



# BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCŁAW

STYCZEŃ '91

Nr 1(9)

## Lekarz nie może być tylko lekarzem

„Raz tylko będę wędrował po ziemi. Jeżeli więc mogę jakiemuś człowiekowi albo niememu zwierzęciu uczynić coś dobrego albo miłego, uczynię to natychmiast i nie będę odkładał do jutra. Bo raz tylko będę wędrował po ziemi i drogi mojej więcej nie powtórzę”.

Niech ten cytat z Galsworthy'ego posłuży mi za motto poniższych rozważań, choć bezpośrednio przyczyną ich napisania stało się „Spotkanie przy świecach” zorganizowane w siedzibie DIL 11.XII.90 przez Komisję — Etyki i Kształcenia. Niewiele osób wzięło w nim udział, ale problemy poruszone w trakcie dwugodzinnej dyskusji były bardzo istotne dla całego medycznego środowiska.

Jakie jest miejsce lekarza w naszym społeczeństwie? Jaki jego prestiż? Jaki stosu-

nek do siebie lekarzy tej samej i różnych specjalności? Jaka powinna być dostępność do świadczeń specjalistycznych oraz cennik usług medycznych? Dlaczego nie wypracowaliśmy dotąd sposobów rzeczowej i „zdrowej” ingerencji w sytuacjach źle postawionej diagnozy i złego prowadzenia chorego? Problemy z pracą w pogotowiu — „lekarz na żądanie”. Pogotowie wciąż pozostaje przychodnią na kółkach i to — pomimo wielkiego wysiłku całej rzeszy lekarzy — nie ciesząc się najlepszą opinią. Dlaczego pokutuje w naszym środowisku przekonanie, że lekarze w lecznictwie otwartym są „gorsi” od kolegów pracujących w szpitalach? Oto tematy, które przewijały się w kolejnych wypowiedziach.

I jeszcze sprawa etycznego kształcenia studentów.

Lekarz powinien być przede wszystkim nauczycielem i oprócz leczenia, najcenniejszą jego zaletą winna być umiejętność przekazywania swej wiedzy innym. Nie tylko wiedzy teoretycznej, ale także praktycznej, dowieść w sferze duchowej i etycznej związanych z wykonywaniem zawodu.

„Długa jest droga przez wskazówki, krótka i skuteczna przez przykłady (nawet mało chwalebne)” napisał w jednym ze swych felietonów przekornych Stefan Krus. Uczmy więc studentów, ale uczmy także samych siebie jako tych, którzy młodszym mają dawać przykład swoją postawą i zaangażowaniem.

Jeśli chcemy utworzyć elitarną grupę w społeczeństwie, zdobyć jego szacunek i po-

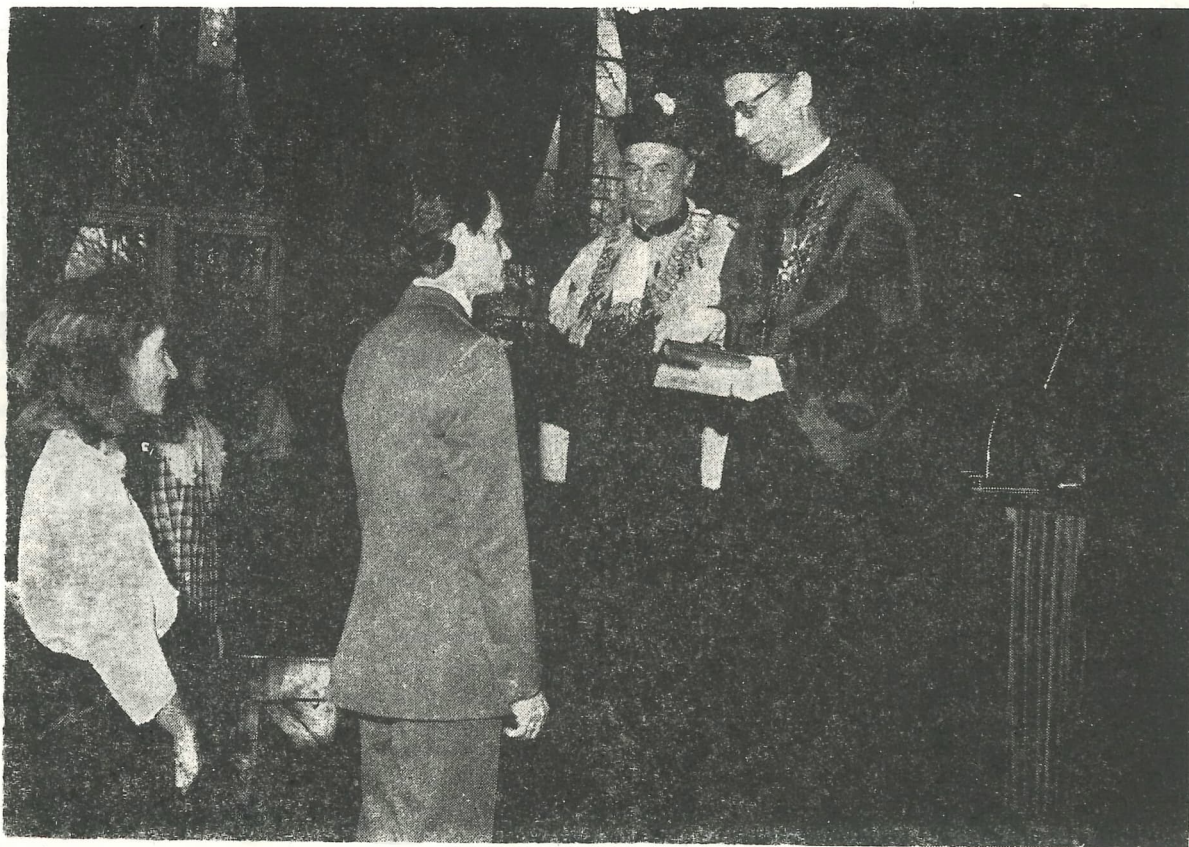
Dokończenie na str. 2

30 listopada 1990 r. odbyło się w auli Politechniki Wrocławskiej uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Akademii Medycznej we Wrocławiu. Studia medyczne ukończyło 126 lekarzy stomatologii i 304 lekarzy medycyny. Młodzi koledzy — lekarze złożyli przysięgę już według nowej formuły przyjętej przez Komisję Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej — patrz nr 5 Biuletynu DIL. Drugim podniosłym momentem uroczystości było odnowienie — po 50 latach — dyplomu lekarskiego dr. med. Adama Wolańczyka. Jak pamiętają nasi czytelnicy, a także koleżanki i koledzy Jubilata, jest on jednym z twórców Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i budowniczym Domu Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego we Wrocławiu.

Grupie nowych doktorów nauk medycznych poszczególni promotorzy wręczyli dyplomy. Na zakończenie ustępujący rektor prof. dr B. Łazarkiewicz przekazał nowo wybranemu rektorowi prof. dr. Zbigniewowi Knapikowi łańcuch — symbol władzy rektorskiej.

W.B.

## Witamy nowych członków Izby



Prof. dr Tomasz Szepietowski — Dziekan — wręcza dyplom młodemu absolwentowi

Fot. Paweł Golusiak

# SOS polskiej stomatologii

W kwietniowym Biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przeczytaliśmy szokujący artykuł o stomatologii polskiej — autorem jego był Ryszard Łopuch.

Otóż Polaków jest nie 36, lecz 38 milionów, lekarzy stomatologów 18 tysięcy — na jednego specjalistę przypada 1700 Polaków, zaś w Szwecji 2000 mieszkańców. Różnica polega jednak nie na tych liczbach, a na sytuacji wynikającej z dwuwiekowych zaniedbań i złych ustawień służby zdrowia w Polsce (zaborcy, okupacja, czterdziestolecie), przeciwnie jak w Szwecji.

O złym stanie naszego uzębienia mówią nie tylko dane statystyczne, ale same fakty: rzadko spotykamy pełne uzębienie, pełną jego sanację, racjonalne protezowanie wszystkich braków, zdrowe przyzębie, wcześniej leczone wady zgryzu etc.

Powodem tego jest niedostateczna sieć właściwie rozmieszczonych poradni, głównie w szkołach — tylko jedna trzecia z nich ma gabinety na swoim te-

renie. Telewizja podaje jako przyczynę brak kadry lekarskiej. Gabinety prywatne nie zawsze są kompetentne, nastawione głównie merkantylnie, dla wielu ludzi koszty tych usług są nie do przyjęcia.

Tymczasem w biuletynie czytamy, iż stomatologów jest za wielu, że należy ograniczyć nabór na studia, czego nie potwierdzają pracownicy nauki uczelni. Zatem propozycja wysłania nas na tereny „byłej NRD” lub do trzeciego świata budzi podejrzenia, iż mamy tu do czynienia z bardzo szkodliwymi sugestiami wymierzonymi w dobro narodowe, jakim jest zdrowie Polaków. Czyżby jeszcze jedna afera, następna po złotej i alkoholowej?

Emerycy, traktowani marginesowo, nie muszą być relegowani z kręgów praktykujących leka-

rzy, kiedy dwie trzecie szkół pozabawione jest pomocy i kiedy ustawa państwowa (posiadamy pismo rzecznika praw obywatelskich, prof. Ewy Łętowskiej) mówi, iż emerytura jest przywilejem, a nie nakazem i przymusem, który zastosowano we Wrocławiu w sposób arbitralny, nieprawny i krzywdzący wiele osób.

Należy problem postawić „na nogach” wobec istniejącego złego stanu uzębienia i wadliwej organizacji pomocy stomatologicznej. Jak bowiem można inaczej odczytać fakty mnogich bardzo ubytków (kilkanaście) u pacjentów w wieku szkolnym, nie leczone lub źle leczone przypadki próchnicy głębokiej, także nie leczone przyzębie, liczne inne błędy w sztuce etc. Nie można dłużej głosić sukcesu tam gdzie on nie istnieje. Ograniczanie zaś placówek społecznej służby zdrowia z intencją zapewnienia pacjentów „wolnemu rynkowi” (prywatnym gabinetom) jest nieporozumieniem, przysłowiowym

wylewaniem dziecka razem z kąpielą i swoistą nieuczciwością.

Intencją autorek powyższych uwag jest sugestia, by izba lekarska wyciągnęła odpowiednie wnioski i podjęła właściwe i słuszne działania zmierzające do zapewnienia obywatelowi Rzeczypospolitej Polskiej jak najlepszej opieki zdrowotnej. Od naszego potencjału biologicznego zależy dynamizm gospodarczy, a za nim polityczny, który zadecyduje o „być lub nie być” Polski na mapie świata. Nasz dom, nasze „gniazdo” jest zniszczone — tym bardziej więc trzeba wzmocnić opiekę nad jego, głównie młodymi, mieszkańcami.

