

Paweł Panieński

**Rozwój anestezjologii akademickiej
w Poznaniu w XX wieku
(1919-2001)**

Praca doktorska

Promotor: prof. emeryt UMP dr hab. med.

Roman K. Meissner

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu

Poznań 2014

Dolorem sedare opus divinum est.

Uśmierzać ból jest dziełem boskim.

Spis treści

WSTĘP	7
1. Uzasadnienie tematu.....	7
2. Uzasadnienie cezury	8
3. Charakterystyka bazy źródłowej	10
4. Zastosowane metody badawcze	16
5. Cel i pytania badawcze	16
 ROZDZIAŁ I NARODZINY ANESTEZJOLOGII ŚWIATOWEJ	18
1.1. Historia sposobów znieczulania i walki z bólem	20
1.2. Początki nowoczesnej anestezjologii	28
1.3. Techniki znieczulania	32
1.3.1. Znieczulenie wziewne	32
1.3.2. Historia eteru	33
1.3.3 Znieczulenie miejscowe	39
1.3.4. Znieczulenie dożylne.....	43
 ROZDZIAŁ II STAN BADAŃ NAD HISTORIĄ ANESTEZJOLOGII W POLSCE.....	45
2.1. Muzeum Anestezjologii Polskiej	48
 ROZDZIAŁ III ZARYS DZIEJÓW ANESTEZJOLOGII POLSKIEJ W XIX WIEKU (OKRES 1793-1918)	53
 ROZDZIAŁ IV ANESTEZJOLOGIA AKADEMICKA W POZNANIU DO WYBUCHU II WOJNY ŚWIATOWEJ.....	68
 ROZDZIAŁ V ANESTEZJOLOGIA AKADEMICKA W LATACH 1940-1949	78

ROZDZIAŁ VI ROZWÓJ ANESTEZJOLOGII UNIWERSYTECKIEJ W POZNANIU W LATACH 1950-2001.....	92
6.1. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	97
6.2. Nadzór specjalistyczny	100
6.3. Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu.....	104
6.4. Początki Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej	108
6.5. Przekształcenie Zakładu Anestezjologii w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej w 1978 roku	113
6.6. Działalność dydaktyczna Zakładu	117
6.7. Współpraca międzynarodowa	120
6.8. Działania Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii 1978-1982	123
6.9. Działalność Instytutu w roku 1982	131
6.10. Zakłady Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	139
6.11. Materiały dydaktyczne	143
6.12. Towarzystwo Anestezjologów Polskich	156
6.12.1. Oddział w Poznaniu	157
6.12.2. Zjazdy Polskiego Towarzystwa Anestezjologii	159
6.12.3. Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	166
6.13. Anestezjologia dziecięca.....	167
6.14. Pielęgniarstwo anestezjologiczne	170
6.15. Po rozwiązaniu Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii	174
6.16. Fundacja Europejskiej Edukacji Anestezjologii	176
 ROZDZIAŁ VII DYSKUSJA I WNIOSKI.....	 181
 ZAKOŃCZENIE	 188
ANEKS 1 Dokumenty Towarzystwa Anestezjologów Polskich.....	193
ANEKS 2a Statut Towarzystwa Anestezjologów Polskich (1962).....	216

ANEKS 2b Statut Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii	227
ANEKS 3 Okres Edynburski	254
ANEKS 4 40 lat Zakładu, Instytutu i Katedry anestezjologii w poznańskiej uczelni medycznej (2.11.1962-2.11.2002).....	263
ANEKS 5 Bibliografia pracowników Zakładu Anestezjologii przed jego utworzeniem.....	271
ANEKS 6 Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu	313
ANEKS 7 Program specjalizacji I i II stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii (1984).....	330
ANEKS 8 Sylwetki anestezjologów wielkopolskich.....	340
Ludwik Bierkowski.....	343
Kazimiera Brodzińska.....	345
Leon Drobnik	346
Michał Gaca	348
Paweł Gantkowski	351
Jerzy Garstka.....	352
Antonii Tomasz Aleksander Jurasz	355
Witold Jurczyk	358
Mieczysław Justyna	361
Zdzisław Kruszyński.....	362
Andrzej Kubacki	363
Krzysztof Bronisław Kusza	364
Jacek Łuczak.....	365
Teodor Teofil Matecki	369
Jan Witold Moll	370
Kazimierz Bonawentura Nowakowski	372
Stanisław Aleksander Pokrzywnicki.....	373
Roman Reithar	375
Paweł Sobczyński	375
Krzysztof Bolesław Stengert.....	376

