinno być wspomagane prawidłowym żywieniem. Tak też jest i w schorzeniach skóry.

Wśród pacjentów dominuje przekonanie, że odpowiednia dieta jest zawsze bardzo trudna do realizacji, mało smaczna i kosztowna. Lekarze często ograniczają się do przekazania bardzo podstawowych i skąpych informacji o prawidłowej diecie w danej chorobie.

Problemy te stały się celem niniejszej pracy. Praca ta, została wydana w formie broszury, która ma za zadanie ułatwić przekazanie informacji o prawidłowym żywieniu dla pacjentów z chorobami skóry. Opracowanie nasze zawiera informacje na temat diet stosowanych w wybranych chorobach dermatologicznych, w których żywienie odgrywa podstawową lub wspomagającą rolę. Są to: enteropatia glutenowa (celiakia), dermatitis herpetiformis (choroba Duhringa), pokrzywka, wyprysk (egzema), neurodermitis, trądzik pospolity (acne vulgaris), trądzik różowaty (rosacea).

Informacje na temat jednej jednostki chorobowej zawierają: opis kliniczny schorzenia, ogólny opis diety i szczegółowy wykaz produktów dozwolonych

i przeciwwskazanych. Dodatkowo podajemy praktyczne informacje przydatne pacjentowi. Poniżej przedstawiamy tylko jeden z tematów zamieszczonych w pracy: chorobę Dühringa – dieta bezglutenowa.

Dermatitis Herpetiformis jest to zespół jelitowo-skórny o podłożu autoimmunologicznym. Zmianom skórnym towarzyszy glutenozależna enteropatia na ogół klinicznie bezobjawowa.

Choroba charakteryzuje się wykwitami pęcherzykowo-grudkowymi, układającymi się festonowato i opryszczkowato. Zmiany są symetryczne i najczęściej zajmują okolice łokci i kolan, okolice krzyżowa, pośladki, owłosioną skórę głowy i twarz. Często towarzyszy im świąd i pieczenie.

Zjawiskiem patognomicznym jest odkładanie się w brodawkach skórnych ziarnistych złogów IgA. Stwierdza się je w skórze nie zmienionej nawet w okresie remisji.

Wykrywane we krwi chorych przeciwciała typowe dla chorób z nadwrażliwością na gluten – to przeciwciała klasy IgA skierowane przeciwko retykulinie endomysium (błonom mięśniowym) mięśni gładkich. IgA EmA. Są one indukowane przez gluten – zanikają pod wpływem diety bezglutenowej (GFD) i pojawiają się po podaniu glutenu. Wykrycie tych przeciwciał antyendomyzjalnych stanowi jedno z najważniejszych kryteriów diagnostycznych glutenozależnej enteropatii zarówno w Dermatitis herpetiformis jak i w celiakii.

Podstawową metodą leczenia choroby Dühringa jest stosowanie sulfonów (najczęściej Depson 100 mg/24 h) i diety bezglutenowej. Ze względu na poważne działania niepożądane takie jak methemoglobinemia, niedokrwistość, żółtaczka, często zdarza się nadwrażliwość na te leki. I tu dieta bezglutenowa ma szczególne znaczenie, gdyż pozwala na zmniejszenie dawek, a nawet ich odstawienie. Zastosowanie tej diety przynosi całkowite ustąpienie objawów.

Czynnik toksyczny – gluten – został rozpoznany przez Von Dicke'a już w r. 1950, ale mechanizm jego szkodliwego działania nie jest ostatecznie wyjaśniony. Gluten jest to potocznie przyjęta nazwa dla prolamin frakcji białek zbóż rozpuszczalnych w alkoholu; występujących w pszenicy, życie, jęczmieniu i owsie. Za najbardziej toksyczne uznaje się prolaminy z pszenicy, zaś mniej toksyczne to prolaminy z owsa.

Dieta bezglutenowa polega na eliminacji z jadłospisu pszenicy, żyta, jęczmienia i owsa oraz wszystkich ich przetworów. Dla większości pacjentów w tym momencie oczywiste jest wyeliminowanie z diety produktów takich jak: mąki, kasze, pieczywo rynkowe, makaron, wyroby cukiernicze. Jest jednak

duża grupa produktów, których eliminacja nie jest tak oczywista. Są to konserwy mięsne i rybne, gotowe sosy, zasmażki, gotowe desery, mieszanki dla dzieci, cukierki karmelowe, chałwa.

Udowodniono również, że jod może prowokować zmiany skórne, dlatego należy eliminować produkty zawierające jod. Są to sól jodowana, ryby morskie, wiśnie, czereśnie, pomarańcze.

Dieta bezglutenowa nie oznacza eliminacji innych produktów zbożowych. Istnieją naturalne bezglutenowe zboża takie jak: kukurydza, ryż, soja, proso, gryka. Mogą być przygotowywane z nich takie same potrawy jak z mąki pszennej.

W praktyce stosowanie diety bezglutenowej nie jest trudne. Obecnie na rynku dostępnych jest wiele produktów nie zawierających glutenu. Produkty te opatrzone są znakiem przekreślony kłos lub napisami produkt bezglutenowy, gluten free. Znak ten jest międzynarodowym symbolem żywności nie zawierającej glutenu.

Artykuły te można nabyć w supermarketach, sklepach spożywczych, aptekach i sklepach ze zdrową żywnością. Jeżeli nabycie takich artykułów okazuje się trudne lub zbyt kosztowne, to korzystając z produktów nie zawierających glutenu można przyrządzić własne potrawy.

Szczególne znaczenie ma zastosowanie diety bezglutenowej u dzieci. Na rynku istnieje wiele dostępnych mieszanek i preparatów dla dzieci. Preparaty żywieniowe to preparaty stanowiące jedyną pozycję w jadłospisie, ponieważ zawierają wszystkie potrzebne substancje. Pozostałe substancje mleka i mieszanki to dodatki do diety bezglutenowej.

Staraliśmy się w przedstawionej pracy ułatwić i usprawnić wspomaganie leczenia farmakologicznego odpowiednią dietą. Mamy nadzieję, że praca ta będzie praktycznie wykorzystywana w leczeniu chorych dermatologicznie.

Piśmiennictwo

1. Jan Hasik: Podstawy dietetyki. 1974, PZWL.
2. Stefania Jabłońska, Tadeusz Chorzeński: Choroby skórne. 1992, PZWL.
3. Wojciech Kaczmarowski: Alergie i nietolerancje pokarmowe. 1993, Sanmedia.
4. Władysław Kierst: Nauka o żywieniu zdrowego i chorego człowieka. 1989, PZWL.

5. Wojciech Kostowski, Piotr Kubikowski: Farmakologia. 1991, PZWL.
6. Maria Łoś-Kuczera: Skład i wartość odżywcza produktów spożywczych. 1991, PZWL.
7. Tomasz Kępa: Dieta bezglutenowa i bezmleczna – poradnik. 1993, Fundacja „Przekreślony Kłos”.
8. Zofia Wieczorek-Chelmińska: Zasady żywienia i dietetyka stosowana. 1992, PZWL.

**Marzanna Chojnacka, Ewa Paszkiewicz,
Piotr Radwan-Röhrenscheff**

**Czynniki prognostyczne w radioterapii
chorych na raka gardła dolnego**

SKN przy Zakładzie Teleradioterapii II Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. Andrzej Hliniak*

Opiekun Koła: *lek. med. Regina Karczmarzyk*

Opiekun pracy: *dr Krzysztof Bujko*

Materiał

W latach 1984-1993 w Zakładzie Teleradioterapii II Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie leczono napromienianiem (metodą samodzielną) 73 chorych na płaskonabłonkowego raka gardła dolnego. Przedmiotem analizy było 59 chorych leczonych radykalnie, z czego u 58 zastosowano wyłącznie radioterapię (RT), w jednym zaś przypadku RT była poprzedzona usunięciem zmienionych nowotworowo węzłów chłonnych. Z pozostałej grupy 14 chorych 13 było napromienianych paliatywnie a 1 chory został wyłączony z powodu braku danych w dokumentacji. W analizowanej grupie 90% stanowili mężczyźni. Wiek chorych wahał się pomiędzy 38 a 70 rokiem życia, mediana wynosiła 58 lat. W 83% miejscem pierwotnej lokalizacji raka był zachyłek gruszkowaty, w 14% – tylna ściana gardła i w 3% okolicy zapierściennej. Stan sprawności chorych oceniano w czterostopniowej skali Zubroda. Dominowała grupa chorych w stopniu 1 (pełna sprawność fizyczna) – 61%.

Tabela 1. Stopień klinicznego zaawansowania raka według klasyfikacji TNM UICC

Stopień	NO	N1	N2	N3	Razem
T1	4	–	2	2	8 (14%)
T2	4	6	2	1	13 (22%)
T3	5	10	5	5	25 (42%)
T4	5	4	3	1	13 (22%)
Razem	18 (30%)	20 (34%)	12 (20,5%)	9 (15,5%)	59 (100%)

Stopień zaawansowania klinicznego raka oceniano według klasyfikacji TNM UICC. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w stopniu T3 (Tab. 1).

Techniki RT

W radioterapii raka gardła dolnego zastosowano dwie techniki:

- 1) konwencjonalną, polegającą na napromienianiu jedną frakcją raz dziennie w dawce 180-200 cGy,
- 2) „concomitant boost”, polegającą na skróceniu całkowitego czasu leczenia przez napromienianie dwa razy dziennie frakcjami po 160 cGy.

Pierwszą z nich leczono 76% pacjentów, drugą 19%. W pozostałych 5% przypadków zastosowano inne dawki frakcyjne (115 cGy, 250 cGy). Całkowita dawka napromieniania wahała się w przedziale od 5100 cGy do 8600 cGy, mediana wynosiła 6800 cGy. U chorych leczonych tymi dawkami nie odnotowano ciężkich powikłań popromiennych.

Omówienie wyników

Po leczeniu całkowita regresja wystąpiła u 36% chorych, u 64% pozostał guz resztkowy. Z ostatnich danych w historiach choroby wynika, że żyje 34% analizowanych pacjentów.

Okres obserwacji u chorych, u których nie stwierdzono wznowy, wyniósł 1-102 miesięcy. Trzech z tych chorych nie zgłosiło się na badanie kontrolne po zakończeniu leczenia. W okresie obserwacji zmarło ponad 66% chorych! Z przeprowadzonej analizy niepowodzeń wynika, że większość z nich wystąpiła w okresie ogniska pierwotnego.

Prawdopodobieństwo 5-letniego przeżycia wynosi 20% z przedziałem uf-

ności od 7 do 33%. Największe prawdopodobieństwo wystąpienia wznowy miejscowej występuje w pierwszych 6 miesiącach po zakończeniu leczenia. Prawdopodobieństwo wyleczenia ogniska pierwotnego i przerzutów do węzłów chłonnych wynosi 37% z przedziałem ufności od 24% do 50%. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między prawdopodobieństwem wyleczenia miejscowego a stopniem zaawansowania T i N.

Podsumowanie

W związku z krótkim okresem obserwacji (mediana 13 miesięcy) praca ta ma charakter wstępny. Zbyt mała liczebność materiału i duża liczba chorych straconych z obserwacji nie upoważnia do sformułowania definitywnych wniosków.

Urszula Czaplńska

Rola składników macierzy zewnątrzkomórkowej w progresji nowotworów związanych z wirusem HpV 16

Forum Młodych PTD, Klinika Dermatologiczna AM w Warszawie

Kierownik Kliniki: *prof. dr hab. n. med. M. Błaszczyk-Kostanecka*

Opiekun Koła Naukowego: *prof. dr hab. n. med. S. Majewski*

Opiekun pracy: *dr n. med. M. Skopińska*

W złożonym patomechanizmie progresji nowotworowej duże znaczenie przypisuje się interakcjom pomiędzy komórkami nowotworowymi a otaczającą macierzą zewnątrzkomórkową (ECM) (Liotta i wsp. 1991).

Interakcje te są zależne głównie od prawidłowej frakcji struktur zwanych płytkami przylegania. Płytkę składa się z przezbłonowej cząstki adhezyjnej – integryny, połączonej wewnątrzkomórkowo z białkami pośredniczącymi (m.in. taliną, winkuliną) i dalej z cytoszkieletem, zewnątrzkomórkowo łączącej się ze składnikami ECM (fibronektyną, lamininą, etc.) (Haynes 1992; Rouslahti 1987). Płytkę przylegania (focal adhesion) oprócz prostego przylegania bierze udział w przekazywaniu sygnałów z macierzy do komórki i z komórki na zewnątrz.

Jednym ze zjawisk, na które macierz wpływa regulująco jest apoptoza (S. Frisch i H. Francis 1994). Zauważono, że fibronektyna zmniejsza zjawisko apoptozy. Ponieważ apoptoza jest fizjologicznie procesem regulującym liczbę komórek w organizmie, wydaje się, że może pełnić rolę również w przebiegu nowotworów (Bursch 1992; Kerr 1994).

Opinie o ekspresji i roli różnych integryn w progresji nowotworów są rozbieżne. Zależy to prawdopodobnie nie tylko od zaawansowania nowotworu ale także od jego pochodzenia i rodzaju czynnika transformującego (Feldman 1991). Keratynocyty transformowane wirusem HPV-16 wykazują niższą ekspresję $\beta 1$ integryn ($\alpha 2$, $\alpha 3$, $\alpha 5$). Zauważone *in vitro* zjawisko znalazło potwierdzenie w wynikach biopsji nowotworów płaskonabłonkowych szyjki, gdzie metodą PCR stwierdzano wirusa HPV-16 (F. Watt i wsp. 1994). W raku kolczystokomórkowym skóry nie stwierdzono $\alpha 2$ integryny w części centralnej guza a jedynie na jego obwodzie (Kist 1993).

Rozbieżności istnieją również w ocenie ekspresji składników macierzy zewnątrzkomórkowej w nowotworach, aczkolwiek ekspresja fibronektyny jest, jak się wydaje, związana z niezłśliwym wzrostem. Znaczenie lamininy w guzach jest ciągle kontrowersyjne.

Celem naszej pracy było zbadanie kontaktów z macierzą i porównanie w nietumorogennych i tumorogennych SKV. Oceniano:

- ekspresję i lokalizację różnych składowych płytki przylegania (integryn $\beta 1$, $\alpha 2$, $\alpha 5$, taliny winkuliny oraz składowych ECM: fibronektyny, lamininy);
- przyleganie komórek do składników ECM;
- wpływ składowej macierzy (fibronektyny) na apoptozę.