Podniesienie zdrowotności polskiego społeczeństwa jest nakazem chwili. Jest ono możliwe w oparciu o dobrze funkcjonującą społeczną służbę zdrowia.

Stomatologia, jako dział medycyny tzw. zabiegowej, z uwagi na postęp techniczny, wymogi współczesnej antyseptyki i aseps-

Dokończenie na str. 3

## Lekarz nie może być tylko lekarzem

Dokończenie ze str. 1

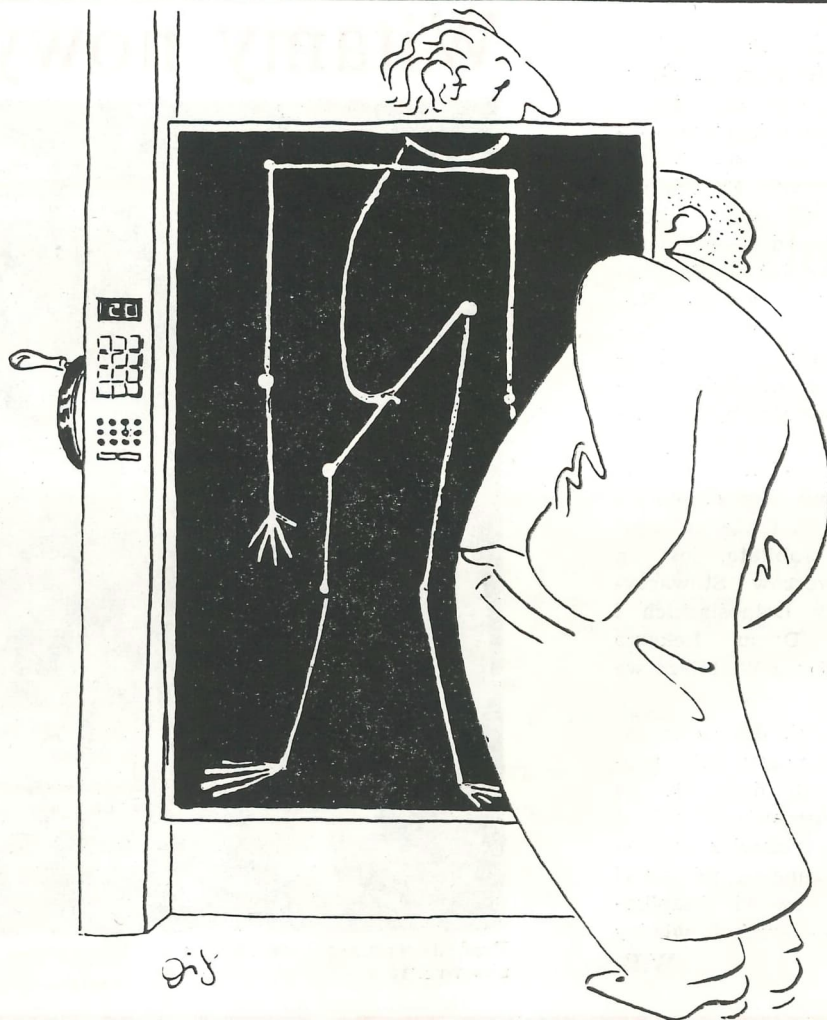
ważanie — przyjrzyjmy się sobie dokładnie. Zamieńmy bezsensowną krytykę w konstruktywną dyskusję, podejźmy do pacjenta jak do podmiotu naszego działania (człowieka), a nie przedmiotu komplikującego nam życie.

Czyńmy więc „coś dobrego i miłego” nie zapominając, że uśmiech i życzliwość to najbardziej poszukiwane cechy u lekarza, bardziej nawet niż fachowość.

Bądźmy godni zawodu, któremu poświęciliśmy się, nawe jeśli w zamian nie zawsze otrzymujemy tyle, ile — w naszym pojęciu —otrzymać powinniśmy.

Lata studiów nie tylko nie dają okazji do wzajemnego poznania się studentów z poszczególnych lat, ale wręcz ich od siebie izolują. Kończymy studia, znając z grubsza swój rocznik. Później poznajemy kolegów naszej specjalności lub pracujących w ramach jednej instytucji. Jeśli izba lekarska zdoła choćby w części zintegrować środowisko — poprzez wzajemne poznanie i zbliżenie przedstawicieli różnych dyscyplin — będzie to ogromny sukces. Przystaniemy być dla siebie anonimowi, a tym samym łatwiej nam przyjdzie nawiązywać kontakty, zarówno na płaszczyźnie zawodowej jak i towarzyskiej.

Joanna Bromirska



# Wyjazdowe prace Rady DK

14—15 grudnia 1990 r. na wniosek kol. Wiesława Iwanowskiego Rada DIL zebrała się w Bielawie, aby przedyskutować sprawę zakupu na potrzeby lekarzy pięknego secesyjnego budynku. Położony w starym parku, mógłby być doskonałym obiektem szkoleniowym lub Domem Emeryta. Niestety, przyniotły nas realia finansowe — koszty remontu kapitalnego, przeprojektowania, wyposażenia. Nie jest także do końca czytelny status prawny nieruchomości. Z żalem postanowiono odstąpić od zamrażania w ten sposób naszych skromnych środków finansowych i rozważyć inne możliwości obrotu pieniędzmi izby. Następnie omawiano bieżącą sytuację wśród lekarzy. W niektórych ośrodkach jest jeszcze sporo wolnych etatów, w innych np. w woj. wrocławskim grozi bezrobocie, szczególnie, że zmniejszono przyszłoroczny budżet na płace o 20%! Planowane jest zmniejszenie ilości etatów stażowych. Rada postulowała, aby Biuletyn publikował z jednej strony ogłoszenia o wolnych miejscach pracy, z drugiej zaś zamieszczał propozycje pracy zgłaszane przez lekarzy.

Wysłuchano również obszerną relację z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (7—8 grudnia br.). Gwałtownej krytyce poddano tam rozporządzenie o

konkursach z 2 października br. — nie pozostawiono suchej nitki na Ministerstwie Zdrowia, krytykowano projekt nowych rozporządzeń dotyczących wypisywania recept (lekarz nie miałby prawa wypisać nawet sobie recepty!). Przedmiotem rozważań NRL był także problem czasowego wstrzymywania przez izbę prawa wykonywania zawodu lekarza na okres leczenia np. choroby psychicznej, lub toksykomanii.

Podkreślano, że Rada Naczelna i jej Prezydium winno bronić przede wszystkim interesów środowiska lekarskiego. Opracowano kilka protestów, które zamieszczamy w naszym biuletynie. Oczywiście padały pytania o reformę (może z nowym rządem?). Bardzo aktywnie działali nasi przedstawiciele w Naczelnej Radzie — kol. kol. Siodrowicz Maj, Pawlak, Łopuch. Postulowano przeprowadzenie rozróżnienia wśród Okręgowych Rad Lekarskich w sprawie przeprowadzenia Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Nasza Rada przy kilku głosach wstrzymujących się zaakceptowała tę propozycję. W drugim dniu obrad, prócz wizji lokalnej remontowanego domu, odbyło się spotkanie z burmistrzem Bielawy, a także z lekarzem wojewódzkim z Wałbrzycha — dr. Reydichem. Prócz spraw związanych z ewentual-

nym zakupem domu, poruszono również wiele problemów nurtujących lekarzy tego województwa, szczególnie w świetle kilku bulwersujących artykułów prasowych. Podkreślano, że o ile słuszne na pewno są założenia reform wprowadzanych przez lekarza wojewódzkiego, to pewne elementy ich realizacji budzą wiele zastrzeżeń. Postulowano większe oparcie się na samorządzie lekarskim i dbałość o dobre imię zawodu — co oczywiście nie może oznaczać osłaniania kolegów naruszających prawo pracy. Kończącą uchwałą tej wyjazdowej sesji był apel...

## APEL

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej zwraca uwagę na konieczność podjęcia działań mających na celu wyłączenie lekarzy jako odrębnej grupy zawodowej z taryfikatora służby zdrowia.

Postulujemy przyjęcie wskaznikowego sposobu naliczania płac lekarskich, podobnie jak pracowników orzeczniczych w sądownictwie.

Zadaniem przedstawicieli samorządu lekarskiego jest uzyskanie pieniędzy gwarantujących parytet 2—3:1 w relacji do średniej płacy.

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej apeluje do wszystkich koleżanek i kolegów o zrozumienie, iż nadrobienie poniesionych strat wymaga także naszej cierpliwości. (W.B.)

## O rozstrzygnięcie konkursu

Informuję uprzejmie, że w Nr 47 „Służby Zdrowia” z dnia 25.11.1990 r. ukazało się ogłoszenie o konkursie na stanowiska:

- dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Złotoryi,
- dyrektora Górniczo-Hutniczego ZOZ w Lubinie,
- dyrektora Chirurgicznego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 02.10.1990 r. Dz.U. Nr 70 z dnia 12.10.1990 r. zachowano termin 30-dniowy do składania ofert, który upływa z dniem 24 grudnia 1990 r.

Powiadamiając o powyższym, uprzejmie proszę o upoważnienie swego przedstawiciela do składu komisji konkursowej.

Przypuszczalny termin rozstrzygnięcia konkursu nastąpi w I dekadzie stycznia 1991 r.

O dokładnym terminie powiadomię odrębnym pismem.

Wicewojewoda legnicki

## SOS polskiej stomatologii

Dokończenie ze str. 2

tyki wymaga stanowiska wykwalifikowanej pielęgniarki — asystentki stomatologicznej, podobnie jak chirurgia instrumentariuszki.

Profilaktyka i oświata zdrowotna są pomocne w ograniczaniu rozwoju próchnicy i schorzeń przyzębia, co w konsekwencji zmniejsza koszty leczenia i protezowania. Mass media winny służyć jako przekazy tych informacji.

Profilaktyka prowadzona dotychczas w szkołach, internatach, domach szpitalnych — także może być prowadzona w lecznictwie otwartym, jeżeli właściwy będzie stosunek lekarza i jeżeli pacjenci będą leczeni „do końca”, pouczani jednocześnie o konieczności następnych, rytmicz-

nych kontroli, w celu wykrywania wczesnej próchnicy.

Sieć poradni rejonowych, łatwo dostępnych, powinna być wyposażona w funkcjonalny sprzęt i materiały.

