

W tym roku na plażach trwa wciąż ostry dyżur zanotowano już prawie 400 utonięć. Po piwie i drinku lepiej się nie kąpać i nie pływać.

Jak będąc "puszystą" stać się syrenką z Kopenhagi???

Spacerując po centrum można często natknąć się na grupy "aniołów" - młodych, wysportowanych ludzi w czerwonych bere-

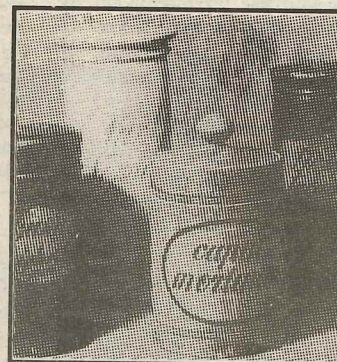
tach i strojach komandosów, dbających społecznie o bezpieczeństwo uśmiechniętych i grzecznych Duńczyków. A może te bezro-

botne w Danii "anioły" zstąpiłyby i do nas...



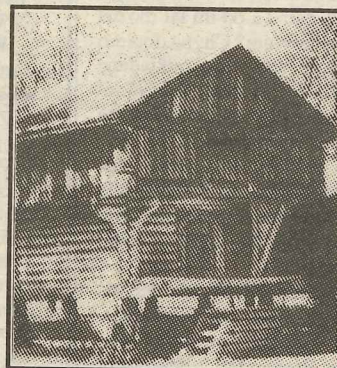
Negocjacje płacowe

Jednak znalazły się szpitale, w których lekarze stracili finansowo. Stało się tak - tam, gdzie dyrektorzy wprowadzili już wcześniej tę zasadę i zróżnicowali zwiększoną odpłatność za dyżury tzw. ostre, zabiegowe, w których obciążenie pracą jest większe niż w trakcie dyżurów np. "tępych". Dlatego nasza propozycja zawierała zamiast słowa "w wysokości" słowo "nie niższej".



Znad Wilii i Niemna

W "aptece" poczęstowano nas "eliksirem urody" i "napojem długiego życia", na zapleczu, pod szczególnym nadzorem trzymane są wszelkie trucizny i hiszpańskie muchy (tych ostatnich podarowano nam trochę, są do nabycia w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich AM).



Wenerolog - to nalej mu benzyny

Otworzyła stara Laponka.
- O nie, to nie nasza stacja benzynowa. Nie, nie wiem do kogo należy.

Kolega wyjaśnił, że jedzie do pracy, przed nim daleka droga, a najbliższa stacja benzynowa jest o 200 km stąd.

- Pacjenci czekają na mnie.
- Jesteś lekarzem? Może lekarzem od bioder?
- Nie jestem lekarzem od chorób skóry i wenerycznych.

- Wenerycznych, powiadasz... Oskar! Leć po klucze i nalej doktorowi benzyny.

Szpaltka Naczelnego



Andrzej Wojnar

A więc wakacje. Czytasz te słowa Drogi Czytelniku na plaży lub w pracy w nieklimatyzowanej dyżurce. Twoje dzieci czy wnuki mają długie wakacje, Ty masz 26 dni roboczych urlopu. Być może nie zrealizujesz go teraz w lecie, bo musisz zastąpić koleżankę na macierzyńskim, lub kolegę na chorobowym. Przyjmijmy jednak wariant optymalny. A więc plaża lub góry. W każdym razie z dala od spalin, hałasu i życia z kalendrzem-notatnikiem w ręku. Leżysz sobie i myślisz. Za dużo myślisz. Powinieneś regenerować też mikrołączenia swoich neuronów, bo urlop ma nas odbudować zarówno biologicznie jak i psychicznie. Niestety jesteśmy lekarzami. Znamy za dużo jednostek chorobowych, za dużo objawów. Każdy sygnał biegnący z naszego ciała jest błyskawicznie dopasowywany do schorzenia tego, może tego albo jeszcze innego. Ale przy takim postępowaniu całe nasze życie będzie czekaniem na najgorsze. To samo dotyczy dolegliwości trapiących naszych najbliższych. "Pamiętaj o śmierci" mówi kapłan posypując nasze głowy popiołem. Pamiętam, ale przecież wciąż pamiętać nie mogę i nie muszę. Leżysz. Leże i patrzę na piękne obłoki płynące po niebie i dalej myślę. Nie mogę przestać myśleć. Wokół skoszona trawa, wycieram po raz kolejny mokry nos, łzawią oczy, pokastuję. Powtarzane od lat testy alergiczne na trawy wypadają ciągle na 5 plusów. Kilka lat polinexem, potem dwa sezony ciałem, a teraz czyżby już astma? Pokastuję znowu i sprawdzam czy mam przy sobie claritidine i rhinocort. Coś zakłóca mnie w prawym boku. Dobrze, że w prawym, to na pewno nie złego. Myślisz dalej. Czy jak wrócisz z urlopu Twoje biurko nie będzie już zajęte? Przecież usłyszałeś na ostatnim przed urlopem zebraniu delegatów na zjazd DIL, że trzeba zwolnić wielu lekarzy (5 tysięcy? 10 tysięcy? czy 30%), że nie będzie oddłużenia szpitali, że budżety skończyły się w czerwcu, że ostatnia podwyżka ze 100 zł zmalała do 82 zł, a realnie po odjęciu pochodnych do czterdziestu kilku złotych, od których trzeba jeszcze zapłacić podatek, że należy 20-procentowy dodatek nocny możesz wywalczyć dopiero drogą indywidualnego procesu sądowego. Zaraz, zaraz a od ilu lat można przejść na wcześniejszą emeryturę? Chyba dopiero wtedy wreszcie zrobimy te wszystkie odkładane przed lata prace. Nie odkładamy jednak wszystkiego na potem. Ja nie odkładam aktywnego relaksu na potem, przerywam słodkie leniuchowanie na łące, biorę wędkę mojej córki i idę łowić ryby. Będę mógł nad wodą nadal myśleć, już bardziej optymistycznie i konstruktywnie. Chyba, że znowu tak jak wczoraj zakłuję się haczykiem, co na pewno wpłynie negatywnie na tok moich przemyśleń.

Na parkingach przy plażach w Boszkowie widziałem już kilka aut z nalepką DIL na szybie. Jeśli ktoś z Was chce otrzymać taką nalepkę, są one nadal w Biurze DIL. Wystarczy telefon (22-50-56) lub list, a zaraz, wraz z najbliższym biuletynem otrzymacie (bezpłatnie) do domu nalepkę i na wakacyjnych szlakach będziemy się wspaniale rozpoznawać i pozdrawiać.

Dowiedzieliśmy się ostatnio z prasy, że ostatecznie zezwolono prywatnej placówce w Warszawie na "manipulację nasieniem" jako nie naruszające ustawy o aborcji. Pozostają moim skromnym zdaniem problemy z cłem na spermę sprowadzaną z zagranicy, problemy narodowości i koloru skóry tak poczętego dziecka, problemy porażenia dziecka po śmierci dawcy, późniejsze problemy dziecka, które będzie chciało poznać swego tatusia itd. itd. Być może są to tylko wydumane przeze mnie na łące w Boszkowie problemy, być może dla zainteresowanych są nieistotne. Ale przecież myślę więc jestem. Jednak myślę. I tym optymistycznym akcentem kończę swoje wakacyjne reminiscencje.

Od kwietnia w Ministerstwie Zdrowia trwają negocjacje placowe w sprawie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego wynagrodzenia pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Do rozmów tych Naczelna Rada Lekarska powołała Zespół ds. układu zbiorowego pracy lekarzy w składzie: przewodniczący - R. Łopuch, członkowie - G. Borstem, K. Makuch, W. Marquardt, M. Szewczyk.

Zespół nasz reprezentował Naczelną Izbę Lekarską zgodnie z jej uchwałami, a w szczególności z uchwałą z 18 listopada 1994 roku w sprawie negocjacji dodatków do wynagrodzenia za dyżury lekarskie i gwarancji wynagrodzenia dla lekarzy stażystów oraz ze stanowiskiem z 18 listopada 1994 roku w sprawie projektu ustawy o kształtowaniu wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej. W tym projekcie NRL opowiada się za odrzuceniem projektu ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej. Uważając, że należy przywrócić zasady wynagradzania pracowników służby zdrowia w oparciu o ustawę z 31 stycznia 1989 roku oraz zrealizować postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 21 września 1988 roku w sprawie wynagrodzenia za dyżury lekarskie. NRL proponuje rozpoczęcie negocjacji układu zbiorowego dla zawodu lekarza z udziałem przedstawicieli izby lekarskiej i związków zawodowych".

Podstawą do obecnie prowadzonych rozmów jest nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia, w którym proponowano między innymi wprowadzenie do taryfikatora plac lekarza rodzinnego.

Podstawą prawną takiego zamiaru było zarządzenie Ministra Zdrowia z 19 sierpnia 1994 roku, nie konsultowane z NRL. Zmieniało ono zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, z którego wynika, że specjalizację II stopnia z zakresu medycyny ogólnej (zgodnie z § 20) uznaje się za równorzędną ze specjalizacją z zakresu medycyny rodzinnej. Co jest równoznaczne z zatrudnieniem lekarza rodzinnego na etacie starszego asystenta. Próbę wprowadzenia lekarza rodzinnego do taryfikatora plac przez wyszczególnienie tylko tej specjalizacji przy kwalifikacjach starszego asystenta uznaliśmy, za odejście Ministerstwa Zdrowia od proponowanej reorganizacji ochrony zdrowia, której podstawą jest lekarz rodzinny i próba ograniczenia sposobu jego wynagrodzenia. Wobec tej sytuacji NRL 18 marca 1995 roku przyjęła następujące stanowisko: "Naczelna Rada Lekarska zajmuje stanowisko, iż lekarze rodzinni winni być zatrudnieni na podstawie kontraktów, a nie umieszczani w ogólnej siatce plac pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zasadach preferencyjnych. Lekarze rodzinni są specjalistami na prawach równorzędnych z innymi specjalistami. Program szkolenia lekarzy rodzinnych nie uzasadnia aktualnego uznania ich za specjalistów II stopnia."

Ministerstwo Zdrowia po zapoznaniu się ze stanowiskiem NRL wycofało się z propozycji umieszczenia w taryfikatorze lekarza rodzinnego jako specjalisty II stopnia. Sprawa dyżurów zakładowych lekarzy i dodatek nocny jest stałym punktem wszystkich negocjacji placowych. Również w czasie prowadzenia rozmów żądaliśmy zmiany treści rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego wynagradzania za dyżury zakładowe.

Zespół NRL proponował zapis następujący: za każdą godzinę pełnienia dyżuru zakładowego przysługuje odrębne wynagrodzenie w wysokości stawki godzinowej nie niższej niż wynikające z wynagrodzenia zasadniczego pracownika powiększone o należny 20% dodatek nocny.

Wielokrotnie, nasze (samorządu lekarskiego) i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,

Zupełnie niepostrzeżenie - tak jak to zwykle bywa z wydarzeniami długo oczekiwanymi - lekarze w Polsce stanęli po raz pierwszy przed szansą prawdziwych negocjacji swocieli wynagrodzeń z pracodawcą. Podstawą prawną tych negocjacji jest znówelizowany w ubiegłym roku dział 11 Kodeksu Pracy dotyczący układów zbiorowych. Zgodnie z nim określony jest pracodawca lekarzy - jest nim Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Stroną dla pracodawcy jest reprezentatywny dla zawodu lekarza związek zawodowy.

Takim związkiem jest Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Przewidziany jest również tryb negocjacji - jest nim tryb sporu zbiorowego.

Negocjacje układu zbiorowego różnią się w sposób zasadniczy od wszelkich dotychczasowych konsultacji na temat wynagrodzeń, w których brali udział przedstawiciele naszego Związku, Samorządu Lekarskiego czy też innych związków zawodowych skupiających lekarzy. Zasadniczą różnicą jest fakt, że po raz pierwszy będą to właśnie negocjacje równoprawnych partnerów (pracodawcy i związku zawodowego) a nie konsultacje, w których ostateczny głos należał zawsze do rządowego pracodawcy. W tych negocjacjach nie będzie można używać argumentu, że... "Ustawa budżetowa już uchwalona nie przewiduje odpowiednich środków na wynagrodzenia, że Komisja Trójstronna podjęła inne decyzje, że inne związki zawodowe nie zgadzają się na takie wynagrodzenia dla lekarzy".

Przebieg negocjacji będzie zależał tylko i wyłącznie od naszej determinacji, a ta z kolei od tego jak bardzo lekarze w Polsce utożsamiają się z naszym

Negocjacje placowe

próby zmiany zasad wynagradzania za dyżury lekarskie były blokowane przez pozostałe związki zawodowe i samorządy uczestniczące w negocjacjach. Reprezentowane było stanowisko, że nasza propozycja może być przez nich uznana tylko w przypadku uzyskania przez Ministerstwo Zdrowia dodatkowych środków finansowych. Motywowano to tym, iż wzrost wynagrodzeń za dyżury odbędzie się kosztem pozostałych grup zawodowych. Mimo to Ministerstwo w czerwcu 1994 roku wprowadziło zmianę trybu wynagradzania za dyżury lekarskie w ten sposób, że za każdą godzinę pełnienia dyżuru zakładowego przysługuje wynagrodzenie w wysokości stawki godzinowej wynikającej z wynagrodzenia zasadniczego. Ta poprawka w większości szpitali spowodowała zwiększenie odpłatności za dyżury lekarzy.

Jednak znalazły się szpitale, w których lekarze stracili finansowo. Stało się tak - tam, gdzie dyrektorzy wprowadzili już wcześniej tę zasadę i różnicowali zwiększoną odpłatność za dyżury tzw. ostre, zabiegowe, w których obciążenie pracą jest większe niż w trakcie dyżurów np. "tępych". Dlatego nasza propozycja zawierała zamiast słowa "w wysokości" słowo "nie niższej".

W tej turze rokowań wielokrotnie przedstawialiśmy wyroki sądowe z Koszalina, Suwałk, Częstochowy, przyznające lekarzom prawo do dodatków nocnych. Uważaliśmy, że sprawa ta musi być jednoznacznie załatwiona w czasie tych rokowań. W wyniku naszych jednoznacznych żądań zgłaszanych w czasie negocjacji, jak i w trakcie rozmów dwustronnych przedstawicieli izby lekarskiej i ministerstwa (20 kwiecień 1995 roku). 26 kwietnia 1995 roku Ministerstwo Zdrowia zaproponowało, aby w nowym rozporządzeniu wynagrodzenie za dyżury lekarskie odbywało się na zasadach zgodnych ze stanowiskiem NRL. Na posiedzeniu tym pozostałe uczestniczące w negocjacjach samorządy i związki zawodowe przedstawiły swoje stałe, wcześniejsze stanowiska w tej sprawie. Dyskusję przerwało przedstawienie przez zespół negocjacji Związku Zawodowego Lekarzy rewizji nadzwyczajnej Sądu Najwyższego z 13 kwietnia 1995 roku od wyroku Sądu Wojewódzkiego w sprawie dwóch lekarzy przeciwko Skarbowi Państwa ZOZ-owi o zapłatę dodatku w wysokości 20% stawki godzinowej za pracę w godzinach nocnych, w której Sąd Wojewódzki oddalił roszczenia tych lekarzy.

W dalszych propozycjach nowelizacji rozporządzenia regulującego odpłatność za dyżury lekarskie Ministerstwo Zdrowia zaproponowało skreślenie dwóch obecnie obowiązujących ustępów § 11, mówiących o sposobie wynagradzania lekarzy pozostających w pracy po pełnionym dyżurze. W wyniku naszego sprzeciwu Ministerstwo uznało swoją propozycję za błąd techniczny.

Uważamy, że obecny sposób rozwiązania problemu placowego za dyżury lekarskie jest tylko wstępem do dalszych szczegółowych rozmów nad zasadami wynagradzania za tę pracę, gdyż nadal nie rozwiązujemy problemu dodatku stażowego i premii.

W chwili obecnej rozwiązania, jakie mogą być brane pod uwagę to praca zmianowa, godziny nadliczbowe (których można wypracować w roku 120, zgodnie z konwencją MOP-u), lub praca w oparciu o dodatkową umowę. Jedno to ostatnie rozwiązanie możliwe byłoby dopiero po zmianie wielu aktów

prawnych, a w szczególności rozporządzenia Rady Ministrów z roku 1974.

Projekt nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia został przesłany do konsultacji międzyresortowych. Zakłada on odejście od traktowania dyżuru lekarskiego jako gotowości do pracy i wprowadza nawiązanie stosunku pracy i jest zgodne z sugestiami Rzecznika Praw Obywatelskich oraz orzeczenia Sądu Najwyższego.

Kategorie zaszerzowania i siatki plac to stały punkt negocjacji, w którym uczestnicy spotkań nie zgadzali się z propozycjami Ministerstwa.

Rozpoczęta została dyskusja nad sposobem nowelizacji tej części rozporządzenia. Zaproponowaliśmy zmniejszenie grup zaszerzowania do 2 dla stanowisk od państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego do młodszego asystenta. I tak starszy asystent, zaszerzowany obecnie w grupie od XVII do XIX, byłby zaszerzowany w grupie od XVIII do XIX. Taki sposób zaszerzowania doprowadza do podwyższenia minimalnej płacy lekarzy i jest pierwszym krokiem do zmiany kategorii zaszerzowania, tak aby jednemu stanowisku odpowiadała jedna grupa zaszerzowania i grupy nie zachodziły na siebie. Z chwilą ustalenia dwustopniowej kategorii zaszerzowania wprowadzono grupę XV do kategorii zaszerzowania lekarza w pierwszym roku pracy (obecnie grupa XIV). Pozostali uczestnicy spotkania zaproponowali rozszerzenie naszej propozycji na pozostałe stanowiska pracy. Ministerstwo Zdrowia rozpatrzy tę propozycję po przeanalizowaniu skutków finansowych (jeżeli chodzi o grupy lekarskie, to wynagrodzenie miesięczne kształtuje się w połowie widełek i rozwiązanie takie nie pociąga za sobą żadnych skutków finansowych). Natomiast w pozostałych grupach może się to odbyć kosztem proponowanej obecnie regulacji plac.

Należy wspomnieć, że tylko dla pracowników z wyższym wykształceniem: lekarza, mgra farmacji, mgra analityki do przegrupowania oprócz wysługi lat obowiązuje egzamin państwowy (np. asystenta na starszego asystenta). W innych grupach zawodowych najważniejszym kryterium jest czas pracy.

Związki zawodowe zaproponowały usunięcie maksymalnego ograniczenia dodatku stażowego do 20 lat pracy dla długoletnich pracowników (np. z 30-letnim stażem), co zostało przekazane do Komisji Trójstronnej.

W związku ze stałym wzrostem minimalnej płacy, w niedalekiej przyszłości może dojść do sytuacji, że będzie ona odpowiadać minimalnej płacy znacznej grupy pracowników ochrony zdrowia. Zebrani wyrazili opinię, że Ministerstwo powinno zwrócić się do Rządu o wyasygnowanie dodatkowych środków na dopłatę do minimalnej płacy. Taka możliwość była w 1994 roku i została wykorzystana jedynie przez trzech wojewodów.

Największe nasze zaniepokojenie wywołała informacja Ministerstwa Zdrowia, że od 1 lipca 1995 roku nastąpi wzrost limitu środków na wynagrodzenia (na 1 etat kalkulacyjny) o 82,18 zł zamiast obecnich 100 zł.

Zebrani zażądali wystąpienia Ministra Zdrowia do Rządu o przyznanie dodatkowych środków, tak aby limit na 1 etat kalkulacyjny wyniósł 100 zł zgodnie z poprzednimi obietnicami.

Ryszard Łopuch

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
Zarząd Krajowy
ul. Ujejskiego 75
85-163 Bydgoszcz tel. 71 16 00

Apel

Związkiem jako swoim reprezentantem. Tryb sporu zbiorowego przewiduje, że w przypadku gdy strony nie dojdą do porozumienia - związkowi zawodowemu przysługuje prawo najpierw do akcji protestacyjnej a następnie do strajku. Jesteśmy zdecydowani z tego prawa skorzystać, ale nie od nas będzie zależało czy broń ta okaże się skuteczną.

Jeżeli lekarze w Polsce nie poprą czynnie naszych działań, jeśli pozostawią nas samych w sporze z Rządem, jeśli Samorząd Lekarski a szczególnie Naczelna Rada Lekarska i Prezes NIL odejść się od naszych działań - tak jak stało się to poprzednim razem - możemy przegrać. Nie przegra jednak Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy ale przegramy my - wszyscy lekarze, przegrają również nasi pacjenci. Trzeba bowiem wyraźnie to powiedzieć, że nasz spór zbiorowy z Rządem chociaż formalnie będzie sporem o wynagrodzenia lekarzy, faktycznie będzie sporem o kształt nowego systemu ochrony zdrowia w Kraju. Będzie tak dlatego,

że obecny system nie jest w stanie opłacić lekarzy sprawiedliwie. Niskie zarobki personelu medycznego są jednym z jego głównych filarów. Dzięki oszczędnościom dokonywanym na naszych placach, rządzący mogą dofinansować cele, według nich ważniejsze, a na które nikt z obywateli dobrowolnie nie przeznaczyłby swoich pieniędzy.

Dlatego apelujemy do wszystkich lekarzy, nie tylko członków naszego związku o czynne poparcie naszych działań. Zmobilizujmy się. Spróbujmy jeszcze ten raz oderwać się od naszych codziennych ważnych spraw. Nie bójmy się. Nie straszmy się nawzajem Kodeksem Etyki i Kodeksem Kamym. Chciejmy zauważyć, że działamy nie tylko w naszym interesie, ale również w interesie naszych pacjentów.

Zarząd Krajowy OZZL
Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
lek.med. Krzysztof Bukiel
V-ce Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
lek.med. Rajmund Karczewski

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

1 czerwca

W obradach uczestniczyli - na zaproszenie Prezydium - koledzy z Kół: z Kątów Wrocławskich kol.E.Młyńczyk-Pokutycka i z Milicza kol.T.Garbiec.

Przewodniczący kol.W.Bednorz przekazał najważniejsze informacje z ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej - po długiej dyskusji przyjęto projekt dotyczący stażów podyplomowych;

- drugi dzień obrad upłynął na spotkaniu z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia - dyskutowano nad projektem ubezpieczeń zdrowotnych. Komisje ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych NRL i Zdrowia Publicznego NRL przedstawiły swoje stanowiska na piśmie. Ostateczny tekst projektu wraz z poprawkami został przedstawiony na posiedzeniu połączonych Komitetów Społecznego i Ekonomicznego Rady Ministrów w drugiej połowie czerwca.

W dalszej części posiedzenia kol.R.Łopuch poinformował o najważniejszych punktach negocjacji płacowych, które były omawiane na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

Zebrani omówili ponadto aktualne problemy - m.in. szkolenie lekarzy rodzinnych, dodatkowe testy na konkursach, powstanie nowego Koła w Szklarskiej Porębie a także sytuację w Kątach Wrocławskich; zwrócono uwagę na konieczność utworzenia na łamach Biuletynu kącika prawnego.

Kol.M.Przestalski został oddelegowany na konkurs na stanowisko dyrektora ds. lecznictwa w ZOZ Wrocław Fabryczna.

Podjęto uchwałę finansową na kwotę 500 zł.

22 czerwca

Na kolejnym posiedzeniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej kol.W.Bednorz przedstawił dwie uchwały Konwentu przewodniczących Izb Lekarskich: 1/ stanowisko dotyczące budżetu państwa na służbę zdrowia w przyszłym roku (zostało przyjęte jako uchwała Prezydium NRL) i 2) stanowisko w sprawie pożyczki na kupno siedziby NRL (drukujemy w numerze). Zebrani jednogłośnie przyjęli uchwałę w tej sprawie.

W związku z propozycją PROSPER-Banku S.A. zebrani - po dyskusji o szczegółach - podjęli uchwałę w sprawie podpisania umowy dotyczącej współpracy z tym Bankiem w zakresie pożyczek. Przewodniczący zaproponował, aby Izba gwarantowała pożyczki do sumy 700.000 zł dla wszystkich banków łącznie. Zwrócono uwagę na znaczenie gwarancji Izby.

Rada podjęła uchwałę w sprawie ewidencjonowania środków trwałych i nietrwałych przez Koła, dzięki której zostanie uporządkowany ich stan majątkowy. Uchwałą Rady powołano Komisję ds. Kontraktów, w jej skład weszli koledzy: A.Białas, R.Bronowicz, K.Kochman, A.Kwaśniewski, K.Leśniakowski, R.Łopuch - lista jest otwarta. Zespół ten zapozna się z doświadczeniami kontraktowymi innych Izb. Omawiano sprawy ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności cywilnej - napływają już deklaracje. Dobiegają końca prace nad uchwałą o certyfikatach, zebrani dyskutowali nad poprawionym projektem przedstawionym przez Komisję ds. Certyfikatów. Ustalono, że ostateczny projekt uchwały, po pisemnej konsultacji z wszystkimi członkami Rady, zostanie poddany głosowaniu na następnym posiedzeniu Rady, które odbędzie się pod koniec września.

Na konkurs do Malczyc 3 lipca została oddelegowana kol.W.Poradowska-Jeszke; na konkurs na stanowisko dyrektora w ZOZ Wisznia Mała została oddelegowana kol.K.Gniatkowska-Gładysz. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 10.700 zł.

29 czerwca

Dyskusyjnie na temat spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową, także odpowiedzialnością przełożonych za swoich podwładnych, błędnego wypisywania recept i kwestii szkoleń w tym zakresie. W związku z tym, że - aby odzyskać należny zaległy 20-procentowy dodatek za dyżury w godzinach nocnych - każdy lekarz musi wstąpić indywidualnie na drogę sądową, mec.B.Kozyra-Łukasiak przygotowuje wzór wniosku pozwu, którym będzie można się posłużyć wnosząc sprawę do sądu.

Zebrani zaakceptowali propozycję opracowania materiałów do "Vademecum lekarza prywatnie praktykującego".

Szeroko dyskusyjnie propozycje tematyczne na "dzień lekarza praktyka", cykl szkoleń, które pod tym hasłem rozpocznie DIL jesienią tego roku; propozycje spływają do banku tematów. Dyskutowano także nad efektywnym systemem organizacji tych szkoleń w całym regionie. Na obecnym etapie proponuje się wykorzystanie roboczych sobót na spotkania, ale nie są wykluczone i inne terminy.

Uchwalono zakupienie 50 sztuk bibliofilskiej książki pt. "Bartłomieja Steina renesansowe opisanie Wrocławia" na potrzeby Izby.

Decyzją Prezydium koledzy: W.Bednorz, Z.Plamieniak, A.Szmida i M.Przestalski zostali upoważnieni do poręczeń przy pobieraniu pożyczek bankowych.

Kol.B.Bruzewicz-Miklaszewska przedstawiła swoje wrażenia z pobytu na II Kongresie Polonii Medycznej, który odbył się 20-24 czerwca w Częstochowie a kol.J.Kasprzak-Wójtowicz zdała relację z pobytu w Zabrze na Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej.

Kol.E.Chrzanowska została oddelegowana na konkurs ZOZ w Dzierżonowie.

Kol.J.Terpiński został oddelegowany na zebranie wyborcze Terenowego Koła DIL przy Gómiczo-Hutniczym Specjalistycznym ZOZ w Lubinie.

Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 4.850,- zł.

MG

Jubileusz 70-lecia Prof. dr. hab. Adama Masztalerza

W piękną i słoneczną sobotę, 17 czerwca bieżącego roku tradycyjnie już w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego, spotkali się stomatolodzy Dolnego Śląska by świętować jubileusz swego Mistrza i Nauczyciela, znakomitą osobowość Polskiej Stomatologii Profesora Adama Masztalerza.

Posiedzenie prowadził Prezes Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego dr n.med.Jan Wnukiewicz. W ciepłych i serdecznych słowach powitał Dostojnego Jubilata, Honorowego Członka PTS, Kierownika Katedry i Zakładu Ortodoncji AM, Przewodniczącego Krajowego Zespołu Specjalistów z zakresu ortodoncji, wspaniałego specjalistę o niekwestionowanym autorytecie naukowym wraz z małżonką Panią dr n.med.Zofią Masztalerzową.

Uroczystość tą zaszczylicili: Nestor Polskich Stomatologów, honorowy członek PTS Pan Profesor Tadeusz Owiński z małżonką Panią

Jan Wnukiewicz

dr n.med.Barbarą Włodek-Owińską i Prof.dr hab.Stanisław Potoczek, również honorowy członek PTS.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego reprezentował Prezes Zarządu Prof.dr hab.Janusz Piekarczyk z Warszawy. Jego Magnificencję Rektora Wrocławskiej AM, Senat i Radę Wydziału Lekarskiego reprezentowali - Pan Prorektor Prof.dr hab.Andrzej Kübler i Pan Dziekan Prof.dr hab.Jan Kornafel.

Na spotkanie przybyli Prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, dr n.med.Włodzimierz Bednorz i wiceprezes Izby dr Ryszard Łopuch.

Oddział Stomatologii Wrocławskiej AM reprezentowali wszyscy Kierownicy Katedr, Klinik i Zakładów - Profesorowie: Feliks Ćwior, Urszula Kaczmarek, Anna Majewska, Bogumił Płonka, Tadeusz Paweła, Doc.Marek Ziętek i dr n.med.Adam Zawada wraz

ze współpracownikami.

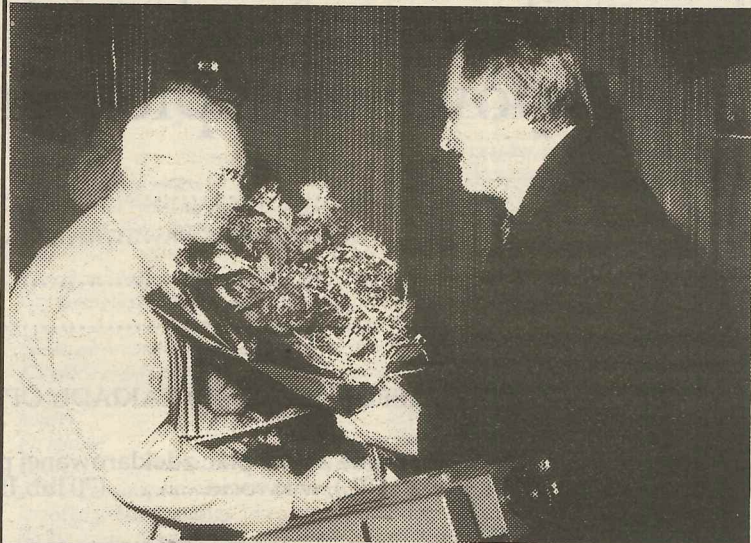
Po rozpoczęciu uroczystości drogę życiową Jubilata i Jego osiągnięcia przedstawił zebrany - Przyjaciół i najbliższy współpracownik Profesora Masztalerza Pan Profesor Stanisław Potoczek oraz dr n.med.Mirosława Szymańska i dr n.med.Jadwiga Penkalowa. Następnie przemawiali zaproszeni goście reprezentujący Akademię, Zarząd Główny, Izbę Lekarską przekazując Jubilatowi listy gratulacyjne, kwiaty, drobne okolicznościowe upominki. Długich lat zdrowia życzyli Profesorowi Masztalerzowi Kierownicy Katedr, dziękując za doskonałą, wieloletnią współpracę i naukę, albowiem w większości byli oni studentami Profesora.

Piękne kwiaty szybko wypełniły podium, a listy gratulacyjne od Wojewodów Jeleniogórskiego, Legnickiego i Wałbrzyskiego oraz regionalne upominki zostały wręczone Dostojnemu Jubilatowi przez Koleżanki i Kolegów Wojewódzkich Specjalistów ds. Stomatologii i Przewodniczących Kół Terenowych PTS.

Szkoda tylko, że nie uczestniczyli w tej uroczystości organizatorzy i przedstawiciele administracji z Wrocławia.

Z kolei nastąpił moment spontanicznych gratulacji byłych i obecnych uczniów, specjalizantów, stażystów i studentów.

Przemawiając do Jubilata Pan Profesor Owiński z dumą podkreślił, że tradycje Lwowskiej szkoły stomatologicznej Profesora Cieszyńskiego znalazły godnego kontynuatora i zostały przekazane bardzo wielu stomatologom. Ponad dwugodzinne świętowanie zakończyło chóralne sto lat i tradycyjna lampka szampa.



Komunikat Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

W kwietniu br. odbyło się kolejne Walne Zebranie Sprawozdawcze LKPK, na którym Przewodniczącą Zarządu Kasy - dr Krystyna Gniatkowska-Gładysz omówiła dotychczasową działalność. Kasa liczy obecnie 380 członków i dysponuje kapitałem w wysokości 172 384,- zł (nowych).

W okresie sprawozdawczym Zarząd odbył 11 posiedzeń, uzyskując pozytywną ocenę Komisji Rewizyjnej dla swoich działań.

W czasie zebrania przegłosowano następujące propozycje:

I. Możliwość udzielania pożyczek do kwoty 100,- zł bez poręczenia dla osób mających wkłady większe niż 500,- zł.

II. Możliwość udzielania pożyczek do kwoty 2000,- zł, dla osób mających wkłady większe niż 600,- zł, z jednoczesnym zobowiązaniem wnioskodawcy do podniesienia comiesięcznej składki do wysokości 30,- zł (wplacanej minimum przez 5 miesięcy) i zobowiązaniem jej utrzymania przez cały okres spłaty pożyczki. Pożyczki te udzielane byłyby nie wcześniej niż w listopadzie br.

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej uwzględniając trudną sytuację materialną osób specjalizujących się proponuje przyznawanie pożyczek nieoprocentowanych w przyspieszonym terminie. Pożyczkę w wysokości 1000,- zł (10 mln starych zł) otrzymałby członek Kasy po potwierdzeniu na wniosku (pożyczkowym) rozpoczęcia specjalizacji przez jej kierownika. Spłata pożyczki następowalaby zgodnie z regulaminem Kasy.

Oprac.Zbigniew Machaj

Zjazd Klubu Syrtyjczyka

W dniach 29.09.-1.10.95 r. odbędzie się Zjazd Syrtyjczyków w Chańcu k/Staszowa. Planowany przyjazd w dniu 29.09 do godz.19.00. Kolacja o 19.00. W dniu 30.09 śniadanie o godz.8.30. W godz. 9.00-14.00 wycieczka po Ziemi Staszowskiej (Kurozwęki - Staszów ze zwiedzaniem Muzeum - i odwiedzin w klasztorze Kamedułów w Rytwianach). Obiad o

15.00. 16.00-18.00 spotkanie libijskie, wspomnienia, wiersze etc. 19.00 ognisko i spotkanie "twórcze". W dniu 1.10 śniadanie o 9.00 i powrót do Wrocławia. Koszt uczestnictwa 30 zł od osoby (obejmuje wyżywienie i wycieczkę). Nadto (płatne na miejscu) noclegi - pokoje 2-osobowe. Za jeden nocleg 10 zł. Zgłoszenie uczestnictwa jednocześnie z wpłatą wpisowego (30

zł) na konto: STASZOWSKIE TOWARZYSTWO KULTURALNE nr 983446-1586-271 BANK SPÓŁDZIELCZY w Staszowie do dnia 15 września br. Dodatkowe informacje i zapisy - dr Maciej Zarębski, 28-200 Staszów, ul. Szpitalna 37/7. Dojazd na miejsce przez Częstochowę - Szczekociny - Jędrzejów - Chmielnik - Szydłów do Chańcy.

(A.W.)

17 czerwca 1995 r. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne zorganizowało uroczyste 70-lecie Pana prof. Adama Maszalerza, w uroczystościach oprócz wielu wychowanków i przyjaciół wzięli udział:

Rektor prof. Andrzej Kübler, Dziekan prof. Jan Kornafel, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Janusz Piekarczyk, Prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr Włodzimierz Bednorz. Pan profesor otrzymał listy gratulacyjne od wojewodów: jeleniogórskiego, legnickiego i wałbrzyskiego. Składając życzenia podkreślali olbrzymi wkład Pana prof. Adama Maszalerza w rozwój polskiej i światowej ortodontji. Niepodważalny jest również wkład Profesora w rozwój i działanie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Polsce a szczególnie na Dolnym Śląsku.

Co słyszeć u stomatologów?

Ryszard Łopuch

Liczymy, iż Pan profesor będzie kontynuował swoją działalność w Polskim Towarzystwie Stomatologicznym i Samorządzie Lekarskim i pomagał młodszemu kolegom w zdobywaniu wiedzy ortodontycznej. Jubilatowi składał życzenia nestor polskiej stomatologii Pan prof. Tadeusz Owiński, podkreślał zasługi Pana prof. Adama Maszalerza dla polskiej stomatologii oraz życzył mu dalszych lat owocnej pracy. Było to ostatnie wystąpienie Pana prof. Tadeusza Owińskiego. W dniu 24.06.95 r. uczestniczyłem w pogrzebie Pana profesora. Na tę smutną uroczystość przybyli

tłumnie jego uczniowie, przyjaciele, kombatanci. Pan Profesor jako wychowawca olbrzymiej rzeszy lekarzy i lekarzy stomatologów, żołnierz A.K., powstaniec i pionier zapisał się w naszej pamięci jako wspaniały nauczyciel oraz człowiek walczący o przywrócenie niepodległości Polsce. W marcu 1968 r. pierwszy i jeden z nielicznych pracowników naukowych poparł strajkujących studentów, swoim moralnym autorytetem wspomagał Komitet Strajkowy, którego byłem przewodniczącym, a potem bronił represjonowanych studentów za co ówczesne władze odsunęły Go od pracy w Klinice. Jeszcze w 1984 r. I sekretarz Partii na Akademii Medycznej (stomatolog) nie zgodził się na przyzna-

nie Mu wysokiego odznaczenia państwowego proponowanego przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Dopiero w Trzeciej Rzeczypospolitej, o którą Pan Profesor walczył przez całe życie, można było głośno mówić o zasługach Pana profesora. Śmierć Profesora Tadeusza Owińskiego jest olbrzymią stratą dla polskiej i wrocławskiej stomatologii, ale pamięć o Nim pozostanie w naszych sercach.

Na koniec trochę informacji o działaniu Komisji Stomatologicznej. W sierpniu dojdzie do spotkania z przedstawicielami Saksońskiej Izby Stomatologicznej oraz Kasy Chorych Stomatologów. Na spotkaniu tym będziemy omawiać szkolenie pody-

plomowe lekarzy stomatologów w Saksonii oraz działanie Kas Chorych w tym landzie. Biuro Dolnośląskiej Izby Lekarskiej nadal przyjmuje zapisy na szkolenia, które odbędą się w październiku. Szkolenie protetyczne z zakresu bezżebne całkowite będzie objęte również organizacją i pomocą Izby Lekarskiej. Zgłosiły się również firmy stomatologiczne, które chcą pomóc szkółcom się na kursach lekarzom oferując tańsze materiały oraz sprzęt. Dla właścicieli laserów Firma INCO LASER z Warszawy organizuje kurs drugiego stopnia, na którym działanie laserów zademonstruje na pacjentach, szczegóły dotyczące szkoleń podam we wrześniu.

Zniżki ubezpieczeniowe przy OC

Otworzyła się możliwość preferencyjnego ubezpieczenia majątkowego ze zniżką 10 procent. Zniżka ta jest związana z ubezpieczeniami od Odpowiedzialności Cywilnej na mocy umowy zawartej pomiędzy DIL a firmą "Fortuna".

Ubezpieczeniem z 10 proc. zniżką mogą być objęte domy mieszkalne, wyposażenie mieszkań, gabinetów, klinik, samochody oraz ubezpieczenia osobowe od następstw nieszczęśliwych wypadków dla ubezpieczonego od OC i członków jego rodziny. Wszystkie dotychczasowe zniżki w tym wariancie ubezpieczenia zostają zachowane.

Prosimy członków DIL, którzy są lub będą objęci grupowym ubezpieczeniem OC o zgłaszanie się do osoby, która w Izbie będzie się zajmowała ubezpieczeniami, do końca listopada br. w celu realizacji dodatkowego ubezpieczenia majątkowego ze zniżką na 1996 r.

Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 1994 r. I PZP 6/94

Pracownicy lekarzowi przysługuje dodatek wyrównawczy przewidziany w art. 179 par. 2 k.p., jeżeli poprzednio pełniła dyżury zakładowe, za które otrzymywała dodatkowe wynagrodzenie, a ze względu na ciężę nie może ich pełnić.

(Orzecznictwo Sądu Najwyższego, poz. 125)

Wyrok z dnia 6 stycznia 1995 r. I PRN 118/94

Dodatek wyrównawczy przewidziany w art. 179 par. 2 k.p. nie dotyczy okresu, w którym ciężarna pracownica pobierała zasiłek chorobowy. (Orzecznictwo Sądu Najwyższego, poz. 134)

Uchwała z dnia 20 stycznia 1995 r. II UZP 38/94

Wykonywanie w czasie zwolnienia lekarskiego od pracy, zatrudnienia w jednym z dotychczasowych zakładów pracy przy jednoczesnym pobieraniu zasiłku chorobowego w drugim zakładzie, w którym pracownik był równocześnie zatrudniony przed powstaniem prawa do zasiłku chorobowego, jest wykonywaniem innej pracy zarobkowej w rozumieniu art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz. U. z 1983 r., Nr 30, poz. 143 ze zm.), jeżeli praca ta stanowi czynności uciążliwe, mogące przedłużyć okres niezdolności do pracy albo jest niezgodne z celem tego zwolnienia.

(Orzecznictwo Sądu Najwyższego, poz. 135)

Dane personalne lekarza ubezpieczonego od odpowiedzialności cywilnej (grupowe ubezpieczenie w DIL):

.....

DO PUBLICZNEGO (NIEPUBLICZNEGO) ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ, w którym jestem zatrudniona(y).

Uprzejmie proszę o potrącanie z listy płac zadeklarowanej przeze mnie składki na grupowe ubezpieczenie O.C. lekarzy (DIL), w kwocie.....(70 lub 150 zł):

1. jednorazowo,
2. kwartalnie,
3. miesięcznie,

na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (BGz Wrocław 893022-9537-2710 z dopiskiem "OC").

Podpis lekarza:.....

Deklaracja

przystąpienia do grupowego ubezpieczenia lekarzy DIL od odpowiedzialności cywilnej w Towarzystwie Ubezpieczeniowym "FORTUNA" S.A.

Nazwisko i imię:

Adres i telefon:

Tytuł zawodowy:

Specjalizacja:

Zatrudnienie:

Publiczny zakład opieki zdrowotnej (adres):

Samodzielna (prywatna) praktyka lekarska (rodzaj, adres):

Świadom(a) warunków grupowego ubezpieczenia lekarzy DIL od odpowiedzialności cywilnej deklaruje swój udział we wspomnianym ubezpieczeniu. Roczna składkę, wynikającą z zaszeregowania w grupie I (150 zł) lub grupie II (70 zł) będę opłacać na konto DIL (numer):

1. jednorazowo (opłata roczna)*

lub w ratach:

2. kwartalnie*

3. miesięcznie*

indywidualnie przekazem pocztowym, bankowym lub osobiście w kasie DIL

przelewem bankowym z rachunku ROR

z listy płac w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej

niepotrzebne skreślić

Podpis lekarza i pieczęć

Data:

UBEZPIECZENIA

Jak wygląda rynek ubezpieczeniowy w Polsce, jaka jest kondycja finansowa firm ubezpieczeniowych - o tym możecie się Państwo dowiedzieć sięgając do "Rzeczpospolitej" nr 116 z 20-21 maja 1995 roku. W razie problemów z dotarciem do gazety prosimy przyjść do nas - w Biurze DIL a także w Redakcji jest komplet materiałów z "Rzeczpospolitej" w postaci powielonej do dyspozycji zainteresowanych.(MG)

Jerzy Piekarski

* W poprzednim artykule nie wyeksponowano w sposób jednoznaczny ubezpieczyciela. Jest nim TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE "FORTUNA" S.A. z siedzibą w Bielsku - Białej oraz oddziałami m.in. we Wrocławiu i Lubinie.

* Lekarze, którzy podpisali deklaracje umieszczone w Biuletynie i przesłali listem poleconym do DIL lub złożyli je w Biurze DIL, spełnili wszystkie formalności ubezpieczeniowe.

W najbliższym czasie ubezpieczone Koleżanki i Koleżdy otrzymają potwierdzenia zawarcia umowy, które jest jedynym dokumentem stwierdzającym ubezpieczenie.

* By ułatwić sposób przekazywania składki poprzez zakłady pracy publikujemy formularz zlecenia, zaś Kolegów dyrektorów zatrudniających lekarzy prosimy o przychylnie potraktowanie próśb o pośrednictwo finansowe.

Bardzo prosimy wszystkich wypełniających deklaracje i przekazy o podawanie dokładnych danych ze zwróceniem uwagi na grupę specjalności lekarskiej.

* W związku ze znacznym zainteresowaniem problematyką ubezpieczeń będziemy co kwartał publikować deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia lekarzy DIL, gdyż taki jest interwał przyjmowania nowych kandydatów w TU "Fortuna", jak również dodatkowe wyjaśnienia i informacje.

* Istnieje możliwość wynegocjowania dodatkowych form grupowego ubezpieczenia związanego z wykonywaniem zawodu, np.:

- ubezpieczenie personelu średniego,
- ubezpieczenie z tytułu stosowania narzędzi wirujących,
- ubezpieczenie od utraty zdolności zarobkowania (choroba, bezrobocie).

Inwencja przeczonych może zaowocować innymi, wręcz nowatorskimi propozycjami. Prosimy o uwagi i sugestie.

*Przewidujemy cykliczne informowanie o problemach ubezpieczeń, procedurach związanych z roszczeniami pacjentów oraz sposobach likwidowania szkód.

Tacy byliśmy

Refleksje po spotkaniu absolwentów rocznika 1945-1950

Wypowiedź na VIII Zjeździe Koleżeńskim z okazji 50-lecia rozpoczęcia Studiów oraz 45-lecia Absolutorium.

Znów jesteśmy razem

Rok 1945, maj, przyroda w pełnym rozkwicie, wolność upaja wszystkich, radość. Młodzież, przeżywając to wszystko, zastanawia się, co robić dalej. Duża część młodych ludzi chce się uczyć, na różnych kierunkach wyższych uczelni. Nie wszyscy jednak dostają się na studia. Rozchodzą się radosna wieść, że we Wrocławiu organizują się wyższe uczelnie.

Do Wrocławia ciągną, ze wszystkich stron Polski i nie tylko, rzesze młodych ludzi. Czasami biletem, który umożliwiał podróż, była ćwiartka bimbru. Była to młodzież w różnym wieku, od 17 lat i dużo starsza, która miała świadectwa maturalne z okresu przedwojennego, z kompletów prowadzonych w czasie wojny, z przyspieszonych kursów prowadzonych zaraz po zakończeniu działań wojennych. Niektóre maturo weryfikowało Kuratorium wrocławskie, już w czasie studiów. Chęć nauki była olbrzymia, zapał niespotykany. Uczyć się, uczyć... nie zważając na warunki w jakich to się odbywało.

Takimi studentami byliśmy na pierwszym roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej.

Pierwszy rocznik 1945 roku i absolwenci z roku 1950, spotkali się kolejny raz, na zjeździe koleżeńskim dnia 10.VI.1995 roku. Rano, zbiórka przed kościołem przy ulicy Wit-tiga. Ile wspomnień wiążemy z tym kościółkiem. Tu modliliśmy się przed i po egzaminach, polecając Bogu swoje radości i troski dnia codziennego. Było ich niemało. Te trudne i smutne ulegają z czasem zatarciu, pozostają radosne. Na twarzach wszystkich kolegów widać radość i uśmiech. Spotkania z kolegami, uściski, pocałunki. Żyjemy, znów jesteśmy razem, jak dawniej. Słuchaliśmy kazania O. Pierożyńskiego. Surowy to był kapłan, ale serdeczny i życzliwy dla młodzieży. Organizował stołówek, a była to sprawa podstawowa dla naszego życia, zasilali akademik różnymi przedmiotami codziennego użytku. Może dopiero dziś doceniamy Jego nauki i pomoc.

W niejednym oku zabłyśnięcie... Wiele nazwisk ulotniło się z pamięci (skleroza). Twarze znane. Przypominamy sobie sytuacje z przeszłości, grupki które tworzyły się w czasie studiów. Niestety nieubłagane prawa przyrody, sprawiły, że na apel nie stawili się wszyscy koledzy. Wspominamy ich ciepło i z rozrzewaniem, takimi jakimi byli przed kilkudziesięciami laty. Zebrali się nas 120 z ponad 300 osób, które uzyskały absolutorium.

Msza Święta. Pięknie i wzruszające kazanie ks. O. Golca. Modlimy się w skupieniu. Wartości chrześcijańskie miały wpływ na nasze postępowanie w życiu. Po każdym zakończeniu roku akademickiego, grupkami lub pojedynczo pielgrzymowaliśmy do Matki Boskiej Częstochowskiej, dziękując za otrzymane łaski i prosząc o dalszą pomoc i opiekę.

Po Mszy Świętej, składamy wianuszek kwiatów przed umą z ziemią Katyńską. Ziemia ta gromadzi prochy wielu naszych najbliższych... Cześć i chwala ich pamięci.

Spotkanie w sali wykładowej Kliniki Chorób Wewnętrznych. Sala pełna. Koledzy radośni, roześmiani, rozgadani. Tak jest przez całe spotkanie. Siedzimy i wydaje się, że czekamy na wykład, że za

Prof. dr hab. Julian Kornobis

chwile wejdzie Profesor. Na sali było z nami tylko trzech profesorów.

Krótką część oficjalną. Przemawia kolega Zbigniew Knapik, koleżanka Ewa Bohdanowicz, główna inicjatorka i organizatorka naszego spotkania. Koleżanka Bożenna Zawirska, lekarz o wielkim umyśle humanisty wygłasza przepiękną mowę.

Kolega Włodzimierz Bednorz, przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wita nas i życzy przyjemnego spotkania, jego obecność podkreśla więzi i ciągłość między pokoleniami.

Czas do 17-tej wykorzystujemy na spotkania indywidualne w domach kolegów, którzy mieszkają we Wrocławiu.

