



AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU
1945 – 1995

50
LAT
AMG

GAZETA GDAŃSK AMG

Rok 5 nr 5 (53)

Maj 1995

Cena 1 zł

WYDZIAŁ LEKARSKI OTRZYMAŁ KATEGORIĘ A

Z dużą przyjemnością informuję, że Przewodniczący Komitetu Badań Naukowych decyzją z dnia 3 marca 1995 r. zakwalifikował Wydział Lekarski AMG do

kategorii A, przyznając jednocześnie na działalność statutową tej jednostki w 1995 r. kwotę 1.366.000 zł. Osiągnięcia Wydziału potwierdzone tą decyzją

uświetniają jubileusz 50-lecia Uczelni. Jednocześnie informuję, że na działalność statutową Wydziału Farmaceutycznego (kategoria B) przyznano 260.000 zł.

Prorektor ds. Nauki
prof. dr Jerzy Krechniak

(dalsze informacje na str. 4)



Ogród Roślin Leczniczych Katedry i Zakładu Farmakognozji Akademii Medycznej w Gdańsku (prezentujemy na str. 6)

Przed 50 laty zakończyła się najkrwawsza z wojen...

oddajmy głos poetom...

Jan Lechoń

Spowiedź wielkanocna

Leopold Staff

W tych czasach...

*W tych czasach, kiedy boleść i wstyd duszę pali,
Kiedy świat cały tonie w podłości jak w bagnie,
Człowiek, który w rozpaczry rzekł: „Spójrz i idź dalej”,
Ach, jakże mało już pragnie.*

*Po złych nocach, szalonych mordem i grabieżą,
Kiedyś ze snu obudzić się w godzinie wschodu
I na słońce i zielen niewinną i świeżą
Otworzyć drzwi do ogrodu.*

*Czyż nie cud to, czyś jeszcze nie zdał sobie sprawy,
Że to Bóg ciebie wybrał, że On cię ocalił,
Żeś jak tyłu nie zginął na murach Warszawy,
Nie rozszarpał cię granat i mur nie przywalił.*

*Żeś później nie utonął we krwi polskiej rzecze,
Żeś nie szedł przez Europę o żebranym chlebie
I że cię ominęły Oświęcimia piece,
Choć tyłu w nich zginęło? I lepszych od ciebie.*

*Żeś własnymi rękami dzieci swych nie chował,
Że ciała ci moskiewskie nie szarpały kleszcze?
Jak to? I za to wszystko Bogu-ś nie dziękował?
Jakże musisz weń wierzyć, że Go prosisz jeszcze?*

KRONIKA ŻYCIA UCZELNI

26 kwietnia 1995 r. odbyła się uroczystość nadania tytułu

DOKTORA HONORIS CAUSA

Prof. Tadeuszowi Reichsteinowi

Tadeusz Reichstein urodził się 20 lipca 1897 roku we Włocławku nad Wisłą, w regionie Polski pozostającym wówczas pod zaborem rosyjskim. W wieku 10 lat wyemigrował z rodzicami do Szwajcarii, gdzie ukończył szkoły, studiował i rozpoczął badania naukowe w dziedzinie chemii organicznej i biochemii uwieńczone sukcesami, które spowodowały przyznanie Mu w 1950 roku Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Nagrodą tą uhonorowano wyniki prac Profesora Tadeusza Reichsteina nad syntezą, badaniem struktury i izolowaniem hormonów steroidowych nadnercza. Wyizolował i ustalił strukturę 29 stero-

idów kory nadnercza, był pierwszym, który przeprowadził syntezę deoksykortykosteronu, przyczynił się do zastosowania w leczeniu kortisonu i aldosteronu. Wcześniej, w roku 1933 opracował sposób syntetycznego otrzymywania witaminy C z glukozy, który to sposób - wykorzystując reakcję enzymatyczną do jednego z etapów syntezy - spowodował znaczne obniżenie kosztów tego leku i jest stosowany dotychczas.

Tadeusz Reichstein, szwajcarski uczoney urodzony nad Wisłą - jest człowiekiem wielce zasłużonym dla rozwoju medycyny i możliwości niesienia ulgi cierpiącym ludziom.

Pomysłodawcą konstrukcji takiego aparatu był nieżyjący już, Amerykanin polskiego pochodzenia Michel (Mieczysław) Mirowski. Studia medyczne rozpoczął w Akademii Medycznej w Gdańsku zaraz po II wojnie światowej, a ukończył je we Francji, w Lyonie. Przez pewien czas pracował w Izraelu, by w końcu osiąść na stałe w Stanach Zjednoczonych. W związku z 50-leciem naszej Uczelni wydaje się, że należy wydobyć na światło dzienne ów gdański epizod życia Mirowskiego. On sam odnotowywał to w swoim zyciorysie, chociaż nie poczuwał się do głębszych więzów z Polską.

Wracając do historii wszczepialnego defibrylatora serca - długie lata poszukiwań i doświadczeń nad zwierzętami prowadzone przez Mirowskiego doprowadziły do implantacji pierwszego defibrylatora u człowieka. Było to w roku 1980.

W Polsce do tej pory wszczepiono 8 takich urządzeń: siedem w Śląskim Ośrodku Kardiologicznym w Katowicach i jeden w Warszawie, w Instytucie Kardiologii. We wszystkich tych przypadkach kardiowerter-defibrylator wszczepiano poprzez torakotomię, bowiem jedną z elektrod (nasierdziowych) przyszywano do serca. Jest to poważny zabieg zważywszy, że wykonuje się go u chorego z zaawansowaną chorobą serca.

W dniu 16 marca 1995 roku, w II Klinice Chorób Serca (na sali operacyjnej II Katedry i Kliniki Chirurgii AMG), przeprowadzono pierwszy w Gdańsku i w Polsce zabieg wszczepienia kardiowertera-defibrylatora u chorego A.M., po przebytych zawałach serca, z dwukrotnym zatrzymaniem krążenia z powodu migotania komór.

Wszczepienia defibrylatora dokonał dr Rajmund Wilczek w asyście dr Justyny Staniewicz. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym, które prowadził dr Andrzej Basiński. W zabiegu uczestniczyli obok niego podpisanej dr A. Lubiński, dr S. Sielski i dr D. Zacharek. Szczególna rola podczas zabiegu przypadła dr. Andrzejowi Lubińskiemu ze względu na jego doświadczenie nabyte w Klinice prof. Breithardta w Münster, gdzie rutynowo już wszczepia się defibrylatory serca.

Na uwagę zasługuje fakt, że wykorzystano tu najnowszy typ kardiowertera-defibrylatora, którego obydwie elektrody wprowadza się drogą przezżylną. Tak więc można było

W dniu 17 kwietnia 1995 roku
zginęła tragicznie

dr med. Janina Pstrokońska

starszy wykładowca

Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Urodzona 3.08.1939 roku w Tymawie, woj. gdańskie, absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu, w 1963 roku podjęła pracę w Szpitalu Miejskim w Elblągu, a od 1970 r. związała się z naszą Uczelnią.

Specjalizację II^o z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii uzyskała w 1973 r., a stopień dr. medycyny - w roku 1980. Pracowała wiele lat na stanowisku starszego asystenta oraz adiunkta Zakładu, a obecnie Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wzbogacała swoje wieloletnie doświadczenie kliniczne również poza granicami kraju, m.in. w wielu liczących się ośrodkach w Holandii.

Była członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Sekretarzem Ogólnopolskiej Sekcji Kardioanestezji PTA i IT. Wyróżniona wielokrotnie nagrodami II^o i III^o Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

Jako znakomity i ceniony dydaktyk, doskonały, pełen poświęcenia lekarz zaskarbiła sobie zastrzeżenie wdzięczność i pamięć wielu naszych chorych. Wyszkoliła, będąc współorganizatorem ogólnopolskich kursów, liczne rzesze anestezjologów.

Odszedł od nas wspinały anestezjolog, Człowiek o nieprzeciętnej osobowości i kulturze bycia, wypróbowany Przyjaciel wielu z nas, którego brak odczuwać będziemy boleśnie.

Rektor, Dziekan Wydziału Lekarskiego
i cała społeczność akademicka

WSZCZEPIENIE PIERWSZEGO W GDAŃSKU I W POLSCE PRZEŻYLNIEGO KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA

Groźne komorowe zaburzenia rytmu serca, zwłaszcza te, którym towarzyszy utrata przytomności, mogą być zapowiedzią nagłego zgonu. Tym chorym, u których zawodzi leczenie farmakologiczne, wszczepia się urządzenie (podobne w kształcie do stymulatora serca) o nazwie kardiowerter-defibrylator (ICD). Urządzenie to przywraca rytm zatokowy wykonując kardiowersję w wypadku częstokurczu komorowego lub defibrylację w razie napadu migotania komór.

uniknąć torakotomii. Ten typ ICD dotąd nie był wszczepiany w Polsce.

Wszczepiony kardiowerter-defibrylator o nazwie Phylax 03 ICD został wyprodukowany przez niemiecką firmę Biotronik. Aparat ten posiada dwie elektrody, jedną z nich umieszcza się w koniuszku prawej komory, a drugą na granicy prawego przedsionka i żyły górnej próżnej. Defibrylator posiada także funkcję stymulatora serca, co jest ważne w wypadku przedłużającej się asystolii po defibrylacji, zanim powróci rytm zatokowy.

Do przeprowadzenia tego zabiegu potrzebna jest specjalna aparatura służąca do pomiaru parametrów elektrycznych w sercu (m.in. progu pobudliwości), a przede wszystkim do wzbudzenia migotania komór. Wywołanie tej groźnej arytmii jest niezbędne, by sprawdzić prawidłowe funkcjonowanie defibrylatora. Aparatura taka została dostarczona przez

firmę Biotronik z Berlina, specjalnie w celu przeprowadzenia tego zabiegu. Firmę reprezentował dr R. Bodwei, który też kierował i jednocześnie uczył nas obsługi tego aparatu. Dr. Bodwei towarzyszył przedstawiciel firmy Biotronik w Polsce inż. Jerzy Płoński z Warszawy.

Chory zniósł zabieg dobrze. On sam i jego najbliższa rodzina odzyskali spokój i poczucie bezpieczeństwa, podczas gdy dotychczas żyli ze świadomością zagrożenia i ryzyka ponownego wystąpienia zatrzymania krążenia.

Możliwość wszczepienia kardiowertera-defibrylatora chorym ze śmiertelnymi zaburzeniami rytmu serca to dalszy krok w zapobieganiu nagłej śmierci sercowej. Niestety, na przeszkodzie szerszego stosowania wszczepialnych defibrylatorów stoją wysokie koszty tego urządzenia.

prof. dr hab. Grażyna Świątecka

Janeczka Pstrokońska nie żyje

Zginęła tragicznie w drugim dniu Świąt Wielkanocnych - 17 kwietnia 1995 roku - podczas dramatycznego wybuchu gazu w domu, w którym mieszkała.

Pracowała z nami przez wiele lat w Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako nauczyciel akademicki, ostatnio jako starszy wykładowca.

Była osobowością nieprzeciętną, pełną radości, którą niesie życie i wyjątkowej wrażliwości na ludzką cierpienie, obecna wszędzie tam, gdzie potrzebowano pomocy - nie tylko medycznej, gotowa nieść ją w sprawach zarówno wielkich, jak i małych.

Zawsze pogodna, uśmiechnięta, życzliwa. Taką pozostanie w naszej pamięci - bo nie sposób Jej zapomnieć,

zrozpaczeni
współpracownicy, koledzy, przyjaciele

W numerze...

Prof. T. Reichstein	
- Doktor Honoris Causa AMG	2
Pierwszy w Polsce	
kardiowerter-defibrylator	3
Ocena działalności naukowo-	
badawczej jednostek AMG	4
Remonty w PSK i AMG w roku 1995 ...	6
Środki specjalne	7
Katedry, Kliniki, Zakłady:	
Ogród Roślin Lecznicych	8
Wspomnienie o dr. med.	
Stanisławie Pawłowskim	10
Udział prof. dr. Edwarda Grzegorzew-	
skiego w tworzeniu WHO	12
Fundacja Protetyki	
Stomatologicznej	14
Ciekawostka z archiwów AMG	14
Kartki ze wspomnień	
starego profesora	16
Wspomnienia prof. Ignacego	
Adamczewskiego	18
Z ukosa	20
Z pobytu w Hanowerze	21
PCW - zabójca w domu	22
Polecamy Czytelnikom	24
Dział Socjalny: Akcja Letnia	26
Eurotransmed	26
Dział Kadr	27
NSZZ „Solidarność”	27
Towarzystwa	28
Na łamach prasy	30
1000-lecie Gdańska	31

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), Kamil Jankowski, prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Latoszek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Aleksander Stanek, rysunki: Hanna Niewiadomska, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiowska, red. techniczna: mgr Tadeusz Skowyrza.

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, ul. Dębinki 1, tel. 47-82-22 wew. 10-40.

Rej.: 428/95, nakład: 950

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Warunki prenumeraty:

Cena prenumeraty krajowej na 1995 r. wynosi 12 zł, pojedynczego numeru 1 zł; w prenumeracie zagranicznej - 1 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. Gdański 351-809-488.

OCENA DZIAŁALNOŚCI NAUKOWO-BADAWCZEJ JEDNOSTEK AMG W 1994 ROKU

Senacka Komisja Nauki już po raz trzeci dokonała oceny działalności naukowo-badawczej poszczególnych jednostek naszej Uczelni. Ocenę przeprowadzono w oparciu o sprawozdania za rok 1994, przy uwzględnieniu dorobku jednostek w latach 1992-1993. Pozwoli to na bardziej obiektywną klasyfikację, gdyż ewentualne obniżenie aktywności naukowej występujące w ciągu jednego roku, w mniejszym stopniu wpływa na ranking, a tym samym na finansowanie działalności statutowej danej jednostki.

Ocenę przeprowadzono w oparciu o kryteria stworzone uprzednio: rodzaj i liczba publikacji, zamieszczenie prac w czasopiśmie cytowa-

nych w *Current Contents*, liczba realizowanych w jednostce projektów badawczych, czynny udział w zjazdach naukowych, wymiana naukowa z zagranicą, liczba zakończonych przewodów doktorskich i habilitacyjnych, liczba zatrudnionych nauczycieli akademickich.

W ubiegłym roku działalność naukowo-badawcza w Uczelni kształtowała się na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego. Wzrost aktywności zaobserwowano zwłaszcza w jednostkach nieklinicznych Wydziału Lekarskiego oraz na Wydziale Farmaceutycznym. Natomiast osłabienie działalności naukowej wystąpiło w 10 jednostkach klinicznych. Należy mieć nadzieję, że jednostki te, ma-

jące nieraz wybitne osiągnięcia w działalności leczniczej, będą mogły w bieżącym roku w większym stopniu skoncentrować się również na działalności naukowej. Pozwoli to na utrzymanie wysokiej lokaty naszej Akademii w rankingu Komitetu Badań Naukowych, a co za tym idzie, uzyskanie większych środków na działalność naukowo-badawczą Uczelni w roku przyszłym.

Oceny dokonała Senacka Komisja Nauki w składzie: prof. dr Adam Bili-kiewicz, prof. dr Zbigniew Gruca, prof. dr Anzelm Hoppe, prof. dr Stanisław Janicki, prof. dr Roman Kaliszczan, prof. dr Jerzy Krechniak, prof. dr Wiesław Makarewicz, prof. dr Stanisław Mazurkiewicz, prof. dr Andrzej Myśliwski, prof. dr Olgierd Narkiewicz, prof. dr Bolesław Rutkowski, prof. dr Jadwiga Sadlak-Nowicka.

Prorektor ds. Nauki
prof. dr Jerzy Krechniak

WYDZIAŁ LEKARSKI		WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY
Jednostki kliniczne	Jednostki niekliniczne	
KATEGORIA A		
1. II Katedra i Klinika Chirurgii 2. Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych 3. Klinika Chorób Nerek 4. Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii 5. Klinika Onkologii i Radioterapii	1. Katedra i Zakład Biochemii 2. Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej 3. Katedra i Zakład Biologii i Genetyki 4. Katedra i Zakład Histologii i Immunologii 5. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej 6. Zakład Anatomii	1. Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki 2. Katedra i Zakład Bromatologii 3. Katedra i Zakład Chemii Analitycznej 4. Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej 5. Katedra i Zakład Chemii Organicznej 6. Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej 7. Katedra i Zakład Toksykologii
KATEGORIA B		
1. I Katedra i Klinika Chirurgii 2. Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej 3. Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej 4. Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej 5. Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani 6. Katedra i Klinika Ortopedii 7. Katedra i Klinika Urologii	1. Katedra i Zakład Farmakologii 2. Zakład Immunopatologii 3. Samodzielna Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej	1. Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej 2. Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej 3. Katedra i Zakład Chemii Fizycznej 4. Katedra i Zakład Farmakognozji 5. Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych

WYDZIAŁ LEKARSKI		WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY
Jednostki kliniczne	Jednostki niekliniczne	
8. Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej 9. Klinika Chirurgii Dziecięcej 10. I Klinika Chorób Dzieci 11. I Klinika Chorób Psychiczych 12. II Klinika Chorób Psychiczych 13. II Klinika Chorób Serca 14. Klinika Chorób Zakaźnych 15. Klinika Gastroenterologii 16. Klinika Hematologii 17. I Klinika Półożnictwa i Ginekologii 18. II Klinika Półożnictwa i Ginekologii 19. Zakład Medycyny Nuklearnej 20. Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej 21. Zakład Stomatologii Dziecięcej		
KATEGORIA C		
1. Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii 2. Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy 3. Katedra i Klinika Neurochirurgii 4. Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej 5. Katedra i Zakład Rehabilitacji 6. Klinika Chirurgii Plastycznej 7. I Klinika Chorób Serca 8. I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc 9. III Klinika Chorób Wewnętrznych 10. IV Klinika Chorób Wewnętrznych 11. Klinika Nefrologii Dziecięcej 12. Klinika Neurologii Dorosłych 13. Klinika Neurologii Rozwojowej 14. Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń 15. Zakład Rentgenodiagnostyki 16. Katedra i Klinika Chorób Oczu* 17. II Klinika Chorób Dzieci* 18. Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej*	1. Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki 2. Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej 3. Katedra i Zakład Patomorfologii 4. Zakład Anatomii Klinicznej 5. Zakład Higieny i Epidemiologii 6. Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych 7. Zakład Socjologii i Psychologii Medycyny 8. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej 9. Samodzielna Pracownia Mikroskopii Elektronowej 10. Samodzielna Pracownia Patomorfologii Klinicznej	1. Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej 2. Zakład Analityki Klinicznej 3. Pracownia Analizy Instrumentalnej
KATEGORIA D		
1. Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej 2. Klinika Kardiochirurgii 3. Klinika Kardiologii Dziecięcej 4. Zakład Ortodontji	1. Katedra i Zakład Chemii Ogólnej 2. Katedra i Zakład Fizjologii 3. Katedra i Zakład Fizjopatologii 4. Samodzielna Pracownia Embriologii 5. Samodzielna Pracownia Informatyki Medycznej	

* jednostka w latach 1992 i 1993 uzyskała kat. B, w 1994 r. - kat. D

Potrzeby remontowe Państwowych Szpitali

Senacka Komisja Rozwoju AMG na posiedzeniu w dniu 5.04.1995 r. ustaliła kolejność potrzeb remontowych Państwowych Szpitali Klinicznych i Akademii Medycznej w roku 1995. Realizacja remontów uzależniona jest od otrzymania środków budżetowych na rok bieżący.