Material i metody

Linia SKV

Linia keratynocytarna została wyprowadzona ze zmiany bowenoid papulo-sis sromu (nowotworu śródnaskórkowego). Keratynocyty mają zintegrowane z genomem DNA wirusa HPV-16. Do badań użyto linii: nietumorogennej SKV L1 i tumorogennej SKV L2 (tworzącej guzy po przeszczepieniu myszom bezgraniczynie). Hodowlę prowadzono używając pożywki DMEM z dodatkiem 10% FCS, 10 mM buforu Hepes i 1% mieszanki antybiotykowej (GIBCO, Grand Island NY).

Immunofluorescencja pośrednia

Komórki zawieszono w DMEM z dodatkiem 1,1 mM CaCl₂ nanoszono na 8-oczkowe szkiełka. Utrwalano 2% formaldehydem w TBS i permeabilizowano 0,02% Tritonem X-100. Niespecyficzne miejsca wiązania blokowano 1% BSA. Nanoszono odpowiednie przeciwciała monoklonalne przeciwko α 2, α 5, β 1 podjednostkom integryny (GIBCO) oraz przeciwko talinie, winkulinie, fibronektynie (FN) i lamininie (LN) firmy SIGMA.

Po 2 h inkubacji nanoszono drugie przeciwciała sprzężone z fluoresceiną (FITC Anti-Mouse oraz FITC Anti-Rabbit GIBCO) i pozostawiono na 1 h.

Test przylegania

96-oczkową płytkę opłaszczano składnikami macierzy: FN, LN, COLL IV (stężenie 10 μ g/ml). Po blokowaniu wysiewano komórki (10⁵ kom/ml) zawieszono w DMEM z 1 mM Ca⁺⁺. Po 1 h inkubacji w 37°C nieprzyklejone komórki odplukano. Przyklejone komórki utrwalano 70% etanolem i barwiono fioletem krystalicznym. Wyniki odczytywano na spektrofotometrze przy długości fali 540 nm.

Test apoptozy

Komórki w stężeniu 10⁵ kom/mol w 10% DMEM wysiewano na 24-oczkową płytkę. Po 24 h do pożywki dodano odpowiednio FN 10 μ g/ml, TNF- α 100 μ g/ml oraz FN i TNF- α łącznie, do kontroli dodano medium hodowlanego. Po 24 h inkubacji komórki trypsynizowano i poddawano testowi Cell Death Detection ELISA Test, Boeringer Mannheim. W teście oznaczano metodą immunoenzymatyczną (sandwich ELISA), z wykorzystaniem przeciwciał przeciw-histonom, ilość nukleosomalnego DNA jako wyróżnika komórek apoptotycznych. Wyniki odczytywano w spektrofotometrze przy długości fali 450 nm.

Wyniki

- Wyniki badań immunofluorescencyjnych wykazały, że komórki tumorogenne SKV L1 w miejscach połączeń komórka – macierz mają zmniejszoną ekspresję różnych składowych płytki przylegania (focal adhesion): podjednostek integryny β 1 i α 2, białek pośredniczących w przekazywaniu sygnałów: taliny (markera połączeń z macierzą) i winkuliny oraz fibronektyny. Zależności nie stwierdzono dla α 5 podjednostki integryny oraz lamininy.

- Dalsze badania dowiodły, że przyleganie komórek tumorogennych SKV L2 do fibronektyny i lamininy (ale nie kolagenu IV) było niższe niż komórek nietumorogennych linii SKV L1.

• W teście apoptozy w nietumorogennych SKV L1 obserwowano zmniejszenie apoptozy (spontanicznej i indukowanej TNF α) po podaniu egzogennej fibronektyny.

Dyskusja

Wyniki badań sugerują korelację pomiędzy upośledzeniem kontaktu z macierzą a tumorogেনnością komórek zawierających HPV-16.

Stwierdzone w komórkach tumorogennych SKV L2 zmniejszenie ekspresji różnych składowych płytki przylegania może przemawiać za istnieniem pewnego defektu ilościowego lub jakościowego dotyczącego ich obecności na powierzchni błony i prawidłowej funkcji. Podobne zjawisko obserwowano w fibroblastach transformowanych wirusem mięsaka Rous'a, gdzie w wyniku fosforylacji jednej podjednostki integryny nie dochodziło do wytworzenia płytki przylegania. Powyższe obserwacje nasuwają przypuszczenie, że utrata kontaktu z macierzą jest czynnikiem ułatwiającym progresję komórek, zawierających HPV-16.

Badając zjawisko apoptozy stwierdzono, że w komórkach nietumorogennych SKV L1 fibronektyna zmniejsza apoptozę (zarówno spontaniczną, jak i indukowaną TNF α). Wyniki te są zgodne z wynikami badań nad apoptozą w prawidłowych keratynocytach. Na podkreślenie zasługuje fakt, że nie obserwowano regulacyjnego wpływu (indukującego ani hamującego) na apoptozę w komórkach tumorogennych. Można to tłumaczyć mniejszą ilością receptora dla TNF α w tumorogennych SKV (J. Malejczyk i wsp. 1994) jak i zmniejszeniem kontaktu macierzą zewnątrzkomórkową.

Zastanawiającym wynikiem jest wysoka apoptoza spontaniczna w komórkach tumorogennych. Być może obserwowano zjawisko to efekt wzmożonej proliferacji, choć prawdopodobne jest istnienie mechanizmu obronnego przed zakażeniem wirusowym w komórkach zawierających HPV-16 działającego poprzez indukcję apoptozy.

Piśmiennictwo

1. Liotta L.A. i wsp.: Cancer metastasis and angiogenesis: an imbalance of positive and negative regulation. *Cell* 1991, 64, 327.
2. Rouslahti E., Giancotti F.G.: Integrins and Tumor Cell Dissemination. *Cancer Cells* 1989, Vol 1, 4, pp 119-126.

3. Haynes R.O.: Integrins: versality, modulation, and signaling in cell adhesion. *Cell* 1992, 69, pp 11-25.
4. Frisch S.M., Francis H.: Disruption of Epithelial Cell-Matrix Interactions Induces Apoptosis. *J. Cell Biol.* 1994, Vol. 124, 4, pp 619-626.
5. Bursch W., Oberhammer F., Schulte-Hermann R.: Cell death by apoptosis and its protective role against disease. *TIPS* 1992, 13, 245.
6. Kerr J.F.R. i wsp.: Apoptosis. *Cancer* 1994, 73, 2013.
7. Watt F.M. i wsp.: Integrin expression and function in HPV 16-immortalised human keratinocytes in the presence or absence of v-Ha-ras. Comparison with cervical intraepithelial neoplasia. *Oncogene* 1994, 9, pp 943-948.
8. Kist D.A., Zachary C.B.: Localisation of alfa3 messenger RNA in cutaneous squamous cell carcinoma. *J. Invest. Dermatol.* 1993, 100, 552A.
9. Malejczyk J. i wsp.: Immunology of Human Papilloma viruses. Plenum Press, New York 1994, pp 315-320.

Jarosław Udziąłło, Wojciech Kosmowski

Osobowościowe determinanty sprawności uczenia się u studentów

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik Katedry: *prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiewicz*

Opiekun Koła: *dr n. med. Mirosław Dąbkowski*

Celem pracy jest weryfikacja hipotezy, że na wyniki w nauczaniu mają wpływ nie tylko merytoryczne przygotowanie studentów ale i czynniki osobowościowe.

Oceniano poziom aleksytymii (tj. trudności w ekspresji i przeżywaniu emocji), zasoby mechanizmów radzenia sobie (m.r.s.) w sytuacjach trudnych oraz poczucie subiektywnej kontroli zachodzących zdarzeń (miejsce kontroli).

Badaniami objęto 110 osób (98 kobiet i 12 mężczyzn) w wieku śr. 22 lata, studentów Wyższej Szkoły Pedagogicznej i Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Respondenci wypełniali kwestionariusz, obejmujący skalę do oceny aleksytymii (TAS 20), skalę Delta do pomiaru miejsca kontroli oraz kwestionariusz SCS mierzący zasoby m.r.s.

Wykazano aleksytymię u 18% badanych, co blisko dwukrotnie przekracza częstość występowania aleksytymii w populacji ogólnej. Średnia ocen z egzaminów z ostatniego roku akademickiego wynosiła 3,73.

Wśród studentów z relatywnie gorszymi wynikami ujawniono znamienne więcej osób z aleksytymią ($p < 0,03$). Wyodrębnienie spośród naszej grupy badanej studentów z przeciętnie dobrymi i bardzo dobrymi wynikami egzaminacyjnymi pozwoliło wykazać, że mieli oni istotnie większe zasoby m.r.s. aniżeli studenci gorzej zdający egzaminy ($p < 0,02$). Rodzaj przekonania o subiektywnym wpływie na przebieg zdarzeń nie ma znaczenia dla efektywności zdawania egzaminów. Wyniki wskazują na znaczenie czynników osobowościowych dla efektywności studiów.

Borys Gniot, Wojciech Kosmowski, Beata Szafek, Jarosław Udziatło, Katarzyna Walendowska

Nasilenie nałogu palenia papierosów w zależności od czynników demograficznych i psychologicznych

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik Katedry: *prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiewicz*

Opiekun Koła: *dr n. med. Mirosław Dąbkowski*

Celem pracy jest ocena wpływu czynników demograficznych i osobowościowych na przebieg nikotynizmu. Badaniami objęto 361 ochotników (236 kobiet, 125 mężczyzn) w wieku śr. 25 lat. Korzystano z testów oceniających nasilenie nikotynizmu, występowanie problemów alkoholowych (CAGE), poziom aleksytymii (TAS 20) oraz repertuar mechanizmów radzenia sobie (m.r.s.). Wykazano uzależnieniowy wzorzec palenia u 87 osób (24%). Aktualnie paliły papierowy 94 osoby (33% grupy). Problemy z alkoholem występują u 82 osób (23% grupy). Aleksytymia, tj. trudności w ujawnianiu i przeżywaniu emocji występuje u 69 osób, tj. 19% grupy. Znacznie częściej wykazano ją u osób młodych oraz u tych badanych, którzy cechowali się mniejszymi zasobami m.r.s. Ujawniono też, że wśród tych osób, które nigdy

nie paliły papierosów, znamienne rzadziej występowały problemy alkoholowe w porównaniu do osób palących. Niektórym spośród osób wcześniej uzależnionych od nikotyny udawało się porzucić nałóg. Wykazano, że osoby te cechowały się znamienne większymi zasobami m.r.s. w porównaniu do osób nadal palących. Tych spośród palaczy, którzy nigdy nie próbowali porzucić palenia, charakteryzował w większym stopniu zewnętrznie zorientowany styl myślenia (jeden z czynników aleksytymii).

Kamila Barczak, Dorota Jurczak, Marcin Zawadziński

Mikroflora patologicznych kieszonek dziąsłowych u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej IS AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. Maria Wierzbicka*

Opiekun Koła: *dr n. med. Sylwia Małgorzata Słotwińska*

Zasadniczą podstawą współczesnych koncepcji etiopatogenezy zapaleń przyzębia stanowią drobnoustroje płytki nazębnej. Jakościowa i ilościowa analiza zawartości kieszonek dziąsłowych jest wciąż aktualnym przedmiotem badań naukowych.

Celem pracy była ocena występowania wybranych drobnoustrojów w kieszonkach dziąsłowych u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia. Badania wykonano u 13 pacjentów w wieku 21-47 lat, u których w badaniu klinicznym stwierdzono co najmniej 4 kieszonki dziąsłowe o głębokości 6 mm i więcej oraz 50% zanik kości wyrostka zębodołowego na rentgenogramie. Wszyscy badani pacjenci co najmniej od 6 miesięcy nie przyjmowali antybiotyków i nie byli leczeni z powodu chorób ogólnych.

Materiał do badania mikrobiologicznego pobierano za pomocą sterylnych sączków papierowych po uprzednim odizolowaniu danej okolicy od dostępu śliny i usunięciu naddziąsłowej płytki nazębnej. Jałowy sączek papierowy wprowadzano do dna kieszonki dziąsłowej na 10-15 sekund. Od każdego pacjenta pobierano 16-20 prób materiału po medialnej i dystalnej stronie

zębów przedtrzonowych i trzonowych oraz w wybranych przypadkach zębów siecznych. Wszystkie próby materiału od jednego pacjenta umieszczano razem w 5 ml podłoża transportowego BHI, następnie wstrząsano na mikro-wstrząsarce Vortex przez 60 sekund i sporządzano seryjne rozcieńczenia próbki. Uzyskany materiał posiewano równolegle na podłoża TSBV i Brucella agar z krwią. Identyfikację drobnoustrojów przeprowadzano za pomocą metod standardowych, uwzględniając barwienie wg Grama, morfologię kolonii, fluorescencję w UV, hemaglutynację, fermentację oraz systemy diagnostyczne API ZYM i API 20.

Występowanie drobnoustrojów patogennych w analizowanym materiale zawartości mikrobiologicznej kieszonek dziąsłowych u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia, stwierdzono prawie u wszystkich badanych pacjentów.

Porphyromonas gingivalis identyfikowano w próbkach pobranych od 53,8% osób, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* u 30,8%, *Prevotella intermedia* u 92,3%, *Fusobacterium nucleatum* u 61,5% i rodzaj *Peptostreptococcus* u 84,6% osób.

Badanie wykonano we współpracy z Zakładem Bakteriologii Klinicznej IB AM w Warszawie.

Kamila Barczak, Dorota Jurczak, Marcin Zawadziński

Immunomodulacja α - tokoferolem w leczeniu zaawansowanego zapalenia przyzębia¹⁾

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej
IS AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: *prof. dr hab. Maria Wierzbicka*

Opiekun Koła: *dr n. med. Sylwia Małgorzata Słotwińska*

Istotne znaczenie odporności komórkowej i humoralnej w etiopatogenezie zapalenia przyzębia jest znane i akceptowane. W ostatnich dwóch dekadach dokonał się znaczący postęp w zrozumieniu roli mechanizmów immunologi-

¹⁾ Praca nagrodzona (III miejsce) na VI Konferencji Studenckiego Towarzystwa Naukowego, Warszawa 12-13 maja 1995 r.

cznych w procesach gojenia zapalenia przyzębia. Długoletnie obserwacje kliniczne i wyniki badań doświadczalnych wskazują na potrzebę włączenia immunoterapii do kompleksowego postępowania leczniczego.

Celem prezentowanej pracy była ocena wpływu podania witaminy E na wybrane parametry kliniczne i odporność komórkową chorych w przebiegu leczenia zaawansowanego zapalenia przyzębia u osób dorosłych.

Badania wykonano u 26 osób w wieku 30-55 lat z zaawansowanym zapaleniem przyzębia, u których rutynowe postępowanie lecznicze, zmierzające do opanowania choroby poprzez profesjonalną kontrolę płytki nazębnej nie dawało zadowalających wyników klinicznych, tzn. obserwowano utrzymywanie się zapalenia dziąseł, dalszy ubytek przyczepu łącznotkankowego oraz brak redukcji głębokości kieszonek patologicznych. Chorych tych wybrano z ponad 200-osobowej grupy, objętej różnego typu programami postępowania profilaktyczno-leczniczego, dotyczącego przyzębia.