O 17-tej spotykamy się wszyscy w Domu Lekarza. Stoły ustawione w prostokąt. Z przyjemnością jemy wspólny obiad. Toast, za spotkanie, wznosimy szampanem.

Nasz rocznik cechowała duża koleżeńskość, chęć wzajemnej pomocy, wspólna nauka, dzielenie się podręcznikami, bo by-



Pielgrzymka do Częstochowy 1946 r. Krystyna Klimek i Julian Kornobis (autor wspomnienia).

ło ich niewiele, paczkami żywnościowymi. W mieszkaniach i akademikach wspólnie przeżywaliśmy nasze studia.

Z ważnych zagadnień etyki lekarskiej nie mieliśmy wykładów. Nie było Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ustawa o Zawodzie lekarza, uchwalona w roku 1950, nie była powszechnie znana. Niektóre zagadnienia etyczne omawiali w swych wykładach z medycyny sądowej, Profesor Bolesław Popielski. Naszą postawę etyczną kształtowały wartości wyniesione z domów rodzinnych i przykład nauczycieli.

Koledzy pochodzili z różnych środowisk społecznych, mieli różne zapatrywania polityczne. Nie słyszałem jednak, aby któryś z kolegów zaszkodził innym.

O właściwym wykonywaniu zawodu, może świadczyć fakt, że przez 45 lat mojej pracy w Zakładzie Medycyny Sądowej i opiniowaniu wielu spraw, dotyczących postępowania lekarskiego, nie spotkałem ani razu sprawy naszego kolegi. A wielu z nich pracowało w małych ośrodkach, gdzie praca była ciężka, a dokształcanie utrudnione. Mimo to wielu zdobyło specjalizacje i stopnie naukowe, pełniło odpowiedzialne funkcje administracyjne.

Czasy były biedne i trudne. Koledzy nie dorobili się samochodów, ani domów, nie jeździli na zagraniczne wycieczki. Żyliśmy z pensji.

"To były piękne dni nie zapomniane dni takich dni nie zna już świat..."

"Jak sztuksmistrz, co z cylindra głębi
Wyciąga wielobarwne wstęgi
I szklankę wina - ja tak samo
Pod słów zaklęciem czarodziejskim,
Spod podwójnego dna pamięci,
Z głębi serdecznej i letejskiej
Dobynam pasma dni kwieciste..."

Był to cytat z "Kwiatów polskich" Juliana Tuwima, a inne będą się jeszcze prze-wijały w mojej wypowiedzi.

I oto spotykamy się znowu po 50 latach od rozpoczęcia studiów - latach spowitych w mgłę minionego, niepowtarzalnego, ale i nieutraconego czasu. Płatki róż zasuszonych między okładkami starych książek, strzęp melodii - budzą utajone przeżycia i

den podręcznik na części i te puszczaemy w obieg, nie zawsze mamy grosze na wykupienie marnego posiłku w Cichym Kąciku na Biskupinie, a potem w stołówce "Pod Świnia", a w maju słuchamy perlistego śpiewu słowików.

Jaka rozpięła nas wtedy fantazja, jaki uparty entuzjazm w dążeniu do celu, do dyplomu! Przepojeni nadzieją, widzieliśmy przyszłość w różowych barwach, wszystko wydawało się nam możliwe! Pomagało to przekonać każdą trudność, a było ich niemało.

A nasi Profesorowie, zawsze żywi, pochodzący głównie z Uniwersytetu imienia Jana Kazimierza we Lwowie, autorytety

mięci własne doznania, osiągnięcia i kłęski, które się w nim nagromadziły, stara się zapanować nad rytmem czasu i obrócić go na własny użytek. Ale nie tylko na własny.

Dokładnie 25 lat temu miałam zaszczyt zabrania głosu na naszym Zjeździe z tego samego miejsca. Obecnie chciałabym powtórzyć przesłanie Antoine'a de Saint-Exupery, które przytoczyłam wtedy. "Będę walczył o Człowieka. Przeciwno jego wrogom. Ale także przeciw sobie."

Droga, którą kiedyś obraliśmy, zawiadła nas do okresu późnej jesieni i tylko od nas zależy, czy chcemy i potrafimy dostrzec jej dojrzałe piękno. Nadszedł czas odkrywania i poznawania samego siebie,

Ach, cóż to był za rok!

prof. dr hab.
Bożenna Zawirska

wrażenia drżące w naszych sercach. Z biegiem dni i z biegiem lat melodia przeszłości "powoli opada, przycicha", ale "powiada, że zaraz, czy pamiętasz?"

I naraz
nad głową
grzmotnęło do walca
porywa - na życie, na śmierć - do tańca.
Czy pamiętasz, jak z tobą tańczyłem walca?

Panno, madonno, legendo tych lat?
Czy pamiętasz, jak ruszył świat do tańca,

Świat, co w ramiona mi wpadł?

Kolujący rośnie krąg,

Pędzi zawrót

kolisty

Po elipsie

falistej...

A tu noga ugrzęzła

Drzazga w bucie uwiezła

Bo ma dziurę w podeszwie

Twój pretendent na męża.

Ale szarpnę się, wyrwę -

O już wolny, odeszło,

I walcuje, szurając

Odwiniętą podeszwą."

I tak, mimo naderwanej podeszwy, jednak wtedy tańczyliśmy, nawet głodując i marznąć. Tacy byliśmy!

Ach, cóż to był za rok! Cóż to jest za rok! Czy znajdzie się w naszym kraju drugi taki rocznik studiów, który zespolony przeżył przeszłością, wskrzeszałby ją regularnie co 5 lat? Poprzez mglistą osłonę szarych dni przesiewamy urokliwe czasy naszych studiów, które dzisiaj rozświetlone słońcem budzą się znowu z uśpienia: do życia. Wsiądźmy do zaczarowanej doroczki i korzystając z praw pętli czasu wróćmy raz jeszcze do tego, co minęło.

Znowu przemierzamy ulice Wrocławia zasypane gruzem, napotykałyśmy zasięki, czasem spalone czołgi, kamienice zięjące wyrwami, organizujemy Straż Akademicką, aby uratować ze zdewastowanych budynków klinicznych to wszystko, co się jeszcze da uratować przed szabrownikami. Pamiętny, pierwszy wykład Profesora Hirszfelda. Na wykładach siedzimy w płaszczach, nakryciach głowy i w rękawiczkach, bo przez okna bez szyb ziębią nas mroźne powiewy. - Pamiętam - zima, silny mróz. W stołówce "Pod Świnia" serwowano pewnego dnia ziemniaczane pyzy polane lojem, który ścinał się natychmiast, nim jeszcze doniosło się talerze na stół. Byliśmy jacyś zgaszeni. I nagle jeden ze studentów Politechniki usiadł do stojącego w stołówce, rozstrojonego fortepianu i dobył zeń jakąś wesołą, skoczną melodię. Obstąpiliśmy go gromadnie i odzyskaliśmy właściwy animusz.

Ale już niedługo potem, mkną po szynach niebieskie tramwaje, napawamy się pięknym kwitnących forsycji, biegniemy na wykłady wzdłuż kwitnących kasztanów aby zdobyć siedzące miejsce, dzielimy je-

tamtym czasów, nie tylko z uwagi na zaśob przekazywanej nam wiedzy, którą chłoniliśmy chciwie na wykładach, tym bardziej, że nie było podręczników. Pewne zdarzenie sprzed 40 lat utkwiło we mnie na całe życie. Jednym z recenzentów mojej pracy doktorskiej była Profesor Hanna Hirszfeldowa, bo dysertacja dotyczyła prócz konfliktu serologicznego, także różnych innych przyczyn uszkodzeń mózgu noworodków, między innymi wrodzonego zakażenia wirusem cytomegalii. Profesor Hirszfeldowa orzekła, że jest to dziwne, bo nikt dotąd o cytomegalii nie słyszał. Pracę jednak obroniłam i w jakiś czas potem Profesor Hirszfeldowa wezwała mnie do siebie, do kliniki przy ul. Hoene-Wrońskiego. Weszłam do gabinetu zemocjonowana. Profesor siedziała przy biurku, skinięła mi swoją piękną, siwą głową i rzekła: "Widzisz kochane, chcę ci dzisiaj powiedzieć, że myliłam się. Mam tu amerykańskie prace na temat cytomegalii, z których wynika jasno, że to zakażenie może być wrodzone." Tylko człowiek naprawdę wielki przyznaje się do błędów, a przytaczając to zdarzenie odczuwam takie samo wzruszenie, jak przed 40 laty.

Odtwarzając przeszłość ledwie zdążę utrwalić jeden obraz minionych czasów w słowach, natychmiast nowe rozbijają cały układ odniesień, wszystko rozspuje się, by zaraz ukształtować się znowu w pełny, bogaty, jakże różnorodny, a równocześnie zwarty wzór. Widzę salę, wszystkie miejsca są zajęte, słyszę donośny głos Profesora Falkiewicza, Antoniego Czarodzieja, wraca obraz wszystkich Koleżanek i Kolegów, powtarzam - wszystkich - którzy szczególnie zapamiętał ten salę.

A my, tu obecni? My stanowimy continuum przeżyć, a potem odnawianych wspomnień tamtych czasów, obalając pojęcie czasu zaprzęszłego.

Każdy z nas wydobywa ze skarbcza pa-

czas przyjmowania z godnością, ale i w pokorze tego wszystkiego, co niesie życie, choćby najtrudniejsze. "Wiedzę możemy przyjmować od innych" - powiedział Axel Munthe - "lecz mądrości musimy nauczyć się sami. Źródło jej bierze początek z nas samych, z milczącej głębi naszych samotnych rozmyślań i marzeń." Życie, które sprowadza się do aktu wyboru na szlaku najważniejszych poszukiwań, to jest poszukiwań własnej, prawdziwej jaźni, z pewnością nie było dla nas łatwe. W tym miejscu chciałabym zadedykować Wszystkim pieśń w wykonaniu Edith Piaf "Non, je ne regrette rien..." (Nie, niczego nie żałuję). I może warto dzisiaj wspomnieć, że znana włoska aktorka, Anna Magnani, nakłaniana do poddania się plastycznej, odmładzającej operacji twarzy, nie zgodziła się na nią, bo - jak wyjaśniła - kaźdą zmarszczkę zawdzięcza albo wielkiej radości, albo wielkiej rozpacz, które są jej własnością i które wyrzeźbiły nie tylko jej twarz, lecz - co ważniejsze - jej osobowość.

- Prawdziwa mądrość, właściwy stosunek do życia, zawiera się w sokratesowym pojęciu "Sophrosyne", co się wyklada jako równowaga ducha zarówno w szczęściu, jak i w nieszczęściu. Vivere non est necesse, sed est necesse navigare.

Dzisiaj jednak, w dniu wyjątkowym i uroczystym, niech się odrodzi młodość.

"Bo jedną znam prawdziwą sławę:
Tę doskonałą, zamienitą,
Kiedy CZŁOWIEKA - a Tyś człowiek
Myśl odda we władanie mitom
I puści w fantastyczny obieg.
W kregi tajemne, w baśń, w legendę...
Tak pamięć staje się obrzędem."

Przekazujemy tę naszą legendę, tak bardzo potrzebną w obecnych burzliwych i skłóconych czasach, młodemu i średniemu pokoleniu jako memento i drogowskaz wobec trudnych i często rozstajnych polskich dróg.

Wznoszę staropolski toast: "Kochajmy się!"

Niech czar tamtych dni nad nami trwa!



Na konferencji okrągłego stołu "Przestępstwa urzędnicze lekarza" bulwersująca była informacja, że nie każdy lekarz jest urzędnikiem państwowym i może za leczenie pacjenta w szpitalu i w przychodni otrzymać dodatkowe pieniądze.

O odpowiedź na to i inne pytania poprosiliśmy Panią profesor dr hab. Barbarę Świątek.

- Czy rzeczywiście lekarz może przyjąć pieniądze od leczonego przez siebie pacjenta?

- Nie może przyjmować pieniędzy gdy leczy pacjenta w szpitalu, lecz po zakończeniu leczenia w ramach nagrody, podzięk, prezentu, może wziąć od pacjenta nawet wilę, samochód, pieniądze. Natomiast przyjmowanie pieniędzy przed leczeniem lub w czasie leczenia, lub uzależnienie tych czynności od zapłaty w społecznych zakładach służby zdrowia, będzie traktowane jako przyjmowanie korzyści majątkowych z pełnionej funkcji, dotyczy to szczególnie ordynatorów i dyrektorów, bo są oni urzędnikami państwowymi.

- Więc ordynator i dyrektor szpitala nie może przyjmując nie jeśli wyleczy pacjenta?

- Po skończonym leczeniu prezent może przyjąć każdy. Jeśli ktoś chce go dać. Profesor dr hab. Genowefa Rejman powoływała się na art. 239 i 240 KK to jest: "Kto w związku z pełnieniem funkcji publicznej przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę i kto uzależnia czynność służbową od przyjęcia korzyści to jest ściągane jako przestępstwo". Natomiast jeśli lekarz spełnił wszystkie swoje obowiązki i opiekował się pacjentem, a pacjent po leczeniu ofiarował mu cokolwiek to nie mieści się w granicach przyjmowania korzyści materialnej z pełnionych obowiązków. Można przyjąć wszystko kiedy skończył się związek służbowy między lekarzem i pacjentem.

- Kto może wystawić kartę zgonu?

- Z przepisów, a jest ich bardzo wiele i bardzo porozrzuconych wynika, że kartę zgonu wystawia lekarz, który ostatni w okresie 30 dni przed zgonem udzielał świadczeń leczniczych, a więc zna stan zdrowia uzasadniający zgon i lekarz, który przeprowadził sekcję zwłok. Te przepisy przewidują różne niemożności np. jeżeli lekarz, który leczył przebywa w odległości większej niż 4 km od miejsca gdzie znajdują się zwłoki, albo nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od śmierci, wtedy może kartę zgonu, po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską wypisać inny lekarz, który jest wezwany do zgonu, zapozna się z dokumentacją i dokona oględzin. Bez oględzin zwłok nie można wystawić karty zgonu. Ten zapis jest w ustawie o zawodzie lekarza. Lekarz może wydać świadectwo o stanie zdrowia lub kartę zgonu wyłącznie na podstawie badania dokonane go osobiście.

- A w sytuacji kiedy pacjent umiera nagle i nie był leczony przez ostatnie miesiące?

- Przyjeżdża pogotowie i stwierdza, że jest zgon, a pacjent się nie leczył i nikt nie zna jego stanu zdrowia. Lekarz dokonuje oględzin i nie widzi żadnych śladów wskazujących na działanie przestępne. A jeśli są przesłanki o działaniu przestępnym w takich przypadkach, lekarz zawiadamia prokuratora oraz policję i oni zajmują się cięciem.

Prawo dopuszcza możliwość wystawienia karty zgonu z zaznaczeniem: przyczyna śmierci nie ustalona, bo najważniejszą czynnością jakie przewiduje nasze prawo są oględziny zewnętrzne, nie ma mowy o sekcji. Są sytuacje, że lekarz nie wystawi karty zgonu, gdy umiera młody człowiek, chociaż nie ma śladów duszenia ani innych gwałtownej śmierci, ale nie wiadomo dlaczego zmarł. Wtedy upoważnione przedsięwzięciem przewozi zwłoki do szpitala wojewódzkiego i tam są wykonywane tzw. sekcje administracyjne, których prawo polskie nie przewiduje. Są tylko przewidziane sekcje gdy zachodzi podejrzenie, że mógł umrzeć na chorobę zakaźną. Pod ten wąty przepis podciąga się wykonywanie sekcji:

"Inspektor sanitarny może zarządzić sekcję zwłok osoby zmarłej na chorobę zakaźną lub osoby, która przed zgonem była podejrzana o chorobę zakaźną". Tyle

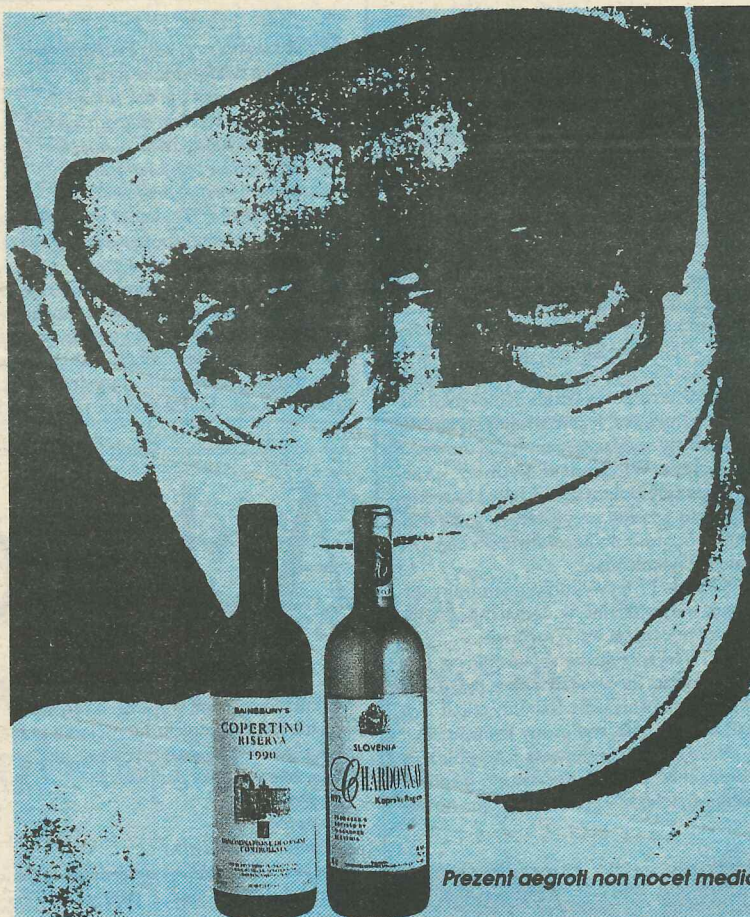
Zwłoki nie są masą spadkową

przepis zawarty w "Ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych". Ustawa jest mocnym przepisem, ale to uzasadnienie sekcji jest wątpliwe. Za sekcję musi płacić dyrektor szpitala, w którym ona się odbywa. Za sekcję według cennika płaci się 6 zł i nikt za te pieniądze nie chce sekcji wykonywać. Dlatego duża liczba zgonów jest niezdiagnozowana, przyczyna śmierci nie ustalona. Dla mnie to symboliczne w obecnej rzeczywistości.

W projekcie nowej ustawy o zawodzie lekarza w części dotyczącej zaświadczeń i zgonów jest przewidziany przepis, że lekarz może zażądać sekcji przed wystawieniem karty zgonu. Nie wiadomo jednak od kogo ma tego żądać i kto za to będzie płacił, bo o tym ustawa nie mówi. To powinno być wyjaśnione w zarządzeniach i to prawdopodobnie stanie się rzeczywistym problemem.

Jeśli pogotowie przyjeżdża na miejsce wypadku, a pacjent nie żyje to wystawia protokół stwierdzenia śmierci, zwłokami zajmuje się policja i zostają one odwiezione na medycynę sądową.

Jest jeszcze problem w przypadku śmierci chorego w szpitalu, kartę wystawia lekarz leczący, ale może żądać sekcji, a ustawa o zakładach opieki zdrowotnej mówi: "W razie śmierci chorego w szpitalu można wykonać sekcję" i znów wieloznaczne słowo "można". Stoje na stanowisku, że decydujący głos ma ordynator, bo on może chcieć potwierdzić czy rozpoznanie patomorfologiczne pokrywa się z klinicznym. Rodzina uważa, że może mieć głos decydujący w sprawie postępowania. Jeśli rodzina ma wątpliwości do sposobu leczenia może zgłosić sprawę do prokuratora i on zarządza sądowno-lekarską sekcję zwłok. Prokurator jest nadrzędnym, nazwijmy to w cudzysłowie, "właścicielem" wszelkich zwłok. Wciąż trwają dyskusje, kto według naszego prawodawstwa jest właścicielem, kto może decydować o zwłokach. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że na pewno nie rodzina, bo to nie jest masa spadkowa. Prokurator decyduje



i jeśli on nie jest zainteresowany zwłokami, ponieważ z wydarzeń wynika, że był to wypadek, nie ma podejrzeń o działanie przestępne, to wtedy obowiązują inne przepisy i trzeba zawiadomić prokuratora i oddać zwłoki do jego dyspozycji.

- Kto może wystawić świadectwo o zdolności stawienia lub nie stawienia się przed sądem?

- Przepisy pochodzą z 1970 r. i są bardzo jasne i precyzyjne, chociaż w nich padają

określenia "przewodniczący rady miejskiej" to nie ma znaczenia, bo na jego miejsce jest inny organ administracji, dawniej była milicja, dziś jest policja.

Jedynymi uprawnionymi do wydawania zaświadczeń do stawiania przed sądem jest lekarz sądowy lub ordynator oddziału szpitalnego, na którym w momencie wezwania do sądu dany osobnik się leczy. Lekarz sądowy jest to lekarz, który pracuje w danej przychodni ma doświadczenie

orzecznicze i jest wyznaczony do pełnienia tej funkcji. Wyznaczają go lekarz wojewódzki w konsultacji z prezesem sądu. Taki lekarz musi być do dyspozycji, jest zobowiązany do zbadania każdej zamieszkałej na terenie jego działania osoby, prowadzi rejestr, wpisuje w nim takie orzeczenia do historii choroby. W razie niemożności stawienia się przed sądem wystawia zaświadczenie na formularzu. W rozporządzeniu jest wzór formularza. Jeśli ten lekarz jest chory lub nieobecny to osoba, która chce dostać zaświadczenie musi iść do innej dzielnicy do sądowego lekarza, który go zastępuje. Jeśli ktoś jest obłożnie chory, taki lekarz musi iść do domu i zbadać chorego. Jeśli ktoś wezwany na rozprawę, leży w szpitalu, to zaświadczenie wydaje ordynator. Oprócz tych dwóch uprawnionych organów zaświadczenie o niemożności stawienia się przed sądem może też wystawić Medycyna Sądowa, gdy prokurator lub sąd ma wątpliwości co do stanu zdrowia pozwanego, a on 3 - 4 razy nie zgłasza się wezwany na rozprawę. Często kończy się to w taki sposób, że Medycyna Sądowa orzeka, że pozwany może stanąć przed sądem, on jednak przedstawia jakieś zaświadczenie i na rozprawie się nie zjawia. Prof. dr hab. Władysław Nasiłowski mówił, że to skąd pochodzi zaświadczenie nie ma znaczenia, bo sąd ma prawo jego wyboru. Ma prawo. Ale jeśli wezwany nie stawia się przed sądem, bo rozprawa już się odbywa, a wezwany nie ma. Jeszcze nie widziałam przychodni, w której by była informacja, że lekarz sądowy wydaje zaświadczenia. Sąd też nie informuje na rozprawach i nie informuje na wezwaniach do sądu, że tylko określone zaświadczenia są respektowane. Często pacjenci wykorzystują swoją chorobę np. złamany palec. Tymczasem od stawienia się na rozprawę może zwolnić tylko poważna choroba lub zaburzenia psychiczne.

Rozmawiała Elżbieta Pomorska

9 czerwca odbyło się walne zebranie Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Patologów. Wybrano na czteroletnią kadencję nowy Zarząd. W tajnym głosowaniu największą liczbę głosów otrzymał prezes Kol. Michał Jeleń, zastępcą przewodniczącego został Kol. Andrzej Wojnar, sekretarzem Kol. Renata Wojtala a skarbnikiem Kol. Jerzy Milach.

Nowo wybranemu prezesowi pogratulowałem wyboru i na gorąco zadałem kilka pytań:

A.W.: Jak widzisz rolę Towarzystwa w obecnej sytuacji służby zdrowia?

M.J.: Zadałem mi niezwykle trudne z wielu powodów pytanie, po pierwsze ciągle jeszcze jesteśmy postrzegani przez perspektywę prosekury, której jak uważa większość finansować nie trzeba. Trudno zgodzić się z takim poglądem, który może prezentować tylko człowiek, który ma niewiele wspólnego z patologią i medycyną. Jesteś patologiem, sam dobrze wiesz, ile korzyści może przynieść to ostatnie badanie lekarskie wykonane w godziwych warunkach przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych w naszej specjalności możliwości. Po drugie od wielu lat toczy się dyskusja dotycząca sposobu rozliczeń za badania histopatologiczne, pamiętasz ją tak samo dobrze jak ja. Dyskusja toczy się wokół problemu pacjent - bloczek parafinowy - rodzaj wykonanego badania. Uważam, że powinno się rozliczać wykonane bloczki i preparaty, bo każdy z nich kosztuje, z jednym wszakże zastrzeżeniem, wycinki powinniśmy pobierać według przyjętych w całym Kraju standardów. Trzecią sprawą to nasze miejsce wśród innych specjalności lekar-

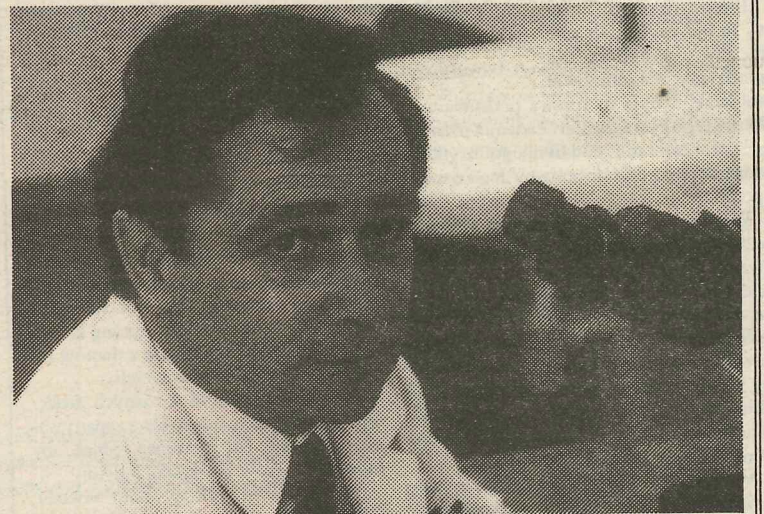
Wybory u patomorfologów

skich. Mam świadomość, że tak jak inne specjalności diagnostyczne pełniły rolę służebną ale w dobie rozkwitu histokliniki czas wreszcie skończyć ze sprowadzaniem nas do roli laboratorium analitycznego, a badania histologiczne do roli analizy moczu - nie umniejszając analitykom. Badanie histopatologiczne jest często bardzo trudnym badaniem wymagającym czasu na zastanowienie, aby podjęta decyzja nie przyniosła fatalnych skutków - zresztą komu ja to tłumaczę; wiesz, kiedyś czytałem artykuł dotyczący analizy przyczyn popełnianych przez patologów błędów. Jak myślisz, jaka była na pierwszym miejscu? - Nieuzasadnione poganianie patologa, brak kompetencji był na ostatnim 25 miejscu!!!

Mam niewielki wpływ na poprawę warunków finansowania, mogę jedynie zabierać głos na posiedzeniach Zarządu Głównego w czym mam nadzieję będziesz mnie popierał. Natomiast mogę mieć duży wpływ na zmianę pojmowania roli patologa wśród innych specjalności lekarskich poprzez organizowanie wspólnych posiedzeń z innymi towarzystwami naukowymi oraz działalność publikatorską, jeśli czasem udostępni mi łamy "Biuletynu" którego jesteś redaktorem.

A.W.: Czy nadal wrocławski oddział PTP będzie organizował sympozja tak perfekcyjnie jak np. ostatnio w Książu?

M.J.: Bardzo bym chciał, moim marzeniem jest zorganizowanie ogólnopolskiego zjazdu ale to nie ode mnie zależy, póki co myślę o zorganizowaniu uroczystego



Nowo wybrany prezes Oddziału Wrocławskiego Polskiego Tow. Patologów Michał Jeleń

posiedzenia naszego Oddziału z okazji 50-lecia Katedry.

A.W.: Czy lekarze weterynarii nadal będą brali udział w pracach Towarzystwa?

M.J.: Myślę, że ich udział był bardzo cenny i chciałbym żeby nadal należeli do naszego towarzystwa, czy będą nie potrafili Ci odpowiedzieć, będę musiał z nimi porozmawiać.

A.W.: Czy jako prodziekan Wydziału Lekarskiego będziesz popierał współpracę Towarzystwa z

kołami studenckimi?

J.M.: Zawsze byłem gorącym orędownikiem takiej współpracy mimo, że sam nigdy nie byłem opiekunem Koła Naukowego. Koła pracujące przy Zakładzie Immunologii Nowotworów i Zakładzie Anatomii Patologicznej zawsze odnosiły sukcesy na Konferencjach Studenckich Kół Naukowych.

A.W.: Jeszcze raz gratuluję wyboru i dziękuję za rozmowę.

A.W.

W gorące, ale jeszcze wiosenne przedpołudnie 2 czerwca 1995 roku w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja "okrągłego stołu" na temat "Przestępstwa urzędnicze lekarza. Odpowiedzialność karna i cywilna w medycynie". W wypełnionej po brzegi sali konferencyjnej zgromadziło się blisko 200 lekarzy i prawników z Dolnego Śląska zainteresowanych tą problematyką. Gości i wszystkich przybyłych powitał w imieniu organizatorów przewodniczący Komisji Etyki, dr n.med. Ryszard Rzeszutko. Zaproszeni przez przewodniczącego DIL dra n.med. Włodzimierza Bednorza przy "okrągłym stole" zasiadli: główny specjalista Departamentu Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa Grażyna Dykowska, prof. dr hab. Andrzej Kübler, mecenas Wojmira Ludwin, prof.dr hab.

Przestępstwa urzędnicze lekarza

Maria Gluzińska

gadnień. Kiedy lekarz może odpowiadać za przestępstwa urzędnicze? Tę problematykę przybliżyła pani profesor G.Rejman, wybitny znawca prawa medycznego, autorka książki "Odpowiedzialność prawna lekarza".

Lekarz jest przede wszystkim przedstawicielem swego zawodu, gdziekolwiek by się znalazł obowiązują go zasady wiedzy i kodeksu etycznego. Które czynności lekarza mogą być kwalifikowane jako czynności urzędnicze - te, przy których wypełnianiu lekarz jest

lekarza jako biegłego sądowego, jeśli wykonane są przez lekarza, który reprezentuje zawód w prywatnej praktyce, dotyczą przestępstw o charakterze fałszu intelektualnego, a fałsz intelektualny jest karany bez względu na to, czy lekarz jest urzędnikiem, funkcjonariuszem publicznym, czy występuje jako lekarz wolnego zawodu.

Generalnie odpowiedzialność urzędnicza lekarza sprowadza się do kilku artykułów - art.265 (o fałszowaniu, podrobieniu dokumentów), art.266 (o poświadczaniu nieprawdy; ten artykuł dotyczy także wystawiania aktów zgonu) i art.239 (o korzyściach majątkowych) - o tym mówiła pani prokurator

odpowiedzialność lekarza powrócić do dawnego sformułowania "lekarz jako osoba zaufania publicznego".

Drugim tematem wywołującym żywe zainteresowanie były tzw. zielone recepty. Zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia lekarz ma prawo je wypisywać w określonych sytuacjach, ale zarówno nieprecyzyjność tych przepisów, jak i brak ścisłego odgraniczenia leków od parafarmaceutyków doprowadziły do sytuacji patowej. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej DIL, dr Jerzy Szkarłat dostał z Wydziału Zdrowia zbiór 1300 takich budzących wątpliwości recept, których zasadność trzeba sprawdzić. Jak można to zrobić, przy

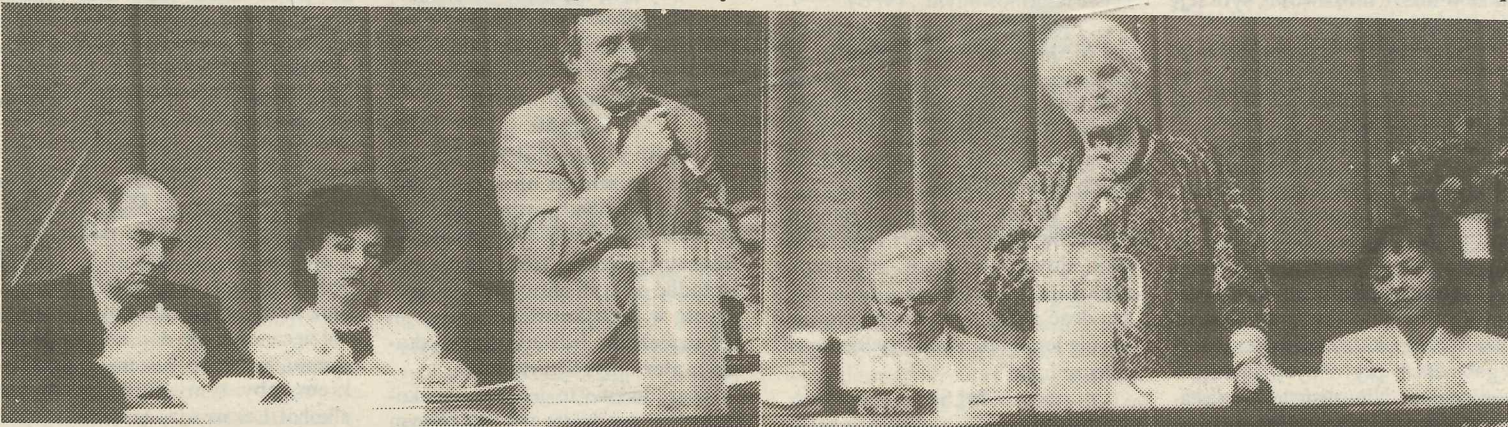
między medycyną a prawem - o doświadczeniach z tego pola mówiła pani profesor Barbara Świątek, kierownik Zakładu Medycyny Sądowej AM; dyskusja toczy się głównie wokół dokumentacji, a przecież ustawa nakłada na lekarza obowiązek czytelnego prowadzenia dokumentacji - zauważyła pani profesor. Lekarz wystawiający zaświadczenie musi wiedzieć w jakim celu i dla kogo to robi, jakże łatwo popełnić tu błąd wynikający z niekompetencji. Kolejny - bulwersujący - temat dotyczył wystawiania kart i świadectw zgonu. Więcej szczegółów na ten temat w wywiadzie z prof. Barbarą Świątek.

Dokumentacja lekarska broni lekarza - tak głosi slogan, ale nie chodzi tylko o obronę własną, lecz także o znaczenie informacji o postępach w leczeniu, o skuteczności leków. Zdarzają się jednak sytuacje, w których lekarz staje przed niezwykłym wyborem: ratować życie czy zapisywać. Czy automatyczny zapis z komputera może wystarczyć? Współczesna medycyna na świecie zmierza do wytyczania standardów postępowania, musimy się do tego przygotować - powiedział profesor Andrzej Kübler.

O tym ile spraw związanych z przestępstwami lekarzy trafia do sądów lekarskich mówił prezes Naczelnego Sądu Lekarskiego, specjalista medycyny sądowej, profesor Władysław Nasiliowski. Sądownictwo zawodowe przejęte od administracji 4 lata temu przyjęło moralny punkt widzenia, tj. przekroczenie Kodeksu. Większość spraw, które napłynęły do NSL została oddalona lub umorzona.

W sesji pytań ujawniło się wiele problemów szczegółowych, na tę część z nich, która była skierowana do ministra zdrowia, nadeszła odpowiedź pisemna z Ministerstwa, znajdziecie ją Państwo w numerze.

Czy można pomóc lekarzom rozeznaczyć się w tej masie przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia, a zwłaszcza rozpoczynającym swoją drogę zawodową - wydaje się, że Ministerstwo samo nie da sobie z tym rady, może DIL pomoże, przecież to samorząd!



Przy "okrągłym stole" od lewej: prof.A.Kübler, prof.B.Świątek, dr W.Bednorz, minister W.Rudnicki, prof.G.Rejman i prokurator A.Zawadzka.

Władysław Nasiliowski, prof. dr hab. Genowefa Rejman, wiceminister zdrowia Wojciech Rudnicki, prof. dr hab. Barbara Świątek i prokurator Alicja Zawadzka.

Celem tego spotkania było przybliżenie a nawet wyprzedzenie narastającej lawiny problemów prawno-medycznych w zmierzającej do normalności polskiej rzeczywistości. Lekarze nie mają głębokiej znajomości obowiązujących przepisów prawa medycznego, bowiem program studiów medycznych nie uwzględnia tych zagadnień, trzeba tę wiedzę zdobywać na własną rękę a przepisów gąszcz.

Dyskusja toczyła się wokół kilku za-

funkcjonariuszem publicznym, a więc reprezentuje interes społeczny. Należą do nich głównie czynności orzecznicze, czyli wystawianie wszelkiego rodzaju zaświadczeń dotyczących stanu chorobowego pacjenta, zwolnień (a więc orzekania prawdy o człowieku), a także niewłaściwie wypisanych recept. Podstawą odpowiedzialności karnej jest przestępstwo umyślne. Obecnie wraz z postępującą prywatyzacją funkcje urzędnicze zmniejszają się, co nie znaczy, że odpowiedzialność lekarza, który wykonuje funkcje w zakładzie prywatnym, się zmniejsza. Wszystkie czynności dotyczące dokumentacji, zaświadczeń i innych stwierdzeń, także

Alicja Zawadzka. Odpowiedzialność cywilna lekarza dotyczy odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej. Dotychczas spraw tych było mało, ale wraz z rozwojem lecznictwa prywatnego będą pojawiać się sprawy odszkodowawcze. I tutaj ogromną rolę do odegrania będą miały towarzystwa ubezpieczeniowe. Wychodząc temu naprzeciw Dolnośląska Izba Lekarska podpisała 6 lipca umowę z Towarzystwem Ubezpieczeniowym "FORTUNA" S.A.

Profesor G.Rejman postulowała, by we wszystkich przepisach regulujących

istniejących przepisach i dużej rozbieżności zdań na temat leków? Co wynika z tej sytuacji - na pewno nie można zrzucić z siebie odpowiedzialności, trzeba podjąć konkretne działania: lekarze muszą znać przepisy, a więc potrzebne są zmasowane szkolenia w tej problematyce. Z całą pewnością do obecnej sytuacji przyczyniły się także aktualny stan przepisów i ubożenie społeczeństwa. Rzecznik może występować tylko w krańcowych wypadkach - powiedział dr J.Szkarłat.

Medycyna sądowa jest pomostem

Dr n.med.Ryszard Rzeszutko
Przewodniczący Komisji Etyki
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Odpowiadając na pytania zgłoszone przez uczestników Konferencji "Okrągłego Stołu", która odbyła się w dniu 2.06.1995 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu uprzejmie informuję:

1 ad pytanie na temat badań lekarskich osób wyrażających gotowość do zapewnienia dziecku zastępczego wychowania rodzinnego.

Powyższą sprawę regulują:

- ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. Nr 95, poz.421), w której art.73 określa warunki jakie mają spełniać rodziny zastępcze.

W pkt 4 tego artykułu określono jeden z tych warunków, a mianowicie, że osoby te "nie są chore na chorobę uniemożliwiającą właściwą opiekę nad dzieckiem; co zostało stwierdzone zaświadczeniem lekarskim".

- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 sierpnia 1993 r. w sprawie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych (Dz.U. Nr 84, poz.394), w którym par. 1 ust.4 pkt 2 określono "potrzebę udzielenia tym kandydatom pomocy w zakresie przeprowadzenia przez nich badań lekarskich w placówkach służby zdrowia w celu ustalenia ich stanu zdrowia".

Z w/wym. cytowanych przepisów wynika, że osoby wyrażające gotowość zapewnienia dziecku zastępczego wychowania rodzinnego w formie: przysposobienia, rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka lub do wychowania w zastępczym środowisku rodzinnym - powinny poddać się badaniom lekarskim mającym na celu ustalenie, że nie są chore na chorobę uniemożliwiającą właściwą opiekę nad dzieckiem.

2 ad pytanie na temat kierowania przez Rejonowe Urzędy Pracy bezrobotnych na badania lekarskie mające na celu stwierdzenie ich zdolności do pracy bez dostarczenia lekarzowi informacji o warunkach pracy charakteryzujących stanowisko pracy, na którym ma być zatrudniony bezrobotny.

Ustawa z 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. Nr 1, poz.1) - w art.2 ust.3 stanowi "Badania lekarskie mające na celu stwierdzenie zdolności bezrobotnego do pracy przeprowadzają na wniosek kierownika rejonowego urzędu pracy lekarze publicznych zakładów opieki zdrowotnej uprawnieni do przeprowadzania badań lekarskich pracowników na podstawie odrębnych przepisów"

art.2 ust.1, pkt 11 stanowi, że "odpowiednie zatrudnienie - oznacza to zatrudnienie do którego bezrobotny ma przygotowanie lub może je wykonywać po uprzednim szkoleniu jeżeli zatrudnienie jest odpowiednie ze względu na stan zdrowia bezrobotnego..."

Fakt, że cytowany na wstępie zapis wskazuje jednoznacznie, że stwierdzenia zdolności bezrobotnego do pracy dokonują lekarze uprawnieni, odnosi tryb przeprowadzania tych badań do określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 grudnia 1974 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników (Dz.U. Nr 48, poz.296 zm. 1992 r. Dz.U. Nr 62, poz.313).

Rozporządzenie to w par.6 pkt 2 wyraźnie określa, że "skierowanie na badanie wstępne wydaje zakład pracy określając w nim miejsce pracy lub

komórkę organizacyjną oraz stanowisko pracy, na którym kandydat ma być zatrudniony. Zakład pracy jest obowiązany dołączyć do skierowania informację o warunkach pracy jakie charakteryzują dane stanowisko pracy".

W omawianej sytuacji, zdaniem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, informacja o warunkach pracy na stanowisku proponowanym bezrobotnemu powinna być dołączona do wniosku kierownika Rejonowego Urzędu Pracy o dokonanie badań lekarskich po uprzednim uzyskaniu przez tego kierownika niezbędnych danych z zakładu pracy, w którym będzie zatrudniony bezrobotny.

Ponieważ w wyżej cytowanej ustawie, sprawy te nie zostały jednoznacznie określone - Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpi w najbliższym czasie do Prezesa Krajowego Urzędu Pracy Pana mgr Leona Greli z wnioskiem o zobowiązanie Rejonowych Urzędów Pracy do przekazywania lekarzom uprawnionym niezbędnych informacji o warunkach pracy na konkretnym stanowisku proponowanym bezrobotnemu.

3 ad pytanie (stwierdzenie) dotyczące uciążliwości wypełniania przez lekarzy dokumentów, które pacjenci muszą składać w ośrodkach pomocy społecznej w przypadku ubiegania się o zasiłek na leki i artykuły sanitarne.

Niezbędność przedkładania, przez osobę ubiegającą się o w/wym. zasiłek, w ośrodku pomocy społecznej dokumentów zawierających informacje o zleconych przez lekarza lekach i artykułach sanitarnych z podpisem i

pieczęcia lekarza, pieczęcią apteki wydającej lek lub artykuł sanitarny oraz ich kosztem - została ustalona w par.8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 kwietnia 1992 r. w sprawie rządowego programu pomocy finansowej w związku ze wzrostem wydatków na leczenie oraz szczegółowych zasad, warunków i trybu przyznawania tej pomocy (Dz.U. Nr 34, poz.148).

Pragnę poinformować, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej trwają prace nad przygotowaniem projektu nowelizacji w/wym. rozporządzenia.

Na obecnym etapie prac legislacyjnych, trudno jest oczywiście przesądzić o ostatecznym tekście tego rozporządzenia, jednak należy podkreślić fakt, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej proponuje w nim między innymi również zmianę dotychczasowej treści par.8.

Informuję również, że opracowany projekt wstępny nowelizacji w/wym. rozporządzenia, został przekazany do zaopiniowania Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 15 grudnia 1994 r.

Wyrażam nadzieję, że przedstawione powyżej informacje dotyczące zarówno obecnego stanu prawnego spraw będących tematem pytań jak i zamierzonych działań Ministerstwa Zdrowia w tych kwestiach, zostaną uznane przez Pana Doktora za obecnie wystarczające i przekazane zainteresowanym lekarzom.

Z poważaniem
Podsekretarz Stanu
Wojciech Rudnicki

Pokłosie konferencji



Lekarzu, jaki jesteś?

Prof. dr hab. Julian Kornobis,
były kierownik Zakładu Medycyny Sądowej,
długoletni wykładowca etyki w AM we Wrocławiu.

Rozdział IV

Zasady postępowania w praktyce lekarskiej

Art.62.

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem.

"We współczesnym okresie życia społecznego widzimy pewien zanik ideałów społecznych, a przewagę po stronie ideałów egoistycznych. Punkt zenitowy tego okresu w każdym razie już minął i obecnie jednostki szlachetniejsze czują, jak się Sienkiewicz wyraził w Rodzinie Połanieckich, "że całego swego życia nie mogą włożyć w robienie majątku".

Art.63.

Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy. Dlatego wszelkie reklamowanie się, bezpośrednie lub pośrednie jest zabronione.

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

"Dlaczego lekarze cisną się do dużych miast, a unikają zapadłych kątów prowincji? Ja sądzę, że przyczyną tego jest egoizm i brak ideałów społecznych. Gdyby nasza młodzież, której zapamiętała i gorącego serca odmówić nie można, umiała szczerze dobro powszechne, nie potrzeba byłoby nawoływać do zajęcia pustych posterunków na niwie społecznej." (WB)

Art.64.

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

Przepisy ogólnopństwowe, dotyczące warunków pracy, zabraniają pracownikowi przystępowania do pracy w stanie po spożyciu alkoholu. Dotyczy to również lekarza. A może nawet bardziej. Jest jeden wyjątek. Jeżeli zdarzy się przypadek, że człowiek potrzebuje natychmiast pomocy, a nikt inny nie może mu jej udzielić, lekarz, nawet będący po spożyciu alkoholu, pomocy takiej powinien udzielić, oczywiście w miarę swoich możliwości. Problem ten omawiałem wcześniej.

Art.65.

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

"Narzekają dziś wszyscy często, a lekarze najczęściej na niewdzięczność, narzekanie to wynika z nieznamościami natury ludzkiej. Ludzi zbliżają do siebie nie otrzymywane lecz świadczone dobrodziejstwa". (WB)

Art.66.

Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed roz-

poczęciem leczenia.

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

Lekarz może leczyć bezpłatnie.

W czasach międzywojennych, gdy duża liczba obywateli nie miała prawa do leczenia bezpłatnego, lekarze, praktykujący prywatnie, mieli chwalebny zwyczaj, w niektórych godzinach, przyjmowania biednych pacjentów bezpłatnie. Nie wiem, czy dzisiaj są tacy lekarze. Chęć zysku i wzbogacenia się szybko, "za wszelką cenę" dominuje w społeczeństwie, także wśród lekarzy. Ceny za usługi w gabinetach prywatnych są często "horendalne". Nie często lekarz zastanawia się, czy pacjent jest w stanie zapłacić żądane honorarium. Swoje sumienie uspokaja stwierdzeniem, że jeżeli kogoś nie stać na wizytę prywatną, to niech się leczy w państwowej służbie zdrowia. Nie każdy ma uprawnienia do takiej pomocy.

"Słyszę dziś często zdanie, że filantropia szkodzi interesom lekarza, że należy się pozbyć tego przestarzałego balastu, pod którym nieraz kryje się wyzysk, a cały stosunek lekarzy do potrzebujących ich pomocy należy pozostawić na gruncie handlowym, ściśle unormowanym". (WB)

"Pieniądz ma wartość względną; dla biednego wyrobniaka kilkanaście kopiejek tyle znaczy, co dla średnio zamożnego człowieka kilka rubli. Lekarze, nie uwzględniając w swych wymaganiach tej różnicy, popełniają mimo woli zdzierstwo". (WB)

W filmie polskim "Znachor" A.Kosiba (Prof. Wilczur) wypowiada takie słowa - w chwili gdy bogaty ziemianin, za uratowanie syna, wręcza dość znaczną kwotę pieniężną - "Ja nie leczę bogatych czy biednych, ja leczę ludzi".

Art.67.

Dobrym obyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy i członków ich najbliższych rodzin oraz wdów i sierot po lekarzach.

Bardzo wzniosłe i humanitarne przypominanie zasad, które powinny być stosowane w szerokim zakresie.

Kodeks Etyki Lekarskiej

uchwalony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy
(12-14 grudnia 1993r.)

Mam wątpliwości czy tak w praktyce jest? Obym się mylił.

"Najważniejszą dziedzina, w której człowiek może coś dać człowiekowi nie jest sfera rzeczy materialnych, lecz ściśle ludzkich". (WB)

Art.68.

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełnić swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści.

Zagadnienie to jest szeroko komentowane, wyrasta ono na ogólnym przeświadczeniu, że załatwianie dzisiaj każdej sprawy, wymaga znajomości lub zapłaty (łapówki). Przeświadczenie to rzutuje na usługi lekarskie.

Nie należy się specjalnie dziwić,

że w kulturze, w której przeważa często praca handlowa i w której sukces materialny jest najwyższą wartością, stosunki w dziedzinie ludzkiej miłości podlegają temu samemu schematowi wymiany, jaka rządzi rynkiem towarowym czy rynkiem pracy.

Utarło się przekonanie, że w społecznej służbie zdrowia każda usługa musi być opłacona. Może w niektórych przypadkach tak istotnie jest. Czasami to się nazywa "dowód wdzięczności", a czasami inaczej. Lekarz może przyjąć drobny upominek wdzięczności, ale dopiero po zakończeniu leczenia. Jestem przeciwnikiem, aby tym upominkiem był alkohol. Lekarz rozpija siebie, swoich kolegów, lub sprzedaje otrzymany w prezencie alkohol - w restauracjach. Nie jest to ani ładne, ani miłe.

Prezent wdzięczności powinien tylko być upominkiem, który nie obciąża finansowo pacjenta.

Medycyna na uniwersytecie

Z prof. Tadeuszem Popiełką rozmawia Wojciech Kubicki

- Mija drugi rok akademicki, od kiedy medycyna powróciła na Uniwersytet Jagielloński. Postulat powrotu medycyny do struktur uniwersyteckich był twardo zwalczany przez ministerialną biurokrację resortu zdrowia, broniącą swoich wpływów, a także centralne władze partyjne i częściowo także lokalne. Chyba coś z tego pozostało, skoro dotąd, poza krakowską, żadna akademicka medyczna nie włączyła się w uniwersyteckie struktury.