Lp.	Obiekt	Rodzaj robót
Państwowy Szpital Kliniczny nr 1		
	Remonty kontynuowane:	
1.	Budynek nr 6	- adaptacja obiektu dla Kliniki Onkologii i Radioterapii
2.	Budynek nr 8	- roboty wykończeniowe
	Remonty zapoczątkowane:	
1.	Budynek nr 4	- modernizacja Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej
2.	Budynek nr 15	- remont Klinik Neurochirurgii i Neurologii, roboty modernizacyjne w budynku
3.	Budynek nr 32 - Apteka	- remont zmywalni butelek po płynach infuzyjnych, modernizacja i remont boksu jałowego, modernizacja wentylacji mechanicznej, montaż stacji uzdatniania wody
4.	Budynki nr 34,5,4	- remont dachów
5.	Teren szpitala	- naprawa nawierzchni komunikacyjnych, zmiana organizacji ruchu - przebudowa bramy wjazdowej B1, modernizacja oświetlenia ulicznego na energooszczędne; realizacja zaleceń TSSE, p.poż., bieżące potrzeby i usuwanie awarii
Państwowy Szpital Kliniczny nr 2		
1.	Budynek główny	- roboty ogólnobudowlane i malarskie Oddziałów: Położniczego "D", "E", Patologii Cięży, Rozrodczości i Noworodków; wybudowanie stacji sprężonego powietrza; modernizacja sali operacyjnej na III p., roboty instalacyjno-elektryczne i instalacyjno-sanitarne; wykonanie klap dymowych
2.	Budynek kotłowni	- wykonanie stacji uzdatniania wody; roboty ogólnobudowlane, instalacyjno-elektryczne i instalacyjno-sanitarne
3.	Budynek Histopatologii	- roboty ogólnobudowlane, instalacyjno-elektryczne i instalacyjno-sanitarne
4.	Budynek administracyjny	- remont pomieszczeń II kondygnacji i dachu - malowanie ogrodzenia o łącznej długości 610 m i powierzchni 884 m ² - naprawy sprzętu medycznego
Państwowy Szpital Kliniczny nr 3		
1.	Budynek główny	- montaż urządzeń do usuwania dymów i gazów pożarowych oraz 3 pionów wewnętrznych hydrantów z wyposażeniem
2.	Klinika Urologii	- konserwacja dźwigów, konserwacja wentylacji, pomiary ochronne instalacji odgromowej
3.	Budynek administracji	- wykonanie robót budowlanych, malarskich, elektrycznych, hydraulicznych, stolarskich i posadzkarskich
4.	Wejście główne	- roboty malarskie, elektryczne, sanitarne, posadzkarskie, zabezpieczenie okien
5.	III Klinika Chorób Wewnętrznych; II Klinika Chirurgii	- remont kapitalny - malowanie oddziałów - malowanie oddziałów
Uczelnia		
1.	Dom Studenta nr 1	- remont kabin prysznicowych
2.	Dom Studenta nr 3	- roboty remontowo - budowlane
3.	Stołówka studencka	- wykonanie drzwi zewnętrznych do budynku, likwidacja

Klinicznych i Akademii Medycznej w roku 1995

Lp.	Obiekt	Rodzaj robót
4.	Budynek Zakładów Teoretycznych ul. Dębinki 1	<p>kotłowni i modernizacja stolówki, wykonanie instalacji gazowej, elektrycznej i odprowadzania spalin</p> <p>- roboty remontowo-budowlane; modernizacja układu wentylacyjnego oraz węzła c.o. i c.w.; remont, konserwacja i uzupełnienie instalacji oświetleniowej, sygnalizacyjnej i sterowniczej; wykonanie audiowizualizacji sal wykładowych</p>
5.	Biblioteka Główna	- modernizacja węzła c.o. i c.w.; wymiana czujek z plutonu na ameryk
6.	Magazyn Centralny	- wymiana czujek z plutonu na ameryk
7.	Rektorat	- adaptacja pomieszczeń po bufecie oraz remont pomieszczeń prorektora ds. klinicznych, remont klatki schodowej, korytarza I p., remont instalacji elektrycznej i węzła c.o.
8.	Budynek b. Studium Wojskowego	- adaptacja pomieszczeń dla Zakładu Medycyny Katastrof
9.	Budynek przy Al. Zwycięstwa 41/42	- remont kapitalny instalacji elektrycznej, roboty budowlane - zabezpieczające, remont węzłów sanitarnych
10.	Budynek przy ul. Do Studzienki 38	- remont dachu i instalacji c.o.
11.	Budynki Wydziału Farmaceutycznego	- remont Katedry i Zakładu Farmakognozji; kapitalny remont szatni studenckiej w Studium Wychowania Fizycznego i Sportu, remont stolarki okiennej, remont balkonów w budynku laboratoryjnym, wymiana stropów podwieszonych na niepalne w budynku laboratoryjnym; modernizacja instalacji elektrycznej, wykonanie instalacji przeciwwybuchowej i oświetlenia ewakuacyjnego oraz automatycznej sygnalizacji pożaru
12.	Pozostałe budynki	- konserwacja stacji trafo, autoklawów, wentylacji, urządzeń gazowych, dźwigów, instalacji p.poż. i alarmowych; przegląd instalacji elektrycznych; roboty dekarские; wykonanie i remont instalacji odgromowych, wykonanie pomiarów ochronnych i oporności izolacji
13.		- włączenie uczelnianych systemów komputerowych do sieci centralnej

Dyrektor Administracyjny AMG dr S. Bautembach

ŚRODKI SPECJALNE wpływające do szpitali klinicznych:

PSK Nr 2

1. darowizny od osób fizycznych;
2. z usług:
 - za pobyt w szpitalu pacjentów nieubezpieczonych,
 - wynajem pomieszczeń (dwa pomieszczenia o łącznej powierzchni 12 m² stanowiące przybudówki od strony frontowej budynku głównego: miejsc sprzedaży gazet oraz artykułów spożywczych i pomieszczenie o powierzchni 11 m², zajęte przez bufet);
3. ze sprzedaży składników majątkowych (materiały i przedmioty nie-

trwałe, które uległy kasacji i odsprzedane zostały jako złom);

4. z odsetek naliczonych przez NBP od sum zgromadzonych na koncie bankowym środka specjalnego.

W Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych i w jednostkach organizacyjnych szpitala nie prowadzi się działalności o charakterze diagnostyczno-leczniczej w ramach środka specjalnego.

PSK Nr 3

1. za leczenie osób nieuprawnionych do świadczeń leczniczych bezpłatnych;

2. za najem lokalu dla „Uroprogressu” (Katedra i Klinika Urologii);
3. za dzierżawę zlokalizowanego w holu szpitala automatu do kawy i kiosku;
4. z dobrowolnych wpłat i darowizn na rzecz szpitala;
5. z naliczonych odsetek bankowych na koncie środka specjalnego.

W niżej wymienionych jednostkach Uczelni zlokalizowanych na terenie Szpitala tj.:

II Katedrze i Klinice Chirurgii,
III Klinice Chorób Wewnętrznych,
II Klinice Chorób Serca
nie prowadzi się działalności o charakterze diagnostyczno-leczniczej w ramach środka specjalnego.

mgr Zofia Ogrodnik

Katedry, Kliniki, Zakłady Akademii Medycznej w Gdańsku

dr hab. Wojciech Cisowski, prof. nzw.
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji
z Ogrodem Roślin Leczniczych AMG

Ogród Roślin Leczniczych Katedry i Zakładu Farmakognozji Akademii Medycznej w Gdańsku

Powstanie Ogródu Roślin Leczniczych związane jest bezpośrednio z utworzeniem w 1946 r. Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Działający wówczas pod kierownictwem prof. dr. Wacława Strażewicza, Komitet Organizacyjny Wydziału Farmaceutycznego powziął decyzję o utworzeniu Ogródu Botanicznego Roślin Leczniczych. Zorganizowanie Ogródu i sprawowanie nad nim opieki naukowej Komitet powierzył prof. dr. Tadeuszowi Sulmiej, kierownikowi Katedry Botaniki i Zakładu Roślin Leczniczych na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Gdańsku.

Wydział Farmaceutyczny, a wraz z nim Ogród Botaniczny Roślin Leczniczych powstawały jako pierwsze tego typu placówki naukowe w dziejach Gdańska.

W trudnych powojennych warunkach zakładano Ogród na zwykłym miejskim placu przylegającym do zabudowań Wydziału. Prace w znacznej mierze wykonywano społecznie. Pod kierownictwem prof. T. Sulmy uczestniczyli w nich wraz z młodzieżą akademicką pracownicy Katedry Botaniki mgr inż. Zofia Skonieczna-Kozłowska, mgr Helena Tumilowicz, mgr Helena Tokarz (późniejszy profesor i kierownik Katedry Botaniki Farmaceutycznej), dr Zofia Schwarz i in., którzy następnie pełnili obowiązki kierowników Ogródu. Po uporządkowaniu zdewastowanego przez działania wojenne terenu, założeniu sieci wodociągowej, basenu i postawieniu ogrodzenia, jesienią 1948 r. Ogród Botaniczny Roślin Leczniczych Akademii Lekarskiej w Gdańsku rozpoczął oficjalną działalność.

W Ogródku, zajmującym 2 ha powierzchni, założono pod kierunkiem prof. T. Sulmy kolekcję roślin w systemie R. von Wettstein. W systemie tym, aktualnym do dziś, eksponowano przede wszystkim rośliny lecznicze. W rezultacie w roku 1956 w kolekcji Ogródu znajdowało się 500 roślin, w roku 1958 wydano pierwszy *Index Seminum Hortus Botanicus Academiae Medicae Gedanensis*. Od tego czasu *Index Seminum* jest wydawany na ogół co dwa lata.

W roku 1954, na skutek starań prof. dr. J. Kołodziejewskiego, kierownika Katedry i Zakładu Farmakognozji AMG z około 0.25 ha Ogródu Botanicznego Roślin Lekarskich utworzono Ogród Farmakognostyczny (obecnie mniejsza część położona z lewej strony od ulicy wewnętrznej ORL). Obydwa Ogrody, obrazując wyrazi-

ście rozwój badań nad roślinami leczniczymi i lekiem roślinnym, działały do powstania instytutów w 1970 r.

W akcji tworzenia instytutów Ogród Botaniczny Roślin Leczniczych odłączono od Katedry Botaniki Farmaceutycznej, podobnie od Katedry i Zakładu Farmakognozji odłączono Ogród Farmakognostyczny i z obu utworzono z dniem 1 X 1970 r. samodzielną jednostkę, której nadano nazwę używaną do dziś - Ogród Roślin Leczniczych (ORL). Wówczas ORL funkcjonował w ramach Instytutu Technologii i Analizy Leku, pod kierownictwem dr Leokadii Steckiej-Paszkievicz. Ponadto obowiązki kierownika ORL pełnił przez 1984 r. mgr inż. Stefan Wilk. W strukturze instytutowej Ogród działał 14 lat. Podczas rozwiązywania instytutów od dnia 1 XI 1984 r. ORL został włączony jako część składowa do Katedry i Zakładu Farmakognozji pozostającej pod kierownictwem prof. dr. hab. Stanisława Gilla i stan ten obowiązuje do dziś. Kierownikiem wchodzącego w skład Katedry Farmakognozji ORL została

dr Maria Zielińska-Stasiek, sprawująca nadal tę funkcję.

ORL w swojej 47-letniej historii przechodził różne okresy, na które składało się szereg przyczyn. Zmiany zachodzące w stanie Ogródu, w jego wyglądzie i kondycji pozostają zawsze łatwo zauważalne nawet dla postronnego obserwatora. Najważniejszy jest fakt, że pomimo różnych kolei nie zawsze łaskawego losu Ogród trwał i prowadził działalność naukową na Wydziale Farmaceutycznym. Jest to niewątpliwa zasługa tych ludzi, którzy ofiarnie, z oddaniem pracowali w Ogródku, a także władz Wydziału i Uczelni.

ORL stanowi specjalistyczną odmianę Ogródu Botanicznego, ukierunkowaną przede wszystkim na pracę z roślinami leczniczymi i chroniącymi zdrowie w szerokim tego słowa znaczeniu. Praca ORL podobnie jak i innych Ogródków Botanicznych polega na realizowaniu określonych działań, które dla zorientowania PT Czytelników pozwolę sobie zacytować.



Prace nad założeniem Ogródu lata 1947 - 1948

Zasadniczą formę pracy ORL stanowiły i jako kontynuacja stowia:

I. Działalność naukowo-badawcza, na którą składa się:

1. prowadzenie bogatych, naukowo udokumentowanych kolekcji (także w formie upraw na większą skalę) roślin, głównie leczniczych, a także użytkowych i ozdobnych. Kolekcje i uprawy dostarczają materiału roślinnego dla badań: fitochemicznych, taksonomicznych, aklimatyzacyjnych, z zakresu ochrony środowiska oraz

2. udostępnianie ORL studentom innych uczelni Trójmiasta, np. słuchaczom Wydziału Techniki Farmaceutycznej, Medycznego Studium Zawodowego w Gdańsku, Studium Ekologicznego, a także zorganizowanym grupom uczniów szkół średnich i podstawowych. Orowadzanie i zaznajamianie zwiedzających, m.in. ze znaczeniem roślin i ich zbiorowisk dla ochrony zdrowia.

III. Działalność popularyzatorska:

- szerzenie i popularyzacja wiedzy o uprawie i znaczeniu roślin leczni-



Zespół pracowników ORL, październik 1994 r., wokół pięcioletniego mamutowca stoją od lewej: technik Katarzyna Sudnik, mgr inż. Bożena Janiuk-Szewczyk, dr Wanda Dembińska-Migas, dr Maria Zelińska-Stasiak, st. technik Marek Grzęda, mgr inż. Stefan Wilk, technik Beata Widelewska, dr hab. prof. nzw. AMG Wojciech Cisowski, siedzi Stanisław Falkowski

do optymalizacji upraw roślin leczniczych i użytkowych,

2. ochrona poprzez uprawę w ORL gatunków rzadkich i ginących z regionu Pomorza i kraju, niezależnie od ich przydatności leczniczej,

3. aklimatyzacja nowych gatunków roślin leczniczych oraz użytkowych i ozdobnych, w warunkach klimatycznych Wybrzeża,

4. wdrażanie do upraw gruntowych roślin uzyskanych w wyniku mikronażania w pracowni kultur tkankowych roślin wyższych Katedry i Zakładu Farmakognozji AMG,

5. wydawanie co dwa lata *Index Seminum* oraz co około pięć lat *Index Plantarum*, który w dziejach ORL został wydany po raz pierwszy w 1993 r.

II. Działalność dydaktyczna ORL to:

1. kształcenie studentów farmacji z zakresu botaniki i farmakognozji (znajomość roślin oraz surowców i gatunków leczniczych),

czych, użytkowych i ozdobnych poprzez udostępnianie do zwiedzania ORL różnym organizacjom społecznym.

IV. Oddziaływanie ORL na środowisko miejskie i jego mieszkańców, jako dość dużego, zorganizowanego składnika zieleni, także w zakresie doznań estetycznych i rekreacji.

Aktualnie ORL zajmuje 2 ha powierzchni, na której założono działy typowe dla Ogrodów Botanicznych:

1. Dział Systematyki Roślin z ekspozycją roślin rzadkich i ginących,
2. Dział Roślin Leczniczych,
3. Dział Roślin Ozdobnych,
4. Arboretum.

Ponadto są prowadzone na niewielką skalę uprawy w szklarni, która ze względu na stosunkowo małą powierzchnię spełnia przede wszystkim funkcję mnożarki.

Dział Systematyki Roślin

w układzie R. von Wettsteina jest największym z ww. działów. Tu poszczególne rodziny lub inne jednostki taksonomiczne są prezentowane, ze względu na charakter Ogrodu, w znacznej mierze przez rośliny lecznicze.

Dla bliższego przedstawienia cytuję po kilka przykładów roślin uprawianych w Dziale Systematyki. Wśród **roślin leczniczych** znajdują się m.in.: jeżówka purpurowa (*Echinacea purpurea* Moench.), jeżówka biała (*Echinacea pallida* Britt) obie z rodziny *Asteraceae*, wykazujące działanie immunostymulujące, inny gatunek to rozwar wielkokwiatowy (*Platycodon grandiflorum* (Jacq.) A. DC., rodzina *Campanullaceae*) bogata w śluz roślina stosowana w medycynie chińskiej, kolcosił klujacy (*Atractylodes lanceata* (Rupr. et Maxim.) Harms. z rodz. *Araliaceae*), którego korzenie posiadają właściwości lecznicze zbliżone do żeń-szenia i wiele innych gatunków.

Gatunki użytkowe reprezentują m.in. len zwyczajny (*Linum usitatissimum* L. rodz. *Linaceae*) i konopie siewne (*Cannabis sativa* L. z rodz. *Cannabaceae*), *Fagopyrum esculentum* L. (Moench).

Pośród **roślin ozdobnych** znajdują się: heliotrop peruwiański (*Heliotropium peruvianum* L., rodz. *Boraginaceae*) o pięknych fioletowo-niebieskich kwiatach, tworząca gęste, żółte kobierce, aksamitka wąskolistna (*Tanacetum tenuifolium* L. z rodz. *Asteraceae*), czy różne odmiany omżynu-budlei (*Buddleia Davidi* Franch. rodz. *Loganiaceae*) o długich, gęstych kwiatostanach od barwy białej do ciemnoamarantowej, w zależności od odmiany.

Z **roślin rzadkich i ginących** można wymienić woskownicę europejską (*Myrica gale* L., rodz. *Myricaceae*) występującą w stanie naturalnym tylko na niektórych torfowiskach nad Bałtykiem, m.in. w okolicy Białogóry, kilka gatunków miłokajaka z rodzaju *Eringium*, inny rzadki gatunek to gorysz miarz (*Peucedanum ostruthim* L. (Koch.) z rodz. *Apiaceae*) rzadko spotykany w stanie dzikim w niektórych partiach Sudetów, czy wawrzynek wilczczyko (*Daphne mesereum* L. z rodz. *Thymelaeaceae*) sprowadzony do Ogrodu z zanikających stanowisk naturalnych w okolicy Lęborka. Łącznie w kolekcji Systemu ORL znajduje się 700 gatunków roślin. ►

W kręgu postaci zasłużonych pracowników naukowo-dydaktycznych i klinicystów, których działalność i dorobek prezentowane są z okazji jubileuszu 50-lecia AMG - nie powinno zabraknąć dr. med. Stanisława Pawłowskiego, wieloletniego, najbliższego współpracownika prof. dr. Tadeusza Pawłasa, wybitnego dermatologa i wenerologa, współorganizatora Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych. Okazja ta zyskuje szczególny wymiar z uwagi na fakt, że zarówno prof. Pawlas, jak i dr Pawłowski należeli do grona założycieli pierwszej w historii Gdańska polskiej uczelni medycznej.

Stanisław Pawłowski urodził się 23 marca 1909 r. w Warszawie w rodzinie inteligentkiej. Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości w Gimnazjum Państwowym im. ks. J. Poniatowskiego w 1929 r. rozpoczął naukę i służbę w Szkole Zawodowych Podchorążych Sanitarnych, równocześnie podejmując studia medyczne na Wydziale Lekarskim w Uniwersytecie Warszawskim.

Dyplom lekarski otrzymał w 1935 r. wraz z mianowaniem na stopień podporucznika-lekarsza w grupie lekarskiej Korpusu Oficerskiego Służby Zdrowia. Po odbyciu stażu szpitalnego w placówkach wojskowych w Warszawie od 1937 r. był lekarzem (od 1938 r. w stopniu porucznika) w 53 pułku piechoty w Stryju, a w okresie kampanii wrześniowej sprawował funkcję komendanta i ordynatora Zespołu Lecznictwa Przeciwgazowego w okolicach Lwowa. Po kapitulacji tego miasta pracował jako lekarz w Szpitalu Wojskowym na terenie Politechniki Lwowskiej.

Po powrocie do Warszawy w listopadzie 1939 r. podjął pracę jako asystent na oddziale skórno-wenerycznym Szpitala św. Łazarza, którego ordynatorem był wówczas prof. dr Tadeusz Pawlas. Po upadku powstania warszawskiego dr med. Stanisław Pawłowski przez krótki okres utrzymywał się z praktyki prywatnej na terenie b. powiatu Końskie.

W maju 1945 r. wraz z rodziną osiedlił się w Gdańsku, przejściowo prowadząc referat sanitarny w Wydziale Zdrowia ówczesnego Zarządu

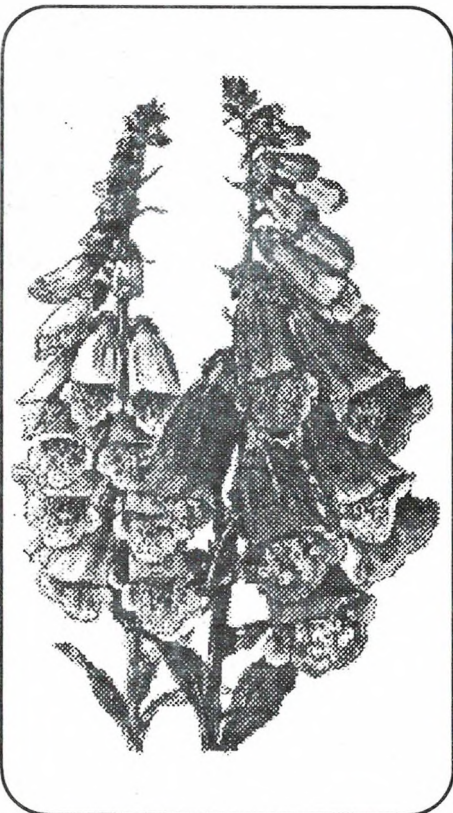


m. Gdańska. Następnie od września tego roku na wiele lat związał się z organizowaną akurat pod kierunkiem prof. T. Pawłasa - na bazie poniemieckiego Szpitala Miejskiego we Wrzeszczu - Kliniką i Katedrą Chorób Skórnych i Wenerycznych powoływanej wtedy Akademii Lekarskiej, późniejszej Akademii Medycznej.