U wszystkich 26 osób przeprowadzono postępowanie rutynowe, tzn. usunięto nad – i poddziąsłowe złoży nazębne, przeprowadzono rozmowę motywacyjną oraz udzielono instruktażu higieny jamy ustnej. Następnie zalecono przyjmowanie witaminy E w dawce 200 mg dziennie przez 6 tygodni. Kliniczne i immunologiczne badania kontrole prowadzono przed podjęciem leczenia i w 7 tygodniu obserwacji. W badaniu klinicznym uwzględniono wskaźniki Plaque Index (PII), Gingival Index (GI) oraz położenie przyczepu łącznotkankowego i głębokość kieszonki dziąsłowej. W ocenie odporności komórkowej zastosowano test teofilinowy, wg Shore'a (1978), który jest odmianą testu rozetowego z erytrocytami barana.

W wyniku postępowania leczniczego uzyskano statystycznie znamienne poprawę w zakresie wszystkich ocenianych parametrów klinicznych, tj. stanu dziąseł, higieny jamy ustnej oraz stanu przyzębia. Poprawie stanu klinicznego towarzyszyły statystycznie istotne korzystne zmiany w obrazie odporności komórkowej u badanych osób.

W prezentowanych badaniach stwierdzono statystycznie istotny wzrost odsetka subpopulacji limfocytów T dojrzałych, pełniących funkcje pomocnicze w produkcji przeciwciał oraz biorących udział w cytotoksyczności zależnej od przeciwciał.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły immunomodulujący wpływ α - tokoferolu na odporność komórkową.

Witamina E jest skutecznym immunoterapeutykem, znacznie poprawiają-

cym funkcje obronne organizmu. Powinna być zatem stosowana w trudno leczących się przypadkach zapaleń przyzębia jako uzupełnienie postępowania rutynowego.

Powinniśmy ją również zalecać równolegle z antybiotykami oraz w każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia obniżenia odporności, np. po zabiegach chirurgicznych.

Badania wykonano we współpracy z Zakładem Immunologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Dariusz Radomski

Praca klinicysty – grą o życie pacjenta

Myśl zawarta w tytule wydaje się być tak oczywista, że można by ją uznać za zbyt trywialną do napisania artykułu. Każdy człowiek bowiem dobrze wie, że zadaniem lekarza pracującego przy łóżku chorego jest podejmowanie walki mającej na celu przywrócenie zdrowia pacjentowi. Przeciwnikami lekarza jest zazwyczaj choroba, często nawet zagrażająca śmierć. Synonimem do perioratorywnego określenia „wojna” jest słowo gra. Wiadomo, że każda gra ma wyraźnie określony cel oraz zasady, które obowiązują w danej grze. Zadaniem gracza jest wybranie najlepszej strategii gry (sposobu gry), która zapewniłaby największy zysk, a jednocześnie była zgodna z przyjętymi regułami. Analizą różnych gier, zajmuje się dyscyplina zwana *teorią gier*. Z dyscypliny tej w ciągu kilku lat wyodrębniła się nowa nauka – *teoria podejmowania decyzji*. Nauka ta bardzo dynamicznie się obecnie rozwija, znajduje zastosowanie w różnych dziedzinach, na przykład ekonomii.

Ja jednak dostrzegam, że nauka ta mogłaby oddać również nieocenione zasługi w medycynie. Tak jak już bowiem wspomniałem lekarz jest pewnym graczem, który w swej praktyce musi ciągle podejmować decyzje. Nie chodzi tu bynajmniej, by wiernie aplikować narzędzia, jakimi posługuje się teoria decyzji do pracy klinicznej, lecz aby wyrobić u lekarza, szczególnie rozpoczynającego pracę, pewien sposób racjonalnego myślenia, właściwego człowiekowi mającemu podejmować ważne decyzje.

Decyzje, które musi podjąć lekarz praktykujący nauki kliniczne, można podzielić na dwie główne grupy: grupę decyzji diagnostycznych i grupę decyzji terapeutycznych.

Celem decyzji diagnostycznej jest wybranie optymalnej metody diagnozy, która pozwoli określić przyczynę dolegliwości. Aby móc mówić tu o strategiach postępowania, sądzę, że należałoby na początek zdefiniować pojęcie diagnozy optymalnej. Zanim to uczynię, zastanówmy się co to jest diagnoza,

danego pacjenta – zbiór *O*. Zbiór ten jest tworzony wspólnie przy udziale pacjenta i lekarza. Powstaje on w momencie zbierania wywiadu lekarskiego. Elementy tego zbioru powinny być precyzyjnie i jasno zdefiniowane. Dlatego też lekarz zobligowany jest zadawać takie pytania, które zmuszają pacjenta do dokładnej odpowiedzi. Bardzo często bowiem wywiad już może dać nam pewne przypuszczenie, co do przyczyn danej dolegliwości, a przynajmniej wyznaczyć zbiór podejrzanych chorób. Również w podręcznikach klinicznych autorzy zwracają na to uwagę. Niestety, nie wiedząc czemu, piszący książki z dziedzin klinicznych o tym zapominają. Podanie na przykład faktu istnienia zaburzeń miesiączkowania przy okazji omawiania nadczynności tarczycy jest informacją niewystarczającą, bowiem nie wiadomo, jakiej odpowiedzi należy oczekiwać od pacjentki, a tym samym jak formułować pytania w wywiadzie (jak łatwo policzyć możliwych jest 16 przypadków patologicznych).

Mając zdefiniowany zbiór *O*, definiujemy zbiór *J* – zbiór jednostek chorobowych, które podejrzewamy potencjalnie, że występują u chorego. Mając te dwa zbiory możemy zdefiniować pojęcie diagnozy (Rys. 1). Otóż:

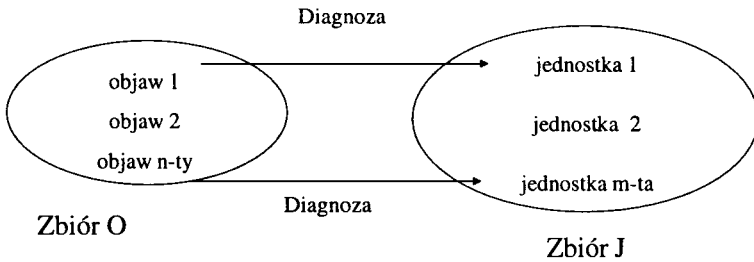
diagnoza jest to każde przekształcenie zbioru *O* objawów w zbiór jednostek chorobowych *J*.

Mówiąc teraz bardziej prostym językiem (popelniając świadome pewne nieścisłości, ale chodzi tu przede wszystkim o zrozumienie), diagnoza jest to każdy sposób postępowania pozwalający na przyporządkowanie zbiorowi objawów pewnej jednostki (jednostek) chorobowych. Natomiast o tym, czy to przyporządkowanie jest poprawne, czy nie, decyduje stopień swoistości danej diagnozy. Przyporządkowanie na przykład bólowi podbrzusza zapalenia górnych dróg oddechowych jest pewną diagnozą. Ponieważ ma ona minimalny stopień swoistości, można przyjąć (czyniąc znów pewne uproszczenia na użytek dydaktyki), że jest ona niepoprawna.

Mając zatem już zdefiniowane pojęcie diagnozy, mogę wprowadzić pojęcie diagnozy optymalnej (Rys. 2).

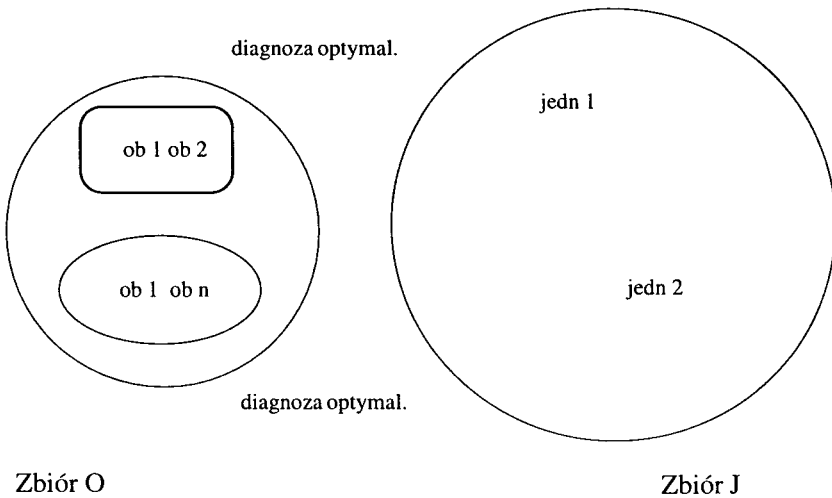
Diagnoza optymalna jest to funkcja różnowartościowa, przekształcająca każdy podzbiór zbioru *O* w zbiór *J*, przy czym podzbiór jest zespołem objawów dotyczących jednej jednostki chorobowej.

Tutaj też pozwolę sobie na prę słów wyjaśnienia. Otóż założenie, że jest to funkcja mówi nam tyle, iż należy tak dobrać sposób diagnozy, aby każdemu objawowi była przypisana jakaś jednostka chorobowa. Z kolei musi być ona



Rys. 1. Diagnoza

różnowartościowa, po to by zbiór objawów był jednoznacznie przyporządkowany danej jednostce, tzn. by można było w sposób jednoznaczny określić chorobę. Podział zbiorów objawów na różne podzbiory jest możliwy do wykonania, gdyż lekarz posiada zawsze pewną wiedzę, na podstawie której jest w stanie stwierdzić, czy kilka objawów może dotyczyć tej samej jednostki, czy nie. Dokonując jednak tego podziału należy pamiętać, by był on **zupelny**, tzn. by w każdy objaw przynależał przynajmniej do jednego podzbioru. Często zdarza się oczywiście tak, że dany objaw może przynależeć do kilku podzbiorów.



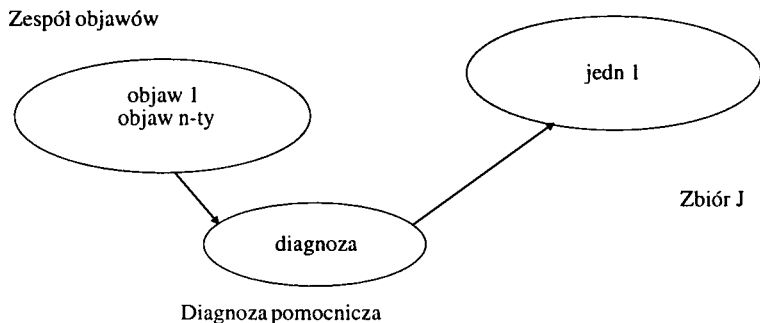
Rys. 2. Diagnoza optymalna

Wówczas tworzymy pierwszy podzbiór. Szukamy dla niego optymalnej metody diagnozy. Jeżeli istnieją obawy nie należące do utworzonego podzbioru, tworzymy inny zestaw objawów i dla niego poszukujemy optymalnej diagnozy.

Myślę, że cenną wskazówką, która mogłaby pomóc w tworzeniu zestawów objawów, a także w procesie diagnozy, jest umieszczanie w literaturze charakteryzującej daną jednostkę chorobową prawdopodobieństwa wystąpienia danego obrazu, co przy pewnej niedokładności można nazwać jego swoistością, lub czułością. Do tej pory objawy zazwyczaj są podawane w różnej kolejności, a studenci pamiętają je w takiej kolejności, w jakiej sobie przyswoili. Prowadzi to do tego, że rzadko spotykanym przypadkowi klinicznemu można przeoczyć pewien symptom o dużej swoistości, a tym samym popełnić błąd diagnostyczny.

Trzeba pamiętać wszakże, że czasem diagnoza może być funkcją złożoną i w większości przypadku tak jest (Rys. 3). Znaczy to tyle, że wyniki jednej diagnozy optymalnej są jakby objawami dla następnego etapu diagnozy. Najpierw bowiem badamy pacjenta w badaniu przedmiotowym. Po zbadaniu ogólnym, należy już tu zastosować strategię diagnozy optymalnej (jeśli się da), następnie na podstawie danych z tego badania proponujemy optymalne badania dodatkowe, a na ich podstawie stawiamy diagnozę. Jak można zauważyć, na każdym etapie staramy się optymalizować jednoznaczność diagnozy, gdyż, jak łatwo zauważyć niewłaściwie podjęta decyzja diagnostyczna w pierwszym kroku propaguje ten błąd na dalsze kroki. Mamy wtedy następujący schemat:

Z przedstawionego rozumowania widać, że celem strategii diagnostycznej jest posługiwanie się diagnozą optymalną. Można wykazać, że każda diagnoza



Rys. 3. Diagnoza złożona

optymalna zapewni maksimum jednoznaczności między objawami i chorobą. Optymalną diagnozą może być czasem wyznaczona w sposób formalny, poprzez stosowanie metod statystycznych np. teorii dyskryminacji. Są one szczególnie przydatne w pracy naukowej nad metodą diagnozy nowej jednostki. Jednak metody te wymagają zastosowanie wiedzy matematycznej, stąd też pozwalam sobie je ominąć. Być może jeden z następnych artykułów poświęcę temu tematowi.

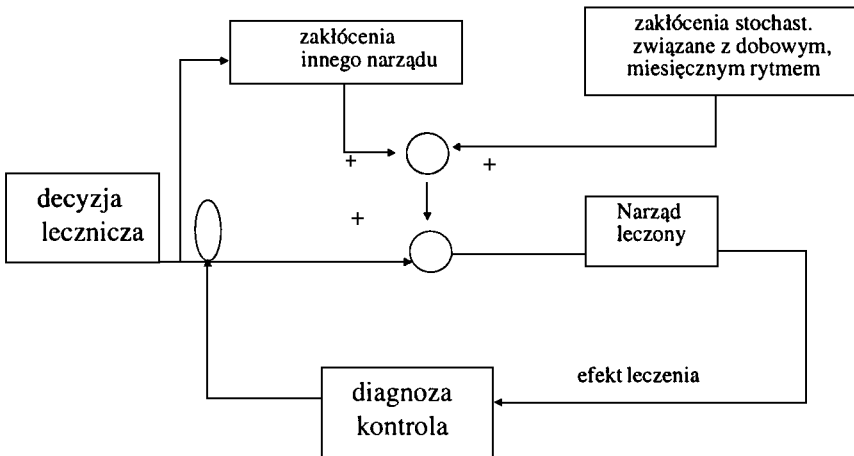
Strategią pozwalającą na realizowanie wspomnianego celu jest niewątpliwie strategia *maksymalizacji wartości użyteczności danej diagnozy*. Załóżmy, że mamy kilka diagnoz optymalnych o tych samych wartościach swoistości s . Niech jednak każda z nich niesie pewno ryzyko powikłań oznaczone przez p . Budujemy wówczas wartość użyteczności wg wzoru

$$\text{wzór} \quad u = S(1 - p)$$

Jest to zależność wiążąca zarówno pozytywną wartość danej diagnozy, jak i jej skutki ujemne. Zgodnie ze strategią wybieramy tę strategię, która ma maksymalne u .