Podsumowując, konieczne jest:

1. Stanowisko — zawód wykwalifikowanej pielęgniarki, asystentki stomatologicznej (po dwuletniej szkole, a nie przyuczanej).
2. Prowadzenie oświaty zdrowotnej.
3. Sieć gabinetów — łatwo dostępnych, dobrze wyposażonych przychodni stomatologicznych.
4. O rekrutacji na studia winny decydować kryteria: osobowość, tradycja rodzinna, bezinteresowność, morale.

Danuta Tarnowska  
Irena Tałał

## Niekonwencjonalne metody leczenia

Namnożyło się ostatnio różnych „uzdrowiaczy” i „uzdrowicieli”, stosujących często metody odległe od zdrowego rozsądku. Co jeszcze gorsze, w obszernej, także kosztownej, „działalności informacyjnej”, tj. na plakatach, w ogłoszeniach i inseratach opłacanych przez niepodpisanych najczęściej zleceniodawców, pojawiają się zapewnienia wyleczenia z choroby nowotworowej, ciężkich chorób krążenia i powłok, a nawet chorób zakaźnych, włącznie z wenerycznymi i immunologicznymi! Naczelna Izba Lekarska w związku z tym zredagowała oświadczenie adresowane do środków publicznego przekazu, głównie do Radia i Telewizji Polskiej. Równocześnie skierowaliśmy do Prokuratury wniosek o wszczęcie

postępowania w stosunku do najbardziej rażących (wskazanych) przypadków. Prasa bowiem i nastawiona tylko na zysk „informacja ogłoszeniowa” przyczyniła się do nadania niewspółmiernie dużego rozgłosu metodom, które na to nie zasługują, wyolbrzymiając znaczenie słabych metod pomocniczych i stwarzając nieuzasadnione nadzieje wśród potencjalnych pacjentów. Prawdziwe niebezpieczeństwo tkwi w zaniedbaniu właściwych metod rozpoznawania i leczenia oraz zastępowaniu ich metodami niekonwencjonalnymi, co może spowodować osiągnięcie takiego stanu choroby, w którym już medycyna jest bezradna.

prof. Tadeusz L. Chruściel

# Co pomoże w uzyskaniu naszych praw

Pan  
Leszek Balcerowicz  
Minister Finansów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowczo domaga się zwolnienia od podatku wyrównawczego za dyżury lekarskie.

Przypominamy, że już raz bezskutecznie, zwracaliśmy się w tej sprawie do ministra finansów w dniu 11 kwietnia 1990 r.

Argumenty przytoczone w piśmie podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów z dnia 4 maja 1990 r. uzasadniające utrzymanie decyzji o pozbawieniu lekarzy zwolnień od podatków wyrównawczych dotyczących wynagrodzeń za dyżury są dla środowiska lekarskiego wysoce nieprzekonujące.

Nasze wystąpienie nie jest podyktowane próbą przekonania ministra finansów, aby potraktować nas w sposób uprzywilejowany, ale chęcią choć częściowego wyrównania jawnej niesprawiedliwości, generalnie związanej z wynagrodzeniami za pracę lekarską.

Przedstawiony nam argument o równym traktowaniu poszczególnych grup zawodowych pod względem wynagrodzenia za pracę jest chybiony w świetle przytoczonych niżej faktów.

Po pierwsze, przy określaniu parytetu zarobków lekarzy w stosunku do średniego wynagrodzenia w sferze produkcji materialnej porównuje się nieekwiwalentne czasy pracy, a mianowicie zarobki w normalnym czasie z zarobkami lekarzy w znacznie dłuższym (wraz z dyżurami) czasie pracy, co powoduje, że zarobki podstawowe lekarzy, uzyskiwane w porównywalnym czasie pracy znacznie odbiegają od parytetu.

Po drugie, nie respektując orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego nie płaci się za dyżury, jak za godziny nadliczbowe, pomimo, że są one przedłużeniem czasu pracy poza przewidziane ustawowo godziny, a intensywnością wysiłku i napięciem nerwowym (zwłaszcza na oddziałach zabiegowych) uzyskiwane w porównywalnym czasie pracy.

Po trzecie, dyżury są często pracą „przymusową”, zwłaszcza w zakładach służby zdrowia w pewnych rejonach kraju o mniejszym nasyceniu kadrą lekarską, czy w pewnych deficytowych specjalnościach.

To względy etyczne nie pozwalają lekarzowi odmówić przyjęcia dyżuru, a zarobek jest wtedy co najwyżej sprawą drugorzędą.

Nie znamy drugiego zawodu, który byłby traktowany przez przepisy finansowe w podobny sposób.

Można tu jeszcze wspomnieć o szczególnym, dyskryminującym lekarzy przepisie, mówiącym o progresji podatkowej dla świadczenia usług w zakresie służby zdrowia i zawartym w Części VII przepisów karty podatkowej.

Stanowisko Ministerstwa Finansów w sprawie opodatkowania wynagrodzeń za dyżury powoduje wzbурzenie środowiska lekarskiego, przejawiające się bardzo licznymi protestami, napływającymi do Naczelnej i Okręgowych Rad Lekarskich, jest podejmowane na wszystkich okręgowych zjazdach lekarzy.

Stwarza to realne zagrożenie uchylania się lekarzy od nadmiernego obciążenia dyżurami, co miałoby wpływ na zakłócenie funkcjonowania służby zdrowia w szczególnie niewłaściwych punktach, tj. w szpitalach i pomocy doraźnej.

Domagamy się ponownego wnikliwego rozpatrzenia naszego postulatu dla dobra lekarzy, realizujących tak ważny element opieki zdrowotnej, a tym samym i dla dobra społecznego.

**prof. T.L. Chruściel**

Pan  
Minister Finansów  
Wiceprezes Rady Ministrów  
Leszek Balcerowicz  
Warszawa

W związku z podjęciem przez Ministerstwo Finansów prac nad nowelizacją załącznika do rozporządzenia ministra finansów z dnia 28 grudnia 1988 r. w sprawie karty podatkowej (Dz.U. z 1988 r. Nr 43 poz. 342, z 1989 r. Nr 72 poz. 431 i z 1990 r. Nr 40, poz. 233 — Tabela miesięcznych stawek podatków w formie karty podatkowej) — Naczelna Rada Lekarska działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 3 i ust. 2 pkt. 6, 10, 11 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30 poz. 158 i z 1990 r. Nr 20 poz. 120) zajmuje następujące stanowisko:

1. W pełni aktualna pozostaje argumentacja zawarta w piśmie Naczelnej Rady Lekarskiej l.dz. (803)90 z dnia 19 czerwca 1990 r. skierowanym do pana premiera. Utrzymana w drugim półroczu br. progresja podatkowa działająca już powyżej 12 godzin prywatnej praktyki lekarskiej w skali miesięcznej stwarza rażąco niekorzystny wymiar stawki podatkowej za godzinę pracy wykonywanej w czasie przekraczającym 24 godziny w miesiącu (14.400,— zł do 24.000,— zł dla większości specjalności lekarskich i odpowiednio 15.200,— zł do 28.000,— zł dla stomatologów i 20.800,— zł do 36.000,— zł dla ginekologów). Uwzględniając koszty własne lekarza sięgające połowy pobieranego honorarium, obowiązujące aktualnie przepisy podatkowe w formie karty podatkowej stwarzają praktycznie nieopłacalność prywatnej praktyki lekarskiej w wymiarze przekraczającym 1 godzinę dziennie. Możliwa alternatywnie regulacja zobowiązań podatkowych lekarzy praktykujących prywatnie na ogólnych zasadach stwarza natomiast kło-

potliwą barierę obowiązku prowadzenia księgowości i rachunkowości nieadekwatną do skali dochodów, czasochłonną i niepotrzebnie absorbującą uwagę lekarza.

2. Proponuje się opodatkowanie wykonywanej prywatnej praktyki lekarskiej w zryczałtowanej formie na zasadach zbliżonych do obowiązujących w tabeli miesięcznych stawek podatków w formie karty podatkowej część I. — Działalność usługowa i wytwórczo-usługowa.

Lekarze wykonujący praktykę prywatną jako jedyne lub podstawowe zatrudnienie, byłiby obciążeni pełną kwotą podatkową z tytułu wykonywania usług medycznych. Natomiast lekarzy wykonujących praktykę prywatną jako pracę dodatkową, przy równoczesnym zatrudnieniu w sektorze społecznym na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy i nie zatrudniających pracowników ani osób, o których mowa w § 5 ust. 6, powołanego wyżej rozporządzenia ministra finansów — obciąża się tą samą stawką karty podatkowej obniżoną o 80%. Ulga obejmowałaby także emerytów i rencistów, pobierających świadczenia.

3. Dotychczasowe zróżnicowanie stawek podatkowych w zależności od rodzaju wykonywanych usług medycznych tj.: stomatologicznych, ginekologicznych i „pozostałych” wydaje się trafne. Wg przybliżonej oceny Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przeciętny dochód lekarza ginekologa wykonującego prywatną praktykę może kształtować się w skali rocznej w 1990 r. w kwocie 30.000.000,— zł, lekarza stomatologa 25.000.000,— zł, i dla pozostałych lekarzy 20.000.000,— zł.

Dochód ten należy pomniejszyć o wysokość składek z tytułu ubezpieczenia.

4. Ustalenie wymiaru podatku w zależności od liczby godzin pozostawiania w gotowości do pełnienia usług lekarskich (liczba godzin otwartego prywatnego gabinetu lekarskiego) wydaje się niezbędne zarówno ze względów merytorycznych jak i etycznych.

Lekarz wykonujący zawód w gabinecie prywatnym nie może odmówić udzielenia pomocy lekarskiej w przypadkach nagłych i zagrożenia zdrowia i życia także poza godzinami przyjęć zgłoszonymi w Urzędzie Skarbowym, choć zgodnie z aktualnymi przepisami powinien to uczynić gratis.

Obowiązująca aktualnie progresja podatkowa z tytułu wyznaczonych limitów godzin wykonywania praktyki lekarskiej jest wysoce represyjna, dyskryminująca w stosunku do innych rodzajów usług, nieuzasadniona praktycznie żadnym logicznym argumentem.

5. Kwota podatkowa od prywatnej praktyki lekarskiej nie powinna być zróżnicowana w powiązaniu ze stopniem wykształcenia specjalistycznego lekarza, jego stopniem naukowym, lokalizacją i liczbą miejsc pełnienia usług medycznych, a także do czasu dokonania odpowiednich uregulowań — z wysokością honorarium.

Równocześnie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza gotowość przedstawienia Ministerstwu Finansów w razie potrzeby dalszych szczegółowych argumentów w sprawach poruszonych w niniejszym piśmie w oparciu o opinie Okręgowych Izb Lekarskich.