Tu zetknął się ze skupioną przy prof. T. Pawlasie grupą lekarzy der-

Dział Roślin Leczniczych

- rośliny w tym dziale są uprawiane na większych poletkach. Są to gatunki lecznicze choć niekiedy uprawia



się w tym dziale inne rośliny, nad którymi są prowadzone badania naukowe. Dział dostarcza materiału w większej ilości do badań fitochemicznych, a także do ćwiczeń ze studentami na zajęciach z botaniki i farmakognozji. Kolekcje roślin leczniczych na większym terenie umożliwiają ich lepsze poznanie. Prowadzone są także w tym dziale uprawy doświadczalne, zmierzające do uzyskania gatunków zawierających większe ilości związków farmakologicznie aktywnych. Znajdują się tu również na większych stanowiskach uprawy roślin leczniczych rzadkich i ginących. Spośród nich na uwagę zasługuje stanowisko wilczej jagody (*Atropa belladonna* L. rodz. *Solanaceae*), na którym roślina zachowuje się jak na stanowisku naturalnym - sama się rozmnaża, a młode rośliny bardzo dobrze się rozwijają. Gatunek ten, niegdyś u nas dość pospolity obecnie jest trudny do odszukania na stanowiskach naturalnych. Podobnie na większym stanowisku zdomowił się w Ogrodzie mitek wiosenny (*Adonis vernalis* L. rodz. *Ranunculaceae*) praktycznie już obecnie nie spotykany w Polsce poza chro-

nionym stanowiskiem na Garbie Pińczowskim w woj. piotrkowskim. Z gatunków rzadkich nie występujących w naszej florze w Dziale Roślin Leczniczych prowadzone są z powodzeniem uprawy m.in. lawendy lekarskiej (*Lavandula officinalis* L. rodz. *Lamiaceae*) oraz hyzopu lekarskiego (*Hyssopus officinalis* L. rodz. *Lamiaceae*).

Dział Roślin Ozdobnych

- został założony w latach 1992-1994 i stanowi najmniejszą jednostkę w ORL. Składa się z wąskiego stanowiska, ciągnącego się wzdłuż ogrodzenia wewnętrznego. Na stanowisku tym są corocznie zmieniane ekspozycje roślin prezentujące każdego roku inną rodzinę, np. w 1994 r. rodzinę *Asteraceae*, a w roku 1995 będą to gatunki z rodziny *Amaranthaceae* i *Liliaceae*. Eksponowane gatunki są oznaczone napisami, co umożliwia poznanie nowych, interesujących roślin dekoracyjnych. Drugą część działu Roślin Ozdobnych w ORL stanowi założone w 1994 r. wrzosowisko, na którym wysadzono ozdobne gatunki wrzosów i wrzosców, a także rododendrony i inne rośliny z rodziny *Ericaceae*.
cdn.

Wspomnienie o dr. med. STANISŁAWIE PAWŁOWSKIM w 50-lecie AMG

matologów i wenerologów, którzy podjęli trud urządzania niemal od podstaw zupełnie nowego medycznego ośrodka akademickiego - zarówno jego bazy materialnej, klinicznej, jak i określenia kierunków i najważniejszych działań diagnostycznych, leczniczych, dydaktycznych i badawczych. Do grona tego zaliczali się m.in. Jerzy Kozakiewicz i Zbigniew Onisk - późniejsi profesorowie, st. asystent Wacław Arasimowicz, asystenci Irena Gołębiowska i Stanisław Krajewski, mf. asystent Eustachiusz Chodyń.

Jedną z najpilniejszych potrzeb, czy wręcz nakazów społecznych, stało się opanowanie powojennej plagi chorób wenerycznych. Szeroko zakrojona "akcja W" zakończyła się powodzeniem, m.in. dzięki wypracowaniu przez prof. T. Pawłasa we współpracy z dr. St. Pawłowskim i pozostałym zespołem metody szybkiego leczenia kiły i właściwej kontroli poleceniowej oraz zainicjowaniu badań w dziedzinie serologii kiły.

Szeroko określone zadania naukowo-badawcze, dydaktyczne i organizacyjne w pełni odpowiadały wcześniej ukształtowanym zainteresowaniom i specjalistycznemu ukierunkowaniu St. Pawłowskiego. Już w pierwszych latach pracy w Klinice ogłosił szereg prac z zakresu dermatologii i wenerologii. W 1948 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych na podstawie pracy: "Patogeneza po arsenobenzolowego zapalenia złuszczonego skóry w świetle spostrzeżeń klinicznych przypadków leczonych 2- i 3-dimerkaptopropanolem".

Dr St. Pawłowski był otwarty na rozległe potrzeby całego ówczesnego leczenia dermatologicznego i wenerologicznego, zwłaszcza na potrzeby kształceniowe. Prócz zajęć dydaktycznych w Uczelni prowadził liczne wykłady na kursach dokształcających dla lekarzy "akcji W" i innych specjalności, co było wówczas

przedsięwzięciem pionierskim i wzorcowym, a także na kursach pielęgniarek z poradni skórno-wenerycznych i kursach informacyjnych dla kierowników domów dziecka. Był też wykładowcą w Szkole Pielęgniarek i Położnych, a jedną ze swych licznych publikacji poświęcił losowi dzieci urodzonych z matek kiłowych, leczonych penicyliną w AMG w latach 1948-1950.

Głębokie zaangażowanie w prace badawcze, dydaktyczne i lecznicze, m.in. także w Wojewódzkiej Poradni



Dermatologicznej umiejętności kojarzył z działalnością organizacyjno-społeczną w strukturach Uczelni i poza nią, ku czemu pierwsze doświadczenia zyskał jeszcze podczas okupacji, kiedy był sekretarzem Komisji Zdrowia VIII Okręgu Komitetu Samopomocy Społecznej, wchodzącej w skład Rady Głównej Opiekuńczej.

Okresowo w 1952 r. zastępował prof. T. Pawłasa w kierowaniu Katedrą i Kliniką, a w 1953 r. pełnił obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych AMG. Był m.in. zastępcą przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji

Kwalifikacyjnej dla lekarzy i stomatologów, sekretarzem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, członkiem i rzecznikiem Uczelnianej Komisji Dyscyplinarnej ds. studentów i pomocniczych pracowników naukowych, zastępcą przewodniczącego Senackiej Komisji Lokalowej, radnym m. Gdańska i przewodniczącym Komisji Zdrowia przy b. Prezydium Miejskiej Rady Narodowej. Zainicjował i współorganizował Szkołę Podstawową nr 2, działającą na rzecz dzieci hospitalizowanych w klinikach Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1.

Za swą działalność i osiągnięcia w okresie pracy w Katedrze i Klinice wielokrotnie otrzymywał nagrody i wyróżnienia rektorskie, został też udekorowany Srebrnym Krzyżem Zasługi i Medalem X-lecia Polski Ludowej.

W 1961 r. dr med. Stanisław Pawłowski objął funkcję ordynatora oddziału dermatologicznego w Szpitalu

Morskim w Gdyni, którą pełnił do końca życia. Zmarł w 1968 r.

Należał do kręgu postaci, które głęboko pozostają w pamięci współpracowników i wychowanków. Szlachetnością i uczciwością swego postępowania wzbogacał treść humanitarnych norm i kanonów, określających istotę naszego, odpowiedzialnego, lekarskiego powołania.

Henryk Szarmach
Jadwiga Roszkiewicz
Aleksandra Wilkowska

W kwietniu minęła kolejna rocznica powołania Światowej Organizacji Zdrowia. W jej tworzeniu mają swój udział również polscy przedstawiciele medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Jednym z nich był prof. Edward Grzegorzewski, delegat ministra oświaty oraz pełnomocnik ministra zdrowia ds. Akademii Lekarskiej w Gdańsku, a następnie jej pierwszy rektor.

Światowa Organizacja Zdrowia, jedna z głównych organizacji wyspecjalizowanych w ONZ, została utworzona na podstawie konwencji podpisanej 22 VII 1946 r. w Nowym Jorku. Myśl o jej powołaniu zrodziła się w czasie tworzenia Karty Narodów Zjednoczonych w San Francisco. Wówczas to wysunięto wniosek włączenia do karty również zagadnień zdrowia oraz utworzenia światowej organizacji. W uzasadnieniu podkreślano, że zdrowie jest jednym z istotnych instrumentów stabilizacji pokoju i dobrobytu. W związku z tym z inicjatywy Rady Gospodarczo-Społecznej ONZ zwołana została Międzynarodowa Konferencja Zdrowia w Nowym Jorku w dniach od 19 VI do

22 VII 1946 r., a wynikiem jej było podpisanie wspomnianej na wstępie konwencji.

Program konferencji i jej charakter zostały wyznaczone przez techniczny komitet przygotowawczy, złożony z zaproszonych rzeczoznawców, przeważnie dawnych członków i przedstawicieli międzynarodowych organizacji zdrowia. Wśród nich nie zabrakło również Polaka. W pracach komitetu brał udział prof. dr Marcin Kacprzak, wybitny przedstawiciel medycyny społecznej w Polsce.

Delegacja polska na Międzynarodową Konferencję Zdrowia w Nowym Jorku składała się z trzech osób. Był to prof. Marcin Kacprzak - przewodniczący, prof. dr Edward Grzegorze-

Prof. Czesław Baran

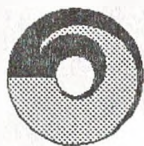
Udział prof. dr. Edwarda Grzegorzewskiego w tworzeniu Światowej Organizacji Zdrowia

wski - zastępca przewodniczącego oraz dr Stanisław Tubiasz - członek delegacji. Kacprzak i Grzegorzewski byli upoważnieni nie tylko do brania udziału w pracach konferencji, ale mieli również prawo podpisywania w imieniu rządu polskiego wszystkich aktów dotyczących jej postanowień, z zastrzeżeniem późniejszej ratyfikacji odpowiednich umów międzynarodowych.

Prof. E. Grzegorzewski, wówczas rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku, w momencie otrzymania pełnomocnictwa do udziału w konferencji znajdował się już w Stanach Zjednoczonych. Odbывał w tym czasie, na zaproszenie Fundacji Rockefellera, podróż naukową, która została przerwana na okres trwania konferencji.

W pierwszym tygodniu wszyscy członkowie delegacji polskiej brali udział w pracach konferencji, natomiast w drugim tygodniu nastąpiły niespodziewane, istotne zmiany. Prof. M. Kacprzak dotknięty poważną chorobą został umieszczony w szpitalu, gdzie przebywał do końca konferencji. Opuścił konferencję również dr S. Tubiasz, odwołany do polskiej Misji Ekonomicznej w Waszyngtonie w związku z dostawami sanitarnymi UNRRA¹. W ten sposób delegacja praktycznie ograniczała się do prof. E. Grzegorzewskiego, który był jej jedynym przedstawicielem w okresie dalszych czterech tygodni aż do zakończenia konferencji.

Podczas konferencji utworzono pięć komisji, w których toczyły się prace. Były to komisje: 1) organizacyjna, 2) administracyjna i finansowa, 3) prawna, 4) biur regionalnych oraz 5) współpracy z instytucjami międzynarodowymi. Poza tym czynna była ścisła komisja mandatowa. Prof. M. Kacprzak został wybrany wiceprzewodniczącym komisji organizacyjnej. Przedstawiciel Polski wchodził ponadto w skład ścisłej komisji mandatowej.



SATELLITE SYMPOSIUM to the 7th European Meeting on Hypertension

GDAŃSK, POLAND
27th May 1995



Szanowni Państwo,

W dniu 27 maja 1995 roku w godzinach 8.00-17.00 odbędzie się w Teatrze Wybrzeże w Gdańsku Sympozjum Satelitarne VII Zjazdu Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego pt.

Metabolic disturbances in arterial hypertension (Zaburzenia metaboliczne w nadciśnieniu tętniczym)

Satelitarne Sympozjum Europejskiego Zjazdu poświęcone nadciśnieniu tętniczemu organizowane jest w Polsce po raz pierwszy. Referaty programowe wygłoszą m.in. Stevo Julius, Lewis Landsberg, Allyn M. Mark, Marek Sznajderman oraz Ele Ferrannini. Swój przyjazd potwierdził także Prezes Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego Alberto Zanchetti oraz prof. Peter Sleight, który będzie przewodniczył obradom.

Obrady będą tłumaczone symultanicznie na język polski.

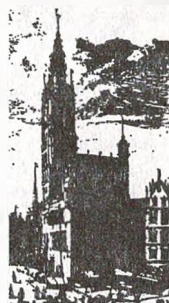
Sympozjum będzie towarzyszyła wystawa firm farmaceutycznych i producentów sprzętu medycznego. W przerwie obrad zapraszamy na lunch.

Komitet Organizacyjny:
Klinika Nadciśnienia Tętniczego i
Diabetologii AMG

ul Dębinki 7, 80-211 Gdańsk

tel. fax (058) 417 481, fax (058) 316 115

prof. Barbara Krupa-Wojciechowska
Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego





Tryb prac przyjęty na konferencji przewidywał dostęp delegatów wszystkich krajów biorących w niej udział do prac każdej z tych pięciu komisji. Nie było to łatwe dla delegata polskiego. Wobec tego, że dość często obradowały dwie komisje jednocześnie, praca prof. E. Grzegorzewskiego była utrudniona, gdyż nie mógł być obecny na wszystkich obradach komisji.

Charakter konferencji został ograniczony do zagadnień ogólnoorganizacyjnych z wyłączeniem wszelkich spraw fachowo-technicznych. Określały go rzeczowo przygotowane wzory konstytucji organizacji zdrowia. Tłumaczy to przewagę spraw formalnych zarówno w dyskusjach jak i w wynikach prac konferencji. Prof. M. Kacprzak brał udział w przygotowaniu projektu konstytucji tworzonej organizacji zdrowia. Fakt ten określał już stanowisko delegacji polskiej wobec projektu i ułatwiał obronę najistotniejszych jego postanowień.

Delegacja polska wniosła szereg uzupełnień do projektu niektórych sformułowań konstytucji. Z nowo wprowadzonych, względnie rozszerzających istniejące sprawy wysunięte przez delegację polską, wskazać należy zagadnienie odpowiedniego przygotowania kadr lekarskich i pomocniczych oraz wpływu na kształtowanie światowej opinii publicznej w odniesieniu do zagadnień zdrowotnych.

Obrady konferencji toczyły się na ogół w atmosferze porozumienia i współpracy międzynarodowej. Były jednak zagadnienia, które wywołały rozbieżność zdań poszczególnych

delegacji. Dotyczyły one: 1) panamerykańskiego biura sanitarnego, 2) siedziby organizacji, 3) stosunku do Zjednoczonych Narodów (ONZ), 4) przyjmowania nowych członków, 5) reprezentacji krajów niesamodzielnych, kolonii i terytoriów mandatowych oraz 6) standaryzacji leków i preparatów biologicznych.

Panamerykańskie, a właściwie Międzynarodowe Biuro Sanitarne zostało utworzone w styczniu 1902 r. w Meksyku. W czasie konferencji przedstawiciele amerykańskich dążyli do utrzymania dość dużej niezależności Biura od organizacji centralnej, co było sprzeczne z poglądami wielu delegacji, wśród nich i polskiej, które były zdania, że międzynarodowa organizacja zdrowia powinna przejąć wszystkie dotychczas działające organizacje o podobnym charakterze wraz z ich czynnościami. Po długotrwałych dyskusjach postanowiono włączyć Panamerykańskie Biuro Sanitarne do organizacji światowej, jako jej organ regionalny, podobny do organów dla innych części świata.

W sprawie siedziby organizacji konferencja nie podjęła ostatecznego ustalenia. Niektóre delegacje amerykańskie i część azjatyckich dążyły do umiejscowienia siedziby nowej organizacji zdrowia w Ameryce Północnej. Inne delegacje, a wśród nich także polska, wyrażały opinię, że bardziej pożądanym byłoby obranie siedziby w Europie. Ostatecznie postanowiono pozostawić decyzję zbadania warunków istotnych dla siedziby zarówno w Europie jak i w Ameryce tymczasowym organom organizacji.

Pierwotnie proponowano utworzenie Organizacji Zdrowia Narodów Zjednoczonych. Z uwagi jednak na specyficzny charakter nowej organizacji zdrowia postanowiono nadać jej zasięg światowy, nie ograniczając członkostwa do Narodów Zjednoczonych. Pogląd ten znalazł wyraz w przyjętej nazwie - Światowa Organizacja Zdrowia. Z tych samych powodów ustalono również, że siedziba organizacji nie musi znajdować się w tym samym miejscu co Organizacja Narodów Zjednoczonych.

Ożywioną dyskusję wywołał tryb przyjmowania nowych członków, chodziło o to, czy decyzję o przyjęciu podejmować zwykłą czy kwalifikowaną większością głosów. Uchwalono ostatecznie zasadę przyjmowania

nowych członków zwykłą większością głosów.

Co się tyczy reprezentacji w organizacji zdrowia krajów niesamodzielnych, kolonii i terytoriów mandatowych ustalono, że delegatem tych krajów powinien być przedstawiciel tubylczej ludności. Ustalenie takie podjęto pomimo sprzeciwu państw kolonialnych.

W sprawie standaryzacji leków i preparatów biologicznych postanowiono, iż międzynarodowa regulacja standardów powinna być ograniczona do ram istotnie niezbędnych z punktu widzenia zdrowia publicznego. Był to pogląd krajów słowiańskich, reprezentowanych głównie przez ZSSR. Przeciwno temu stanowisku protestowały kraje eksportujące leki.

Konwencja z 22 VII 1946 r. weszła w życie 7 IV 1948 r. po ratyfikowaniu jej przez 26 państw członkowskich Organizacji Narodów Zjednoczonych, co pozwoliło na oficjalne powołanie Światowej Organizacji Zdrowia. Dzień 7 kwietnia jest odtąd obchodzony jako Międzynarodowy Dzień Zdrowia. Pierwsze posiedzenie Światowego Zgromadzenia Zdrowia odbyło się w czasie od 24 VI do 24 VII 1948 r. w Genewie - przyjętej na siedzibę organizacji. Zapadła wówczas decyzja połączenia i przejęcia funkcji wszystkich międzynarodowych organizacji zdrowia. Scalenie objęło: Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej założone w Paryżu w 1907 r., organizację zdrowia Ligi Narodów założoną w Genewie w 1923 r. oraz część funkcji departamentu zdrowia UNRRA¹. Natomiast Panamerykańskie Biuro Sanitarne stało się od 1949 r. biurem regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

Utworzenie w 1948 r. Światowej Organizacji Zdrowia było uwieńczeniem wysiłków ludzkości, zmierzających do przeciwdziałania niebezpieczeństwu rozprzestrzeniania się chorób i poprawy stanu zdrowia ludzi na całym świecie. Konstytucja ŚOZ uważana jest za punkt zwrotny w rozwoju koncepcji zdrowia publicznego i medycyny społecznej. W kształtowaniu podstaw tej organizacji mieli swój udział również i Polacy, a szczególnie prof. Marcin Kacprzak oraz prof. Edward Grzegorzewski, pierwszy rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

¹ United Nations Relief and Rehabilitation Administration

**Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Biochemicznego
Wydział Nauk Biologicznych i Medycznych
Gdańskiego Towarzystwa Naukowego
oraz Akademia Medyczna w Gdańsku**

uprzejmie zapraszają na
uroczysty, doroczny wykład poświęcony pamięci

Profesora Włodzimierza Mozołowskiego

Tegoroczny wykład będzie miał szczególny charakter, odbędzie się bowiem w 100-lecie urodzin Profesora i w 50 rocznicę powstania Akademii Medycznej w Gdańsku, poprzedzony zostanie odsłonięciem w sali wykładowej portretu Profesora ufundowanego przez Polskie Towarzystwo Biochemiczne.

Zaproszonym wykładowcą i Honorowym Gościem będzie

prof. dr Ryszard J. Gryglewski

z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie,
który wygłosi wykład pt.

IGRASZKI TLENU Z AZOTEM

Wykład odbędzie się w dniu 11 maja 1995 roku (czwartek) o godzinie 12.00 w sali wykładowej im. Prof. Włodzimierza Mozołowskiego w budynku Zakładów Teoretycznych Akademii Medycznej w Gdańsku (Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Dębinki 1).

W dniu 14 marca 1995 roku na posiedzeniu niejawnym decyzją Sądu wpisano Fundację Protetyki Stomatologicznej w Gdańsku do rejestru fundacji. W związku z powyższym zaistnienie Fundacji stało się faktem, a tym samym rozpoczęła ona swoją działalność.

Celem Fundacji będzie:

1. wspieranie Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku we wszystkich jej poczynaniach zmierzających do gruntownej odnowy jej bazy materialnej, a zwłaszcza w zakresie rewaloryzacji i rozbudowy jej majątku trwałego oraz pomnażania i uzupełniania wyposażenia,

2. pomoc w zaopatrzeniu w niezbędne dla codziennej praktyki materiały stomatologiczne oraz naukowe, a w szczególności podręczniki i czasopisma zagraniczne,

3. udzielanie Katedrze pomocy finansowej w realizacji zadań w dziedzinie nauki, leczenia specjalistycznego, kształcenia kadry naukowej, studentów i lekarzy,


4. propagowanie w kraju i zagranicą osiągnięć Katedry, a w szczególności jej dorobku w zakresie badań naukowych, kształcenia i wychowywania młodzieży,

5. rozpowszechnianie wiedzy o celach i działalności Fundacji zarówno w kraju jak i zagranicą,

**Ciekawostka z ar-
Medycznej w**

W toku prac nad książką poświęconą pamięci Profesora Włodzimierza Mozołowskiego dotarłem, dzięki uprzejmości i pomocy dr. Aleksandra Stanka, do znajdującego się w Archiwum Akt Nowych w Warszawie oryginału dyplomu doktora wszech nauk lekarskich, jaki Profesor otrzymał w 1922 roku w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie (reprodukcja obok).