Drugą grupą decyzji jakie podejmuje klinicysta to decyzje terapeutyczne. Aby je omówić przedstawię model procesu leczenia pacjenta.

Przyglądając się przedstawionemu niżej schematowi już na pierwszy rzut oka widać, że proces leczenia nie jest procesem liniowym. Oznacza to, że efekt



naszego leczenia nie zależy tylko od podjętej decyzji terapeutycznej. Może być ona zakłócany przez błędne działanie innego organu. Ten z kolei może być albo uszkodzony już w chwili podjęcia terapii, albo może ulegać uszkodzeniu przez niewłaściwie dobrane leczenie.

Może dojść także do takiej sytuacji, że zastosowane leczenie z założenia nie daje poważnych skutków ujemnych, ale oddziałując niejako „na boku” na inny niż zamierzony narząd, też niesprawny, powoduje pojawienie się skutku niepożądanego, oddziałującego na narząd docelowy. Jak widać z rysunku powstaje wtedy dodatnie sprzężenie zwrotne. Jak wiadomo z analizy układów dynamicznych, pojawienie się niezamierzonego *dodatniego* sprzężenia zwrotnego powoduje destabilizacja układu, a to z kolei prowadzi do nieobliczalnych zmian w skutkach, gdyż trudno wtedy przewidzieć jego działanie. Ten negatywny przypadek najlepiej można zauważyć stosując terapię hormonalną w endokrynologii, aczkolwiek z pewnością można podać taki przypadek w każdej specjalności. Płynie tu także kolejny wniosek, tym razem dotyczący jeszcze diagnozy. Otóż nigdy nie wolno ograniczać badania pacjenta tylko do jednego narządu, ale zawsze dokonywać pełnego badania klinicznego, a przynajmniej określać stan narządów, których funkcjonowanie jest wzajemnie skorelowane ze sobą.

Kolejnym blokiem występującym w schemacie są zaburzenia stochastyczne w leczeniu. Zaburzenia te mogą być związane z rytmem dobowym, miesięcznym pacjenta, jak również być wolne od trendu, jak np. zaburzenia związane z nastrojem emocjonalnym pacjenta.

Następnym problemem jest zagadnienie obserwacji wyników leczenia, czyli tzw. monitoring. Tutaj również należy się chwilę zatrzymać. Zadaniem lekarza w tym momencie jest bowiem wybór parametrów tzw. *parametrów obserwowalnych*. Należy bowiem pamiętać, że nie zawsze stan części sterowanej (czyli podlegające aktualnie terapii) da się bezpośrednio mierzyć. Często należy to robić określając parametry pośrednie, a na ich podstawie wnioskować o efektach leczenia. Dobór tych parametrów jest też zadaniem optymalizacyjnym możliwym do rozwiązania metodą strategii maksymalizacji użyteczności danego parametru.

Po zdefiniowaniu omawianych parametrów, przechodzimy do problemu diagnozy (badania) kontrolnej. Strategia wyboru metody jest podobna do omawianej w diagnozie, przy czym zespół objawów, to zespół parametrów mierzonych. Istnieją jednak tu dwa nowe punkty godne uwagi. Pierwszy to

problem czasu szczególnie ważny w stanach zagrożenia życia (anestezjologia, położnictwo, itp.). Wiadomo bowiem, że każda metoda wprowadza pewne opóźnienie w omawianym procesie. Zależnie od przyjętej metody opóźnienia mogą być małe lub bardzo długie (specjalistyczne badanie biochemiczne lub histologiczne). Drugim problemem jest określenie dynamiki badania kontrolnego. Można bowiem prowadzić monitoring ciągły (jak to jest w przypadku OIOM, OIOK), bądź co pewien czas. W drugim przypadku warto zauważyć, że należy tak dobierać momenty badania, aby nie robić tego zgodnie z jakimś trendem czasowym, lecz w przypadkowych chwilach (chyba, że specyfika schorzenia tego wymaga, np. badanie cytologiczne w ginekologii). Inaczej bowiem możemy nieświadomie zgubić pewne zaburzenia występujące poza trendami.

Z przedstawionych tu uwag wynika, że leczenie pacjenta jest też pewnym elementem gry, w której poszukujemy optymalnej strategii, jednak mamy o wiele więcej kryteriów do uwzględnienia, czyli jest to większy wymiar przestrzeni decyzyjnej.

Celem tego artykułu było ukazanie, że powiedzenie, iż lekarz gra o życie pacjenta nie jest tylko oratorską metamorfozą, lecz przedstawia rzeczywistość i codzienność, z jaką spotyka się lekarz. Problematyka ta jest już dość bogato rozwinięta w krajach zachodnich, lecz w Polsce dopiero zaczyna się pojawiać. W naszym kraju jeszcze bowiem obowiązuje paradygmat medycyny współczesnej sformułowany przez filozofa Kuhna. Paradygmatem jest pewna struktura pojęciowa, w obrębie której poruszają się uczeni rozwiązujący problemy, a ponieważ struktura ta jest dla nich wszystkich pewnym uniwersum, nie zajmują się nią.

Myślę, że pomoże on młodym lekarzom, a także studentom medycyny inaczej, bardziej racjonalnie spojrzeć na pracę kliniczną. Spojrzenie to jest zgodne też ze strategią etyki i deontologii lekarskiej stanowiącej dobro pacjenta jako najwyższy cel pracy lekarza.

Opisany model myślenia jest na tyle ogólny, że można go stosować w każdej specjalizacji. Jednak na jego podstawie możnaby się pokusić o przygotowanie bardziej szczegółowych strategii dotyczących danej specjalizacji.

Anna Hryniewicka

Psychologiczne podstawy profilaktyki i leczenia chorób rozwijających się w wyniku zmniejszenia odporności

Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Katedra Psychologii

W sytuacji zagrożenia jednej z najcenniejszych wartości, jaką jest zdrowie, większość ludzi zwraca się o pomoc do oficjalnej służby zdrowia wierząc, że jest ona w stanie rozwiązać każdy bolesny problem przy pomocy techniki, wysoce wykwalifikowanego personelu i dobrej organizacji. Na obecnym poziomie jej możliwości są jednak dość ograniczone. Widać to na przykładzie chociażby znacznego wzrostu zachorowań na liczne schorzenia i dolegliwości, rozwijające się na skutek ciężkiego uszkodzenia niezwykle precyzyjnego układu immunologicznego.

Fakt, że mimo niewiarygodnego postępu wiedzy i technologii medycznej nie potrafią opracować metod skutecznej ich profilaktyki i leczenia, zmusza do ciągłego poszukiwania przyczyn tego stanu rzeczy. Nie jest to łatwe, gdyż wymaga uwzględnienia bardzo wielu zmiennych.

Najistotniejszą, a często pomijaną jest osoba pacjenta, wobec którego obezwładniający wpływ lekarzy, leków, szpitali osiągnął takie rozmiary, że uniemożliwia mobilizację sił samoleczących¹⁾. W założeniu, że nie istnieją żadne metody leczenia, mogące działać automatycznie, staje się zrozumiałe, dlaczego każda terapia wymaga osobistego wkładu pacjenta, wyrażającego się w samodzielnych decyzjach w różnych krytycznych sytuacjach, również w tych, co są związane z leczeniem. Zdaniem J. Santorskiego „branie na siebie odpowiedzialności na poziomie myślenia i działania, stała świadomość własnych uczuć, działań i myśli to jedyna droga rzeczywistego wychodzenia z impasu”, a także droga do tego, by „żyć w równowadze i harmonii”, doświadczać „głębszego poczucia wewnętrznej swobody, z którego wyłonią się

¹⁾ Robinson M.: Bioenergetyka i wizualizacja a leczenie raka. Nowiny Psychologiczne, 1983, 12.

ważne cele życiowe i wewnętrzne podtrzymanie nawet w najtrudniejszych sytuacjach. Życie człowieka unikającego tej możliwości pełne jest negatywnych uczuć, poczucia bezsilności i niepokoju²⁾.

Ta ostatnia myśl bardzo wyraźnie wprowadza nas w problem uwarunkowań choroby. Najczęściej są one złożone i mieszczą się nie tylko w kategoriach biofizycznych ale również w psychospołecznych. Czasem czynniki psychospołeczne odgrywają zasadniczą rolę w patogenezie zaburzeń³⁾. Jest to zrozumiałe, jeśli uwzględnimy fakt, że człowiek jest jedynym gatunkiem, który stanowi największe i bezpośrednie zagrożenie dla samego siebie. Tworzy naukę i teorię po to, by przeobrazić swoje naturalne środowisko i żyć w otoczeniu, jakie sam wytworzy. Dostosowanie się do tej nowej rzeczywistości, tak odmiennej od świata przyrody, często przekracza jednak jego możliwości adaptacyjne, co wyraża się w nerwowym trybie życia, stałych napięciach, ciężkich przeżyciach psychicznych. Ponieważ funkcjonowanie procesów emocjonalnych i narządów wewnętrznych zarządzają te same ośrodki centralnego układu nerwowego, bardzo łatwo dochodzi do załamania w sferze fizycznej. „Można stwierdzić, że nie ma takiego procesu fizjologicznego, który nie uległby modyfikacji w sytuacji stresu. Tak więc efekty działania stresorów można wykryć nie tylko we wskaźnikach fizjologicznych, charakteryzujących czynność całego narządu (np. tętno), lecz także we wszystkich procesach związanych z funkcją serca, w przewodnictwie elektrycznym czy procesach biochemicznych w różnych ogniwach łańcuchów metabolicznych. Podobnie możemy wykrywać zmiany związane ze stresem w globalnych i cząstkowych wskaźnikach funkcjonowania układu oddechowego, nerek, wątroby czy mózgu⁴⁾).

Najbardziej zagrożeni są ludzie, żyjący w warunkach długotrwałego lub intensywnego stresu. Jest to problem, dotyczący tak wielu ludzi, że chyba powinien być interpretowany bardziej w wymiarze społecznym niż indywidualnym.

Istnieje specyficzny wzorzec historii życia ludzi chorych na raka, schorzenia układu krążenia, cukrzycę, gruźlicę, owrzodzenie żołądka i dwunastnicy, na który składają się podobne zmienne takie jak: ograniczenia w swobodnej ekspresji emocji, niezdolność do rozładowania napięć, zahamowanie, poczu-

2) *Znów minął tydzień... pomyśl o sobie.* KAW, Warszawa, 1982, str. 31, pod red. W. Kamińskiego.

3) Lewicki A., Susułowska M.: *Zadania psychologii w służbie zdrowia w okresie rewolucji naukowo-technicznej.* Przegląd Psychologiczny, 1974, 3.

4) Jankowski K.: *Człowiek i choroba,* PWN, W-wa, 1975, ss. 113-114.

cie winy, zagubienia, odrzucenia, niedocenienia, rozgoryczenia, brak poczucia bezpieczeństwa, depresje, niezdolność do przełamania piętrzących się trudności, pośpiech, przepracowanie^{5, 6}). Niestety na podstawie wiedzy empirycznej nie udało się dotychczas znaleźć jednoznacznej odpowiedzi, dlaczego ww. zmienne poprzez towarzyszące im komponenty fizjologiczne mogą współuczestniczyć w powstawaniu tak różnych dolegliwości. Być może we wszystkich tych przypadkach czynniki psychospołeczne, chociaż bardzo istotne, nie były jedynym decydującym kryterium, a o powstaniu danej choroby przesądzały różnice indywidualne w zakresie wyposażenia genetycznego, różnej odporności organizmu i poszczególnych narządów⁷). Są to jedynie przypuszczenia, gdyż z uwagi na to, iż większość chorób powstaje powoli, w ciągu wielu miesięcy, czy nawet lat, wyniki badań na ten temat kryją wiele niewiadomych i nie mogą być uznane za zwarty system twierdzeń naukowych, nasuwają jednak pewne skojarzenia dotyczące profilaktyki. Dla jej organizacji nie bez znaczenia jest obserwacja tego procesu po to, by zrozumieć w jaki sposób stajemy się pacjentami, czy jak to określił T. Mann, w jakiej chwili „szaleństwo przekształca się w chorobę”⁸).

Na ogół trudno jest przyjąć, że większość naszych cierpień jest naszym własnym wytworem, że obok stereotypów zachowania, przeżywania i widzenia rzeczywistości, które ułatwiają życie, chronią przed lękiem, samotnością, poczuciem zagrożenia, istnieją takie stereotypy, które w ewidentny sposób utrudniają i ograniczają życie. Rzadko odnajdujemy wartości, w imię których decydujemy poddać je autoanalizie, próbie zmiany i wyzwolenia się od nich⁹), co ma swoje konsekwencje w postaci rozstroju i patologicznego funkcjonowania poszczególnych narządów i całych ich układów.

Uświadomienie sobie przedstawionych zależności może mieć ogromne znaczenie również dla terapii, szczególnie tych licznych zaburzeń, które można zwalczać na drodze psychologicznej. Jeśli w ich przypadku zabraknie pomocy psychologicznej, do absurdu sprowadzi się efekt zabiegów przywracających zdrowie fizyczne, ponieważ w końcu i tak zatriumfuje choroba i

5) Reykowski J., Krawczyk M.: Emocje, osobowość, a choroba psychosomatyczna, Psychologia wychowawcza, 1972, Nr 5.

6) Robinson M.: op. cit.

7) Wrześniewski K.: Psychologiczne czynniki ryzyka zawału serca, Przegląd Psychologiczny, 1976, Nr 3.

8) Mann T.: Doktor Faustus, Czytelnik, W-wa 1960, s. 310.

9) Znów minął tydzień... op. cit.: s. 29.