Łączę wyrazy szacunku,

**PREZES**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel

Konferencja zgromadziła około 12 000 uczestników, w tym około 1000 osób zakażonych HIV i 1500 przedstawicieli środków masowego przekazu. Konferencji towarzyszyły demonstracje przeciw restrykcjom wizowym wprowadzonym przez rząd federalny USA wobec obcokrajowców zakażonych HIV. Również Komitet Organizacyjny i uczestnicy konferencji, poprzez składane deklaracje i noszenie czerwonych opasek, protestowali przeciwko rządowym ograniczeniom, uznając to za sprzeczne z prawami człowieka.

Na konferencji wygłoszono 400 referatów i przedstawiono 2100 prac w formie plakatów. Opublikowano 550 streszczeń w materiałach o objętości 1232 stron.

Celem tej konferencji było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: jakie rozmiary osiągnęło już zagrożenie chorobą i jakie poczyniono postępy w walce z rozprzestrzenianiem zakażenia HIV. Przestroga miały być doniesienia z Rumunii i ZSRR, gdzie zakażono wielu chorych, w tym dzieci, wskutek nieprzebrania elementarnych zasad sanitarnych w pracy służby zdrowia. W Meksyku nadal ponad 15 procent zakażeń HIV jest przenoszonych w wyniku transfuzji nie zbadanej wcześniej krwi. Podobnie w Afryce Centralnej ryzyko zakażenia biorcy krwi jest niezwykle wysokie. Przytoczone przykłady są ceną, jaką może zapłacić każdy kraj, jeśli nie zapewni swym obywatelom odpowiedniego zabezpieczenia sanitarnego.

Niestety, VI Konferencja nie była spokojną imprezą naukową. Napięcie panowało zarówno w salach obrad Moscone Center i hotelu Marriot, jak i wokół tych obiektów. Atmosferę tę wprowadzały liczne i doskonale zorganizowane grupy działaczy (najczęściej homoseksualistów, min. ACT-UP), którzy uważali, że władze ogólnie zbyt mało uwagi poświęcają problemom związanym z zakażeniami HIV i z AIDS, czego przejawem ma być zarówno dyskryminowanie zakażonych HIV, jak i zbyt wolny — według nich — postęp badań nad nowymi lekami, a także przeznaczenie niedostatecznej ilości pieniędzy na preparaty zapobiegające zakażeniom oportunistycznym — głównym przyczynom zgonów. Czas przeżycia pacjenta z AIDS może być wydłużony, jeśli leczenie jest odpowiednie i zastosowane w porę.

Jak poważnym problemem jest AIDS w USA uzmysłowić może wypowiedź burmistrza San Francisco, który w wystąpieniu powitalnym na konferencji stwierdził, że w czasie obu wojen światowych oraz wojny koreańskiej i wietnamskiej łącznie zginęło mniej mieszkańców San Francisco, niż zmarło ich dotąd na AIDS. Ponad połowa zarejestrowanych chorych na świecie pochodzi z USA, a liczbę nosicieli szacuje się na ponad milion.

Atmosferę konferencji oddaje również wydarzenie ostatniego jej dnia, kiedy to umożliwiono (gwizdy, zagłuszanie) wystąpienie sekretarzowi stanu d/s zdrowia w rządzie federalnym — L. Sullivanowi, po czym zorganizowano wielotysięczny pochód protestujących.

Kongres nie przyniósł wprawdzie istotniejszych rozstrzygnięć naukowych ani nadziei na szybkie opanowanie choroby, uświadomił

jednakże, że nadal jedyną drogą prewencji jest oświata zdrowotna, dobra informacja i szeroko rozumiane szkolenie — obejmujące personel medyczny, działaczy i również polityków, a także, że na ten cel potrzebne są duże środki finansowe.

Poniżej przytoczę kilka, wybranych z mnogości poruszonych na VI Konferencji, zagadnień naukowych.

Analiza rozwoju epidemii w USA zwróciła uwagę na nowy problem — wzrost zakażeń HIV w grupie nastolatków. W USA wzrasta liczba cięż u nastolatków (ok. miliona w ciągu roku) oraz chorób wenerycznych w

## Kiedy będzie lek?

SPRAWOZDANIE  
Z VI MIĘDZYNARODOWEJ  
KONFERENCJI NA TEMAT  
AIDS Z SAN FRANCISCO,  
20—24 CZERWCA 1990

grupie wieku 10—20 lat. Uznano za konieczne wprowadzenie do szkół odpowiednich programów nauczania z dziedziny seksuologii w powiązaniu z AIDS.

Dzięki upowszechnieniu testów przeglądowych, umożliwiających jednocześnie wykrywanie zakażenia HIV-1 i HIV-2, stwierdzono wzrost liczby nosicieli HIV-2 w Europie. Największą liczbę zakażonych tym wirusem (174 osoby) wykryto w Portugalii. Spośród nich 104 osoby nie miały kontaktu z Zachodnią Afryką. Odnotowano 7 przypadków zakażeń przez krew i 8 zakażeń chorych na hemofilię. Do 17 zwiększyła się liczba zakażonych HIV-2 w Stanach Zjednoczonych. Spośród nich tylko w jednym przypadku nie udowodniono kontaktu z Afryką Zachodnią.

Od wielu lat intensywnie prowadzona oświata wśród pracowników służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych, w szczególności wśród lekarzy, nie dała zadowalających rezultatów, co wykazała przedstawiona ankieta. Niepokojący okazał się w tej grupie respondentów stan wiedzy o epidemiologii HIV.

W badaniach nad odpowiedzią immunologiczną zakażonych HIV uzyskano dalsze dowody przemawiające za istotną rolą glikoproteiny otoczki wirusa o c.c. 120 kd (gp 120) we wzbudzaniu odpowiedzi immunologicznej. Spośród wszystkich białek wirusa jest to białko charakteryzujące się największą zmiennością. Ustalono umiejscowienie i scharakteryzowano fragment hiper-zmienny łańcucha polipeptydowego (EN-V-3 loop). Wykazano, że ustrój jest zdolny do produkcji przeciwciał neutralizujących, skierowanych przeciwko temu fragmentowi. Zaobserwowano brak zakażenia HIV u dzieci, których matki produkują ten rodzaj przeciwciał. Wydaje się jednak, że przeciwciała neutralizujące nie zawsze są efektywne *in vivo* i mogą niszczyć HIV tylko we wczesnym okresie zakażenia.

Uzyskano więcej danych o genie nef. Ogólnie przyjmuje się, że geny tat i rev wzmagają replikację wirusa, natomiast gen nef ją hamuje. Należałoby zatem dążyć do pobudzenia aktywacji genu nef. Jednocześnie stwierdzono, że po zakażeniu HIV najwcześniej powstającymi są przeciwciała skierowane do produktu genu nef.

Zack przedstawił próbę odpowiedzi na pytanie, dlaczego tylko znikoma część limfocytów T jest zakażona wirusem. Badał on strukturę wirusa w sztucznie zainfekowanych limfocytach T. Wśród krążących limfocytów T — 99% jest w fazie spoczynku. W tych limfocytach odwrotna transkrypcja nie jest kompletna, a wirus w tej fazie jest labilny i może łatwo ulegać degradacji. Wydaje się, że w tym okresie DNA prowirusa nie wnika do genomu gospodarza. To spostrzeżenie kwestionuje ogólnie przyjętą hipotezę, że stan latentności wirusa następuje później w jego cyklu życiowym, dopiero po wbudowaniu się jako prowirus DNA do genomu gospodarza.

Interesujący referat na temat zakażenia retrowirusami u zwierząt przedstawiła M. Gardner. Zespół chorobowy zbliżony do AIDS spotyka się u wielu zwierząt (np. krów, koni, kotów, owiec, małp). Najlepiej zbadany jest SIV, izolowany z małp afrykańskich. U małp *Macacus rhesus*, będących w niewoli, rozwija się AIDS o bardzo szybkim przebiegu i objawach przypominających AIDS u dzieci. Szereg zespołów naukowych wykorzystuje te małpy do badań nad efektywnością szczepionki sporządzonej z zabitych wirusów SIV.

W diagnostyce na uwagę zasługuje wprowadzona ostatnio technika łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR), która jest metodą czułą i swoistą, przez niektórych autorów ocenioną wyżej niż poszukiwanie wirusa w hodowli. Może ona wyjaśnić wątpliwe wyniki Western Blot.

W leczeniu AIDS azydotymidyna (AZT) okazała się najbardziej wypróbowanym lekiem spośród innych nukleotydów o podobnym działaniu, to znaczy hamującym replikację HIV. Leki z tej grupy wydłużają tylko czas przeżycia chorych na AIDS oraz zmniejszają częstość występowania oportunistycznych infekcji.

Poddano ocenie preparat trychopsantyny. Jest to białko uzyskane z chińskiego ogórka o symbolu GLQ 223. W badaniach *in vitro* wykazano, że preparat ten niszczy wybiórczo makrofagi zakażone HIV oraz osłabia replikację wirusa. GLQ 223 od wielu lat w Chinach używany był w chorobach nowotworowych.

Postępem w badaniach nad szczepionką jest bardziej szczegółowe poznanie mechanizmów odpowiedzi immunologicznej na zakażenie HIV, co pozwala obecnie na bliższe określenie cech szczepionki gwarantujących jej efektywność. Musi ona pobudzać aktywność cytotoksyczną komórek T oraz produkcję przeciwciał neutralizujących, natomiast nie powinna indukować przeciwciał ułatwiających wnikanie wirusa do komórek. Zgromadzone dotąd dane pozwolą być może na wyprodukowanie w ciągu kilku lat skutecznej szczepionki.

doc. dr hab. Andrzej Gładysz  
przy współud. lek. Adama Głowackiego

# Kto pomoże nefrologii

Wiodącym ośrodkiem w dziedzinie przeszczepów nerek w Polsce jest warszawski Instytut Transplantologii, którego działalność zrosła się przez długie lata z nazwiskami profesorów JANA NIELUBOWICZA (chirurga) i TADEUSZA ORŁOWSKIEGO (internisty). Do chwili obecnej przeszczepiono w naszym kraju ponad 1500 nerek. We Wrocławiu większość przeszczepów nerek wykonał zespół Kliniki Chirurgii Naczyniowej AM kierowanej przez prof. KLEMENSA SKOŘE. Z powodzeniem przeprowadzono również zabiegi w Oddziale Chirurgii Naczyniowej Szpitala 40-lecia pod kierunkiem doc. WOJCIECHA WITKIEWICZA. Całość opieki potransplantacyjnej już w 24 godziny po przeszczepie spoczywa w rękach lekarzy Kliniki Nefrologii AM kierowanej przez prof. ZENONA SZEWCZYKA. Obecnie pod opieką nefrologów z tej kliniki pozostaje 58 osób z dobrze funkcjonującym przeszczepem, w tym 6 chorych żyje już ponad pięć lat od zabiegu przeszczepienia.