Jakież było moje zdziwienie, gdy w rok później, w materiale przygotowanym na moją prośbę przez Dział Spraw Osobowych AMG znalazła się informacja, że stopień doktora nauk medycznych uzyskał Profesor dnia 14 listopada 1953 r. Była to dość niezwykła wiadomość i w oczywisty sposób wymagała wyjaśnienia.

Q. F. F.  F. Q. S.

SVMMS AVSPICIS

SERENISSIMAE REIPUBLICAE POLONORUM

NOS

STANISLAUS NARAJEWSKI

THEOLOGIAE DOCTOR THEOLOGIAE MORALIS GENERALIS PROFESSOR PUBLICUS ORDINARIUS HOC TEMPORIS UNIVERSITATIS IOANNIS-CASIMIRIANAE LEOPOLIENSIS RECTOR MAGNIFICUS

HILARIUS SCHRAMM

UNIVERSAE MEDICINAE DOCTOR CHIRURGIAE PROFESSOR PUBLICUS ORDINARIUS ORDINIS MEDICORUM HOC TEMPORIS DECANUS

VITOLDUS NOWICKI

UNIVERSAE MEDICINAE DOCTOR ANATOMIAE PATOLOGICAE PROFESSOR PUBLICUS ORDINARIUS PROMOTOR RITE CONSTITUTUS




IN VIRUM CLARISSIMUM

VLADIMIRUM ANTONIUM VITOLDUM MOZOŁOWSKI

NATIONE POLONUM EX OPPIDO SANOK IN PALATINATU CRACOVENSIS ORIUNDUM

POSTUAM EXAMINIBUS LEGITIMIS ET FACULTATEM ARTIS MEDICAE PROBAVIT DOCTORIS MEDICINAE UNIVERSAE NOMEN ET HONORES POTESTATEMQUE ARTEM TAM MEDICAM CHIRURGICAMQUE QUAM OPHTHALMICAM ATQUE OBSTETRICAM EXERCENDI CONTULIMUS IN BUISQUE REIPUBLICAE HASCE LITTERAS UNIVERSITATIS SIGILLO SANCIENDAS CURAVIMUS.

LEOPOLI DIE XI. MENSIS NOVEMBRIS MCMXXII.

Stanislaus Narajewski  L. S.  Vitoldus Nowicki 

POWOŁANIE DO ŻYCIA FUNDACJI PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ W GDAŃSKU

6. inspirowanie i organizowanie ruchu społecznego wokół celów Fundacji.

Do władz Fundacji należy:

- I. Zgromadzenie Fundatorów
- II. Społeczna Rada Fundacji
- III. Zarząd Fundacji

W skład Zgromadzenia Fundatorów wchodzi: Ks. Prałat Henryk Janowski - Prezydent Zgromadzenia, Andrzej Karnabal - I Wiceprezydent, Halina Maria Tejchman-Konarszewska - II Wiceprezydent, Izabela Maciejewska-Blotschinski - Sekretarz oraz Członkowie: Jerzy Hubert Jakubus, Stanisław Maciejewski, Edmund Tołwiński, Zdzisław Januszewski, Ryszard Gabriel, Miron Serafin Kałowski, Krzysztof Jerzy Michalewski, Jan Polak, Przemysław Anders, Ryszard Kokoszka, Grzegorz Pellowski, Andrzej Czernomord, Jan Zarębski. Kompetencje Zgromadzenia Fundatorów określa §16 Statutu Fundacji.

W skład Społecznej Rady Fundacji wchodzi: prof. dr hab. med. Witold Zegarski - Przewodniczący, prof. dr hab. med. Andrzej Myśliwski - Wice-

przewodniczący, dr n. med. Anna Kędzia - Wiceprzewodniczący, dr n. farm. Wiesława Stożkowska - Sekretarz. Społeczna Rada czuwać będzie nad prawidłową działalnością Fundacji.

W skład Zarządu Fundacji wchodzi: prof. dr hab. Halina Tejchman - Prezes, dr n. med. Wiesława Czerwińska - Wiceprezes, lek. stom. Izabela Maciejewska-Blotschinski - Sekretarz, st. tech. dent. Bolesław Klepacz - Specjalista ds. techniki dentystrycznej. Zarząd będzie kierował całością spraw Fundacji dotyczących tak działalności statutowej jak i gospodarczej.

Fundacja prowadzi również działalność gospodarczą, polegającą między innymi na organizowaniu kursów doszkalających dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego I i II stopnia w kierunkach stomatologicznych.

Wszelkie informacje szczegółowe na temat powyższej działalności jak i numer konta Fundacji zostaną podane w terminie późniejszym.

Zachęcamy wszystkich sympatyków Katedry i Zakładu Protetyki AMG do włączenia się w propagowanie idei Fundacji Protetyki Stomatologicznej w Gdańsku.

Prezes Zarządu
Halina Tejchman

Chór Akademii Medycznej w Gdańsku wspólnie z chórami akademickimi Wybrzeża i Orkiestrą PFB wystąpi w dniach 1 - 2 czerwca br. w Państwowej Filharmonii Bałtyckiej w Gdańsku-Wrzeszczu. W programie „Carmina burana” Carla Orffa. Utwór oparty na tekstach i melodiach staroniemieckich.

chiwów Akademii Gdańsku

Okazało się, że informacja ta opiera się na znajdującym się w archiwum Działu Spraw Osobowych AMG dokumencie, którego kopię pozwałam sobie przedstawić. Zaświadczenie to stanowi rodzaj "weryfikacji" przedwojennego dyplomu i podpisane jest przez ówczesnego Przewodniczącego Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dla Pracowników Nauki, Adama Rapackiego, późniejszego ministra spraw zagranicznych PRL. Wydaje się, że jest to ciekawy przyczynek do najnowszej historii nauki polskiej i jednocześnie ostrzeżenie przed bezkrytycznym korzystaniem z zasobów archiwalnych AMG.

Prof. Wiesław Makarewicz

14 listopada 1953

II-3b-2/53

Zaświadczenie

Centralna Komisja Kwalifikacyjna dla Pracowników Nauki zaświadcza, że Obywatel MOZOŁOWSKI Włodzimierz, profesor zwyczajny na katedrze chemii fizjologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku uzyskał stopień naukowy -

DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

z mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 1951 r. o szkolnictwie wyższym i o pracownikach nauki (Dz. URP z 1952 r. Nr 6, poz. 38) oraz na zasadzie §1 ust. 3 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 1952 r. w sprawie warunków i trybu nadawania stopni naukowych (Dz. URP Nr 24 z 1952 r. poz. 164).

Przewodniczący
Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej
dla Pracowników Nauki

A. Rapacki

Te kartki pragnę poświęcić trzem profesorom starszej ode mnie generacji, którzy okazali mi wiele życzliwości i których zachowałem w swej wdzięcznej pamięci.

Byli to profesor Stanisław Wszelaki, profesor Henryk Brokman i profesor Kazimierz Dębicki.

Profesor Stanisław Wszelaki, kierownik Katedry i II Kliniki Chorób Wewnętrznych, był wspaniałym specjalistą. Należał do pokolenia lekarzy, którzy nie rozporządzając tak precyzyjną aparaturą diagnostyczną jak obecni stawiali nad podziw trafne rozpoznania dzięki niezwyklej nieraz intuicji i wnikliwej obserwacji chorego. Asortyment leków w porównaniu z dzisiejszym był skromny, ale za to świetnie znali działanie tych, które były w ich posiadaniu. Wielką wagę przywiązywali do stanu psychicznego pacjenta, na kontakt z którym nie żalowali czasu.

Profesora Wszelakiego jako lekarza miałem możliwość poznać w czasie choroby mojej matki. Przypadek był, jak się to zwykle zdarza w rodzinach lekarskich, wyjątkowo rzadko spotykany, bardzo trudny wówczas do rozpoznania ze względu na mylący obraz kliniczny. Istniało poważne zagrożenie życia, a błędna decyzja, o którą było nietrudno, mogła doprowadzić do dramatycznego końca. Tylko dzięki wielkiemu doświadczeniu profesora, jego rozwadze i spokojowi wszystko zakończyło się pomyślnie.

Profesor Wszelaki był człowiekiem o bardzo szerokich horyzontach. Wielki humanista znał świetnie polską literaturę i język, co dziś jest zjawiskiem zanikowym. Jego publikacje i wykłady cechował piękny styl i bogaty zasób słów. Wystąpienia na posiedzeniach Rady Wydziału odznaczały się rzeczowością i elegancką formą. Bardzo surowo oceniał niebdaństwo językowe.

Profesor Wszelaki obdarzał mnie wyjątkową życzliwością. Będąc specjalistą nie tylko w zakresie chorób wewnętrznych, ale również chorób zakaźnych interesował się durement plamistym. Po przyjeździe do Gdańska zacząłem publikować moje prace dotyczące R. prowazeki wykonane we Lwowie u profesora Weigla. Profesor Wszelaki zapoznał się z nimi i

bardzo pozytywnie je ocenił, czemu dał wyraz w czasie mego przewodu habilitacyjnego.

Profesor Wszelaki był poważnie chory, o czym doskonale wiedział kryjąc to starannie przed swym otoczeniem. O tym, że jest z nim niedobrze, przekonaliśmy się w czasie obchodów związanych ze śmiercią Stalina. Chcąc oddać hołd zmarłemu „ojczulkowi” ustawiono w auli przy ulicy Zwycięstwa jego popiersie, przy którym profesorowie i docenci musieli pełnić wartę honorową. Profesor Wszelaki stojąc na takiej warcie poważnie zasłabł. W styczniu 1956 roku idąc na tradycyjne karty do profesora Bincera poczuł się niedobrze i le dwie się dowłócił do mieszkania państwa Bincerów, gdzie zmarł. Liczył zaledwie 58 lat.

Profesor Wszelaki pozostał w mojej pamięci jako człowiek bardzo prawy i życzliwy dla ludzi. Godnie reprezentował to pokolenie lekarskie, dla którego najważniejszym był chory człowiek i etyka zawodowa.

Idąc ulicą Smoluchowskiego jesienią 1946 roku nieraz spotykałem lekko utykającego starszego pana z życzliwym uśmiechem na twarzy. Towarzyszyła mu brązowa jamniczka. Tego miłego pana wkrótce poznałem u państwa Morzyckich. Był to profesor Henryk Brokman, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Dzieci. Jego ukochana jamniczka zwała się Peretka. Bliższy kontakt z profesorem Brokmanem został nawiązany po mojej habilitacji w maju 1951 roku. Po zakończeniu kolokwium profesor podszedł do mnie i powiedział: „Kolego, bardzo mnie zainteresowały niektóre kwestie poruszone przez kolegę. Nie chciałem moimi pytaniami przedłużać i tak już ponad godzinne kolokwium. Byłoby mi miło, gdyby kolega zechciał kiedyś wpaść do mnie do Kliniki. Moglibyśmy wówczas porozmawiać na interesujące nas tematy”. Czułem się zaszczycony tym zaproszeniem. Żywiłem wielki szacunek i uznanie dla profesora Brokmana, bezsprzecznie jednego z wybitniejszych profesorów w dziejach naszej Akademii.

Któregoś dnia zatelefonował do mnie i umówiliśmy się na spotkanie. Profesor liczył wówczas 65 lat, ale było w nim jeszcze wiele młodości,

zapału, ciekawości życia i nowości naukowych. Jego bezpośredni sposób bycia i promieniująca zeń dobroć spowodowały, że czułem się tak swobodnie, jakbym dyskutował z kolegą w moim wieku, a nie starszym ode mnie o 28 lat profesorem o nazwisku znanym nie tylko w kraju. Podziwiałem również jego wiedzę z zakresu immunologii i mikrobiologii nie będących przecież specjalnością profesora.

Profesor Brokman nie miał w sobie tak nieprzyjemnego, a często spotykanego w środowisku naukowym poczucia własnej wielkości. Gdy kiedyś w czasie jednej z naszych rozmów zwróciłem na to uwagę, opowiedział następującą historię: Jako młody lekarz odbywał praktykę w jednej z niemieckich klinik, której szefem był bardzo wówczas sławny profesor. Asystenci i pacjenci traktowali go niemal jak bóstwo. Minęło 40 lat. Profesor Brokman odwiedził tę klinikę. Kiedy wymienił nazwisko tego ongiś tak sławnego profesora, okazało się, że nikt spośród personelu kliniki nie tylko nic o nim nie wiedział, ale nawet nie słyszał. Na zakończenie profesor Brokman powiedział: „Widzicie, jak szybko przemija sława. Był taki wielki, a dziś nikt go już nie pamięta, choć minęło tak niewiele lat”.

Poznawszy bliżej profesora Brokmana stało się dla mnie jasne, dlaczego jest tak uwielbiany przez swych współpracowników. Klinika była doskonałą szkołą przygotowującą asystentów zarówno do pracy naukowej jak i do zawodu. W kształceniu młodej kadry wielką pomocą dla profesora Brokmana była dr Gerda Walczukowa, adiunkt, a potem docent w Klinice, świetny pediatra o ogromnym doświadczeniu klinicznym, umiejąca przekazać wiele ze swej wiedzy młodszemu kolegom.

Z wielką szkodą dla swych uczniów na przełomie lat 1953 i 1954 profesor Brokman opuścił Gdańsk, gdyż został powołany do Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Wkrótce z Kliniki odeszła również docent Walczukowa. Spotykałem się potem z profesorem na zjazdach pediatrów, w których parokrotnie uczestniczyłem ze względu na współpracę z kolegami tej specjalności. Dzięki poparciu profesora zostałem mi powierzony

referat programowy na temat gronkowców na zjeździe wrocławskim w drugiej połowie lat pięćdziesiątych. Miało to wówczas dla mnie spore znaczenie.

Profesor Brokman wciąż czuł się związany z Gdańskiem. Niegdyś w czasie naszej rozmowy powiedział mi, że nieraz żałował swego stąd odejścia. W Instytucie nie miał tak miłych stosunków jak w gdańskiej Klinice. Dość często przyjeżdżał do Sopotu. Nieraz towarzyszyłem zakochanym w nim asystentkom w spotkaniach w Grand Hotelu. Mijały lata, a profesor wciąż zachowywał swój młodzieńczy umysł i usposobienie. Aleksander Dumas syn mówił, że są ludzie, którzy przez całe życie pozostają młodzieńcami, a również bywa-

rze nie bardzo się wciąż liczą. Profesor rozumiał, jakie znaczenie ma profilaktyka zakażeń szpitalnych oparta na odpowiedniej organizacji i systematycznych ocenach sanitarnych oddziału chirurgicznego.

Nasza współpraca rozpoczęła się w latach pięćdziesiątych. Profesor zwrócił się do mnie z prośbą o przeprowadzenie w Zakładzie Mikrobiologii oceny bakteriologicznej Kliniki. Niepokoiła go stosunkowo wysoka liczba zakażeń po aseptycznych zabiegach operacyjnych. Wiązało to z fatalną wówczas sytuacją lokalową, a zwłaszcza z blokiem operacyjnym i zbyt dużymi salami chorych. Przez dłuższy czas starał się bezskutecznie o przebudowę Kliniki. Uznał, że ocena bakteriologiczna dostarczy mu do-

siedzeniu Rady Wydziału profesor przeczytał naszą ocenę stanu sanitarnego Kliniki, po czym kategorycznie zażądał adaptacji pomieszczeń zgodnie z wymogami bezpieczeństwa pacjenta. Zakończył mówiąc: „Przecież nie mogę operować w ubikacji, która według profesora Kryńskiego jest jedynym aseptycznym pomieszczeniem w mojej Klinice”. I udało się. W końcu administracja Akademii zdecydowała się na przebudowę Kliniki zgodnie z życzeniami profesora Dębickiego. Muszę przyznać, że taki sukces rzadko mi się zdarzał w walce z zakażeniami szpitalnymi. Przeważnie mój głos był głosem wołającego na pustyni.

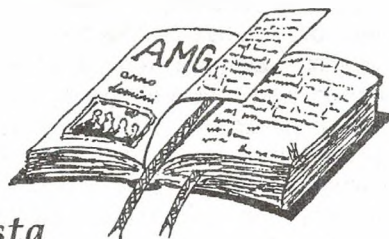
Profesor Dębicki całkowicie odizolował oddział septyczny od aseptycznego i rygorystycznie przestrzegał dyscypliny sanitarnej w Klinice. Na jego życzenie po przeprowadzeniu remontu prowadziłem systematyczną kontrolę bakteriologiczną. Wyniki były pozytywne. Liczba bakterii w powietrzu utrzymywała się na niskim poziomie. Gronkowce złociste stanowiły niewielki odsetek. Nie należały do endemicznych szczepów spotykanych dawniej w Klinice, lecz pochodziły głównie z fatalnie wówczas zorganizowanej pralni. Poprawa stanu sanitarnego Kliniki znalazła odbicie w spadku częstości zakażeń pooperacyjnych o charakterze egzogennym, co z kolei zmniejszyło koszty leczenia i skróciło czas pobytu pacjenta w szpitalu.

Nasza współpraca nie ograniczała się do oceny bakteriologicznej Kliniki. Wspólnie zostało wykonanych kilka prac związanych z epidemiologią zakażeń szpitalnych w oddziałach chirurgicznych. Były one referowane na zjazdach chirurgów oraz publikowane w czasopiśmie krajowym i zagranicznych m.in. w *American Journal of Hygiene*. Kolega Wroczyński wykonał w tym zakresie swą pracę doktorską.

Profesor Dębicki służył nam nieraz pomocą i poparciem naszych starań. Tylko dzięki niemu udało się wystąpić na stypendium do Anglii naszego adiunkta, dr. Jerzego Borowskiego. Profesor był moim recenzentem przy wniosku na profesora zwyczajnego.

prof. dr hab. Stefan Kryński

Kartki ze wspomnień starego profesora



Kartka trzynasta

ją tacy, którzy już od młodych lat są starcami. Do pierwszych zaliczał swego ojca, autora „Trzech muszkieterów”. Do takich należał też profesor Henryk Brokman. Zmarł w 1976 r. w wieku 90 lat.

Jednym z najbardziej przez nas szanowanych członków Rady Wydziału był profesor Kazimierz Dębicki, kierownik Katedry i II Kliniki Chirurgicznej. Ceniliśmy go za prawość i prostolinijność. Profesor rzadko zabierał głos. Jego wystąpienia przeważnie dotyczyły spraw związanych z etyką lekarską, w czym nie uznawał kompromisów.

Profesor Dębicki należał do tych nielicznych chirurgów, którzy doceniają zagrożenia, jakie niosą dla operowanego człowieka drobnoustroje. Zdawał sobie sprawę, jak wielką szkodę wyrządzają pacjentowi zakażenia, którym podlega w szpitalu. Brał również pod uwagę koszty leczenia, z czym niestety polscy leka-

datkowych argumentów, które przełamują opór administracji. Badania dotyczące epidemiologii i profilaktyki zakażeń szpitalnych podjęte wówczas z Kliniką zapoczątkowały tematykę, która stała się jedną z wiodących w naszym Zakładzie. Na polecenie profesora miał z nami współpracować z ramienia Kliniki jej starszy asystent, Marian Wroczyński, z którym byłem zaprzyjaźniony.

Wyniki kontroli bakteriologicznej Kliniki przeszły najgorsze oczekiwania. Zarówno blok operacyjny, jak i sale chorych okazały się siedliskiem bardzo licznych bakterii z ogromną komponentą szczepów szpitalnych gronkowca złocistego. Prawdziwym zaskoczeniem stał się fakt, że jedynym miejscem niemal bez bakterii były... ubikacje, o czym napisałem w naszym sprawozdaniu. Po wystąpieniu wyników do Kliniki poczułem obawy, czy profesor nie obrazi się. Okazały się one płonne. Na najbliższym po-



Wstęp

Historia powstania Akademii Medycznej i Politechniki Gdańskiej wiąże się ściśle z zakończeniem II wojny światowej. 2 maja 1945 roku upadł Berlin, a 9 maja 1945 roku zakończyła się II wojna światowa. Okres ten zaznaczył się dużymi zniszczeniami w Polsce, przegrupowaniem ludności ze względu na zmianę granic Polski dokonanej w Jaltcie, wędrówką ludzi ze zburzonej Warszawy na Ziemię Odzyskane i na Wybrzeże Gdańskie oraz przesiedlaniem się mas ludności z terenów wschodnich, ze Lwowa i Wilna, na tereny polskie. Ten okres i te wydarzenia związane są również bardzo ściśle z moim najbardziej dynamicznym okresem życia. Dlatego we wstępie podam w krótkim streszczeniu historię moich własnych przeżyć w tym okresie, a w szczególności tych, które wiążą się z powstaniem Akademii Medycznej i Politechniki Gdańskiej.