- Niestety dziś, kiedy pyta pan, co dało to połączenie, do którego wreszcie doszło przed dwoma laty, poza piękną symboliką tkwiącą w tym, że nazywamy się "Uniwersytet Jagielloński" i szcycimy się tym, że jesteśmy jego profesorami - to w praktyce nie zmieniło się nic. Ba, nawet została rozbudowana dawna administracja, tyle że pod nazwą Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Niepojęte. Przecież oczekiwano tylu korzyści naukowych, dydaktycznych i oczywiście ekonomicznych...

- Z samego faktu połączenia obu uczelni nie ma na dziś żadnego zysku, żadnych widocznych korzyści ekonomicznych. Został nawet odrębny senat dawnej AM, tyle że teraz nazywa się Senat Collegium Medicum UJ. Ale nie ma tych uprawnień, które posiada ten "prawdziwy" Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego, więc

ważne sprawy zamiast przez jeden, idą teraz przez dwa senaty. Dawniejszy rektor Akademii Medycznej, czyli obecny prorektor UJ do spraw Collegium Medicum, miał do współpracy czterech prorektorów, a teraz mamy 7 (siedmiu!) pełnomocników rektora UJ. De facto są to "prorektorzy" prorektora UJ i, jak wspominałem, jest ich siedmiu zamiast czterech, kiedy uczelnia była samodzielna.

- Jak to często się dzieje z naszymi reformami, z każdej mądrej inicjatywy można zrobić karykaturę...

- I to jaką karykaturę! Rzecz jest w tym, o co komu w tym nowym modelu chodziło...

- Co Pan radzi innym uczelniom medycznym?

- Tam gdzie istnieje tradycyjny uniwersytet, jak w Warszawie, Wrocławiu, Poznaniu, Łodzi itd. - prawdziwa, nie tylko formalna integracja może przynieść korzyści medycynie.

- A reszta akademii medycznych? Zejdźcie do poziomu szkół felczerskich?

- Nie mogę się zgodzić na nazywanie pozostałych akademii medycznych "szkołami felczerskimi". Osobny problem to ten, czy w naszym kraju potrzeba aż 12 uczelni medycznych. Poziom na ogół jest dobry, tylko po co aż tyle!...

(Przedruk z "Nowej Europy" z 26 maja 1995r. - skróty własne)

Studenci AM w roku 1993/1994

Ogółem - 32.892, w tym kobiety - 20.290; studiów dziennych - 32.474; studiów zaocznych - 418

Absolwenci AM w roku 1993

Ogółem - 6388, w tym kobiety 4008; studiów dziennych - 6296, zaocznych - 92, zawodowych - 497, magisterskich - 5891

Nauczyciele akademicki AM w roku 1993/1994

Ogółem - 9011, w tym profesorowie - 1131, docenci - 59, adiunkci - 3296, starsi asystenci i asystenci - 3503, pozostali - 1022

AKADEMIE MEDYCZNE W ROKU 1993/94

| | Studenci | Absolwenci* | Nauczyciele akademicki | |
|--------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------------------|
| | | | ogółem | w tym profesorowie i docenci |
| WARSZAWA | 3596 | 728 | 1251 | 176 |
| BIAŁYSTOK | 2273 | 412 | 673 | 80 |
| BYDGOSZCZ | 1004 | 160 | 368 | 34 |
| GDAŃSK | 2777 | 576 | 858 | 119 |
| KATOWICE | 4571 | 910 | 1498 | 144 |
| KRAKÓW COLLEGIUM MEDICUM | 2755 | 485 | 960 | 119 |
| LUBLIN | 3469 | 777 | 994 | 139 |
| ŁÓDŹ | 3051 | 596 | 983 | 123 |
| POZNAŃ | 3338 | 558 | 938 | 169 |
| SZCZECIN | 1683 | 293 | 558 | 74 |
| WROCLAW | 3209 | 650 | 890 | 132 |

* z lat 1990, 1992 i 1993

Źródło: Rocznik Statystyczny 1994

(Refleksje ze zjazdu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (EASO))

Jak będąc "puszystą" stać się Syrenką z Kopenhagi???

Ponad tysiąc tęgich mózgow medycznych, w tym 14 z Polski, spotkało się w Kopenhadze w dniach od 31 maja do 3 czerwca 1995 r. na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (EASO) aby zastanowić się, jak będąc osobą "puszystą" upodobnić się do syrenki. Stolica Danii powitała nas deszczowo i chłodno oferując swoje uroki, które mogły mocno nadwzierać kieszeń "mieszkańca Środkowej Europy". Kopenhaga również i w deszczowej szacie jest bardzo piękna, prowokująca swoimi licznymi zabytkami, którym trudno nie ulec - po prostu trzeba je zwiedzić. Jak głosi legenda, Pan Bóg ukarał Duńczyków językiem przypominającym mowę osoby, która trzyma gorący ziemniak w ustach, dlatego każdy mieszkaniec tego kraju mówi po angielsku. Spacerując po centrum można często natknąć się na grupy "aniołów" - młodych, wysportowanych ludzi w czerwonych beretach i strojach komandosów, dbających społecznie o bezpieczeństwo uśmiechniętych i grzecznych Duńczyków. A może te bezrobotne w Danii "anioły" zastąpiłyby i do nas...

Jak mawiał jeden z nieżyjących już wrocławskich profesorów - każdy ma swojego "mola" - tak więc i Duńczyk mają "mola", tj. Szwedów. W mentalności Duńczyka, nawet tego najmniejszego, wszystko co najgorsze kojarzy się ze Szwedem. Obecnie te opinie przybierają formę humorystyczną.

Rejestracja uczestników Kongresu odbywała się w pięknym secesyjnym budynku starej giełdy, którego dach zwieńczony był szpiczastą kopułą utworzoną przez dwa skrócone ogonami ku górze smoki, prawie jak z baśni. Uzbromieni w materiały kongresowe przeniesliśmy się do XVI-wiecznego budynku Ratusza, gdzie przy dźwiękach długich, krętych jak róg Wojskiego trąb, odbyła się uroczystość otwarcia Kongresu. Uczestniczył w niej sam burmistrz miasta oraz wiele innych znakomitości, w tym członkowie zarządu Europejskiego i Międzynarodowego Towarzystwa Otyłościowego, jak również trzech naszych znakomitych rodaków z zagranicy: prof. M. Krotkiewski ze Szwecji, prof. J. Kolanowski oraz dr J. Szewczyk z USA. Uroczystość otwarcia zakończyła się "wielkim żarciem". Myślę, że nie ma tu słowa przesady zważywszy ogromne ilości pysznego jedzonka i duńskiego piwa. Było to dalekie od zalecanej pacjentom diety nieskalkorycznej...

Obrady Kongresu odbywały się w nowoczesnym Bella Center zlokalizowanym daleko od centrum miasta. W czasie obrad kilka z przedstawionych prac zwróciło szczególnie naszą uwagę. Dr S.B. Petersena z Danii wykazał obecność receptorów estrogenowych w ludzkiej tkance tłuszczowej. Wyniki badań budziły wiele zastrzeżeń dotyczących zarówno metodyki jak i liczby przypadków. W sesji poświęconej kontroli apetytu dr S. Dryden z Anglii oraz dr B. Beck z Francji przedstawili ciekawe prace dotyczące roli neuropeptydu Y. W opinii dra J. Szewczyka (chemika, byłego pracownika Politechniki Gdańskiej, a obecnie badacza naukowego grupy Glaxo w USA, zajmującej się problematyką otyłości) badania nad patogennością otyłości i nowymi generacjami leków związane będą z neuropeptydem Y, galaniną oraz cholecystokininą. Neuropeptyd Y reguluje zapotrzebowanie w węglowodany, galanina w tłuszcz, natomiast cholecystokinina to hormon sytości. W przypadku wykazania, że zaburzenie ich wydzielania może być przyczyną otyłości, powstaną nowe możliwości terapeutyczne poprzez stoso-



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz,

kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, założyciel i prezes Polskiego Towarzystwa Patogenezy i Terapii Otyłości. Dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera, Klinika Endokrynologii Dziecięcej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

wanie ich agonistów lub antagonistów. Interesujące wyniki wstępnych badań klinicznych o neuropeptydzie Y i galaninie przedstawił w formie plakatu zespół prof. B. Baranowskiej z Warszawy.

Zaskakującymi dla nas, głównie z etycznego punktu widzenia, były badania kolegów z USA na ochotniczkach, o zbawiennym wpływie testosteronu na redukcję tkanki wisceralnej poparte oceną tej tkanki za pomocą badania CT. Wiele kontrowersji wzbudziła także praca przedstawiona przez dra J.C. Seidella z Holandii analizująca losy 48.287 mężczyzn i kobiet. Autor wykazał w niej mniejszą umieralność u osób otyłych w porównaniu do nieotyłych. Praca ta jednak nie analizowała typu otyłości. Coś w tym jednak jest, że osoby "puszyste" prezentują radość życia i pogodnie usposobienie, narzucając im odchudzanie wprowadzamy je w stan stresu. Czy jest to zdrowe??? Kolejną burzliwą dyskusję wywołała sesja bliska krajom "Środkowej Europy" oceniająca porównawczo wartość kalorii po spożytym alkoholu z kaloriami po spożyciu innych pokarmów. W sprawie tej nie uzyskano jednak konsensusu.

Dr P. Trayhurn z Anglii wykazał obecność genu otyłościowego u myszy, tym samym potwierdził wcześniejsze odkrycie dra Fridmana opublikowane w listopadzie 1994 w "Nature". W kulturalach żarliwie dyskutowano o tym, że w USA udało się uzyskać tę brakującą substancję białkową, która koryguje defekt OB-genu, w rezultacie czego adipocyt uzyskuje informację, że nadszedł czas odchudzania i pacjent chudnie. Drugi ostatnio wykryty gen otyłościowy to Aguti - gen wykryty u żółtych, otyłych myszy z cukrzycą. Gen ten odpowiedzialny jest za produkcję w nadmiarze białka, które daje sygnał adipocytowi do "rozpasania". Bardzo dużo uwagi poświęcono obecności receptorów betaadrenergicznych, a zwłaszcza wykrytemu niedawno u człowieka w tkance brunatnej receptorowi beta-3. Niezwykle interesującą prezentację na ten temat przedstawił dr J. Nedergaard ze Szwecji. W chwili obecnej odżyła dawna koncepcja, głoszona przez prof. M. Pawlikowskiego z Łodzi sugerująca, że adipocyt może ulegać wstępnym zmianom do preadipocytu, a następnie do adipocytu brunatnego. Wiadomym jest, że głód i zimno stymulują beta-3 adrenoreceptory. Potwierdzeniem tego faktu może być obecność tkanki brunatnej u robotników pracujących na północy oraz Eskimosów.

Większość prezentacji poświęconych nowym lekom, które proponowane były

w leczeniu otyłości, dotyczyła substancji, będących wybiórczymi agonistami beta-3 jak, np. ZD 2079 firmy Zeneca lub BRL 37344. Powyższe preparaty charakteryzują się stosunkowo wysoką selektywnością nie są jednak pozbawione wpływu na beta-2 receptor, co powoduje u pacjentów przykre drżenie rąk. Specjalna sesja poświęcona była preparatowi Sibutramina firmy Knoll, który jest wybiórczym agonistą receptora beta-3 oraz wykazuje presynaptyczne działanie serotonergiczne. Wydaje się, że ten lek będzie chętnie stosowany przez lekarzy w leczeniu otyłości. Wra-

sji wzbudziła koncepcja niekorzystnego wpływu nadmiaru białka w mieszanekach dla niemowląt w aspekcie powstawania otyłości, podczas gdy wysokie stężenie tłuszczu w mieszanekach jest niezbędne dla prawidłowej mielinizacji układu nerwowego. Nadmiar białka wydaje się być również przyczyną stale obserwowanej akceleracji wzrostu dzieci.

W tej samej sesji prof. A. Stunkard z USA i T. Soerensen z Danii przedstawili wyniki prac przeprowadzonych na dużych grupach adoptowanych dzieci, udowadniając niezwykle istotny wpływ dziedziczenia na rozwój otyłości. Dzieci, które nigdy nie miały styczności ze swymi biologicznymi rodzicami miały podobny do nich wskaźnik masy ciała, podczas gdy rodzina adoptująca nie miała nań istotnego wpływu.

W ostatnim dniu kongresu odbyła się również sesja poświęcona otyłości dziecięcej. Sesji współprzewodziła, razem z dr I. Lissau z Danii, dr hab. Ewa Małecka-Tendera. Trzy z prezentowanych prac dotyczyły zagadnień prewencji otyłości u dzieci. Amerykanie starali się wykryć czynniki ryzyka otyłości u niemowląt. Nadwaga u matek nie wydawała się istotnym czynnikiem. Stwierdzono natomiast, że niemowlęta otyłych

uważali ją za fizjologiczną skłonność organizmu, z której dziecko powinno "wyrósnąć". Autorami prac pediatrycznych byli głównie członkowie ECOG (European Childhood Obesity Group), stowarzyszenia, do którego m.in. należy dr hab. Ewa Małecka-Tendera.

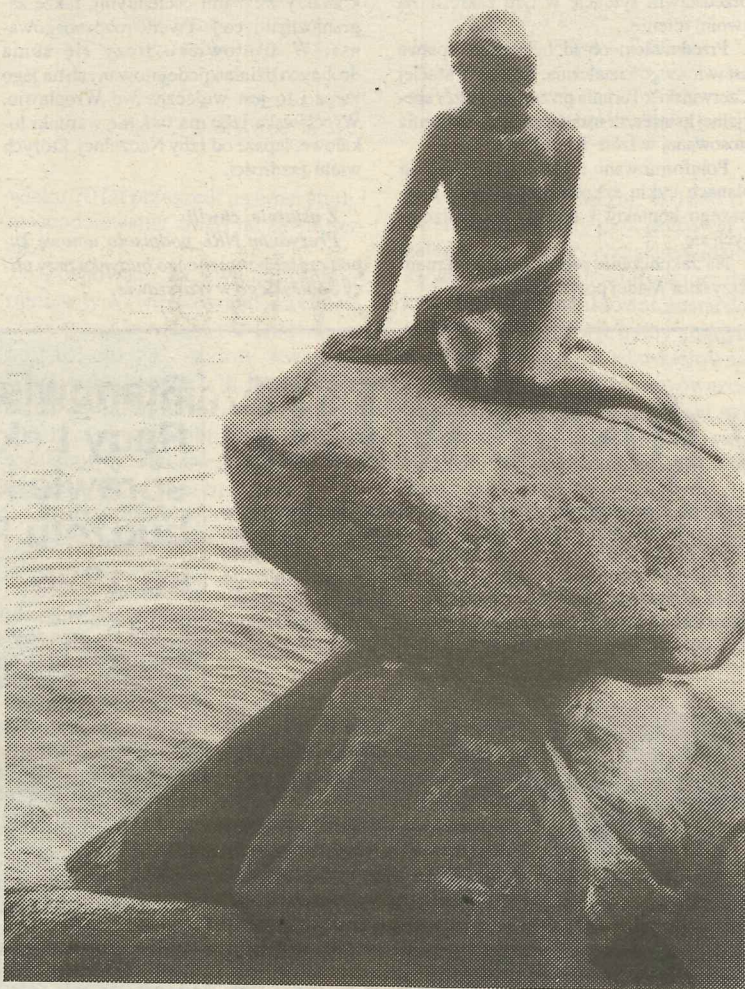
W grupie plakatów niepediatrycznych przedstawiono siedem z kilku ośrodków: Warszawy, Szczecina, Katowic, Wrocławia (4 prace). Wśród 483 plakatów w każdej z 32 sesji wyróżniono po pięć, w tym gronie znalazły się plakaty z Warszawy, Wrocławia i Szczecina. W trakcie Kongresu odbyło się Walne Zgromadzenie Członków Europejskiego Towarzystwa Otyłościowego, wśród których znajduje się 22 przedstawicieli krajów Środkowej Europy, w tym 3 z Polski. Zgromadzenie prowadził prezydent Towarzystwa prof. G. Ailhaud z Francji. Polskę reprezentował niestety jedynie prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz. W związku z sytuacją finansową lekarzy i badaczy krajów środkowo-europejskich Zarząd Towarzystwa zaproponował zwolnienie z opłat członkowskich wszystkich chętnych do wstąpienia, a ponadto zaproponował każdemu z Towarzystw tej części Europy gratisową subskrypcję OBESITY. W imieniu tej części Europy, podziękował prof. dr hab. Andrzej Milewicz oraz prof. V. Hauner z Pragi. Po dyskusji zaproponowaliśmy zorganizowanie pod protektoratem Europejskiego Towarzystwa we Wrocławiu lub Pradze warsztatów dla lekarzy pierwszego kontaktu z krajów Europy Środkowej pt. "OBESITY NEWS - from pathogenesis to treatment".

Orientacyjny termin spotkania to marzec lub wrzesień 1996 r. Udział w charakterze wykładowców zapowiedzieli najlepsi europejscy znawcy przedmiotu. Zebranie zakończono wyborami nowych czterech członków Zarządu Towarzystwa z ośmiu kandydatów. Wśród nich jako jedyny reprezentant tej części Europy był prof. A. Milewicz. Niestety do szczęścia zabrakło jednego głosu... Wracając do przystąpienia do Europejskiego Towarzystwa, poza wypełnieniem deklaracji członkowskiej (deklaracje można otrzymać w Biurze DIL) należy napisać w języku angielskim krótki życiorys oraz spis najważniejszych publikacji (nie więcej niż 10). Zwyczajem Towarzystwa jest, że kandydat na członka musi być zarekomendowany przez dwóch członków Towarzystwa. W trakcie pobytu w Kopenhadze zostało uzgodnione z sekretarzem Towarzystwa drem Haunerem, że prof. A. Milewicz ma prawo rekomendować i podpisać deklarację kandydatowi, natomiast po przesłaniu deklaracji dr Hauner będzie drugą osobą rekomendującą. Tak więc, osoby chętne do wstąpienia do Europejskiego Towarzystwa proszone są o przesłanie deklaracji członkowskich wraz z życiorysem oraz spisem kilku ważnych publikacji. Po podpisaniu dokumenty te zostaną przekazane do Zarządu Towarzystwa. O przyjęciu zostaniecie państwo osobiście powiadomieni.

Adres korespondencyjny:

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Milewicz
Katedra i Klinika Endokrynologii Akademii Medycznej
50-364 Wrocław
ul. Pasteura 4
fax/tel/071-217349

Podsumowując, wydaje nam się, że brunatną tkankę, z którą wróciliśmy po obfitych przekąskach z zimnej Kopenhagi stracimy tańcząc flamenco w gorącej Barcelonie, gdzie w dniach 15-17 maja 1996 roku odbędzie się następny Europejski Kongres. Do zobaczenia!



Wykazuje on właściwości regulatora uwalniania insuliny zależnie od poziomu glukozy w organizmie, tak więc będzie mniej przypadków hipoglikemii polekowej, ale to pewnie kwestia przyszłości. Pani prof. A. Dębińska-Kiec z Krakowa jako jedyna rodzimka miała interesującą prezentację ustną, dotyczącą aspektów genetycznych. Sporo miejsca na Kongresie poświęcono zagadnieniom otyłości dziecięcej, zwłaszcza jej prewencji. Już w pierwszym dniu w sesji plenarnej wystąpiła dr M. F. Rolland-Cachera z Francji prezentując wyniki swoich badań nad wpływem składu mieszanek niemowlęcych na występowanie nadwagi w późniejszym okresie życia dziecka. Wiele kontrower-

matek mają odmienny tor ssania, przez co wypijają większą ilość pokarmu niż niemowlęta matek szczupłych. Dr M. L. Frelut z Francji wykazała niekorzystny wpływ otyłości na układ krążenia, a dr W. Burniat z Danii stwierdził, że leczenie otyłych dzieci jest równie mało skuteczne jak leczenie otyłych dorosłych. Szczególnie źle rokują dzieci imigrantów z krajów Trzeciego Świata.

W sesjach plakatowych poświęconych zagadnieniom otyłości u dzieci przedstawiono 26 prac, z czego dwie pochodziły z Kliniki Endokrynologii Dziecięcej Śląskiej Akademii Medycznej. Świadczy to o rosnącym zainteresowaniu nadwagą u dzieci wśród pediatrów, którzy jeszcze do niedawna



Pamiątkowe zdjęcie w ogrodzie DIL-u.

9 czerwca Dolnośląska Izba Lekarska gościła przewodniczących wszystkich Izb Lekarskich kraju z prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej dr n.med. Krzysztofem Madejem.

Obradowali przewodniczący

Przewodniczący obradowali nad sytuacją w służbie zdrowia, której zadłużenie sięga 10 - 15 bilionów starych zł i narasta. Pieniądze przeznaczone na podwyżki są niższe niż obiecywane w negocjacjach post-ratkowych w styczniu br.

Poza tym w założeniach budżetu na rok przyszły znowu proponuje się środki zbyt małe w stosunku do niezbędnych potrzeb. W związku z tym Konwent Przewodniczących podjął uchwałę. Na wniosek skarbnika NRL dra Andrzeja Sawoniego Konwent Przewodniczących zwrócił się z apelem do Okręgowych Rad Lekarskich o wsparcie finansowe NRL, aby ta mogła zakupić siedzibę godną 100 tysięcznej korporacji.

Rozmawiano także o konieczności ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy. Poszczególni przewodniczący przedstawili sytuację w tym zakresie na swoim terenie.

Przedmiotem obrad była także sprawa ustawicznego kształcenia. Kolega dr Maciej Czerwiński z Torunia przedstawił wzór specjalnej księżeczki ustawicznego kształcenia stosowanej w Izbie Toruńskiej.

Poinformowano także o wrocławskich planach cyklu szkoleń dla lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalizujących się.

Na zakończenie prezes NRL dr n.med. Krzysztof Madej powiedział:

- Dolnośląską Izbę Lekarską postrzegam jako lidera, szczególnie w sprawach organizacyjnych. Utrzymywane są ściśle kontakty z Izdami ościennymi, także zagranicznymi, co jest warte rozpropagowania. W środowisku liczy się suma drobnych działań podejmowanych na jego rzecz i to jest widoczne we Wrocławiu. Wrocławska Izba ma świetne warunki lokalowe, lepsze od Izby Naczelnej, których wielu zazdrości.

Z ostatniej chwili
Prezydium NRL podpisało umowę kupna części wznoszonego budynku przy ulicy Sobieskiego w Warszawie.



W prezydium zasiadli - od lewej - przewodniczący Konwentu dr Maciej Czerwiński, prezes NRL dr Krzysztof Madej i przewodniczący DRL Włodzimierz Bednorz.

Tunezyjscy goście w DIL

28 maja br. odwiedzili Wrocław przedstawiciele Departamentalnej Izby Lekarskiej w Limoges w Tunezji. W skład delegacji wchodził prezes Departamentalnej Izby Lekarskiej w Limoges prof. Jean Joseph Bouquier, oraz dyrektor generalny prof. Gilbert Catanzano, przewodniczący Rady Naukowej prof. Pierre Cubertafond, dyrektor generalny Serge Fontarensky, zastępca dyrektora generalnego Norbert Vidal wszyscy z Centralnego Szpitala Uniwersyteckiego w Limoges. Tunezyjskich gości podejmowali przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Tunezyjczycy zwiedzili też Zakład Medycyny Sądowej i jego muzeum. Na zdjęciu dr dr Jerzy Kawecki (pierwszy z lewej) i Andrzej Morawski prezentują tunezyjskim gościom pasy cnoty.



Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie kształtowania budżetu Państwa w roku 1996

Przygotowując budżet Państwa należy koncentrować się przede wszystkim na sprawach podstawowych dla bytu narodowego i na nie zapewnić niezbędne minimum środków.

Do takich spraw należy oświata i nauka, obronność zewnętrzna i wewnętrzna oraz ochrona zdrowia. Na wszystkie te dziedziny nakłady finansowe w ostatnich latach kształtują się znacznie poniżej minimalnych potrzeb i utrzymanie tego stanu rzeczy musi prędzej czy później, doprowadzić do tragedii.

Jeśli w tej chwili zatrzymamy się na sprawie ochrony zdrowia to trzeba stwierdzić, iż dekapitalizacja obiektów służby zdrowia, jej niedoinwestowanie i zadłużenie sprawiają, że jakkolwiek reforma bez znacznego zwiększenia przeznaczonych na ten cel środków, jest skazana na niepowodzenie.

Każda sugestia wypowiediana przez przedstawicieli Rządu, iż w ramach budżetu ochrony zdrowia istnieją możliwości jakichkolwiek oszczędności jest kłamstwem (oszukiwaniem społeczeństwa).

Osobnym problemem, rzutującym na dobór kandydatów do zawodów medycznych i ich wykonywanie, są skandalicznie niskie płace w sektorze państwowym. Uważamy, że istniejące niedobory należy możliwie szybko wyrównać i brać je pod uwagę już przy planowaniu budżetu na rok 1996, tak by umożliwić start reformowaniu opieki zdrowotnej, a następnie dążyć do poprawy efektywności przeznaczonych na ochronę zdrowia środków, poprzez maksymalną prywatyzację placówek i zakładów opieki zdrowotnej oraz budować poddany kontroli społecznej system ubezpieczeń zdrowotnych.

Podobnie konieczne jest zapewnienie potrzeb-

nych środków finansowych na oświatę, za której tragiczny stan już wszyscy od dawna płacimy, a w przyszłości zagraża to statusowi narodu, a także na bezpieczeństwo wewnętrzne i obronność, których nikt nam nie zapewni.

Dopiero pozostała po zabezpieczeniu podstawowych dla bytu narodowego potrzeb część dochodu narodowego można dzielić na inne cele.

Zdajemy sobie sprawę z rewolucyjności takiego podejścia do budżetu, ale uważamy, że wymaga tego powaga sytuacji. Dlatego wzywamy odpowiedzialnych za Państwo do odwagi i rozważli, do nieogładania się na krótkofalowe efekty polityczne.

Stanowisko Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich

Na spotkaniu 9 czerwca br. Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich jednomyślnie poparł zamiar Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zakupu siedziby dla Naczelnej Izby Lekarskiej oraz sposób finansowania tej inwestycji.

W związku z powyższym, Konwent zwraca się z apelem do Okręgowych Izb Lekarskich o udzielenie pożyczki Naczelnej Izbie Lekarskiej, na którą przeznaczone byłyby środki finansowe pochodzące z ostatecznego rozliczenia refundacji wydatków poniesionych przez izby za czynności przejęte od administracji państwowej w 1994 r. (740.000 zł / 7,4 mld starych zł) oraz pierwszej transzy zaliczki za rok 1995. (500.000 zł / 5 mld starych zł).

Podstawowym źródłem sfinansowania proponowanej inwestycji będą środki pochodzące z rezerwy budżetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący Konwentu Przewodniczących ORL

dr n.med. Maciej Czerwiński

Do wiadomości:
NRL

Okręgowe Rady Lekarskie - wszystkie

145 rocznica urodzin i 75 rocznica śmierci profesora Ludwika Rydygiera

Dynastia Rydygierów

Profesor Jakub
S. Waligóra



Założyciel dynastii, prof. Ludwik Rydygier, urodził się w 1850 roku. W 1869 r. zakończył gimnazjum i rozpoczął studia medyczne. Dyplom lekarza otrzymał w 1873 r. W czasie nauki i następnej trzyletniej praktyki w najlepszych szpitalach Niemiec wzbogacił swe wiadomości z chirurgii i zainteresował się pracą naukową. W 1874 r. obronił pracę doktorską z aseptyki, a w 1878 - habilitacyjną o stawach rzekomych. Tam też był asystentem, a następnie docentem. W 1879 powrócił do domu (w Chełmnie), ożenił się, otworzył prywatną klinikę chirurgiczną i rozpoczął aktywną działalność praktyczną i naukową. Szybko też doskonalił się i jako chirurg, i jako uczony. Po serii eksperymentów na psach 16 listopada 1880 roku, drugi po Pean'ie wykonał resekcję odźwiernika żołądka, a 21

wał około 200 prac naukowych. Wśród nich najważniejsze miejsce zajmuje chirurgia żołądka. Prócz tego prace z chirurgii przypadków nagłych, urologii, ortopedii, chirurgii urazowej, onkologii, proktologii, chirurgii plastycznej, chirurgii polowej, radioterapii i in. Należy zaznaczyć, że jeszcze w 1907 r. Ludwik Rydygier udoskonalił operację Roux tworzenia sztucznego przełyku, łącząc dolny

Pochowano go z wielkimi honorami, w tym i wojskowymi, na Cmentarzu Łyczakowskim we Lwowie, w najbardziej zaszczytnej kwaterze "Obrońców Lwowa". W jego dawnej katedrze chirurgii we Lwowie do dziś znajduje się jego biblioteka, a w sali wykładowej wisi wielkie paneau z jego portretem, trwa tradycja.

listopada 1881 r. pierwszą na świecie resekcję żołądka przy wrzodzie dwunastnicy i stał się znany w świecie medycznym.

Od 1887 roku Ludwik Rydygier kieruje kliniką i katedrą chirurgiczną na uniwersytecie Krakowskim, a od 1897 r. na Lwowskim uniwersytecie. W krótkim czasie staje się znanym chirurgiem-nowatorem i uczniem. Był też wybitnym organizatorem, założył Towarzystwo Chirurgów Polskich i w 1887 roku zorganizował pierwszy zjazd Towarzystwa w Krakowie. W latach 1901-1902 był rektorem Uniwersytetu Lwowskiego.

W ciągu swego życia opubliko-

koniec mobilizowanego jelita od razu z żołądkiem. Był to śmiały wszechstronny chirurg-nowator, który wychował całą szkołę chirurgów wysokiej klasy.

W czasie pierwszej wojny światowej stanął na czele chirurgicznej służby wojskowych szpitali i wrócił do Lwowa na swoją katedrę w randze generała służby medycznej. W ciągu swego życia Ludwik Rydygier założył trzy chirurgiczne kliniki (w Chełmnie - 1879 r., w Krakowie - 1887 r., we Lwowie - 1897). Otrzymał kilka wysokich odznaczeń państwowych i tytuł tajnego radcy dworu austriackiego. W czerwcu 1920 roku w

wieku 70 lat przeszedł na emeryturę i niespodziewanie zmarł na zawał serca.

Pochowano go z wielkimi honorami, w tym i wojskowymi, na Cmentarzu Łyczakowskim we Lwowie, w najbardziej zaszczytnej kwaterze "Obrońców Lwowa". W jego dawnej katedrze chirurgii we Lwowie do dziś znajduje się jego biblioteka, a w sali wykładowej wisi wielkie paneau z jego portretem, trwa tradycja.

Ludwik Rydygier miał dwóch sy-

nów. Starszy Antoni (ur. w 1880 r.), lekarz chirurg, cały czas pracował w katedrze ojca, który chciał go widzieć swym następcą. Antoni Rydygier doktoryzował się, habilitował, został docentem i niewątpliwie byłby godnym następcą swego ojca jako kierownik katedry. Jednak w 1917 roku ówczesne władze oskarżyły go o wrogi stosunek do rządu i prorosyjskie sympatie i skazały go na trzy lata więzienia (z przeniesieniem na czas wojenny), oraz pozbawiły tytułów i

stopni naukowych. Młodszy syn Józef (ur. w 1882 r.) był inżynierem ekonomistą, pracował na Pomorzu i zmarł w 1921 roku na serce. Ich matka, żona prof. Ludwika Rydygiera, Maria Borkowska (ur. w 1836 r.) zmarła w 1918 roku.

Pochowawszy rodziców i brata, Antoni Rydygier w 1922 r. wraz z żoną i córką wyemigrował do Brazylii. Otrzymał tam katedrę chirurgii i tytuł profesora na uniwersytecie w Kururytobie. Życie w Brazylii ułożyło się im szczęśliwie. Antoni Rydygier po pewnym czasie zrezygnował z kierownictwa katedrą, zamieszkał w nadmorskim mieście Santos i do końca życia zajmował się prywatną praktyką. Zmarł w wieku 86 lat w 1966 roku. W jego rodzinie najstarszą była córka Luiza (ur. w 1919 r.), lekarz pediatra, obecnie na emeryturze. Drugi przyszedł na świat syn Ludwik (w 1922 r.) - lekarz chirurg (emeryt). Następnie córka Janina (ur. w 1924 r.) - lekarz stomatolog (na emeryturze). Ostatnim był syn Antoni (ur. w 1927 r.) - inżynier.

Syn prof. Antonio Rydygiera, Ludwik Rydygier, ma syna Ricardo Rydygiero (ur. w 1956 r.), który jest lekarzem chirurgiem - prawnikiem założyciela dynastii.

Znamienita dynastia Rydygierów, która rozpoczęła chirurgiczną działalność jeszcze w 1873 roku, kontynuuje ją już 120 lat przez humanitarny trud czterech pokoleń - dziadek, syn, wnuk i prawnuk. Dynastia ta - to duma polskiego narodu.

Autor miał szczęście w 1989 roku spotkać wszystkich, mieszkających w Brazylii potomków prof. Ludwika Rydygiera, zobaczyć fotografie rodzinne i dowiedzieć się wielu ciekawych i nowych szczegółów.

(Autor pracował przez 50 lat w klinice założonej przez profesora L. Rydygiera).

Artykuły o aspirynie

W numerze 3/95 BMJ zostały opublikowane trzy obszernie przeglądów prac przygotowanych przez Wielośrodkowy Zespół ds. Leczenia Przeciwpłytkowego.

Dotyczą one zastosowania leczenia przeciwpłytkowego w różnych grupach pacjentów i są źródłem cennych danych.

U pacjentów z zaawansowaną miażdżycą tętnic leczenie to ma korzystne skutki - zmniejsza się częstość występowania kolejnych epizodów naczyniowych.

U pacjentów poddawanych zabiegom przywrócenia przepływu naczyniowego poprawia się drożność naczyń i zmniejsza częstość występowania epizodów naczyniowych nie związanych z wykonywanym zabiegiem.

Natomiast rola leczenia przeciwpłytkowego w profilaktyce zatorowości żylniej jest mniej jednoznaczna, ponieważ istnieją już inne skuteczne metody postępowania leczniczego (heparyna podawana podskórnie).

We wszystkich grupach pacjentów podawanie aspiryny w dawkach 75-325 mg wydaje się być tak samo skuteczne, jak stosowanie każdego innego leku lub ich połączeń. Czas trwania leczenia nadal wymaga określenia, jednak u chorych z uogólnioną miażdżycą tętnic zaleca się leczenie trwające całe życie. W przypadku rutynowego podawania aspiryny u pacjentów bez klinicznych objawów miażdżycy, potencjalne powikłania krwotoczne mogą przewyższyć korzyści wynikające z jej zastosowania.

Leczenie trombolityczne mięśnia sercowego

Rozwój martwicy mięśnia sercowego po zamknięciu tętnicy wieńcowej jest zależny od upływu czasu. Badania na zwierzętach sugerują, że jego nieodwracalne uszkodzenie zachodzi po upływie od trzech do czterech godzin.

Badacze włoscy stwierdzili, że ryzyko śmierci zmniejszyło się o jedną czwartą u pacjentów, u których leczenie rozpoczynano w ciągu trzech godzin od wystąpienia objawów, oraz o jedną piątą u tych, których leczono w ciągu trzech do sześciu godzin od wystąpienia objawów.

Rozpoczęcie leczenia trombolitycznego w warunkach szpitalnych jest zawsze opóźnione, a średni czas "drzwi - zastrzyk" wynosi 55 do 89 minut. Widać więc wyraźnie, że konieczne jest usprawnienie procedury przyjmowania nagłych przypadków w izbach przyjęć, a ponadto uzasadnione jest również, żeby leczenie trombolityczne rozpoczynał lekarz domowy, zwłaszcza dysponujący elektrokardiografem.

Wyniki różnych badań sugerują, że leczenie trombolityczne rozpoczynane do 12 godzin przynosi znamiennej redukcję śmiertelności o 16 zgonów na 1000 leczonych, a rozpoczęcie leczenia między 13 a 24 godziną - o 5 na 1000 leczonych pacjentów.

Immunoterapia iniekcyjna

Immunoterapia pod postacią wstrzyknięć alergenów stosowana jest w leczeniu zaburzeń alergicznych od początku dwudziestego wieku.

Obecnie grupa robocza Brytyjskiego Towarzystwa Alergii i Immunologii Klinicznej oceniła rolę swoistej immunoterapii alergenami w leczeniu schorzeń alergicznych.

Stwierdzono, że ten rodzaj leczenia powinien być stosowany rutynowo wyłącznie u pacjentów z sezonowym nieżytem alergicznym nosa oraz u pacjentów przejawiających anafilaktyczną reakcję nadwrażliwości na jad os lub pszczoł. Immunoterapia swoistymi alergenami nie jest natomiast zalecana w przewlekłej dychawicy oskrzelowej. Stosowanie tej terapii u dzieci wymaga oceny specjalistycznej.

Czy podawać noworodkom witaminę K

Od dawna jest rzeczą kontrowersyjną, czy należy podawać noworodkom witaminę K, aby zapobiec

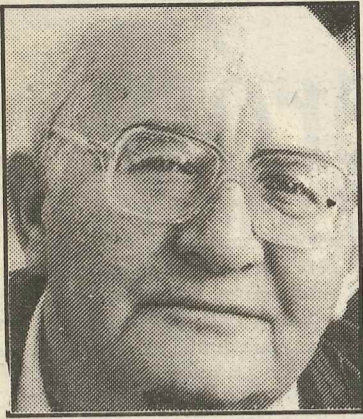
występowaniu krwawienia z jej niedoboru.

U noworodków karmionych sztucznie prawie nigdy nie występują krwawienia z niedoboru witaminy K. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że wchłaniają one wystarczającą ilość witaminy K z mieszanki.

Ogromne kontrowersje wzbudził raport Goldinga, w którym stwierdzono, że domięśniowe podawanie witaminy K wiąże się z podwojeniem ryzyka choroby nowotworowej u dzieci. Rozgłos nadany tej publikacji spowodował, że zaczęto stosować raczej doustne niż parenteralne preparaty witaminy K. Istnieją pewne wątpliwości, czy związek ten nie jest przypadkowy, brak jednak na razie innego wytłumaczenia.

Niewątpliwie najniebezpieczniejszym aspektem niedoboru witaminy K jest krwawienie wewnątrzczaszkowe. Ich częstość można by znacznie zmniejszyć, gdyby traktowano poważnie krwawienia ostrzegawcze (np. krwawienie z nosa i sączenie z pępka) i gdyby u wszystkich noworodków w wieku 2-3 tygodni u których utrzymuje się żółtaczka, brać pod uwagę niewykrytą chorobę wątroby i ponownie badać poziom witaminy K.

Z dziejów dolnośląskiej służby zdrowia (2)



Jerzy B. Kos

13 czerwca, wkrótce po przyjeździe do Legnicy, ówczesny naczelnik Wydziału Zdrowia Biura Pełnomocnika Rządu RP, dr Bogdan Snarski, wystosował pilne pismo do Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami doc.dr Jerzego Morzyckiego, w którym postulował "natychmiastowe utworzenie Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami na obszarze Administracyjnym Dolnego Śląska". Argumentował: "Według informacji nadesłanych przezwaznie przez niefachowców (siostry PCK, Referentów Opieki Społecznej, Starostów) na terenach niżej wymienionych powiatów znajdują się wypadki tyfusów plamistych względnie brzusznym: Oleśnica - 5 przypadków, Głogów - 4, Jawor - 5, Legnica - 16, Lubiąż - 3, Milicz - 6, Rychbach - 18, Wrocław - kilkadziesiąt przypadków, brak meldunków od lekarzy - Polaków, Środa - ponad 100 przypadków, Wałbrzych - kilkadziesiąt przypadków". Na zakończenie dr Bogdan Snarski dopisał: "Przy organizowaniu Komisariatu należy wziąć pod uwagę, że na miejscu jest brak personelu fachowego i środków dezynfekcyjnych, maszyn dezynfekcyjnych, leków, transportu i benzyny. Trudności aprowizacyjne są bardzo duże".

Podane w piśmie informacje były wyraźnie zaniżone. Do sierpnia 1945 roku Wydział Zdrowia nie miał pełnego rozważania sytuacji.

O wiele dokładniejsze informacje o sytuacji epidemicznej miał natomiast Naczelny Nadzwyczajny Komisarz oraz jego współpracownicy, którzy od roku zajmowali się zwalczaniem epidemii duru wysypkowego i brzusznego we wschodnich i centralnych województwach kraju. Dokładne i alarmujące były meldunki przekazywane "kanałami" wojskowymi. O zachorowaniach na dur brzusny, dur wysypkowy i malarię wśród żołnierzy, o epidemii dziesiątkujących więźniów wywalanych obozów koncentracyjnych i obozów jenieckich, o braku środków dezynfekcyjnych, szczepionek i leków.

Sytuacja epidemiczna kraju po zakończeniu II wojny światowej była niekorzystna. Warto poświęcić jej więcej uwagi, bo była ważnym czynnikiem kształtującym bieg wydarzeń w pierwszych latach powojennych, a także problemem, któremu podporządkowano działalność prawie wszystkich zakładów służby zdrowia.

W 1945 roku liczne zachorowania na dur wysypkowy notowano na obszarze całego kraju. Na terenach położonych w dorzeczu Wisły wyraźnie wzrosła liczba chorych na zimnicę, a liczne ogniska tej choroby pojawiły się w odległych od siebie rejonach. W kilku województwach ogłoszono stan alarmowy w związku z epidemią błonicy, a zachorowania na tę chorobę - z wysoką śmiertelnością - osiągnęły nie notowane dotychczas wielkości. Na ziemiach zachodnich i północnych wybuchła największa, jaką odnotowały polskie kroniki medyczne, epidemia duru brzusznego. Wzrosła liczba chorych na czerwonkę oraz na inne choroby przewodu pokarmowego. Zachorowania na choroby zakaźne były jedną z głównych przyczyn zgonów.

Istotnym problemem zdrowotnym i społecznym stała się wówczas gruźlica i choroby weneryczne - pandemia gruźlicy objęła cały kraj. Na gruźlicę chorowało w

1946 i 1947 nadal terenami objętymi epidemią były województwa zachodnie i północne.

W 1948 r. odnotowano spadek zachorowań na dur brzusny i dury rzekome. Przyniosły efekty podjęte wcześniej szczepienia ochronne, wykrywanie nosicieli, izolowanie chorych, a także wysiłki zmierzające do poprawienia stanu sanitarnego kraju.

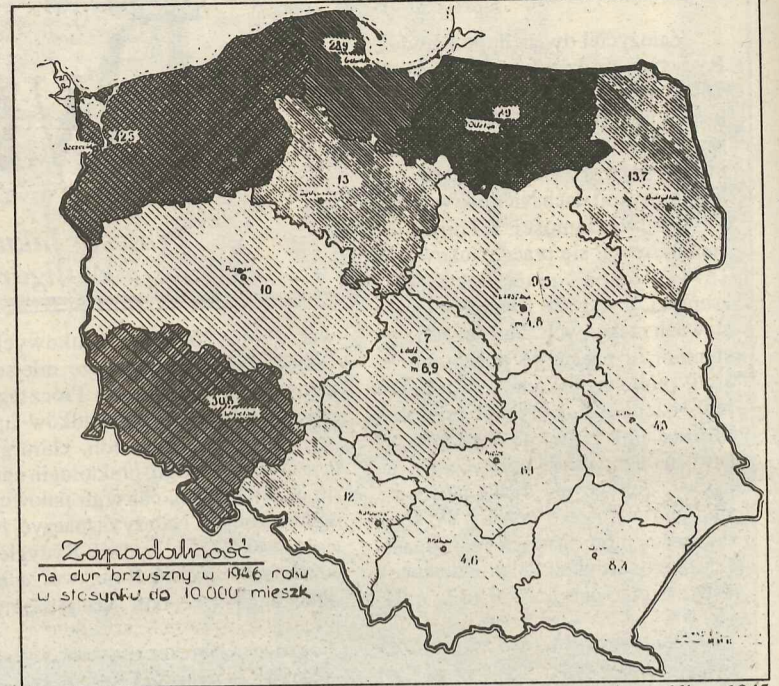
Lata II wojny światowej wywołały wyraźny wzrost zachorowań na czerwonkę w Europie, a zwłaszcza na terenach objętych wojną: na Węgrzech, w Rumunii, Bułgarii i Związku Radzieckim, a także w Polsce. Rozległe ogniska czerwonki pojawiły się już we wrześniu 1939 roku. W następnych latach notowano wysoką zapadalność na obszarach dużych miast, w prawie wszystkich gettach i obozach koncentracyjnych. Pierwsze powojenne lata przyniosły korzystną zmianę sytuacji. Wbrew prognozom epidemiologów zachorowania na czerwonkę ustabilizowały się na średnim poziomie. W 1945 r. zarejestrowano 6.690 zachorowań. I była to liczba zbliżona do średniej rocznej z lat 1935-1938 wynoszącej 6.688 zachoro-

Przykładem politycznej frazeologii stosowanej przez radzieckich epidemiologów może być następujący cytat: "...ewentualne przypadki duru w naszym kraju mogą być traktowane jako przeżytek przeszło-

1946 i 1947 nadal terenami objętymi epidemią były województwa zachodnie i północne.

W 1948 r. odnotowano spadek zachorowań na dur brzusny i dury rzekome. Przyniosły efekty podjęte wcześniej szczepienia ochronne, wykrywanie nosicieli, izolowanie chorych, a także wysiłki zmierzające do poprawienia stanu sanitarnego kraju.

Lata II wojny światowej wywołały wyraźny wzrost zachorowań na czerwonkę w Europie, a zwłaszcza na terenach objętych wojną: na Węgrzech, w Rumunii, Bułgarii i Związku Radzieckim, a także w Polsce. Rozległe ogniska czerwonki pojawiły się już we wrześniu 1939 roku. W następnych latach notowano wysoką zapadalność na obszarach dużych miast, w prawie wszystkich gettach i obozach koncentracyjnych. Pierwsze powojenne lata przyniosły korzystną zmianę sytuacji. Wbrew prognozom epidemiologów zachorowania na czerwonkę ustabilizowały się na średnim poziomie. W 1945 r. zarejestrowano 6.690 zachorowań. I była to liczba zbliżona do średniej rocznej z lat 1935-1938 wynoszącej 6.688 zachoro-



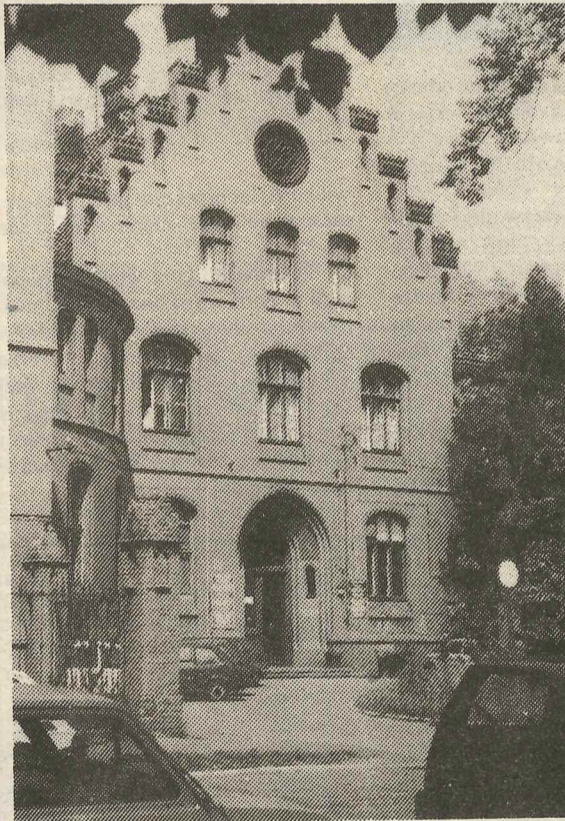
Powojenne epidemie

ści. Takie przeżytki wykazują czasami zadziwiająco trwałość i likwidowanie ich wymaga wielkiej wytrwałości. Oprócz tego po przyłączeniu do ZSRR wielu obszarów stanowiących przedtem drapieżnie eksploatowane kolonie burżuazyjnej Polski i Rumunii, powstało przed nami również zlikwidowanie duru plamistego na tych terenach". Tak napisali Gromaszewski I.W. i Wajndrych G.M. w "Epidemiologii szczegółowej" wydanej w polskim tłumaczeniu, bez słowa komentarza, w 1952 roku.

Chorobami od dawna zdomowionymi w Europie był dur brzusny i dury rzekome. Lata II wojny światowej były okresem wielkiej epidemii duru brzusznego.

W Polsce w latach 1945-1947 była największa epidemia duru brzusznego jaką odnotowały kroniki medyczne: zachorowało 126.858 osób, spośród których 7.963 zmarło. W 1945 r. zarejestrowano 81.657, w 1946 r. - 33.453, a w 1947 r. - 11.748 zachorowań, przy współczynniku zapadalności wynoszącym dla tych lat: 341,2, 139,8 i 49,3 na 100 tys. mieszkańców. Szczególnie gwałtowny i dramatyczny przebieg miała epidemia na tzw. Ziemiach Odzyskanych, w województwie olsztyńskim, gdańskim, wrocławskim i śląsko-dąbrowskim. Rejestrację chorób zakaźnych rozpoczęto na tych terenach dopiero w lipcu 1945 r. i do końca roku nie była ona pełna, bo obejmowała przede wszystkim zachorowania w szpitalach. A mimo to szacowano, że aż 63 proc. spośród 81.657 chorych na dur brzusny i dury rzekome przypadało na województwa zachodnie i północne. Największą zapadalność obserwowano wśród ludności autochtonicznej. Według Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami, doc.dr. Jerzego Morzyckiego przyczynami epidemii były: znaczna liczba starych ognisk endemicznych, uszkodzenie lub zniszczenie urządzeń sanitarnych, zwłaszcza w dużych miastach, przemieszczenie się ludności cywilnej i przemarsz znacznej liczby wojsk oraz krytyczne warunki bytowania zarówno ludności autochtonicznej jak i napływowej, a także brak odporności przeciw tej chorobie.