Te liczby świadczą, że istnieją we Wrocławiu szanse na rozwój skutecznego leczenia schyłkowej niewydolności przeszczepieniem nerki, pokazują również, iż są ludzie potrafiący w sposób profesjonalnie właściwy rozwiązywać problemy chirurgiczne i nefrologiczne. Nie ma także trudności dzięki wieloletniemu doświadczeniu zespołu kierowanego przez prof. HENRYKA MATEJĄ z wykonaniem w Instytucie Immuno-

logii PAN testów wykluczających obecność u biorcy przeciwciał cytotoksycznych wobec limfocytów dawcy, jak również z najlepszym, pod względem zgodności tkankowej, wyborem biorcy z listy oczekujących. W praktyce jednak występujące w całej Polsce, a zwłaszcza we Wrocławiu, ograniczenia w dostępności skutecznego leczenia schyłkowej niewydolności nerek wołają o alarm. Stwierdzenie to odnosi się zarów-

no do dializoterapii, jak i transplantacji nerki. Dla przykładu: w Austrii, na milion mieszkańców, przypada 250 dializowanych chorych; w Polsce wskaźnik ten wynosi niewiele ponad 40.

W województwie wrocławskim leczenie programem przewlekłych hemodializ prowadzą Kliniki Nefrologii i Nefrologii Pediatricznej AM. Pierwsza z nich może dializować w systemie trzymianowym maksymalnie 52 chorych. W Austrii przybywa rocznie do dializoterapii 95 nowych chorych na milion mieszkańców, w Polsce — tylko 15. Inni umierają, bo brakuje miejsca na dializie. Wg europejskich wskaźników ponad 70% osób przewlekle dializowanych przeżywa okres pięciu lat. Jak więc mają być uzyskiwane miejsca dla nowych chorych we Wrocławiu, w sytuacji, gdy przeszczepy nerek osiągnęły „małą stabilizację” na poziomie kilkunastu zabiegów w ciągu roku.

Ponadto konieczność właściwego doboru chorych powoduje, że biorcami są osoby zgłoszone z ośrodków pozawrocławskich. Lista oczekujących obejmuje cały region dolnośląski, Opolszczyznę i Łódź. Jakie mogą być drogi poprawy? Konieczne jest przede wszystkim szybkie oddanie do użytku długotrwale remontowanego, przyszłego miejskiego ośrod-

ka dializ przy ul. Glinianej. Wrocław jest jedyną w Polsce aglomeracją, w której przewlekła dializoterapia znajduje się wyłącznie w kręgu zainteresowania Akademii Medycznej, miejska służba zdrowia nie ma w niej żadnego udziału. Niezbędne jest również wyraźne zwiększenie liczby przeszczepów. Dla osiągnięcia tego celu należy pokonać próg niedostatku dawców. Potrzebą chwili staje się szeroki udział całej społeczności lekarskiej, a zwłaszcza kolegów pracujących w oddziałach chirurgii i intensywnej terapii w pozyskiwaniu nerek ze zwłok. Chodzi tutaj o szybkie przekazywanie chirurgom naczyniowym informacji o potencjalnych dawcach. Przykład wysokiej aktywności Instytutu Transplantologii w Warszawie i systematycznie rosnącej tam liczby przeszczepów wskazuje, że i w polskich warunkach możliwa jest efektywna współpraca. Wydaje się również, iż godzi się przypomnieć krewnym chorych na schyłkową niewydolność nerek słowa Jana Pawła II, określającego spontaniczne oddanie nerki jako akt najwyższego miłosierdzia i braterskiej miłości.

Opracował Marian Klinger  
wraz z zespołem  
Kliniki Nefrologicznej AM  
we Wrocławiu

## Listy do redakcji

### Gdzie kucharek sześć...

Proponuję wprowadzenie w naszym biuletynie nowej, stałej rubryki pod nazwą np. „Absurdy — nonsensy”, lub „Walcmy z biurokracją”, w której można by przedstawiać obowiązujące nas, a kłójące się ze zdrowym rozsądkiem, różnego rodzaju zarządzenia wydawane przez dyrekcje ZOZ, wydziały zdrowia, jak również Ministerstwo Zdrowia. Zarządzenia takie, nawet drobne z pozoru, potrafią skutecznie utrudniać życie lekarzom, a oparte często na przepisach ministerialnych wcale nie są łatwe do szybkiego zmienienia.

Podaję, że rubryka ta nie będzie narzekała na brak materiałów. Na początek proponuję sprawę „kulinarną”. Zgodnie z zarządzeniem dyrektora ZOZ opartym na przepisach MZiOS (mimo starań dyrektora ZOZ Wrocław-Krzyki nie była w stanie znaleźć odnośnego pisma) lekarz dyżurujący w szpi-

talu (kierownik dyżuru) ma obowiązek sprawdzania jakości wszystkich podawanych w szpitalu posiłków i uwidocznienia tego faktu w zeszycie kontroli, co wiąże się przecież z przyjęciem na siebie odpowiedzialności za pracę kuchni. Pomijając fakt, że kontrola taka jest w większości przypadków — choćby z braku czasu — niemożliwa, i tak ograniczyć się musi do organoleptycznego sprawdzenia potraw. Istnieją przecież w szpitalach kwalifikowani pracownicy (dietetyczki, szefowie kuchni itp.) i oni, a nie lekarze powinni być odpowiedzialni za pracę kuchni.

Jak się okazuje zniesienie tego przepisu może się odbyć dopiero na szczeblu ministerstwa. Ani dyrektor ZOZ, ani lekarz wojewódzki nie są w stanie go zmienić (!).

Jerzy Kupiec

## Wymiana wakacyjna dzieci lekarzy.

Komisja Współpracy z Zagranicą NRL planuje zorganizowanie wymiany wakacyjnej dzieci lekarzy. Projekt przewiduje przyjęcie w polskiej rodzinie dziecka lekarzy z zagranicy oraz pobyt polskiego dziecka za granicą. Przewiduje się w pierwszym etapie wymianę z Francją dzieci w wieku od lat 10 do 16.

Zainteresowani przysłać wymianą proszeni są o podanie wstępnych danych dotyczących dziecka mającego uczestniczyć w wymianie (wiek, płeć, ewentualna znajomość języka obcego, zainteresowania), oraz informacji dotyczących możliwości przyjęcia dziecka z zagranicy (warunki mieszkaniowe, rodzinne, w jakiej okolicy kraju zapewnia się pobyt, w jakim języku obcym może się porozumiewać). Prosimy o zgłaszanie propozycji do przewodniczącej Komisji Współpracy z Zagranicą — Barbary Bruzewicz-Mikłaszewskiej.

# Intelekt, moralność i etyka w badaniach naukowych

Wykład inauguracyjny na Konferencji STN Akademii Medycznej we Wrocławiu

Nowoczesna, precyzyjna i ciągle udoskonalana aparatura naukowa odgrywa rolę bardzo ważną, ale coraz częściej zapominamy, że najważniejszym instrumentem pracy badawczej jest i musi być zawsze umysł ludzki. Intelekt — oczywiście, ale także etyka i moralność badacza oraz poczucie odpowiedzialności za to, do czego dąży, a przede wszystkim przewidywanie, jak w przyszłości będą wykorzystywane różne osiągnięcia naukowe. Według Robertsona: „Nie tyle zdolności, ile użytek, jaki z nich czynimy, stanowią o postępie świata”.

Przytoczę pewne wybrane przykłady użytkowania zdobyczy nauki, ale zanim to uczynię, pragnęłabym zarysować pewne drogi, wiodące do kształtowania młodego naukowca.

Czy można nauczyć pracy badawczej? Tak, można. Niezbędny będzie w tym wypadku mistrz o bogatym doświadczeniu, respektujący nie tylko ustalone pewniki, lecz także myślący racjonalnie i wpajający racjonalne myślenie, pobudzający ucznia do stawiania problemów i prowadzący go na bardzo długiej linii, która umożliwi uczniowi nie tylko swobodne poruszanie się na obranej drodze, ale i wejście na jej poboczne. Można też inaczej: pozostawić początkującego badacza samemu sobie, w myśl zasady „utoń lub płyn”. Ale mistrz-nauczyciel nie powinien rzucać ucznia brutalnie na głęboką wodę, bo dobrze wie, że sam w młodości omal nie utonął, usiłując sforsować — jak mniemał — wodę płytkiego stawu, który okazał się oceanem, a do którego wpadały ponadto różne rzeki. Mistrz, bogaty w wiedzę i mądrość, co nie zawsze jest równoznaczne, wie także, że radości należy szukać w samej pracy badawczej, gdyż wszystkie inne, co ona przynosi jest niepewne.

A więc zadaniem nauczyciela jest dostarczenie młodemu adeptowi kanwy utkanej z dotychczasowych osiągnięć i umożliwienie mu stworzenia w niej kompozycji wynikającej z intuicji, wyobraźni, odwagi i niezależności poglądów, refleksji, entuzjazmu na początku pracy i krytycyzmu po jej ukończeniu a także umiejętności zaprzestania badań, jeśli jej wyniki stwarzają ryzyko zagrożenia dla człowieka i jego środowiska. Ten ostatni wymóg jest jednak praktycznie niewykonalny, bo dociekliwość umysłu ludzkiego i dążność do poznania istoty różnych zjawisk jest niepoahamowana. A jeśli tak jest, to zasadniczym miernikiem wartości badacza jest jego etyka i moralność, którym intelekt winien być podporządkowany. Wyraża się to wdrażaniem do praktyki tylko tych osiągnięć naukowych, które nie naruszają wartości humanistycznych. Jeśli naukowiec kieruje się wyłącznie i bezwzględnie intelektem, to wtedy może się zdarzyć, że wprowadzone w życie osiągnięcia zagrożą życiu w jak najszerszym pojęciu tego słowa.

Oto pewne przykłady.

Nie będę rozwodzić się nad zbrodniczymi eksperymentami wykonywanymi przez skądinąd wybitnych naukowców niemieckich na więźniach obozów koncentracyjnych w imię zasad hitleryzmu. Naukowcy ci usiłowali potem usprawiedliwić swoje postępowanie dążeniem do prawdy obiektywnej, i to dla dobra człowieka, ale kreowanego do stopnia übermensch.