Kampanię wrześniową II wojny światowej przeżyłem w charakterze dowódcy kompanii 81 Pułku Piechoty. Poza tym byłem więziony w obozie koncentracyjnym Oświęcim w 1940 roku przeszło 3 miesiące. Pod koniec 1944 roku, jeszcze w czasie działań wojennych, wyszedłem ze zburzonej Warszawy wraz z moją żoną Marią i 4-letnim synkiem Krzysztofem oraz ręcznym bagażem udając się w kierunku Łodzi, szukając przyrodniczego miejsca zamieszkania i zatrudnienia. Zatrzymaliśmy się we wsi pod Łowiczem, w Karsznicach Wielkich.

Na początku roku 1945 otrzymałem wiadomość o tym, że w Łodzi powstaje Uniwersytet. Zgłosiłem się do Komitetu Organizacyjnego tego Uniwersytetu. Zostałem od razu włączony do grupy organizacyjnej, z tym, że przydzielono mnie do pracy na dwóch wydziałach - Wydziale Lekarskim i Wydziale Fizyki Współczesnej - w charakterze zastępcy profesora. Warunki pracy w Uniwersytecie Łódzkim w tym czasie były bardzo trudne. Nie było sal wykładowych, nie było możliwości urządzenia pracowni dydaktycznych dla studentów ani nawet załączków pracowni naukowych. Brak było podręczników i skryptów. Na szczęście w moim bagażu przyniesionym z Warszawy znajdował się jeden egzemplarz mojego skryptu „Krótki zarys fizyki dla szkół zawo-

dowych, pielęgniarskich, rolniczych i rybackich” wydany w Warszawie w 1944 roku przez Związek Organizacji Rybackich. Skrypt ten był przeznaczony dla studentów medycyny i wydany pod takim kryptonimem. Oparty był on na moich wykładach z tajnych kompletów warszawskich dla studentów medycyny uniwersytetu. Skrypt ten był powielany wielokrotnie w latach późniejszych w Akademii Medycznej w Gdańsku, stanowił również podstawę książki pt. „Fizyka medyczna” wydanej przez firmę wydawniczą Czytelnik w Szwecji w ramach promocji dla odbudowy kultury i nauki polskiej w 1950 roku, już w czasie mojego pobytu w Gdańsku.

W lipcu 1945 roku wyjechałem z grupą studentów do Zakopanego na odpoczynek jako opiekun tej grupy. Głównym celem wyjazdu było sprawdzenie, co się dzieje z pracownią naukową w Instytucie PIM na Kasprowym Wierchu, którą wybudowałem w latach 1937-1939. Pracownia ta służyła do badania efektów promieniowania kosmicznego na emulsję klisz fotograficznych, na przewodnictwo ciekłych dielektryków i ewentualnie na organizmy żywe. Szczególnie ten pierwszy dział był bardzo ważny, gdyż był związany z najnowszym odkryciem rozbijania jąder atomowych przez promieniowanie kosmiczne w emulsjach klisz fotograficznych. Temat ten zapoczątkowany przed wojną, prowadzony również przeze mnie w 1937 roku w Warszawie, przerwany na skutek działań wojennych, był kontynuowany na dużą skalę w Anglii, w Londynie przez prof. Powela, który za prace te otrzymał w 1941 roku Nagrodę Nobla.

Niestety, pracownia moja na Kasprowym Wierchu została zniszczona przez Niemców. Udało mi się tylko odnaleźć dwie klisze, osłonięte czarnym papierem. Wywołałem je w Zakładzie Fotograficznym w Zakopanem i następnie poszukiwałem w szpitalu mikroskopu dla przeprowadzenia wstępnych badań. Dowiedziałem się, że nie ma żadnego dostępnego mikroskopu o tak dużym powiększeniu, a także, że w Zakopanem pracuje prof. dr Tadeusz Pawlas, który ma mikroskop i na pewno mi pomoże. Nawiązałem kontakt z prof. Pawlasm, który przyjął mnie bardzo uprzejmie. Razem przeprowadziliśmy wstępne badanie klisz, ale co najważniejsze, prof. Pawlas poinformował

mnie, że grupa profesorów z Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie udała się do Gdańska, żeby utworzyć tam nową polską uczelnię akademicką - Akademię Lekarską. Ponieważ w gronie profesorów wileńskich nie było fizyka, prof. Pawlas w imieniu tej grupy zaprosił mnie do wzięcia udziału w tworzeniu uczelni. Po powrocie z Zakopanego do Łodzi prowadziłem na razie w dalszym ciągu swoje prace w Uniwersytecie. Moi asystenci poszukujący aparatów i przyrządów fizycznych dowiedzieli się, że w zbombardowanej Politechnice Gdańskiej znajduje się wiele części przyrządów uszkodzonych i częściowo zniszczonych, a także aparaty fizyczne, które po naprawie nadawałyby się do użycia w laboratoriach studenckich. Pojechałem więc pod koniec lipca 1945 roku do Gdańska. Zamierzałem wypożyczyć lub odkupić potrzebne nam w Uniwersytecie Łódzkim przyrządy. Obraz, który zobaczyłem po przyjeździe był rozpaczliwy. Śródmieście Gdańska było prawie całkowicie zburzone. Główna ulica była zasypana gruzami prawie do pierwszego piętra. Otaczające ją kamienice były w przeważającej części zrujnowane i wypalone. W mieście grasowały bandy szabrowników, które wyszukiwały wartościowe przedmioty w zrujnowanych domach. Natomiast na peryferiach miasta ocalało wiele budynków mniej lub więcej uszkodzonych. Do takich budynków należały budynki Szpitala Miejskiego, mieszczącego się w dzielnicy Wrzeszcz, a zagospodarowywane przez ówczesny personel organizującej się Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Natomiast w sąsiadującej ze Szpitalem Miejskim Politechnikce Gdańskiej sytuacja wyglądała znacznie gorzej. Gmach Główny Politechniki był zniszczony przez dużą bombę lotniczą, która przebiła dach i wszystkie stropy czteropiętrowego gmachu aż do parteru. Część tego gmachu była całkowicie wypalona od parteru do pierwszego piętra włącznie. Jedynie w budynku, w którym znajdowało się Auditorium Maximum zachowało się kilka sal i pokoi laboratoryjnych w stanie wyniszczonym, ale jeszcze w całości. Przed Auditorium Maximum leżała sterta gruzu, cegieł, a w nich poniewierały się części przyrządów i aparatów fizycznych. Część przyrządów i aparatów naukowo-dydaktycznych znaj-

dowała się w rozbitych szafach w budynkach sąsiednich. W pobliskich parkach pomiędzy Akademią Lekarską a Politechniką znajdowały się jeszcze cmentarze z nowymi grobami po szpitalach wojskowych ofiar z czasów wojny. Jeżeli chodzi o personel naukowy organizujący uczelnię, to w Akademii Lekarskiej w Gdańsku spotkałem przede wszystkim prof. dr. Tadeusza Pawlasa, który przyjął mnie bardzo serdecznie i zapoznał z pozostałymi profesorami Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie oraz szeregiem osób, które przybyły do Akademii Lekarskiej. Wśród profesorów Akademii Lekarskiej byli m.in. profesorowie: Edward Grzegorzewski, pierwszy Rektor Akademii Lekarskiej mianowany przez Ministra Zdrowia w Lublinie, Kornel Michejda, Tadeusz Pawlas, Włodzimierz Mozowski, Stanisław Hiller, Ignacy Abra-

denckich i sal wykładowych. W Politechnice Gdańskiej spotkałem dr. Wawryka, profesora mineralogii, prof. Turskiego i prof. Tarnowskiego - matematyków i jeszcze kilku innych profesorów, wśród nich prof. Kopecznego i prof. Otto. W rozmowie z tą grupą profesorów okazało się, że nie ma wśród nich fizyka, a zachodzi potrzeba obsadzenia dwóch katedr na Wydziałach: Chemicznym i Elektrycznym, a także profesora do zabezpieczenia i uporządkowania wyrzucanych przyrządów i aparatów. W związku z tym, zamiast wywozić z Gdańska przyrządy brakujące w Łodzi, zdecydowałem sam się przenieść na stałe do Gdańska. Trzeba zaznaczyć, że warunki mieszkaniowe były wtedy w Gdańsku bardzo ciężkie. Pierwszą noc pobytu w Gdańsku spędziłem w Oliwie, śpiąc wraz ze studentami w ubraniu na podłodze w jakiejś willi.

stawiona przez Rektora Grzegorzewskiego do Łodzi w celu przygotowania mojego przeniesienia oraz list Rektora Kotarbińskiego wyrażający żal z powodu opuszczenia przeze mnie Uniwersytetu Łódzkiego. Wśród studentów, którzy uczestniczyli w moich wykładach w Łodzi, była m.in. pracująca później w Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Joanna Muszkowska-Penson. Po przyjeździe na stałe do Gdańska otrzymałem pokój z łazienką na terenie Akademii, a później duże kilkupokojowe mieszkanie w głównym gmachu Akademii Medycznej. Zabrałem się wtedy z całym entuzjazmem do prac organizacyjnych, dydaktycznych i wydawniczych. Należy podkreślić, że w pracach tych pomagało mi grono studentów z obu uczelni. Studenci pierwszych powojennych lat wykazywali tak duże pragnienie wiedzy i zapał do pracy w ogóle, że nie trzeba było ich długo namawiać, nawet do usuwania gruzów i do prac porządkowych na terenie uczelni i szpitali; nie mówiąc już o pracach organizacyjnych w laboratoriach, salach wykładowych i w magazynach przyrządów naukowych.

prof. dr Ignacy Adamczewski

MOJE WSPOMNIENIA O POWSTANIU I ORGANIZACJI AKADEMII MEDYCZNEJ I POLITECHNIKI GDAŃSKIEJ W 1945 ROKU

mowicz, Michał Reicher, Wilhelm Czarnocki i inni. Poza tym należy wymienić, że w zespole tym znajdowała się pionierska grupa lekarzy, która jeszcze przed końcem wojny opiekowała się budynkami szpitalnymi i znajdującymi się w nich chorymi i rannymi. Byli wśród nich dr Stefan Michalak - dyrektor tego szpitala, dr Kochańska, dr Wasilewski, dr Bandydych, dr Maniszewski. Lekarze ci pracowali w szpitalu niemieckim od kwietnia 1945 roku w bardzo ciężkich warunkach ze względu na brak żywności i wody. Szczegółowo okres ten opisała pani redaktor Mirosława Walicka w audycji radiowej o doktorze Stefanie Michalaku. Co do sytuacji lokalowej Akademii Lekarskiej, to wszystkie budynki należące do Akademii Lekarskiej zostały już zaadaptowane i rozdzielone na poszczególne oddziały i kliniki. Zakładu fizyki nie było nawet w planach uczelni. Już to samo, według mnie, decydowało o konieczności współpracy z sąsiednią Politechniką w ramach pracowni stu-

Komunikacji nie było żadnej. Wracając więc do Politechniki pieszo. Po powrocie do Łodzi przedstawiłem sprawę rektorowi prof. Kotarbińskiemu, który uznał potrzebę mojej pracy na Wybrzeżu. Uzyskałem więc pozwolenie na przeniesienie do Gdańska, chociaż próbowano mnie zatrzymać w Łodzi. Zaproponowano mi nawet 5-pokojowe mieszkanie przy głównej ulicy. Do tej pory mieszkam wraz ze swoją rodziną w pokoju hotelowym. Rektor Kotarbiński postawił mi tylko warunek, żebym dokończył wykłady dla studentów I roku i przeprowadził egzaminy pod koniec roku akademickiego. Szczęśliwie w Łodzi pozostawał drugi z fizyków, dr Grotowski, a poza tym istniała możliwość ściągania z Warszawy innych fizyków ze względu na niedużą odległość między tymi miastami. Z tego okresu zachowało się w moich aktach w Akademii Medycznej w Gdańsku kilka dokumentów dotyczących mojego przeniesienia z Łodzi do Gdańska, m.in. delegacja wy-

Był to niezwykle i niezapomniany okres współpracy młodzieży akademickiej z pracownikami naukowymi i jej personelem dydaktycznym i administracyjnym. Takiego entuzjazmu do życia, do pracy, do studiowania nie można było doszukać się, niestety, w latach późniejszych. Trzeba jednak zaznaczyć, że wśród młodzieży akademickiej było wtedy wielu ze starszych roczników. Wielu z nich wojna sponiewierała w działaniach wojennych, w partyzantce, w obozach koncentracyjnych, na tułaczce w lasach i wsiach polskich. Ci wszyscy wiedzieli, że wreszcie po tylu latach makabrycznych przeżyć budują dla siebie w Polsce spokojne, przyszłe godne życie. Nikogo nie przerażało, że pierwsze lata powojenne były często bardzo trudne, niekiedy nawet koszmarnie. Mieszkało się często w zrujnowanych, wypalonych przeważnie miastach, w zatłoczonych pokojach, często nie ogrzewanych, pozbawionych światła. Wśród tej młodzieży znajdowało się wielu późniejszych profesorów i lekarzy Akademii Medycznej w Gdańsku, a wśród nich: Stefan Angielski, niedawny rektor Akademii Medycznej.

cdn.

Z ukosaZ cyklu: *Nauczanie medycyny***Maraton przez płotki czyli rok V**

„O roku ów...” - można by zacząć za wieszczem, jako że ilość „dużych” egzaminów jest na tym roku największa. W związku z tym przypomina on nieco olimpijską dyscyplinę lekkoatletyczną - 3000 m z przeszkodami. Jedni kończą wcześniej „suchą nogą”, inni długo wygrzebują się z rowu z wodą. Jedno tylko różni się zasadniczo - przed biegaczem przeszkoda nigdy nie ucieka.

Interna

1. Bez wątpienia była, jest i pozostanie „Królową nauk medycznych”. Z całego jej bogactwa jednak pozostają co najmniej dwa niedowartościowane „kopciuszki” - endokrynologia i reumatologia. Pojedyncze seminaria (1-2 dni w Sopocie) to jednak trochę mało...

2. Uważam, że system nauczania tego przedmiotu sprawdzałyby się w praktyce, gdyby nie jeden szczegół - na V roku wielu studentów dotyka „choroba sieroca” - lekarze są zajęci i nie mają czasu nimi się zająć. Ciekawe jednak, że nie odnosi się to do wszystkich - są tacy, którzy nie tylko tłumaczą co trudniejsze problemy, ale potrafią nawet przeprowadzić „dydaktyczną demonstrację”, np. echokardiografii (na innym studencie). Nb. dotyczy to nie tylko interny (i nie tylko V roku).

Pediatria

1. Nad przydatnością nie będę się rozwodził - jest oczywista.

2. Z pediatrią jest podobnie jak z interną - można się sporo dowiedzieć od asystenta, o ile trafi się na dobrego. Szkoda, że nie ma z pediatrii żadnego dyżuru na IP, ale na to nie ma rady - musiałoby w Szpitalu Wojewódzkim dyżurować po kilku studentów naraz, co jest fizycznie niewykonalne.

Radiologia

1. Czyli nauka o tym „jak patrzeć, żeby widzieć”. Jest tylko jedno „ale” - przez dwa tygodnie (x 2) nie sposób

tego wszystkiego naraz spamiętać, dlatego np. radiogramy płuc nauczyłem się „odczytywać” na ftyzjatrii - tam był na to cały tydzień.

2. Treść wymusza formę - nie da się tego przeprowadzić inaczej, niż przez oglądanie, do znudzenia, zdjęć. Ale przynajmniej było stale coś do roboty - czas został wykorzystany.

Neurologia

1. Wykonać podstawowe badanie neurologiczne powinien umieć każdy - jest to wartościowa umiejętność.

2. Nie wiem jak inni, ale ja wspominał te zajęcia dobrze - prowadząca pani adiunkt skupiała się właśnie na nauczaniu nas badania klinicznego. Gdyby jeszcze ktoś kiedyś zdecydował o połączeniu w jeden blok neurologii i neurochirurgii (+ seminarium z neuropsychologii na okrasę) zajęcia byłyby z pewnością efektywniejsze - z obu przedmiotów.

Ortopedia z Traumatologią Narządu Ruchu

1. Gros przypadków trafiających do ambulatorium chirurgicznego to urazy kończyn, a ortopedy znają się wszak na tym najlepiej, więc dobrze, że to oni właśnie tego uczą. Problemy ortopedyczne, na które można się natknąć w codziennym życiu lekarskim też każdy powinien znać.

2. To, że za dużo jest studentów na zajęciach na oddziałach to problem wspólny dla prawie wszystkich klinik. Na ortopedii poza tym jeszcze jedna rzecz „uwierała” - nierówny poziom seminariów. Za to wszystkie niedogodności zniwelował egzamin - wspominał go najlepiej ze wszystkich - i nie dlatego, że był akurat pierwszy dzień wiosny.

Choroby Zakaźne

1. Zwane są dla krótkości „zarazami”. W tej dziedzinie medycyny dzieje się najwięcej nowego (za sprawą HIV). Choćby z tego powodu jest to przedmiot ważny.



2. No cóż... Widzieliśmy wszystko, co należało zobaczyć, asystenci nie zostawiali nas samym sobie, pytania na egzaminie były w 100% zgodne z giełdą - nie mam na co narzekać.

Ftyzjatria

1. Przepraszam, komu przeszkadzało to, że w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc nauczano nigdy nie tylko gruźlicy (z sarkoidozą), ale i innych chorób płuc. Moim skromnym zdaniem można by „obciąć” jeden tydzień Internie (z 5 tygodni zrobić 4) i dodać go Ftyzjatrii - z przeznaczeniem właśnie na inne choroby płuc. Tylko trzeba by wznowić (po niewielkim unowocześnieniu) doskonały skrypt - ten „cały”, nie okrojony do gruźlicy.

2. Wspominał dobrze - tam nauczyłem się „widzieć płuca” w badaniu rtg (wątpiącym - zaliczenie mieliśmy pisemne).

Biochemia Kliniczna

Wszystko, co napisałem o tym przedmiocie w części poświęconej 3-mu rokowi odnosi się również do 5-go (może za wyjątkiem egzaminu) - robią tam kawał dobrej roboty.

Propedeutyka Stomatologii

Hmm... Czy nie lepiej bytoby uczynić ten przedmiot fakultatywnym?

Chirurgia, Ginekologia, Onkologia

- patrz rok VI

Na piątym roku wyraźnie daje się odczuć, że najważniejsze to mieć „farta” i nie poddawać się strachowi (tak, jak w życiu...).

Kamil Jankowski

QUIDQUID DISCIS TIBI DISCIS...

W dniach od 1 września do 25 listopada 1994 roku miałam okazję przebywać na stypendium szkoleniowym w Medizinische Hochschule w Hanowerze. Miało ono na celu zapoznanie się z anestezjologią dziecięcą w tamtejszym ośrodku.

Ośrodek w Hanowerze prowadzi znieczulenia do zabiegów w zakresie ogólnej chirurgii dziecięcej, chirurgii przeszczepów (nerek i wątroby), chirurgii onkologicznej i kardiologii dziecięcej. Roczny bilans znieczuleń wynosi 1800. Większość to znieczulenia u dzieci poniżej piątego roku życia. Kilka razy w tygodniu odbywają się zabiegi kardiologiczne, w tym zamykanie przetrwałego przewodu tętniczego, często u dzieci z wagą urodzeniową poniżej jednego kilograma.

Moi niemieccy koledzy prowadzili znieczulenia na trzech salach opera-

cyjnych Kliniki Chirurgii Dziecięcej: dwóch aseptycznych i jednej septycznej, na trzech salach operacyjnych Kliniki Chirurgii Szczękowej i na sali do zabiegów diagnostycznych: bronchoskopii, gastroskopii, cewnikowania serca.

Przebywając w ośrodku w Hanowerze mogłam zapoznać się z wieloma modyfikacjami anestezjologii ogólnej i przewodowej. Pod nadzorem niemieckich kolegów wykonałam około 40 znieczuleń ogólnych z użyciem izofluranu i dziesięciu przewodowych: krzyżowych i zewnątrzoponowych (głównie dla zabezpieczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym po rozległych zabiegach urologicznych i w zakresie chirurgii ogólnej). Było to dla mnie, mimo II^o specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii i dziesięciu lat pracy w zawodzie, jak zaczynanie od

nowa w nieco odmiennych warunkach *a omne principium difficile* (każdy początek trudny).

Należy również dodać, że wszystkie zabiegi operacyjne i diagnostyczne odbywały się z monitorowaniem saturacji przy użyciu pulsoksymetru, pCO₂ z użyciem kapnografu, automatyczną kontrolą ciśnienia tętniczego krwi - metodą bezkrwawą, ekg, możliwością natychmiastowego wykonania na sali operacyjnej podstawowych oznaczeń hematokrytu, poziomu hemoglobiny, elektrolitów, badania gazów krwi. Przy zabiegach kardiologicznych zakładana była linia tętnicza i wkłucie do żyły centralnej.