śmierć. „Tylko tam, gdzie istnieje prawo do okazywania własnego nieszczęścia, gdzie to nieszczęście nie jest hańbą, ani piętnem, ani też niepożądaną przeszkodą, ludzie będą mieli odwagę je wyznać, a tym samym dać i innym możliwość zrobienia wszystkiego i odważenia się na wszystko, co może zapobiec ich klęsce”¹⁰⁾. Teoretyczne założenia takiej terapii odpowiadają gromadzonym od wieków faktom uleczalności chorób czynnościowych, a nawet pośrednio i organicznym. Oczywiście wymaga to pewnej zmiany myślenia. Na szczęście coraz więcej lekarzy i pacjentów zdaje sobie sprawę z tego, że nadzieje pokładane w medycynie opierają się na nieprawdziwym założeniu, że zdrowie osiąga się poprzez wyeliminowanie choroby. Tymczasem żaden system leczniczy, oparty na znajomości spraw choroby, nie może „produkować” zdrowia, o czym świadczy pojawienie się schorzeń coraz bardziej skomplikowanych, coraz głębiej usytuowanych w osobie ludzkiej. Ich występowanie zmusza do zweryfikowania powszechnie obowiązującego sposobu pojmowania zdrowia i choroby, tak aby wykraczając poza biologiczny stan organizmu dostrzegać problemy zdrowotne człowieka w całej ich złożoności. Większość lekarzy nie jest dobrze przygotowana do takiej zmiany, ponieważ w wyniku niebywałego rozwinięcia się wąskich specjalizacji, narzucających już od początku studiów specyficzny podział zainteresowań i zadań, nie ma poczucia przynależności do wielkiej dziedziny, służącej jako całość zdrowiu. Nic więc dziwnego, że ci naprawdę wysokiej klasy specjaliści od medycznego funkcjonowania, mają również przeważnie małe przygotowanie do działań w zakresie integralności psychofizycznej. Jeśli nawet przyjmują pogląd o trwałym i nierozzerwalnym związku pomiędzy funkcjami ciała i umysłu, to najczęściej wyłącznie w sposób werbalny, co powoduje, że nie potrafią spojrzeć całościowo na pacjenta. Nawet w nowoczesnych klinikach pacjent jest przedmiotem wielkiego zainteresowania lekarzy, wokół niego kręci się kilkanaście osób zajmujących się intensywnie jego procesami fizjologicznymi, a nie nim samym jako osobą ludzką.

Według Jankowskiego lekarz, który „koncentruje się na zakłóceniach funkcjonowania ciała, a jakże często jedynie jednego jego organu, np. serca czy wątroby, i który nie potrafi powiązać tych zaburzeń z tym co dzieje się w duszy człowieka – okazuje się w sumie arogantem i ignorantem”¹¹⁾ niezdolnym do radzenia sobie z problemami pacjenta. A często są to problemy niezwykle

¹⁰⁾ Ringel E.: *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob, Szczecin 1987, s. 293.

¹¹⁾ Jankowski K.: *Psychologia w działaniu*, Czytelnik, W-wa, 1981, ss. 8-9.

istotne, z pogranicza życia i śmierci, których rozwiązanie wymaga ścisłego kontaktu, głębokiego zaufania i wiary w sukces. Szczególnie myślę tutaj o problemach przeżywanych przez ludzi ciężko chorych i niejednokrotnie przygotowujących się na śmierć, którzy odczuwają największą potrzebę emocjonalnego wsparcia, pełnej sympatii i zrozumienia, czy po prostu odwrócenia uwagi od przykrych przeżyć. Nawet w tych przypadkach lekarz często jest dla pacjentów psychicznie niedostępny. Mimo usilnych pragnień nie udaje się go skłonić by choć na chwilę przerwał pracę po to, by wysłuchać pytań lub na nie odpowiedzieć.

Ze względu na złożoność współczesnej medycyny lekarz najczęściej nie przekazuje pacjentowi informacji na temat jego stanu zdrowia, nie mówi co ma zamiar zrobić, dlaczego, w jaki sposób, mimo że takie wyjaśnienie stanowiłoby najlepsze zabezpieczenie przeciwko rozwojowi różnych pojęć, rozpraszając energię potrzebną do buntu przeciwko chorobie.

Tradycyjna koncepcja pacjenta predysponuje lekarza do autokratycznego sposobu zachowania, co w praktyce oznacza przemawianie do chorych z pozycji „siły”, pozbawienie ich możliwości udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, zbywanie banalnymi objaśnieniami lub nie zawsze wybrednymi uwagami.

Nie są to postawy odosobnione, o czym świadczą wyniki interesujących badań przeprowadzonych przez Ostrowską, w których proszono pacjentów o ocenę ich lekarzy. W przypadku prawie połowy badanych osób oceny te były raczej negatywne (z powodu powierzchowności badań, braku wyjaśnień przyczyn choroby, nie wysłuchania pacjenta, nie interesowania się dolegliwościami, nieuprzejmości)¹²⁾.

Taka postawa lekarza nie sprzyja temu, aby dźwigał on razem z chorym brzemie jego lęków oraz by oddziaływać na proces kształtowania się obrazu choroby tak, by „był on wolny od psychourazowych zafałszowań”, nie zawierał „pustych miejsc”, „pozostawionych domysłem i wyobraźni pacjenta”¹³⁾.

Przedstawiony styl uprawiania zawodu przejmuje od lekarzy średni i niższy personel, powodując w świadomości pacjenta utrwalenie się poglądu o jego najniższej pozycji w złożonym systemie służby zdrowia. Stosunek między pacjentem, a lekarzem jest dość specyficzny. Jedną z tych osób jest w kręgu

¹²⁾ Ostrowski A.: Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu, *Studia socjologiczne*, 1981, Nr. 3.

¹³⁾ Jarosz M.: *Psychologia lekarska*, PZWL, W-wa, 1988, s. 255.

cierpienia, niemocy, a nawet śmierci, a druga pod ciężarem przytłaczającej odpowiedzialności. Z pewnością taka sytuacja wymusza na ludziach pewien typ zachowania. Dotyczy to zarówno lekarza jak i pacjenta, którzy ulegają się w konsekwencji „ofiarami tej samej sytuacji i ulegle przyjmują rolę jaką im ona narzuca”¹⁴⁾. W przypadku pacjenta jest to „rola chorego”. Przyjęcie jej jest ostatnim etapem procesu wchodzenia w chorobę¹⁵⁾, w którym każdy cofa się do okresie dzieciństwa stając się bezradnym dzieckiem szukającym oparcia w lekarzu będącym osobą wyjątkową, której można z pełnym zaufaniem powierzyć siebie i rzucić troskę za swój los tak, jak kiedyś w ciężkich chwilach uciekało się pod opiekę rodziców.

Lekarz niewiele ma jednak wspólnego z rodzicami. Nauczony już od początku studiów traktować człowieka jako przedmiot skrupulatnego badania, w którym najmniejszy cień subiektywizmu jest niewskazany, zakłada stałą maskę chroniącą przed bezpośrednim, często bolesnym kontaktem emocjonalnym z chorym i przybiera rolę zimnego obserwatora. Jeśli nawet zdaje sobie sprawę z tego, że odgrywanie tej roli pozbawia go osobowości, „wytwarza w nim chłód, osłabia spójność wewnętrzną, pozbawia jego życie spontaniczności i ogranicza zdolność do twórczego działania”¹⁶⁾ (tak ważnego w pracy z chorym) – nie jest w stanie z niej wyjść głównie z powodów osobowościowych.

Zwracają na to uwagę socjologowie Erich i Ulriche Schott, z których badań wynika, że dopuszczanie do studiów medycznych według kryteriów rekordowych wyników w gimnazjum pociąga za sobą pojawienie się nowego typu lekarza mającego zainteresowania naukowe, ale charakteryzującego się osobowością introwertywną, uniemożliwiającą nawiązanie bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, postępowanie wobec niego po partnersku i odejście od stereotypu pozowania na istoty boskie i nieprzystępne¹⁷⁾.

Równie ciekawe wnioski przedstawili Adler i Stone, którzy powołując się na różnych autorów dokonali podsumowania wielu badań nad kandydatami przyjętymi do uczelni medycznych. Okazało się, że 10-25% studentów medycyny ma „nienormalne” lub „inne niż korzystne” profile osobowości. Przeważają wśród nich osoby z obsesyjno-kompulsywną strukturą charakteru, stosu-

14) Jankowski K.: Przełom w psychologii, Czytelnik, W-wa 1978, s. 21.

15) Pawłowska B.: Diagnostyka a społeczna koncepcja choroby W: Z zagadnień diagnostyki osobowości pod red. W.J. Paluchowskiego, Ossolineum, W-wa, 1983.

16) Jankowski K.: Psychologia w działaniu, Czytelnik, W-wa 1981, s. 198.

17) Ringel E. op. cit.: s. 244.

jące obrony typowe dla tej struktury tj. izolację i nadmierną kontrolę emocji oraz racjonalizację. Ponadto studenci medycyny prezentują się jako osoby niezależne, dominujące, z dużymi możliwościami przywódczymi. „Właściwości te mogą mieć duże znaczenie dla przetrwania w środowisku uczelnianym i zawodowym. Składają się one jednak na obraz osób o stosunkowo małej elastyczności, które mogą mieć trudności z przystosowaniem się do sytuacji wywołanych przez frustracje międzyludzkie i do zachodzących obecnie zmian społecznych warunków praktyki lekarzy”¹⁸⁾. Ma to swoją wymowę jeśli uwzględni się, że zawody medyczne są źródłem silnych stresów. Ich przyczyną jest najpierw zderzenie się idealizmu studentów z realiami kształcenia, później – bezsilność, ograniczone możliwości działania, własne braki, niepowodzenia, poczucie winy. Jak z tego wynika praca lekarza nie bez powodu jest zaliczana do najniebezpieczniejszych i najtrudniejszych, za którą płaci się często wysoką cenę psychiczną, a jest nią życie w ciągłym napięciu emocjonalnym, mogącym działać destruktywnie na psychikę i odbierać zdolność do efektywnej pracy. To jest dodatkowy powód, dla którego wielu lekarzy uruchamia mechanizm obronny zmuszający do wycofywania się z powodujących frustrację kontaktów z pacjentem. O tym jak wielki to problem niech świadczy fakt, iż w literaturze przedmiotu coraz więcej uwagi zaczęto poświęcać zjawisku tzw. „wypalania się”, polegającemu na stopniowej utracie zainteresowania dla ludzi, z którymi się pracuje.

Ten brak zainteresowania ma również inne źródła. Często lekarze unikają pacjentów, ponieważ nie wiedzą jak z nimi postępować. Nie znajdują takich informacji ani w diagnozach medycznych, ani nawet we własnym doświadczeniu. Wielu lekarzy, przeciążonych pracą, nie wie, jak naprawdę żyją ludzie, jacy są, nie dostrzega wokół siebie nędzy, splątania, głębokiego nieszczęścia, dopóki człowiek cierpiący nie angażuje ich w swoje sprawy. Oczywiście nie trzeba udowadniać, jakie następstwa natury psychologicznej może to wszystko spowodować zarówno dla lekarza jak i dla pacjenta.

Jeśli chcemy, aby wśród nich było możliwie najmniej następstw negatywnych, lekarz powinien być w pełni świadomy narzuconej mu roli, rozumieć ją, umieć się jej przeciwstawić, a swój zawód traktować w sposób służebny, nie nastawiając się na zaspokojenie ambicji czy podniesienie prestiżu własnej

¹⁸⁾ Adler N., Stone G.: Psychologia a system opieki zdrowotnej, Nowiny psychologiczne, 1986, Nr 3-4.

osoby, ale wyłącznie na dobro drugiego człowieka. Z punktu widzenia dobra pacjenta największą wartość ma praca, którą wspiera autentyczne ludzkie zainteresowanie, gotowość wczucia się w jego sytuację oraz bezwarunkowa jego akceptacja, niezależnie od tego czy zachowa się w sposób pożądaný czy nie. To wszystko wymaga pokory, wyzbycia się poczucia wszechmocy, zaakceptowania własnych możliwości oraz równowagi psychicznej. Jeśli tego zabraknie, a w postępowaniu lekarza będzie dużo obojętności, wyższości, banalnych słów pocieszenia, to można się spodziewać, że nie tylko nie pomoże choremu, ale wręcz mu zaszkodzi, potęgując jedynie uczucie bezsilnego rozgoryczenia, osłabiając odporność psychiczną.

Szkoda, że tak się zdarza, bo jeśli przyjmiemy koncepcję psychicznego przeciwstawienia się chorobie, to potencjalne możliwości lekarza i całego współpracującego z nim personelu mogłyby być w tym zakresie ogromne.

Nauka nie określiła wprawdzie, jakiego rodzaju czynniki psychiczne oddziałują na pacjenta wtedy, gdy żyje on na przekór szansom medycznym, tym bardziej nie określiła za pomocą jakiej terapii je wywoływać, rozwijać, podtrzymywać, aby przyczynić się do zupełnego panowania nad przebiegiem choroby. Wydaje się, że lekarz, który dostrzega jak dalece są one uwikłane w proces terapeutyczny, powinien sam umieć znaleźć sposób na zmuszenie centralnego systemu nerwowego i aparatu odpornościowego pacjenta do optymalnego funkcjonowania.

Wielu lekarzy nie radzi sobie z tym zadaniem, ponieważ nie do końca rozumie, co stanowi istotę choroby. Pewnym ułatwieniem może być spojrzenie na nią jak na sytuację trudną, w której człowiek musi stawić czoła największym kryzysom swego życia.

Już samo rozpoznanie, a w umyśle niespecjalisty nie posiadającego odpowiedniej wiedzy medycznej jest ono zwykle schematem uproszczonym, często fałszywym i mało podatnym na próbę przekształcenia, a jednocześnie nie wystarczającym w obliczu własnej choroby¹⁹⁾ – może uświadomić nam naszą kruchość i wprowadzić w stan biologicznej bezradności. Jest to szczególnie spotęgowane w czasie pobytu w szpitalu, nie bez powodu nazwanym bardzo trafnym terminem „lecznictwo zamknięte”. To skomplikowane środowisko, w którym wiele dzieje się na różnych nieraz odciętych od siebie poziomach, jakby w różnych światach, gdzie mieszkają się stany gorączkowe, zakłócenia

¹⁹⁾ Jarosz M.: op. cit. s. 256.

w pracy serca, poty, bóle, bezsilność, całkowita zależność, samotność pośród ogromnej liczby pozornie funkcjonujących interakcji, deprywacja najistotniejszych dla człowieka potrzeb, urazy jatrogenne – dla wielu pacjentów może wydać się dziwne i przerażające. Właściwie każdy, kto przekroczy próg szpitala, zwłaszcza po raz pierwszy, doświadcza pełnej gamy lęków stwarzających przytłaczający ciężar niepewności, który zagraża od wewnątrz i zewnątrz. Boi się dosłownie wszystkiego: okaleczenia ciała, długotrwałości choroby, pracowników służby zdrowia, którzy zanim przyniosą ulgę sprawią ból, anonimowości, nieludzkiego prawa do manipulowania chorym jak rzeczą, odcięcia od świata, a nawet przyszłości, która na podstawie przekazywanych wielu sprzecznych ze sobą komunikatów, uniemożliwiających odczytanie zawartego w nich sensu, przedstawia się nad wyraz tragicznie.