Intensywne doskonalenie arsenału różnego rodzaju sprzętu militarnego, mające na celu unicestwienie określonych narodów, zawdzięczamy rozwijanym badaniom naukowym. Warto w tym miejscu wspomnieć, że koszt tych, i innych w tym zakresie badań, pochłonął na całej naszej planecie w 1971 r. 64 miliardy dolarów w ciągu 1 minuty, a równocześnie na tej samej planecie umierało dziennie w 1971 r. około 100 tysięcy ludzi z głodu, głównie dzieci.

Naukowcom zawdzięczamy wprowadzenie do terapii wielu leków, które niewątpliwie działają na korzyść człowieka. Zdarza się jednak, że pewni naukowcy wprowadzają określone leki zbyt szybko do stosowania klinicznego. W pogoni za sukcesem i dla korzyści materialnych, nie sprawdzają odległych skutków oddziaływania tych leków na ustrój. Czasem przynosi to efekty wprost tragiczne. Dość przytoczyć w tym miejscu choćby sprawę thalidomidu, który spowodował u dzieci matek pobierających ten lek podczas ciąży, ciężkie zaburzenia rozwojowe, a wśród nich — niewykształcenie kończyn. Thalidomid kojarzy się z tragedią tysięcy rodzin.

Problem wykorzystania kontrolowanej syntezy jądrowej; fundamentalne odkrycie zjawiska promieniotwórczości wzbudziło swego czasu zrozumiałe zainteresowanie. Nasza wielka rodaczka, Maria Skłodowska-Curie uzyskała za badania nad promieniotwórczością dwukrotnie nagrodę Nobla, ale nie mogła przewidzieć, jak dalekosiężnymi osiągnięciami zjawisko to zaowocuje. Znamy różne, praktyczne zastosowania energii jądrowej, służące niewątpliwie dobru człowieka. Ale powinniśmy mieć też trwale w pamięci, że energię tę wykorzystano do niszczenia istot żywych, z człowiekiem włącznie. Przykładem wymownym niech będzie wybuch termojądrowy w Hiroszynie i Nagasaki. Ludzie, którzy go przeżyli, i ich potomstwo, płacą za przeżycie nasilonymi zmianami nowotworowymi. Jest to dobitny przykład negatywnego wykorzystania zdobyczy nauki, dyktowany zanikiem humanizmu, zacządem władzą, zanikiem odpowiedzialności i przewidywania.

I wreszcie krótko o problemie szczególnie aktualnym, wzniewającym gorące dyskusje. Jest nim sztuczna prokreacja.

Nasz Ojciec Święty, Jan Paweł II, powiedział: „Część uczonych wyznaje zasadę, że jeśli coś da się zrobić, to trzeba to zrobić, bez oglądania się na moralne skutki i ignorując autorytety moralne. Takie postępowanie to nie wolność w nauce, równie niezbędna jak powietrze do oddychania — to jest swawola w nauce”.

Zagadnienie sztucznej prokreacji zawiera m.in. sprawę matek zastępczych i to w różnych wariantach i kombinacjach. W perspektywie może to doprowadzić człowieka do pozbawienia go więzi rodzinnych, a pośrednio społecznych i narodowych, a przecież wiadomo, że drzewo, któremu podetnie korzenie — zginie.

Jeszcze w latach sześćdziesiątych możliwość sztucznej prokreacji należała do fantastyki zabarwionej horrorem. Przewidział ją już dawniej, bo w 1932 r. wszechstronny, obdarzony mądrością przewidywania uczonego angielski — Huxley. W swojej książce „Nowy wspaniały świat” przedstawił ponurą utopię: w Centralnym Laboratorium w Londynie znajdują się pojemniki na gamety męskie i żeńskie, a odpowiednią metodą uzyskuje się z jednego zapłodnionego jajeczka 96 identycznych osobników według ustalonego programu, który ściśle określa, kto będzie myślał, a kto będzie wykonywał tylko najprostsze czynności fizyczne.

Sztuczna prokreacja, wszelkie manipulacje genetyczne na kilkudniowej zygocie ludzkiej, hodowanie zarodków ludzkich celem zużytkowania ich potem do celów transplantacji określonych narządów — są obecnie realizowane, mimo że budzą uzasadnione kontrowersje. Pewna grupa biochemików zgłosiła nawet dobrowolnie wstrzymanie się od badań związanych z inżynierią genetyczną człowieka. Niewątpliwie inżynieria ta może służyć dobru człowieka wtedy, gdy dzięki niej będziemy mogli zapobiegać różnym, genetycznie uwarunkowanym chorobom. Ale trzeba też sobie uświadomić, że ta sama inżynieria w rękach naukowców poddających się sterowaniu władzy i tych, którzy dążą wyłącznie do sukcesu i bogacenia się, może mieć w przyszłości skutki katastrofalne, to jest takie, jakie jeszcze w 1932 r. zarysował Huxley. Puszczając dalej wodze uzasadnionej fantazji, nie można wykluczyć, że manipulacje genetyczne wytworzą populację nadludzi i podległych im podludzi, a skutki takiego podziału nie wymagają objaśnienia.

Każde prawie przełomowe odkrycie naukowe posiada swój dodatni awers i ujemny rewers. Chodzi o to, ażeby dostrzegać i przewidywać możliwości i konsekwencje tego właśnie ujemnego rewersu, a

Dokończenie na str. 8

# Opinie delegatów na I Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie

Komitet Organizacyjny I Okręgowego Zjazdu Delegatów Izby Lekarskiej w Warszawie przygotował anonimową ankietę, która umożliwiła wszystkim uczestnikom zjazdu wypowiedzenie się na temat istotnych problemów społeczności lekarskiej. Respondentami były osoby uznane przez ogół środowiska za elitę godną reprezentowania swych wyborców. Na zjazd przybyło 590 delegatów z Warszawy, województwa warszawskiego, ciechanowskiego i ostrołęckiego. Ankietę wypełniło i zwróciło 430 osób, tj. 73% uczestników.

Fakty i poglądy, jakie przedstawili lekarze, są bardzo interesujące i ważne. Świadczą o tym, jak wiele jest problemów i trudności w naszej pracy i w naszym środowisku. Wymagają one szybkich i skutecznych rozwiązań. Szczegółowe wyniki ankiety przekazaliśmy Okręgowej Izbie Lekarskiej. Mamy nadzieję, że posłużą one naszej izbie jako

materiał wyjściowy w pracy. Wyniki ankiety opublikowane zostały w *Zeszytach Niezależnej Myśli Lekarskiej*. W „*Gazecie Lekarskiej*” pragniemy jedynie zasygnalizować kilka wybranych problemów:

— Lekarze zatrudnieni w lecznictwie zamkniętym nie zdradzają chęci zmiany miejsca pracy na lecznictwo otwarte, nawet za wyższym wynagrodzeniem;

— dwie trzecie osób uważa, że ich przełożeni nie uczynili niczego, aby ułatwić im podnoszenie kwalifikacji zawodowych, co może być jedną z przyczyn tego, że ponad połowa delegatów do 40 roku życia nie osiągnęła pełnych kwalifikacji zawodowych, a wśród osób posiadających stopień naukowy tylko nieliczni nie przekroczyli 40 roku życia;

— większość respondentów (77%) stwierdziła, że obecny tok studiów i roczny staż podplomowy nie przygotowuje lekarza do podejmowania samodzielnych

decyzji przy chorym;

— również większość opowiedziała się za angażowaniem na stanowiska kierownicze na określony kontrakt okres, który mógłby być przedłużany zależnie od wykazanych umiejętności;

— prawie wszyscy wypowiedzieli się za wolnym wyborem lekarza przez pacjenta;

— aż 30% delegatów pragnęłoby wyjechać z kraju na czas nieokreślony, a więc praktycznie na stałe;

— aż dwie trzecie respondentów dla zapewnienia sobie podstawowych warunków życia musi podejmować dodatkową pracę — wielu ma ponad 6 dyżurów miesięcznie!

Przeważająca większość delegatów (83%) wykazała poczucie etyki zawodowej stwierdzając, że strajk ograniczający w jakikolwiek sposób dostępność leczenia jest niedopuszczalny. Jednak za dopuszczalny uważa taki strajk aż 13%, a 3,5% nie ma wyrobio-

nego zdania. Zważywszy, że delegaci stanowią grupę wyselekcjonowaną — również pod względem etycznym — należy ten procent uznać za niepokojąco wysoki. Niepokojący jest również fakt, że im młodszy wiek delegatów, tym wyższy jest odsetek dopuszczających tę formę protestu.

Przedstawione wyżej dane sygnalizują niebezpieczeństwa dla przyszłości opieki zdrowotnej w naszym kraju. Powinny zatem stanowić przyczynek do dyskusji — także nad statusem materialnym polskiego lekarza, którego pensja porównywalna jest z płacą ekspedientki w sklepie, lub niewykwalifikowanego robotnika budowlanego.

Zuzanna Koniecznyńska  
Andrzej Dyduzyński  
Krzysztof Madej  
Ewa Wolak  
przedrukowane z Gazety Lekarskiej

## Intelekt, moralność i etyka...

Dokończenie ze str. 7

wykorzystywać tylko strony dodatnie awersu dla dobra człowieka i środowiska, w którym człowiek ten żyje, i z którym jest biologicznie nierozdzielnie związany.

Bernard Lovell powiedział jakże słusznie: „Naiwna wiara w zbędność uniwersalnych norm moralnych, która powstała dzięki odkryciom i zastosowaniom nauki, była tragicznym mitem minionej epoki”. Dodam — oby była — i tu posłużę się cytatem z orędzia Jana Pawła II do Młodzieży Świata: „Każde nowe pokolenie potrzebuje nowych apostołów. Stąd rodzi się do Was — młodych — misja specjalna w świecie udręczonym tyłoma wyzwaniem i zagrożeniami”.

Człowiek przyszłości, tej przyszłości, którą kształtować będziecie właśnie Wy, młodzi, to nie tylko homo sapiens, nie tylko homo creator, ale także, i chyba głównie, homo concors. Oto słowa jednego z wybitnych humanistów — „Nadzieją naszą jest, że świadoma troska o prawidłowy biologiczny rozwój człowieka i jego postaw etycznych przyczyni się do kreowania Homo concors, a więc człowieka jutra, który dzięki prawidłowej strukturze i funkcji mózgu potrafi żyć w harmonii z sobą samym i z otaczającym go środowiskiem”.

Prof. dr habil. Bożena Zawirska

## ODDZIAŁ WROCŁAWSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

### ZAPRASZA NA POSIEDZENIE SZKOLENIOWO—NAUKOWE

które odbędzie się dnia 28 lutego 1991 r. o godz. 12.30  
w sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4.