Heliodor Święcicki.....	378
Roman Szulc	380
Zofia Wołochowicz-Józwiak	383
Laura Wołowicka.....	383
BIBLIOGRAFIA	387
SPIS ILUSTRACJI.....	399

WSTĘP

1. Uzasadnienie tematu

Rozwój anestezjologii akademickiej w Poznaniu postępował równolegle do najważniejszych odkryć światowych w tej dziedzinie. Celem dysertacji jest chronologiczna analiza materiałów historycznych i syntetyczne przedstawienie wkładu anestezjologii akademickiej w Poznaniu na rozwój tej specjalizacji w Polsce.

Podjmując, po ponad 150-latach dzielących nas od chwili pierwszego znieczulenia eterowego temat rozwoju anestezjologii, uświadamiamy sobie, jak zmiennie postępował rozwój wiedzy o sposobach zniesienia bólu w ostatnich dwóch epokach. Ilu ludzi, ile poszukiwań i zwątpień, ile dręczących myśli targało sumieniami medyków, aby odkryć sposób na pozbanienie chorego doznania bólu. To również pytanie, które stawiali sobie lekarze – czy nieznany im osobiście środek nie spowoduje śmierci człowieka, a tym samym, czy nie zostanie złamana fundamentalna zasada przysięgi Hippokratesa: *primum non nocere*.

Było to zapewne jedno z ważniejszych zwątpień etycznych lekarzy minionych stuleci na świecie i w Polsce. Rozwój znieczulenia jako umiejętności, a następnie anestezjologii jako odrębnej specjalności medycznej, zasługuje na szczególne wyróżnienie. Gdy następuje przełom w 1846 r. w Bostonie i otwierają się możliwości bezbólowej ingerencji leczniczej wewnątrz ciała, w Polsce ta wiedza niezwłocznie zostaje zaangażowana dla dobra człowieka.

I tu należy podkreślić, że odbywa się to w okresie zaborów. Pomimo tych trudności, znieczulenie staje się powszechne jako umiejętność. Następuje też rozwój naukowy, dzięki przenikaniu piśmiennictwa i lekarzy pomiędzy granicami zaborów. W każdym z zaborów istniały różne ograniczenia dla kształcenia się oraz rozwoju naukowego. Dlatego należy ujęcie rozwoju

anestezjologii akademickiej traktować na przestrzeni regionalnej, zachowując oczywiście, integralność wobec wszystkich elit medycznych.

Po odzyskaniu niepodległości obserwujemy w Wielkopolsce niezwykle rozwój naukowy związany z powstaniem pierwszej uniwersyteckiej placówki od czasów Akademii Lubrańskiego. Jest to etap, w którym umiejętność znieczulania nabiera szczególnego charakteru, ze względu na napływ nowych technik, leków i aparatury. Pojawiają się głosy o konieczności wydzielenia lekarza, który będzie specjalizował się w dawaniu narkozy, bowiem oprócz korzyści związanych ze zniesieniem bólu, istnieje również statystyka niepowodzeń i powikłań śmiertelnych w wyniku zastosowania narkozy lub znieczulenia przewodowego. Wkład wielkopolskich lekarzy i naukowców w rozwój tej dziedziny jest również imponujący na tle całej Polski.