Ta cała wyjątkowa trudna, z punktu widzenia zdrowia psychicznego, sytuacja nie pozostaje bez wpływu na ocenę i interpretację choroby, rozważanie jej następstw, stosunek do leczenia, sposoby reagowania i zachowania.

Jeśli chodzi o tę ostatnią kwestię to również nie można tu pominąć wielu czynników związanych bezpośrednio z chorobą takich jak: jej rodzaj, przebieg, nasilenie dolegliwości, stopień uszkodzenia sprawności organizmu, stopień rzeczywistego zagrożenia życia, długość chorowania oraz czynników pozachorobowych, do których należą wiek, temperament, właściwości charakterologiczne, uprzednie przeżycia, warunki domowe, stosunek rodziny do choroby pacjenta.

Nie ulega wątpliwości, że pod wpływem choroby funkcjonowanie psychiczne człowieka może ulegać pewnym zmianom. Zdaniem Cohna i Finka zmiany te mają najczęściej charakter dynamiczny i występują w kilku etapach:

- szok wynikający z samego faktu zaistnienia inwalidztwa
- oczekiwanie na wyzdrowienie
- okres żalu i przygnębienia wynikający z uświadomienia straty
- okres reakcji obronnych²⁰⁾.

Przystępując do opracowania planu terapii pierwszą rzeczą jaką należy zrobić jest ustalenie punktu w obrębie tej sekwencji, w której znajduje się pacjent. Z pewnością inne będą oddziaływania terapeutyczne w czasie, gdy pacjent przeżywa chwile największego podniecenia (a tak się zdarza we wczesnym okresie choroby, kiedy pojął on po raz pierwszy pełen zakres swego

²⁰⁾ Jarosz M.: op. cit. s. 361.

kalectwa, kiedy poszukuje sensu życia czyniącego z niego coś więcej niż defensywną egzystencję), inne – gdy wystąpi tendencja do uspokojenia i ustali się trwałe sposoby akceptacji własnego stanu.

Bardzo często zbyt pośpiesznie, a więc bez dostatecznego uzasadnienia, jesteśmy skłonni dostrzegać osobowość niedojrzałą u pacjentów stwarzających liczne problemy, tj. „uciążliwych”, zaskakujących nas swymi reakcjami, zachowujących się w sposób agresywny, przekorny.

Wydaje się, że nawet najbardziej intensywne reakcje emocjonalne nie są wystarczające do postawienia takiego rozpoznania. Raczej powinny one nas skłaniać do zastanowienia się, czy dobrze poznaliśmy motyw działania pacjenta, jego punkt widzenia, sposoby oceny różnych zjawisk. Wymaga to nie tylko zebrania danych o zachowaniu na przestrzeni długich odcinków czasowych, ale przede wszystkim starannej analizy wszelkich okoliczności związanych z chorobą. Jarosz proponuje, aby w tej analizie uwzględnić, czy przeżywane następstwa choroby obniżają się w przekonaniu chorego poziomu jego osiągnięć, jak on się kształtował dotychczas w stosunku do poziomu aspiracji, czy nie nastąpiła frustracja dążenia do zaspokojenia dominującej potrzeby, czy nie zostało zagrożone przez chorobę zaspokojenie potrzeby akceptacji, jak wygląda samoocena pacjenta, jego sprawność działania zwłaszcza w stanie silnego napięcia emocjonalnego²¹⁾.

W większości przypadków powyższe sprawy mają swój kontekst sytuacyjny, dlatego nie można ich oceniać w oderwaniu od naturalnego otoczenia pacjenta i mechanizmów rządzących całym życiem społecznym, gdyż stwarza to nieprzekraczalne bariery dla rekonstrukcji genezy zaburzenia, tak ważnej z punktu widzenia pomyślnego przebiegu leczenia.

Jak widać historia życia każdego pacjenta musi być przeanalizowana dostatecznie dokładnie po to, by znaleźć sposób pozwalający na przyście mu z pomocą w sytuacji wyjątkowo trudnej, nowej i mało podatnej na zmianę.

O tę pomoc będzie na pewno trudno, jeśli skorzystamy tylko z fachowej wiedzy i naukowych rad kolegów, pomijając to wszystko, co nie wchodzi w zakres medycyny pojętej jako nauka ścisła. Myślę tutaj głównie o problemie, który jest określanej jako pobudzanie woli życia. A to wymaga zastanowienia się razem z pacjentem, czy rzeczywiście chce on żyć, co jest dla niego ważną siłą motywacyjną, w czym kryje się obietnica spełnienia jego głębokich pragnień. Już sam fakt rozwoju choroby oznacza zmniejszenie odporności

²¹⁾ Jarosz M.: op. cit. s. 255.

organizmu, dlatego warto nakłonić pacjenta, aby zrobił przegląd swego życia po to, by w kontekście różnych sytuacji przyjrzeć się jak doszło do powstania objawów chorobowych, zrozumieć ich swoistą symbolikę, rolę, jaką narzuca choroba, korzyści jakie przynoszą. Uzyskanie wglądu w te sprawy stwarza szansę na odrzucenie tego, co dotychczas uniemożliwiało powrót do zdrowia.

Często taką przeszkodą są destrukcyjne schematy poznawcze, które „blokują działanie ze względu na antycypację porażki”²²⁾, prowadzą do skrajnie niedorzecznego nawyku powtarzania sobie, że jesteśmy istotą bezradną, bezsilną, zdaną na łaskę losu, a sytuacja, w której się znajduje, jest nie do przezwyciężenia.

Ten sposób widzenia własnej osoby oraz sytuacji musi być zmieniony. Człowiek musi odzyskać zaufanie do siebie oraz pełne poczucie bezpieczeństwa. Tylko w tych warunkach można go skłonić do wypróbowania spośród różnych doświadczeń tych, które okażą się najbardziej przydatne w tej próbie sił, wobec jakiej się znajduje. Ponieważ do tego potrzebuje wiele odwagi, wytrwałości i nadziei, nie wystarczy mu jednorazowa pociecha, ale system filozoficzny uzasadniający jego egzystencję.

Jednym z warunków wysokiej odporności organizmu jest również posiadanie idei nadwartościowej, która stanowi czynnik silnie motywujący, ukierunkowujący działanie ku nadrzędemu celowi. Wielu ludzi chorych, na skutek odkrywania coraz to nowych faktów niezgodnych z dotychczasowym myśleniem, utraciło taką ideę i w związku z tym przeżywa ogromny konflikt. Jeśli okaże się on „silniejszy od mechanizmów obronnych osobowości i człowiek odważnie się przekona, że jego idea dominująca jest przekonaniem fałszywym, lub zmierzał do celu sztucznie wyolbrzymionego”, wówczas mimo ogromnego przygnębienia może dojść do następstwa dla niego pozytywnych. Ważne jest, aby tego celu nie traktować, jako „punktu dojścia, którego osiągnięcie w sposób bliżej nieokreślony miało rozwiązać inne problemy”; aby zamiast celu nadrzędniego wyłoniły się „cele inne, dalsze, może mniej ważne, ale realne i równie pociągające”²³⁾, które w przypadku utraty idei dominującej zapewniłyby psychoterapeutyczną pustkę.

Nie zawsze człowiek chory radzi sobie z tym zadaniem. Często trzeba mu pomóc w odnalezieniu wartości życia, które z pewnością nie muszą się wiązać

²²⁾ Jarosz M.: Psychologia i psychopatologia życia codziennego. PZWL W-wa 1975, s. 333.

²³⁾ Jarosz M.: Psychologia i ... ss. 341-342.

tylko z fizycznymi aspektami egzystencji. Gdyby tak było, rehabilitacja ciężko chorych byłaby sprawą przegraną jeszcze przed jej rozpoczęciem. Trzeba mu także pomóc w zaakceptowaniu i przeżywaniu jego sytuacji życiowej w sposób rozsądny i elastyczny, co często wymaga wyzwolenia go z postawy egocentrycznej i fałszywego pojmowania relacji między rzeczywistością, a ideałem do którego dąży²⁴⁾.

Jest to proces bolesny, w którym jeśli człowiek potrafi „eksploatować, a nie wytłumiać się wewnątrznie” – może odzyskać zdrowie²⁵⁾. Nie osiąga się tego od razu, czasami potrzeba wielu doświadczeń prowadzących do bezrefleksyjnej, odruchowej impulsywności do poznania samego siebie, niezbędnego do tego, by realizować swoje istnienie, by przeżywać je w pełni, by mieć otwarte możliwości. Nie ma gotowych recept jak to osiągnąć, dlatego jesteśmy skazani na stałe eksperymentowanie. I chociaż często błądzimy po omacku, polegając na własnej wyobraźni i własnym wycuciu psychologicznym, już samo zainteresowanie się tym problemem, stwarza nadzieję, że kiedyś przyjdzie dzień, w którym najbardziej odpowiednie rozwiązania zostaną odkryte.

Myślę, że powyższe refleksje pozwolą lepiej zrozumieć, dlaczego obecny styl uprawiania medycyny nie odpowiada potrzebom społeczeństwa. Jest sprawą najwyższej wagi, abyśmy starali się poznać te czynniki i procesy, które mogą mieć decydujące znaczenie zarówno w rozwoju jak i leczeniu wielu chorób. Jeśli chcemy, aby nie były one nadal synonimem bezradności medycyny XX wieku, należy, wykorzystując wszelkie dostępne źródła oddziaływania, przekazywać całemu społeczeństwu wiedzę na ten temat po to, by świadome zagrożenie na jakie narażony jest współczesny człowiek, umiało przyjąć taki styl życia i taki model sukcesu osobistego, który byłby wolny od ryzyka chorób. Trzeba liczyć się z faktem, iż z uwagi na to, że człowiek utracił zdolność rozumienia własnego ciała i sygnałów zawartych w objawach chorobowych, nasze najlepsze wysiłki w celu przewartościowania obiegowych stereotypów doprowadzających do rozchwiania hierarchii wartości, mogą być zawodne.

Przemyślenia zawarte w tym artykule, chociaż dotyczą spraw medycznych, nie są adresowane wyłącznie do lekarzy, którym w obecnych czasach nie można powierzać całej troski o zdrowie. Poza samym pacjentem wiele do powiedzenia mogą mieć inni pracownicy służby zdrowia pod warunkiem, że

²⁴⁾ Jarosz M.: *Psychologia i ...* ss. 346.

²⁵⁾ Robinson M.: *op. cit.*

rozumieją jak trudna jest sytuacja chorego oraz mają dobrą wolę, aby przyjść mu z pomocą.

Właśnie wzbogaceniu ich umiejętności oddziaływania na psychikę, często o wiele bardziej przydatne w leczeniu od samych tylko umiejętności oddziaływania na ciało, służą niniejsze rozważania.

Tadeusz Kocon

Sprawozdanie z 60-lecia „rocznika *1935” Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego

W dniu 27 Maja 1995 r. pod Wysokimi Auspicjami Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr hab. med. Tadeusza Tołłoczki i Dziekana I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. med. Andrzeja Karwowskiego, w ramach działania Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, której prezesuje kol. Tadeusz Kocon, odbył się VIII Zjazd „Rocznika *1935 Medycyny Warszawskiej” z okazji 60-lecia rozpoczęcia studiów lekarskich na Uniwersytecie Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Zjazd odbył się pod hasłem „60-lecia Immatrykulacji”.

Na Program złożyło się:

1. Nabożeństwo „Za żywych i umarłych” w Kościele Przyszpitalnym Dzieciątka Jezus.
2. Złożenie wieńca z szarfą ze stosownym napisem pod Tablicą Honorową Szpitala na tyłach tzw. „Grucówki” (Gmach Ortopedii).
3. Audiencja w Sali Senatu Akademii Medycznej, w czasie której Prorektor i Dziekan w asyście przedstawicieli Senatu wręczyli uroczyście uczestnikom Zjazdu Dyplomy upamiętniające ponad półwieczne ich kontakty z Medycyną.
3. Sesja wspomnieniowa w Kawiarni Domu Medyka, która została na ten cel w całości oddana Zjazdowi.
5. Obiad koleżeński, w czasie którego Przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków Medycyny i Farmacji Warszawskiej wręczył Dyplomy Członków Honorowych, wszystkim odznaczonym dyplomem Akademii.

Na 34 żyjących jeszcze koleżanek i kolegów „Rocznika *1935” stawiło się na Zjazd 18, w tym 3 z osobami towarzyszącymi dla opieki. Tylko 2 osoby nie odpowiedziały na zaproszenie. Usprawiedliwiło swoją niemożność przybycia na Zjazd 14 osób, czy to z powodu znacznego oddalenia (Wenezuela, Kanada, Walia) czy to ze względów zdrowotnych. Wszyscy, którzy na Zjazd nie

przybyli, przysłali zebrany najlepsze życzenia i prosili o pamięć o nich. Jedna osoba z osobą towarzyszącą dla opieki przyjechała specjalnie na Zjazd z Wielkiej Brytanii, druga z Paryża.

Od poprzedniego Zjazdu, który odbył się z okazji 55-lecia studiów w 1990 r. zmarło 6 osób. Oto one:

- Doc. dr hab. med. Zenon Walecki, rentgenolog (+ 7.01.1993).
- Dr med. Janusz Górski z Zabrze, chirurg (+ 2.1993).
- Lek. Włodzimierz Oniszczuk z Warszawy, ftizjatra, internista, lekarz przemysłowy (+ 3.4.1993).
- Dr med. Janusz Biernacki z Warszawy, chirurg, długoletni ordynator Oddz. Chirurgicznego w Sochaczewie (+ 19.11.1994).
- Dr med. Maria Łazowy-Kudeska z Bydgoszczy, kardiolog (+ 31.10.1994).
- Doc. dr hab. med. Jan Kordys, rentgenolog, wychowanek SPSan, Kierownik Pracowni Rtg. Centr. Szpitala Klin. PKP (+ 3.4.1995).

Requiescant in Pace.

Zjazd jednomyślnie w pełni aprobował przemówienie, jakie wygłosił w imieniu wszystkich kol. Józef Hornowski na uroczystości w Sali Posiedzeń Senatu AM i uchwalił serdeczne podziękowanie JM Rektorowi, Dziekanowi i Senatowi naszej Almae Matris za okazaną nam łaskawość i upamiętnienie Dyplomami naszych kontaktów z Medycyną.

Wszyscy z zadowoleniem przyjęli Dyplomy Członkostwa Honorowego Stowarzyszenia Wychowanków Medycyny i Farmacji Warszawskiej.

Zalecono koledze Józefowi Hornowskiemu przekazanie Dyplomów tym kolegom z naszego Roku, którzy z powodu usprawiedliwionej nieobecności nie mogli ich odebrać osobiście.