Szczyt epidemii duru brzusznego i dury rzekomej przypadł na październik 1945 roku - zarejestrowano wówczas w całym kraju 17.625 nowych zachorowań. W następnych miesiącach - w III kwartale zarejestrowano 34.641 chorych, a w IV kwartale 34.969 chorych. Największą liczbę chorych stwierdzono w 1945 r. w trzech województwach: śląsko-dąbrowskim (z Opolszczyzną) - 12.050, gdańskim - 11.759 i wrocławskim - 9.861. W latach



Fot. K. Drobiński

wań. Najwięcej zachorowań na czerwonkę zarejestrowano w województwie krakowskim (1.114), gdańskim (964) i śląsko-dąbrowskim (875). W kolejnych latach odnotowano również niewielkie ilości zachorowań: w 1946 r. - 4.308 chorych, w 1947 r. - 3.374 chorych, aż do 1.653 zachorowań w 1952 r.

Lata 1939-1945 przyniosły zmianę w geograficznym rozmieszczeniu zimnicy na świecie.

W okresie międzywojennym największą zapadalność na zimnicę wykazywały Włochy, Hiszpania i Portugalia oraz kraje bałkańskie. W Grecji i Jugosławii na zimnicę chorowało corocznie ponad milion osób. Poważnym problemem zdrowotnym była zimnica w Związku Radzieckim - w latach 1934-1938 rejestrowano corocznie od 4 do 9 milionów zachorowań. W latach wojny pojawiło się wiele ognisk zimnicy w Polsce, w okolicach Warszawy, Sandomierza i Krakowa, a następnie w innych

regionach kraju - również i na Dolnym Śląsku. W latach 1945-1949 ilości chorych na malarię osiągnęły wysokie liczby - od 1.500 (w 1945 r.) do 9.941 (w 1948 r.).

Wśród dzieci złowrogą rolę odegrała błonica i choroba Heinego Medina. Po wojnie współczynniki zapadalności i umieralności na błonicę w Polsce należały do najwyższych. Lata 1945-1954 były również okresem nasilenia epidemicznego poliomyelitis we wszystkich krajach Europy.

Najważniejszym problemem epidemicznym Dolnego Śląska w pierwszych latach powojennych był dur brzusny i inne choroby zakaźne przewodu pokarmowego. W pierwszych miesiącach 1945

r. - odnotowano pierwsze zachorowania na dur brzusny oraz niewielkie lokalne ogniska epidemii duru brzusznego w miastach i osiedlach Dolnego Śląska - relacje o nich przetrwały do dzisiaj w pamiętnikach i we wspomnieniach. Wydarzenia w Kątach Wrocławskich opisał Waclaw Ściążko: "Epidemia wybuchła, jak się dowiedziałem od Niemców, w końcu lutego albo na początku marca. Początkowo zachorowało na tyfus parę osób i to tylko spośród uciekinierów z innych miast Dolnego Śląska. Opiekę sanitarną nad ludnością spełniało troje lekarzy niemieckich (...). Epidemia trwała jeszcze parę miesięcy po moim przyjeździe. Zaczęła ustępować dopiero wtedy, gdy osiedlił się w Kątach polski lekarz dr Bronisław Rutkowski". Podobne informacje przekazało kilkunastu innych świadków tamtych wydarzeń - Polaków i Niemców.

Rejestrację chorych na choroby

zakaźne rozpoczęto dopiero od lipca 1945 r. I do końca roku była ona - z różnych powodów - niepełna. Do końca 1945 r. odnotowano na Dolnym Śląsku 9.861 zachorowań na dur brzusny i dury rzekome.

Interesujących informacji o rozmiarach i przebiegu epidemii dostarczają zachowane w archiwach meldunki niektórych lekarzy powiatowych. Do 1 grudnia 1945 r. - o czym informuje dr J. Stępniewski i dr I. Lichodziejewski - zachorowało w Jeleniej Górze na dur brzusny 134 osoby (36 Polaków, 94 Niemców i 4 Rosjan), na dur wysypkowy 17 osób (5 Polaków, 12 Niemców) i 123 Niemców). Oleśnicki lekarz powiatowy dr Jan Słowikowski informował pismem z 8 sierpnia, że "w powiecie jest ok. 50 wypadków tyfusu i 30 czerwonki. Oprócz tego panuje tzw. choleryka w samym mieście". Pełnomocnik Rządu ze Strzelina meldował 1 sierpnia, że "są liczne wypadki tyfusu - w szpitalu w Strzelinie jest około 30 chorych na tyfus narodowości niemieckiej (...) a w szpitalu nazwy niemieckiej Carlustift leży 82 chorych na tyfus". Pełnomocnik Rządu w Legnicy - Jan Nowakowski - informował, że "na terenie tut. Obwodu stwierdzono chorobę zakaźną tyfusu brzusznego u 30 osób narodowości niemieckiej. Dotąd zmarło 5 osób. Tyfus z dnia na dzień ogamia coraz więcej osób". W rejestrze chorych na dur brzusny sporządzonym w Kłodzku przez dr. Seweryna Pabisza odnotowano 91 nazwisk ludzi, którzy zachorowali od 15 września do 22 października 1945 r. Naczelnik Wydziału Zdrowia miasta Wrocławia dr Mieczysław Czamecki zanotował w swoich wspomnieniach, że 26 czerwca 1945 roku zarejestrowano 79 chorych na czerwonkę oraz stwierdzono pierwsze zachorowania na dur brzusny. W dwu wrocławskich szpitalach zakaźnych leczono do końca 1945 r. ok. 500 chorych na czerwonkę i prawie 2 tys. chorych na dur brzusny i dury rzekome. Niestety - brak w archiwach dokumentów pozwalających na pełniejsze przedstawienie sytuacji epidemicznej poszczególnych miast i powiatów Dolnego Śląska w 1945 roku.

Powojenna epidemia duru brzusznego na Dolnym Śląsku objęła lata 1945-1947. Ogółem zachorowało 16.899 osób a odsetek zgonów wynosił ok. 6 proc.

Dolnośląski Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami zorganizowano w lipcu 1945 r. Jego pierwszą siedzibą była Legnica, a od września - Wrocław. Na Komisarza do Walki z Epidemiami powołany został dr Adam Michejda, energiczny i doświadczony organizator. Podjęto szeroko zakrojone działania przeciwepidemiczne: zorganizowano sieć szpitali i oddziałów chorób zakaźnych, powołano kolumny przeciwepidemiczne, rozpoczęto szczepienia ochronne. Do walki z epidemiami zaangażowano większość lekarzy i pielęgniarek. Wydarzenia tego niezwykle ważnego okresu w dziejach dolnośląskiej służby zdrowia przypomniane zostaną w kolejnym rozdziale.

"Nasz Doktor" -
Wacław Olszak
(1868-1939)



Dzieciństwo

spędził w Szonowie na Śląsku Cieszyńskim. Tam właśnie urodził się jako dziesiąte dziecko małych gospodarzy. Kierownik szkoły ludowej, do której chodził regularnie - zimą, gdy nie było pracy w polu, szybko dostrzegł wyjątkowe zdolności swego ucznia i jego ogromny głód wiedzy. Nakłonił więc rodziców, by wysłali chłopca do gimnazjum w Cieszynie. Dzięki interwencji starszego brata został tam przyjęty bez egzaminu na 3-miesięczny okres próbny. Egzamin bowiem odbywał się w języku

Górnicy lekarz

"Społeczeństwo utrwała najbardziej zasłużonych dla następnych pokoleń. Do takich należy doktor medycyny Wacław Olszak z Karwiny, upamiętniony ulicą w śródmieściu Cieszyna. Służył przez 43 lata pracą lekarza górniczego i działalnością społeczną mieszkańcom Karwiny tak, że wybrali go swoim burmistrzem (...) W życiorysie doktora Olszaka mieści się historia polskiego ruchu narodowego na Śląsku Cieszyńskim."

K. Brożek

niemieckim, którego Wacław Olszak jeszcze wtedy nie znał. Jednak już od drugiego roku należał do najlepszych uczniów w swojej klasie.

Po maturze

w 1889 roku zapisał się na Wydział Medyczny Uniwersytetu w Wiedniu. Jednocześnie zaangażował się w prace Akademickiego Zrzeszenia Polaków "Ognisko". Otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich w 1895 roku i po rocznej praktyce na oddziałach szpitalnych w Krakowie i Wiedniu objął stanowisko lekarza Kasy Brackiej Przemysłu Węglowego w Karwinie. Funkcję tę sprawował przez 43 lata, do swojej tragicznej śmierci. Pracował dla polskich kolonii górniczych, wśród ludzi i zdarzeń jak z opowiadań Gustawa Morcinka (dla którego Karwina jest miejscem urodzenia). Oprócz typowo lekarskiej rozwinął szeroką działalność społecznikowską, walcząc o po-

prawę warunków mieszkaniowych w familokach, podniesienie poziomu higieny, polepszenie bytu górników. Pomógł pierwszy raz zorganizować kolonie letnie dla śląskich dzieci.

Udzielał się niemal we wszystkich istniejących wówczas organizacjach:

w "Ognisku Polskim", skupiającym polskich obywateli w Zagłębiu Karwińskim, w "Dziedzictwie Błogosławionego Jana Sarkandra w Cieszynie, towarzystwie szerzącym oświatę wśród ludu, w Związku Polaków w Czechosłowacji, a przede wszystkim w "Macierzy Szkolnej" (był lekarzem jedyne w Czechosłowacji polskiego gimnazjum w Orłowie i drużynowym lekarzem polskiego skautingu).

Wreszcie w 1928 roku wybrano go burmistrzem Karwiny.

Uczestniczył w polsko-czeskich zmaganiach o Śląsk Cieszyński. Na mocy decyzji Rady Ambasadorów w Paryżu w 1920 roku podzielono spor-

ne terytorium na tzw. linii Olzy. Zagłębie Karwińskie znalazło się więc na terenie czeskim. Doktor Olszak kontynuował swe patriotyczno-narodowe prace, stając się jednym z najwybitniejszych działaczy polskich Zaolzia.

"Dlaczego miałbym uciekać? Nie mam na sumieniu ani jednego wypadku, żebym kogoś świadomie skrzywdził."

Nie ewakuował się z częścią polskiej ludności Śląska przed wrześniem 1939 roku. Został i stał się jedną z pierwszych ofiar hitlerowskiego terroru na Śląsku Cieszyńskim. Dobrze znana Niemcom narodowa i społeczna aktywność doktora Olszaka sprawiła, że jego nazwisko znajdowało się na wszystkich listach "wrogów Rzeszy". Aresztowany 2 września, przesłuchiwany i bestialsko zbity przez gestapowców, a potem karwińskich Niemców, których do niedawna leczył, zmarł w karwińskim szpitalu

górnicy 11 września 1939 roku na skutek odniesionych obrażeń. Pogrzeb, pod nadzorem gestapo, odbył się bardzo wcześnie rano, wyłącznie z udziałem najbliższej rodziny. Miejscowa ludność mogła towarzyszyć swojemu doktorowi tylko z daleka, zza cmentarnej bramy. Taki był rozkaz władz okupacyjnych, które obawiały się zamieszek i patriotycznych manifestacji.

Po 55 latach

18 września 1994 roku uczczono pamięć Wacława Olszaka krótką uroczystością na cmentarzu w Karwinie - Kopalniach. Uczestniczyły w niej delegacje karwińskich górników, ich sztandarowe poczty, chór i orkiestra. Obecny był prezes ZG Polskiego Związku Kulturalno-Oświatowego w Czechach, władze miasta i zaolziańscy Polacy. Trochę tylko żal, że zabrakło tam lekarzy z Polski. Seminarium historyczne, przypominające postać i działalność doktora Olszaka odbyło się następnego dnia w Domu Polskim w Karwinie - Frysztacie. Spotkali się na nim ci, którym droga jest pamięć polskiego lekarza, ci, którzy do dziś myślą o nim z sympatią i życzliwością. Dotarli także doktor Krzysztof Brożek z Zakładu Historii Medycyny Śląskiej Akademii Medycznej i profesor Zbigniew Domostawski z Jeleniej Góry.

(K.P., oprac. na podstawie tekstów K. Brożka i J. Sembola).

W czasie urlopu warto odwiedzić ziemię kielecką, której najcenniejszym zabytkiem przeszłości jest zespół dawnego opactwa benedyktyńskiego na Świętym Krzyżu. Ma on długą historię owianą niejedną legendą. Samo opactwo było fundowane jeszcze w XII wieku, na rozległym gołoborzu, stąd Łysa Góra (Monte Calvo), słynne także z tego, że w tamtejszym skrypcorium zakonnym powstały "Kazania Świętokrzyskie". Największy rozwój przeżyło opactwo w okresie Jagiellonów. Jan Długosz w swej kronice pisał "Łysa Góra prawie zawsze zimnem skrzepla, często zamglona, syjąca śniegami lub deszczami, w wielu miejscach wypuszcza z siebie krynice".

Na Świętym Krzyżu jest co zwiedzić.

Kościół jest pełen zabytków, a w kaplicy Oleśnickich są przechowywane relikwie Krzyża Świętego. Po schodach zaś można zejść do kaplicy, w której spoczywają szczątki pogromcy Kozaków Jeremiego Wiśniowieckiego. Niestety długowiekową tradycję benedyktyńską przerwały represje kasacyjne rządu carskiego. Pozostała jedynie tablica upamiętniająca 82 opatów, 275 przeorów i 1086 zakonników. Warto przed tą tablicą za-

Na wakacyjnych szlakach historii medycyny

Zbigniew Domostawski

trzymać się i zadumać. Napis głosi "Pax tecum viator, stille peduum vitae cursu, qui tempore transiens" co w wolnym przekładzie brzmi "Pokój z Tobą przechodniu, wstrzymaj kroki, wszak wszystko przemija z biegiem czasu". Dziś Sanktuarium na Świętym Krzyżu opiekują się Misjonarze Oblaci.

Ale tradycja benedyktyńska trwa. Jak również trwa tradycja Stefana Żeromskiego, który zauroczony ziemią kielecką pisał "widzę cię we wspomnieniach, przebiegam w marzeniach".

Zywe są tu tradycje medyczne, mimo iż jej relikwów pozostało niewiele.

Hodowanie roślin leczniczych (słynne klasztorne ogrody zdrowia - hortus sanitatis), wytwarzanie leków i lecnicтво na miarę epoki, były specjalnościami klasztoru i stanowiły służbę społeczną dla całej ludności. Do obowiązków zakonu benedykty-



Święty Krzyż. Kościół i klasztor pobenedyktyński.

nów należało leczenie i pielęgnowanie chorych, piecza nad ułomnymi i ubogimi. Pielgrzym znajdował tu opiekę duchową i doczesną, opatrzone mu rany, dostał strawę i nocleg.

Reguła zakonu benedyktynów głosiła "infirmorum cura ante omnia adhibenda est" - "należy mieć przede wszystkim troskę o chorych". Warto przypomnieć, że w owych odległych

czasach zabiegi lecznicze były wykonywane z nakazu miłosierdzia, a nie za zapłatą, leczono też "corde et misericordia" "sercem i miłosierdziem".

Pobyt na Świętym Krzyżu sprzyja refleksjom religijnym, lekarskim i patriotycznym. Szczególnie żywa jest tu pamięć o powstaniu styczniowym i ofiarach ostatniej wojny. Ponure wspomnienia budzi dawne więzienie na Świętym Krzyżu, ostatnio Muzeum Świętokrzyskie.

Trudno oprzeć się refleksji, że mijają pokolenia, a pozostają dzieła ludzkie i choćby były niepełne, to pamięć je przywodzi. Tak jest i z historią medycyny. Jest ona nieodłącznie związana z dziejami narodu i regionu.

Gdy pogoda dopisze można zatrzymać się w Puszczy Jodłowej, która otacza zespół klasztorny, a w niedalekiej Nowej Stupii, godne uwagi jest Muzeum Hutnictwa Świętokrzyskiego, które też pobudza do refleksji.

Komitet Organizacyjny "DOLNOŚLĄSKIEJ JESIENI ONKOLOGICZNEJ"

Dolnośląskie Centrum Onkologii
53-413 Wrocław pl. Hirsfelda 12
tel. 61-45-11, 61-90-41 do 46 wewn. 369 lub 370

KOMUNIKAT 2

Polskie Towarzystwo Onkologiczne Oddział we Wrocławiu
Dolnośląskie Centrum Onkologii
Katedra Onkologii i Klinika Ginekologii Onkologicznej
organizują wyjazdowe sympozjum naukowe.
Sympozyjum odbędzie się w zamku "Trzebiezowice"

w Odrzychowicach Kłodzkich w dniach 29.09 - 01.10.1995. Wyjazd i przyjazd autobusami spod DCO. Zapraszamy wszystkich członków Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz zainteresowanych lekarzy do udziału w spotkaniu. Przewidujemy referaty dotyczące historii i perspektyw rozwoju onkologii na Dolnym Śląsku oraz wykłady zaproszonych gości dotyczące postępów w biologii, rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów.

W związku ze znacznymi kosztami Zjazdu, zainteresowanych prosimy o wpłatę 50 zł (opłata stanowi część kosztów zjazdu - wyżywienie, noclegi, imprezy towarzyszące) do dnia 15 lipca na konto:

PBI SA Oddz. Wrocław
708036-1704-3111-1 "Dolnośląska Jesień Onkologiczna"

oraz potwierdzenie uczestnictwa osobiście, bądź pod numerem 61-45-11, 61-90-41 do 46 wewn. 369 lub 370.
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Marek Bębek

BRITISH MEDICAL JOURNAL - WYDANIE POLSKIE

Drodzy Czytelnicy!

We wrześniu British Medical Journal - Wydanie Polskie będzie obchodzić rocznicę swej obecności na polskim rynku wydawniczym. Wśród osób, które do końca września zaprenumerują nasze pismo, redakcja rozlosuje atrakcyjne nagrody książkowe - encyklopedie i słowniki PWN oraz publikacje PZWL - "Pediatrię" (t.I-II) pod red. Górnickiego, "Choroby wewnętrzne" (t.I-III) pod red. Wojtczaka i "Vademecum diagnostyki i terapii" pod red. Brzozowskiego.

Wśród naszych stałych prenumeratorów - tych, którzy odnowią w tym terminie prenumeratę, rozlosujemy 6-tomową Nową Encyklopedię Powszechną PWN. Oprócz tych miłych informacji, jeszcze jedna, mniej miła - od października BMJ prawdopodobnie podróżuje. Warto więc dokonać wpłaty przed 30 września 1995 r.

II Światowy Kongres Polonii Medycznej 20-24 czerwiec 1995 Częstochowa

Częstochowa ponownie była miejscem obrad Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Pierwsze tego rodzaju spotkanie miało miejsce w 1991 roku.

Ponowne zorganizowanie Kongresu w Częstochowie wymagało pokonania wielu trudności, ale udało się zgromadzić około 600 lekarzy, w tym blisko 400 z zagranicy a mianowicie z Australii, Austrii, Belgii, Białorusi, Chile, czech, Francji, Gruzji, Holandii, Izraela, Kazachstanu, Litwy, Łotwy, Mołdawii, Niemiec, Norwegii, Rosji, RPA, Słowenii, Szwecji, Ukrainy, USA, Uzbekistanu, Wielkiej Brytanii i Wenezueli.

Uczestnicy wzięli udział w uroczystej mszy św., która odbyła się przy odsłoniętym obrazie Madonny Jasnogórskiej. Celem było ją Metropolita Częstochowski ks. arcybiskup Stanisław Nowak. W swojej homilii rozwinął on wątek nadziei chrześcijańskiej, podkreślając, że lekarze są ludźmi nadziei, nie tylko medycyny i chorych, ale i Boga. Pismo św. każe szanować lekarza, a Chrystus jest uważany za lekarza naszych dusz i ciał. Apeluje o medycynę serca i miłości.



Symposium "Człowiek a środowisko - zagrożona jedność, Kraków 24 VI 95. Od lewej: prof. dr hab. Zbigniew Chłap - przewodniczący sympozjum, UJ Kraków, Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, prof. dr hab. Lucas L. Kulczycki, Georgetown University (USA).

W Filharmonii Częstochowskiej zaś po odśpiewaniu "Gaude mater Polonia", gości przywitał prezydent Częstochowy Tadeusz Wrona, podnosząc rolę tych wspólnych wartości, które dla nas Polaków symbolizuje Częstochowa. Odczytane też zostały listy do uczestników Kongresu, które skierowali Prezydent RP Lech Wałęsa i Premier Józef Oleksy. Wyrazy uznania uczestnikom kongresu złożył marszałek Senatu Adam Struzik. Min. Zdrowia i Opieki Zdrowotnej Jacek

Bogaty program naukowy

Zbigniew Domosławski

Zochowski powiedział, że jesteśmy również w punkcie zwrotnym dziejów medycyny, która coraz bardziej nawiązuje do holistycznej wizji człowieka, do filozofii M. Heideggera, R. Poppera i nauczania papieża Jana Pawła II, że techniki się zmieniają, ale wartości duchowe pozostają. Medycyna może być dziełem wspólnym łączącym się z duchem epoki.

Pewną nutę optymizmu wniosło wystąpienie wojewody częstochowskiego Cezarego Marka Graja, który oddał hołd postawie życiowej i sprawności zawodowej lekarzy. Prezes Stowarzyszenia Wspólnota polska prof. Andrzej Stelmachowski szczególnie dobitnie podkreślił

lissima - ze wszystkich zaiste nauk medycyna jest najszlachetniejsza.

Medale Gloria medicinae otrzymali m.in. prof. Bolesław Górnicki nestor polskiej medycyny i dr med. Bogusław Chwałoj Prezes Polskiego Towarzystwa Medycznego w Czechach, zaprzyjaźniony od lat z Dolnośląską Izbą Lekarską. Wieczór uświetniły występy orkiestry Państwowego Liceum Muzycznego w Częstochowie. Uczestnicy zwiedzili też wystawę sprzętu medycznego połączoną z czailem.

Dni zjazdu wypełnił bogaty program naukowy: przedstawiono dzieje medycyny polskiej, jej wkład w naukę światową oraz problemy praktyczne.

W referacie Prof. Tadeusza Brzezińskiego został przedstawiony "Wkład Polaków do medycyny Światowej ze szczególnym uwzględnieniem okresu rozbiorów". Przypomnił, że prace Edmunda Biernackiego o opadaniu krwinek czerwonych znacznie wyprzedziły prace Fahrensa, podobnie jak doniesienie Glinińskiego wyprzedziło prace Simmondsa. Duży wpływ na medycynę wywarła polska szkoła filozofii medycyny i związany z Częstochową Władysław Gliniński.

Dr Helena Tamowiecka ze Lwowa w referacie "Lwowska szkoła lekarska i jej tragiczne losy podczas II wojny światowej", przedstawiła indywidualne losy i planowaną eksterminację, deportację Polaków i ofiary Katynia.

O polskości światowej sławy uczonego Roberta Remaka, mówił dr Roman Meissner z Poznania.

Prof. Zbigniew Domosławski z Wrocławia w referacie "Medycyna średniowieczna na Śląsku i jej wkład do nauki światowej", mówił, że Śląsk średniowieczny zajmował wyjątkową pozycję w dziejach Polski, a Wrocław obok Krakowa i Sandomierza, był zaliczany do głównych miast królestwa "sedes principales igni". Żadna dzielnica polska nie wydała tylu



Dwaj "Atrykańczycy" po Kongresie odwiedzili Wrocław. Z lewej prof. dr Wacław Komarszewski z Kinszasa, często gości na naszych łamach. Z prawej dr Justyn Morfopoulos z RPA, założyciel Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w RPA.

wybitnych medyków co Śląsk w średniowieczu za panowania Piastów.

Prof. Jolanta Gutkowska z Kanady przedstawiła koncepcje hormonalnego powiązania funkcji serca i nerek oraz działania odkrytego przez De Bolda przedsionkowego hormonu antydiuretycznego (ANT), którego podstawową właściwością jest wzmaganie wydzielania wody i soli i zwolnienie napięcia naczyń krwionośnych. Badania wskazują na niekorzystne oddziaływanie ANF nie tylko w patologii chorób serca, ale również wątroby i nerek. Ponadto profesor Stanisław

Zemankiewicz (z USA) mówił o "przeskórnym usuwaniu dysku kręgosłupa".

Prof. Jacek Łuczak z Poznania mówił o założeniach nowej specjalizacji - medycyny paliatywnej (Pallium - płaszcz), której celem jest opieka nad nieuleczalnie chorymi. Wskazał potrzebę ściślejszej niż dotąd współpracy lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, rehabilitantów, psychologów i duchownych a także że wolontariuszy.

Nadzieje na szersze rozpowszechnienie budzi doniesienie O kruszeniu kamicy nerkowej i moczowodowej przy użyciu aparatu Medit firmy Medico Brno, mówili o tym dr B. Chwałoj, M. Stursa i M. Havlik.

Dr B. Bruziewicz-Mikłaszewska i dr A. Mikłaszewski przedstawiili środowiskowo uwarunkowania enamelodentinopatii, wskazali, że wpływ na zmiany patologiczne twardych tkanek zębów obok czynników genetycznych wywierają warunki odżywiania i higiena życia, a także czynniki środowiskowe.

Goście mieli okazję do zwiedzenia Jasnej Góry i okolic, uczestniczenia w występach Zespołu "Śląsk", bankiecie i innych imprezach towarzyszących, szczególnie zaś w spotkaniu autorskim lekarzy zrzeszonych w Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, któremu przewodniczył dr med. Barbara Szeffer-Marcinkowska. Różnorodną twórczość lekarzy prezentuje VII tom Almanachu Literackiego.

Lekarze spontanicznie uczestniczyli w spotkaniach religijnych. W trzecim dniu obrad msze św. w kaplicy Domu Pielgrzymstwa celebrował dla uczestników Kongresu przeor Jasnej Góry O. Kośnik, uczestnicy mogli też zapoznać się z założeniami Stowarzyszenia Lekarzy Katolickich.

Godne podkreślenia jest to, że lekarze szczególnie z terenu byłego Związku Radzieckiego, chętnie i licznie uczestniczyli również w tym co mogła im zaoferować Jasna Góra. Obserwując ich postawę trzeba przyznać rację Romanowi Dmowskiemu, który przed laty pisał "katolicyzm z Polsce nie jest dodatkiem do polskości; ale tkwi w jej istocie".

Warto wspomnieć o niepowtarzalnej atmosferze, większym niż przed czterema laty zbliżeniu i potrzebie kontynuowania takich spotkań.

rolę tradycyjnej pozakonstytucyjnej opieki Senat RP nad Emigracją.

W imieniu rektorów uczelni medycznych przemawiał gospodarz terenu Rektor Śląskiej AM prof. dr hab. Władysław Pierzchała, który podkreślił uniwersalizm medycyny i potrzebę humanistycznej refleksji lekarza, mówił też o potrzebie spójności nauk podstawowych i klinicznych, ich wzajemnym przenikaniu się. Przytoczył aforyzm Hipokratesa - "Omnium profecto artium medicina nobis"

Sesja Integracyjna miała miejsce w piątek 23 czerwca 1995. Otworzył ją dr n. med. Krzysztof Madej - Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Przedstawił dotychczasowe działania i osiągnięcia Naczelnej Izby Lekarskiej oraz poszczególnych Izb Okręgowych w ciągu ostatnich 4 lat. Po nim dr Bronisława Siwicka z Wilna przedstawiła cele i działania Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie, a dr Zbigniew Kostecki mówił o pracy Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech. Prof. dr hab. Marian Kozłowski przedstawił Australijsko-Amerykańskie stypendia dla lekarzy polskich z terenów b. ZSRR. Wzruszający bardzo był zwłaszcza moment podziękowania za takie stypendium koleżanki - lekarza pediatry z Białorusi, która przebywała na miesięcznym stażu w Poznaniu.

Prof. dr hab. Bohdan Miśkowiak - Dziekan Wydziału Lekarskiego II Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przedstawił referat: Medycyna w języku angielskim - doświadczenia własne w nauczaniu medycyny w kursie 4-letnim dla studentów z USA i Kanady.

Od 1993 w poznańskiej AM kształci się tym kursem 17 studentów. W roku akademickim 1994/95 przyjęto kolejnych 23 studentów na podstawie rozmów kwalifikacyjnych oraz średniej z ocen uzyskanych w collegach. Realizacja tego programu jest obopólnie korzystna - studentci mają możliwość nauki medycyny według standardów amerykańskich, natomiast uczelnia zyskuje środki finansowe na unowocześnienie bazy dydaktycznej i metod nauczania. Po przerwie rozpoczął się burzliwy II Sejmik Polonii Medycznej. Odczytano Oświadczenie Rady Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie w sprawie II Kongresu Polonii Medycznej i wyrażono żal, że zabrakło wśród uczestników wielu luminary me-

dycy polskiej w świecie. W Prezydium II Sejmiku zasiadli: dr Henryk Roztoczyński z Chicago (USA), prof. Marcin Krotkiewski z Goeteborga (Szwecja), dr Bronisława Siwicka z Wilna (Litwa), prof. Lucas L. Kulczycki z Waszyngtonu (USA), dr Ewa Hrycaj-Małynicz ze Lwowa (Ukraina), prof. Marian Kozłowski

Chicago. Jego zastępcami: prof. Lucas L. Kulczycki (USA) i dr Bronisława Siwicka (Litwa). Przewodniczącym d/s naukowych został prof. Marcin Krotkiewski (Szwecja). Sekretarzem został dr Tadeusz A. Skowron (USA) a jego zastępcą dr Kazimierz Jodkowski (Białoruś). Na skarbnika wybrano dra Wiesława Wojnarskiego

nemu pamiętek (ach, jakie piękne palmy wileńskie!) i odśpiewaniu hymnu wychodźstwa "Marsz, marsz Polonia" zamknięto obrady II Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Uczestnicy rozjechali się na sympozja towarzyszące, którymi był

- III Międzynarodowa Konferencja

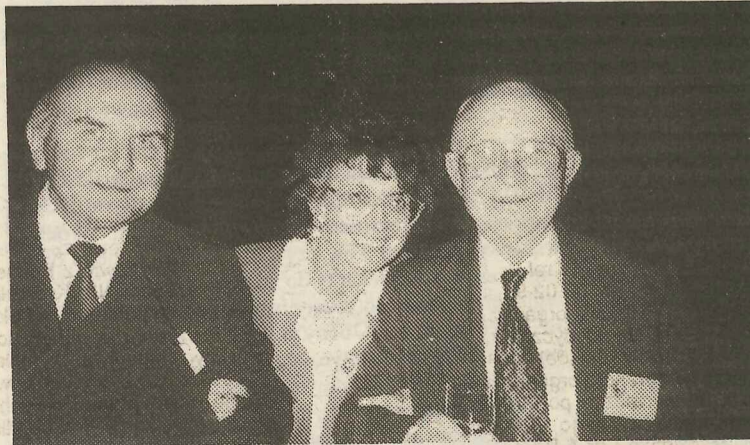
Między Norwegią a Zululandem

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

(Australia), dr Zbigniew Kostecki z Krefeldu (Niemcy), dr Kazimierz Jodkowski z Grodna (Białoruś) oraz dr Kazimierz Pankiewicz z Częstochowy - Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego. Komisję skrótną stanowili dr Marius Loeffler z Australii i doc. Jerzy Jurkiewicz ze Stowarzyszenia "Wspólnota Polska".

W głosowaniu przyjęto (na wniosek Kolegów z Australii), że III światowy Kongres Polonii Medycznej odbędzie się w 1997 r. a nie za 4 lata. Komitet Organizacyjny będzie w Częstochowie, a miejsce ustali się w terminie późniejszym. Zapropowano by było to miasto, w którym ma siedzibę Akademia Medyczna i najlepiej według alfabetu. Czyżby to miał być Białystok?

Następnie poddano głosowaniu i przyjęto treść postania do wszystkich, którzy z różnych względów nie przybyli na II Światowy Kongres. W dalszym ciągu Sejmiku odbyły się wybory prezidenta i sekretarza III Światowego Kongresu. Prezydentem został wybrany Henryk Roztoczyński z



Sympozjum satelitarne "Człowiek a środowisko - zagrożona jedność". W prezydium: dr Wiktor A. Zarkiewicz (Litwa), prof. Maria Gumińska, UJ Kraków. Referat wygłasza B. Bruziewicz-Mikłaszewska.

(USA). Chwilą zadumy i ciszy uczczono pamięć zmarłego w Szkocji nestora lekarzy polskich na emigracji doc. dra hab. Wiktora Tomaszewskiego, ta smutna wiadomość o jego śmierci dotarła do uczestników w czasie Kongresu.

Po wręczeniu Komitetowi Organizacyj-

Kardiologiczna, Dom Muzyki i Tańca, Zabrze 24-25 czerwca 1995

- Sympozjum nt. Człowiek a środowisko - zagrożona jedność - Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego - Kraków

- Sympozjum "Postępy w rozpoznawa-

niu i leczeniu raka sutka i raka okrężnicy - Akademia Medyczna - Łódź

- Sympozjum Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego "Medycyna rodzinna w Polsce i na świecie - Częstochowa

Szkoda, że nie dało się być jednocześnie wszędzie, bo niemożliwe jest ogarnięcie wszystkiego co się dzieje w świecie. Ale pozostały niezapomniane wrażenia i nawiązane przyjaźnie.

Do Wrocławia przyjechali poznani na II Kongresie koledzy: dr Adam Pietrzykowski z Norwegii i dr Justyn Morfopoulos z Zululandu (Republika Południowej Afryki), którzy na ostatnim przedwakacyjnym spotkaniu Komisji Współpracy z Zagranicą DIL 30 czerwca 1995 niezmiernie zajmująco opowiadali o swych lekarskich praktykach w odległych od nas zakątkach globu (szerzej o tym spotkaniu w najbliższym Biuletynie).

P.S. Oprócz sesji naukowych (jednym z ciekawszych referatów był "Trąd w świecie współczesnym" dr Romany Drabik z Niemiec o leproziorach w krajach nadbałtyckich, jak np. Kuuda w Estonii i Talsi na Łotwie), odbyły się ponadto "warsztaty medyczne". Były to spotkania koleżeńskie w ramach poszczególnych specjalności: psychiatrów, neurologów, ginekologów, chirurgów, internistów, pediatrów, ortopedów, stomatologów i anesteziologów. Prof. Anna Dyaczyńska-Herman z Katowic przyjechała z gotowymi zaproszeniami na XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który odbędzie się we wrześniu w Katowicach i zaprosiła lekarzy ze Wschodu, którym organizatorzy sfinansują przyjazd i pobyt.

W częstochowskim Kongresie brała udział widoczna z daleka (ach! jakie wytworne kapelusze) grupa koleżanek z Dolnego Śląska. Miło było odnaleźć się wśród gości z daleka i blisko.

Norwegia swoim kształtem przypomina żyrafę. Tulów tej żyrafy to region południowy - Oslo, Bergen, Trondheim. Cienka, długa szyja to wąski pas wybrzeża zmierzający ku północy. Głowę stanowi województwo Finnmark.

Finnmark powierzchnią jest równy Danii. Mieszkają tam Norwegowie, Laponczycy (Samowie), Finowie. Laponczyców znany głównie z bajek czytanych w dzieciństwie. Jest to pradawny lud - Urmenneske podobnie jak Indianie w Ameryce. Zachowują oni swoją odrębność narodową, pielęgnują pradawne tradycje, hodują renifery. Ubiągają się w stroje przypominające egzotyczne, pstrokate ptaki. Używają między sobą języka samickiego zupełnie niezrozumiałego dla obcych. Stolicą Laponii jest Karasjok.

Głównym miastem Finnmarku jest Alta (ok. 8 tys. mieszkańców). Wielkie rzesze turystów z całego świata przejeżdżają przez nią latem, zdążając do najdalej na północ wysuniętej części Europy, przylądka północnego, Nord Cap. W Alcie znajdują się unikalne rysunki - rytne na skałach przedstawiające zwierzęta i polujących ludzi sprzed ok. 5 tys. lat.

Finnmark znaczy: piękna łąka. Rzeczywiście rejon jest malowniczy. Nieskażona dzika natura, ogromne płaskie i niezamieszkałe przestrzenie. Niewyobrażalna cisza. Rzeki i jeziora pełne ryb. Wszystko to, za czym tęskni współczesny mieszkaniec zatłoczonej Europy. Idealne miejsce do letniego wypoczynku. Jednak lato jest krótkie, chłodne, pełne komarów. Inaczej jest tu zimą. Finnmark leży daleko na północ za kręgiem polarnym. Zima trwa przeciętnie 9 miesięcy, począwszy od października. Temperatura nierzadko spada do -40, -45°C. Śnieg osiąga kilka metrów grubości.

Drogi pomiędzy większymi miejscowościami są odśnieżane regularnie, ale częste i obfite opady, a także silne wiatry, czynią tę pracę szczyfową. Zimą obowiązuje tzw. kolonnekjoring. Samochody zdążające w jednym kierunku ustawiają się w kolejkę i czekają. O zapowiedzianej wcześniej godzinie ogromny śnieżny pług o płozach wysokich na 2,5 m,

Wenerolog - to nalej mu benzyny

Barbara Gąsior-Chrzan

rozsuwając śnieg, prowadzi powoli kolumnę aut, umożliwiając ludziom dotarcie do domów, dowóz żywności, a także dojazd do lekarza; do urzędów nie trzeba jeździć, wystarczy telefonować. Droga jest wtedy przejezdna tylko w jednym kierunku. Zdążający w przeciwną stronę czekają cierpliwie na swoją kolej. Chcąc dojechać do celu, wielu musi dodatkowo przeprować się promami przez fjordy. Taka podróż zajmuje wiele godzin. Wszystko odbywa się w mroku lub ciemności, bo słońce jest wtedy głęboko pod horyzontem. Nikt bez pilnej potrzeby nie ruszy się zimą z domu.

Podstawowym środkiem komunikacji na mniejsze odległości jest skuter śnieżny, któremu nie trzeba torować drogi pługiem. Większe miejscowości w Finnmarku mają regularne połączenia lotnicze.

Opieka zdrowotna w Finnmarku jest bardzo dobrze zorganizowana. Miejscowi lekarze, położne i pielęgniarki zapewniają podstawową opiekę. Do Finnmarku kieruje się wielu lekarzy stażystów. Mają oni tutaj możliwość zdobywania wszechstronnej praktyki w zawodzie.

Większość starych i niedołączonych ludzi mieszka w instytucjach zapewniających im opiekę i dobre warunki życia. Ale są i tacy staruszkowie, którzy mimo swoich 88-94 lat życia chcą nadal mieszkać w swoich własnych domach. Często samotnych, na bezludnej wyspie, narażonych na morskie sztormy. I do takich "ostatnich Mohikanów" dociera opieka lekarska. Trzy - cztery razy w roku jadą do nich łodzią lekarz i pielęgniarka, aby zmierzyć ciśnienie krwi, pobrać próby do badań laboratoryjnych. Wynajęcie łodzi z załogą kosztuje 50 tys. koron za pół dnia. "Ostatni Mohikanie" mają telefony i w razie konieczności przybywa do nich helikopter ze stosow-



nym wyposażeniem.

Zapewniona jest także specjalistyczna opieka lekarska. Do Alty lekarze-specjaliści dojeżdżają przeciętnie co tydzień. Lata się tam odrutowcem regularnych połączeń SAS. Zazwyczaj opóźnienia w przylotach nie przekraczają 30 min. Zimą może się zdarzyć, że lotnisko w Alcie nie przyjmuje samolotów z powodu burzy śnieżnej. Samolot krąży wtedy nad miastem w oczekiwaniu na możliwość lądowania. Jeśli burza przeciąga się, leci dalej do Kirkenes odległego o ok. 300 km lub Luleo w Szwecji - odległego o 500 km. Pacjenci cierpliwie czekają, bo być może lekarz-specjalista dotrze pod koniec dnia. Na przyjęcie u specjalisty czeka się do około trzech miesięcy. Zatem te parę godzin dodatkowego czekania nie sprawia istotnej różnicy. Naturalnie, koszt przelotu, taksówek, hotelu

i diet dla specjalisty pokrywa instytucja zatrudniająca lekarza. Lekarz otrzymuje także wynagrodzenie za tę pracę, które jest na tyle atrakcyjne, aby był on zainteresowany w podjęciu dodatkowego zajęcia. Jest to i tak znikoma część kosztów, które przyszedłoby płać gdyby pacjenci mieli dojechać do specjalisty. W jednym dniu lekarz przyjmuje 17-18 pacjentów.

Pewnego letniego dnia kolegajechał samochodem do przychodni "w terenie". Przyjął pacjentów w Alcie i zdążył przez Karasjok - stolicę Laponii - dalej na wschód, do Kirkenes przy granicy z Rosją. Do przejechania miał ok. 300 km. Zauważył, że nie wystarczy mu paliwa, aby dotrzeć do celu. Zatrzymał się zatem przy najbliższej stacji benzynowej, która niestety była zamknięta. Przypuszczał, że mieszkańcy przyległego domu są

prawdopodobnie właścicielami stacji. Zapukał do drzwi. Otworzyła stara Laponka.

- O nie, to nie nasza stacja benzynowa. Nie, nie wiem do kogo należy.

Kolega wyjaśnił, że jedzie do pracy, przed nim daleka droga, a najbliższa stacja benzynowa jest o 200 km stąd.

- Pacjenci czekają na mnie.

- Jesteś lekarzem? Może lekarzem od bioder?

- Nie jestem lekarzem od chorób skóry i wenerycznych.

- Wenerycznych, powiadasz... Oskar! Leć po klucze i nalej doktorowi benzyny.

W Finnmarku obyczajają się bardzo swobodnie. Zachorowania na choroby weneryczne są najwyższe w Norwegii. Specjaliści z tej dziedziny są tam szanowani.

Zakres usług świadczonych przez podstawową służbę zdrowia jest szeroki. Lekarz ogólny wykonuje ambulatoryjnie np. gastroskopię, rektoskopię i pobiera wycinki do dalszych badań histopatologicznych. Rutynowe badania ginekologiczne, prowadzenie ciężarnych, szycie ran to też obowiązki lekarza ogólnego.

Lekarze mają możliwość uczestniczenia w systematycznych szkoleniach na kursach organizowanych i finansowanych przez Towarzystwo Lekarskie lub poszczególne firmy farmaceutyczne.

W Norwegii pracują także polscy lekarze. Są tu uznawani za kompetentnych i sumiennych w wykonywaniu swoich obowiązków.

Teraz w Norwegii jest lato. Oznacza to, że słońce świeci całą dobę. Jest sezon na jaja mew, które dorastający chłopcy wybierają ptakom z gniazd i sprzedają smakoszom. Renifery przemieszły się z głębi łąd na chłodniejsze wybrzeże. Turyści przemierzają tysiące kilometrów na północ Europy. Na campingach pełno przyczep mniej lub bardziej luksusowych z antenami TV na dachach.

Norwegia pozostaje nadal poza Wspólnotą Europejską. Na Morzu Północnym znaleziono nowe pola naftowe, zwiększa się wydobywanie. Zapowiada to utrzymanie dotychczasowego poziomu konsumpcji.

Konferencja:

"Medycyna i ochrona zdrowia Grodzieńszczyzny"

W dniach 2-3 lutego 1995 r. w Grodnie odbyła się konferencja naukowa "Medycyna i ochrona zdrowia Grodzieńszczyzny" poświęcona 125-leciu wspólnoty lekarzy Grodzieńskiej Guberni. Konferencję zorganizowało Ministerstwo Ochrony Zdrowia Republiki Białorusi, Państwowy Instytut Medyczny i Naukowe Towarzystwo Historyków Medycyny z Grodna.

Dorobek naukowy to streszczenia 136 referatów podzielonych na 4 grupy tematyczne:

- 1) wspólnoty medyczne i dobroczynne (13 ref.)
- 2) historia Grodzieńskiego Instytutu Medycznego (42 ref.)
- 3) inne zagadnienia historii medycyny (13 ref.)
- 4) historia medycyny i ochrony zdrowia Grodzieńszczyzny (68 ref.)

Do ogłoszenia na konferencji przyjęto 25 referatów w dn. 02-02-95, a w dn. 03-02-95 odbyła się dyskusja okrągłego stołu n.t. "Historia organizacji, działalności i perspektywy rozwoju Grodzieńskiego Instytutu Medycznego".

W konferencji uczestniczyli goście zagraniczni z Polski (9 osób), z Litwy (2 osoby) i z Rosji (1 osoba). Dla nich gospodarze konferencji zorganizowali zwiedzanie muzeum Instytutu Medycznego oraz wycieczkę po Grodnie pozwalającą zapoznać się z najważniejszymi zabytkami tego pięknego miasta. Po Grodnie oprowadzali doc.dr J.M. Tiszczienko i dr A.P. Gostiew (jeden ze współautorów kroniki Grodna za lata 1116-1990). Gości zagranicznych przyjął w dn. 02-02-1995 J.M. Rektor Instytutu Medycznego prof. D.A. Masłakow. Na audycji obecni byli także Prorektor d/s Nauki prof. M.W. Borisjuk, prof. A.A. Birkos i doc.dr J.M. Tiszczienko.

Miłą i wzruszającą niespodzianką przygotowali polscy lekarze z Grodna. Ich przedstawiciele uczestniczyli w powitaniu grupy polskiej dn. 01-02-1995 na dworcu kolejowym - obok organizatorów konferencji - i zaprosili nas, w tym samym dniu, do domu Związku Polaków na Białorusi. W gościnnych progach tego domu mieliśmy okazję spotkać się z Tadeuszem Gawinem, Prezesem Związku Polaków na Grodzieńszczyźnie.

Konkurs dla psychiatrów

Komisja Współpracy z Zagranicą DIL zadzierzgnęła bliskie kontakty z Association of Polish Psychiatrists and Neurologists in America. Przedstawiciele Towarzystwa 3-14 października 1994 wizytowali ośrodki psychiatryczne w Polsce, spotkali się również w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie z Komisją Współpracy z Zagranicą NIL, Prezesem NIL Krzysztofem Madejem i odwiedzili Ośrodek Współpracy z Polonią. Dr Stanley W. Raczek, były Prezydent tej organizacji i aktualny Szef Spraw Zagranicznych, absolwent Wrocławskiej Akademii Medycznej z 1969 roku, był ostatnio we Wrocławiu na XXXVIII Zjeździe Psychiatrów Polskich 4-7 maj 1995 i przekazał nam ciekawy The APPNA Biuletyn. Znaleźliśmy w nim informację o konkursie.

Konkurs na pracę naukową

W maju 1997 w San Diego, w czasie dorocznego Zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), Stowarzyszenie Psychiatrów i Neurologów Polskich w Ameryce (APPNA) obchodzić będzie dziesiątą rocznicę istnienia.

Aby uczcić to wydarzenie Zarząd APPNA ogłasza konkurs na pracę naukową dla kolegów psychiatrów z Polski. Główną nagrodą, ufundowaną przez dr Stanleya Raczkę, członka Zarządu APPNA, będzie przyjazd na Zjazd APA

do San Diego i wygłoszenie nagrodzonej pracy w czasie zebrania APPNA. Zarząd APPNA pokryje koszty podróży i pobytu.

W konkursie udział mogą brać lekarze psychiatry, których wiek w maju 1997 nie powinien przekraczać 40 lat. Praca musi być pracą samodzielną (bez współautorów), napisaną w języku polskim lub angielskim. Streszczenie pracy powinno być napisane zarówno w języku polskim jak i angielskim.

Dodatkowe kryteria kwalifikacyjne to:

- co najmniej jednoroczne członkostwo w APPNA (w maju 1997),
- dobra znajomość język angielskiego poświadczona pisemnie przez kierownika kliniki/zakładu,
- opinia kierownika kliniki/zakładu o dorobku i planach naukowych autora pracy,
- spis publikacji w języku polskim i angielskim.

Do konkursu zgłaszać można prace oryginalne (badawcze, kliniczne, doświadczalne, teoretyczne), prace poglądowe oraz prace kazuistyczne, które wcześniej nie były publikowane lub skierowane do druku w innym czasopiśmie.

Bliższe informacje u dr Barbary Bruzewicz-Miklaszewskiej w Komisji Współpracy z Zagranicą.

Są duże, rzucające się w oczy, przyciągające uwagę, rozmieszczane w przemyślany sposób w punktach i odległościach takich, aby raz podchwycony mimowolny kontakt wzrokowy przerażał się w stały bodziec motywacyjny.

Wykonane solidnie, posadowione na potężnych podporach, na mocnych konstrukcjach, wielobarwne, odporne na deszcz, ultrafiolet, w proporcjach złotego podziału lub panoramiczne, podświetlane halogenami, aby pełnić swą funkcję również nocą. Wyrosły jakoś gwałtownie w ciągu paru tygodni i zawiadnęły pejzżem miasta stając się jednym z najsilniejszych elementów propagandy wizualnej.

Mówię o reklamach papierosów we Wrocławiu.

Niewiele jest takich punktów w mieście gdzie rozejrzawszy się dookoła nie dostrzeżesz ani jednej. Na ogół widać nawet kilka. Są wykonane ze znajomością ludzkiej optyki, usytuowane tuż nad linią horyzontu widzenia, w wymiarach obliczonych na dostrzeżenie z daleka, z pojazdów w ruchu i z rozległego sektora patrzenia. Ich treść - to swoiste mistrzostwo w sugestywnym oddziaływaniu na człowieka, to oręż wojny psychologicznej imperialnego producenta z ludzkim intelektem.

Spójrzmy np. na "WINNS - niezmiernie przyciąganie", zdobiącą ogrodzenie na pl. Dominikańskim. Usłużna zapalniczka przegięta w głębokim, pełnym baletowego wdzięku pas, podaje ciepły języczek ognia tkwiącemu w palcach papierosowi. No zapal! - zachęca ognistym pocałunkiem - zaciągnij się niezmiernie przyciąganiem!

Dach parterowego pawilonu przy pl. Dworcowym wyróżnia podwójna plansza reklamy Marlboro. Sektor widzenia - co najmniej 240° w najbardziej ruchliwym punkcie miasta. Solidna konstrukcja sprawi, że jeżeli wicher porwie plansze to z całym dachem. A na planszach - twarz prawdziwego mężczyzny. On nie zna lęku przed rakiem płuc. Tlenek węgla nie ima się jego hemoglobiny. Żadne substancje smoliste czy węglowodory aromatyczne nie zakłócają tego niewzruszonego spokoju jakim emanuje jego twarz. To przecież Amerykanin! Wystarczy spojrzeć na podgięte rondo jego kapelusza. Uważnie spogląda lewym okiem na przechodniów osłaniając opiekuńczo płomyk zapalniczki. Wahasz się Polaku? Przecież widzisz, ja zapalam, tak to się robi w Ameryce!