II wojna światowa przerywa gwałtownie rozwój całej akademickiej medycyny. Jej kontynuacja w tym czasie odbywa się na ziemi szkockiej, w Edynburgu, i ma ograniczoną formę do potrzeb, jakie ma w tym trudnym okresie spełnić.

Zakończenie II wojny światowej stanowi oczywisty moment przywrócenia możliwości nauczania akademickiego i rozwoju, nie tylko tej, ale i wszystkich innych specjalności.

2. Uzasadnienie cezury

Granice czasowe, które stanowią podział tej dysertacji, są silnie związane z dziejowo udokumentowanymi wydarzeniami, które wpływały na rozwój anestezjologii akademickiej w Wielkopolsce. Uwarunkowania geopolityczne umożliwiają dokładne określenie granic cezury.

Początki polskiej anestezjologii nierozdzielnie wiążą się z datą pierwszego znieczulenia eterowego, przeprowadzonego przez krakowskiego profesora Ludwika Bierkowskiego w 1847 r.¹ Przyjęta data wyznacza dolną

¹ Z. Rondio, *25-lecie anestezjologów w Polsce (Rozważania ogólne)*, Anestezjologia Intensywna Terapia, R. XVI, s. 5.

granicę okresu, w którym stopniowo dochodziło do stworzenia podwalin pod rozwój całej polskiej anestezjologii, pojmowanej jako wyodrębniona dziedzina medyczna w późniejszym okresie. Ten pierwszy okres w dziejach anestezji to przede wszystkim koncentracja zainteresowań na różnych sposobach znieczulania wraz z udoskonalaniem ich technik oraz poszukiwanie nowych, skuteczniejszych środków służących do wywołania analgezji miejscowej i ogólnej. Okres ten trwał niemal do odzyskania niepodległości w 1918 r.

W tym pierwszym okresie, nazwanym zarysem dziejów anestezjologii polskiej i wielkopolskiej w XIX wieku (okres 1793-1918), wiele jest cech wspólnych w rozwoju umiejętności dla potrzeb medycyny operacyjnej.

Kolejną granicę cezury stanowi moment odzyskania przez Polskę niepodległości w dniu 11 listopada 1918 r. Na ten okres przypada powstanie szkolnictwa wyższego, w tym nauczania akademickiego lekarzy w Wielkopolsce. Zakończenie tego okresu następuje w momencie wybuchu II wojny światowej, łączącym się z zamknięciem Uniwersytetu Poznańskiego oraz prześladowaniem środowiska akademickiego.

W kolejnym rozdziale odnoszę się do okresu, w którym nieliczna grupa lekarzy – nauczycieli akademickich, kontynuuje pracę dydaktyczną na obczyźnie. Jest to czas kształcenia kadr medycznych na Wydziale Lekarskim w Edynburgu w latach 1940-1949.² Jest to okres, w którym sposobów znieczuleń naucza się jako umiejętności medycyny pola walki.

Ostatnim z wielkich okresów, który dotyczy ważnych zmian organizacyjnych, mających wpływ na rozwój nowej specjalności lekarskiej, jest okres powojenny. W tym czasie z anestezjologii stopniowo wyodrębniły się nowe, autonomiczne dziedziny medycyny, w tym leczenie bólu i opieka paliatywna. Udoskonalono także działania w zakresie intensywnej opieki medycznej.

² Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu był nieformalną kontynuacją Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Zob.: R. K. Meissner, *Polski Wydział Lekarski w świetle „nowych” dokumentów archiwalnych*, [w:] *Księga pamiątkowa w 80-lecie uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu*, pod red. R. K. Meissnera, Poznań 2001, s. 340 i następne.

Anestezjologii sprzyjał dynamiczny rozwój technologii komputerowych, umożliwiających monitorowanie stanu chorego. W sukurs przyszły także inne dziedziny techniki, które wspomagały lekarzy tej specjalizacji m.in. w prowadzeniu resuscytacji. Natomiast farmacja dostarczała im coraz to nowocześniejszych leków i środków.