Wreszcie na zakończenie podziękowano kol. Józefowi Hornowskiemu za pracę przy organizacji Zjazdów.

Józef Hornowski

Przemówienie z okazji 60-lecia Immatrykulacji rocznika *1935 Medycyny Warszawskiej w dniu 27.07.1995 r

Wasza Magnificencjo, Wielce Czcigodny Panie Dziekanie, Szanowni Przedstawiciele Senatu Akademii i czcigodni zebrani.

My, dawni studenci Medycyny Warszawskiej, jesteśmy wzruszeni przemówieniem Pana Dziekana i pamięcią Władz naszej Alma Matris. Dyplomy, jakie otrzymaliśmy, napawają nas ogromną wdzięcznością. Na oprawę, jaką nadano temu Aktowi, na pewno nie zasłużyliśmy poza tym, że wciąż jeszcze żyjemy i od wielu lat obchodzimy nie datę dyplomu, ale rozpoczęcia studiów. Jest spowodowane tym, że nie dane nam było zakończyć studiów przed Wojną, zaś dyplomy zaliczaliśmy w różnym czasie, niekiedy w innych uczelniach i to w większości po Wojnie.

Rok nasz nie był rokiem przeciętnym. Już 7 razy, w odstępach 5-letnich odbywamy nasze Zjazdy „zaślubin” z medycyną. Staramy się podtrzymywać kontakty koleżeńskie i coraz bardziej stajemy się jedną rodziną. Tym razem jest to Zjazd ósmy. Dzięki Wam, Czcigodni Przedstawiciele Akademii Medycznej, nasze rodzinne, można rzec, święto staje się Znamienną Uroczystością Akademicką. W pełni to doceniamy, zwłaszcza, że dla większości z nas, było to wzruszającą niespodzianką. Gdy zdawaliśmy na Wydział Lekarski Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego było nas nieco ponad 200, obecnie żyje nas na świecie około 30.

Na czasy młodości wypadła nam straszliwa Wojna, która zdziesiątkowała nasze szeregi. Przypadła okupacja z jej okrutnymi przśladowaniami zwłaszcza Żydów. Walka z okupantem z bronią w ręku spowodowała niepowetowane straty, choćby zastrzelenie w akcji bojowej naszych starostów śp. kol. kol. Andrzeja Gluźnińskiego i Andrzeja Garlickiego ze Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Przy Tablicy, która to upamiętnia, złożyliśmy dzisiaj kwiaty.

Niemniej nasza Uczelnia nie potrzebuje się nas wstydić. Daliśmy z naszego grona Rektorów, Dziekanów, Członków Akademii Nauk, choć nie zawsze w

Warszawie. Dość powiedzieć, że nawet teraz w naszym gronie jest jeden z dwóch Polaków, Członek Papieskiej Akademii Nauk „Pro Vitae” – kol. Włodzimierz Fijałkowski. Daliśmy z siebie znakomitych i sławnych na cały świat uczonych. Daliśmy bohaterów walki o niepodległość. Samych odznaczonych Orderem Virtuti Militari naliczyłem siedmiu. A przede wszystkim pozostaliśmy zwykłymi lekarzami, oddanymi swoim chorym. A te wartości są niewymierne, choć naprawdę wielkie.

Wasza Magnificencjo i Wszyscy Czcigodni Zebrani. Zawdzięczamy to naszym Wielkim Wykładowcom i Wychowawcom, z których teraz już nikt nie żyje. Oddajmy hołd ich pamięci minutą milczenia.

Jerzy Rudzik

Sukces sportowy studentów Akademii Medycznej

Studenci Warszawskiej Akademii Medycznej po raz czwarty od 1982 r. zdobyli Mistrzostwo Polski Akademii Medycznych w piłce nożnej, tym razem halowej (zawody odbywają się co dwa lata).

Mistrzostwa odbyły się w Lublinie w dniach 31.03-2.04.1995 r. Startowało 8 zespołów. II miejsce zajął zespół Szczecina, III – gospodarze. Drużyna warszawska uzyskała następujące wyniki: z AM Szczecin 8:3, z AM Bydgoszcz 8:1, z AM Poznań 4:1, z AM Łódź 6:1, z AM Lublin 2:2 (dwa ostatnie spotkania w finale).

Warszawskie zespół zdobył wszystkie możliwe wyróżnienia: „królem strzelców” (16 bramek) i najlepszym zawodnikiem został William Tsimo, najlepszym bramkarzem – Konrad Słynarski. Za najlepszego trenera uznano szkoleniowca z Warszawy – mgr Jerzego Rudzika. Jest on twórcą wszystkich dotychczasowych sukcesów warszawskich medyków. Pracuje w Studium Wychowania Fizycznego i pełni funkcję Zastępcy Kierownika Studium ds. Sportowych.

Skład zwycięskiego zespołu AZS Akademii Medycznej z Warszawy: Konrad Słynarski (IV lek. Wydz.), Łukasz Antolak (II lek.), Arkadiusz Przychodzki (VI lek.), Michał Dąbrowski (IV lek.) – kapitan zespołu, William Tsimo (II lek.), Wojciech Majkusiak (VI lek.), Tomasz Skrok (III lek.), Piotr Wójcik (IV lek.), Adam Wichniak (III lek.), Marek Rybarczyk (III lek.), Jacek Nasiłowski (IV lek.).

Norbert P. Górski¹⁾

**Przemówienie na uroczystym rozpoczęciu Roku Akademickiego
1994/1995**

Panowie Rektorzy, Szanowni Państwo!

Jako student ostatniego – szóstego – roku będę mówił z nieco innej perspektywy bliższej raczej młodym lekarzom niż obecnym tu beanom. Poruszę kilka kwestii znaczących dla całej społeczności lekarskiej.

Sytuacja uczelni. W związku ze zmniejszeniem budżetu akademie medyczne są jedynymi uczelniami, które zmniejszyły limit przyjęć. W czasie gdy ja rozpoczynałem studia, na obydwu wydziałach lekarskich studiowało ponad 500 studentów, w chwili obecnej ta liczba wynosi 260. Zmniejszenie funduszy dla uczelni prowadzi do obniżenia poziomu nauczania, akademia już teraz nie posiada wystarczającego własnego zaplecza klinicznego, by prowadzić działalność dydaktyczną na dotychczasowym poziomie. Niemożliwe jest przecież ratowanie sytuacji przez wprowadzenie na tym kierunku odpłatnych studiów zaocznych czy wieczorowych, które w tak znacznym stopniu ratują sytuację finansową uczelni o innej specyfice.

Sytuacja studentów. Oczywiście dla wszystkich powinien być kryzys motywacyjny związany z niepewną sytuacją po zakończeniu studiów. Brak jakichkolwiek jasnych przesłanek o pracy, płaca młodego lekarza równa wynagrodzeniu salowej, da tylko jedno – negatywną selekcję. Najlepsi wybiorą studia, których ukończenie przyniesie im przyszłość malowaną w nieco jaśniejszych kolorach. Pierwsze oznaki są już widoczne, coraz łatwiej jest być przyjętym na Akademię Medyczną. Ta sytuacja jest wywołana brakiem jakiegokolwiek koncepcji co do polityki zdrowotnej i służby zdrowia ze strony Ministerstwa Zdrowia. Ludzie, którzy powinni zmieniać, reformować tę nienormalną sytuację, w żadnym stopniu nie są tym zainteresowani, albowiem oznaczałoby to zachwianie układu, który znają, w którym im dobrze, i konieczność budowania wszystkiego od nowa. W Ministerstwie Zdrowia jak w żadnym innym urzędzie

¹⁾ Przewodniczący Uczelnianego Przedstawicielstwa Studentów Akademii Medycznej

centralnym brak zmian personalnych czy konceptualnych jest porażający. To ciągle ci sami ludzie.

Jak w tym wszystkim wygląda rola studenta. Myślę, że to rola wiodąca (dość znane to określenie rodem z poprzednich lat). Klimat Uczelni i to, co się w niej dzieje, jest przede wszystkim naszą zasługą. Musimy pamiętać – nie my jesteśmy dla Uczelni, to Uczelnia jest dla nas, musimy pamiętać o tym, potykając się z administracją, dyskutując z profesorami. Od nas zależy jakie będą nasze studia, życie studenckie i czy uda się utrzymać wizerunek Akademii Medycznej jako uczelni elitarniej. W dążeniach tych możemy liczyć na poparcie kadry naukowej naszej Uczelni i na pomoc naszego Rektora.

Przede wszystkim musimy jednak liczyć na siebie. I tu widać rolę samorządu. Jest to zdecydowanie najważniejsza z organizacji studenckich i doskonała droga do wpływania na życie Uczelni. Liczba spraw, na które samorząd ma wpływ, jest zwykle niedoceniona. Program studiów, sposób prowadzenia zajęć, dobór przedmiotów to tylko przykłady. W ostatnim roku rozpoczęliśmy prace nad systemem oceny nauczycieli akademickich przez studentów, co jest najlepszym sposobem na ustanowienie bardziej partnerskich stosunków między studentami a wykładowcami, albowiem niestety mała część kadry profesorskiej nie powinna nigdy prowadzić działalności dydaktycznej, bo nie ma koniecznych umiejętności, a rzutuje to bardzo negatywnie na stosunki panujące na Uczelni. Mamy też proste osiągnięcia: stworzyliśmy siłownię jako pierwszy własny obiekt sportowy AM, rozszerzyliśmy możliwości korzystania z zajęć sportowych. Tak więc bardzo zapraszam do czynnego uczestnictwa. Nie tylko nauka może być ważna dla studentów medycyny.

Nie wierzę, by jakiegokolwiek przemówienia były w stanie cokolwiek zmienić w tej sytuacji lecz nie może to zostać przemilczane, gdyż równałoby się to milczącej akceptacji sytuacji nienormalnej. Mimo tego, że doszukałem się tylu negatywnych aspektów studiowania medycyny, gdybym mógł wybierać jeszcze raz mając całe doświadczenie jakie mam teraz, nie wybrałbym innych studiów i nie widzę zawodu, który mógłby mi przynieść więcej satysfakcji, niż zawód lekarza.

**Lista osób przyjętych na I rok I Wydziału
Lekarskiego Akademii Medycznej
w roku akademickim 1995/96**

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Adamczyk Magdalena | 29. Golicki Dominik |
| 2. Baltyn Anna | 30. Gołowicz Katarzyna |
| 3. Biały Łukasz | 31. Góra Jarosław |
| 4. Bogusz Agnieszka | 32. Górski Radosław |
| 5. Borzęcka Beata | 33. Grabowska Agnieszka |
| 6. Brelak Edyta | 34. Grabowski Adam |
| 7. Bres Ewa | 35. Groele Lidia |
| 8. Brożek Eliza | 36. Grzegorek Monika |
| 9. Bujko Maciej | 37. Grzęda Monika |
| 10. Car Justyna | 38. Grzyb Barbara |
| 11. Chabik Grzegorz | 39. Hartman Piotr |
| 12. Chutkowski Radosław | 40. Hinek Ewa |
| 13. Czajka Joanna | 41. Huczek Zenon |
| 14. Czyż Paweł | 42. Ignaczak Joanna |
| 15. Ćwikła Krzysztof | 43. Iwanek Marta |
| 16. Dąbrowska Agnieszka | 44. Jabłonka Anna |
| 17. Dąbrowski Filip | 45. Jadczak Marcin |
| 18. Deres Adam | 46. Janiszewska Dorota |
| 19. Dramińska Agnieszka | 47. Jankowska Agnieszka |
| 20. Dziupińska Maria | 48. Janowski Mirosław |
| 21. Falkowski Jacek | 49. Jarek Marcin |
| 22. Fesołowicz Sławomir | 50. Jarząb Michał |
| 23. Gackowski Sebastian | 51. Jedyndasty Krystyna |
| 24. Giżyńska Edyta | 52. Jędras Kalina |
| 25. Gliwicz Dorota | 43. Kaczorowska Magdalena |
| 26. Głowacka Joanna | 54. Kazimierczyk Agnieszka |
| 27. Głuchowski Wojciech | 55. Kędziorek Dorota |
| 28. Głuszkiewicz Marcin | 56. Kiciak Adam |

-
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 57. Kielan Iwona | 93. Nadaj Aleksandra |
| 58. Kłak Marta | 94. Niedźwiecka Małgorzata |
| 59. Kobus Izabela | 95. Nowak Jarosław |
| 60. Komar Konrad | 96. Nowak Marcin |
| 61. Kondracka Alicja | 97. Nowakowski Robert |
| 62. Kos Iwona | 98. Oficjalski Piotr |
| 63. Kowalczyk Małgorzata | 99. Okoń Tomasz |
| 64. Kowalik Ewa | 100. Oleszkiewicz Marzena |
| 65. Koziarkiewicz Daria | 101. Olszewska Olga |
| 66. Kozikowski Piotr | 102. Osmólska Joanna |
| 67. Kozłowska Małgorzata | 103. Paluszkiewicz Maja |
| 68. Krajewska Ewa | 104. Parzyńska Karolina |
| 69. Krakowiecki Arkadiusz | 105. Pawelec Krystian |
| 70. Kryńska Łucja | 106. Pawlak Katarzyna |
| 71. Kryza Katarzyna | 107. Perkowska Barbara |
| 72. Kukwa Wojciech | 108. Piaścik Marta |
| 73. Kumor Marta | 109. Płatowski Antoni |
| 74. Kunicki Jacek | 110. Poniatowska Ewa |
| 75. Kuszyński Robert | 111. Prokopienko Marek |
| 76. Kwaśna Julita | 112. Puchalski Paweł |
| 77. Laskus Eliza | 113. Pyzik Aleksandra |
| 78. Lecka Agnieszka | 114. Rejman Michał |
| 79. Lewandowska Małgorzata | 115. Rokita Konrad |
| 80. Lewandowska Izabela | 116. Rola Rafał |
| 81. Liberek Izabela | 117. Rostek Magdalena |
| 82. Łucka Anita | 118. Rot Agnieszka |
| 83. Macioch Tomasz | 119. Rozbiecki Mariusz |
| 84. Malinowski Michał | 120. Sieniawski Michał |
| 85. Małysz Monika | 121. Skoczylas Krzysztof |
| 86. Matyja Konrad | 122. Sługocka Katarzyna |
| 87. Melon Piotr | 123. Snarski Emilian |
| 88. Miernik Sylwia | 124. Solińska Martyna |
| 89. Mołczanowski Adam | 125. Sopotnicka Aleksandra |
| 90. Mossor Roman | 126. Stadnicki Wojciech |
| 91. Muszyńska Anna | 127. Stanisławek Olimpia |
| 92. Myka Małgorzata | |