Pobyt w Hanowerze był bardzo ważny z punktu widzenia mojego rozwoju zawodowego i życzyłabym wszystkim, aby mogli w taki właśnie sposób zdobyć nowe doświadczenia zawodowe i jednocześnie sprawdzić się w nieco odmiennych warunkach.

Pragnę podziękować wszystkim, dzięki którym mój wyjazd do Medizinische Hochschule w Hanowerze był możliwy.

Iwona Bednarska-Żytko



PIERWSZE GDAŃSKIE TARGI MEDYCZNE

**50
LAT
AMG**

**JEŚLI CHCESZ POZNAĆ LUB KUPIĆ
NOWĄ APARATURĘ MEDYCZNĄ I LABORATORYJNĄ**

**JEŚLI CHCESZ POZNAĆ
NOWE LEKI I OTRZYMAĆ MATERIAŁY INFORMACYJNE**

to zaplanuj już teraz zwiedzenie stoisk kilkudziesięciu renomowanych firm uczestniczących w

PIERWSZYCH GDAŃSKICH TARGACH MEDYCZNYCH

które odbędą się w dniu 5 października 1995 r. w budynku Zakładów Teoretycznych Akademii Medycznej w Gdańsku-Wrzeszczu, ul. Dębinki 1A. Będą one wielką imprezą handlową towarzyszącą uroczystościom

jubileuszu 50-lecia AMG.

Wszelkich informacji związanych z Targami i z uczestnictwem firm udziela
dr med. Janusz Jaśkiewicz, adiunkt Kliniki Chirurgii Onkologicznej AMG,
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7, tel. (058) 47-82-22, wew. 14-42 lub 14-43, fax (058) 31-60-17.

opr. swb

PCW i wszystko wiadomo zabójca w domu

Chlor, uważany początkowo za odpad przy produkcji sody kaustycznej, jest bardzo reaktywnym pierwiastkiem chemicznym, który musi pozostawać w trwałych związkach z jakąś inną substancją. Związki chloru są bardzo rozpowszechnione w przyrodzie, jak np. popularny chlorek sodu występujący we wszystkich morzach i oceanach świata. Jednakże chlor produkowany podczas elektrolizy chlorku sodu jest odpadem, z którym coś trzeba zrobić. W ciągu minionych dziesięcioleci przemysł chemiczny wyprodukował miliony ton chloru.

PCW zostało opatentowane w roku 1913 jako pierwszy materiał syntetyczny. W latach trzydziestych Niemcy rozpoczęły program, który miał je uniezależnić od importowanej bawełny. Głównym elementem tego programu była produkcja sztucznego jedwabiu. W tym celu potrzebne były duże ilości sody kaustycznej. Produktem ubocznym były olbrzymie ilości chloru. Coś z tym trzeba było zrobić. Po długich eksperymentach wyprodukowano PCW. To, co wcześniej było odpadem stało się poszukiwanym towarem rynkowym.

W ciągu kilku lat PCW stał się najważniejszym, poza polietylenem, masowo stosowanym materiałem syntetycznym. Od tego czasu minęło parę lat i ludzkość zmądrzała. Zakazano stosowania polichlorowanych bifenyli PCBs (wstrzymują rozrodczość dzikiej zwierzyny). Podobnie stosowanie chloru do dezynfekcji staje się coraz rzadsze.

Stosowanie chloru do dezynfekcji basenów powinno być zabronione, ze względu na tworzenie się poduszki tego gazu, 20-30 cm nad wodą o dużej koncentracji chloru, który zostając wdychany do płuc, uszkadza je.

Obecnie na PCW przypada 30% światowej produkcji chloru. PCW stwarza problemy ekologiczne w ciągu całego swojego życia. Produkcja proszku PCW wiąże się z transportem niebezpiecznych wybuchowych substancji oraz wytwarzaniem toksycznych odpadów. Groźne są zwłaszcza odpadowe substancje smoliste, które zawierają duże ilości dio-

ksyn. Smoły te po spaleniu lub wywiezieniu na wysypisko rozprzewadzą dioksyny szeroko w środowisku. Twardość i barwę zawdzięcza PCW dodatkowi metali ciężkich. Dzięki zawartości substancji grzybobójczych PCW nie jest rozkładane przez grzyby i bakterie. Niektóre dodatki dodawane przy produkcji wykładzin ulatniają się do atmosfery. Przy spalaniu PCW ulatniają się do atmosfery kwaśne gazy, dioksyny oraz inne związki chloroorganiczne.

Produkcja chloru jest bardzo energochłonna. Największym producentem chloru w Europie są Niemcy. Do produkcji tej zużywają aż 25% całej energii zużywanej przez cały niemiecki przemysł.

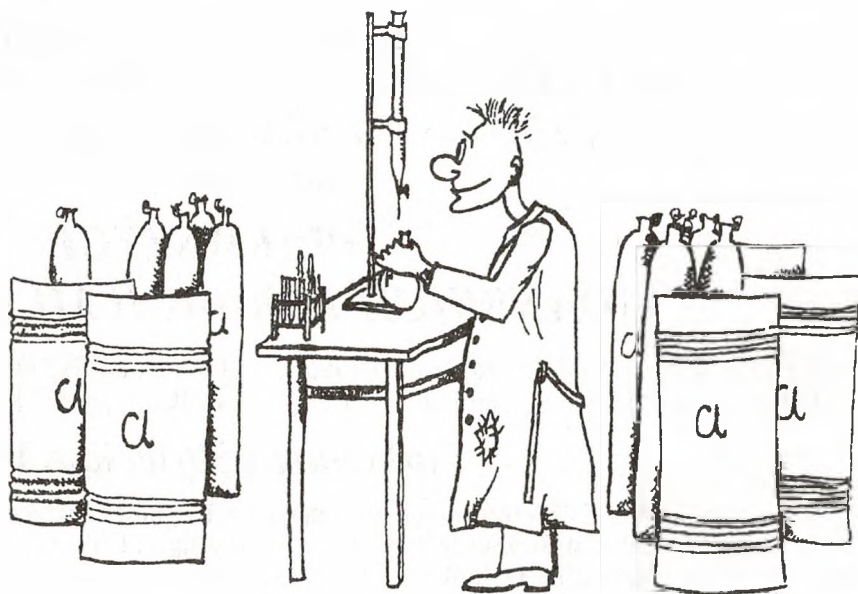
Do produkcji PCW jest stosowany DCE - chlorek etylenu. Jest to substancja bardzo toksyczna i łatwo wchłaniana przez skórę. Powoduje raka skóry i defekty płodów, uszkadza wątrobę, nerki, może być przyczyną krwotoków wewnętrznych i skrzepów. Jest niezwykle łatwopalny. Pary mogą wybuchać wywołując powstanie chlorowodoru oraz fosgenu (gaz bojowy używany w czasie I wojny światowej).

Jednym z najważniejszych miękczaczy używanych przy produkcji PCW jest ftalan dwu-2-etyloheksylu - DEHP. Całkowita roczna produkcja

tej substancji szacowana jest na 3-4 mln ton (1987r.). Większość stosowana jest do produkcji PCW. Jest to substancja uważana za kancerogenną. Migracja DEHP i podobnych mu miękczaczy z plastikowych folii do pożywienia, szczególnie tłustych produktów oraz nabiału, skłoniła już niektórych producentów do stosowania folii wolnych od PCW. W Austrii stosowanie DEHP jest zabronione w opakowaniach mających kontakt z żywnością. W 1986 roku Szwajcaria zabroniła stosowania DEHP do produkcji zabawek dla dzieci. W USA substancja ta jest uznawana za jedną z głównych toksyn.

PCW jest z natury nietrwały, dlatego w zasadzie nie może być używany bez dodania substancji zwanych stabilizatorami. Inne tworzywa tego nie wymagają. Stabilizatory, to głównie metale ciężkie. Początkowo był to ołów, obecnie kadm, cyna, bar i cynk. PCW w swojej pierwotnej formie w temperaturze pokojowej jest twarde i kruche. Plastyfikatory powodują, że staje się ono miękkie i elastyczne. Stabilizatory organiczno-olowiowe przeważają w przemyśle opakowań żywnościowych, gdzie potrzebna jest przejrzystość opakowań. Stabilizatory barowo-kadmowe dominują z kolei w materiałach budowlanych. W 1991 roku Niemiecka Rada Ekspertów do spraw Środowiska zaleciła: "całkowite i natychmiastowe zastąpienie kadmu w produkcji PCW... Jeżeli jakieś produkty z PCW nie mogą być wytwarzane bez dodatków, nie powinny być używane w ogóle".

W celu zmniejszenia możliwości palenia się PCW dodaje się substan-



cje zwane retardantami (spowalniająca palenie). Niestety, substancje te wzmagają tworzenie się dymu, co powoduje konieczność dodawania substancji przeciwdymnych.

Płonące PCW stanowi jedno z najważniejszych zagrożeń dla człowieka. PCW jest powszechnie stosowany w naszych domach. Winyłowe wykładziny podłogowe, ramy okienne, sprzęt elektryczny to tylko niektóre z przykładów. W przypadku pożaru pojawia się drażniący dym i wydzielają się niebezpieczne substancje chloroorganiczne, także dioksyny. Ze względu na obecność chloru, w dymie łatwo tworzy się chlorowodór. Ten z kolei w połączeniu z wilgocią, np. w płucach, tworzy kwas chlorowodorowy, który może być przyczyną ciężkich uszkodzeń układu oddechowego, do śmierci włącznie. Pożar w Beverly Hills Super Club w 1977 r. spowodował, poprzez uduszenie się gazem ze spalanego PCW, śmierć 161 osób bez żadnego kontaktu z ogniem. Jest to jedna z przyczyn, dla których PCW jest na Zachodzie zakazane w szpitalach, szkołach, bankach, elektrowniach i urządzeniach militarnych.

Niemieckie Ministerstwo Zdrowia oraz Niemieckie Federalne Biuro ds. Środowiska zaleca, aby w miejscach narażonych na pożar całkowicie wyeliminować tworzywa zawierające chlor lub brom, a także wprowadza obowiązkowy nakaz znakowania związków zawierających chlor.

Pierwszy powszechny zakaz stosowania PCW w budynkach publicznych wprowadzono w 1992 roku w Bielefeld w Niemczech, po pożarach budynków.

W budownictwie stosuje się PCW także do produkcji ram okiennych. Jednakże pod działaniem promieni słonecznych UV oraz kwaśnych deszczy PCW traci trwałość. Trzeba więc je utwardzać kadmem. W 1990 roku do wyrobu ram okiennych w Niemczech zużyto 1.5 miliona ton PCW.

Ze względu na przedstawione skrótowo wady PCW poszczególne rządy wydają zakazy stosowania PCW. I tak w 1990 r. rząd Szwecji zawarł z przemysłem umowę, na mocy której przemysł dobrowolnie zrezygnował z produkcji PCW. Od 1991 roku w Szwajcarii stosowanie PCW jako pojemników na napoje jest zabronione. Dwie z dziewięciu prowincji Austrii zabroniły stosowania PCW przy wznoszeniu budynków publicznych, a trzy regiony objęły PCW za-

kazem. Wiedeńskie metro nie używa kabli z PCW.

Niestety, w Polsce właśnie wchodzimy w erę używania tego związku. Zabronione albo zużyte maszyny kupują nasi rodzimi biznesmeni do produkcji np. ram okiennych. Czy nie można już wydać zakazu produkcji urządzeń i materiałów budowlanych z PCW? Czy musi dojść do tragedii takiej, jak np. przy pożarze Hali Stoczni Gdańskiej?

A swoją drogą to ciekawe, dlaczego zakaz obejmuje stosowanie PCW w budynkach publicznych, a nie dotyczy prywatnych. Czy małe dziecko, wskutek głupoty swych rodziców musi mieszkać w komorze gazowej z oknami z PCW?!!!!. Pomyślcie.

Na podstawie raportu Greenpeace
1994, Amsterdam, Holandia
(dr Jerzy Jaśkowski)



Przeczytane

...Nie ma dla człowieka nic równie nieznośnego jak zażywać pełnego spoczynku, bez namiętności, bez spraw, bez rozrywek, zatrudnienia. Czuje wówczas swoją nicość, opuszczenie, niewystarczalność i próżnię. Bezwłocznie wyłoni się z głębi jego duszy nuda, melancholia, smutek, żal i rozpacz...

B. Pascal (1623-1662),
matematyk, filozof, pisarz
(Tłum. T. Boy)

...Życie to walczyć. Pomyślność w życiu nie polega na braku wysiłku, niepowodzeń i tragedii, ale na dokonywaniu przez daną jednostkę odpowiedzialnej ilości skutecznych reakcji na nieustanne wyzwanie ze strony środowiska...

R. Dubost
„Tyle człowieka co zwierzęcia” (1973)

Wyboru myśli dokonał Romuald Sztaba

Polecamy Czytelnikom



Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B.: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL, 1994, 97 s.

predyspozycje osobowościowe. Studenci obdarzeni wrodzoną wrażliwością i łatwością komunikowania się z innymi ludźmi „jakoś sobie radzili”. Podpatrywali starszych kolegów i asystentów, niekiedy szukali informacji na własną rękę. Gorzej było i jest z tymi, którzy owych predyspozycji nie posiadali. Wszystkim studentom, ale tym ostatnim w szczególnie stopniu, trzeba w trakcie studiów przekazać odpowiednią wiedzę z zakresu komunikowania się z pacjentem. Temu właśnie celowi służy oceniana książeczka, napisana przez doświadczony zespół autorów pod kierunkiem prof. Marka Hebanowskiego, kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AMG. Wiedzę o kontakcie z pacjentem można jednak głównie zdobywać praktycznie. W przeciwnym razie student traktuje ją jak kolejny materiał do nauczenia. Wynika to zapewne ze sposobu uczenia i nauczania medycyny. Mówiąc o modelowaniu, trzeba chyba zacząć od relacji nauczyciel-student. Od sposobu komunikowania się asystentów ze studentami będzie w dużym stopniu zależało komunikowanie się przyszłego lekarza z pacjentem. Nauka kontaktu z drugim człowiekiem opiera się też na własnym rozwoju, a to umożliwiła działalność praktyczna. W naszej Klinice od wielu lat prowadzimy zajęcia praktyczne ze studentami w zakresie komunikowania się we własnej grupie poprzez trening interpersonalny i asertywności. Ćwiczenia te są przez studentów bardzo pozytywnie oceniane.

Poradnik jest bardzo dobrze skonstruowany. Składa się z sześciu rozdziałów, które wymienimy:

1. Czym jest i co oznacza komunikowanie się lekarza z pacjentem?
2. Drogi nabywania umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem;
3. Komunikacja werbalna;
4. Komunikacja niewerbalna;
5. Bariery komunikacji;
6. Dlaczego tak trudno rozmawiać - opinie lekarzy praktyków. Ta część została przedstawiona w formie wywiadów z trzema doświadczonymi nauczycielami akademickimi (kardiolog, onkolog i pediatra).

Poza niezwykle jasnym i przystępnym stylem, książka ma jeszcze inne godne podkreślenia zalety. Wymieniono w niej trafne przykłady sytuacji trudnych i możliwe zachowania, a także zasady zachowania w tych sytuacjach. Ponadto wyszczególniono podstawowe błędy w komunikacji werbalnej. Na szczególne podkreślenie zasługuje wyraźne ukazanie roli, jaką pełni lekarz w kontakcie z pacjentem. Rozdział „Bariery w komunikacji” ukazuje trudną sytuację pacjenta wynikającą z warunków zewnętrznych i wewnętrznych związanych z chorobą. W poradniku odczuwa się brak przykładów z zakresu komunikacji werbalnej.

Autorzy informują w przedmowie, że przygotowaniu książki przyświecał jeden główny cel: „brak tego rodzaju opracowań w literaturze, który wydaje się być szczególnie dotkliwy w dobie powstawania specjalności: lekarz medycyny rodzinnej”. Ze zdaniem tym można się zgodzić tylko częściowo. Adresatami książki powinni być nie tylko lekarze rodzinni, ale lekarze wszystkich specjalności, a nade wszystko studenci medycyny. Umiejętność nawiązywania kontaktów z chorym człowiekiem, ale również zdrowym, pozostawiano dotychczas w czasie studiów lekarskich w większości polskich uczelni intuicji samych studentów. Od dawna głosiliśmy pogląd, że do studiów lekarskich trzeba mieć

Naszym zdaniem temat zasługuje na kontynuację. Poradnik można traktować jako I część i wstęp do obszerniejszego podręcznika, który miałby bardziej uniwersalny charakter, tzn. uwzględniałyby specyfikę poszczególnych dziedzin medycyny. Proponujemy zebranie od studentów i lekarzy jak najwięcej przykładów sytuacji trudnych w kontaktach lekarz-pacjent, a następnie dostarczenie wzorów konkretnych możliwych zachowań odpowiednio do sytuacji.

Podsumowując, „Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem” jest cenną pozycją dydaktyczną wypełniającą lukę w piśmiennictwie.

Adam Bilikiewicz, Ewa Motak



Lass P.; współautorzy: Mizan K., Romanowicz G., Stomiński J.M.: *Medycyna nuklearna w codziennej praktyce lekarskiej*. Gdańsk: Via Medica, 1994, 84 s.

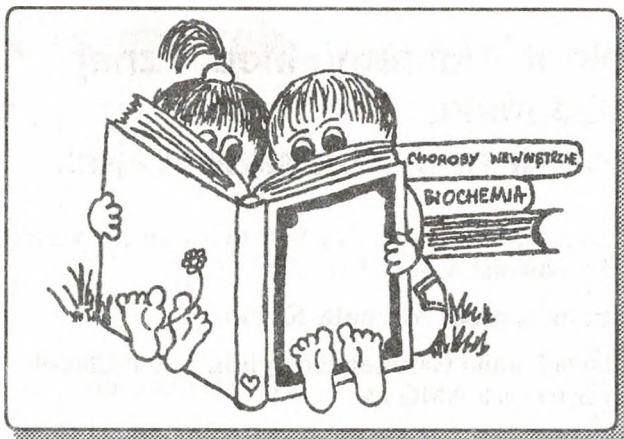
Medycyna nuklearna jest jedną z podstawowych technik diagnostycznych. Od innych metod różni ją charakter otrzymywanych wyników. Przedstawiają one zawsze określoną funkcję badanego narządu. O ile więc TK, USG czy nawet NMR pozwalają na ocenę morfologiczną i na podstawie zmian w budowie narządu możemy wnioskować o charakterze schorzenia, to medycyna nuklearna uzupełnia ten obraz o ocenę czynnościową. W wielu przypadkach zaburzenia funkcji są jedynym wykładnikiem choroby, często zaburzenia te wyprzedzają zmiany strukturalne. Z tego powodu znaczenie metod radioizotopowych ciągle wzrasta. Na świecie obserwuje się od wielu lat systematyczny wzrost liczby badań radioizotopowych. Wynika to również z innej, niespotykanej cechy medycyny nuklearnej. Mimo, iż narodziła się ona 50 lat temu, to ciągle obserwujemy jej dalszy rozwój, przede wszystkim związany z wprowadzeniem nowych radiofarmaceutyków.

Trzydzieści lat temu wykonując scyntyografię mózgu mogliśmy badać stan bariery krew-mózg, obecnie możemy oceniać przepływ krwi w mózgu, systemy receptorowe, metabolizm, stosujemy znaczniki pozwalające w sposób czynnościowy oceniać złośliwość zmian nowotworowych. To samo dotyczy badań układu naczyniowo-sercowego, nerek, płuc, badań onkologicznych. Ocenia się, że rozwój medycyny nuklearnej następuje co najmniej czterokrotnie szybciej niż innych technik diagnostycznych.

W przeświadczeniu wielu lekarzy medycyna nuklearna to metoda droga, niebezpieczna i mało dostępna. Każde z tych twierdzeń (może poza ostatnim niestety) jest nieprawidłowe. Techniki radioizotopowe powinny być dostępne nie tylko dla specjalistycznych oddziałów akademickich, dostęp do nich powinien mieć również lekarz domowy. Wiele z tych metod ma charakter przesiewowy, niektóre z nich pozwalają w sposób stosunkowo tani i nieinwazyjny potwierdzić rozpoznanie.

W podręczniku, który Państwo otrzymujecie zawarte są podstawowe informacje o metodach radioizotopowych. Podane są one w sposób przystępny, zawierają dane o wskazaniach i zasadach interpretacji scyntygramów. Podręcznik ten będzie z pewnością przydatny w pracy klinicznej każdego lekarza.