Pierwsze lata anestezjologii to przede wszystkim działania powiązane z postęпом w zakresie patofizjologii układu oddechowego. Natomiast już po kilkunastu latach, gdy poznano dokładniej patofizjologię układu nerwowego człowieka, wprowadzono nowe metody znieczulania ogólnego i miejscowego. Wreszcie rozwój badań nad patofizjologią układu krwionośnego umożliwił anestezjologom panowanie nad organizmem ludzkim w stanach krytycznych. Dzięki wspomnianemu postępowi wiedzy, znacznie zmalała liczba przypadków śmiertelnych, nie tylko w czasie zabiegów operacyjnych, lecz również porodów itp. W konsekwencji wydłużyła się średnia długość życia ludzi. Ten fakt zapewne najlepiej wyraża olbrzymi postęп anestezjologii w okresie ponad 150 lat jej rozwoju – od chwili pierwszego znieczulenia ogólnego do czasów nam współczesnych.

Rozwój anestezjologii uniwersyteckiej w latach 1950-2001 można podzielić na następujące okresy:

- do czasu utworzenia Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- okres działania Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- po rozwiązaniu Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Górną granicę cezury stanowi data rozwiązania Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

3. Charakterystyka bazy źródłowej

Opracowanie dziejów anestezjologii akademickiej w Wielkopolsce to zadanie trudne. Zapewne ograniczenie badań tylko do niektórych obszarów aktywności (np. towarzystw anestezjologicznych, bądź pewnych gałęzi

medycznych – anestezjologii pediatricznej, ginekologicznej itp.) nie przyniosłoby oczekiwanych, zadowalających rezultatów. Wynika to przede wszystkim z dużego rozproszenia materiałów archiwalnych oraz szczątkowego stanu ich zachowania. Materiały dostępne w tym zakresie to często artykuły o charakterze okolicznościowym. Niestety nie są dostępne archiwa, które zawierałyby pełne chronologicznie akta.

Dziejów akademickiej anestezjologii w Poznaniu nie można ograniczać do badań nad przeszłością tej dziedziny medycyny wyłącznie w środowisku uniwersyteckim Poznania. Wszakże to tylko fragment kilkudziesięcioletnich wysiłków lekarzy, w jednym z wielu ośrodków, gdzie wciąż toczy się dyskusja nad znaczeniem anestezji w medycynie, wspierana mozolnym trudem i wysiłkiem analizy procesu tworzonego przez kilka pokoleń lekarzy różnych specjalności.

Wiadomości na temat początków tej dziedziny wiedzy są rozproszone po licznych publikacjach, co powoduje, że w badaniach wciąż odczuwany jest brak monograficznego ujęcia problematyki. Tej luki w literaturze nie zapełniają liczne artykuły przyczynkarskie, omawiające rozwój anestezjologii w Polsce i w Poznaniu³. Podstawowy zrąb informacji o początkach anestezjologii, jej „prehistorycznych” dziejach, czerpałem z rozprawy R. von Brunn⁴ oraz z obszernego i syntetyzującego informacje rozdziału *Historia znieczulenia* pióra M. H. Armstronga⁵, *The History of Surgical Anesthesia* Thomasa E. Keysa⁶, a także z *From craft to specialty* Davida Shepada.⁷

Szczególne miejsce w tym dorobku naukowym zajmują prace prof. dr hab. Witolda Jurczyka, który od początku swojej działalności naukowo-organizacyjnej przyczyniał się do powstania wszystkich, w kolejnych okresach, struktur akademickich kształcących w zakresie anestezjologii, intensywnej

³ Wykaz tych publikacji znajduje się bibliografii zestawionej na końcu.

⁴ R. von Brunn, *Zur Vorgeschichte der Anästhesie*, Ciba-Zeitschrift 1952, Bd. 11, Nr 130/131, s. 4772-4806.