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 128. Strzeszewska Agnieszka | 145. Wesołowski Piotr |
| 129. Surynt Ewa | 146. Wierzbicka Aleksandra |
| 130. Szewczyk Grzegorz | 147. Willmann Natalia |
| 131. Szymańska Małgorzata | 148. Wiśłowska Aleksandra |
| 132. Szymczyk Anna | 149. Witkowska Ewelina |
| 133. Śliwowska Maria | 150. Wojda Emil |
| 134. Świetlik Aneta | 151. Wojtalewicz Ewa |
| 135. Świetlik Tomasz | 152. Wojtaś Andrzej |
| 136. Tagowska Magdalena | 153. Woźniak Olgierd |
| 137. Tyczyński Paweł | 154. Wójcicka Joanna |
| 138. Walczak Piotr | 155. Wójtowicz Andrzej |
| 139. Walczyński Cezary | 156. Zaczek Rajmund |
| 140. Warzecha Adam | 157. Zawadzka Marta |
| 141. Wasiak Rafał | 158. Zieliński Andrzej |
| 142. Wasiak Zuzanna | 159. Ziółek Anna |
| 143. Wasilewski Robert | 160. Żarska Monika |
| 144. Waszka Paweł | |

**Lista osób przyjętych na I Rok
Oddziału Stomatologicznego
w roku akademickim 1995/96**

1. Badowski Piotr
2. Bala-Piasecka Marzena
3. Banasiak Anna
4. Banaszek Olga
5. Bartosik Krzysztof
6. Bączkowski Bohdan
7. Biernacka Dominika
8. Blezień Wojciech
9. Bławdzin Izabella
10. Chmielowiec Paweł
11. Chojnacka Agnieszka
12. Dąbrowski Marcin
13. Dąbrowski Bratysław
14. Długaszek Monika
15. Dolegacz Agnieszka
16. Dybiec Magdalena
17. Dziedzic Dorota
18. Dziedzic Przemysław
19. Dziemian Magdalena
20. Frączak Paweł
21. Gabren-Nowak Aleksandra
22. Gajowiak Iwona
23. Generalczuk Sylwia
24. Gielniewska Dagmara
25. Głowacka Agnieszka
26. Grajda Barbara
27. Gruchalska Barbara
28. Grzegorek Jakub
29. Hadaś Agnieszka
30. Jakubowska Izabela
31. Jankiewicz Agnieszka
32. Jankowski Maciej
33. Kander Magdalena
34. Kapuścińska Agnieszka
35. Kawka Małgorzata
36. Kazana Justyna
37. Kępa Joanna
38. Kolan Kinga
39. Kossowska Katarzyna
40. Kowalczyk Anna
41. Kozak Anna
42. Kozyra Anna
43. Lewandowski Artur
44. Łoboda Sylwia
45. Łysiak Magdalena
46. Maciejak Marcin
47. Małkiewicz Konrad
48. Michna Iwona
49. Miśkiewicz Katarzyna
50. Nowak Rafał
51. Nowak Anita
52. Pawlik Marta
53. Piątkowska Katarzyna
54. Pikuła Radosław
55. Piotrowska Agnieszka
56. Piskorska Anna
57. Ponto Małgorzata
58. Prątnicki Marek

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 59. Puternicka Magdalena | 70. Tutaj Agnieszka |
| 60. Romanowska Magdalena | 71. Tybuś Katarzyna |
| 61. Rybicki Marek | 72. Ufnal Anita |
| 62. Siepsiak Elżbieta | 73. Wasilewska Anna |
| 63. Sobczak Michał | 74. Witych Małgorzata |
| 64. Sorbian Marcin | 75. Wszeborowska Anna |
| 65. Szewczak Tatiana | 76. Zawadzka Aleksandra |
| 66. Szubińska Dorota | 77. Zglinicka Barbara |
| 67. Terlikowska Urszula | 78. Kotlicka Magdalena |
| 68. Tomasik Dominik | 79. Sobiech Piotr |
| 69. Topa Dorota | 80. Szysz Katarzyna |

**Lista osób przyjętych na I rok
II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie
w roku akademickim 1995/96**

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Adynowska Aleksandra | 28. Jodkowski Grzegorz |
| 2. Andrzejewska Izabela | 29. Kalińska Agnieszka |
| 3. Bajson Karolina | 30. Kania Anna |
| 4. Bazała Maciej | 31. Karasek Anna |
| 5. Bednarczuk Arkadiusz | 32. Kasprzyk Marta |
| 6. Bereza Katarzyna | 33. Klósek Iwona |
| 7. Bieleń Bartłomiej | 34. Korba Michał |
| 8. Boska Małgorzata | 35. Kostyra Michał |
| 9. Brzeszkiewicz Krzysztof | 36. Kowalewska Ewa |
| 10. Chojnacka Anna | 37. Kowalski Adam |
| 11. Czerwonka Robert | 38. Koźdój Bartłomiej |
| 12. Dargiel Agnieszka | 39. Krajewski Andrzej |
| 13. Dąbrowski Piotr | 40. Krasnodębski Przemysław |
| 14. Drwięga Michał | 41. Lelęń Magdalena |
| 15. Dybowski Bartosz | 42. Lipska Anna |
| 16. Dziabała Danuta | 43. Marek Jerzy |
| 17. Florek Agnieszka | 44. Mikołajczyk Agata |
| 18. Goncikowska Ewa | 45. Młynarczuk Izabela |
| 19. Grabska Katarzyna | 46. Modelska Izabela |
| 20. Gregajtyś Agnieszka | 47. Nitkowski Paweł |
| 21. Grudniak Mariusz | 48. Noskowska Joanna |
| 22. Grudzień Olga | 49. Nowakowska Agnieszka |
| 23. Iwanicka Katarzyna | 50. Olejnicka Joanna |
| 24. Jaczewska Sylwia | 51. Pajórek Magdalena |
| 25. Jakubowska Bernadetta | 52. Panin Piotr |
| 26. Jałocha Łukasz | 53. Patkowska Elżbieta |
| 27. Jedynak Rafał | 54. Perzanowska Katarzyna |

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 55. Pol Krzysztof | 68. Świtaj Tomasz |
| 56. Pracki Michał | 69. Tarkowski Piotr |
| 57. Pytlak Piotr | 70. Twardowska Małgorzata |
| 58. Rabiej Justyna | 71. Uliczny Paweł |
| 59. Rogójska Agnieszka | 72. Urbanek Piotr |
| 60. Sawicki Stefan | 73. Wdowiarek Dominika |
| 61. Skajster Tomasz | 74. Wojciechowska Monika |
| 62. Strus Agnieszka | 75. Wolska Dobrawa |
| 63. Szewczyk-Królikowski
Konrad | 76. Wysokiński Adam |
| 64. Szydło Agnieszka | 77. Zdanowicz Urszula |
| 65. Szymańska Marta | 78. Zdybski Jacek |
| 66. Ślifirczyk Piotr | 79. Zielińska Monika |
| 67. Świerszcz Krystyna | 80. Żmigrodzka Izabela |

**Lista osób przyjętych na I Rok Wydziału
Farmaceutycznego Akademii Medycznej
w Warszawie w Roku Akademickim 1995/96**

1. Adach Monika
2. Andrzejczak Anna
3. Barnaś Marta
4. Błach Agnieszka
5. Błachnio Anna
6. Bochniak Beata
7. Boćko Agnieszka
8. Bogudzińska Emilia
9. Bogusz Jadwiga
10. Bokina Ewa
11. Borowicz Katarzyna
12. Bryl Kamila
13. Brzozowska Maria
14. Bugajczyk Iwona
15. Bukowiecka Ewa
16. Caban Karolina
17. Caruk Małgorzata
18. Celej Anna
19. Cerbst Łukasz
20. Chim Edyta
21. Chodoła Agnieszka
22. Choma Michał
23. Chrobak Katarzyna
24. Cieszanowska Elżbieta
25. Czarnocka Monika
26. Członkowska Barbara
27. Denis Hanna
28. Dobrosz Ewa
29. Dołęga Grzegorz
30. Dudek Agnieszka
31. Dunaj Marzena
32. Farys Wioletta
33. Gajda Katarzyna
34. Gajewski Paweł
35. Gawenda Katarzyna
36. Gąsiorowski Rafał
37. Glass Paweł
38. Głowacka Katarzyna
39. Godlewska Maria
40. Godlewska Iwona
41. Gołębiowska Aneta
42. Gotthardt Agnieszka
43. Grodner Błażej
44. Groniecka Marta
45. Grybierek Anna
46. Gryz Michał
47. Grzegorek Barbara
48. Hanc Magdalena
49. Herold Joanna
50. Iwańczuk Paweł
51. Jakoniuk Dorota
52. Jakubczyk Anna
53. Jaszczak Aleksandra
54. Jeżyna Adrianna
55. Jędra Artur
56. Józefacka Katarzyna
57. Kaczkowska Kamila
58. Kalbarczyk Anna

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 59. Kalinowska Bożena | 95. Michalska Marta |
| 60. Kamińska Ewa | 96. Młynarska Monika |
| 61. Kaniowska Iga | 97. Moczyłowska Izabela |
| 62. Kasprowicz Grzegorz | 98. Motyl Marta |
| 63. Klimecka Maria | 99. Narkiewicz Patrycja |
| 64. Kluczyk Emilia | 100. Nassalska Agnieszka |
| 65. Komorowski Marcin | 101. Nassalska Karina |
| 66. Koszarowska Anna | 102. Nisiobędzka Wioletta |
| 67. Kowalska Aneta | 103. Nowak Marzena |
| 68. Kozarewicz Piotr | 104. Ochmańska Agnieszka |
| 69. Krasowska Iwona | 105. Ogiela Maria |
| 70. Krasowska Anna | 106. Olszewska Monika |
| 71. Krasuski Bartosz | 107. Olszówka Janusz |
| 72. Kraszkiewicz Łukasz | 108. Pająk Magdalena |
| 73. Krawczyk Nina | 109. Perliński Mirosław |
| 74. Krych Aneta | 110. Piekarczyk Małgorzata |
| 75. Kryk Anna | 111. Pielak Martyna |
| 76. Krzysztoń Agnieszka | 112. Plata Maciej |
| 77. Kubiak Ewa | 113. Pliś Anna |
| 78. Kunka Maciej | 114. Pokorowska Agata |
| 79. Kurowski Krzysztof | 115. Potera Dorota |
| 80. Lechnio Joanna | 116. Profiruk Ronam |
| 81. Leszczyńska Magdalena | 117. Przedlacka Anna |
| 82. Lewandowski Dariusz | 118. Ptak Małgorzata |
| 83. Ligiecki Rafał | 119. Rachubińska Brygida |
| 84. Maj Marta | 120. Rucińska Maria |
| 85. Maj Paweł | 121. Rutkowska Agnieszka |
| 86. Maj Aldona | 122. Rybczak Katarzyna |
| 87. Makles Michał | 123. Rybczyńska Iwona |
| 88. Malanowicz Piotr | 124. Sabat Anna |
| 89. Malinowski Marek | 125. Sadkowska Monika |
| 90. Mańkowska Anna | 126. Skrzypczyńska Joanna |
| 91. Markiewicz Małgorzata | 127. Skrzypiec Krzysztof |
| 92. Melnicka Monika | 128. Słowiskowska Anna |
| 93. Mencfel Marta | 129. Słowińska Agnieszka |
| 94. Miazio Anna | 130. Sobczak Marcin |

-
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 131. Solińska Magdalena | 146. Więckowska Małgorzata |
| 132. Sosnowski Maciej | 147. Wilczyńska Joanna |
| 133. Stachowicz Maciej | 148. Wiśniewska Jolanta |
| 134. Staszewska Aleksandra | 149. Wojak Bożena |
| 135. Stęczniewski Gwidon | 150. Wojciechowska Iwona |
| 136. Stęplowska Monika | 151. Wroniecki Wojciech |
| 137. Stężała Magdalena | 152. Wrona Michał |
| 138. Szafrąńska Joanna | 153. Wrona Aneta |
| 139. Szczepanik Robert | 154. Wypych Magdalena |
| 140. Szczepanik Ewa | 155. Wysocka Marlena |
| 141. Szewczyk Magdalena | 156. Zalewska Katarzyna |
| 142. Szkop Beata | 157. Zaręba Ewa |
| 143. Tatarowska Ewa | 158. Zielińska Agnieszka |
| 144. Trojanowski Mariusz | 159. Żmijewska Karolina |
| 145. Wesołowska Magdalena | 160. Żukrowski Michał |

Warunki prenumeraty

1. Wpłaty prenumeraty są przyjmowane na okresy półroczne.
 2. Cena prenumeraty krajowej na rok 1996 wynosi 5,0 zł (50 000.-).
Numer 1-2/1996 zł 2,5.- (25 000.- zł). Numer 3-4/1996 zł 2,5.- (25 000.- zł).
 3. Wpłaty na prenumeratę przyjmują:
 - a) jednostki kolportażowe „RUCH” S.A. właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora. Dostawa egzemplarzy następuje w uzgodniony sposób;
 - b) od osób lub instytucji zamieszkałych lub mających siedzibę w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych „RUCH” S.A. Oddział Warszawa w PBK XIII Oddział Warszawa 470044-1195-139-11 lub w kasach Oddziału Warszawa, ul. Towarowa 28, czynnych codziennie od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰-14⁰⁰, jeżeli cena czasopisma w prenumeracie przewyższa kwotę 1,50.- (15 000.-) zł/egz. Dostawa w takim przypadku odbywa się pocztą zwykłą w ramach opłaconej prenumeraty, tzn. „pod opaską”.
 4. Cena prenumeraty ze zleceniem dostawy za granicę jest o 100% wyższa od krajowej. Wpłaty przyjmuje „RUCH” S.A. Oddział Warszawa na konto w kasach Oddziału. Dostawa odbywa się pocztą zwykłą w ramach opłaconej prenumeraty, z wyjątkiem zlecenia dostawy pocztą lotniczą, której koszt w pełni pokrywa zamawiający.
 5. Terminy przyjmowania wpłat za prenumeratę krajową i zagraniczną ze zleceniem dostawy za granicę od osób zamieszkałych w kraju:
 - do 20.11. – na pierwsze półrocze roku następnego,
 - do 20.05. – na drugie półrocze roku następnego.
 6. Zlecenia na prenumeratę dewizową, przyjmowane od osób zamieszkałych za granicą, są realizowane od dowolnego numeru w danym roku kalendarzowym.
- Informacji o warunkach prenumeraty i sposobie zamawiania udziela „RUCH” S.A. Oddział Warszawa, 00-958 Warszawa, ul. Towarowa 28, tel. 620-10-39, 620-10-19, 620-12-71 w. 2442, 2366.