Ulica marsz. Piłsudskiego: ściana szczytowa budynku na wprost gmachu NOTu. Kompozycja trzech plansz, na których do nalogu kusi atrakcyjna kobieta. Piękna twarz, uwodzicielskie spojrzenie, zwiewna, przewieszona przez ramiona tkanina i sedno sprawy: "CARO - chwila przyjemności". Tylko sięgnąć - nie daj się prosić.

Nad rozległym placem przed gmachem poczty głównej panuje potężna płyta koncertu Marlboro. Wsparta na ogromnych stalowych filarach zdolnych przenieść przeszło mostu, solidnie posadowionych na mocnych fundamentach. Konstrukcja wymiarów "na oko" 5x20 m, widoczna już z Mostu Grunwaldzkiego. Podświetlona od dołu halogenami. Jestem przeświadczony, że za trzy takie reklamy można postawić żłobek albo osiedlową przychodnię. To cudo przedstawia trzech herosów w chwili odprężenia. Tylko z pozoru są to zwyczajni ludzie. Są to przede wszystkim Amerykanie a więc obywatele przodującego narodu, który na wszystkie możliwe sposoby przez radio, prasę, telewizję, z ambony, sceny teatralnej, ekranu filmowego, jest prezentowany jako naród sukcesu. Pejzaż południowej Kalifornii w tle zdradza kogo widzimy: to Samsoni, ludzie słońca, poskramiacze lwów. Zakończyli budowę dobrobytu i w chwili odprężenia, ponad czasem i przestrzenią, przystanąli aby sięgnąć po Marlboro. Gdzie indziej spotykaliśmy ich jak konno ujeżdżali Dzikiego Zachód. Tutaj porażają nas potęgą spokoju zdobywców. Za wszystko wystarcza słowo:

Imperium nikotynizmu

Marlboro.

Centrum miasta. Przejście podziemne na ul. Świdnickiej. W mały placyk między kamienicami wciska się reklama. "Menthol Mewa Light". I złotowłosa piękność. Lekko uniesiona twarz, opuszczone powieki, łagodna rozkosz na ustach - stan uduchowienia przewyższający ekstazę Św. Teresy ze słynnego ołtarza Berniniego. Powiewna bluzka zmysłowo spływa z odchylonych w tył ramion eksponując opięty haleczką biust. "Lekka, lżejsza... mentholowa" - wibrują litery. Może więc naprawdę mentholowe są lekkie, łagodne, nieszkodliwe?

Kazimierz Sanocki
Lubin

od przeciętnego Amerykanina. A jeśli nawet, to przecież wchodzimy na rynek, robimy interesy, zaciągasz się dymem prawdziwej przygody, doznajesz niezmiernie przyciągania, zawsze jesteś na fali.

Mój ukochany Wrocław, najpiękniejsze miasto tego kawałka starej Europy, w mackach jakiejś potwornej ośmiornicy. W cieniu tych reklam mieszka co najmniej kilkuset profesorów, tysiące lekarzy, nauczycieli, co najmniej kilku

Jak obok tych zabójczych reklam może spokojnie przechodzić onkolog? Gdzie są władze miasta, środowiska opiniotwórcze, kto dał pozwolenie na tego typu inwazję nikotynowego imperium?

Zalew, inwazja, nahałność. Są wszędzie. Nie wystarczy już zapelnąć gazety np. "Wyborczą", "Wprost" całostronicowymi reklamami. Gazetę trzeba jednak kupić. Reklama uliczna oddziałuje na wszystkich, jak wydać pieniądze, to na papierosy. Podpowiemy na jakie. Na każdym kroku, w drodze do pracy, po zakupy, przy spojrzeniu przez okno z mieszkania, nie pominąć wystaw sklepowych, słupów ogłoszeniowych, przejść podziemnych, nie zapomnieć o przystankach! Wciśniemy się pod powieki wszędzie, porażymy mózg przez najbardziej bodźcowy zmysł wzrok. Polacy są podatni na wpływy Zachodu, zaś Ameryki - w szczególności. Pal głupi Polaku, przecież to produkt of America. Jak może ci szkodzić? Nieprawda, że zdechniesz pięć - siedem lat wcześniej

biskupów i tyłuż generałów, spora grupa artystów, poetów, malarzy. Są tam liczne organizacje ekologiczne, łatwo buntująca się młodzież, która namiętnie brudzi mury miasta farbami. A na tych technicolorach ani jednej plamki spray'u!

Jak obok tych zabójczych reklam może spokojnie przechodzić onkolog? Gdzie są władze miasta, środowiska opiniotwórcze, kto dał pozwolenie na tego typu inwazję nikotynowego imperium? Nikotynowa agresja amerykańskich koncernów "błękitnej trucizny" tym jedynie różni się od wojen opiumowych w Chinach, że tam zdobywanie rynku wspomagano salwami kanonierek.

Kim tak naprawdę jesteśmy dla tych władców nikotynowego imperium?

Lubimy was, choć nie za to, że palicie

Zaniepokojeni narastającą falą narkomanii, szczególnie wśród młodzieży, łatwiejszym jej dostępem do alkoholu, coraz mniej uwagi zwracamy na problem palenia tytoniu. Przyzwyczajaliśmy się do uśmiechniętych pobłażliwie atrakcyjnych pań i panów z ogromnych reklam, których problemy znikają wraz z dymem papierosa. Wysokonakładowe dzienniki i tygodniki prześcigają się w pomysłowości, zachwalając aromat, niepowtarzalny smak i doskonałość wyrobów tytoniowych. Uspokoili nas złudne zapewnienia palaczy, że napływ "zdrowszych" (o niskiej zawartości substancji smolistych i nikotyny) zachodnich papierosów wymusi na polskich producentach podniesienie jakości krajowych, i że w ogóle problem zniknie, bo wraz z coca-colą, hamburgerami, wymienialnością złotówki i innymi oznakami dobrobytu nadejdzie moda na niepalenie.

Wydaje się, że na temat palenia nie da się powiedzieć nic nowego - o szkodliwości palenia czynnego i biernego przekonywać niepalących nie trzeba, a palących, zwłaszcza czytelników tej gazety, nie ma sensu - ale mówić trzeba, póki istnieje. Problem pozostawiony sam sobie nie znika.

Zauważyłem kiedyś niewielką nalepkę z tyłu samochodu o treści "my, palący lubimy niepalących, a wy?". Uzmysłowała mi ona, dlaczego walka z paleniem jest trudna. Trzeba bowiem zdać sobie sprawę, że atak na zjawisko palenia jest odczuwany przez palaczy jako atak personalny. Palacz na ogół dobrze wie, a przynajmniej słyszał, o konsekwencjach tego nałogu, lecz nie dopuszcza tego całkowicie do świadomości. Świadczy o tym chociażby wysoki odsetek palących lekarzy... W palącym wciąż ścierają się przeciwstawne poglądy: palenie to rak - tyłu paliło i zmarło w podeszłym wieku - na coś innego; palenie to nałóg - bzdura, zawsze mogą przestać; mój dym pewnie szkodzi także niepalącym, którzy przebywają ze mną - ale skąd, przecież mogą sobie otworzyć okno, a resztą cóż to za stęzenie w porównaniu z tym w moich płucach. (Są jednak i rzadkie przypadki, kiedy palacz nie ma takich rozterek ani najmniejszej chęci zerwania z nałogiem.) Jak zatem pomóc palącemu z naszego otoczenia rzucić papierosa? Na pewno nie metodami administracyjnymi, bo ich nieskuteczność obserwujemy na co dzień w placówkach służby zdrowia, w których palenie jest zabronione decyzją ministra (kto o tym jeszcze pamięta?). Izolowanie się od palących pogłębia tylko wzajemną niechęć, która nie rokuje dobrze, bo gromadzą się w grupkach palących tytoń ustalonych porach, podtrzymując się nawzajem w tym obrządku. Nie wszystkich jednak stać na tak heroiczną postawę, by palić biernie w nadziei, że kiedyś palący wynagrodzi nasz trud i przestanie palić (przynajmniej w czasie, gdy przebywa z nami). Cóż, tolerancji muszą nauczyć się obie strony, jeden tracąc, inni zyskując zdrowie.

W następnych numerach "Medium" o tym, co decyduje o sięgnięciu po papierosa i co nie pozwala przestać palić. A póki co, lubimy was palacze, choć nie za to, że palicie...

Niepalący (czynnie) Emil Mikulski



Może wyrosnąć prawie wszędzie. Trzyma się ludzkich siedzib, bo lubi glebę z dużą zawartością związków azotu. Śmietniska, kompostowniki i ich najbliższe okolice, przydroża i przydomowe ogródki to ulubione siedliska Datura stramonium - bielunia dziedzierzawy.

Ten pospolity u nas chwast (z rodziny psiankowatych) osiąga ok. 1 m wysokości. Liście ma duże, jajowate, zatokowo wcinane, z wierzchu miękkie owłosione. Okazale, białe kwiaty o smukłej koronie nocą wydają odurzający zapach, wabiący owady. Owoce bielunia, zielone i kolczaste przypominają owoce kasztanowca. Pękając uwalniają liczne czarne, nerkwate nasiona. Na nasze tereny gatunek został zawleczony najprawdopodobniej z nad Morza Kaspijskiego przez Cyganów, którzy używali liści Datura jako afrodyzjaka. Nie wygląda groźnie. Jest ozdobą nieużytków. A jednak nie bez powodu gwarowe określenia tej rośliny brzmią: duma rzepa, dumopian czy, jak kto woli, świńska wesz. Nie bez powodu Anglicy używają dosyć złowrogię nazwy: diabełska trąbka. Podobno bez szko-

Bieluń pindyryndą zwany

dy dla siebie mogą bielunia jadać tylko kozy... (?). Roślina jest bowiem silnie trująca. Jej liście i nasiona zawierają (od 0,25 do 0,5%) alkaloidy tropanowe: hioscyaminę, skopolaminę i atropinę. Alkaloidy te na obwodzie porażają układ przywspółczulny. Działając na ośrodkowy układ nerwowy skopolamina wywołuje rodzaj półsnu z halucynacjami (głównie wzrokowymi), atropina pobudza psychoruchowo.

Zagrożenie życia stwarza więc zarówno spożycie liści, nasion czy ich przetworów (śmierć następuje najczęściej po porażeniu ośrodka oddechowego) jak i stan niepożyteczności, spowodowany przez silną halucynozę.

W odpowiednio małych dawkach alkaloidy bielunia ujawniają oczywiście swoje działanie lecznicze. Są więc składnikiem leków, działających rozkurczająco na mięśniówkę gładką (preparaty Buscopan, Scopolan). Dym z liści D. stramonium dodawanych do, jeszcze niedawno stosowanych, papierosów dla astmatyków łagodzi objawy dychawicy oskrzelowej. Dla północnoamerykańskich Indian gatunek bielunia - Datura innoxia był rośliną kultową. Czczony jako boski narkotyk - "tolsechi" dodawany do herbaty miał wywoływać głęboki sen z wizjami, podbarwionymi erotycznie.

Być może fantastyczne opowieści o "astralnych latach" w "spółkowaniu z diabłem" wydobywane od wydanych na męki kobiet, w średniowiecznej Europie podejrzewanych o konszachty z siłą nieczystą były właśnie opisem omamów po Daturze stramonium. Zachowała się recepta na "maść czarownic", podana przez

Katarzyna Pociękin

renesansowego badacza, filozofa przyrody Giambattista della Parta: "Recipe sium, acorum vulgare, pentaphylon, verseperillionis sanguinem soeanum somniferum et oleum" (mieszanka z miazgą zielonych konopi, bielunia dziedzierzawy i lauru migdałowego, do której przy zachowaniu specjalnych cere-

monii czarnomagicznych dodawano krew nocnych ptaków i tłuszcz).

Jedno jest pewne. Bieluń dziedzierzawy nie jest bezpiecznym i pożądanym towarzyszem, a na Dolnym Śląsku go nie brakuje. Lepiej usunąć z czasu ten chwast z przydomowych ogródków, szkolnych posesji i miejsc, gdzie bawią się dzieci, zawsze chętne do wszelkich eksperymentów. Połknięcie kilkunastu drobnych ziaren czy zjedzenie 2-3 liści o smaku trawy nie stanowi problemu, a skutek może być tragiczny.

Zwłaszcza, że pojawiła się w kręgach nastolatków i nie mija moda na żucie liści halucynogennych roślin.

W tym bielunia właśnie.

Część materiałów udostępnił
Piotr Andrzej Szota.



Uczony-społecznik, prof. Emanuel Machek - twórca lwowskiej okulistyki

Setna rocznica założenia Wydziału Lekarskiego we Lwowie skłania do przypomnienia sylwetki prof. Emanuela Macheka, niezwykle lekarza humanisty. Wszelkstronna działalność społeczna i naukowa nestora lwowskiej okulistyki zdumiewa dziś swoim rozmachem i skutecznością działań.

Emanuel Emeryk Machek urodził się 7 marca 1852 r. w Samborze, uroczym kresowym mieście o dużych tradycjach kulturalnych. Z rodziną Macheków spokrewniony był, nasz nieżyjący już dziś kolega, dr Zdzisław Traunfellner anatomopatolog Zakładu Medycyny Sądowej we Wrocławiu. Dr Traunfellner wspominał, że jako dziecko wraz ze swoją matką odwiedzał nieraz wujka Macheka, słynnego już w okresie międzywojennym profesora okulistyki we Lwowie. E. Machek po ukończeniu gimnazjum w rodzinnym mieście, studiował medycynę w Wiedniu. W 1877 r. uzyskał doktorat wszech nauk lekarskich. Już podczas studiów pracował jako demonstrator u słynnego prof. Arlta. Arlt polecił młodego Macheka swojemu byłemu asystentowi, profesorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego L. Rydłowi. Warto nadmienić, że druga połowa XIX w. to okres zasadniczych reform w dziedzinie okulistyki i początki nowożytnej wiedzy opartej o racjonalną fizjologię optyki oka. Adept sztuki medycznej z Sambora znalazł się zatem w kręgu naukowców o wielkiej pasji poznawczej, śmiałych twórców nowoczesnej nauki europejskiej jakimi byli Arlt i jego uczniowie. W 1881 r. Machek odbył kilkumiesięczną praktykę również u ucznia Arlta, prof. Beckera w Heidelbergu. Znakomite przygotowanie teoretyczne pod kierunkiem wybitnych uczonych stanowiło podstawę do własnych badań naukowych uwieńczonych w 1882 r. pracą habilitacyjną na temat "Zmian wzmikowych w oczach królików w przypadkach ogólnego zakażenia węglowego".

W 1884 r. Machek przeniósł się do Lwowa, gdzie rozpoczął praktykę okulistyczną w Powszechnym Szpitalu Krajowym. W kilka lat później w 1892 r. został mianowany prymariuszem (ordynatorem) oddziału ocznego Szpitala Powszechnego, a w 1898 r. powierzono mu kierownictwo kliniki okulistycznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego. Obydwa placówki okulistyczne "oddział oczny" Powszechnego Szpitala Krajowego i "klinika oczna" Wydziału Lekarskiego, całkowicie niezależne pod względem administracyjnym, przez 24 lata (1898-1922) połączone były osobą prof. Macheka jako ordynatora oddziału i kierownika kliniki, oraz lokalizacją w budynku Szpitala Powszechnego.

Zainteresowania naukowe lwowski okulista koncentrował na opracowywaniu jak najlepszych metod operacyjnych oczu. Usprawnił m. in. zabieg operacyjny wykonywany na powiece oka w przypadku powikłań jagliczych. Opracował własną metodę badania oka przy pomocy promieni Rentgena celem wykrycia ciał obcych. Do literatury światowej wszedł jako prekursor dokładnego rozróżnienia i opisu już w 1895 r. "chorobowego obrazu półpaśca tęczówki". Powyższą jednostką chorobową, zwaną w literaturze niemieckiej "die Macheksche Krankheit" szerzej zajęto się dopiero w latach dwudziestych naszego stulecia, po wprowadzeniu do badań lampy szczelinowej. Ograniczam się w tym miejscu do wymienienia tylko tych najbardziej reprezentatywnych osiągnięć naukowych, zasadniczym bowiem celem jest wskazanie na prace Macheka na niwie społeczno-lekarskiej.

Dramatem ubożego społeczeństwa polskiego południowo-wschodnich kresów końca XIX i początku XX wieku była jaglica, powszechnie panująca choroba oczu. Nazwa pochodziła od zniekształceń pojawiających się na powiekach przypominających swoim wyglądem jagłę. W miarę rozwoju choroby następowały zmiany anatomiczne polegające na podwijaniu się powieki i wrastaniu rzęs w gałkę oczną, co w konsekwencji powodowało silne ropienie oraz całkowitą utratę wzroku. Główną przyczyną tej strasznej choroby był brak higieny. W Niemczech, a także w niektórych krajach monarchii austriackiej, np. na Węgrzech, walka z jaglicą stanowiła jedno z podstawowych zadań służby lekar-

Wanda Wojtkiewicz-Rok Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM Wrocław

skiej. Na ziemiach polskich zaboru austriackiego, a ściślej we Lwowie, leczenie jaglicy podniósł do rangi problemu społecznego właśnie prof. Machek. W pełni wykorzystywał swoje wysokie stanowisko administracyjne w służbie zdrowia do le-

czenia jaglicznych pacjentów w sposób zorganizowany i celowy. Dane statystyczne sporządzone przez Macheka wykazały, że na jaglicę chorowała wówczas ponad jedna czwarta ludności Galicji. Epidemie atakowały duże zbiorowiska ludzi, niekie-

tw. sezonowe szpitale ruchome na prowincji. Leczenie laboratoryjne i w szpitalach sezonowych odciążało placówki leczenia zamkniętego, do szpitali natomiast ze względu na ograniczoną liczbę miejsc przyjmowano "tylko przypadki ciężkie, powikłane, bolesne, sączące i tych chorych, którzy nie mają mieszkania i możliwości wyżywienia się".

Upór i konsekwencja Macheka w poszukiwaniu coraz to nowych metod leczenia jaglicy, tworzenie placówek

mnicy nazwiska osoby chorej, aby nie narażać jej na szykany ze strony otoczenia. Oto słowa samego mistrza: "Urzędnik nie utrzyma się w biurze, nauczyciel i uczeń muszą szkołę opuścić, sługa straci służbę. Tymczasem ci chorzy pozostając pod opieką lekarską [...] mogą wykonywać swoje obowiązki bez obawy, aby byli niebezpieczni dla otoczenia".

Niestrudzona aktywność lwowskiego uczonego w organizacji licznych sposobów walki z jaglicą, połączona z badaniami naukowymi na tym polu, doprowadziła ostatecznie do całkowitego opanowania w okresie międzywojennym tej strasznej choroby.

Innym problemem końca XIX w. obejmującym swoim zasięgiem szerokie kręgi społeczne były kalectwa, do których dochodziło podczas pracy w fabrykach. Wraz z rozwojem kapitalizmu postępowała również ochrona robotników w postaci ustaw ubezpieczeniowych wydawanych przez rządy poszczególnych państw. Z chwilą wprowadzenia prawnych zabezpieczeń, lekarzom przypisano rolę arbitrów w sprawach spomych między pracownikiem i pracodawcą. Zadaniem lekarza, było określenie stopnia utraty zdrowia i wynikiem stąd obniżki zarobku. Jedną z ustaw ubezpieczeniowych w monarchii austriackiej z 28 grudnia 1887 r. dotyczyła "uszkodzeń narządu wzrokowego". W praktyce okazało się, że ustawa jest nieprecyzyjna i kłopotliwa w stosowaniu. W dyskusji nad jej poprawieniem wzięło udział kilku lekarzy okulistów, a wśród nich właśnie wrażliwy na ludzką niedolę prof. Machek. W 1908 r. ogłosił on artykuł, w którym dokonał szczegółowej analizy wszystkich postanowień ustawy, wskazując na możliwość wykorzystania ich przy orzeczeniu sądowym przeciw samemu poszkodowanemu. Artykuł Macheka był wyraźnie instruktażowy, przeznaczony dla lekarzy orzekających w sądach pracy. Odznaczał się dużą rzetelnością merytoryczną, równocześnie podkreślano w nim moralne aspekty sprawy. Zadaniem lekarza stwierdzającego stopień kalectwa powinno być uwzględnienie np. faktu, że strata jednego oka w przyszłości spowoduje pogorszenie się widzenia drugiego oka. Jeszcze innym problemem, który należało uwzględnić, był charakter zawodu wykonywanego przez poszkodowanego. Rzeźbiarz np. przy utracie jednego oka faktycznie tracił możliwość dalszej pracy w dotychczasowym charakterze, murarz natomiast mógł utrzymać swoją profesję. W przypadku całkowitej utraty wzroku, nie wystarczyło zdaniem Macheka wypłacić poszkodowanemu przysługujące mu zgodnie z ustawą 100% dotychczasowych zarobków. Tak okaleczony robotnik wymagał stałej opieki, w związku z czym należało podnieść rentę powyżej 100%. Z każdego zdania obszernego artykułu wypływała ogromna troska o człowieka, którego losy mogły się znaleźć w zasięgu decyzji lekarskiej.

Aktywny na niwie społecznej i naukowej profesor lwowskiego Uniwersytetu, nie zaniebyszał pracy ze studentami. "Wykładał chętnie i bardzo przystępnie [...] - wspominał po latach prof. A. Zakrzewski. "Miał [Machek W.R.] drobną wadę wymowy - głoska "r" brzmiała u niego raczej jak "l". Wiedział o tym i przestrzegał słuchaczy: - Płoszę państwa, ja nie umiem mówić dobrze "l", to jak ja mówię, że oko kłótkowidza jest głupsze niż nołmalne, to to nie znaczy, że ono jest głupie, tylko że ono jest głupsze".

Nie wiadomo jakie motywy kierowały Emanuelem Machekiem przy wyborze zawodu lekarza. Może były to przyrodnicze zainteresowania, może moda, albo zwyczajnie perspektywa dobrej pozycji społecznej i materialnej. Wprawdzie druga połowa XIX w. to okres przedstawiany w literaturze jako szczególnie niekorzystny dla lekarzy, powszechnie narzekano na nadprodukcję przedstawicieli tego zawodu i gwałtowną ich pauperyzację. Jednak studia medyczne mimo długiego okresu trwania i dużej kosztowności cieszyły się popularnością. Nie wiemy o czym myślał młody Machek wyruszając z Sambora na studia medyczne do Wiednia, ale z całą pewnością możemy dzisiaj stwierdzić, że wszystkie Jego poczynania zawodowe miały swoje źródło w szczególnej wrażliwości na ludzką cierpienie i niedolę.



Szpital Powszechny Krajowy (dawne Kolegium Pijarów) we Lwowie.



Prof. Emanuel Machek

dy całe szkoły, fabryki, więzienia i jednostki wojskowe. Tragiczna była epidemia w 1888 r. w zakładzie głuchoniemych we Lwowie. W ciągu kilku dni zapadło na nią 70 wychowanków zakładu. "Porozumienie z nimi stało się niemożliwym - głusi i niemi stali się także ciemnymi" - relacjonował profesor. Wrażliwość prof. Macheka na ludzką niedolę była motorem jego wszystkich przedsięwzięć naukowych i organizacyjnych. Ponieważ oddział szpitala, którym kierował nie mieścił wszystkich zgłaszających się do leczenia, polecenie profesora dostawiano dodatkowe łóżka. Ponadto wprowadzono leczenie ambulatoryjne, kontynuowane od 1897 r. także w klinice. Staraniem Macheka i z jego inicjatywy przed pierwszą wojną światową, w ogrodzie szpitalnym otwarto barak Czerwonego Krzyża, w którym leczono chorych nie wymagających zabiegu operacyjnego. Rozpropagował ponadto

leczniczych, zaangażowanie asystentów do organizowania pogadek na temat higieny w małych ośrodkach miejskich oraz gminnych i co najważniejsze szeroka popularyzacja problemu, znalazły odzwierciedlenie wśród lekarzy polskich. W 1924 r. odbyła się konferencja profesorów okulistyki z całego kraju, postanowienia podjęte przez tę konferencję znalazły wyraz w wydanym przez rząd 2 sierpnia 1926 r. rozporządzeniu z mocą ustawy "O zwalczaniu jaglicy". Podczas wspomnianej konferencji podjęto również uchwałę o wprowadzeniu urzędowego nakazu rejestracji chorych. I tu ponownie ujawnił się głęboki humanitaryzm lwowskiego uczonego: przychylił się do wniosku o nakazie rejestracji chorych, przestrzegając jednocześnie przed niebezpieczeństwem wyrządzenia krzywdy osobom rejestrowanym. W przypadku urzędowego spisu, należało położyć szczególny nacisk na zachowanie w taje-

II stopień**PROTETYKA
STOMATOLOGICZNA**

lek.dent. Lilia Michalska-Przystajko,
ZOZ Legnica
lek.dent. Anna Pieńkowska, ZOZ
Wrocław Fabryczna
lek.dent. Krystyna Majdzik, Urząd
Gminy, Żurawina
lek.dent. Magdalena Domin, Spółdziel-
nia VITA, Wrocław
lek.dent. Jadwiga Meisinger, ZZOZ
Rejonowego Zakładu Karnego, Szpi-
tal, Wrocław
lek.dent. Wiktoria Klupa
lek.dent. Leszek Gruska, ZUS Legni-
ca - gabinet stomatologiczny
NEONATOLOGIA
lek.med. Grażyna Ohia, Wojewódzki
Szpital Specjalistyczny, Wrocław
lek.med. Roman Barabach, Specjalisty-
czny Szpital Zespolony, Wrocław
lek.med. Barbara Bryja, Specjalisty-
czny Szpital Zespolony, Wrocław

I stopień**CHIRURGIA
STOMATOLOGICZNA**

lek.dent. Małgorzata Rudniewska-
Przygoda, ZOZ Lubin
STOMATOLOGIA OGÓLNA
lek.dent. Mirosława Wróbel, GHS
ZOZ Lubin
lek.dent. Urszula Chruszcz, ZOZ Głogów
lek.dent. Grażyna Piskórz, ZZOZ Pol-
kowice
lek.dent. Janusz Bisaga, ZOZ Wrocław
lek.dent. Alicja Kaźmierczak-Ochro-
bel, ZOZ Strzelin
lek.dent. Agnieszka Wiśniewska, ZOZ
Wrocław Krzyki
lek.dent. Jolanta Batycka, ZOZ Oława
lek.dent. Małgorzata Cwynar, Zarząd
Służby Zdrowia MSW, Poliklinika,
Wrocław
lek.dent. Agnieszka Hruby, Obwód Le-
cznictwa Kolejowego, Przychodnia
Kolejowa, Wrocław
lek.dent. Artur Mokijewski, Spółdziel-
nia VITA, Wrocław
lek.dent. Anna Trojanowska, ZOZ
Oleśnica
lek.dent. Honorata Krawczykowska,
Katedra i Klinika Protetyki Stomatolo-
gicznej AM, Wrocław

Komunikat

Zespołu ds. rejestracji lekarzy i
wydawania prawa wykonywania za-
wodu

Zadzwoń i sprawdź
jakich dokumentów brakuje w re-
jestrze DIL abyś mógł otrzymać nowe
prawo wykonywania zawodu, tel. 22-
50-56 do 58.

Przypominamy jednocześnie, że
lekarz obowiązany jest bezzwłocznie:

- * zawiadomić Izbę Lekarską o:
 - przeniesieniu się na obszar inne-
go województwa lub innej Okręgowej
Izby Lekarskiej,
 - zmianie adresu zamieszkania,
 - zmianie zakładu pracy lub inne-
go miejsca wykonywania zawodu,
 - zmianie nazwiska,
 - uzyskaniu specjalizacji,
 - utracie zaświadczenia;
- * złożyć odpowiednie oświadcze-
nie w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej
w przypadku:

- zrzeczenia się prawa wykony-
wania zawodu na czas nieokreślony,
- zaprzestania wykonywania za-
wodu na czas nieokreślony;

* zwrócić zaświadczenie Dolno-
śląskiej Radzie Lekarskiej w wypad-
ku:

- pozbawienia go prawa wykony-
wania zawodu,
- ukarania zawieszeniem prawa
wykonywania zawodu.
- utraty prawa wykonywania za-
wodu.

Stopnie specjalizacyjne uzyskali

lek.dent. Beata Mickiewicz, PZOZ,
Jelcz-Laskowice
lek.dent. Elżbieta Pruk-Majorkowska,
Zakład Opieki Zdrowotnej Zawidawie
2, Wrocław
lek.dent. Ewa Sobieszkańska-Kmita,
ZOZ dla Szkół Wyższych, Wrocław
lek.dent. Barbara Ujec-Kaleta, PSK 1
Wrocław
lek.dent. Katarzyna Bagniewska-Bą-
bińska, Zakład Karny, Wołów
lek.dent. Joanna Grabarczyk-Domaga-

ła, ZOZ Wrocław Śródmieście
lek.dent. Ewa Brewczyńska
lek.dent. Dagmara Jaształ, ZOZ Oleś-
nica
lek.dent. Anetta Wojciechowska, ZOZ
Wrocław Śródmieście
lek.dent. Katarzyna Kostowska,
PZOZ, Jelcz-Laskowice
lek.dent. Marta Lackorzyńska-Kuzak,
ZOZ Wrocław Śródmieście
lek.dent. Aldona Lesisz, ZOZ Wroc-
ław Śródmieście

lek.dent. Barbara Marcinkowska, Za-
kład Opieki Zdrowotnej Zawidawie 1,
Wrocław
PEDIATRIA
lek.med. Ewa Borawska, ZOZ Głogów
CHOROBY WEWNĘTRZNE
lek.med. Romuald Mularczyk, ZOZ
Złotoryja
lek.med. Małgorzata Mielczarska-
Szaynok, GHS ZOZ Lubin
CHIRURGIA OGÓLNA

lek.med. Jarosław Jaroszewski, GHS
ZOZ Lubin
lek.med. Arkadiusz Krzemiński, GHS
ZOZ Lubin
lek.med. Arkadiusz Gryglak, GHS
ZOZ Lubin
lek.med. Paweł Żukowski, GHS ZOZ
Lubin

**ANESTEZJOLOGIA I
INTENSYWNA TERAPIA**

lek.med. Jadwiga Smuszko, ZOZ Gło-
gów

**DERMATOLOGIA I
WENEROLOGIA**

lek.med. Ewa Iwan-Chuchla, Szpital
Wojewódzki, Legnica

OKULISTYKA

lek.med. Jacek Galas, GHS ZOZ Lubin

TERPOL Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A.

informuje wszystkich lekarzy i farmaceutów, że w ciągłej
sprzedaży posiada leki:

***przeciwgrzybicze**

Clotrimazol- 1% roztwór

***przeciw pasożytnicze**

Pyrantel- zawiesina

***przeciwzapalne**

i przeciwgorączkowe

Ibuprofen- zawiesina

***przeciwbakteryjne**

Biseptol- zawiesina

Amidoxal- zawiesina

Furazolidon- zawiesina-

***uspokajające**

Relanium- zawiesina

***witaminy**

A, D3, E, A+D3

***preparaty z żelazem**

Hemofer- krople

***preparaty diagnostyczne**

Żel do USG, Barium sulfuricum

Płyny infuzyjne proste i wieloelektrolitowe w
opakowaniach szklanych i polietylenowych
o poj. 250 ml i 500 ml

oraz **PO RAZ PIERWSZY W POLSCE**

THEOPHYLLINUM - 300 mg
izotoniczny roztwór do wlewu dożylnego

Informujemy również wszystkich klientów
że jesteśmy producentem
następujących preparatów galenowych:

Puder w płynie a' 100g
Spirytus kamforowy a' 100ml
Spirytus salicylowy a' 100ml
Olej kamforowy a' 10g
Olej rycynowy a' 30g
Woda utleniona a' 100g

ZAPRASZAMY DO APTEK! TWOJE ZDROWIE - NASZA RADOŚĆ!

TERPOL P.F. S.A. 98-200 Sieradz, ul. Warcka 3, tel. 710-31, fax 712-00, tlx 886570
Dział Sprzedaży i marketingu, tel. 57-36, 49-53



Michał Sroka

- Cześć
- Witam. Dawno się nie widzieliśmy. Co słychać?
- Nie wiem czy mówiłem ci o tym wcześniej, że prawdopodobnie za kilka tygodni będziemy mieć w Izbie Lekarskiej dostęp do Internetu.
- Widzę, że coś się u was dzieje. Tak trzymać.
- Niby wiem co to Internet, ale... mógłbyś mi więcej o tym powiedzieć. Proszę mnie o wyjaśnienia, a nie mam gdzie, nie ma w czym o tym poczytać ani poćwiczyć.
- Przyjdiesz do mnie na Politechnikę i za kilka godzin będziesz się tym znał.
- Czy mógłbyś mi teraz, ogólnie powiedzieć co to jest.
- Internet to największa sieć komputerowa na świecie. Rozumiesz?
- Chyba tak. Weźmy za przykład nasz szpital. Mamy w niej 5 komputerów. Jest to sieć mała. W innym szpitalu albo banku może być ich 20. Są to sieci średnie. Mogą być jeszcze większe. A Internet jest siecią największą. Czy o to tu chodzi?
- I tak, i nie. Występuje tu pewna różnica pojęć. Internet jest bardziej siecią "czynnościową", niż konkretnie określoną strukturą. Jeżeli w naszej Izbie Lekarskiej uzyskacie łączność z Internetem, to automatycznie staje się jego elementem. Pomimo, że fizycznie jesteście nadal małą siecią DIL. Niektórzy idą dalej. Nie mówią o sprzęcie. Dla nich Internet to społeczność ludzi, którzy mają do niego dostęp i używają go. Rozumiesz?

- Chyba tak.
- W pewnych przypadkach jest to najszybszy i najbardziej niezawodny sposób przesyłania informacji?
- Aż tak?
- W 1991 roku w czasie puczu w Rosji informacje na zachód najszybciej i najpewniej przedostawały się z małej lokalnej sieci komputerowej mającej połączenie z Finlandią.
- Mówi się, że Internet jest siecią

dotąd nie zdarzyło się aby którekolwiek z nich przerwał rzeczywisty wróg. Ale wielokrotnie miały miejsce zwykłe uszkodzenia, przecięcie lub zerwanie kabla, niedrożność wskutek przeciążenia. W takich przypadkach system okazał się niezwykle skuteczny - natychmiast "ratował" sytuację w sposób automatyczny. Dobra sława i skuteczność wojskowej sieci sprawiła, że zaczęły dołączać się do nich

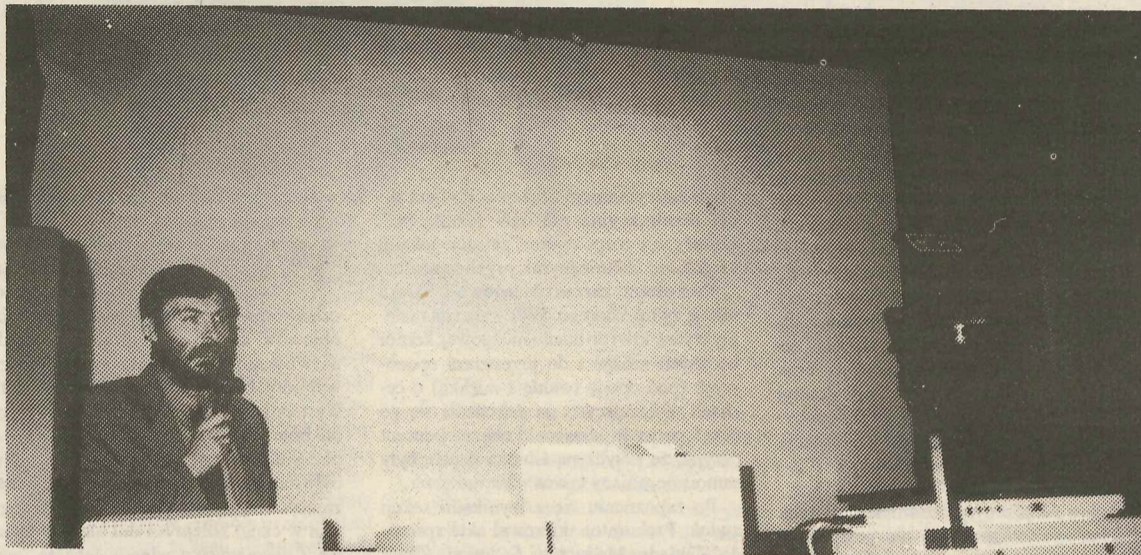
jest przyłączona do Internetu?

- Myślę, że około 1.5 mln i uważa się, że liczba ta rośnie o 10% ... miesięcznie.
- A co sam mogę z Internetu uzyskać, z kim się połączyć, jakie programy uruchomić?
- Wszystko, co możesz dzięki internetowi mieć do dyspozycji, nosi nazwę usług. Dziś podstawową usługą jest poczta elektroniczna e-mail.

ternet nie jest jedyną wielką siecią.
- A skąd się wie gdzie znajduje się adresat danej przesyłki? Czy istnieją jakieś spisy stacji i użytkowników?
- To najważniejsza sprawa w całej tej historii. Spis taki nie istnieje, bo jest niepotrzebny. Adres użytkownika jest jego nazwa, która składa się z dwóch części przedzielonych znakiem "@". Po lewej jest nazwa użytkownika, a po prawej to adres węzła - host-a, którym najczęściej jest serwer naszej sieci lokalnej.
- A czy mógłbyś mi podać przykład takiego adresu.
- Oczywiście - serwer w naszej Izbie Lekarskiej nazywa się DIL i jest przyłączony do serwera PWR Politechniki Wrocławskiej. Twój adres prawdopodobnie będzie miał postać "jacek@dil.pwr.wroc.pl.". Dwa ostatnie człony przedzielone kropkami to symbol miasta i kraju, więc widzisz, że dotarcie do ciebie z dowolnego punktu naszego globu jest tylko kwestią czasu.

- Jak się takiej poczty używa?
- Możesz użyć stosowanego u was systemu lokalnej poczty elektronicznej. Jeżeli masz jakieś fizyczne połączenie z innymi serwerami - możesz nadać list z adresem internetowym. Powinien dojść do adresata. Nawet jeżeli ty nie masz jeszcze bezpośredniego dostępu do Internetu. Ma go ten drugi serwer. Albo jeszcze kolejny. Szukanie drogi odbywa się bez twojej wiedzy. Po prostu nadałeś list i koniec.

Teraz trochę o programach. Najbardziej rozpowszechnionym jest Pegasus Mail, krótko p-mail. Umożliwia on wygodne pisanie listu, używanie gotowych szablonów tekstu, łatwe adresowanie, wyszukiwanie nieznanego adresu znanego użytkownika z podręcznego spisu, ma jeszcze wiele innych interesujących funkcji. Ale o tym jak również o innych tzw. usługach Internetu opowiem ci następnym razem.



bardzo niezawodną. Jak to możliwe, skoro mówisz, że jest to "czynnościowy" zlepek różnych systemów o różnej wielkości?

- Prototypem Internetu była przed laty amerykańska sieć wojskowa łącząca Departament Obrony z różnymi jego oddziałami i uczelniami wyższymi, które na jego zlecenie prowadziły badania. Została ona skonstruowana tak, że w przypadku przerwania którejkolwiek z linii - sygnał w sposób automatyczny "sam szukał sobie" innej drogi, wykorzystywał przy tym inne sprawne jeszcze połączenia. Jak

kolejne uniwersytety. Wykorzystywały je do innych niż pierwotnie planowane celów. Zdenerwowani wojskowi w pewnym momencie odłączyli się od tego "motłochu".

Tak powstał Internet. Warto wiedzieć, że podczas akcji "Pustynna Burza" w Iraku, Amerykanie nie mogli zniszczyć połączeń komputerowych wroga. Powód? Irakijczycy zastosowali podobne do internetowych mechanizmy sieciowe, które automatycznie szukały nowej drogi, gdy uszkodzono dotychczasowe.

- A jak duża liczba komputerów

Polega ona na tym, że każdy z użytkowników ma w serwerze swojej sieci założony specjalny plik, do którego jak do prywatnej skrzynki pocztowej zwanej zwanej z angielskiego mailbox, składowane są wszystkie "listy". Listy nadane czy to wewnątrz macierzystej sieci NetWare (czyli Novell), czy też gdzieś ze świata poprzez połączenia Internetowe, albo inne, bo In-

Redakcja dziękuje:

dr inż. Kazimierz Frączkowski (tel.66-04-74), dr inż. Marek Lubicz, lek.med. Jacek Kubica, lek.med. Michał Sroka (tel.cent.25-61-15)

Internet

Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

uprzejmie informuje, że przyjmuje wnioski o wszczęcie specjalizacji z Medycyny Rodzinnej w 3-letnim trybie rezydentkim.

Kandydaci winni do dnia 31.08.1995 r. złożyć następujące dokumenty:

- podanie + 3 zdjęcia
- życiorys
- odpis dyplomu ukończenia studiów
- kserokopię prawa wykonywania zawodu lub tymczasowego prawa wykonywania zawodu
- zaświadczenie o ukończeniu stażu podyplomowego lub oświadczenie o planowanym terminie zakończenia stażu podyplomowego.

Dokumenty należy składać w siedzibie Zakładu Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu, pl.Dominikański 6 tel. 382-51 wew.265, fax 44-38-67.

Szkolenie rozpoczyna się 01.10.95 po zdaniu egzaminu dopuszczającego.

Egzamin odbędzie się 15.09.1995 r. (piątek) o godzinie 8.00 w Sali Wykładowej Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul.R.Traugutta 57/59.

Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej dr hab.n.med. Andrzej Steciwko
Profesor nadzwyczajny

Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu,

w myśl Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (Dz.U. Nr 11, poz.23) dotyczącej specjalizacji pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w Służbie Zdrowia i Opiece Społecznej, uprzejmie informuje wszystkich lekarzy pragnących do końca 1999 roku uzyskać specjalizację z Medycyny Rodzinnej w trybie skróconym (6-cio miesięcznym), o konieczności złożenia dokumentów wymaganych do otwarcia specjalizacji.

W związku z powyższym wnioski zainteresowanych będą przyjmowane do dnia 15.09.95 przez Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu, pl.Dominikański 6, tel. 382-51 wew.265, fax 44-38-67.

Kandydaci winni składać następujące dokumenty:

- wniosek o otwarcie specjalizacji
- podanie (+1 zdjęcie) wraz z zaznaczeniem, w którym roku kandydat pragnie rozpocząć specjalizację
- życiorys (curriculum vitae)
- odpis dyplomu ukończenia studiów
- kserokopię prawa wykonywania zawodu
- zaświadczenia o uzyskanych specjalizacjach
- zgodę na oddelegowanie z podstawowego zakładu pracy.

Odpowiednie formularze wniosków o otwarcie specjalizacji można uzyskać w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu, pl.Dominikański 6 oraz w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej i Wojewódzkich Wydziałach Zdrowia.

Dla kandydatów deklarujących chęć rozpoczęcia specjalizacji w roku akademickim 1995/96, rozmowa kwalifikacyjna odbędzie się 22.09.95 o godz.8.00 w Sali Wykładowej Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul.R.Traugutta 57/59.

- Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej dr hab.n.med. Andrzej Steciwko
Profesor nadzwyczajny

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska organizuje w dniach 8 - 10.09.1995 r.

Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w brydżu sportowym,

w Ośrodku Wczasowym ELZAM w Bogaczewie k/Morąga woj.ol-sztynskie. Zgłoszenia prosimy przysyłać na adres:

- Biuro Poselsko-Senatorskie, ul.Dworcowa 4, 14-300 Morąg tel/fax (kier. 08985) 50-20 lub

- Ośrodek Wypoczynkowy ELZAM w Bogaczewie k/Morąga, 14-300 Morąg (kier. 08985) 28-77.

Rajd Górski Służby Zdrowia BIESZCZADY '95

- * Organizatorzy rajdu: Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
- * Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
- * Komisja Zakładowa NSZZ "Solidarność" przy ZOZ nr 1 w Rzeszowie
- * Celem rajdu jest popularyzacja czynnego wypoczynku i turystyki górskiej wśród pracowników służby zdrowia, poznanie Bieszczadów i spędzenie kilku beztrudnych dni w dobrym towarzystwie i z uśmiechem.
- * Rajd odbędzie się w terminie 29 lipca - 6 sierpnia 1995 roku.
- * Informacja telefoniczna: Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie 358-37, ZOZ nr 1 352-81.

Rajd, jako impreza turystyczna, polega na pieszych wędrowkach po górach (oczywiście bez przymusu), biwakowaniu we własnym namiocie i przyrządzaniu posiłków we własnym zakresie. W związku z tym, uczestnicy powinni posiadać sprzęt biwakowy, niewielki zapas żywności (w Bieszczadach jest świetne zaopatrzenie), odrobinę kondycji, szczyptę humoru i dużo wyrozumiałości dla organizatorów. Mimo iż pogoda będzie zamówiona, radzimy wziąć coś od deszczu i mimo, że to rajd służby zdrowia wypada wziąć skromną apteczkę.

38-letni więzień obudził się rano z bardzo silnym bólem z tyłu głowy. Współwięzień zauważył, że pobladł, nie mógł utrzymać się na nogach i szybko stracił przytomność. Wezwał pielęgniarkę, która stwierdziła, że więzień ma znacznie zaburzoną świadomość, pianę na ustach, wymiotuje, oddał pod siebie mocz. Nie czuła od niego alkoholu. Już uprzednio, przez ostatnie trzy dni zlecała mu środki przeciwbólowe, gdyż skarżył się na bóle głowy. Był mężczyzną zdrowym, nie cierpiał na żadne przewlekłe schorzenia, zbliżał się termin jego przedterminowego zwolnienia z Zakładu. Karetką Pogotowia Ratunkowego pielęgniarka odwoziła chorego na Oddział Wewnętrzny Szpitala Zakładu Karnego. Dyżurną lekarzkę poinformowała o wcześniejszych bólach głowy, podawaniu leków przeciwbólowych i nagłości wystąpienia powyżej opisanego objawów. Lekarka podczas badania stwierdziła stan zamroczenia, senność, wymioty. Chory skarżył się na bóle głowy. Czuła od niego woń przypominającą alkohol i na stosowane pytania miał się przyznać, że poprzedniego dnia wypił wódę po gołeniu marki "Brutał". Zleciła więc płukanie żołądka. Po zabiegu tym i kąpieli wystąpił u chorego "atak padaczki" z utratą przytomności i następującą sennością. Zastosowała leczenie przeciwpadaczkowe i nawadniające. Rozpoznała: "zatrucie lekami (przeciwbólowymi) i bliżej nieokreślonym alkoholem". Chory i pielęgniarka zaprzeczali możliwościom zatrucia. W czasie pięciodniowego pobytu w szpitalu odnotowywano utrzymywanie się zaburzeń świadomości oraz brak orientacji w czasie i otoczeniu. Nie przeprowadzono żadnych konsultacji czy specjalistycznych badań. Piątego dnia nadszedł termin zwolnienia więźnia z Zakładu Karnego. Wypisany więc został ze szpitala z rozpoznaniem jak wyżej (w Karcie Informacyjnej podano tylko rozpoznanie bez opisu przebiegu schorzenia). Przewieziony został karetką do szpitala w mieście, w którym na stałe zamieszkiwał. Lekkarz dyżurny Izby Przyjęć tego szpitala

Czy więzień się zatruł?

Prof. dr hab. Barbara Świątek

nie stwierdził w badaniu fizykalnym żadnych zmian, miał natomiast duże trudności w porozumieniu się z chorym. Chory nie chciał pozostać w szpitalu i podpisał odmowę leczenia. Został więc karetką odwieziony do miejsca zamieszkania i pozostawiony pod opieką żony. Żona jednak nie mogła się z nim porozumieć, zorientowała się, że mąż nie poznaje ani jej ani dzieci, traci równowagę ("rzucano nim na boki"), oddał bezwiednie brunatny mocz. Wezwała Pogotowie Ratunkowe, które zabrało męża do szpitala. Lekkarz Pogotowia w skierowaniu do szpitala podał rozpoznanie: "zatrucie środkami chemicznymi, zawroty głowy, nierówność źrenic". Przy przyjęciu na Oddział Wewnętrzny szpitala, stwierdzono u chorego stan ogólny "średnio ciężki", gorączkę, głębokie zaburzenia świadomości i orientacji, "brak zmian w stanie ogólnym". Chory skarżył się jedynie na bóle głowy. 3-go dnia pobytu przeprowadzona została konsultacja psychiatryczna. Psychiatra stwierdził "zaburzenia świadomości" i powiazał je przyczynowo z przebyłym zatruciem. Innych badań specjalistycznych nie przeprowadzono, nie odnotowano danych na temat źrenic. 7-go dnia pobytu wystąpiło "nagle pogorszenie zdrowia z następującym na-

głym zatrzymaniem krążenia. Podjęta akcja reanimacyjna nie dała rezultatów". Ostatecznie rozpoznano: "zatrucie lekami i środkami chemicznymi, psychopatia". Prokurator zarządził sądowno-lekarską sekcję zwłok chorego. Wykazała ona rozległy wylew krwi do tkanki mózgowej, komór bocznych mózgu i do przestrzeni oponowych (pod oponę twardą i miękką) o cechach wskazujących na dokonanie się go przed pewnym czasem. Lekkarz obducent przyjął, że przyczyną śmierci denata były samoistne zmiany krwotoczne mózgu. Po zapoznaniu się z wynikami sekcji zwłok, Prokurator skierował akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej. Zlecił opracowanie opinii sądowno-lekarskiej oceniającej zasadność rozpoznania sta-

wianego przez lekarzy oraz prawidłowość ich postępowania.