⁵ M. H. Armstrong Davison, *Historia znieczulenia* [w:] *Anestezja ogólna*, pod red. F. T. Evansa i T. C. Graya, tłumaczenie zbiorowe pod red. S. Pokrzywnickiego, Wyd. III, t. I, Warszawa 1970, s. 1-18.

⁶ T. E. Keys, *The History of Surgical Anesthesia*, Wood Library Museum 1996.

⁷ D. Shepard, *From craft to specialty*, York Point Publishing Ontario, 2009.

terapii, pomocy doraźnej, aż do momentu powstania Instytutu Anestezjologii w poznańskiej Akademii Medycznej.

Wśród innych autorów, piszących na ten temat, znalazła się dość liczna grupa lekarzy poznańskich.

Zadanie spisania dziejów anestezjologii poznańskiej stało się w dużej mierze możliwe dzięki artykułom historycznym prof. W. Jurczyka w nielicznym piśmiennictwie branżowym. Korzystając również z artykułów prof. Kazimierzy Brodzińskiej mogłem uzupełnić pracę o cenne zapisy. Dzięki tym tekstom moje zadanie było nieco łatwiejsze.

Bogaty dorobek naszej historii medycyny w zakresie omawianej tu dyscypliny zaprezentowano na krakowskim sympozjum *Historia anestezjologii w Polsce*, które odbyło się 21 lutego 1986 r.⁸ Wśród artykułów zamieszczonych w publikacji stanowiącej pokłosie tego spotkania, znalazły się wystąpienia Jerzego Garstki oraz Ireny Bowbelskiej o rozwoju anestezjologicznej specjalizacji w Wielkopolsce w okresie po 1945 r.⁹ Omawiane wydawnictwo wniosło do dorobku ojczystej historii medycyny bogaty przegląd dokonań anestezjologii w akademickich ośrodkach jak i w centrach przemysłowych (m.in. na Górnym Śląsku), jednocześnie podkreślając wkład uczonych Wielkopolan w jej przeobrażenia organizacyjne i kształcenie nowych kadr, a także doskonalenie sposobów leczenia pacjentów z wykorzystaniem anestezjologii.

Cennych wiadomości o ostatnich latach anestezjologii poznańskiej dostarczyła publikacja okolicznościowa *Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii*¹⁰. W pracy ponadto zastosowano syntetyczne opracowanie rozwoju wielkopolskiej, krajowej i światowej anestezjologii. Uzyskany w ten sposób zasób wiadomości wzbogacono rozmowami z twórcami poznańskiej anestezjologii: prof. Laurą Wołowicką, prof. Witoldem Jurczykiem, prof.

⁸ *Materiały naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, 21 lutego 1986 w Krakowie, pod red. M. Sycha, brak roku wydania.

⁹ Tamże, s. 106-111.

¹⁰ *Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Działalność Katedry w latach akademickich 2001/2002 i 2002/2003*, pod red. R. Szulca i M. Gacy, Poznań 2004.

Jerzym Garstką, prof. Romanem Szulcem oraz dr Janiną Pawłowską, dr S. Woźniakiem i dr hab. Michałem Gacą.

Korzystałem tu m.in. z dokumentów udostępnionych przez W. Jurczyka, R. K. Meissnera, J. Garstkę oraz wiele innych osób. Często odwoływałem się do czasopism medycznych i publikowanych na ich łamach artykułów, wspomnień, nekrologów.

W mojej pracy posiłkowałem się różnorodnym materiałem źródłowym i wielokrotnie sięgałem po wspomnienia uczonych. Mimo starannych i usilnych poszukiwań, zabrakło tu publikacji, które ukazywałyby osobiste doświadczenia anestezjologów. Przypuszczalnie w naszym piśmiennictwie literatura taka nie istnieje lub jest niezwykle rzadkością.

Po uzyskaniu zgody przez Kierownika Katedry, przejrzałem dokładnie zbiory, a raczej to co po nich zostało, z Biblioteki Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, uzyskując jednakże bardzo ubogi materiał.