[ze wstępu dr. hab. med. Leszka Królickiego]

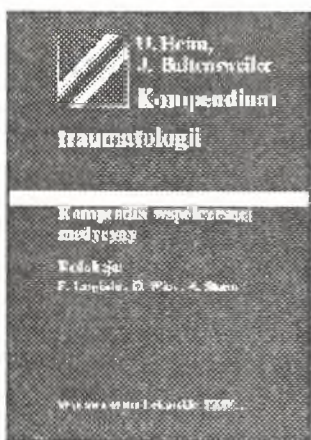


Historia medycyny pod red. T. Brzezińskiego. - Wyd. 2 popr. i uzup. Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL, 1995, 469 s.

Historia medycyny to nie tylko historia kształtowania zawodu lekarza, to również historia myśli i działań człowieka, jego walki o przetrwanie i zachowanie gatunku. „Wiedza medyczna” zdobywana kosztem cierpienia, doświadczenie wynikające ze zmagania z nieubłaganą przyrodą i śmiercią tworzyły pierwsze autorytety, pierwszych „lekarzy”, biegłych w sztuce leczenia.

Od empirii i magii, metodą prób i błędów, pierwsi „lekarze” zdobywali kolejne stopnie wtajemniczenia, poznawali anatomię, fizjologię, uczyli się przyrządzać leki i leczyć chorych.

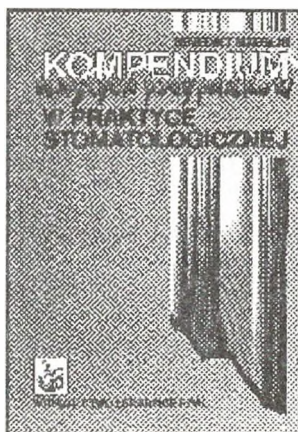
Na kolejnych stronach tej pasjonującej lektury śledzimy drogę, jaką musiał przejść „medyk”, aby stać się współczesnym lekarzem. Jest to więc nie tylko fundamentalne kompendium wiedzy o historii medycyny, nie tylko podręcznik dla studentów i lekarzy, ale źródło wiedzy o życiu, historii nauki i woli człowieka. A jeśli tak - to jest to książka dla każdego z nas.



Heim U., Baltensweiler J.: Kompendium traumatologii; z jęz. niem. tłum. Dobies E. Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL, 1995, 471 s.

Kompendium to dzięki swojemu przejrzystemu układowi i zwięzłej oraz bogato ilustrowanej treści może być bardzo przydatne podczas rozwiązywania problemów dotyczących prawidłowego postępowania wobec pacjenta z urazami. Na podstawie obrazu klinicznego i badań diagnostycznych uwzględniających najnowsze osiągnięcia techniki, sformułowano precyzyjnie wskazania do leczenia zachowawczego lub operacyjnego. Przedstawione i zilustrowane metody leczenia zawierają wiele szczegółów, które niekiedy mają decydujący wpływ na ostateczny wynik leczenia. Jest to więc pozycja wartościowa, która nie pretendując do roli

podręcznika, będzie stanowiła pomoc w codziennej praktyce lekarskiej. Publikacja przeznaczona jest przede wszystkim dla chirurgów, pozwala bowiem podjąć decyzję w sytuacjach nagłych. Sprawdzi się na pewno jako repetytorium dla studentów, sięgną po nią również lekarze pogotowia i traumatolodzy.



Maeglin B.: Kompendium nagłych przypadków w praktyce stomatologicznej. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1994, 172 s.

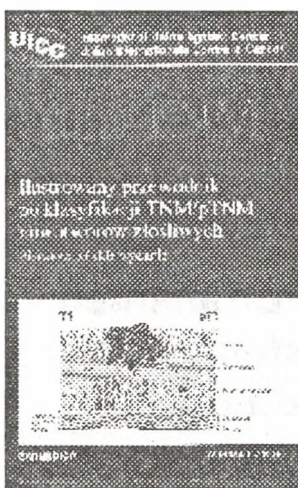
W kompendium w sposób zwięzły i prosty omówiono nagłe przypadki spotykane w praktyce stomatologicznej, ich rozpoznanie i leczenie.

Podzielono je na trzy grupy:

- przypadki ogólnomedyczne, o charakterze incydentalnym
- te, których początek zaistniał przed leczeniem
- oraz występujące w trakcie leczenia stomatologicznego, o charakterze miejscowym

Dokładnie zebrany wywiad i dobrze przeprowadzone badanie pozwoli lekarzowi zastosować właściwe leczenie.

Praca przeznaczona jest dla lekarzy stomatologów i studentów rozpoczynających zajęcia kliniczne.



Atlas TNM. Ilustrowany przewodnik po klasyfikacji TNM/pTNM nowotworów złośliwych. Warszawa: Sanmedica: Wiedza i Życie, 1994, 359 s.

Klasyfikacja TNM nowotworów złośliwych

- pomoże w zaplanowaniu leczenia
- pozwoli na ocenę rezultatów leczenia
- umożliwi wymianę informacji między ośrodkami medycznymi zajmującymi się diagnozowaniem i terapią
- wnosi wkład w nieustający postęp wiedzy medycznej dotyczącej nowotworów.

Atlas TNM ułatwi lekarzom praktyczne posługiwanie się klasyfikacją TNM.



Ciesielski B., Kuziemski W.: Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego w medycynie. Podstawy fizyczne i przykłady zastosowań klinicznych. Toruń: Oficyna Wydaw. Tutor, 1994, 134 s.

Książka przeznaczona dla lekarzy, nie tylko radiologów, podręcznik dla studentów medycyny i poradnik dla pacjentów. Napisana przejrzysto i ciekawie przez fizyka, doktora nauk medycznych i lekarza-radiologa.

Na blisko 140 stronach znalazło się około 40 rysunków i schematów ilustrujących podstawy fizyczne stosowanych technik obrazowania wnętrza ciała oraz 60 zdjęć przedstawiających niektóre zastosowania kliniczne.

Książka zawiera listę wskazań dla lekarzy, w jakich przypadkach diagnozowanie metodą MR może być wartościowe. Pacjent znajdzie tutaj informacje dla siebie oraz opis przebiegu badania. Dla studentów i osób mających zamiar zająć się rozwijaniem swojej wiedzy w tej dyscyplinie naukowej będzie to niezbędna „pierwsza czytanka”.

DZIAŁ SOCJALNY

Akcja Letnia

Dział Socjalny Akademii Medycznej w Gdańsku informuje, że w roku 1995 organizuje wypoczynek letni dla dzieci i młodzieży:

kolonie letnie dla dzieci:

- Poronin 12.07 - 25.07
- Rabka 1.08 - 17.08

obozy dla młodzieży:

- Sominy - obóz jeździecki 9.07- 22.07
- Puck - obóz żeglarski 21.07 - 3.08
- Busko Zdrój - obóz 15.07 - 28.07

Karty kolonijne należy składać w Dziale Socjalnym do dnia **30 maja 1995 r.**

Jednocześnie przypominamy, że termin składania wniosków o przydział wczasów indywidualnych, rodzinnych, refundacji za wczasy, jak również tzw. „wczasów pod gruszą”, organizowanych we własnym zakresie mija **30 kwietnia 1995 r.**



Eurotransmed - system kształcenia podyplomowego

Tematy audycji nadawanych w okresie

kwiecień 1995 - czerwiec 1995:

- 4.04 Use of lasers II: lasers in surgical oncology
- 11.04 Tolerability, 24-hour blood-pressure control and their role in the treatment of hypertension
- 25.04 Comprehensive management in the treatment of osteoporosis
- 9.05 Cancer care: how to communicate with cancer patients and their relatives
- 16.05 Left ventricular hypertrophy: a reversible risk factor for cardiovascular disease?
- 23.05 New advances in glaucoma therapy
- 20.06 Managing elderly patients with psychotic features: an update on behavioural disturbances in dementia
- 27.06 Diastolic performance: the role of the renin-angiotensin system

Wszyscy zainteresowani audycjami proszeni są o zgłaszanie się w dniach transmisji do ministudia (za salą wykładową im. Hillera).

Bliższe informacje u p. mgr. B. Łopatowskiego z Katedry i Zakładu Fizyki i Biofizyki, tel. wew. 10-80

Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku prof. dr hab. Zdzisław Wajda,

zgodnie z postanowieniem Senatu z dnia 27 marca 1995 r. powołał w dniu 29 marca

dr. hab. med. Michała Kurka,

adiunkta Kliniki Gastroenterologii Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG na

Pełnomocnika Rektora ds. Alergologii w AMG.

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku

na posiedzeniu w dniu 27 marca 1995 r. zweryfikował program rozwoju Uczelni z roku 1987 i ustalił plan przewidzianych inwestycji budowlanych Akademii Medycznej:

- 1-3. Kliniczne Centrum Zabiegowe
Zakład Medycyny Sądowej
Kuchnia Centralna PSK nr 1
4. Instytut Stomatologii
5. Instytut Położnictwa i Chorób Kobięcych
6. II etap budowy Zakładów Teoretycznych
7. Studium Wychowania Fizycznego i Sportu z ośrodkiem rekreacji.

Szczegółowe dane przedstawione zostaną w odrębnym artykule.

Prorektor ds. Klinicznych
prof. dr hab. Z. Nowicki

Komunikat Uczelnianej Komisji Wyborczej Akademii Medycznej w Gdańsku

Uprzejmie informuję, że w dniu 5 kwietnia 1995 r. na zebraniu elektorów reprezentujących nauczycieli akademickich Wydziału Farmaceutycznego AMG nie będących profesorami ani doktorami habilitowanymi jako przedstawiciela tej grupy pracowniczej do Senatu AMG wybrano

dr farm. Małgorzatę Sznitowską.

Wybory przeprowadzono w związku z przyjęciem przez Pana Rektora rezygnacji dr. hab. Jacka Petruszewicza, którego habilitacja została oficjalnie zatwierdzona przez Centralną Komisję.

Przewodniczący Uczelnianej Komisji Wyborczej
prof. dr hab. Roman Kaliszan

DZIAŁ KADR

1.03. - 31.03.1995

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:**35 lat**

Jan Młynarski

20 lat

dr farm. Jan Halkiewicz

Elżbieta Janowska

dr n. med. Gabriela Nagel-Starczynowska

dr med. Lucyna Weyna

Stopień naukowy doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych otrzymał

dr hab. n. farm. Jacek Petruszewicz

Na stanowisko adiunkta awansowała

dr n. hum. Joanna Kliszcz**Z Uczelni odeszli:**

mgr farm. Beata Englot

inż. Bolesław Formela

dr med. Barbara Skoczylas-Stoba

Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie

Związek Polaków na Białorusi informuje, że 25 stycznia 1995 r. w województwie grodzieńskim zorganizowano Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie.

Towarzystwo zwraca się do Koleżanek i Kolegów Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń Medycznych o poparcie jego działalności, nawiązanie kontaktów naukowych i praktycznych oraz przedstawienie własnych propozycji współpracy. Adres:

Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie Zarząd Główny
ul. Dzierżyńskiego 32, 230023 Grodno
tel.: 44-94-57 tel./fax: 44-63-75

Prezes ZG PTLG: Dr n.med. Kazimierz Jodkowski,
tel.: 44-01-54

Wiceprezes: Dr n.med. Kazimierz Konkol,
tel.: 44-14-02

Sekretarz: Dr Anna Pietuć,
tel.: 44-64-11

Adres:

Związek Polaków na Białorusi
ul. Dzierżyńskiego 32, 230023 Grodno
tel.: 44-94-57, fax: 44-63-75

Konto: I 00700222
Wojewódzki Wydział "Bielbiznesbank"

do druku podała:
dr G. Bendykowska

NSZZ

SOLIDARNOŚĆ

GDAŃSK

W dniu 30.03.1995 r. na zebraniu Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” AMG i PSK podjęto następujące uchwały:

1. Członkowie Związku otrzymują zasiłki statutowe z tytułu:

- | | | |
|--------------------------|---|--------|
| a) urodzenia dziecka | - | 60 zł |
| b) zgonu członka Związku | - | 200 zł |
| c) zgonu członka rodziny | - | 40 zł |

Zasady wypłacania zasiłków statutowych:

- do uzyskania zasiłku statutowego obowiązuje 6-miesięczny staż związkowy (nie dotyczy osób po raz pierwszy podejmujących pracę)
- obowiązuje przedłożenie aktu urodzenia lub zgonu
- zgłoszenie żądania wypłaty zasiłku należy złożyć w terminie do 6 miesięcy od daty urodzin lub zgonu
- zasiłki z tytułu urodzenia dziecka wypłaca się obojgu rodzicom
- na dziecko urodzone martwe wypłaca się jednemu z rodziców
- matce samotnej z tytułu urodzenia dziecka wypłaca się zasiłek zwiększony o 100%
- zasiłek z tytułu zgonu członka rodziny wypłaca się w przypadku zgonu: współmałżonka, rodziców, teściów, dziecka na utrzymaniu, osoby na wyłącznym utrzymaniu
- zasiłek z tytułu zgonu członka Związku wypłaca się tylko jednej osobie, która udokumentuje pokrycie kosztów związanych z pogrzebem.

2. Członkowie Związku odchodzący na emeryturę lub stałą rentę otrzymują odprawy emerytalno-rentowe w wysokości uzależnionej od stażu związkowego. Staż związkowy liczony jest od 1989 r. Za każdy rok stażu związkowego otrzymuje się 30 zł.

Wysokość wypłat zasiłków statutowych i związkowych odpraw emerytalno-rentowych zatwierdzono decyzją Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” Akademii Medycznej i Państwowych Szpitali Klinicznych w Gdańsku w dniu 30.03.1995 r. z mocą obowiązującą od dnia zatwierdzenia.

Zofia Cholewina

UWAGA!

Wśród ofiar wybuchu gazu w budynku mieszkalnym w Gdańsku-Wrzeszczu w dn. 17.04.1995 są nasze koleżanki i koledzy.

POMÓŻMY IM

Datki pieniężne i ofiary rzeczowe zbieramy w siedzibie Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” AMG i PSK. Tam też udzielamy dokładniejszych informacji.

W imieniu poszkodowanych dziękujemy za ofiarność.

POLSKIE TOWARZYSTWO EPIDEMIOLOGÓW i LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH ODDZIAŁ W GDAŃSKU

zawiadamia, że w dniu 10 maja o godz. 11.00 w sali wykładowej im. prof. W. Bincera Kliniki Chorób Zakaźnych AMG, ul. Smoluchowskiego 18, odbędzie się kolejne zebranie szkoleniowe na temat **WŚCIEKLIZNA**:

1. *Sytuacja epizootyczna wścieklizny w województwie gdańskim. Metody likwidacji ognisk wścieklizny u zwierząt* - dr wet. S. Wyrzykowski, wojewódzki epizootolog, Wojewódzki Zakład Weterynaryjny w Gdańsku
2. *Etiopatogeneza, diagnostyka i immunoprofilaktyka wścieklizny zwierząt* - prof. dr hab. wet. A. Kopcowski, Zakład Higieny Weterynaryjnej w Gdańsku
3. *Sytuacja epidemiologiczna wścieklizny* - lek. med. J. Moll, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Gdańsku
4. *Kwalifikacja do uodporniania czynnego i biernego przeciw wściekliznie u ludzi* - dr med. J. Ellert-Zygadłowska

ODDZIAŁ MORSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

zawiadamia, że 10 maja o godz. 11.00 w sali im. Reichera (Zakłady Teoretyczne), ul. Dębinki 1 zostaną wygłoszone referaty:

1. *Ocena kliniczna immunoterapii* - prof. dr hab. S. Chyrek-Borowska
2. *Mechanizmy immunologiczne w przebiegu odczułania* - prof. dr hab. M. Kowalski

POLSKIE TOWARZYSTWO PATOLOGÓW ODDZIAŁ GDAŃSKI

zaprasza na zebranie, które odbędzie się 10 maja o godz. 13.00 w Muzeum Zakładu Patomorfologii AMG. W programie:

1. *Demonstracja przypadku ropnia mózgu po przebytym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych* - dr med. J. Kozak
2. *Przypadek boreliozy u dziecka* - dr W. Dudek, dr C. Wesółowski
3. Zebranie sprawozdawczo-wyborcze Oddziału

ZARZĄD ODDZIAŁU GDAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FARMACEUTYCZNEGO oraz GDAŃSKA OKRĘGOWA RADA APTEKARSKA

zapraszają członków i sympatyków na posiedzenie naukowe w dniu 16 maja o godz. 13.00 do sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG przy al. gen. J. Hallera 107. Gościem społeczności farmaceutycznej będzie prof. dr Hans Hartwig Otto z Pharmazeutische Institut w Albert-Ludwig-Universität we Freiburgu (Niemcy), który wygłosi w języku angielskim wykład pt.:

Nowe strategie poszukiwania antybiotyków i leków przeciwnowotworowych

TOWARZYSTWA

POLSKIE TOWARZYSTWO PEDIATRYCZNE ODDZIAŁ GDAŃSK

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się 16 maja o godz. 11.15 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-7. Program posiedzenia:

Współczesne poglądy na leczenie obturacyjnych zapaleń oskrzeli - dr T. Małaczyńska, Szpital Dziecięcy w Gdańsku-Oliwie

ZARZĄD ODDZIAŁU GDAŃSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMACEUTYCZNEGO

zawiadamia, że w dniu 23 maja o godz. 13.00 w pierwszym terminie, a o godz. 13.30 w drugim terminie, w sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG przy al. gen. J. Hallera 107, w związku z kończąca się XIX kadencją działalności Zarządu odbędzie się ZEBRANIE SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZE o następującym porządku:

1. Zagajenie
2. Historia i osiągnięcia Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej AMG, z cyklu wykładów „**Historia i osiągnięcia Katedr Wydziału Farmaceutycznego AMG**” - prof. dr hab. S. Janicki
3. Wybór przewodniczącego i sekretarza Zebrania Wyborczego
4. Sprawozdanie ustępującego Zarządu z działalności za okres 1992-1995
5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej
6. Dyskusja nad sprawozdaniem
7. Sprawa udzielenia absolutorium ustępującemu Zarządowi
8. Wybór nowych władz Oddziału na XX kadencję
 - a) wybór komisji skrutacyjnej
 - b) wybór przewodniczącego Oddziału
 - c) wybór członków Zarządu
 - d) wybór komisji rewizyjnej
9. Wybór delegatów na Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
10. Sprawy bieżące
11. Wolne wnioski
12. Przekazanie obecnym członkom certyfikatu przynależności do Towarzystwa

**Fundacja Rozwoju Akademii Medycznej
w Gdańsku**

**Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. w Gdańsku
351-809-506850-139-11**

POLSKIE TOWARZYSTWO HISTOCHEMIKÓW I CYTOCHEMIKÓW

informuje, że 19 maja o godz. 10.00 w Bibliotece Katedry i Zakładu Histologii i Immunologii odbędzie się posiedzenie naukowe. W programie:

Zastosowanie spektroskopii EPR w badaniach biologicznych - dr J. Nowak

POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE ODDZIAŁY GDAŃSKO-ELBLĄSKI I BYDGOSKI

zawiadamia, że 27 maja o godz. 10.00 we Fromborku (hotel „Kopernik”) odbędzie się posiedzenie naukowe. W programie:

- I.1. *Niewydolność kręgosłupa w aspektach neurologicznych* - prof. dr hab. R. Mazur, Klinika Neurologii w Bydgoszczy
 2. *Leczenie operacyjne dyskopatii i spondylozy w odcinku szyjnym kręgosłupa - w materiale własnym* - dr S. Kopczyński, Oddział Neurochirurgii w Elblągu
 3. *Leczenie operacyjne dysków odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa* - dr W. Kloc, Klinika Neurochirurgii w Gdańsku
- II. Zwiedzanie stoisk farmaceutycznych, prezentacja preparatów AKINETON i BROS
- III. Uroczysty obiad

ODDZIAŁ MORSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

zawiadamia, iż w dniu 12 kwietnia o godz. 11.00 w sali im. Rydygiera odbyło się wspólne zebranie Oddziału Morskiego PTD i Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Referat pt. *Patogeneza atopowego zapalenia skóry* wygłosił prof. dr hab. W. Silny z Kliniki Dermatologicznej AM w Poznaniu.

INSTYTUT CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

informuje, że kolejna konferencja kliniczna odbędzie się 31 maja 1995 r. w sali wykładowej im. Wszelakiego w godz. 12.00 - 13.00.

Omawiane przypadki pochodzą z I Kliniki Chorób Wewnętrznych i Ostrego Zatrucia Instytutu Chorób Wewnętrznych.

1. *Przypadek sklerodermii z zaburzeniami termoregulacji* - kol. E. Stasiuk
 2. *Przypadek ciężkiego zatrucia preparatem Aminophyllinum - retard.* - kol. J. Szewczyk
- Szczególnie zapraszamy studentów V roku, stażystów i rezydentów do wzięcia udziału w konferencji.