W opracowanej opinii zespołowej przyjęto, że u więźnia doszło nagle, samoistnie do wylewu śródczaszkowo-mózgowego wśród typowych objawów ze strony centralnego układu nerwowego (zaburzenia świadomości, wymioty, bóle głowy, napady drgawek) a występujące przez kilka wcześniejszych dni bóle głowy mogły być związane z rozpoczynającym się już krwawieniem. Nie było natomiast u chorego objawów wskazujących na zatrucie, tym bardziej, że jego stan w ciągu kolejnych dni nie poprawiał się. Z nieznanym względem lekarze Szpitala Zakładu Karnego nie brali w ogóle pod uwagę neurologicznej przyczyny schorze-

nia i nie przeprowadzili koniecznej konsultacji neurologicznej lub neurochirurgicznej. Co gorsze, przekazali chorego do następnego szpitala z suchym rozpoznaniem, bez podania informacji o przebiegu schorzenia i obserwowanych na początku nagłych, burzliwych objawów. Mogło ono w pewnym stopniu utrudnić postawienie prawidłowego rozpoznania w drugim szpitalu, aczkolwiek zmiany kliniczne (nierówność źrenic stwierdzona przez lekarza Pogotowia Ratunkowego, utrzymujące się bóle głowy i zaburzenia świadomości) winne były spowodować - co najmniej - zlecenie badania neurologicznego. Tylko lekarz Pogotowia Ratunkowego postawił prawidłowo. Pozostali lekarze nieprawidłowo interpretowali typowe objawy neurologiczne, uporczywie przyjmując rozpoznanie, co do którego nie było żadnych obiektywnych podstaw. W opinii przyjęto jednak także, że rozległe uszkodzenie mózgowia, jakie stwierdzono sekcynie, było schorzeniem śmiertelnym i musiało doprowadzić do zejścia śmiertelnego nawet w przypadku prawidłowego rozpoznania i specjalistycznego leczenia.

Przedstawiłam ten przypadek jako przykład błędów lekarskiego diagnostycznego, spowodowanego brakiem umiejętności oceny obiektywnej objawów a przyjmowania, być może bardziej "pasujących" do sytuacji a nie stanu chorego, podejrzeń. Także jako przykład bezzasadnego (a może bezmyślnego?) sugerowania się przez lekarzy rozpoznaniem postawionym przez poprzedników, nawet przy braku rzeczowych ku temu przesłanek.

Chcę zwrócić jeszcze uwagę na jedno. A mianowicie określenie w dokumentacji lekarskiej napadu drgawek jako "ataku padaczki". Niestety takie pomieszanie pojęć obserwujemy w praktyce dość często i zbyt często lekarze napad drgawkowy kojarzą z padaczką (nawet gdy jest to pierwszy napad u dojrzalego człowieka). Taka nieuzasadniona interpretacja, tak ważnego objawu uszkodzenia mózgowia staje się niejednokrotnie przyczyną nieprawidłowego postępowania lekarza.

17 czerwca 1995 r. w szpitalu "Wysoka Łąka" w Kowarach odbyło się uroczyste zebranie naukowe Polskiego Towarzystwa Historyków Medycyny i Farmacji oddział we Wrocławiu i Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego oddział w Bukowcu połączone z 50-leciem pracy Zakładów Leczenia Gruźlicy w Kowarach, obecnie tworzących Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze. W uroczystości wzięli udział Wojewoda Jeleniogórski Janusz Pezda, dyrektor Wydziału Zdrowia Józef Stasiak, senator RP Jerzy Cieślak, pełnomocnik Rady DIL dr Aldona Białas, Jeleniogórskiej Izby Pielęgniarskiej mgr Elżbieta Poznańska, przedstawiciele nauki Wrocławskiej Akademii Medycznej i Akademii Medycznej w Łodzi oraz nestor ftyzjatrii polskiej dr med. Jan Gliński. Licznie zebrani członkowie obu Towarzystw: lekarze i historycy oraz nieliczni już dawni pracownicy zakładów (łącznie 80 osób).

Tematem zebrania było: 50 lat pracy Zakładów Leczenia Gruźlicy w Kowarach - dr n.med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska, Myśl humanistyczna w medycynie polskiej w latach 40-tych i 50-tych XX wieku - doc. dr hab. Tadeusz Srogosz,

Dzieje Zakładu Historii Medycyny i Farmacji Akademii Medycznej we Wrocławiu, z okazji 50-lecia nauki - dr n.hist. Elżbieta Więtkowska,

Psychoterapia chorych na gruźlicę - mgr Barbara Srogosz.

Wszystkie referaty wywołały szeroką dyskusję. Na zakończenie spotkania zebrani uczestniczyli w otwarciu nowej wystawy w Sali Tradycji Zakładów. Salę zorganizowano w r. 1980 jako jedyną tego typu w regionie. Ujmuje ona historię szpitalnictwa, przedstawia i dokumentuje pracę zakładów przeciwgruźliczych regionu w ostatnich 50 latach oraz ich historię sięgającą ponad 100 lat.

W latach 1877-1900 w jeleniogórskim powstawały prywatne, a w latach 1900-1916 pierwsze społeczne zakłady leczenia gruźlicy na Dolnym Śląsku. Śląskie Zakłady Ubezpieczeniowe we Wrocławiu w r. 1900 otworzyły w Kowarach lecznicę dla 201 pań, w latach 1900-1902 zbudowały w pobliżu Kowar, sanatorium "Wysoka Łąka" dla 250 mężczyzn oraz w latach 1914-1916 "Bukowiec" przeznaczony dla ciężko chorych, wydalających prątki, leczonych zabiegowo. Sala operacyjna zbu-

50 lat pracy Zakładów Leczenia Gruźlicy w Kowarach

300 tysięcy pacjentów

dr n.med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska

dowana tu w r. 1937-1938 stała się początkiem oddziału torakochirurgicznego, który nowoczesnie ukierunkował przybyły z Anglii 1.7.1947 r. dr Kazimierz Dębicki (późniejszy profesor AM w Gdańsku). Pracę kontynuował długoletni ordynator dr med. Stefan Warszawski pracujący w "Bukowcu" od listopada 1945 r. W latach 1945-1965 wykonano tu 7674 zabiegi operacyjne, a od sierpnia 1955 r. wykonywano resekcje tkanki płucnej.

50 lat temu, w drugiej połowie czerwca 1945 r. przybył do "Bukowca" z 40-osobową grupą chorych ze Stalagu VIII-A (Goerlitz-Moys) dr Bolesław Bartenbach. Był on pierwszym polskim lekarzem Zakładów, aż do 15.08.1945, kiedy to dr Jadwiga Dąbrowska przywiozła 100-osobową grupę z powstańczego szpitala w Konstancinie i uruchamia szpital i sanatorium w Kowarach.

W tym czasie Minister Zdrowia nadaje Zakładom nazwę: "Państwowy Instytut

Przeciwgruźliczy - ZEYLANDOWO - w Krzyżatce. Dyrektorem mianowano Stanisława Wąsowicza, który 15.12.1945 przekazuje Instytut dr. Lesławowi Węgrzynowskiemu, znanemu ftyzjatrze lwowskiemu. Napływ nowych lekarzy, włączanie dalszych sąsiednich zakładów: sanatorium kostno-stawowego w Kamiennej Górze (500 łóżek), które działa bez przerwy, oddziału rehabilitacji pracą "Leśny Dwór", uruchomienie sanatorium "Wysoka Łąka" dają na koniec 1946 r. - 1320 łóżek dla leczenia chorych na gruźlicę z całego kraju. W roku 1966 "Państwowy Zespół Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Kowarach" (jeden z 5 powołanych w kraju) liczy 2284 łóżek w 17 zakładach, z czego 6 dla dzieci.

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce po II wojnie światowej w latach 1945-1950 wymagała trudnych działań i nakładów organizacyjnych, a przede wszystkim kształcenia fachowych kadr. Miały w tym swój wielki udział Zakłady w Kowarach.

Lata 1950-1965 pod kierownictwem dr. Bronisława Wagnera były okresem dalszego rozwoju sanatoriów: uzupełniania łóżek dla dzieci zwłaszcza małych, dużych nakładów na sprzęt diagnostyczny (bronchospirometry, zestawy bronchoskopowe), wymiana aparatury rtg, wyposażenie laboratorium bakteriologii prątką, organizacja pracowni mikrobiologicznej.

W tym okresie wprowadzono stosowanie leków przeciwpłatkowych, wypracowano metody ich podawania, maleją potrzeby leczenia gruźlicy zabiegami chirurgicznymi.

W latach 1966-1985 i później spada zapotrzebowanie na łóżka dla leczenia gruźlicy, zmienia się sytuacja epidemiolo-

giczna. Wzrasta wśród leczonych liczba przypadków pulmonologicznych: narasta problem obturacyjnej choroby oskrzelowo-płucnej oraz nowotworów układu oddechowego, zmieniają się potrzeby kliniczne, ale pozostaje konieczność nowoczesnej diagnostyki i specjalistycznych metod leczenia.

Rozliczając 50 lat działania Zakładów przeciwgruźliczych w Kowarach obliczono, że leczono w nich ponad 300.000 pacjentów. Pół wieku pracy Zakładów objęło okres bardzo istotny zarówno dla historii Polski jak i dla historii medycyny i farmacji. Był to okres zakończenia II wojny światowej z przesunięciem naszych granic na zachód i konsekwencją ogromnego przemieszczenia ludności, w tym ze skutkami epidemiologicznymi. W historii medycyny na ostatnie 50 lat przypadają zasadnicze przemiany w metodach i efektach leczenia gruźlicy:

- od leczenia spoczynkowo-klimatycznego uzupełnianego zabiegami ftyzjochirurgicznymi, poprzez rozwój technik operacyjnych pod osłoną antybiotyków wprowadzanych po II wojnie światowej,
- poprzez wprowadzenie pierwszych leków przeciwpłatkowych,
- klasyczną chemioterapię kojarzoną, do nowoczesnych metod leczenia skojarzonego i całkowitego odsunięcia zabiegowo-chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc oraz tradycyjnego leczenia klimatyczno-dietetycznego.

W tych osiągnięciach medycyny swój znaczny wkład mają Zakłady Leczenia Gruźlicy w Kowarach, grono pracowników i współpracowników w tym konsultantów Akademii Medycznej we Wrocławiu i wieloletnia kontynuacja myśli medycznej przez pół wieku i dawniej w początkach powstawania Zakładów.

Zorganizowanie Zebrania Jubileuszowego było możliwe dzięki zaangażowaniu pracowników Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze z siedzibą dyrekcji w Kowarach i dzięki sponsorom, którymi była firma Jelfa SA w Jeleniej Górze i Kolo Lekarzy DIL - w Zespole.

Bogate stoisko Jelfy SA przedstawiło leki i materiały informacyjne o nich, a wystawa fotograficzna w holu szpitala ukazała Kowary i obiekty zabytkowe Zespołu i okolicy utrwalone przez fotografa K. Sawickiego i J. Sauer - lekarza radiologa.



Fot. Jerzy Sauer

Ostatnio można spotkać coraz liczniejszych turystów z Polski, nawet obieżyświatów ciekawych nowych zakątków naszego globu.

Parę danych: RPA jest czterokrotnie większa od Polski (1221 tysięcy km² versus 312 tysięcy km²), z ludnością około 38 milionów, prawie równą ludności Polski. To na dzisiaj, bo przyrost naturalny jest nieporównywalnie wyższy od polskiego (24% versus 4%) i za parę lat będzie ich już o parę milionów więcej niż Polaków, tym bardziej że setki tysięcy Murzynów napływa z sąsiednich i dalszych czarnych krajów.

Roczniki statystyczne podają dane demograficzne odmienne, bo nie wliczają do ludności RPA czterech homelands: Bophuthatswany, Wendy, Ciskei i Transkei, do kwietnia ubiegłego roku formalnie niepodległych (ale żyjących na garnuszku RPA). Z tej liczby ludności jest:

Białych - około 4,6 miliona

Kolorowych - około 3 miliony

Hindusów - około 1 milionów

Murzynów - około 30 milionów

Kolorowi to mieszkańcy białych, czarnych, Azjatów (zwanych dawniej Malajami) itp.

Najwyższy jest przyrost wśród Murzynów - 27%, najniższy wśród białych - około zera.

Biała ludność bierze swój początek od pierwszych osadników holenderskich tu w roku 1652 pod wodzą lekarza Jana van Riebeecka w miejscu dzisiejszego Kapsztadu (co oznacza: Miasto Przylądkowe), po angielsku: Cape Town. Ich zadaniem było dostarczać świeże produkty (jarzyny, mięso) dla statków płynących z Europy na Daleki Wschód, do Malaj, Indonezji i z powrotem. Pamiętajmy, że podróże te trwały do pół roku i brak świeżej żywności dziesiątkował załogi statków - umierali na szkorbut. Osadnicy byli coraz liczniejsi, przybywali wciąż nowi, z Holandii a także z Niemiec i Francji (francuscy Hugonoci wypędzeni z kraju po odwołaniu edyktu nantejskiego w 1685 roku). To właśnie Hugonoci - wbrew surowym zakazom wywieźli z Francji winną latorośl i posadzili ją w Afryce. Dziś jest RPA liczącym się światowym producentem dobrych i bardzo dobrych win.

W czasie wojen napoleońskich kraj przylądkowy zajęli Anglicy. Niezadowoleni z ich rządów Burowie - tak zaczęli się nazywać wcześniejsi osadnicy - masowo wyruszyli na wielką wędrówkę - wielki trek - wozami zaprzężonymi w wozy, z żonami, dziećmi i całym dobytkiem. Anglicy im nie przeszkadzali. Było to w 1836 roku. Pokonali niezliczone przeszkody, dotarli do Natalu, a nawet do dawnej Rodezji (dziś Zimbabwe), do Mozambiku, tworząc nowe niezależne państwa - Republikę Transvaalu i Niezależne Państwo Oranii.

Anglicy ponownie interweniowali w wojnie angielsko-burskiej 1900-1902 i podporządkowali sobie wszystkich Burów. Dziś stanowią oni około 60% białej ludności i mówią językiem afrikaans wyodrębnionym 70 lat temu z języka holenderskiego. Nazywają się Afrykanerami.

W odniesieniu do RPA trudno mówić o skolonizowaniu tego kraju przez Europejczyków, bo mieszkające tu obecnie czarne plemiona i narody osiedlały się na terenie obecnej RPA zaledwie 80 lat przed przybyciem pierwszych białych osadników. Można raczej mówić o równoczesnym zasiedlaniu tych terenów przez białych i czarnych. Ci ostatni to prawie bez wyjątku ludy z grupy Bantu, których przodkami była centralna Afryka, dziś Rwanda, Burundi i przyległe tereny. Przed nimi żyli tu pierwotni mieszkańcy - Hotentoci. Zostali oni jednak stopniowo wypędzeni przez napływających Bantu i dziś nieliczne ich resztki zachowały się tylko na północy prowincji Przylądkowej i w Namibii.

Murzyni dzielą się na liczne plemiona (narody) jak Sotho Północni i Południowi, Xhosa, Wenda, Ndebele, Qua-Qua, Tswana oraz naliczniejsi - Zulusi. Tych ostatnich jest około 7 milionów. Wszyscy oni, z wyjątkiem plemienia Shangan, mówią językami Bantu zbliżonymi do siebie. Trudno powiedzieć, że się kochają. Najbardziej niezależni i bojowi są Zulusi zamieszkujący przełęcz Natal. Ich przywódcą jest Mongosuthu Buthelezi. Obecny prezydent Mandela pochodzi z plemienia Xhosa w dawnym Transkei.

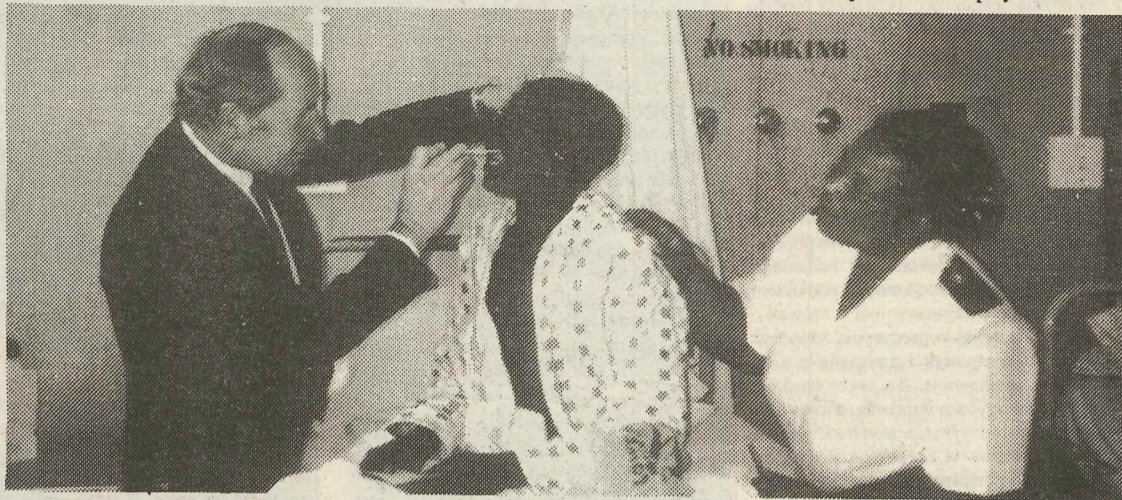
Faktem jest, że głównie animozje są między Zulusami a Xhosa, ale nie zno-

Afryka Południowa - kraj i ludzie

Co przeciętny Polak wie o RPA? Że jest (był) tam apartheid, że kopie się złoto tak jak w Polsce ziemniaki, że leży tam Kapsztad, chyba Johannesburg... Polacy na ogół wiedzą o świecie więcej niż przeciętny Amerykanin. Dzisiaj wiadomości o RPA są coraz szersze, bo wzajemne kontakty są coraz żywsze, szczególnie od czasu fali polskich imigrantów przybyłych tu na początku lat osiemdziesiątych.

Kazimierz Pater

Porwanie takie ma zwykle miejsce na czerwonych światłach, na stopie czy przy otwieraniu bramy wjazdowej do domu. Dwóch lub więcej czarnych bandziorów wskakuje do wozu i przystawia nóż do



Dr Kazimierz Pater podczas wizyty w szpitalu w Leratong.

szą się też Xhosa z Sotho, a właściwie walczą każdy z każdym. Wynik: około 18 tysięcy zamordowanych rocznie; czołówka światowa. Po ubiegłorocznych wyborach powstał problem, który z języków ma być językiem urzędowym. Do tej pory były 2: angielski i afrikaans. Obecnie mamy ich 11 - jedenaście języków urzędowych! Jest to kuriozum w skali światowej. Jeśli przyjmiemy, że dobry patriota winien znać język lub języki urzędowe swej ojczyzny to, np. w Szwajcarii takich patriotów jest niewiele (język niemiecki, francuski, włoski i retoromański), a w RPA nie ma ani jednego - ręczę za to.

Kiedy spojrzymy na globus to stwierdzamy, że RPA leży na tej samej szerokości geograficznej co Egipt, tyle że na półkuli południowej. Klimat jest tu bardziej umiarkowany niż w Egipcie, bo większa część terytorium kraju leży na płaskowyżu (highveld) powyżej 700 metrów nad poziomem morza, np. Johannesburg leży około 1500 m n.p.m. Na kontynencie afrykańskim było reguła, że biali osiedlali się tam, gdzie był płaskowyż jak np. w Kenii, Rodezji, Malawi, Angoli, a nie w Nigerii, Ghanie itd.

Rolniczo wykorzystuje się w RPA tylko 14% powierzchni (w Polsce 62%) głównie dlatego, że jest za sucho. Lasy pokrywają tylko 3% powierzchni (w Polsce 28%). Odległości są duże w porównaniu do krajów europejskich (pomijam tu Rosję, bo czy ona na pewno należy do Europy?). Dla przykładu: od nas z Johannesburga do Kapsztadu jest 1470 km, co jest mniej więcej odległością z Warszawy do Paryża. Na drugą stronę, na wschód do Mozambiku, jest dalszych czterysta parę kilometrów. Na szczęście drogi są dobre, w tym dużo autostrad.

Miasta, szczególnie te małe z przewagą ludności burskiej, są zadbane, ładnie zbudowane, wyglądają z pewnością korzystniej niż miasteczka amerykańskie. Niestety, duże miasta już nie są tak czyste jak kiedyś, zwłaszcza śródmieścia, które zostały opanowane przez czarnych, są brudne i niebezpieczne. Metropolie takie jak Johannesburg, Pretoria czy Kapsztad sąsiadują z osiedlami dla nie-białych (według dawnej nomenklatury), one "napęczniały" w ostatnim dziesięcioleciu do niemożliwości. Np. Soweto na południe od Johannesburga liczy co najmniej 2,5 miliona mieszkańców, a może nawet 4 miliony - nikt tego nie wie dokładnie.

Setki tysięcy dojeżdżają do pracy w metropolii, a z czasem wynajmuje lub siłą zajmuje bloki mieszkalne opuszczane przez białych.

Biali - i to zarówno prywatni ludzie, jak i instytucje, banki, urzędy i inne biznesy - wynoszą się na dalekie przedmieścia, byle dalej od Murzynów, ale na jak długo?

Murzyńskie osiedla, nędzne, niemożliwie brudne i zaśmiecone, rzadko są odwiedzane przez białych. Nikt o zdrowych

zmysłach tam się nie zapuszcza, chyba że z wyższej konieczności. Pamiętam, kiedyś były premier Francji Dreyfus zapuścił się do Soweto i oberwał kamieniem.

Nie jeden Bogu ducha winny biały przypłacił to życiem, jak choćby ów młody lekarz Stefan Walter z Monachium, który pojechał na skrót przez Soweto do pracy w szpitalu w Baragwabath i został zastrzelony.

Korzystniej już wyglądają osiedla Kolorowych, a jeszcze korzystniej osiedla Hindusów. W tych ostatnich bywałem, odwiedziłem naszą koleżankę z pracy, Jay.

Z drugiej strony władze miały i mają nadal, mimo że rządzi demokratycznie wybrany rząd, duże trudności z polepszeniem sytuacji w tych osiedlach, bowiem często ludność odmawia płacenia za usługi takie jak wywóz śmieci, za prąd i wodę. Ten bojkot płatności nazywany "kulturą niepłacenia" (culture of non-payment) trwa niekiedy całe lata, ale nikt dłużnikom wody ani prądu nie odcina. Spróbowałbym tak ja nie zapłacić!

W białych dzielnicach też jest coraz niebezpieczniej. W ubiegłym roku na przykład skradziono około 120 tysięcy samochodów, z tego porwano 19 tysięcy.

gardła lub pistolet do głowy właściciela, a jeszcze chętniej właścicielki. Czasem nawet nie pytają o kluczyki, tylko strzelają. Innym razem zabierają tylko samochód. Zdarza się jednak, że porywają wóz razem z właścicielką i wiozą ją do siebie, by tam sobie z nią "pobarszkować".

W odpowiedzi na taką sytuację biali zbroją się po zęby. Nie ma prawie rodziny bez broni krótkiej lub długiej, niektórzy mają po kilka, a nawet kilkanaście sztuk różnej broni i nie robią ceregieli z jej użyciem. Często więc porywacze, złodzieje, rabusie np. w banku padają od kul właścicieli.

Element kryminalny ma łatwy dostęp do broni. W Mozambiku można było kupić rosyjski pistolet maszynowy za parę randów lub trochę żywności.

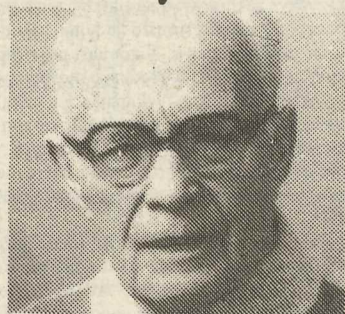
Domy w dzielnicach willowych, a w takich mieszka większość białej ludności, coraz częściej przypominają fortece: kraty we wszystkich oknach i drzwiach, reflektory, alamy, posesje otoczone solidnym, wysokim murem, na którym rozciąga się ostry jak brzytwa drut (razor wire). Na sygnał alarmowy odbierany w opłacanych prywatnych spółkach ochrony czy na wezwanie telefoniczne wyrusza z centrali z

Spotkanie z Jerzym Kolankowskim

Organizowane w Klubie Lekarza comiesięczne "Spotkania u Medyków" stają się już tradycyjną okazją do spotkań przedstawicieli środowiska lekarskiego z ludźmi godnymi szczególnego zainteresowania. Gościem czerwcowego "Spotkania" był dr n.med.Jerzy Kolankowski, emerytowany ordynator oddziału skórnego-wenerologicznego w Jeleniej Górze-Cieplicach, znany również jako pisarz, tłumacz i artysta malarz, a także jako znawca Sudetów oraz wytrawny turysta i narciarz.

"Spotkanie" miało szczególnie uroczysty charakter, a złożyło się na to kilka "okragłych dat" w zyciorysie Lekarza i Artysty. Skrętnie je wyliczono w otwierających "Spotkanie" przemówieniach, które wygłosili: profesor Feliks Wąsik (w imieniu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego), dr n.med.Jerzy Szybejko (w imieniu Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich) i Andrzej Dzierżanowski (w imieniu środowiska literackiego) jak również w wytwornej laudacji profesor Zbigniew Domosławski.

80. rocznica urodzin, 65. rocznica debiutu prasowego, 50. rocznica uzyskania



dyplomu lekarskiego oraz 50. rocznica przyjazdu na Dolny Śląsk. Na całe szczęście te jubileuszowe okazje nie uczyniły z literackiego spotkania uroczystej akademii, a Jubilat zachował do końca ironiczny dystans do pochlebstw jakimi go szczerze obdarowano.

W dowcipnym i pełnym intelektualnych iskrzeń przemówieniu Jerzy Kolankowski mówił o latach dojrzwania i pierwszych wyborach, a także o swojej drodze do medycyny i literatury. Urodził się 17 marca 1915 roku, młode lata spędził w Przemyślu, studiował na Wydziale Lekarskim UJK, ale ostatnie egzaminy zdał na Uniwersytecie Jagiellońskim,

pomocą do zagrożonego miejsca uzbrojona ekipa, by nieść pomoc. Na policję nie ma co liczyć ma ona duże braki kadrowe, jest przeciążona i mało efektywna. Lepiej jest poza dużymi miastami, na dalekiej prowincji. Tam Murzyni są jeszcze przyjaźni i dobronudni. Między sobą wybijają się sporadycznie, ale drogi są względnie bezpieczne.

Około 40% czarnych robotników, głównie w kopalniach złota i węgla, to cudzoziemcy z Lesotho, Swazilandu, Malawi i Mozambiku. Dla nich taka praca to życiowa szansa, bo zarobić mogą nieporównanie więcej niż u siebie, miejscowi zaś nie bardzo się do tej pracy gamą.

Szkoły od niedawna są zintegrowane, wieloraszowe. Prywatne szkoły chyba nigdy nie stosowały apartheidu.

W okresie walki z apartheidem aktywiści ruchu wyzwolenieckiego rzucali hasło: "Liberation first, then education" (czyli: najpierw wyzwolenie, potem wykształcenie) i na ich wezwanie czarni masowo palili swoje własne szkoły. Tak spalono ponad 1400 szkół, które teraz trzeba odbudować, oczywiście z pieniędzy podatników, a 90% podatków w tym kraju płacą biali.

Przywódcy ruchu rzucający hasło palenia szkół swoje dzieci wykształcili w dobrych prywatnych szkołach także za gamicą w Anglii i w USA. Dziś te dzieci nie bez pomocy tatusiów zajmują coraz częściej kierownicze stanowiska. W szkołach "murzyńskich" uczy się w języku tego plemienia, które liczebnie przeważa na danym terenie. Dochodzi do tego język angielski i afrikaans. Młodzież czarna nie bardzo przejmuje się nauką. Obserwuję to na przykład w moim szpitalu, gdzie nigdy nie widziałem dzieci czy młodzieży sięgającej po zeszyt czy podręcznik. Wynik jest taki: Maturę zdaje się tak samo we wszystkich typach szkół. Średnio zdaje 96-97% białej młodzieży, trochę gorzej radzą sobie Hindusi, jeszcze gorzej Kolorowi, a Murzyni zdają w granicach 36-46%. Powtarzam: przy tym samym stopniu trudności. Wcale nie lepiej dzieje się na uniwersytetach. Tam bezholowie powodowane przez czarnych bojowych studentów doszło już do tego stopnia, że prezydent Mandela wystąpił ostatnio z poważnym ostrzeżeniem pod ich adresem.

O ekonomicznej przyszłości narodów decyduje jak wiadomo, wydajność pracy, więc wszystkie hasła o zbudowaniu w RPA drugiej Japonii czy choćby małych tygrysów (Korea Południowa, Taiwan, Hong Kong, Singapur) budzą uśmiech politowania.

Jaka więc przyszłość czeka RPA? Oczekiwanie i prognozy wahają się od umiarkowanego optymizmu po skrajny pesymizm. Tej przyszłości nie widzę w kolorach różowych.

Tak, ale noszę w sobie smutek ginącej białej rasy.

gdzie obronił doktorat. Do Wrocławia przyjechał 9 sierpnia 1945 roku i był drugim po dr. Retingerze, lekarzem, który przekroczył progi Kliniki Dermatologicznej. 1 września 1945 roku objął ordynaturę oddziału w Cieplicach. Od 1946 roku związał się z jeleniogórskim środowiskiem literackim zgrupowanym w Oddziale Związku Zawodowego Literatów Polskich. W 1948 roku opublikował swoją pierwszą książkę-poemata "Warszawa", a następnie siedem innych książek, m.in. "Skalne drogi Sudetów Zachodnich", "Fraszki", "Narty, Narty!" - "Gdzie szum Prutu, Czeremoszu" oraz tłumaczenia wierszy Arthura Rimbauda, Michala Anioła i Gastona Rebuffeta. W szufladach i u wydawców "leżakują" cztery inne książki. Na wydanie oczekuje zbiór fraszek i wierszy.

W drugiej części "Spotkania" utwory Jerzego Kolankowskiego czytał aktor Jerzy Blecki. Obszerną relację ze "Spotkania" nadało Radio Wrocław w audycji znakomicie przygotowanej przez red.Izabelę Sobkowicz.

Do zobaczenia na kolejnych "Spotkaniach" w Domu Lekarza!

Jerzy B.Kos

Anna Pawłowicz I rok lek. grupa 10

Jak wyobrażam sobie przyszłość medycyny?

Rozwój medycyny nieodłącznie związany jest z panującym w nauce paradygmatem, sposobem podejścia do człowieka i choroby. To jak człowiek będzie spstrzegany, mechanistycznie czy holistycznie, zadecyduje o kierunku w jakim pójdzie medycyna. Dlatego akurat te dążenia chciałabym przedstawić w różnym świetle, gdyż człowiek ma nie tylko ciało lecz również psychikę i uczucia. Z jednej strony będzie się rozwijać technika, z drugiej jednak powinno się ugruntować właściwe podejście lekarza do pacjenta. Moja wizja przyszłości medycyny wiąże się z wieloma aspektami, których wydzwięk nie zawsze jest pozytywny. Oto one:

Możliwości techniki:

Bardzo szybki rozwój techniki jaki możemy obserwować w XX wieku pociąga za sobą także rozwój medycyny. Jej dobroczynny wpływ na medycynę uwidacznia się w licznych zastosowaniach. Trudno wyobrazić sobie dzisiaj jakiegokolwiek badanie czy diagnozę bez zastosowania aparatury medycznej. Począwszy od prostego pomiaru ciśnienia a skończywszy na tomografii komputerowej, technika jest w tych przypadkach niezbędna. Ogarniające wszystko komputery ze względu na ich możliwości obliczeniowe oraz zdolność do trwałego pamiętania olbrzymich ilości informacji stały się niezbędnym narzędziem wielu lekarzy. Technika komputerowego przetwarzania informacji szeroko wkroczyła do medycyny. Niezbędność jej stosowania jest wynikiem gwałtownego rozwoju nauki i technologii medycznej, powodującej lawinowy wzrost informacji, coraz bardziej ujawniający ograniczoną zdolność umysłu ludzkiego do ich przetwarzania i wykorzystywania. Ilustracją ogromu wiedzy i tempa rozwoju medycyny może być wzrost liczby poznanych jednostek i zespołów chorobowych. Pod koniec XIX wieku ich liczba wynosiła ok. 5 tysięcy obecnie przekracza już 45 tysięcy, a przewidyuje się że na początku trzeciego tysiąclecia osiągnie ok. 60 tysięcy.

Oczywiście nie chodzi o zastąpienie lekarza przez komputer, ale jedynie o wspomaganie go w pracy diagnostycznej i leczniczej - praca komputera nie stanowi konkurencji dla twórczej pracy człowieka. Człowiek jest układem probabilistycznym, komputer "prawie" deterministycznym, tj. działającym na podstawie pewnego algorytmu lub na podstawie zgromadzonej i zapamiętanej wiedzy (dłatego "prawie"). Przyszłość medycyny wiąże duże nadzieje z terminem określanym potocznie "sztuczna inteligencja". Jak wiadomo, człowiek przewyższa komputer inteligencją i można powiedzieć że stuprocentową pewnością, że bariera ta nie będzie nigdy przekroczona. Wnioskowanie człowieka opiera się najczęściej na intuicji i niezbyt określonych spostrzeżeniach, ponieważ człowiek przetwarza informację "po swojemu", nie zawsze prawidłowo pod względem formalnym. Zadaniem sztucznej inteligencji będzie z pewnością usprawnienie podejmowania decyzji po uwzględnieniu zgromadzonych informacji (system ekspertowy) oczywiście po uprzedniej, wnikliwej analizie systemu dokonanej przez lekarza specjalistę (eksperta - dłatego "ekspertowy"). Inne cele stawiane sztucznej inteligencji to optymalizacja planowania, wspomaganie wzroku i słuchu inwalidów (rozpoznawanie mowy, rozpoznawanie obrazów). Oczywiście, w przypadku medycyny uzyskana w ten sposób sztuczna inteligencja nie będzie mogła nigdy stanowić całego kompendium wiedzy lekarskiej. Jedyną zastosowanie objawia się w wybranych problemach. Najnowsze przesłanki w tej dziedzinie znalazły zastosowanie w elektrokardiografii, rozpoznawaniu obrazów, wspomaganie inwalidów w widzeniu, mówieniu i czytaniu. W ostatnich czasach pojawił się także popularny termin "biocybernetyka",

czyli fizyczne i logiczne modelowanie układów biologicznych. W ramach tej dziedziny powstały m.in. tak zwane sztuczne sieci neuronowe, które stanowią model działania i oddziaływania na siebie neuronów. Badania w tej dziedzinie nie zmiernają jednak do stworzenia modelu sztucznego mózgu. W tym wypadku to właśnie natura obdarza technikę swoimi pomysłami. Tak powstałe sieci stanowią ważny człon sztucznej inteligencji ze względu na możliwość tzw. samoistnego "uczenia". Powstałe sztuczne sieci neuronowe znalazły wiele zastosowań w medycynie. Jednakże we wszystkich przypadkach ich użycie w rzeczywistym problemie natury medycznej było poprzedzone długimi i dokładnymi badaniami wstępnymi przeprowadzonymi pod okiem lekarzy specjalistów.

Wizja techniki w medycynie to jednak nie tylko komputery i związana z nimi sztuczna inteligencja. To także bardziej namacalne fizyczne działania. Mowa tu o wszelkiego rodzaju sztucznych narządach, które nie stanowią czegoś co zastąpi na stałe ludzkie organy, ale jedynie pozwolą podtrzymać i zastąpić chwilowo ich działanie. Wynika to z trudności w osiągnięciu materiałów, które mają możliwość regeneracji takiej, jaką mają tkanki żywe.

Technika znalazła także zastosowanie w rehabilitacji. Wszelkiego rodzaju sprzęt rehabilitacyjny, począwszy od prostych układów o konstrukcji mechanicznej do wspomaganie poruszania a skończywszy znowu na komputerach przy rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym, stanowi nieodzowny element w tej dziedzinie.

Podsumowując: technika w przyszłej medycynie stanowić będzie nieodzowny element wspomagający, ale nie zastępujący pracę lekarza - aspekt może być zatem w rozważanych kategoriach uznany za jak najbardziej pozytywny.

Technika i związane z nią choroby cywilizacyjne to z pewnością jej negatywny aspekt. Zagubienie się człowieka w przyszłym świecie ze względu na nadmierny wzrost techniki będzie częstym powodem wielu nerwicy i chorób na tle psychicznym. Zamknięcie się w ramach monitorów komputerowych spowoduje to, że człowiek zapomni o takich fundamentalnych rzeczach jak zdrowie, tzn. związany z ruchem tryb życia, nie mówiąc o dolegliwościach związanych ze wzrokiem, kręgosłupem, nadgarstkami, itd. Dłatego też lekarz przyszłości to lekarz propagujący przede wszystkim sport, rekreację.

Myszę także, że ludzie docenią wreszcie (chyba już będą musieli) wagę zdrowego środowiska i wielu przyszłych lekarzy będzie z pewnością współpracować z ekologami; gdyż ważniejsze będzie usunięcie przyczyn zachorowań zamiast leczenia już poszkodowanych, często jedynie zachowawczo i objawowo. Natomiast pojawiające się już dzisiaj w środowiskach masowego przekazu "cudowne" lekarstwa na wszystko będą powodować odwrócenie się społeczeństwa od badań profilaktycznych i podjęcie samowolnego leczenia, które nie zawsze jest skuteczne, a wręcz może szkodzić.

Podsumowanie: Przyszłość medycyny zależy na pewno w dużym stopniu od techniki i jej możliwości. Jednakże we wszystkich przypadkach jej zastosowań stanowi ona jedynie coś co pomaga lekarzowi, a tylko w niektórych, nielicznych przypadkach go zastępuje. Te ostatnie wymagają jednak małego stopnia złożoności i długotrwałych badań.

Wszystkie opisane powyżej zastosowania nie zastąpią tak istotnej rzeczy jak kontakt lekarza z pacjentem. Chory człowiek często potrzebuje życzliwości i zrozumienia, a jakkolwiek maszyna nie będzie mogła tego zaferować. Dobre samopoczucie, poczucie swojej ważności i świadomość tego, że na lekarza można liczyć, gdyż zrobi co będzie w jego mocy, działa lepiej niż niejedno lekarstwo. Z pewnością nikt nie lubi być traktowany jedynie jak jednostka chorobowa.

Elżbieta Więckowska

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu

Czym jest dla mnie medycyna?

Pod takim tytułem publikujemy prace, których autorami są studenci pierwszego roku wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Poruszają one problemy związane ze studiowaniem medycyny i wykonywaniem w przyszłości wyuczonego zawodu.

Propedeutyka medycyny nie jest dyscypliną naukową, nie ma własnych teorii rozwoju, nie prowadzi badań naukowych, ma na celu przygotowanie studentów do studiowania medycyny. Wprowadzona została jako oddzielny przedmiot nauczania (30 godzin) w tok studiów medycznych w roku akademickim 1994/1995 dla studentów pierwszego roku wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii. Program dydaktyczny realizowany przez nauczycieli akademickich, zatrudnionych w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich (dawniej Zakład Historii Medycyny), zawiera szereg problemów omawianych na wykładach i ćwiczeniach. Przykładowo wymie-

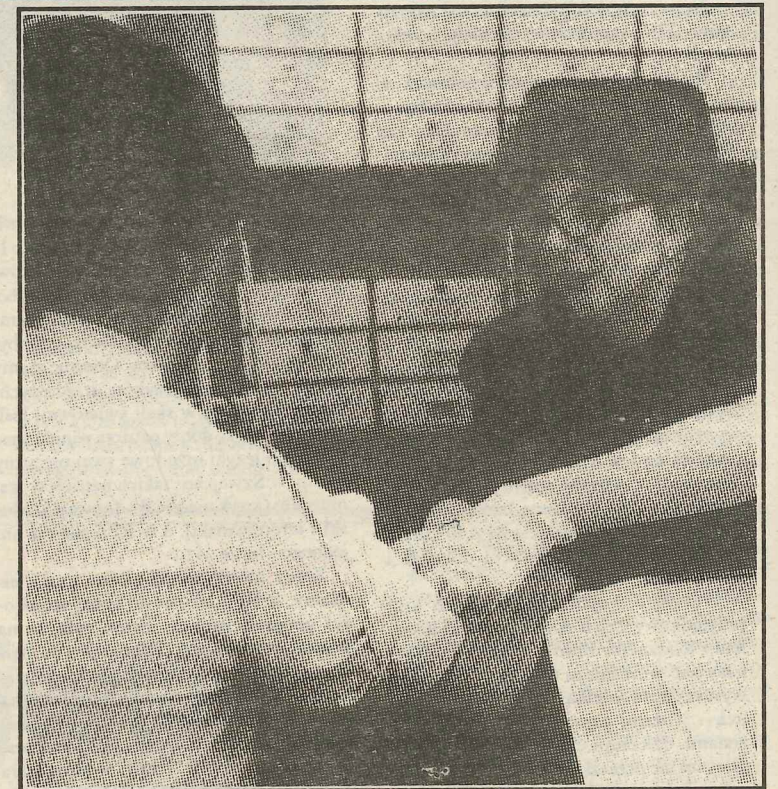
nie kilka: medycyna jako nauka, jak studiować medycynę, zdrowie i choroba, zawód lekarski, dorobek etyczny medycyny, kodeksy deontologiczne, wzór lekarza idealnego, relacje międzyludzkie i inne. Przedmiot zaliczany jest na podstawie pracy semestralnej, napisanej przez studenta na jeden (wybrany) z wymienionych niżej tematów:

1. Jak organizuję sobie warsztat pracy?
2. Dlaczego studiuję medycynę?
3. Jak wyobrażam sobie pracę w zawodzie lekarza?
4. Czego oczekuję od moich nauczycieli akademickich?

Angelina Sulikowska rok I lek.gr.10

Trudno jest wybrać jedną konkretną postać, która odpowiadałaby wszystkim wymaganiom jakim według mnie powinien sprostać lekarz. Oczywiście jest i nie ulega wątpliwości, że powinien on być specjalistą w swojej dziedzinie i dbać o podnoszenie swoich kwalifikacji, zawsze otwarty na nowości i opinie innych. Często jednak zapomina się o właściwym podejściu do pacjenta co przecież jest tak samo istotne. W swoim życiu spotkałam wielu lekarzy i na tej podstawie powstało we mnie pewne wyobrażenie postaci i osobowości lekarza, którym w przyszłości chciałabym sprostać.

W moim kraju (Kanada) niezmiernie ważne jest aby kandydat na studia medyczne oprócz wiadomości teoretycznych (wysoki procent pun-



Hospital w Hamilton na oddziale ortopedycznym. Tam poznałam dwóch lekarzy, z których jeden stał

Przykładem negatywnym był dla mnie ordynator tego szpitala. Niechlujnie obrany, rozczochrany i za-

Mój ideał lekarza

ków ze studiów) miał określone cechy osobowości. Aby starać się o przyjęcie należy ukończyć uniwersytet (6 lat) oraz wykazać swoje zainteresowanie zawodem lekarza. Tak więc, trzeba mieć przepracowane ponad tysiąc godzin jako wolontariusz w szpitalach, najczęściej jako asystent pielęgniarki, brać czynny udział w najróżniejszych kursach, w tym ukończony kurs pierwszej pomocy, oraz wiele innych. Na egzaminie oprócz wiadomości czysto teoretycznych bada się u kandydata podatność na stres, refleks, odporność psychiczną, podejście do ludzi, motywację. Kandydat musi podać dokładną biografię z uzasadnieniem starania się o te właściwe studia. Myszę, że tacy ludzie sprostać później pokładanym w nich nadziejom.

Starałam się również rozwijać swoje zainteresowania m.in. wstąpiłam do wojska do oddziału medycznego oraz pracowałam w General

się dla mnie wzorem, drugi zaś przykładem jak lekarz wyglądać nie powinien. Do moich obowiązków jako wolontariusza należało poprawianie łóżek, mycie pacjentów, pomaganie w spożywaniu posiłków tym, którzy nie mogli sobie sami radzić. Później także przygotowywanie do operacji, podawanie leków, czasami pozwalano nam asystować przy operacjach. Tak więc uczyłam się, ale byłam tam także, aby rozmawiać z pacjentami, których choroba często skazywała na samotność. Jednym z lekarzy, który zapadł mi w pamięć był właśnie pewien młody zdolny lekarz, chyba dopiero po studiach. Spośród innych wyróżniał go szczery uśmiech oraz życzliwość dla wszystkich. Swoich pacjentów traktował naprawdę jak ludzi. Miał zawsze czas aby porozmawiać z nimi i zrozumieć, potrafił się dla nich poświęcać. Chorzy po jego wizycie byli uśmiechnięci i pełni życia. To on właśnie był o wym wzorem.

wsze opryskliwy. Pacjent był dla niego jedynie jedną z chorób. Pamiętam dzień, kiedy przyszedł do niego pewien pacjent do kontroli (pozwalamo nam obserwować przyjęcia). Powiedział on, że lek, który otrzymał nie skutkuje. Pan doktor spojrzął w kartę i odparł, że po tym leczeniu musi on być już zdrowy, więc jest i nie ma dyskusji - Panie doktorze, ale mnie boli.... - Nie, pan jest zdrowy, do widzenia! Pacjent miał łzy w oczach a mnie było głupio. Nie było dyskusji, pan doktor zdecydował. Cały personel bał się ordynatora, tak więc respekt miał na pewno, ale czy taki respekt to pozytywna cecha?

Moim zdaniem, na ideał lekarza składają się więc cechy osobowości opisanego przeze mnie młodego stażysty i pełnych oddania - pielęgniarek. Wiem także, że lekarz powinien wykazywać cierpliwość, tolerancję w stosunku do innych ludzi i starać się ich zawsze zrozumieć.

5. Mój ideał lekarza?
6. Czym jest dla mnie medycyna?
7. Jak odpoczywam?
8. Jak wyobrażam sobie przyszłość medycyny?

Student mógł wybrany przez siebie temat przedstawić w dowolnej formie literackiej (np. reportaż, bajka, opowiadanie, wiersz, nowela).

Wybrałam prace studentów, moim zdaniem, na tyle interesujące, że warto zapoznać z nimi szersze grono czytelników. Prezentują wyobrażenia: o medycynie, o stosunku do zawodu lekarskiego, o stosunku do człowieka i człowieka cierpiącego, o lekarzu idealnym, o odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu. Są w wymowie swojej młodzieńcze, spontaniczne, odważne, a także bardzo emocjonalne, zaangażowane i intymne. Prezentują postawy i opinie różniące się czasami od nazwę to skrótowo - opinii aktualnie funkcjonujących w środowisku medycznym. Bardzo proszę, przyjmijcie je Państwo z uwagą, gdyż ich autorzy są dopiero na początku trudnej drogi wiodącej do wyuczenia, a następnie do wykonywania wybranego zawodu lekarskiego.

W chwili, w której pilot poinformował o przygotowaniu samolotu do lądowania na lotnisku w Wilnie, próbowałam patrzeć przez okno, ale oczy zaszyły łzami, a gardło ścisnęło gwałtowny skurcz. Dotychczas myślałam, że to miasto jest mi obojętne.

Znad Wilii i Niemna

Wanda Wojtkiewicz-Rok
Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM
Wrocław



Prof. historii Uniwersytetu Wrocławskiego Bogdan Rok (po prawej) i asystent Uniwersytetu Wileńskiego przed kościołem św. Anny w Wilnie.
Fot. autorka.

W dniu mojego przyjazdu skończyły się w Wilnie "Dni Wrocławia" - wspólna impreza kulturalna Radia Wrocław i Polskiego Radia w stolicy Litwy. W jednej z wileńskich audycji, wrocławski poeta goszczący przez Wilnian niepoetycznie stwierdził: "O ch....., jakie to miasto piękne". Słyszając te słowa, profesor Uniwersytetu Wileńskiego (Litwin), skomentował: - "Pewnie pijany". No cóż, poecie zabrakło słów, sądząc, że nie potrafił opanować wzruszenia i zwulgaryzował je.

Pierwszy raz byłam w Wilnie 17 lat temu, czułam się wtedy rozczarowana, obraz stworzony przez rodziców w mojej wyobraźni nie znalazł potwierdzenia w realiach. Brudne wówczas, zaniedbane ulice i ponure twarze ludzi całkowicie przygnębiały, nawet Ostra Brama wydawała się jakaś zagubiona i nie poprawiała nastroju. Nasuwała się refleksja - żeby to miasto pokochać, trzeba się tu było urodzić. Wystarczyło jednak czterech lat wolności jego mieszkańców, by wileński gród zaczął tętnić radością i czarować niepowtarzalnym urokiem. Górzyści, zielony krajobraz, ozdobiony leniwą Wilią jak błękitną wstęgą, pieczołowicie odrestaurowane kościoły katolickie i ewangelickie, cerkwie, synagoga, kamienice, nowoczesne sklepy i ładne ubrana, roześmiana młodzież - to obrazy, których nie oczekiwałam.

Dominuje język litewski, zachowanie go przez wieki od germanizacji, polonizacji i rusyfikacji jest największym sukcesem kulturowym i politycznym Litwinów - świadczy o ich tożsamości narodowej. Po polsku, można się porozumieć właściwie wszędzie. Wielkość wspólnej historii polsko-litewskiej przeplatała się z tragizmem. Jeden z mieszkańców tutejszej Ziemi nazywał się Uzdawinis, Litwin mówili o nim z pogardą - wziął sobie Polkę, Polacy jej współczuli - wyszła za Litwina. Przybyli Niemcy, wymordowali wszystkich Litwinów i Polaków z całej wsi i okolicznych majątków. Narodowe animozje mimo wojennych doświadczeń przetrwały. Dziś historycy się spierają, czy na Litwie to zlituanizowani Polacy, czy spolonizowani Litwini. Trudno w Wilnie rozdzielić kulturę tych dwóch narodów spojonych przez wieki. Kierownik Muzeum Historii Medycyny Uniwersytetu Wileńskiego oprowadził mnie po stolicy i mówił o twórcach kultury, nie spierałam się z nim kiedy np. wymienił nazwisko "Kojałowiczusa" jako litewskiego historyka (Kojałowicz Wijuk Wojciech (1609-1677), jezuita wileński istotnie zajmował się m.in. historią Litwy, nazwisko rodowe mojej matki również brzmi Kojałowicz i nie była to rodzina litewska). Prawie na każdym znaczącym obiekcie są tablice w języku polskim upamiętniające wydarzenia historyczne - kamienie mówią. Miejsce kaźni Szymona Konarskiego - publicyści i powstańca z 1830 r. utrwalone jest ogromnym głazem z wrytym na nim polskim napisem upamiętniającym datę wydarzenia (27.II.1838 r.) i jego oprawców, Litwini nie zatarli napisu, ustawili jedynie małą tabliczkę w języku litewskim: "Szymonas Konarski..." Na ulicy Pilies (Zamkowej) stoją stra-

gany z pamiątkami, przeważnie z bursztynu i jeden z oryginalnymi litewskimi plecionkami ze słomy. Sprzedawczyni zwróciła się do nas poprawną polszczyzną, na pytanie "pani jest Polką czy Litwinką" - odpowiedziała "Litwinką, ale ja się tutaj urodziłam" - i to wyjaśnia jej znajomość polskiego.