Liczne informacje o anestezjologii w środowisku poznańskim zebrałem w trakcie lektury pism fachowych, głównie kwartalnika *Anestezjologia Intensywna Terapia*, który został omówiony w jednym z fragmentów pracy. Wykorzystałem także poznańskie czasopismo *Nowiny Lekarskie*, wydawane w latach 1898-1939, 1945-1950 i ponownie od 1989 r. Oczywiście nie są to wszystkie wykorzystane tytuły czasopism. Prace eksploracyjne ułatwiały liczne bibliografie publikacji poświęconych anestezjologii, wykazy dorobku naukowego pracowników Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego i inne zestawienia zawartości piśmiennictwa fachowego.

Podstawowy, bardzo cenny materiał źródłowy do dziejów anestezjologii w Wielkopolsce zebrałem wykorzystując *Kroniki* Uniwersytetu Poznańskiego z okresu dwudziestolecia międzywojennego XX stulecia, a także powojenne *Kroniki* i *Roczniki* Akademii Medycznej oraz *Roczniki* PTPN¹¹.

Ważne źródło informacji stanowiły wydawnictwa zjazdowe Towarzystwa Anestezjologów Polskich, w których opublikowano referaty,

¹¹ Zestawienie czasopism zamieszczam w bibliografii znajdującej się na końcu niniejszej pracy.

komunikaty bądź ich streszczenia polsko- i obcojęzyczne. Nie udało się niestety dotrzeć do wszystkich materiałów Zjazdów i pamiętników. Z tego względu dokonałem gruntownej analizy wydrukowanych polskich bibliografii medycznych oraz wykazów prac opublikowanych przez uczonych zatrudnionych w poznańskiej Akademii Medycznej¹².

Sporo niezwykle cennych informacji dostarczyły rozmowy z pracownikami naukowymi Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego. Poszukiwania archiwalne wsparło analizą materiałów publikowanych w internecie, gdzie na szczególną uwagę zasługują publikacje Wielkopolskiej Biblioteki Cyfrowej.

Biograficzne dane o przedstawicielach tej dyscypliny naukowej zostały zaczerpnięte przede wszystkim z *Polskiego Słownika Biograficznego*, *Wielkopolskiego Słownika Biograficznego* oraz z licznych słowników lekarskich. Niezwykle cenne były biogramy zamieszczone w publikacji *Samodzielni pracownicy nauki* wydanej w ramach serii Biblioteka FEEA¹³. W tej pracy opublikowano biogramy nauczycieli akademickich, którzy w sposób szczególny zapisali się na kartach historycznych w pierwszym okresie tworzenia struktur akademickich.¹⁴

Korzystałem także ze słowników lekarzy polskich oraz innych wydawnictw, jak np. *Kto jest kim w polskiej medycynie*. Zapoznanie się z tego rodzaju materiałami było jednym z pierwszych etapów powstawania niniejszego opracowania. Znalazło to odzwierciedlenie w końcowej części mojej dysertacji, w zestawieniu biografii zasłużonych anestezjologów poznańskich.

Drugi etap badań wiązał się ze stworzeniem kalendarium ważniejszych wydarzeń w dziejach światowej, polskiej i poznańskiej anestezjologii. Sporządzono je na podstawie:

¹² *Roczniki AM w Poznaniu*, t. I – X, za lata 1959-1976.

¹³ *Samodzielni pracownicy nauki. Członkowie honorowi polskich uczelni medycznych. Członkowie honorowi PTAiIT*, Poznań 2003, Biblioteka FEEA, z. 4.

¹⁴ Suplement II do książki: *Samodzielni pracownicy nauki. Członkowie honorowi*, oprac. red. prof. dr hab. W. Jurczyk, Poznań 2004.

- publikacji okolicznościowych wydawanych przez uczelnie medyczne, szpitale kliniczne, miejskie, wojewódzkie;
- publikacji z materiałami naukowymi Zjazdów Anestezjologów Polskich i wszelkiego rodzaju spotkań naukowych, zarówno krajowych, zagranicznych jak i regionalnych.