#### Program

Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego  
Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu

1. K. Łoboz-Grudzień, A. Kowalska, L. Hirnlowa, L. Sokalski, M. Dmochowska-Perz, J. Wachtl


Czynność rozkurczowa lewej komory w chorobie niedokrwiennej serca.

2. L. Hirnlowa, M. Dmochowska-Perz, K. Łoboz-Grudzień, L. Sokalski, A. Kowalska, K. Kulczuga-Kaczmarek, J. Sławin.
- Występowanie zakrzepów w lewej komorze u chorych po zawale serca.

Sekretarz  
Doc. dr hab. med.  
K. Łoboz-Grudzień

Przewodnicząca  
Prof. dr hab. med. L. Hirnlowa




 Zapraszamy:

**ODDZIAŁ  
WROCLAWSKI  
POLSKIEGO  
TOWARZYSTWA  
KARDIOLOGICZNEGO**

**ZAPRASZA NA**

**POSIEDZENIE SZKOLENIOWO—NAUKOWE**

które odbędzie się dnia 14 marca 1991 r. o godz. 12.30  
w sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4

Program

Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

**1. K. Reczuch, K. Wrabec**

Odrębności kliniczne i diagnostyczne choroby niedokrwiennej serca u kobiet.

**2. K. Wrabec, K. Reczuch, A. Porada, P. Palka, J. Spikowski, M. Sroka, T. Mielecki, J. Jagas**

350 pierwszych koronariografii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

**3. T. Parczewska, K. Wrabec, D. Kratochwil**

Czy chorych z nabytymi wadami serca w IV okresie hemodynamicznym kwalifikować do operacji kardiologicznych.

Sekretarz

Doc. dr hab. med.

K. Łoboz-Grudziń

Przewodnicząca

Prof. dr hab. med. L. Hirnłowa

## Przypominamy stomatologom

Izba Lekarska otrzymuje liczne informacje o niewłaściwej interpretacji przez administrację zakładów służby zdrowia rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 września 1990 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz.U. Nr 65, poz. 387).

Dolnośląska Izba Lekarska stwierdza, że znowelizowane przepisy o czasie pracy nie zmieniają przyjętych w służbie zdrowia zasad podziału dobowego pracy lekarzy stomatologów. Uciążliwość pracy stomatologów, wyrażająca się między innymi zaliczeniem ich do I grupy pracowniczej, upoważnia do następującego podziału czasu pracy: — czas do 6 godzin, przeznaczony na pracę przy fotelu oraz — pozostały czas, przeznaczony na prace przygotowawcze ewidencyjne i podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Stanowisko takie jest zgodne z wytycznymi zawartymi w piśmie z dnia 15 listopada 1990 r. Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Departament Polityki Naukowej i Kształcenia Kadr Medycznych uprzejmie informuje, że dyplomowani lekarze zainteresowani złożeniem egzaminu uprawniającego do ubiegania się o wyjazd do USA jako tzw. „Exchange Visitors” (wiza J-1) powinni zgłosić się pisemnie w celu uzyskania aktualnych informacji pod adres:

**ECFMG**

**Sponsorship Department  
3624 Market street, 4th Floor  
Philadelphia, Pensylwania  
19104-2685, USA  
(215) 386-5900**

Informujemy równocześnie, że taki egzamin kwalifikujący zwany: Foreign Medical Graduate Examination in the Medical Sciences (FMGEMS) and ECFMG English Test — odbywa się zwykle dwa razy w roku i obejmuje część merytoryczną oraz językową.

Program wymiany międzynarodowej (ECFMG) jest upoważniony przez Agencję Informacyjną Stanów Zjednoczonych (USIA) do sponsorowania lekarzy z zagranicy, na zasadzie wymiany. Okres pobytu w USA jest ograniczony terminem w jakim zostanie wykonany zaplanowany program badań.

Aby być zakwalifikowanym do wymiany, lekarze zagraniczni są zobowiązani do:

1. zdania MFGEMS bądź wcześniejszego VQE
2. posiadania aktualnego dokumentu ECFMG oraz
3. posiadania kontaktu na określone stanowisko w programie akredytowanym przez ACGME.

Aplikacja w sprawie wstępnego sponsorowania musi być przygotowana w imieniu zagranicznych lekarzy przez instytucję amerykańską oferującą szkolenie.

Pełna aplikacja w sprawie wstępnego sponsorowania składa się z:

1. Druku w sprawie wstępnego sponsorowania (MF-1), który można otrzymać od ECFMG. Druk taki będzie przesłany następnie tylko do instytucji na terenie USA.
2. Umowy bądź kontraktu podpisanego przez zagranicznego lekarza i kompetentnego urzędnika z instytucji oferującej szkolenie lub staż.
3. Zyciorysu naukowego.
4. Pisemnego zapewnienia od rządu kraju, z którego lekarz czyni starania o staż w USA, że w jego kraju ojczystym jest zapotrzebowanie na osoby z kwalifikacjami jakiego lekarza zagranicznego posiadać i że powróci do kraju po zakończeniu szkolenia.
5. Rocznej opłaty administracyjnej.

Z chwilą otrzymania pełnej dokumentacji, ECFMG prześle świadectwo uzyska-

nych kwalifikacji („Certificate of Eligibility” — 1AP-66) do instytucji zapewniającej szkolenie lub staż, która przekaże to następnie osobie ubiegającej się o taką pozycję. „Certificate of Eligibility” jest konieczne do uzyskania specjalnej wize: J-1, uprawniającej do wjazdu i pracy w USA.

Główne kierunki szkolenia i stażu w USA: anatomia, biologia komórki, histologia, rozwój człowieka, centralny układ nerwowy, nauki behawioralne, biochemia, mikrobiologia, patologia, farmakologia, fizjologia, biostatystyka, medycyna kliniczna w szerokim aspekcie specjalizacji, psychiatria i chirurgia.

Wszystkie dokumenty muszą być przetłumaczone na język angielski i poświadczony notarialnie. Tłumaczenia muszą być dostarczone wraz z oryginalnymi.

Wymagane są również następujące dokumenty:

1. Dwie fotokopie dyplomu (obie strony)
2. Dwie fotografie.

**ZAPRASZAMY**



Proponujemy:

## Okręgowa Izba Lekarska

w Lublinie

organizuje komputerowy bank informacji  
o wolnych miejscach pracy  
dla lekarzy stomatologii i lekarzy medycyny

Naszym celem jest jak najpłynniejsze przekazywanie danych i w miarę najsprawniejsze kontaktowanie szukających pracy lekarzy i ich ewentualnych pracodawców.

Chcielibyśmy wykorzystać wszystkie izby lekarskie działające na terenie kraju do pośredniczenia między pracodawcami, a naszym bankiem.

Naszą intencją jest prezentowanie jak największej ilości danych o oferowanych miejscach pracy, tym samym wpływając na szybkość podejmowanych decyzji. Dlatego też, proponujemy wzorcową tzw. „KARTĘ ZGŁOSZENIA WOLNEGO MIEJSCA PRACY DLA LEKARZA”, w której w 8 punktach staraliśmy się zawrzeć pytania o najważniejsze dane o ofertach.

Jeśli zechcecie Państwo z nami współpracować prosimy o korzystanie z proponowanej przez nas karty.

Równocześnie informujemy, że Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie posiada własny organ prasowy „MEDICUS”, którego pierwszy numer ma ukazać się w grudniu 1990 roku. Jego łamy mogą być wykorzystane przez Państwa, nie tylko do informacji o miejscach pracy.

Kontakt z naszą Izbą i Redakcją „MEDICUSA”:

20-071 LUBLIN  
ul. Wieniawska 14  
tel. 272-00 kierunkowy do Lublina 0-81.



### KARTA ZGŁOSZENIA WOLNEGO MIEJSCA PRACY DLA LEKARZA

1. Nazwa, adres, telefon instytucji zatrudniającej \_\_\_\_\_
2. Specjalność lekarska  
A. Stomatologia  
B. Medycyna  
(interna, chirurgia itd.) \_\_\_\_\_
3. Miejsce pracy:  
A. Miasto, wieś  
B. Szpital, przychodnia  
placówka naukowa \_\_\_\_\_
4. Czy oferta dotyczy absolwentów AM z odbyciem stażu podyplomowego \_\_\_\_\_
5. Warunki zatrudnienia np. konkurs \_\_\_\_\_
6. Warunki mieszkaniowe \_\_\_\_\_
7. Warunki płacy \_\_\_\_\_
8. Dodatkowe wymogi pracodawcy \_\_\_\_\_

## Sprawdź swoją wiedzę

### E. C. F. M. G. Examination Review

1. Endometritis po porodzie jest zwykle wywołane przez:
  - a. Streptococcus
  - b. E. coli
  - c. Pseudomonas aeruginosa
  - d. Proteus mirabilis
  - e. Staphylococcus.
2. Prawdziwi hermafrodyty:
  - a. nigdy nie miesiączkują
  - b. wykazują zawsze chromatinę dodatnią
  - c. posiadają kariotyp XY
  - d. posiadają zarówno jądra jak i jajniki
  - e. żadna z powyższych
3. Pacjentka nie miesiączkuje ma dobrze rozwinięte piersi, brak macicy, wykazuje dobrą odpowiedź rozmazu pochwowego na działanie estrogenów, nie stwierdza się u niej ciałek chromatinowych. Najprawdopodobniejsza diagnoza brzmi:
  - a. zespół Turnera
  - b. hypotyroidyzm
  - c. zespół Chiari-Formmela
  - d. zespół Del-Castilo
  - e. zespół feminizujących jąder.
4. Objawy anemii mogą obejmować:
  - a. skrócenie czasu krążenia (cyrkulacji)
  - b. bóle głowy
  - c. wylewy do siatkówki
  - d. wszystkie
  - e. żadne.
5. Która z następujących chorób jest zwykle związana z krańcowym powiększeniem lewego przedsionka:
  - a. stenoza zastawek płucnych
  - b. niedomykalność mitralna
  - c. stenoza zastawek aorty
  - d. zespół Ebsteina
  - e. koarktacja aorty.

Rozwiązanie prawidłowe znajdziesz wewnątrz numeru.

„Mieć w uszach szum...”

Koło ziemi kłodzkiej z pewnym opóźnieniem informuje, że w dniu 28.07.1990 r. odbyła się zorganizowana przez nas całodniowa wycieczka górską w masywie Śnieżnika.

Wycieczkę zorganizowała i prowadziła dr Danuta Doroszevska z Bystrzycy Kłodzkiej — przewodnik sudecki z Koła Przewodników PTTK w Międzygórzu.

W programie było zwiedzanie Jaskini Niedźwiedziej w Kletnie, a następnie zdobycie najwyższego szczytu ziemi kłodzkiej — Śnieżnika 1425 m n.p.m.