Szczególne emocje u Litwinów wywołuje słowo "Parlament", wymawiane z czcią, jest symbolem wolności i niepodległości, wywalczyli go ulicznymi barykadami i ofiarami. Mój przewodnik koniecznie chciał mi pokazać jak Parlament wygląda wewnątrz. Pragnął bym się sama przekonała, że rezyduje tam ich prezydent (są z niego niezadowoleni bo wstrzymał reformy) i naprawdę obradują litewscy parlamentarzyści. Oczywiście, obradują jak wszędzie, jeden coś czyta przy mikrofonie, a reszta go nie słucha.

Innym ważnym miejscem ostatnich wydarzeń historycznych jest wieża telewizyjna, zbudowana na wzór berlińskiej. Widok z niej pozwala ogarnąć wzrokiem stare i nowe Wilno. Przepiękne miasto w lesie, czy może las w mieście, spojrzenie uświadamia, że nowe osiedla rozlokowane zostały ze znakomitym wykorzystaniem topografii terenu. Stare Wilno stanowi mniej więcej piątą część całości dzisiejszego miasta. Dookoło wieży telewizyjnej poznaczano kamiennymi słupkami miejsca, w których polegli Litwini w 1991 r. w walce o wolność. Było ich 19, głównie młodzi mężczyźni i jedna dziewczyna, pamięci tych patriotów poświęcony będzie specjalny pomnik, na razie stoją tylko typowe dla Litwy rzeźbione w drewnie krzyże.

Dawna stolica Litwy Kowno, ma zupełnie inny charakter niż Wilno. Willową część miasta i stadion sportowy, położone są na wzgórzu, z którego kolejką identyczną jak z Gubałówki, zjeżdża się do centrum. U podnóża góry stoją nowoczesne budynki, dawniej siedziba rządu, uniwersytet i muzea. Starówkę oceniają lipowe aleje rosnące pośrodku ulic o jednopiętrowej zabudowie. Jedną z takich pięknie odnowionych uliczek długości 1,5 km, biegnącą równoleg-

do Niemna, dochodzi się do rynku. Przejściem schodzi się do celi szamana. Postać wyobrażająca Nieńca, mieszkająca dalekiej północnej Syberii ma przypominać, że w swej historii, Litwini musieli korzystać i z tego typu praktyk medycznych. Strój szamana i rekwizyty są oryginalne, brązowa maska oddziałuje podobno na co dzień turystę, nawet jeśli są to studenci medycyny! Inne zbiory działu medycyny stanowią przekrój historyczny, poczynając od lecarskich narzędzi pochodzących z wykopalisk archeologicznych, trepanowanych czaszek, poprzez przyrządy chirurgiczne wszystkich epok, kołtun (zdjęty w 1964 r., nazwa łac. "plica polonica"), pierwsze aparaty rentgenowskie i aparaty do przetaczania krwi, aż do plansz i fotografii przedstawiających najnowsze osiągnięcia litewskiej medycyny. Treścią Muzeum Historii Medycyny i Farmacji w Kownie są nie tylko cenne zbiory ale i szczególna ich ekspozycja. Zakończenie miłej wizyty stanowiła rozmowa przy trojance litewskiej, niestety nie mogliśmy nic odpowiedzieć naszym gospodarzom, nas Polaków po prostu nie stać na taki pomnik kultury medycznej. Wrocławską kamieniczką na

do Niemna, dochodzi się do rynku.

Zasadniczym celem mojej podróży do Kowna było zwiedzenie utworzonego w 1987 r. Muzeum Historii Medycyny i Farmacji oraz wymiana doświadczeń z gronem jego organizatorów. Na eksponaty muzealne przeznaczono dwie stojące obok siebie kamieniczki, od piwnic do strychu adaptowano je pod kątem potrzeb muzealnych z jednoczesnym zachowaniem pierwotnej architektury. Zbiory podzielono tematycznie i stanowią dwa oddziały: farmacji i medycyny. W "aptece" poczęstowano nas "eliksirem urody" i "napojem długiego życia", na zapleczu, pod szczególnym nadzorem trzymane są wszelkie trucizny i hiszpańskie muchy (tych ostatnich podarowano nam trochę, są do nabycia w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich AM). Jedną z sal przeznaczoną jest na ekspozycję zielarską, obok zielarki stoją butelki ze zmiętymi litewskimi w spirytusie. Specjalnym wąskim, tajemniczym

Kurzym Targu przeznaczona na muzeum, stoi nietknięta ludzką ręką od 15 lat, a zebrane przez historyków-pasjonatów (np. dra Szostaka) eksponaty są ledwie zabezpieczone. Od dwóch lat gromadzone są zabytki materialne historii medycyny przy Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich, niestety brak odpowiednich pomieszczeń nie pozwala na sprowadzenie np. starego stołu chirurgicznego.

Powrót do Wilna wśród "[...] pagórków leśnych, [...] łąk zielonych, szeroko nad błękitnym Niemnem rozciągających;" - wywołał dodatkową nostalgię. W Wilnie Litwini przywrócili z małymi wyjątkami wszystkie przedwojenne nazwy ulic, nikt nigdzie nie zaciera polskich napisów. Na każdym niemal kroku widać, że ten Naród pragnie uratować historię i romantyzm zaklęty w ornamentach świątyni różnych wyznań.

Jeszcze pożegnalna wizyta w katedrze, w rzeźbiście oświetlonym wnętrzu odbywało się nabożeństwo, pomimo powszedniego dnia uczestniczyło w nim sporo ludzi w różnym wieku. Turysty gromadzili się przy drzwiach, do kościoła weszła grupa dzieci 9-10 letnich, klękali i żegnali się ze szczególną pobożnością, filmowała tę scenę zachodnia turystyka, po chwili opuściliśmy katedrę i dzieci też. Jedną z dziewczyn z zachwytem zwróciła się do nauczycielki: "Ten kościół jeszcze ładniejszy niż tamten". Nauczycielka była innego zdania: "Nie dziecizka, Ostra Brama najpiękniejsza na świecie".



Jak żywa - dawna litewska zielarka.

Jan Ewangelista Purkynie i jego związki z polską nauką

Wykład inauguracyjny na I Integracyjnym Spotkaniu Dolnośląskiej i Czeskiej Izby Lekarskich.

Jan Ewangelista Purkynie (1787-1869) obok Husa i Komeńskiego należy do czołowych przedstawicieli czeskiej kultury narodowej. Jego nazwisko znajdziemy w każdej encyklopedii i każdym podręczniku historii medycyny.

Purkynie odkrył znaczenie linii papilarnych dla identyfikacji człowieka, ruch rządkowy, pierwszy użył terminu protoplazma.

Wiele odkryć Purkyniego nazywa się dziś jego imieniem, między innymi komórki mózdzku (komórki Purkyniego) oraz włókna układu przewodzącego serca (włókna Purkyniego). Jest on autorem ponad 100 prac w językach niemieckim, czeskim, łacińskim i polskim obejmują-

Prof. dr hab. Zbigniew Domostawski

cych fizjologię, anatomie, histologię, embriologię, szeroko pojęte przyrodznawstwo, a także filozofię i filologię. Na specjalne wyróżnienie zasługuje pierwszy opis włókien układu przewodzącego serca w języku polskim wydrukowany w Krakowie w 1839 roku w Rocznikach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Purkynie przez 23 lata kierował zakładem fizjologii i patologii na Uniwersytecie Wrocławskim, zorganizował tu pierwszy w ówczesnych Niemczech zakład fizjologii eksperymentalnej. Obok własnych prac umożliwił 14 doktorantom wykonanie dysertacji doktorskich. Wśród nich znalazł się

Polak Bogusław Palicki (1813-1868), rodem z Rogoźna, autor rozprawy "De musculari cordis structura". Palicki miał za sobą udział w powstaniu listopadowym, w czasie studiów był jednym z założycieli Towarzystwa Literacko-Słowiańskiego - a w pracy zawodowej w Kościanie dał się poznać jako lekarz i społecznik, opiekun ubogich i chorych.

Purkynie utrzymywał więź naukową i patriotyczną niemal ze wszystkimi dzielnicami Polski a także z emigracją. W 1847 roku Jan Ewangelista Purkynie spotkał się z Cieplich z Wincentym Polem i Kornelem Ujejskim. Warto przywrócić pamięci to wydarzenie w stosunkach polsko-czeskich, którego temem były Karkonosze.

Kim był?

Tytus Chałubiński urodził się 29.XII.1820 r. w Radomiu. Ojciec jego był adwokatem, zmarł miesiąc przed wybuchem powstania listopadowego, gdy syn miał 9 lat. Gimnazjum Radomskie ukończył Tytus mając 17 lat, a w latach 1838-44 studiował medycynę, potem botanikę i znów medycynę na wyższych uczelniach Wilna, Dorpatu i Würzburga, gdzie otrzymał stopień doktora medycyny i chirurgii na podstawie napisanej w języku niemieckim pracy "O moczu pod względem fizjologicznym i patologicznym". W czasie studiów pracował bardzo intensywnie, a jego biograf i przyjaciel Karol Jurkiewicz pisze, że w Würzburgu "nie było prawie doby, w której Chałubiński pracowałby krócej niż dziewiętnaście godzin."

Uzupełnieniem studiów lekarskich Chałubińskiego była podróż, podczas której zwiedził kliniki i szpitale Austrii, Niemiec i Francji i tak ukształtowany od strony erudycyjnej doktor medycyny i botanik zamieszkał w 1845 r. w Warszawie, podejmując starania o prawo lekarskiej praktyki. Został najsłynniejszym warszawskim lekarzem. Nie doraźnie, ale całymi latami chodził po warszawskich zaułkach i wysokich piętach warszawskich domów często oprócz rady - zostawiając zapomogę. Leczył ubogą ludność Starego Miasta. Jak mówi jedno ze wspomnień - wyprężnięto pewnego dnia konie z jego powozu, postanowili bowiem powóz ten ciągnąć wdzięczni pacjenci. Był lekarzem warszawskiej inteligencji, lekarzem i zarazem przyjacielem pisarzy i artystów, którzy cenili w nim nie tylko lekarską sztukę, ale także głęboką przyrodniczą wiedzę, naukową pasję, wszechstronność humanistycznego wykształcenia i artystyczną wrażliwość.

Był także lekarzem warszawskiej plutokracji z Leopoldem Kronenbergiem i Janem Blochem na czele, lekarzem hojnie opłacanym.

Miał skomplikowane życie rodzinne. Jego narzeczoną z czasów studenckich wyszła za mąż za jego najbliższego przyjaciela, Kazimierza Krzywickiego. Pierwsza żona zmarła w wieku 19-tu lat, po półtora roku małżeństwa z powodu gruźlicy, a drugi mariaż (ślub odbył się w 1852 r. we Wrocławiu) okazał się

Jak wspominali później lekarze warszawscy z pokolenia jego uczniów, Chałubiński "posiadał iście niepospolitą bystrość spostrzegawczą i niezmierną subtelność przy opukiwaniu i osłuchiwaniu".

nieudany z uwagi na niezgodność charakterów małżonków, którzy jednak byli ze sobą przez lat kilkadziesiąt dla dobra dwójki dzieci. Potem rozeszli się i doktor poślubił, także rozwiedzioną, swoją pierwszą narzeczoną. Sprawa ta nabrała w Warszawie posmaku skandalu towarzyskiego, ale zakończyła się pogodzeniem Chałubińskiego z Krzywickim i dwójki dorosłych już dzieci z poprzedniego małżeństwa z ojcem i jego nową żoną. Ten właśnie happy end został upamiętniony krzyżem na Gubałowie, postawionym przez Chałubińskiego w 1873 r.

Mając 27 lat zaczął pełnić funkcję głównego lekarza Szpitala Ewangelickiego przy ul. Karmelickiej i został członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wkrótce jako lekarz zdobył niezwykłą popularność i szeroką praktykę prywatną. Stał się "wyróżnioną" i nie było niemal cięższego przypadku, do którego by go nie wzywano, a on osiągał wprost zdumiewające rezultaty stawiając trafne diagnozy i przeprowa-

Pamięć i legenda - Tytus Chałubiński

Są ludzie głośni za życia i szybko zapomniani po śmierci. Są też niedoceniani przez współczesnych, umierający w zapomnieniu, których sława przychodzi dopiero po śmierci. Chałubiński należał do trzeciej kategorii: otoczony sławą za życia zostawił po sobie pamięć i legendę.



Tytus Chałubiński w rysunku Stanisława Witkiewicza (1889r.)

dając skuteczne kuracje.

Jak wspominali później lekarze warszawscy z pokolenia jego uczniów, Chałubiński "posiadał iście niepospolitą bystrość spostrzegawczą i niezmierną subtelność przy opukiwaniu i osłuchiwaniu".

Poza tym - co wielokrotnie podkreślano - był znakomitym psychologiem, umiał nawiązywać osobisty, serdeczny

kontakt z chorym, stawał się nie tylko lekarzem, ale i "pocieszycielem oraz przyjacielem".

"Człowieka, który by tak kochał ludzi jak Chałubiński - pisał Henryk Sienkiewicz - nigdy nie spotkałem. Gdy zbliżał się do łóżka chorego, wówczas zbliżał się nie tylko bystry i genialny lekarz, który prawie jednym rzutem oka rozpoznawał chorobę, ale zbliżał się wspaniały mędrzec, filantrop, zacny i szczerzy przyjaciel. I chory czuł to, że nie przychodzi do niego tylko zimna wiedza, ale bliźnia dusza, że daje mu współczucie nie poczerpnięte z doktryny, ale z gorącego serca".

Był człowiekiem zdumiewająco wszechstronnym, o dużej kulturze humanistycznej. Rozprawiał z taką znajomością rzeczy o wędrówce ludów, przyczynach upadku Rzymu, o Spinozie, o Kancie, o Słowackim lub Polu, jak gdyby to były główne i stałe przedmioty jego myśli.

Cytował z pamięci Horacego, Goethego, Krasińskiego. Wypowiadał oryginalne

zaskakujące trafnością opinie o twórczości Taine'a i Migneta, a z humanistyczną kulturą łączyła się także wrażliwość artystyczna i znajomość spraw sztuki.

Uchodził za znawcę malarstwa, zwiedzanie galerii sztuki łączył z dążeniem do jak najgłębszego poznania historii malarstwa, a podczas swego pobytu w Dreźnie w 1864 r. opracował nawet słownik malarzy.

Chałubiński był także dobrym znawcą muzyki - a nawet i niezłym wykonawcą utworów Mozarta, Chopina i Schumanna. Jego córka pisała: "Nie tylko kochał ojciec muzykę, sam grał, ale i pojmował muzykę, badał starogóralskie pieśni, z których własną ręką 700 spisał. Paderewski, który go kochał i podziwiał, który mu całymi godzinami grywał wiedział najlepiej jak Chałubiński odczuwał i rozumiał muzykę".

W latach pięćdziesiątych poza pracą w warszawskich szpitalach Chałubiński działał w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, pisał do "Pamiętnika" wydawanego przez Towarzystwo. Obok "Obrazu chorób panujących w Warszawie w roku 1849" oraz kilkunastu kwartalnych sprawozdań ze Szpitala Ewangelickiego, zamieścił tu między innymi artykuły "Gastrocholia" i "Atrofia i rak wątroby". W tym ostatnim artykule pierwszy w warszawskim środowisku wykorzystał spostrzeżenia z badań mikroskopowych.

W roku 1859 został mianowany profesorem terapii szczegółowej Kliniki Terapeutycznej Akademii Medyko-Chirurgicznej i Szkoły Głównej. Na stanowisku tym pozostawał do roku 1871, do chwili zdymisjonowania przez władze carskie.

W Warszawie mieszkał i pracował ponad czterdzieści lat, tutaj zaprzyjaźnił się z Heleną Modrzejewską, u niej na tzw. wieczorach "wtorkowych" spotykał się ze Stanisławem Witkiewiczem, Aleksandrem Gierymskim, Adamem Chmielowskim (późniejszy brat Albert) i Józefem Chelmońskim.

Renata Wojtala

Warszawę opuścił na dłużej tylko dwukrotnie - w 1864 roku gdy władze carskie nakazały mu opuszczenie miasta wówczas wyjechał do Francji, a następnie do Dreżna, oraz w 1868 roku gdy 10 miesięcy spędził we Francji - chory i załamany przeżyciami osobistymi.

Od 1873 roku miejscem jego corocznych wakacyjnych pobytów stało się Zakopane, a za nim coraz tłumniej podążali jego warszawscy pacjenci. Chałubiński "związał" Warszawę z Tatrami. Kilkanaście lat zakopiańskich wakacji zaowocowało takimi skutkami, że historycy Zakopanego przyjmują rok 1873 - rok pierwszego dłuższego pobytu Chałubińskiego w Zakopanem, za przełomową datę w rozwoju Podhala, Zakopanego oraz polskiej turystyki górskiej.

"Nie ma w Zakopanem, w Tatrach jednej dobrej sprawy, która by nie była przez niego zapoczątkowana lub dokonana" - pisał o Chałubińskim Stanisław Witkiewicz. Chałubiński zakładał szkoły, budował drogi, tworzył banki, stowarzyszenia, wprowadzał wszystko, co mogło ucywilizować, uspołecznic, uszczęśliwić lud góralski, wszystko co mogło wpłynąć na rozbudzenie zamiłowania do Tatr w społeczeństwie i ułatwienie mu dostępu i pobytu w tych do niedawna dzikich i nieznanach świątach.

Jako lekarz zjednał sobie Chałubiński zakopiańskich góralsi, gdy w 1873 r. we wrześniu wybuchła epidemia cholery. Uczył ich jak nieść ulgę, pomagać i ratować i nie bać się zarazy. Sabala jego "cień" mówił: "Pan Profesor to nie ziemski człek. Nogami on tu, ale serce jego w niebie".

Uczył góralsi podstawowych zasad higieny i racjonalnej gospodarki. Wylansował pogląd o zbawiennym wpływie klimatu Zakopanego dla leczenia chorób układu oddechowego, anemii i nerwic. Skierował na leczenie klimatyczne do Za-

"Zdawało się, że te góry, w których on tak niknie z całą swoją ogromną kompanią na tygodnie całe, są jakieś nieskończenie rozległe i wielkie, jego fantazja dawała im jakąś wybujałą fantastyczność. Z jego śmiercią nie zgasła piękność Tatr, bo ta jest od nikogo niezależna i wieczna, ale zgasł ten szczególny urok, który tylko ten wyjątkowy człowiek im dawał."

kopanego między innymi Stanisława Witkiewicza - projektanta wielu budowli w stylu zakopiańskim.

Podczas swych wypraw tatrzańskich wykształcił całe zastępy zawodowych przewodników. W gronie towarzyszy wycieczek tatrzańskich lub gości jego zakopiańskiego domu, byli liczni przedstawiciele kultury polskiej. Należał do nich publicysta i pisarz Mieczysław Pawlikowski z Medyki, późniejszy właściciel słynnej willi Pod Jedłami na Koziańcu w Zakopanem, Adam Asnyk - "czerwony" student Akademii Medyko-Chirurgicznej, członek "rządu wrześniowego" 1863 r., znany już - zamieszkały w Krakowie - poeta. Od początku lat osiemdziesiątych bywałcem u Chałubińskiego był także Wojciech Kossak, wówczas student malarstwa w Paryżu, syn Juliusza Koszaka znanego Chałubińskiemu z Warszawy. Do najbliższych przyjaciół zakopiańskich należał ksiądz Stolarczyk, Sabala (Jan Krzeptowski) Wojciech Roj, Walery Eljasz-Radzikowski i

Bronisław Dembowski - etnograf, filolog i badacz gwary góralskiej.

Młoda Polska stworzyła własną neoromantyczną legendę Chałubińskiego powiązaną z rolą, jaką w kulturze modernizmu odgrywały Tatry, eksponowała ona przede wszystkim tatrzańskie epizody życiorysu lekarza.

Zafascynowany Chałubińskim był Jan Kasprowicz i Kazimierz Przerwa-Tetmajer, który pisał: "My, którzy czasy Chałubińskiego pamiętamy, zawsze ich żałować będziemy, Tatry były wtedy jeszcze nowsze, mniej spopolitowane, miały urok ziemi dziewiczej. Chałubiński wprowadzał w nie jakieś życie dzwonne, strzeliste, jedyne w swoim rodzaju, porywał wszystkich za sobą, górcom dawał szczególny czar, który wraz z nim przeminął. Zdawało się, że te góry, w których on tak niknie z całą swoją ogromną kompanią na tygodnie całe, są jakieś nieskończenie rozległe i wielkie, jego fantazja dawała im jakąś wybujałą fantastyczność. Z jego śmiercią nie zgasła piękność Tatr, bo ta jest od nikogo niezależna i wieczna, ale zgasł ten szczególny urok, który tylko ten wyjątkowy człowiek im dawał."

Sylwetkę Chałubińskiego - jako człowieka Tatr przedstawił pięknie Stanisław Witkiewicz w "Na przełęczu".

Po wycieczce na Rohacze w 1887 roku Chałubiński został częściowo sparaliżowany i choć paraliż potem ustąpił, do zdrowia już nie powrócił. Ósmego listopada 1889 roku w dżdżysty i wietrzny dzień, gdy Tatry zasnuły mgłą, chowano Chałubińskiego na cmentarzu zakopiańskim. Na ten wiejski cmentarz ściągali tłumy góralsi nie tylko z Zakopanego, ale i okolic oraz liczni przyjaciele i pacjenci z Warszawy.

Odchodził człowiek, którego kochano.

Dowody pamięci są prawie w każdym większym mieście, we Wrocławiu wszyscy znają ulicę jego imienia. W Warszawie przy jego ulicy, którą nazwano tak w 1919 roku zbudowano na przełomie XIX i XX wieku nowe budynki Szpitala Dzieciątka Jezus. Znany

pomnik Chałubińskiego w Zakopanem zaprojektował Stanisław Witkiewicz, a popiersie wyrzeźbił Jan Nalborczyk. W Tatrach nazwano wrotami Chałubińskiego przełęcz odgraniczającą Szpigłowsy Wierch od Ciemnosmreczyńskiej Turni (2022m).

Na cześć Chałubińskiego - botanika nowe gatunki bruzdnik nazwane zostały Peridinium Chałubińskii i Chałubińskii tatrza, a jedna z tatrzańskich roślin kopalnych Esquisetum Chałubińskii.

Jest w Polsce kilka Szpitali jego imienia, Liceum Ogólnokształcące w Radomiu, licea medyczne w Warszawie, Zgorzelcu i Szczecinie.

Czy dr Chałubiński był fenomenem? - Nie, to "tylko" rezultat świadomej pracy nad sobą.

Powinien być przykładem dla nas. Jego stosunek do kolegów był zawsze wzorem dla innych, nigdy się nie wywyższał, nie narzucał swojej decyzji, zawsze był lekarzem - Człowiekiem, o czym na przełomie XX i XXI wieku bardzo wielu lekarzy zapomina.

Odszedł nestor polskiej stomatologii

W dniu 22 czerwca 1995 r. zmarł nestor polskiej stomatologii Prof.dr hab. TADEUSZ SZCZĘSNY OWIŃSKI. Ostatni z wielkich stomatologów, wywodzących się ze słynnej lwowskiej szkoły prof. Antoniego Cieszyńskiego. Jeden z ostatnich uczonych, którzy przenieśli po II wojnie światowej tradycje Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie do Wrocławia.

Urodził się 21 lipca 1904 roku w Kołomyi (województwo stanisławowskie). We Lwowie ukończył gimnazjum im. Staszica i wydział radiowy lwowskiej Szkoły Przemysłowej. Studia lekarskie ukończył na UJK we Lwowie i 9 maja 1931 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich, zdobywszy równocześnie specjalizację w stomatologii. O ponad rok wcześniej, bo już 1 stycznia 1930 roku, rozpoczął pracę jako młodszy asystent w Klinice Stomatologicznej, kierowanej przez twórcę polskiej stomatologii - prof. dra Antoniego Cieszyńskiego. Studia specjalistyczne uzupełniał u czołowych przedstawicieli europejskiej stomatologii w Wiedniu, Berlinie, Essen, Budapeszcie i Bolonii. W okresie swojej pracy w klinice lwowskiej udzielał się w pracy społecznej w zarządzie Związku Stomatologów przy lwowskiej Izbie Lekarskiej oraz prowadząc w redakcji "Polskiej Stomatologii" dział pytań i odpowiedzi.

Swoje zainteresowania i wykształcenie techniczne wykorzystywał do konstruowania szeregu aparatów elektromedycznych, jak aparat do endoskopii, diafonoskopii, faradyzacji i kaustyki - "Pantodent", aparat do jonoforezy - "Jonodent" czy suche sterylizatory "Sterodent" i "Sterodent Baby". Produkcję tych aparatów, jak i lamp stomatologicznych ("Bilux" i "Monolux") podjęła Fabryka Pomocy Naukowych we Lwowie, gdzie od r. 1934 dr Tadeusz Owiński zatrudniony był w charakterze konstruktora aparatów medycznych. Pracował tam nadal przez pierwsze dwa lata wojny.

Idąc w ślady swego wielkiego mistrza, wykazywał w okresie pracy w lwowskiej klinice stomatologicznej wszechstronne zainteresowania naukowe z wszystkich dziedzin stomatologii, co znalazło swój wyraz w licznych publikacjach i referatach, wygłoszonych w kraju i za granicą.

Po wybuchu wojny niemiecko-sowieckiej prof. Owiński przenosi się do Warszawy, gdzie współpracuje z prof. Borusiewiczem. Swoje zdolności konstrukcyjne wykorzystuje w działalności konspiracyjnej, wytwarzając aparaty radiowe dla potrzeb Armii Krajowej. Jako jej żołnierz walczył w Powstaniu Warszawskim w sekcji łączności kompanii "Baszta". Rannego w obie nogi, po wyjściu z kanałów, ewakuowano do Pruszkowa, skąd natychmiast uciekł do Grodziska (dokąd wcześniej przybyła Małżonka Profesora). Za swe bojowe zasługi odznaczony został Krzyżem Walecznych, Krzyżem Partyzanckim, Warszawskim Krzyżem Powstańcym, Krzyżem Armii Krajowej i Krzyżem Obrony Lwowa.

Drugi - powojenny - etap działalności naukowej prof. Owińskiego rozpoczął się już 9 maja 1945 r., kiedy to - wraz z grupą



operacyjną prof. Stanisława Kulczyńskiego - przybył do Wrocławia w celu przejęcia i zabezpieczenia Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu. Jego zasługą jest uratowanie przed dewastacją uszkodzonego bombami budynku kliniki stomatologicznej przy obecnej ul. Cieszyńskiego (nazwanej tak staraniem prof. Owińskiego). Już w roku następnym utworzył Klinikę Chirurgii Stomatologicznej ze Stacją Obrażeń Szczękowych przy ul. Skłodowskiej-Curie (przeniesioną następnie na ul. Chałubińskiego), a w r. 1947, w efekcie zabiegów prof. Owińskiego (który pozyskał dla Wrocławia swoich dawnych kolegów z kliniki lwowskiej - późniejszych kierowników katedr stomatologicznych - profesorów H. Gorczyńskiego i I. Pietrzyckiego), utworzono Oddział Stomatologiczny przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu, którego został dyrektorem. Po habilitacji w r. 1948 tytuł profesora uzyskał w roku 1955. Wyrazem uznania dla osiągnięć dydaktyczno-pedagogicznych było powierzenie Mu funkcji dziekana Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu (1960-1962).

Nawiązując do tradycji lwowskich owocnie zaangażował się w pracy na rzecz środowiska stomatologicznego. Jako członek - założyciel Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego wnieśli przyczynił się do powstania we Wrocławiu oddziału tego towarzystwa, któremu przewodniczył przez wiele kadencji. Przewodnicząc Sekcji Chirurgii Stomatologicznej tegoż towarzystwa zorganizował dwa zjazdy sekcji. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne odwdzięczyło Mu się nadaniem godności "Bene meritus" i członka honorowego PTS.

Wykorzystując doświadczenia wyniesione z redakcji "Polskiej Stomatologii" powołał regionalne wydawnictwo - "Wrocławska Stomatologia", ukazujące się - jako jedyne w Polsce - nieprzerwanie od 30 lat.

Karierę akademicką Prof. Owińskiego brutalnie przerwały represje po wydarzeniach marcowych roku 1968. Za odważne opowiadanie się po stronie demonstrujących studentów pozbawiono Go kierownictwa kliniki i odsunięto od zajęć dydaktycznych. Dopiero po obaleniu totalitarnego ustroju PRL Senat Akademii Medycznej w specjalnym postanowieniu przekazał Profesorowi Owińskiemu wyrazy uznania dla jego odwagi i patriotyzmu oraz wyraził żal z powodu wyrządzonej Mu przez ówczesne władze krzywdy.

Profesor Owiński był ostatnim wielkim stomatologiem, ogarniającym swą aktywnością lekarską i naukową całość stomatologii. Głównym jednak nurtem Jego działalności była chirurgia, której poświęcił najwięcej publikacji naukowych (m.in. wprowadzenie do diagnostyki przyszczytowych zmian za-

palnych wierzchołkowego objawu uciskowego - OWU, stosowanego rutynowo w badaniu jamy ustnej, czy opracowanie oryginalnej metody leczenia progenii - ostectomia mediana). Wychował grono wysoko kwalifikowanych specjalistów. Opublikowali oni pod Jego kierunkiem około 200 prac naukowych. Był promotorem 19 doktorów i opiekunem w 5 przewodach habilitacyjnych. Czterech Jego byłych asystentów zostało profesorami i objęło kierownictwo katedr chirurgii stomatologicznej i szczękowej we Wrocławiu, w Krakowie i w Poznaniu.

Będąc już na emeryturze, nie zaprzestał swej działalności lekarskiej, naukowej i dydaktycznej. Do ostatniego dnia swego bogatego i owocnego życia pracował zawodowo w swoim gabinecie - prywatnie i jako konsultant kolejarzy. Pasją Jego życia, obok chirurgii szczękowej, była dydaktyka. Poświęcił jej wiele sił i inwencji. Jeszcze na gruzach powojennego Wrocławia organizował kursy podyplomowe dla stomatologów. Przewodnicząc wrocławskiemu oddziałowi PTS powołał Sekcję Kształcenia Podyplomowego. Organizowane w jej ramach kursy cieszyły się ogromnym zainteresowaniem ich uczestników. Obok regularnych, comiesięcznych posiedzeń naukowo-szkoleniowych towarzystwa była to forma przekazywania lekarzom najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej, w czym Profesor Owiński brał najczęściej osobisty udział. Przekazywał lekarzom, podobnie jak studentom, nie tylko swą rozległą wiedzę, ale uparczywie krzewił zasady etyki lekarskiej, dając osobisty przykład ich praktycznego stosowania.

Po odejściu z uczelni swą aktywność dydaktyczną ukierunkował głównie na choroby nowotworowe, uczulając stomatologów na konieczność i możliwości ich wczesnego rozpoznawania i leczenia. Tej tematyce w znacznej mierze poświęcił "Atlas chorób błony śluzowej jamy ustnej" (opracowany wraz z Małżonką - Panią Dr Barbarą Włodek-Owińską), którego trzecie wydanie ukazało się przed dwoma laty.

Zrządzeniem losu sam padł ofiarą choroby nowotworowej. Przez kilka lat z podziwu godną pogodą i z chrześcijańską pokorą znosił uciążliwość choroby, nie przerywając ani na chwilę pracy lekarskiej. Mógł odejść w poczuciu spełnienia godnego, owocnego życia. Jakkolwiek pogrążył nas w smutku i żalobie, pozostanie z nami na zawsze; w swych dokonaniach naukowych, w rzeszy swych uczniów i wychowanków, przekazujących dalej, ofiarowaną im przez Niego wiedzę i wpojone im zasady moralne. Pozostanie na zawsze dla następnych pokoleń stomatologów niedoścignym wzorem lekarza, nauczyciela, patriotę - Człowieka.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

Adam Masztalerz

Dr n.med. Marian Narębski



Marian Mieczysław Narębski urodził się 8.12.1937 roku w Białymstoku w rodzinie robotniczej. Szkołę podstawową i średnią ukończył w Kocku i tamże uzyskał świadectwo dojrzałości w roku 1955.

W latach 1955-1960 odbył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Szczecinie, uzyskując po odbyciu stażów dyplom lekarza 6 sierpnia 1962 roku.

Przez cały czas trzydziestoletniej pracy zawodowej był związany z Jelenią Górą. Zaczynał w Lecznictwie Otwartym oraz w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego (później Wojewódzkiego). Pod kierunkiem piszącego te słowa w roku 1968 uzyskał specjalizację I stopnia, a w 1976 II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych.

Dzięki przychylności promotora, kierownika Kliniki Endokrynologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu nieżyjącego już dziś docenta dra hab.n.med. Stanisława Gruszki, obronił w 1980 r. we Wrocławskiej Akademii Medycznej pracę doktorską pt. "Aktualny stan rozprzestrzenienia wola w Kotlinie Jeleniogórskiej".

Sprawał też kierownicze stanowiska w Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ordynatora II Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze.

Stale uzupełniał kwalifikacje przez liczne kursy, kontakty zawodowe i naukowe. Uzyskał specjalizację z zakresu organizacji służby zdrowia. Brał czynny udział w pracach Towarzystw Naukowych w Jeleniej Górze i we Wrocławiu oraz w kształceniu podyplomowym lekarzy.

W ostatnich latach życia dotknęła go przewlekła choroba, która trwała ponad pięć lat.

W okresie ciężkiej próby życiowej znajdował niezwykle ofiarną opiekę i pomoc ze strony Małżonki mgr inż. Antoniny Narębskiej z domu Wojciechowskiej oraz córki dr ekon. Anny, które osierocił. Liczni miejscowi lekarze spieszyli z pomocą ilekroć zachodziła tego potrzeba. Jego los był przedmiotem szczególnego zainteresowania Delegatury Izby Lekarskiej i jej przewodniczącej dr Aldony Białas.

Dr n.med. Marian Narębski w swej trzydziestoletniej pracy czynnie popierał każdą inicjatywę pracy społeczno-naukowej.

Jego praca doktorska może być wzorem jak można obiektywnie fakty z codziennej praktyki i wykorzystać je później z pożytkiem dla chorych i lekarzy.

Praca doktorska z endokrynologii ukierunkowała jego zainteresowania. W tej dziedzinie osiągnął biegłość, niestety nieuleczalna choroba przekreśliła jego plany życiowe. Zmarł po długiej chorobie i ciężkich i bolesnych cierpieniach w Jeleniej Górze dnia 28 maja 1995 roku i pochowany został na miejscowym cmentarzu.

Jego życie może być świadectwem łączącej praktyki lekarskiej z twórczą działalnością naukową, uwieńczoną stopniem doktora nauk medycznych i publikacjami. Bolesną sprawą jest przeżywanie śmierci swych Uczniów, ale czas życia i przeżycia nie od nas zależy, ale od nas zależy ażeby pamięć o naszych Najbliższych trwała...

Prof.dr hab. Zbigniew Domostawski
były ordynator I Oddziału
Chorób Wewnętrznych WSZ
w Jeleniej Górze

Zamieszczamy nagrodzoną pracę koleżanki Marleny Cymer-Białej, napisaną na II stopień specjalizacji, wyróżnioną wyjątkowo spośród najlepszych prac napisanych do I stopnia specjalizacji.

Zmiany chorobowe w jamie ustnej u chorych na AIDS

Lekarz stomatolog Marlena Cymer-Biała.
Zespół Opieki Zdrowotnej w Bystrzycy Kłodzkiej.
Kierownik: prof.dr hab.Urszula Kaczmarek.

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Na początku lat 80-tych bieżącego stulecia pojawiła się nowa choroba, którą nazwano nabytym zespołem upośledzenia odporności (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS). AIDS jest zespołem chorobowym obejmującym wiele często współistniejących, dotychczas rzadkich, infekcyjnych i nowotworowych schorzeń rozwijających się na skutek ciężkiego uszkodzenia układu immunologicznego ustroju.

Epidemia AIDS zaskoczyła świat, stała się symbolem bezradności medycyny schyłku XX wieku. Co więcej, nie można oczekiwać udziału organizmu w przezwyciężeniu choroby, u żadnego chorego nie stwierdzono bowiem samostnej odbudowy zdegradowanego układu odpornościowego nawet w okresach ustąpienia objawów chorobowych. Choroba nieodwracalnie doprowadza do śmierci wśród objawów ciężkich rozsianych infekcji i wyniszczenia organizmu.

Naturalna historia rozwoju AIDS obejmuje następujące etapy:

- przedostanie się wirusa do krwiobiegu,
- okres inkubacji (4-6 tygodni),
- ostrą infekcję retrowirusową tzw. zespół mononukleozopodobny, samostnie ustępujący po 2-3 tygodniach związany z serokonwersją tj. powstaniem antyHIV,
- okres utajenia (latencji) trwający 1-5 lat,
- zespół związany z AIDS (ARC - AIDS Related Complex) lub pre-AIDS kończący się pełnoobjawowym AIDS.

Po przedostaniu się wirusa HIV do organizmu i zainfekowaniu części limfocytów następuje bezobjawowy okres inkubacji trwający około 4-6 tygodni. Po tym okresie u około 20-30% osób dochodzi do wystąpienia ostrych objawów infekcyjnych przypominających grype lub mononukleozę zakaźną. Ta ostrą infekcją retrowirusową jest klinicznym odzwierciedleniem humoralnej odpowiedzi immunologicznej ustroju z wytworzeniem przeciwciał klasy IgG w stosunku do antygenów HIV produkowanych i uwalnianych z zakażonych limfocytów. W następstwie patogenego wpływu wytworzonych immunokompleksów dochodzi do objawów rozbiegania, dreszczy, gorączki, potów, braku łaknienia, bólow stawowo-mięśniowych, osłabienia, bólu głowy, gardła, czasem biegunki, wysypki plamistej, aseptycznego zapalenia opon mózgowych. Objawom tym towarzyszy uogólnione powiększenie węzłów chłonnych a we krwi obwodowej wzrasta liczba limfocytów. Powyższe objawy określane są jako zespół mononukleozopodobny, ustępują samostnie po 2-3 tygodniach.

W następstwie infekcji wirusem HIV, po wystąpieniu lub bez ostrej samoograniczającej się choroby infekcyjnej, następuje okres utajenia - latencji. W tym okresie możliwe jest wyizolowanie wirusa z limfocytów krwi obwodowej, wykazanie przeciwciał IgG, a osoba zainfekowana może zakażać inne. Czas trwania okresu utajenia jest trudny do

określenia. Stwierdzono, że może on trwać do 5 lat w przypadkach potransfuzyjnego AIDS. U homoseksualistów i narkomanów okres ten jest krótszy.

Przewlekła uogólniona limfadenopatia (chronic generalized unexplained lymphadenopathy) jest jednym z etapów w AIDS. Limfadenomegalia w tym zespole musi spełniać następujące kryteria:

- trwać co najmniej przez 3 miesiące,
- obejmować dwa lub więcej rejonów pozapachwinowych,
- być stwierdzana u osobników bez aktualnej choroby przebiegającej z powiększeniem węzłów chłonnych.

Badaniem palpacyjnym stwierdza się węzły chłonne o średnicy większej od 1 cm, są one powiększone układowo, obu-

stępującą na grzbietowej i bocznej powierzchni języka. Obserwuje się uogólnione zapalenie dziąseł przypominające zapalenie wrzodziejące. Dziąsła są przekrwione, łatwo krwawiące, bolesne, z gnilnym zapachem z jamy ustnej i znaczną ruchomością zębów. Obecność dwu z powyższych objawów utrzymujących się przez ponad 3 miesiące u osobników HIV-seropozytywnych upoważnia do rozpoznania stanu ARC. Badania wykazały, że u około 25% osób z ARC dochodzi w ciągu 3 lat do rozwoju pełnoobjawowego AIDS.

Pełnoobjawowy zespół AIDS charakteryzuje się wystąpieniem jednej lub równocześnie kilku klinicznie manifestujących się infekcji oportunistycznych lub mięsaka Kaposiego u osoby bez in-

tektury i pokryte są białawym nalotem. Uogólnione zakażenie histoplazmą może prowadzić w okresie kilkunastu miesięcy do zejścia śmiertelnego.

Infekcje oportunistyczne wywołane są bakteriami, pałeczką wrzecionowatą i krętkami. Zmiany chorobowe występują pod postacią wrzodziejącego zapalenia dziąseł. Początek schorzenia może być powolny. Pojawia się krwawienie, ból dziąseł, przykry zapach z ust. Stopniowo dziąsła pokrywają się żółtoszarą, martwiczą tkanką zajmującą najczęściej okolice dolnych siekaczy. U osób młodych dochodzi do zniszczenia przyzębia z wytworzeniem martwaków. Przypuszcza się, że w tak agresywnych postaciach zapalenia dziąseł, poza klasyczną infekcją Spirochaeta dołączają

komórek śródbłonna, może spowodować powstanie w jamie ustnej owrzodzeń oraz suchość błony śluzowej. U nosicieli HIV może również wystąpić zakażenie ludzkim wirusem brodawczaka (HPV), głównie jego postaciami HPV6 i HPV16. Brodawczaki występują na wardze, mogą być uszypułowane lub na szerokiej podstawie. Na dziąsłach można obserwować kłykciny kończyste pod postacią licznych, wyraźnie odgraniczonych, lekko uniesionych wykwitów. U chorych z zakażeniem HIV mogą również wystąpić wykwity w błonie śluzowej podobne do ogniskowego przerostu nabłonka pod postacią grudek lekko uniesionych, o gładkiej powierzchni, dobrze ograniczonych. Do grupy zakażeń wirusowych w przebiegu choroby AIDS należy leukoplakia włosowa (hairy leukoplakia). Ten rodzaj leukoplakii jest znamieny dla zakażenia wirusem HIV. Jest również zmianą chorobową dotychczas nie spotykaną i występuje u osób z grupy ryzyka, związanych z AIDS lub u osób z pełnym obrazem AIDS. Nazwa pochodzi od obrazu histopatologicznego, w którym keratyna jest tak cienka, że przypomina włosy. Badania ultrastrukturalne wykazały, że przyczyną leukoplakii włosowej jest wirus Epsteina-Barra (EBV). Leukoplakia włosowa objawia się w formie białych, poszarpanych zmian na bocznych brzegach języka, grzbietowej części języka lub pod językiem. Wykwity są bezobjawowe. Wirus EBV u pacjentów z immunosupresją dostaje się do nabłonka raczej ze śliną niż drogą układową. Badania wykazały, że w 48% przypadków leukoplakia włosowa poprzedza wystąpienie pełnego obrazu choroby AIDS o około 16 miesięcy. Leukoplakię włosową należy różnicować z dysplazją nabłonka, leukoplakią towarzyszącą paleniu tytoniu, z liszajem płaskim, przerostową kandydozą i z rakiem.

Do zmian nowotworowych występujących u chorych zakażonych wirusem HIV należy mięsak Kaposiego. Statystyki podają, że występuje on u 95% homoseksualistów chorych na AIDS. Jest to nowotwór tkanki naczyńniowej. Występuje w postaci mnogich, lekko wyniosłych, nieswędzących i niebolesnych plamek i nacieków wielkości 0,2-1 cm. Te miękkie, rozsiane, nieostro odgraniczone od skóry guzki przypominają wyglądem naczyńniaki. Występuje na skórze, błonie śluzowej jamy ustnej, w węzłach chłonnych, w narządach wewnętrznych. Mięsak Kaposiego u około 50% chorych powoduje zmiany w jamie ustnej, zwłaszcza na podniebieniu miękkim, twardym i dziąśle przypominające nadziąsłaka. W niektórych przypadkach występuje w formie bolesnego owrzodzenia. Szybko daje przerzuty do narządów wewnętrznych. Chorzy z mięsakiem częściej jednak umierają z powodu zakażeń oportunistycznych niż z powodu krwotoku z przewodu pokarmowego lub z przerzutów mięsaka do płuc. Często obraz kliniczny może być mylnie rozpoznawany jako stan zapalny, opóźniając właściwe leczenie.

(Piśmiennictwo do wglądu w Redakcji)

Infekcje oportunistyczne wywołane są bakteriami, pałeczką wrzecionowatą i krętkami. Zmiany chorobowe występują pod postacią wrzodziejącego zapalenia dziąseł. Początek schorzenia może być powolny. Pojawia się krwawienie, ból dziąseł, przykry zapach z ust.

stronnie i symetrycznie, najczęściej w okolicy szyjnej, pachowej i pachwinowej. Są one niebolesne, łatwo przesuwalne względem skóry i podłoża. Czasem stwierdza się pewne różnice w stanie węzłów w krótkim czasie, a nawet w ciągu dnia. Występujące infekcje mogą powodować nagle ich powiększenie. Przewlekłe uogólnione powiększenie węzłów chłonnych jest potencjalnie odwracalnym jeszcze etapem rozwoju AIDS. Przemawia za tym stwierdzenie regresji powiększonych węzłów chłonnych u około 10% chorych. Zmiana stylu życia chorych oraz zastosowanie leków antyretrowirusowych w tym okresie jest jedyną racjonalną próbą zapobiegnięcia progresji zaburzeń immunologicznych i ewolucji w kierunku nieodwracalnego AIDS.

Po zakażeniu wirusem HIV może rozwinąć się tzw. zespół związany z AIDS (ARC - AIDS Related Complex). Zespół ten charakteryzuje się występowaniem wielu nieswoistych objawów klinicznych obejmujących: uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, stany gorączkowe utrzymujące się od miesiąca, wzmożoną potliwość, uczucie wyczerpania fizycznego i psychicznego, biegunkę trwającą od miesiąca, utratę masy ciała powyżej 10% wagi pierwotnej, zmiany pleśniakowe na błonach śluzowych jamy ustnej. W obrębie jamy ustnej obserwuje się najczęściej leukoplakię włochatą w postaci białych, nieścieralnych, o chropowatej powierzchni, nieostro odgraniczonych od otoczenia zmian wielkości od kilku milimetrów do kilku centymetrów, wy-

stępujących przyczyn defektu odporności komórkowej poza zakażeniem wirusem HIV. Wspólną cechą oportunistycznych infekcji jest niezdolność organizmu do obrony przed czynnikiem infekcyjnym. Przebieg infekcji zależy nie tylko od czynnika infekcyjnego, ale przede wszystkim od stopnia defektu immunologicznego.

W przebiegu zakażenia wirusem HIV stosunkowo często obserwuje się zakażenie drożdżakami w obrębie jamy ustnej spowodowane przez grzyby z rodzaju Candida albicans. Kandydoza jamy ustnej jest uznawana za zwiastuna AIDS, ponieważ jest zjawiskiem bardzo rzadkim u dorosłych zdrowych osób, nie przyjmujących antybiotyków, kortykosteroidów, u których nie stwierdzono cukrzycy, choroby nowotworowej lub innego stanu immunosupresji. Występuje w postaci pleśniawek z zaczerwienieniem, obrzmieniem, bolesnością i suchością błony śluzowej z następowym wytworzeniem białych nalotów (podobnych do resztek zsiadłego mleka). Najczęstszą postacią jest kandydoza rumieniowa oraz rzekomobłonicza. Wczesne leczenie kandydozy zapobiega wzrostowi immunosupresji, a tym samym progresji schorzenia choroby AIDS i rozwinięcia się układowej kandydozy. Dlatego też lekarze stomatolodzy muszą zdawać sobie sprawę z zagrożeń, jakie stanowi kandydoza u osób pozornie zdrowych. W innych zakażeniach drożdżakopodobnych jak histoplazmozie, występują owrzodzenia najczęściej na dnie jamy ustnej, podniebieniu twardym. Owrzodzenia są bolesne, mają twarde brzo-

gi i również inne zakażenia. Zakażenie prątkiem ptasim (Mycobacterium ariarium) w jamie ustnej objawia się ropniami otoczonymi tkanką ziarninową lub owrzodzeniami o twardych brzegach, występującymi na podniebieniu, drażącymi aż do kości. Pałeczka zapalenia płuc (Klebsiella) może powodować zapalenie języka klinicznie podobne do kandydozy, o rozpoznaniu decyduje wynik posiewu. Paciorkowiec kałowy (Streptococcus faecalis) może powodować zapalenie kości.

Kolejną grupę infekcji oportunistycznych stanowią zakażenia wirusowe zwłaszcza wirusem opryszczki (Herpes simplex virus). Powstanie opryszczki poprzedzone jest zwykle swędzeniem, drętwieniem lub mrowieniem. Następnie powstają czerwone grudki przekształcające się po kilkunastu godzinach w zespoły wrzodziejących pęcherzyków, którym towarzyszy znaczny ból. Wykwity te występują głównie na czerwieni wargowej, podniebieniu twardym i na dziąsłach. U chorych zakażonych wirusem HIV mogą występować nawroty opryszczki na wardze i przyległej skórze, przechodząc na wtórnie zakażone owrzodzenia. Wirus półpaśca (Herpes zoster) może powodować zmiany zapalne w postaci rumienia, plamek i grudek przekształcających się w pęcherzyki obejmujące błonę śluzową połowy podniebienia i dziąseł. Wysypce towarzyszy powiększenie węzłów chłonnych, gorączka i ból. Zakażenie wirusem cytomegalii należącej do rodziny wirusa opryszczki na skutek miejscowego zapalenia naczyń z zajęciem

W ostatnim okresie obserwuje się coraz liczniejsze przypadki procesów, w których jako powód występuje przed sądem pacjent wnoszący swoje roszczenia, a jako pozwany zakład leczniczy bądź lekarz. Są to często procesy cywilne, gdzie pacjent żąda odszkodowania za wyrządzoną mu szkodę wskutek niewłaściwego, jego zdaniem, leczenia.