Z okazji 25-lecia Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i 50-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku w dniach 12 i 13 maja odbędzie się

I KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA I KLINIKI CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ AMG (z udziałem gości zagranicznych) i POSIEDZENIE KLUBU TORAKOCHIRURGÓW

Temat obrad: **Rakowiak oskrzela**

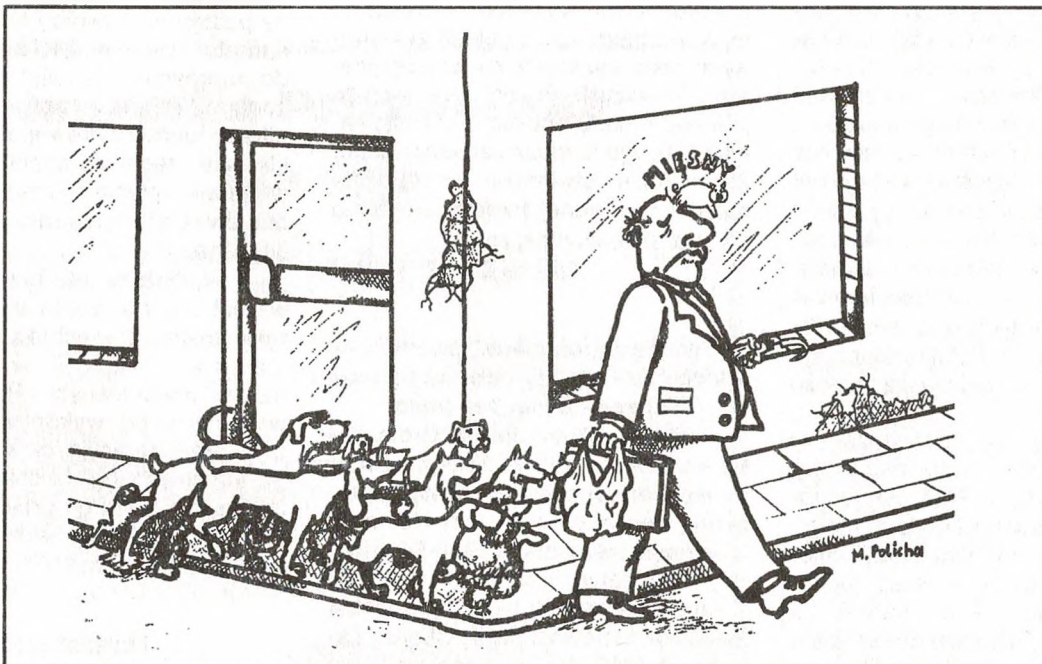
Miejsce obrad: Hotel Orbis „Posejdon” Gdańsk-Jelitkowo. Zainteresowanych prosimy o przesłanie zgłoszenia do Kliniki lub o kontakt telefoniczny: 47-82-22 wew. 14-00, 14-31

II ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGÓW DZIECIĘCYCH

odbędzie się w dniach 25-27 maja 1995 r. w sali NOT w Gdańsku przy ul. Rajskiej 6.

Tematyka Zjazdu:

1. *Migrena i naczynioruchowe bóle głowy u dzieci*
2. *Choroby rdzenia u dzieci*
3. *Wczesne rozpoznawanie zaburzeń neurorozwojowych i możliwości ich leczenia*



O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia NA ŁAMACH PRASY

Medycy biznesmenami

„Po roku nauki na Podyplomowym Studium Zarządzania w Zakładach Opieki Zdrowotnej przy Uniwersytecie Gdańskim, pierwsi słuchacze otrzymali świadectwa. Średnią oceną był stopień bardzo dobry. Szkolenie rozpoczęło 31 osób, zakończyło 30. Połowę słuchaczy stanowili lekarze, a wśród pozostałych były też pielęgniarki, pracownicy Wydziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim oraz dyrektorzy ekonomiczni placówek zdrowia w woj. gdańskim i elbląskim.

Zajęcia trwały przez dwa semestry, w piątki po południu i przez całą sobotę. Uczono się na nich kierowania zakładem, marketingu, ekonomiki, finansów, organizacji pracy, komputeryzacji, podstaw gospodarki rynkowej. Chodziło bowiem - jak powiedział inicjator studium, lekarz wojewódzki, Tadeusz Podczarski - o poszerzenie wśród medyków wiedzy z zakresu ekonomii, prawa i zarządzania szpitalami oraz przychodniami. A Akademia Medyczna takiej wiedzy nie daje.”

Dziennik Bałtycki, 27.03.95

Ofiary pożaru do Polanicy.

Centrum oparzeń i lądowisko

„W Gdańsku gościł prof. Kazimierz Kobuz, konsultant krajowy ds. oparzeń, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju. Konsultował uszkodzanych w listopadowej pożarze w Hali Widowiskowo-Sportowej Stoczni Gdańskiej. Kwalifikował do zabiegów plastycznych”.

Ustalono wówczas, że dziewięć osób pojedzie do Polanicy - pierwsze, u których dobrze zabliźniły się rany, już za dwa miesiące, pozostałe w ciągu pół roku; głównie na rekonstrukcję dłoni i małżowin usznych. Kolejnych 49 poddanych będzie rehabilitacji w Gdańsku.

Profesor poparł ideę powołania w Gdańsku specjalistycznego ośrodka leczenia oparzeń dla Polski północnej, twierdząc, że na ten cel muszą znaleźć się pieniądze.

Przypomnijmy - pisze *Dziennik* - że na przetomie 1994 i 1995 roku Wojewoda gdański, Maciej Płażyński, w porozumieniu z rektorem Akademii Medycznej, Zdzisławem Wajdą, złożył wniosek do ministra zdrowia, Jacka Żochowskiego, o powołanie w Gdańsku na bazie AM, 12-, 15-osobowego oddziału leczenia oparzeń z pododdziałem in-

tenywnego nadzoru kombustologicznego, który pełniłby funkcję regionalnego ośrodka leczenia oparzeń dla Polski północnej.

Akademia posiada wysoko kwalifikowaną kadrę medyczną lekarzy i pielęgniarek Kliniki Chirurgii Plastycznej i Katedry Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wysoko cenioną przez nadzór krajowy i specjalistów z zagranicy.

Projekt zawiera propozycję zorganizowania ośrodka w pomieszczeniach Kliniki Chirurgii Plastycznej z możliwością rozbudowy. Przyszła inwestycja pochłonie ok. 3.5 mln zł (35 mld); zaś inicjatorzy liczą na pieniądze z Ministerstwa Zdrowia.

Ważne jest również reaktywowanie w pobliżu AM lądowiska dla samolotów sanitarnych - twierdzili lekarze. - Dojazd do Rębiechowa w godzinach szczytu jest coraz trudniejszy, a często minuty decydują o życiu pacjenta.

Wojewoda gdański, Maciej Płażyński i rektor AMG, Zdzisław Wajda, zobowiązali się, że w ciągu dwóch tygodni uzgodnią jego lokalizację”.

Dziennik Bałtycki, 3.04.95

„Nowy” minister w Gdańsku.

A co tam w oświacie?

- Nie mam wątpliwości, że pensja profesora szkoły wyższej powinna wynosić 25 milionów „starych” złotych - powiedział prof. Ryszard Czarny, pełniący od miesiąca funkcję ministra edukacji narodowej.

Złożył on wczoraj wizytę w Politechnice Gdańskiej, gdzie zebrali się rektorzy trójmiejskich uczelni. Było to robocze spotkanie przed planowaną na początek maja parlamentarną debatą o szkolnictwie wyższym. Poruszano m.in. problem licencjackich zawodowych szkół wyższych, kwestie przynależności wszystkich szkół wyższych do jednego resortu edukacji i kształtowania polskiego funduszu edukacyjnego. Zgromadzeni stwierdzili, że w Polsce zaledwie w jednej trzeciej „odnawia się” warstwę inteligencji.

Dziennik Bałtycki, 11.04.95

Trochę zapomniane „święto”: 7 kwietnia - Międzynarodowy Dzień Zdrowia. Świat bez polio

Autorka artykułu - Jolanta Gromadzka-Anzelewicz - pisze: „Wciąż mam w pamięci dzieci chore na postać porażenną - polio, czyli choroby Heinego-Medina, które w latach 1940-50 umierały w dramatycznych okolicznościach - wspomina prof. dr hab. Władysława Zielińska, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych AMG. Mali pacjenci dusili się

po prostu, gdy dochodziło do całkowitego porażenia mięśni układu oddechowego. Wpiew wymyślono więc „żelazne płuca”, potem rozpoczęła się era respiratorów. Wirus penetrował też układ nerwowy; wywoływał zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i różnego stopnia uszkodzenia, których ślady pozostały na całe życie.

Wśród nas żyją dorosłe już osoby, które w dzieciństwie przeszły chorobę Heinego-Medina. Są inwalidami narządu ruchu i do końca życia będą przypominać światu, że poliomyelitis należało kiedyś do najgroźniejszych chorób zakaźnych.

W Polsce ostatnie zachorowania na polio, spowodowane dzikim wirusem (inaczej ulicznym, czyli występującym w przyrodzie), odnotowano w latach 1982 i 1984. Choroba przebiegała łagodnie, z objawami rzekomo grypowymi. W latach następnych przypadki polio zdarzały się sporadycznie u dzieci nie szczepionych z różnych względów (najczęściej z powodu innych schorzeń) lub zaszczepionych nie w pełni. W województwach gdańskim i elbląskim nie zarejestrowano przypadków tej choroby od wielu dziesiątków lat.

Głos Wybrzeża, 6.04.95

Badania USG

Dr hab. med. Ewa Bażko pisze:

„Badanie ultrasonograficzne (USG) jest najczęściej wykonywanym badaniem obrazowym. Wpływa na to łatwa dostępność i stosunkowo krótki czas badania, brak jakichkolwiek przeciwwskazań, możliwość wielokrotnego powtarzania, bezpieczeństwo, względnie niski koszt i niekwestionowana wartość diagnostyczna.

Od kilku lat obserwuje się dynamiczny postęp w rozwoju i udoskonalaniu aparatury ultrasonograficznej. Dąży się do poprawienia jakości obrazu ultrasonograficznego przez wprowadzenie ultrasonografii cyfrowej. Postęp w elektronice i technice miniaturyzacji niewątpliwie wpłynie na zmniejszenie wymiarów i ciężaru aparatu ultrasonograficznego...

... Najbliższe lata przyniosą także wzrost zastosowania ultrasonografii trójwymiarowej w echokardiografii, położnictwie, onkologii, w diagnostyce naczyń krwionośnych. Rozszerzą się wskazania do wykonywania badań USG śródoperacyjnych w neurochirurgii, transplantologii, w chirurgii naczyń, urologii, w chirurgii przewodu pokarmowego i wątroby, w czasie operacji laparoskopowych...”

Terapia, 4.04.95

Materiał zebrał i opracował
dr n. farm. Aleksander Drygas

Przygotowania do obchodów 1000 - lecia Gdańska

GDAŃSK SYMBOLEM WSPÓLNOTY EUROPEJSKIEJ W 1997 ROKU

przedruk wstępu do Zestawień Projektów opracowanych przez Radę Programową (dokończenie z Gazety AMG 2/95)

Gdańsk tworzył szczególną atmosferę etniczną i kulturalną, na którą składały się różnorodne czynniki ekonomiczne, odmienne zwyczaje i kulturalne trendy wielości nacji, religii, sposobów widzenia świata i języków. Gdańsk był łącznikiem nie tylko pomiędzy Wschodem i Zachodem, ale także pomiędzy północnymi i południowymi regionami Europy. Wytworzył się klimat, który jest jedynym w swoim rodzaju. Tu przełamano bariery kontaktów i nieporozumień. To konflikty powodowały utratę znaczenia i utratę wielu szans na dalszy rozwój.

Gdańsk był jednym z najważniejszych miast hanzeatyckich, które już w średniowieczu odgrywało ważną rolę w rozwoju cywilizacji, a jego wpływy obejmowały cały region Morza Bałtyckiego. Miasto oddziaływało na rozbudowę powiązań ekonomicznych i kulturalnych między regionami i dawało im spójność. Ten niezwykle dobrobyt miasta stworzył nowe możliwości dla mieszkańców, którzy wznosili budowle (świeckie i sakralne) ozdobiane przez sławnych europejskich i miejscowych artystów. Wielu mieszkańców Gdańska zyskało światową sławę, wśród nich są: Jan Heweliusz, Gabriel Fahrenheit, Arthur Schopenhauer, Günter Grass i obecny prezydent Lech Wałęsa.

W Gdańsku zaczęła się II wojna światowa, która doprowadziła do podziału Europy i zniszczenia bogactwa miasta.

Odbudowa miasta i powstanie ruchu antykomunistycznego, który spowodował upadek komunizmu, to najwspanialsze karty historii Gdańska, Europy i Świata. Nowa populacja miasta zaczęła swą integrację poprzez wysiłek odbudowy kulturalnego i historycznego dobytku stanowiącego nieodłączną część dorobku Europy. To dzięki tym działaniom stało się jasne, że muszą przestać istnieć sztuczne podziały na kontynencie.

Niezwykłe położenie Gdańska i funkcje miasta powodowały duże zainteresowanie władz państwowych, z

zagwarantowaniem mu pełnego bezpieczeństwa. Budowano i modernizowano lokalne fortyfikacje i budowle wojskowe. Nigdy, w całej historii, miasta nie zdobyto na skutek bezpośredniego ataku. Gdańsk szybko stawał się miastem bogatym, wznoszącym budowle o zróżnicowanym charakterze. Dzięki zdobieniom, z upływem czasu prawie każdy budynek stał się prawdziwym pomnikiem historii i symbolem świetności miasta.

Gdańsk jest nazywany "bramą do Polski", której bronili Twierdza Wisłoujście zbudowana w XVI w. przez holenderskiego architekta Antoniego van Opbergen. Inne fortyfikacje otaczające miasto, powstałe w XVII i XIX w., zachowały się na południowej stronie. Jest wśród nich Kamienna Śluza z roku 1624, która umożliwia regulowanie poziomu wody, dzięki czemu można było zalać drogi dojazdowe do miasta uniemożliwiając napastnikom jego zdobycie. Z budynków militarnych zachowały się XIV-wieczne wieże: Baszta Jacek, Baszta Kotwiczników oraz Baszta Łabędź i Stągiewna Brama spełniająca rolę bastionu (XV w.). Głównego wejścia do miasta bronił barbakan typowy dla północno-europejskich miast. Barbakan i Wysoka Wieża z roku 1576 są rozszerzeniem traktu królewskiego obejmującego ulicę Długą i Długi Targ.

Ulica Długa rozpoczyna się najstarszą bramą w mieście - Złotą Bramą zaprojektowaną przez Abrahama van den Blocke i Jana Strakowskiego. Długi Targ, od strony starego portu, kończy się Zieloną Bramą z roku 1568 wzniesioną przez Jana Kramera i Henri de Regnier'a z Amsterdamu. Została ona zaprojektowana jako królewska rezydencja i służyła królowi Marii Ludwicy Gonzaga, żonie króla Władysława IV. Od 3 lat Zielona Brama jest siedzibą Związku Miast Bałtyckich. Stare Miasto rozciągało się wokół królewskiego traktu i w złotym wieku stanowiło odbicie ducha idealnie zbudowanego miasta europejskiego.

Centrum miasta formował kompleks budynków ściśle przylegających do siebie. Najważniejszą budo-



GDAŃSK 997 - 1997 *

włą jest Ratusz Głównego Miasta, który powstał w XIV wieku. Na przełomie XVI i XVII wieku został urządzony w stylu Pałacu Dożów w Wenecji; szczególną uwagę przyciąga wielka sala posiedzeń ze wspaniałym kominem i jednym z najpiękniejszych sufitów zaprojektowanym przez Isaca van den Blocke i Shimona Herle.

Niedaleko ratusza znajduje się Dwór Artusa z roku 1350, był on (wg legendy) siedzibą Rycerzy Okrągłego Stołu i Króla Artura. Było to miejsce spotkań i publicznych dyskusji, spełniające centralną rolę w sponsorowaniu sztuki europejskiej. Przed Dworem Artusa stoi fontanna Neptuna zaprojektowana w roku 1633. W centrum znajduje się również największy w Europie kościół zbudowany z cegły, kościół Mariacki. Jego budowę rozpoczęto w roku 1343 i zakończono po 159 latach w roku 1502. Wymieniając jeszcze tylko kilka z wielu wspaniałych miejsc, należy wspomnieć o najpiękniejszej ulicy miasta, ulicy Mariackiej, XV-wiecznej Bramie Mariackiej, Żurawiu, Wyspie Spichrzów, Wielkim Młynie (który w XIV wieku był największym zakładem wytwórczym w Europie), kościele św. Brygidy (powstałym w XIV wieku i odbudowanym obecnie przez księdza prałata Henryka Jankowskiego, który przyczynił się do przetrwania antykomunistycznego ruchu Solidarności w latach 1981-1989), Domu Uphagena, Katedrze Oliwskiej i wielu innych.

Gdańsk posiada 6 wyższych uczelni i oddziały Polskiej Akademii Nauk, 3 teatry, 7 muzeów, szereg galerii, kin i dziesiątki innych instytucji, jednak jego dobrem są wspaniali wykształceni ludzie, którzy robią wszystko, aby urodziny miasta były świętem na miarę 1000-letniej historii. Dla zrealizowania tych przemysłowych przedsięwzięć powołany został Komitet Obchodów 1000-lecia Miasta Gdańska ustanowiony uchwałą Rady Miasta. Powstała spójna struktura organizacyjna, która osiągnie zaplanowane cele. Tworzą ją Komitet Honorowy, Prezydium Komitetu, Rada Programowa i Sekretariat Komitetu.

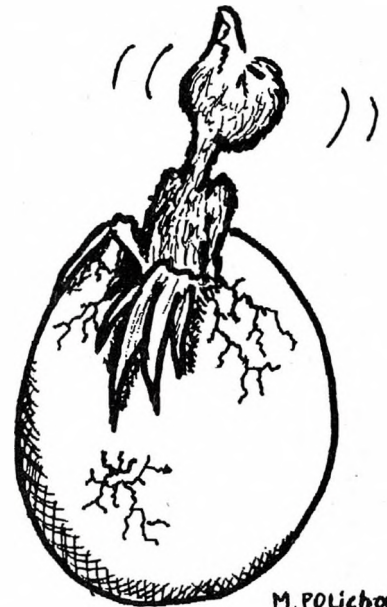
A. Judin

Co myślą o szyi na Wschodzie

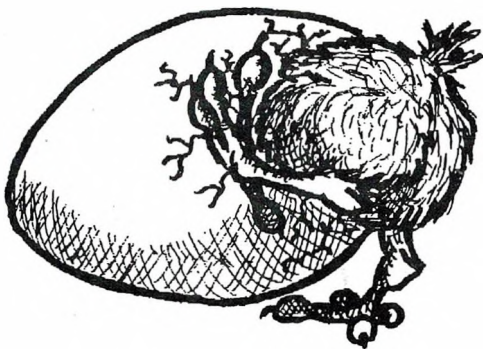
pamięci Włodzimierza Wysockiego

*Przyzwoity władca - szyję krótką
Musi mieć w te nieciekawe czasy:
Żeby mostek był pod podbródkiem,
Pod potylicą - plecy tak od razu.*

*Na tak krótkim, niepozornym karku
Łeb się trzyma pewnie i wygodnie.
Uduszenie mało wiarygodne,
Bo przeszkodę czyniął teb i barki.*



*A ci głupce - szyję wyciągają
i na placach stają - to szaleńce.
Widać dalej, owszem (ja cię kręcę!)
Jak się ponad tłumy wychylają.*

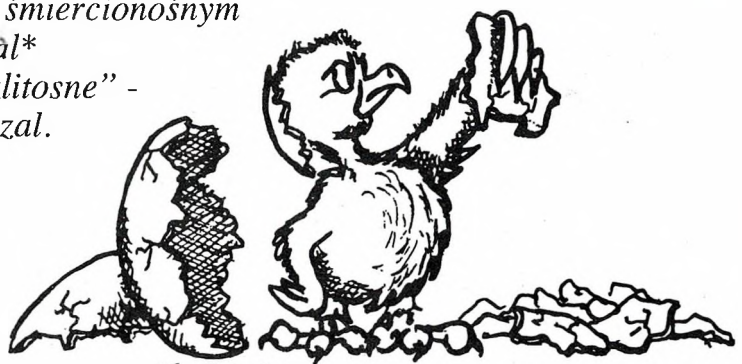


*Koniec! Bo przegrałeś w tym układzie,
Nawet jeśli widzisz krajobrazy:
Kiwasz się jakbyś stał na pokładzie,
Szyję masz otwartą na urazy.*

*Każdy jeden z krótkowzrocznym okiem
Liczy kręgi twe i się nie nudzi.
Widać sporo, ale to tłumoki
Żyją z nagą szyją pośród ludzi.*

*Puszczą nerwy, krew mu zawrze w żyłach,
Pięść się wzniesie ze zwinnością żmii,
Ściśnie twoją długą, chudą szyję,
Zrobi chudsza ją niż przedtem byta...*

*Mnie o wschodnim bycie śmiercionośnym
Opowiedział stary aksakał*
„... nawet bajki tu są bezlitosne” -
Pomyślałem i włożyłem szal.*



* Aksakał - orientalna wersja kowboja