Szczupłe z uwagi na urlopy grono chętnych mogło podziwiać, przy pięknej pogodzie, wspaniałe widoki ze Śnieżnika.

Bardzo udana wycieczka zachęciła do organizowania w przyszłości podobnych imprez.

Urząd Pośrednictwa Pracy  
mieszający się przy ul. Ofiar Oświęcimskich we  
Wrocławiu

proponuje, iż będzie płacił  
absolwentom stomatologii

comiesięczne uposażenie (w ramach środków pocho-  
dzących z funduszu interwencyjnego) pod warunkiem  
utworzenia dla nich stanowisk pracy na terenie  
miasta Wrocławia.

### Prenumerata

Koszty prenumeraty czasopism PTL przedstawiają się  
następująco:

Czasopismo	Pojedynczy egz.	I kwartał	I półrocze
POLSKI TYGODNIK LEKARSKI	5 000 zł	65 000 zł	125 000 zł
WIADOMOŚCI LEKARSKIE	6 000 zł	36 000 zł	72 000 zł
PRZEGLĄD LEKARSKI	12 000 zł	36 000 zł	72 000 zł
ŚWIAT MEDYCYNY	5 000 zł	15 000 zł	30 000 zł

Prenumerata zagraniczna z uwagi na koszty pocztowe  
jest 60% droższa.

Prenumeratę należy opłacać w Zarządzie Głównym  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWA, AL. UJAZDOWSKIE 24

Bank Gdański IV O/W-wa

Nr: 300009-6350-132

Dziękujemy!

Redakcja Biuletynu przeprosza dyrektora Obwodu  
Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu za zamieszczenie  
w 8 numerze Biuletynu DIL informacji o ogłoszeniu  
konkursu na stanowisko dyrektora tegoż Obwodu. Kon-  
kurs taki nie został bowiem ogłoszony. Pozostanie tajem-  
nicą, jakim sposobem powyższy tekst dostał się do ma-  
teriałów wydrukowanych w 8 numerze, ale wszyscy  
uczmy się na błędach i tego typu nieporozumienie nie  
powtórzy się więcej.

JB



**S**PORT  
**S**ERVICE  
**C**ENTER

**WROCLAW Traugutta  
NARTY 84**

**ROSSIGNOL**   
**ATOMIC**  
 **KNEISSL**

**BUTY**

**WIĄZANIA**

**koflach**

**LOOK**

**DYNAFIT**

**SALOMON**

  
**LANGE**

**MARKER**

**serwis-sprzedaż 9<sup>30</sup>-18**

Dolnośląska Izba Lekarska  
zwraca się z prośbą  
do wszystkich placówek służby zdrowia  
o zgłaszanie wolnych miejsc pracy  
dla lekarzy medycyny i stomatologów

Zamierzamy utworzyć w Biuletynie DIL stałą rubrykę  
o aktualnym rynku pracy lekarskiej.

Jednocześnie informujemy, iż gotowi jesteśmy zamiesz-  
czać także wszelkie oferty poszukującym pracy kolegom.

## ERRARE HUMANUM EST?

Kontynuowanie powtórki łacińskiej fleksji  
zaprowadziło nas do deklinacji II, która gru-  
puje rzeczowniki rodzaju męskiego zakoń-  
czone na -us (np. typhus), -er (np. puer)  
i rodzaju nijakiego o końcówce łacińskiej  
-um (np. collum) czy greckiej -on (np. colon).  
Spośród wyjątków rodzajowych w łacinie  
medycznej używa się terminów: periodus  
(okres — np. PERIODUS CRITICA), diame-  
ter (wymiar — np. DIAMETER OBLIQUA),  
alvus (brzuch — np. w INCONTINENTIA  
ALVI = nietrzymanie stolca) — są to wy-  
jątki rodzaju żeńskiego; virus (jad, wirus) —  
wyjątek rodzaju nijakiego.

Czasami błędne przypisanie rzeczownika  
typus, -i (typ, postać) do IV deklinacji po-

woduje pisanie:

„diabetes mellitus typus maturus” za-  
miast — DIABETES MELLITUS TYPI MA-  
TURI (albo ...TYPUS MATUREUS DIABETAE  
MELLITI).

„hepatitis viralis typus B” zamiast —  
HEPATITIS VIRUSALIS TYPI B.

Dość często spotyka się pomieszanie szyjki  
z okrężnicą („polypus coli uteri” zamiast —  
POLYPUS COLLI UTERI) oraz używanie  
angielskiej formy „viruses” — zamiast po-  
prawnej łaciskiej VIRA.

Wspomniałem już o bardzo uporczywej  
skłonności pisania „colonis” zamiast COLI;  
również wyraz „kolonoskopia” należałoby za-  
stąpić poprawniejszym KOLOSKOPIA.

Przypomnijmy końcówki II deklinacji:

l. mnoga:

Nom.	-us	-er	-um(-on)-i	(męskie)	-a	(nijakie)
Gen.	-i	-i	-i	-orum	-orum	
Dat.	-o	-o	-o	-is	-is	
Acc.	-um	-um	-um(-on)	-os	-a	
Abl.	-o	-o	-o	-is	-is	

Warto pamiętać, że wg II deklinacji od-  
mienia się rzeczownik vir, -i (męczyzna)  
oraz formy l. mnogiej rzeczownika vas, -is  
(naczynie):

POMUM VIRI VASA VASORUM

Składam wszystkim Czytelnikom serdecz-  
ne noworoczne życzenia wielu sukcesów w  
posługiwaniu się poprawną terminologią w  
1991 roku!

Chochlik lekarski

## Wykaz lekarzy powołanych na stanowisko ordynatora w drodze konkursu

Nazwa oddziału i adres	Data konkursu	Imię i nazwisko lekarza
Oddział Dziecięcy Woj. Szpitala w Legnicy	24.10.90	lek. med. Jarosław Czeszejko-Sochacki
Oddział Chirurgiczny Szpitala w ZOZ w Kamiennej Górze	11.09.90	lek. med. Marek Kruczek
Oddział Chirurgiczny Szpitala w Gryfowie Śl. ZOZ Lwówek Śl.	11.09.90	lek. med. Szymon Młynarczy
Oddział Chirurgii Ortopedycznej dla Dorosłych w Woj. Szpitalu Spec. Chorób Narządu Ruchu w Kamiennej Górze	11.09.90	lek. med. Ryszard Bronowicz
Oddział Wewnętrzny Woj. Szpitala w Legnicy	21.11.90	lek. med. Jerzy Dzierła
Oddział Rehabilitacji w Specj. Zespole Rehab. we Wrocławiu	23.11.90	lek. med. Marek Wasilewski
Oddział Leczenia Zeza i Niedowidzenia w Woj. Zespole Sanatoryjno- Szpitalnym w Sobótce	18.12.90	lek. med. Krystyna Agopsowicz

## „Gloria medicinae”

23 XI 1990 r. odbyło się w Warszawie posiedzenie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, w czasie którego zatwierdzono regulamin oraz warunki przyznawania medalu Jana Strusia „GLORIA MEDICINAE”.

Spośród 4 przedstawionych wzorów medali przegłosowano

wzór nr 2. Zgodnie z regulaminem medal będzie przyznawany za wybitne zasługi dla rozwoju medycyny 10 osobom rocznie. Siedzibą kapituły będzie Polskie Towarzystwo Lekarskie, a medale wręczane będą przez prezesa towarzystwa.

Po raz pierwszy zostaną one wręczone podczas I Światowego Kongresu Polonii Medycznej i Walnego Zjazdu PTL, które odbędą się w dniach 19—23.VI. 1991 r. w Częstochowie.



Odpowiedzi:  
1a, 2d, 3e, 4d, 5b.

Sekretariat DIL urządza w poniedziałki, środy i piątki w godzinach od 8 do 15 oraz we wtorki i czwartki w godzinach od 8 do 17.

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław, nr 89-30 22-9537-132-1.

Wrocławskie Hospicjum (ruch opieki nad chorymi w terminalnym stanie choroby nowotworowej) zaprasza wszystkich zainteresowanych na spotkanie z J.E. ks. biskupem Adamem Dyczkowskim dn. 12 lutego br. o godz. 18.00 do domu katechetycznego parafii Świętej Rodziny, Wrocław—Sępolno, ul. Monte Casino.

## Piszmy o sobie

Prezydium DIL, Rada DIL, inne Organy, Narządy i Tkanki DIL — to tak ładnie brzmi! Zebrań, bardzo ważne narady, konsultacje zawsze „polityczne”, uzgodnienia na szczeblach nowej władzy. Kawa i herbata. Fajka i papieros. Ciężka praca. Czas dla dobra Koleżanek i Kolegów. A jeśli — strach pomyśleć — w perspektywie kilkunastu miesięcy te nasze Narządy i Organy stracą kontakt z pozostałymi częściami naszego Organizmu Samorządowego? Może przyjedzie nagle Ktoś z Atlantydy i porwie lud? Jest na to tylko jedno dobre lekarstwo — stała krytyka. Słuszna lub nie, życzliwa ale i zjadliwa, wyszydająca ale zawsze tfu-rcza.

Apeluję szczególnie do młodej kadry, nie takich starych doktorów jak ja. Mój cmentarzyk mocno się już jarzy w Dzień Zadusz-

ny (podobno w starych Chinach zmarli pacjenci chowani byli obok domu lekarza). Mało jest już spraw, które potrafią mnie zadziwić. Ale młodzi dyżuranci, asystenci szpitalni, lekarze piętrowi — od biegania po piętach, lekarze ulicznicy (pogotowie) i lekarze fabrykanci (przemysłowi) — oto jest kadra krytyków.

Piszcie do nas, informujcie o swoich problemach, żeby nie okazało się dopiero w Sądym Dniu Walnego Zjazdu, że Organa DIL oderwały się od wsi, miasteczek i szpitali na peryferiach, stódko drzemiąc w zakamarkach boazerii na Matejki 6. Biuletyn Informacyjny przygarnął na razie moje rubaszne ciało — przygarnie także wszystkich innych. Na nieustający sabat krytyki widzialnego świata i niewidzialnych układow.



WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA  
50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-94-32 i 22-96-39

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Bromirska — redaktor naczelny  
A. Głowacki, J. Piekarski, Z. Plamieniak, M. Przystalski, B. Romanowicz — sekretarz redakcji, T. Wilniewczyc — korekta, E. Zborowicki — redaktor techniczny.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

W numerze wykorzystano rysunki z pism zagranicznych.

Skład i druk: WZGraf. Zakład Nr 2 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego  
Zam. 585/90. Złożono do druku 20.12.1990. Nakład 4 000.