Coraz częściej sąd staje po stronie poszkodowanego dopatrując się winy w postępowaniu lekarza lub zawinionych uchybień zakładu opieki zdrowotnej. W tej sytuacji następuje naprawienie szkody poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej określonej przez sąd w wyroku. **Znaczącym zabezpieczeniem finansowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.**

Sąd staje po stronie pacjenta, dopatrując się winy w postępowaniu lekarza

PZU S.A. proponuje:

- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitali, klinik, gabinetów lekarskich i innych zakładów opieki zdrowotnej;

- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy, położnych, pielęgniarek, laborantów oraz personelu pomocniczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna jaką ponosi zakład opieki zdrowotnej, lekarz bądź inny pracownik z personelu pomocniczego za szkody wyrządzone pacjentowi.

Zakład ubezpieczeń ponosi

odpowiedzialność wtedy, gdy ubezpieczający zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego jest zobowiązany do naprawienia szkody.

Umowa ubezpieczenia gwarantuje:

1. Zapłacenie należnego od lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej odszkodowania w granicach ich odpowiedzialności, nie więcej niż do wysokości umówionej sumy ubezpieczenia.

2. Pokrycie uzasadnionych kosztów procesu z udziałem ubezpieczającego jako strony pozwanej, przeciwko której toczy się za zgodą PZU S.A. proces o naprawienie szkody objętej ochroną ubezpieczeniową.

3. Pokrycie kosztów wynagro-

dzenia rzeczoznawców /biegłych/ powołanych za zgodą PZU S.A. w celu okoliczności lub rozmiaru szkody.

4. zwrot niezbędnych kosztów mających na celu zapobieżenie zwiększeniu szkody.

Maksymalna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych wynosi od kilku do kilkudziesięciu miliardów starych złotych i uzależniona jest od warunków umowy ubezpieczenia. Istnieje możliwość ubezpieczenia odpowiedzialności deliktowej lub kontraktowej oddzielnie lub obu łącznie. Ubezpieczenie OC szpitali, klinik, gabinetów lekarskich i innych zakładów opieki zdrowotnej obejmuje również odpowiedzialność z tytułu posiadania aparatury i sprzętu medycznego. Zakres odpowie-

działności firmy ubezpieczeniowej określa umowa ubezpieczenia.

Szczególnych informacji udzielają Inspektoraty i Przedstawicielstwa PZU S.A. województwa wrocławskiego, jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i zielonogórskiego.

Jesteśmy po to aby pomagać.

**UBEZPIECZENIE
ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ
LEKARZY**



Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A.,
Oddział Okręgowy, ul. Ślężna 29, Wrocław

Przyczyny przewlekłego bólu pleców

Bóle pleców są jedną z głównych przyczyn utraty zdolności do pracy.

Badania wykazują, że biorąc pod uwagę całe życie, występują one u 58% populacji. U wielu osób są to często epizody silnego bólu, powodujące tylko czasową niezdolność do pracy, jednak u niektórych pojawiają się przewlekłe dolegliwości bólowe, prowadzące do inwalidztwa. Mogą one być związane z utrzymaniem

Za poważną przyczynę kłopotów

z kręgosłupem uznawane jest

wypadnięcie jądra miazdżystego

się działania pierwotnego bodźca uszkadzającego, ale w wielu przypadkach mechanizmy ostrego i przewlekłego bólu są różne i utrzymywanie się przewlekłych dolegliwości spowodowane jest mechanizmem patologicznym odmiennym od pierwotnego.

Za poważną przyczynę kłopotów z kręgosłupem uznawane jest wypadnięcie jądra miazdżystego. Inne uszkodzenia jądra miazdżystego również mogą prowadzić do wystąpienia przewlekłych dolegliwości bólowych.

Innym potencjalnym źródłem kłopotów z kręgosłupem są stawy międzykręgowe.

Zmiany degeneracyjne w obrębie kręgosłupa mogą polegać na powstawaniu narośli kostnych i uwypuklaniu się osteofitów do wnętrza kanału kręgowego.

Zmiany mechaniczne nie są jednak jedyną przyczyną bólów pleców. Zmiany degeneracyjne w obrębie kręgosłupa wiążą się z utrudnieniem w odpływie krwi z żył nadtwardówkowych, zwłóknieniem w obrębie samych korzeni nerwowych i wokół nich oraz z atrofią neuronów w korzeniach nerwowych. Uszkodzenie tkanek i nerwów obwodowych może powodować zmiany biochemiczne i morfologiczne w obrębie odpowiadających rogów tylnych rdzenia kręgowego. Zmiany te mogą być odpowiedzialne za nadwrażliwość pleców i kończyn dolnych na ucisk, często opisywaną przez pacjentów z bólami pleców.

Biegunka podróżujących

Czasy, kiedy biegunkę podróżujących można było wiązać z nadmiernym spożyciem miejscowego wina i potraw, "zmianą wody" lub po prostu z napięciami związanymi z przeżyciami i zmartwieniami wynikającymi z wypraw do obcych krajów, odeszły już w przeszłość.

Przynajmniej 70% epizodów biegunki u osób opuszczających miejsce zamieszkania jest wywołanych przez czynniki zakaźne. Aż połowę biegunek wywołuje wytwarzająca enterotoksyny *Escherichia coli*, pozostałe powodowane są przez inne bakteryjne patogeny, takie jak *Shigella*, *Salmonella* i inne szczepy *E.coli*. Ciągłe wykrywane są nowe patogeny zakażeń jelitowych - np. niedawno opisano nowy rodzaj pasożyta należącego do ziarniaków.

Do zakażeń najczęściej dochodzi przez spożycie zanieczyszczonej żywności lub wody, na basenach pływackich, na zanieczyszczonych plażach. Również większość zbiorników wody słodkiej bywa zanieczyszczona.

Bakteryjne patogeny jelitowe mają

zdolność do przeżycia nawet

w bardzo gorących potrawach (50 C)

Większość przypadków biegunek podróżujących jest chorobą samoograniczającą się i nie trzeba stosować leczenia przyczynowego, lecząc jedynie objawy. Wyjątkami są krwawa biegunka (czerwonka) i biegunka trwająca ponad siedem dni. Podstawą leczenia biegunek ze znaczną utratą wody jest uzupełnienie utraconego płynu i elektrolitów.

Zapobieganie jest zawsze lepsze niż leczenie, lecz niestety w przypadku biegunki podróżujących, rutynowe zalecenia niemal zawsze zawodzą. Bakteryjne patogeny jelitowe mają zdolność do przeżycia nawet w bardzo gorących potrawach (50 C).

Końtinuuje się prace nad szczepionkami mającymi zapobiec biegunce podróżnych, lecz szczepionki te nie są jeszcze dostępne i wymagają dalszej oceny.

Postępowanie w przypadku impotencji u chorych na cukrzycę

Impotencja związana z zaburzeniami wzwodu występuje u ponad 1/3 mężczyzn chorych na cukrzycę. Skuteczne sposoby postępowania w impotencji znane są od ponad 10 lat, ale pozostaje ona nadal najbardziej zaniebany problem powikłania cukrzycy. Rodzi się pytanie, czy w miarę jak znikają opory przed omawianiem problemu niegdyś uznawanego za tabu, impotencja nie powinna być uznana za kolejne powikłanie występujące w przebiegu cu-

Impotencja powstała na tle cukrzycy jest nieuleczalna

krzycy, a jej leczenie rutynowo włączane do kompleksowej opieki diabetologicznej?

Niezdolność do erekcji u mężczyzn chorych na cukrzycę jest procesem postępującym i zwykle nieodwracalnym. Najprawdopodobniej podstawowym czynnikiem etiologicznym jest neuropatia autonomiczna, do której dołącza się niewydolność naczyń. Impotencja powstała na tle cukrzycy jest nieuleczalna, ale istnieje kilka skutecznych sposobów radzenia sobie z tym problemem.

Od wielu lat stosuje się protezy członka i u pewnej grupy chorych uzyskiwano w ten sposób zadowalające wyniki.

Możliwe są również dwie metody stosowane dla uzyskania wzwodu: iniekcje (czynnika wazoaktywnego np. papaweryny) do ciała jamistych i zastosowanie miejscowego podciśnienia. Metoda z użyciem podciśnienia skutecznie przywraca wzwód niezależnie od przyczyny impotencji.

Badania porównawcze wykazały, że metoda ta jest chętniej stosowana i lepiej akceptowana niż samodzielne wykonywanie zastrzyków.

Kompleksowe leczenie cukrzycy powinno obejmować także problemy impotencji, która jest przyczyną poważnych frustracji, a jednocześnie jest możliwa do wyeliminowania.

Nie są do tego potrzebne żadne specjalne umiejętności, nie ma więc powodów, dla których impotencją nie mieliby się zajmować lekarze ogólni.

W dniach 23-24 czerwca w siedzibie Donośląskiej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja "Nowe informatyczne narzędzia pracy lekarza".

Konferencję przygotował zespół DIL wspólnie z firmami Software Design Team, EOS i firmą OPTIMUS.

Niezbędny do organizacji przedsięwzięcia sprzęt w postaci kilkunastu dobrej klasy komputerów dostarczył wrocławski Oddział firmy OPTIMUS, łącznie z panelem projekcyjnym. Dzięki temu prócz dużego monitora (firma EOS) można było obserwować "manewry" komputerowe na dużym ekranie ściennym.

Sesje wykładowe odbywały się w dużej sali wykładowej. Piętro niżej, w "Sali Lustrzanej" uczestnicy konferencji mieli możliwość bezpośredniego zapoznania się z omawianymi programami, przeprowadzenia rozmów z twórcami oprogramowania a nawet nawiązania pierwszych kontaktów handlowych.

Otwierając konferencję, zgromadzonych gości w imieniu organizatorów przywitał Przewodniczący Izby dr n.med. W. Bednorz. Tematykę spotkania omówił krótko dr inż. E. Łazor z Software Design Team.

Pierwszy dzień konferencji został zdominowany przez pokazy oprogramowania dla indywidualnych gabinetów i małych przychodni.

W kategorii oprogramowania dla DOS, które niewątpliwie w tym zakresie zastosowań "trzyma się dobrze", zaprezentowały się znane już na rynku firmy: Cezmar & Edex z Wrocławia, Pracownia Komputerowa Jacka Skalmierskiego z Gliwic i firma KAMSOFT z Katowic. Niestety, nie pojawili się zapowiadani wcześniej przedstawiciele firmy IBO z Siemianowic. W ostatniej chwili nadeszła telefoniczna wiadomość o poważnym wypadku samochodowym jadącego na konferencję zespołu R-bis z Warszawy, który miał przedstawić program obsługi gabinetu ginekologicznego.

Spośród przedstawionych produktów zwracało uwagę dobre dopracowanie szczegółów (w tym graficznych i kolorystyki) programu Jacka Skalmierskiego, różnorodne możliwości konfiguracyjne wyrobu firmy Cezmar & Edex oraz duża elastyczność, możliwości integracji oraz importu danych zewnętrznych przez oprogramowanie firmy KAMSOFT, która zadeklarowała ponadto 24-godzinny niekomercyjny dostęp modemowy do stale aktualizowanego systemu informacji o lekach.

We wszystkich przedstawionych systemach istnieje możliwość prowadzenia grafiku przyjęć, drukowania recept, ustalania wzorców różnego rodzaju druków i zaświadczeń oraz wiele innych funkcji.

Niestety, ograniczenia czasowe, jak również warunki prezentacji, w sposób naturalny odmienne od rzeczywistych warunków eksploatacji systemów - nie pozwalają na dokładną ocenę ich wartości i przydatności. Myślę, że najlepszym tego sprawdzianem będzie rozwijający się dynamicznie rynek.

W kategorii programów dla gabinetu lekarskiego działających w środowisku Windows, jedynym przedstawionym był system MedicAll OPTIMUS prezentowany przez firmę EOS z Wrocławia.

Znany już z wcześniejszych pokazów program, podobnie jak inne systemy "for Windows" cechuje się łatwym do przyswojenia, sterowanym myszką in-

Nowe informatyczne narzędzia pracy lekarza

Michał Sroka

terfejsem użytkownika, dużymi możliwościami konfiguracji oraz wieloma innymi, typowymi dla tego środowiska zaletami. System umożliwia gromadzenie danych graficznych: Rtg, USG, TK, Ekg, różnego rodzaju schematów a także możliwość "odręcznego" szkicowania np. miejsca bólu czy lokalizacji guzka.

W pierwszym dniu konferencji przyszli nabywcy zestawu komputerowego mogli zaznajomić się z zasadami sprze-

Z ostatniej chwili:
Zespół ds. Informatyzacji DIL, planuje uruchomienie przy DIL tzw. medycznej skrzynki BBS, dostępnej dla każdego lekarza, który ma w domu telefon i komputer z modemem.
Szczegóły - w następnym numerze.

można w sposób czytelny dla użytkownika zweryfikować przydatność szeregu tradycyjnie stosowanych (choć niekiedy

TERNET. W drugiej części zademonstrował jej działanie praktycznie. Uchomil połączenie z Biblioteką



Dużym zainteresowaniem lekarzy cieszył się program przedstawiający budowę człowieka.

daży ratalnej i leasingiem. Omówiono także możliwość ulg podatkowych związanych z kupnem i stosowaniem komputera w pracy zawodowej.

Panią doc. Anna Krefft, autorka zna-

mało wartościowych) kryteriów diagnostycznych. Dostępna w czasie konferencji lista referencyjna liczy ok. 60 pozycji i obejmuje prace z różnorodnych dziedzin nauki i techniki.



Niezbędny do organizacji konferencji komputery zapewnił wrocławski oddział "OPTIMUSA" przed "swoimi" komputerami prezes dr Andrzej Podbielski.

nego i rozwijanego od kilku lat systemu SyntMed, krótko go przedstawiła. Program służy do matematycznego opisu mierzalnych i niemierzalnych cech różnorodnych zjawisk, w tym także objawów chorobowych. Dzięki bogatym możliwościom prezentacji graficznej

Drugi dzień spotkania rozpoczął się atrakcyjnym wydarzeniem. Mgr inż. Jacek Krzemiński z firmy MIZAR reprezentujący Dolnośląską Izbę Lekarską w syntetyczny a zarazem ciekawy sposób omówił strukturę i zasady funkcjonowania światowej sieci komputerowej IN-

talnych we Wrocławiu (i nie tylko). Przedstawiony przez firmę system KSOS korzysta z jednego z najbardziej popularnych w ostatnich latach systemu zarządzania baz danych - PROGRESS. Cechuje go się m.in. niezależność od sprzętu, systemu operacyjnego, zastosowanych protokołów transmisji a także duża niezawodność działania.

Pani doc. Halina Podbielska z grupy Bio-Optyki Politechniki Wrocławskiej omówiła podstawy stosowania laserów medycznych w wielu dziedzinach medycyny m.in. w rehabilitacji, neurologii, dermatologii, chirurgii, stomatologii, okulistyce i w zwalczaniu bólu. Omówiono także zastosowanie komputera we wspomaganiu diagnostyki i terapii za pomocą lasera.

Dużą atrakcją było wspólne wystąpienie firm OPTIMUS i EOS poświęcone tzw. multimediom. Przedstawiono m.in. program do nauki języków obcych EuroPlus i atlas anatomiczny. Pokazano także możliwość tworzenia bardzo efektywnych animacji połączonych z dźwiękiem, dołączania krótkich fragmentów filmu itp. Wykład, jak i wszystkie pozostałe prezentacje, kontynuowany był w dolnej salce konferencyjnej, gdzie można było zapoznać się np. z kolejnymi możliwościami atlasu anatomicznego.

Jednym z ostatnich wystąpień był pokaz tworzenia przezroczy. Począwszy od bardzo prostej grafiki, naśladowanej zwykle maszynopisanie, poprzez dokla-



Przedstawiciele firmy KAMSOFT przed własnym programem.

Medyczną Uniwersytetu Hawajskiego i przeszedł jej katalogi według zadanych kryteriów. Dużą niespodzianką dla zebranych była korespondencja "na żywo" z japońskim naukowcem z uniwersytetu w Tokio, który w odpowiedzi na krótki list, przesłał uczestnikom konferencji życzenia pomyślnych obrad.

Kilkudziesięciominutowe wystąpienie prelegenta zostało nagrodzone za służonymi oklaskami.

Z prezentacją programu szpitalnego wystąpił dr inż. Kazimierz Frączkowski z Ośrodka Informatyki Medycznej i Biocybernetyki Okręgowego Szpitala Wojskowego. Przedstawiona struktura złożonej sieci komputerowej dużego szpitala jest owocem wieloletnich doświadczeń autora, który należy do nielicznej grupy projektantów dużych systemów w służbie zdrowia i ma na swoim koncie kilka poważnych realizacji w tym zakresie.

Z podobną ofertą, lecz ograniczoną jedynie do prezentacji w "sali lustrzanej", wystąpiła firma WAZA, znana z kilku funkcjonujących systemów szpi-

danie kolejnych elementów tła, zmianę wielkości, kroju i barwy czcionki, układ wcięć - "uszlachtano" skromny początkowo design wyjściowego przezrocza. Pokazano możliwość włączenia skanowanej fotografii. Na koniec podano najważniejsze reguły kompozycji oraz zasady fotografowania przezroczy z ekranu monitora.

W przerwach między poszczególnymi sesjami uczestnicy mogli posilić się w barze (m.innymi wyśmienite pierogi i barszcz) oraz pokrzepić się serwowanym prosto z beczki piwem Piast.

Na zakończenie obrad, Przewodniczący DIL dr n.med. Włodzisław Bednorz dziękując wszystkim za przybycie, poinformował o planach stworzenia w najbliższych tygodniach (!) Pracowni Komputerowej DIL, w której wszyscy chętni lekarze będą mogli "poćwiczyć" pracę z INTERNETEM, "pobawić" się z multimediami a także będą mogli napisać i wydrukować pracę specjalizacyjną lub doktorską. Pracownia zostanie wyposażona w znany z dobrej jakości sprzęt firmy OPTIMUS.

**Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach,**
ogłasza konkurs na

**Kierownika III Kliniki Kardiologii
Instytutu Kardiologii**

Kandydaci na to stanowisko winni spełniać następujące warunki:
1. Posiadać tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego.
2. Znaczące osiągnięcia naukowe, dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.

Zgłoszenie na konkurs winno zawierać:

- podanie o przystąpienie do konkursu
- autoreferat
- odpis nadania tytułu naukowego lub dyplomu doktora habilitowanego
- spis publikacji z podziałem na:

a/ powstałe przed habilitacją

b/ powstałe po uzyskaniu tytułu naukowego lub po habilitacji.

Termin przyjmowania zgłoszeń do 31.07.1995r.

Przewidywany termin zakończenia konkursu 30.10.1995r.

Kandydatom spoza Katowic Uczelnia nie zapewnia mieszkania. Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Osobowych w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15.

*Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach
prof.dr hab.n.med. Barbara Zahorska-Markiewicz*

Dyrekcja Szpitala Chirurgicznego w Legnicy

ogłasza konkurs na stanowisko

**Ordynatora Oddziału Intensywnej
Opieki Medycznej**

Kandydaci przystępujący do konkursu winni spełnić następujące warunki (rozp.MZiOS z 5.03.1992 r.):

- wykształcenie wyższe medyczne,
- minimum 8 lat pracy w zawodzie,
- posiadanie specjalizacji II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Oferta kandydata powinna zawierać:

- podanie,
- dokumenty stwierdzające posiadanie odpowiednich kwalifikacji zawodowych, dyplom specjalisty II stopnia anestezjologii i intensywnej terapii,
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
- opinię o pracy z okresu 3 lat pracy zawodowej,
- oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Oferty należy kierować w terminie 30 dni od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia na adres: Szpital Chirurgiczny w Legnicy, ul. Senatorska 1, 59-220 Legnica, z adnotacją na kopercie KONKURS na stanowisko Ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej.

O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Szpital nie zapewnia mieszkań.

*Dyrektor Szpitala Chirurgicznego w Legnicy
mgr inż. Stanisław Woźniakowski*

**OGŁOSZENIA
O PRACY**

Zespół Opieki Zdrowotnej 59-225 Chojnów

ul.Szpitalna 21 zatrudni od zaraz: 2 lekarzy medycyny i 2 lekarzy dentyistów (małżeństwa lekarskie).

Zapewniamy mieszkania rodzinne na terenie WOZ - Krzywa oraz WOZ - Rokitki.

Warunki płacowe do uzgodnienia.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Srodzie śląskiej, ul.Kolejowa 29, tel. 172-242 w.35, zatrudni lekarzy specjalistów: ANESTEZJOLOGA, NEUROLOGA I LARYNGOLOGA. Istnieje możliwość zatrudnienia neurologa i laryngologa w niepełnym wymiarze godzin (także lekarzy emerytowanych).

ZP ZOZ w Oleśnicy ul.Kilińskie-go 2, tel.14-90-81, fax 14-37-37 zatrudni dwóch lekarzy w Oddziale Pomocy Doraźnej w Oleśnicy w pełnym wymiarze godzin oraz lekarza na pełnym etacie w Poradni Ogólnej w Przychodni nr 2.

Kierownictwo Aresztu Śledczego we Wrocławiu, ul.Świebodzka 1 uprzejmie informuje, że ma wolne miejsca pracy dla trzech lekarzy INTERNISTÓW (pracowników cywilnych) oraz dla jednego lekarza na etacie funkcjonariusza SW (wynagrodzenie w granicach 600-700 zł).

Stawiane wymogi:

- 1) I stopień specjalizacji
- 2) wiek do 35 lat
- 3) dobry stan zdrowia (kat. zdrowia A1)
- 4) niekaralność sądowa
- 5) zam. we Wrocławiu.

Kandydaci do pracy winni zgłaszać się osobiście do tut. jednostki z dowodem osobistym, książeczką wojskową oraz książeczką ubezpieczeniową. Kontakt telefoniczny 384-24 wew. 254, 255.

*Naczelnik Aresztu Śledczego we Wrocławiu
kpt.mgr Waldemar Szot*

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jaworze, ul Piłsudskiego 10 kod 59-400 Jawor zatrudni od zaraz:

- lekarza ANESTEZJOLOGA w wymiarze pełnego etatu lub na pół etatu. Nie zapewniamy przydzielenia mieszkania.

ZOZ Bogatynia, ul.Pocztowa 16, zatrudni lekarza ANESTEZJOLOGA (mile widziane małżeństwo lekarskie). Zapewniamy trzypokojowe mieszkania komunalne. Telefon: (8758) 32-486 sekretariat lub 32-031 centrala.

Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecznicy "PROVITA" Wrocław, ul.Bierutowska 59, tel.25-31-59 lub 25-19-19 wewn.22 zatrudni lekarza CHIRURGA w pełnym wymiarze godzin lub w wymiarze pół etatu (emeryta) - godziny ranne.

Zarząd Gminy Mysłakowice zatrudni lekarza STOMATOLOGA w ośrodku zdrowia w Karpnikach. Możliwość otrzymania mieszkania. Bliższych informacji udziela inspektor ds. służby zdrowia codziennie w godzinach 8.00-12.00, tel.131-283 lub 131-285 wew.32.

ZP ZOZ w Zawoni zatrudni LEKARZA INTERNISTĘ lub lekarza chcącego specjalizować się w internie do pracy w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Czeszowie. Zapewniamy mieszkanie rodzinne. Kontakt telefoniczny: Wiejski Ośrodek Zdrowia, Zawonia - 12-81-68.

Komunikat

**Polskie Towarzystwo
Chirurgii Plastycznej
i Rekonstrukcyjnej**

WRAZ Z

Iberolatynoamerykańską Federacją Chirurgii Plastycznej /FILACPI/, Międzynarodowym Towarzystwem Chirurgii Estetycznej /ISAPS/ oraz Europejską Sekcją Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej /IPRAS/

zapraszają Państwa do wzięcia udziału w Kursie Chirurgii Estetycznej. Kurs odbędzie się w ostatnim dniu Zjazdu PTChPiR, 15.10.1995r. i będzie prowadzony przez 6-8 zagranicznych wykładowców z zakresu chirurgii estetycznej. Opłata za kurs wynosi 100 zł.

Tematami kursu będą:

- operacje odmładzające
- redukcja piersi
- operacje korekcyjne nosa
- lipoaspiracja.

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o kontakt z Komitetem Organizacyjnym oraz wniesienie opłaty za kurs na konto - BRE S.A. o/Wrocław 409207-293182-2820-05 CURR29

z dopiskiem "V Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej".

Adres Komitetu Organizacyjnego V Zjazdu Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej

Oddział Chirurgii Plastycznej Okręgowego Szpitala Kolejowego ul. Wiśniowa 36a, 53-137 Wrocław, tel. 68-50-45, 68-50-43, 68-50-23, fax 67-19-13

*Przewodniczący PTChPiR
dr n.med. Tadeusz Myczkowski*

**I
MISTRZOSTWA
POLSKI
LEKARZY
W PIŁCE
NOŻNEJ**

**Turniej halowy
- Mielec
30.09.1995**

**Zgłoszenia przesyłać
do dnia
5 września 1995 r.
na adres:**

Zespół Opieki Zdrowotnej
39-300 Mielec
fax 0-196 27-58
lub telefonicznie: 0196 24-31 w.227 /lek. Marzec/

**KOMITET
ORGANIZACYJNY
ZOZ MIELEC**

*Dyrektor Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Mielcu*

lek.med.Lucjan Mazurek

Jesteśmy małżeństwem lekarskim kończącym staż podyplomowy w dniu 1 IX 95. Chcielibyśmy podjąć pracę, także w Wiejskim Ośrodku Zdrowia, z możliwością specjalizacji (żona - dermatologia, interna ew. pediatria, ja - ginekologia i położnictwo ew. chirurgia). Mile byłoby widziane mieszkanie służbowe.

Joanna i Mariusz Konieczni
ul. Okrzei 26/28 m.24
91-075 Łódź
tel.(042)51-90-50

Lekarka w trakcie specjalizacji I stopnia z otolaryngologii szuka pracy z mieszkaniem. Tel.(076)18-65-84.

Jestem absolwentką Akademii Medycznej w Lublinie. Uczelnię tę ukończyłam w 1994r. z wynikiem bardzo dobrym. Obecnie odbywam staż podyplomowy, który kończę 30.06.95 r. Znam język angielski i włoski. Chciałabym podjąć pracę lekarza z możliwością otworzenia specjalizacji w zakresie chirurgii, ginekologii i położnictwa lub anestezjologii.

Izabela Sobiesiak
ul. Spadochroniarzy 7/18
21-040 Swidnik

Lekarz ginekolog-położnik z II stopniem specjalizacji zatrudni się na umowę-zlecenie. Wiadomość - Wrocław, tel. 730-574.

Lekarz, AM we Wrocławiu (1992 r.) poszukuje pracy z mieszkaniem w wiejskim ośrodku zdrowia. Oferty: "Ryszard".



Odcinek dla poczty

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla wpłacającego

HISZPANIA

Już 5 sezon zapraszamy Państwa na wczasy niemieckiej Firmy "Kylltal - Reisen" w Hiszpanii.

Zapewniamy: - przejazd lux autokarem
- dobre hotele blisko plaż
- wyżywienie 3 x dziennie
- opiekę tłumacza i rezydenta.

Atrakcyjne ceny - od 460 DM, płatne w dniu wyjazdu kontrohen-towi niemieckiemu.
Dzieci do 10 lat - 50% zniżki.

ZAPRASZAMY

**B.U.T. "EL'DORADO
- Kylltal Reisen"**
Podwale 62, 50-010 Wrocław
tel.341 - 74 lub 44-84-05
Fax 22-47-96

Ogłoszenia drobne

Sprzedam niekompletny "unit" stomatologiczny produkcji zachodniej. Tel. 51-53-79

Sprzedam "unit" dentystyczny firmy Siemens. Tel.(9751)516-42

"DENTSPLY/CAVITRON" skaler + piaskarka (stomatologiczny) końcówka + puder do piaskowania w komplecie. Tel. 48-33-72 po 19.00.



Serdecznie zapraszamy do korzystania z wypoczynku w naszym ośrodku w ciągu całego roku w dowolnych terminach.

Oferujemy:
- komfortowe pokoje 1, 2, 3, 4, -osobowe z łazienką, wc, telefonem, telewizorem
- apartamenty
- jadalnia, sala konferencyjna 60 miejsc ze sprzętem audiowizualnym
- bar kawowy
- sala gimnastyczna (atlas)
- plac zabaw dla dzieci
- miejsce na ognisko
- parking
- wyciąg narciarski orczykowy (160 m)
- auto-camping z pełnym zabezpieczeniem

Organizujemy:
- wczasy zorganizowane, wczasy świąteczno-noworoczne
- narady, zjazdy, sympozja, szkolenia
- wczasy zdrowotne, rehabilitacyjne (dla organizatorów grup zniżka)
- weekendy
- wycieczki górskie z przewodnikiem
- pośredniczymy w organizowaniu wycieczek do Czech, wynajem koni
- wysoki standard - niskie ceny - wzorowa obsługa
Ośrodek zdobył pierwsze miejsce w konkursie "Lato 94" w województwie jeleniogórskim
Rezerwacji można dokonać w:
Adres "Południowy Stok"
ul. Batalionów Chłopskich 12
58-580 Szklarska Poręba
tel./fax 17-21-29 tlx 075503
kier. Waldemar Stodolski



Poznańskie Zakłady Farmaceutyczne •Polfa•
proponują lekarzom i farmaceutom podjęcie ciekawej, twórczej pracy w charakterze
Przedstawiciela Regionalnego

z siedzibą we Wrocławiu

Oczekujemy: • kreatywności
• dyspozycyjności
• umiejętności nawiązywania kontaktów
• dobrej prezencji

Oferujemy: • bardzo dobre wynagrodzenie
• do dyspozycji zagraniczny samochód

Mile widziana: • znajomość języków obcych
• specjalizacje zawodowe

Kandydaci proszeni są o kontakt z Głównym Specjalistą d/s Marketingu p. Markiem Lierschem, celem uzyskania dalszych informacji

tel/fax 67-22-96

Poznańskie Zakłady Farmaceutyczne • Polfa • 60-322 Poznań, ul. Grunwaldzka 189
tel. 67-90-01, fax 67-57-17, tlx 0413461



**AURUM
DENTAL
DEPOT**

Oferuje:

- ✓ pełne wyposażenie gabinetów stomatologicznych i laboratoriów protetycznych w sprzęt i materiały renomowanych firm światowych,
- ✓ serwis gwarancyjny i pogwarancyjny,
- ✓ dogodne formy zakupu oraz upusty cenowe.
- ✓ autoklawy firmy PRESTIGA MEDICAL

Zapraszamy do sklepu:

ul. H. Sienkiewicza 54/56
50-349 Wrocław
tel. (071) 722-309



Terminy dyżurów

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)

Zastępcy przewodniczącego
Ryszard Łopuch
(czwartek 13.00 - 14.00,
poniedziałek 12.00 13.30)

Krystyna Kochman
(czwartek 14.00 - 15.00)
Zdzisław Plamieniak
(środa 13.00 - 15.00)

Sekretarz
Maciej Przystański
(wtorek 13.00 - 15.00)

Skarbnik
Andrzej Szmiđa
(wtorek 13.30 - 14.30,
czwartek 11.00 - 14.00)

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Żynda (czwartek 14.00 - 15.00)

Rzecznik odpowiedzialności
zawodowej
Jerzy Szkarłat (środa 13.00 - 14.00)

Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)

Przewodniczący komisji
problemowych:

Komisja Etyki
Ryszard Rzeszutko
(czwartek 12.00 - 13.00)

Komisja Finansowa
Andrzej Niedziółka

Komisja Informacyjna
Andrzej Wojnar
(czwartek 13.00 - 14.00)

Komisja Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 14.00 - 15.00)

Komisja Legislacyjna
Janina Kasprzak-Wójtowicz
(wtorek 14.00 - 15.00)

Komisja Pracy i Warunków Placy
Konrad Leśniakowski
(czwartek 14.00 - 15.00)

Zespół ds. Praktyk Prywatnych i
Prywatyzacji
Aleksander Niedzielski
(trzeci czwartek miesiąca godz. 13.30)

Komisja Skarg i Wniosków
Andrzej Drak
(poniedziałek 14.00-15.00)

Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz - Olipra
(pierwszy piątek miesiąca godz.13.00)

Komisja ds. Stomatologii
Jerzy Piekarski
(pierwszy wtorek miesiąca
12.30 - 13.30)

Komisja ds. Reformy i Współpracy z
Samorządem Terytorialnym i
Prywatyzacji
Ryszard Łopuch
(czwartek 10.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruzewicz-Miklaszewska
(trzeci piątek miesiąca 13.00 - 15.00)

Zespół ds. Informatyzacji DIL
Jerzy Ludwin, Michał Sroka
(środa 13.00 - 14.00)

Posiedzenia Zarządu Koła Lekarzy
Seniorów odbywają się w ostatni piątek
miesiąca o godz. 11.00. Zebrania
ogólne - w ostatni piątek kwartału.

Grupa Lekarek Dolnośląskich
MWiA spotyka się w każdy ponie-
dzialek o godz. 13.30.

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu
uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia
w naszym "Medium" informacji dotyczących:

leków, przetworów galenowych, preparatów ziołowych, aparatury medycznej, sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków opatrunkowych, komputerów, konkursów na ordynatorów i dyrektorów, i wszelkich innych związanych z lecznictwem.

"Medium" ukazuje się co miesiąc i wysyłane jest na adres domowy do około 9500 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

- Ogłoszenia drobne -1 (10 000 starych) zł za słowo (płatne z góry).
- Ogłoszenia duże:

| FORMAT (strona) | KOLOR PODSTAWOWY | PEŁNY KOLOR (strony:8,9,16) | PEŁNY KOLOR ZEWNĘTRZNA OKŁADKA |
|------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1= | 40 modułów 1 920 | 2 860 | ----- |
| | .. 19 200 000 | 28 600 000 | ----- |
| 1/2= | 20 modułów 960 | 1 430 | 1 720 |
| | .. 9 600 000 | 14 300 000 | 17 200 000 |
| 1/4= | 10 modułów 480 | 715 | 860 |
| | .. 4 800 000 | 7 150 000 | 8 600 000 |
| 1/8= | 6 moduły 288 | 429 | 516 |
| | .. 2 880 000 | 4 290 000 | 5 160 000 |
| 1/16= | 3 moduły 144 | 214,5 | 258 |
| | .. 1 440 000 | 2 145 000 | 2 580 000 |
| 1 moduł (4x5 cm) | 48 | 71,5 | 86 |
| | 480 000 | 715 000 | 860 000 |

UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych zamieszczamy bezpłatnie.
Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.
Prosimy, aby ogłoszenia informujące o terminach spotkań, posiedzeń itp. dostarczać redakcji 2 miesiące przed ich terminem. Gwarantujemy wówczas, że ogłoszenie dotrze odpowiednio wcześniej do wszystkich zainteresowanych lekarzy.

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska
50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57,
22-50-58, redakcja: 72-10-43
Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.
Komitet redakcyjny: W. Bednorz, R. M. Dudzik - redaktor graficzny, M. Gluzińska, E. Mikulski, J. Piekarski, K. Pocięjkin, E. Pomorska, A. Wojnar - redaktor naczelny,
Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 10 lipca 1995 r.
Skład komputerowy i druk:
Norpol-Press sp. z o.o., tel.255634, ul. Żmigrodzka 107, Wrocław.

**Biuro
Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej**

50-333 Wrocław
ul. J. Matejki 6
tel. 22-50-56, 22-50-57,
22-50-58, fax 22-48-44
Konto BGŻ O/Wrocław
893022-9537-2710

Dyrektor

mgr Danuta Jarosz

Sekretariat

Elżbieta Banot
Patrycja Malec
Anna Paschke

Ewidencja

Magdalena Dorożyńska
Krystyna Popiel
Irena Skrabka

Radca prawny

mgr Beata Kozyra-Łukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Główna księgowa

Karolina Dembińska

Kasjerka

Maria Gała
poniedziałek-piątek
11.00-15.00

**Kasjerka
Lekarskiej Kasy
Pomocy Koleżeńskiej**

Barbara Nuckowska
wtorek, czwartek
11.00-15.00

**Sekretariat
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej i
Sądu Lekarskiego**

mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sułkowska

File biura w delegaturach

Jelenia Góra

ul. Sobieszowska 8,
58-500 Jelenia Góra-
-Cieplice
tel.(8751) 520-43
Irena Kubica
poniedziałek-piątek
10.00-13.00
(pełnomocnik DIL
Aldona Białas)

Wałbrzych

al. Wyzwolenia 22,
58-300 Wałbrzych
tel.(8741) 261-20
Bożena Popielawska
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jan Adamus)

Legnica

pl. Stowiański 1,
59-220 Legnica
tel.(876) 662-03
Stanisława Plotnicka
wtorek 8.00-16.00
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jerzy Malkiewicz)

HOROSKOP

Zaden lekarz nie będzie miał znaczących sukcesów w leczeniu chorych, jeśli nie ma pojęcia o astrologii.

Hipokrates (460-377 r.p.n.e.)

Baran (21.03. - 20.04.)

Twoje otoczenie widzi w tobie przywódcę, ty natomiast marzysz o urlopie, pragniesz spokoju i wypoczynku. Interesuje się tobą pewna piękna Ryba, nieco bezwolna i romantyczna. Całkowicie zdaje się na twoją inicjatywę. W połowie miesiąca uważaj, by nie popełnić błędu wynikającego z pewności siebie i znużenia. W finansach nic nowego.

Byk (21.04. - 20.05)

Przed wakacjami weź pod uwagę plany urlopowe kogoś bliskiego. Jeśli tego nie uwzględnisz twój egoizm może spowodować daleko idące nieporozumienia. Będą cię zaprzętały sprawy materialne i przyszłość twojej kariery zawodowej. Staraj się od tych spraw uwolnić choć na trochę, tym bardziej, że twój wpływ na bieg wydarzeń będzie niewielki.

Bliźnięta (21.05. - 21.06.)

Na urlop starannie dobierz sobie towarzystwo. Panna nie będzie odpowiednia do wspólnych dyskusji i rozważań, ani do nieplanowanych wędrowek. Egzamin, które mają potwierdzić twoją sprawność zawodową, przełoż na jesień. Sprawy urzędowe załatw same, oddane w ręce innych będą się wlokły bez rezultatów. Znajomość z podróży obiecująca.

Rak (22.06. - 22.07.)

Nie bójcie się zmian, dla tych, którzy je planują lepiej jeśli nastąpią szybko. Wakacje spędzaj nad wodą. Przyniosą ci dużo radości i pozwolą na poznanie kogoś bardzo interesującego. W sprawach finansowych kieruj się rozsądkiem - nie sentymentem. Intuicja podpowie ci kogo wybrać Skorpiona czy Wodnika, a wybór zaważy na najbliższej przyszłości.

Lew (23.07. - 23.08.)

Twoje upodobanie do luksusu i dobrobytu może zostać zaspokojone na urlopie. Wadą tego wypoczynku będzie jego koszt. Unikaj towarzystwa Skorpiona, uwiodą cię jego obietnice, a konsekwencje finansowe poniesiesz sam. Wyścig do stanowiska odłóż na jesień, będzie po temu korzystniejsza okazja. Letnie układy zmieniają się i wygodniej dla ciebie obserwować rozgrywkę z boku.

Panna (24.08. - 23.09.)

Staniesz przed wyborem, aby negocjować najkorzystniejsze warunki, nie możesz ujawniać wszystkich swoich zamiarów. Takie działanie będzie wbrew twoj naturze. Wesprzy cię pewien Strzelec, możesz mu zaufać. Pomimo ciągu niepowodzeń odczujesz opiekuńczość Merkurego. Twoja stałość uczuciowa nie jest doceniana, zatem korzystnie na ciebie wpłynie zmiana partnera.

Waga (24.09. - 23.10.)

Pomimo twej niechęci do konfrontacji, musisz powiedzieć jasno co myślisz o sprawach i ludziach. To oczyści atmosferę i podniesie twój prestiż. Nowe ubrania sprawią ci wielką przyjemność i pozwolą nawiązać pewną niebanalną znajomość. Pewien Skorpion bardzo pragnie zblżenia z tobą. Tę znajomość musisz potraktować z rozwagą. Niedziela będzie szczęśliwym dniem.

Skorpion (24.10. - 22.11.)

O twoje względy zabiega człowiek przebiegły i tchórzliwy. Jeśli mu zaufasz popadniesz w kłopoty, także finansowe. W dyskusjach zawodowych raczej słuchaj i obserwuj, wnioski nasuną się same. Odnowienie starej przyjaźni obiecuje miłe spędzenie czasu. Twoja zazdrość może zepsuć miłe chwile letniego wypoczynku. Na załatwianie spraw finansowych wybierz poniedziałek.

Strzelec (23.11. - 21.12.)

Twoja szczerłość i odwaga zostaną nagrodzone. Wpłyne to bardzo korzystnie na twoje finanse. Na urlop wybierz się najlepiej w lesiste góry. Najmilsze chwile możesz spędzić w towarzystwie Panny. Ryby będą cię wyprowadzały z równowagi. Pomysł na pozór szalony ma wszelkie szanse realizacji, aby go urzeczywistnić potrzebne ci poparcie.

Koziorożec (22.12. - 20.01.)

Niechęć do zmian nie powinna cię powstrzymać przed udaniem się na wypoczynek. Jest on konieczny dla twego zdrowia i psychiki. Znajomość z podróży pomoże ci odzyskać wigor psychiczny i doskonale samopoczucie. Nie podejmuj się zadań, które wymagają ciągłych zmian miejsca i poglądów, nie przyniosą one zysków lecz same rozczarowania.

Wodnik (21.01. - 19.02.)

Pociągają cię nowe techniki i technologie. Choć otoczenie uważa cię za fantastę, nie zrażaj się, na tym polu osiągniesz wiele. Gdy opanuje cię niechęć do pracy wyruszaj na wypoczynek. Nie walcz ze swoim organizmem, pracuj wówczas gdy masz ochotę, wtedy zrobisz najwięcej. Nie zniechęcaj się do Bliźniat, przyjaźń z nimi przyniesie wiele wyłącznie miłych niespodzianek.

Ryby (20.02. - 20.03.)

Unikaj Lwa, bowiem pod jego wpływem zrobisz rzeczy dla ciebie niekorzystne. Znużenie pracą wpędza cię w lekomanie, raczej wyjdź na spacer niż zżywaj tabletki. Twoje zdolności aktorskie przydadzą się do przeprowadzenia zamiaru, który od dawna planujesz. Może się to wiązać z wydatkiem i z wielkimi korzyściami. Na letnie towarzystwo wybierz sobie Skorpiona i Koziorożca.

Pod koniec czerwca większość skądinąd rozsądnych ludzi ogamia wakacyjny amok. Wnuczka świętowała koniec przedszkola uczesana "w palmę". Widać było, że ją roznosi energia. Dopiero teraz może rozpocznie się dla niej prawdziwe życie...

Tymczasem Babcie i Dziadkowie wkraczają w najtrudniejszą porę roku. Na każdym kroku czają się niebezpieczeństwa. Na łące przechadzają się potwory podobne pod lupą do pojazdów księżycowych - sławne kleszcze.

Uwielbiają słodziutką krew tuż pod cienką, miękką skórą dziecka. Czy jednak kleszcz nie jest ekologiczny? Dziecko brutalnie wdiera się bosymi nóżkami w jego ojczyzną pełną łąk i krzewów!

Dostępu do morza, królestwa majestatycznych wielorybów i wielu innych radosnych stworzeń broni cały skomplikowany system obronny. Na łądzie w odległości kilkuset metrów od wody natura zainstalowała fortece pierwszego rzutu. Niszczą one starszych ekonomicznie (nakłuwanie portfeli). Na populację młodszą i starszą czają się kolorowe kuleczki (paciorkowce i gronkowce) lub wesołe przeczinki (naczyj przeczinkowce). W zacisznych bulwarowych pokojkach na młodzież w różnym wieku czyhają stworzonka o wyglądzie świderków - krętki zakolegowane z plemniki.

ZAPISKI EMERYTA

Wakacje?

Na plaży wystarczy przez chwilę zabawić się w zwiadowcę - obserwatora. Spójrzmy na teren okiem wojskowego.

Po kilku minutach zaczynają otaczać nas mrówki. Są z różnych formacji obrony wybrzeża. Od malutkich po 2-3 razy większe, w mundurkach czarnych, brunatnych lub czerwonych.

Trafiają się formacje powietrzno-desantowe zaopatrzone w skrzydełka. Widać też czolgi - ciężkie różnokolorowe żuki.

Na południe Europy dochodzą do tego duże szczypawki i doborowe oddziały kilerów - skorpiony. Przestrzeni powietrznej bronią myśliwce - natrętne muchy różnych rozmiarów, kształtów i kolorów. Kawaleria powietrzna to komary, często wyjątkowo złośliwe, ich działka bywają zatrute! Sporadycznie musimy odeprzeć atak bombowców - ślicznych, kolorowych, ale bardzo groźnych bąków i trzmieli.

Kolejną linią obrony jest pas wody. Naczelne dowództwo rozmieściło tam broń chemiczną (detergenty), biologiczną (ścieki, B.coli, grzyby), oddziały pływająco-parzące (meduzy), a także bomby głębinowe (jeżowce).

Wyjątkowo niebezpiecznym elementem tego skomplikowanego systemu zaprowego są fale. Od dołu - fale morskie raz mocne, wysokie podstępnie podmijające nogi małych i dużych napastników. Od góry - fale kwantowe, światło różnej długości o zróżnicowanej charakterystyce widma i niebezpiecznym parząco-niszczącym działaniu na skórę, oczy i mózg przeciwnika.

Wyjeżdżając na wakacje narażamy się zatem na nieprawdopodobną ilość niebezpieczeństw. Wróg czai się na każdym miejscu i w każdej porze dnia i nocy.

Może lepiej zostać w domu? Tu już mamy własne oblaskawione mrówki faraona i zaprzyjaźnione roztocza w dywanie, które wykamiliłyśmy własnym naskórkim! Woda w wannie przejrzyista, fale można sobie zrobić nogą, detergent dozować precyzyjnie, temperatura wody zależy od nas, a gdy wsypimy do wanny soli jodowanej to już jest prawdziwe morze! Wnuczka kochana, dziadek dziś gdzie nie wyjeżdża.

dr Józef emeryt

Fraszki

Jerzy Kolankowski:
Fraszki

Coś z Hipokratesa

Prawda o medycynie jest
prawdą o ludziach.

Panorama
Wszędy - błędy.

Dobra rada
Nie przejmuj się chorobą -
sama zajmie się tobą.

Kariera u nas
Szlak kręty -
do renty.

Symbol
Mucha co wpadła do sosu
symbol naszego losu.

Nadal
Niejedna myśl na świecie
jest myślą w gorscie.

Krzyżówka

| | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|------------------------|
| wynalazł penicylinę | mięszanie wapna z wodą | spec od chorób zakaźnych | budulec wszystkiego | śląski filozof z XIII w. marka aparatu | Cembryńska u boku owcy kolorowa papuga | baty pozostłość |
| przegnębienie | | | | | rzeka lub ssak | |
| gatunek maślaka | | | | | krakowski zabytek | mąż Fatimy reżyser |
| układanie włosów środek nasenny | | | | | | biegłość |
| pochozna amoniaku | | | | straż | | grecka bogini prawości |
| "... z Avonlea" satelita Jowisza | | | pod lodzią Tokio dawniej | karta dań | | |
| Mniszkówna | wódkę lub narkotykami | | | kiemoz | | do niego dążymy |
| grecki rynek | | | | | ze stolicą w Nikozji | |
| | | | | | | egzotyczna żywica |

Litery z pół oznaczonych kropkami, czytane rzędami, utworzą rozwiązanie.

Hasło prosimy przesyłać pod adres: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki

6, 50-333 Wrocław. Wśród nadawców odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe. Otrzymałmy dużo prawidłowych rozwiązań krzyżówki czerwcowej ("alergia"), dlatego i tym razem wy-

sowaliśmy trzech szczęśliwców, są nimi: Joanna Rehan ze Ścinawy, Iwona Wasylew z Wrocławia i Janusz Zabłocki ze Zgorzelca. Gratulujemy! Nagrody - książki wyślemy pocztą.

 **PROSPER-BANK S.A.**
Oddział we Wrocławiu

GOTÓWKA
DLA LEKARZY **18,4%** odsetki efektywne od

ZAPRASZAMY
poniedziałek - piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰, sobota 8⁰⁰ - 15⁰⁰

Oddział we Wrocławiu, pl. Solny 13/14, tel. (071) 390-71/75, fax 391-69
Filia nr 1 ul. Gubińska 1, tel. (071) 57 94 23, 57 93 36
Filia nr 2 ul. Sołtyśowicka 26, tel. (071) 24 64 17, 24 64 18

Jesteśmy dla Ciebie!

Pisownia przyimków na ogół nie sprawia nam trudności - na ogół - gdy przyimek nie jest złożony: między, nad, za, pod itp. Gdy przyimek składa się z dwóch przyimków wówczas rodzą się wątpliwości. Tymczasem przyimki złożone piszemy razem: pomiędzy, ponad, poprzez, poza, spod, znad, sprzed, sponad, zza.

Jednak w pewnych przypadkach dwa przyimki występujące po sobie piszemy rozdzielnie np. Nadeszły tematy egzaminacyjne z ponad dwu-

Język polski dla lekarzy

dziestu uczelni.

Łącznie piszemy też przyimki, które składają się z członu - bok, - czas, -koło, -miast, -śród, -wnątrz na przykład: obok, podczas, według, za-miast, pośród, wewnątrz.

Pozostaje jeszcze problem kiedy przyimek "z" napiszemy dźwięcznie

"z", - zza, znad, a kiedy bezdźwięcznie "s" spoza, sprzed. Tu zasada jest prosta. Kiedy przyimek występuje przed głoską dźwięczną "z", "n" - pozostaje dźwięczny - "z". Natomiast gdy przed głoską bezdźwięczną "p" traci dźwięczność - sponad, spod.