Cennych informacji dostarczały czasopisma, w tym pismo *Lekarz Wojskowy* wydawane w Szkocji¹⁵, *Kroniki AM w Poznaniu*, które wydawano do lat sześćdziesiątych XX w., a później zostały zastąpione przez *Roczniki Akademii Medycznej*. Wykorzystane zostało także jedno z najstarszych na świecie czasopism historyczno-medycznych *Archiwum historii i filozofii medycyny* (założone w 1924 roku w Poznaniu).

Gromadzenie materiału źródłowego do pracy, z różnych powodów, było jednym z trudniejszych etapów badań, bowiem wiele materiałów źródłowych zaginęło, zatem dotarcie do nich stało się niemożliwe. Powstałe luki starałem się uzupełnić poprzez docieranie do dokumentów ze zbiorów prywatnych (m.in. życiorysów, spisów publikacji, świadectw specjalizacyjnych, prac doktorskich, ankiet specjalizacyjnych np. dr Bowbelskiej). Było to możliwe w znacznej mierze dzięki uprzejmości i pomocy prof. Jerzego Garstki. Materiał zdjęciowy jest niezwykle ubogi, brak cyfryzacji dokumentów spowodował ich zaginięcie czy zniszczenie.

Największe braki materiałów źródłowych ogólnodostępnych, dotyczą okresu powojennego, do lat 70-tych. Ekspozyty aparatury anestezjologicznej, będącej pozostałością po ekspozycji Muzeum Anestezjologii w Ostrowie Wielkopolskim, w przeważającej części bez pierwotnego opisu znajdowały się w Muzeum Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ważnym wydarzeniem była jedyna wystawa czasowa poświęcona rozwojowi anestezjologii wielkopolskiej pt. „Anestezjologia, intensywna terapia, reanimacja i resuscytacja” w dniach 1 stycznia 2010 – 31 marca 2011.

¹⁵ *Lekarz Wojskowy* – czasopismo poświęcone wojskowej służbie zdrowia, medycynie i higienie. Wydawane przez Towarzystwo Naukowe Lekarzy Wojska Polskiego w Zjednoczonym Królestwie, Perth 1941, T. XXXIV, nr 1 – Edinburgh 1945, T. XXXVI, nr 1-4.

Wszystkie eksponaty są depozytem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

4. Zastosowane metody badawcze

W pracy źródła historyczne zostały poddane krytyce zewnętrznej i wewnętrznej. Uzyskano pozytywny wynik dotyczący autentyczności wykorzystanych źródeł.

Przystępując do próby zarysowania historii anestezjologii akademickiej w Wielkopolsce dokonałem kwerendy w bibliotece Uniwersytetu Medycznego, Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zapoznałem się z ważniejszymi opracowaniami o tej tematyce w zbiorach zewnętrznych jak i prywatnych. W badaniu posługiwałem się głównie metodą retrogresywną, z uwagi na niejednorodny i ubogi materiał źródeł historycznych.

5. Cel i pytania badawcze

Celem pracy jest zebranie, uporządkowanie i zrozumienie zależności historycznych w rozwoju anestezjologii akademickiej w Poznaniu od czasu pierwszego znieczulenia, a następnie rozwoju nowej specjalności medycznej, do momentu przekształcenia Instytutu w Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przeprowadzone badania obligują autora, aby jako górną cezurę czasową pracy przyjąć rok 2001.

Kolejnym celem jest poszukanie istotnych wydarzeń, które wpłynęły na osiągnięcie tak imponujących rozmiarów organizacyjnych w ramach struktur krajowych. Wreszcie, odnalezienie sylwetek najważniejszych pionierów anestezjologii uniwersyteckiej w Wielkopolsce.

Sformułowałem następujące pytania badawcze w swojej dysertacji:

1. Jak przebiegał rozwój znieczulania w Wielkopolsce przed okresem powstania Uniwersytetu Poznańskiego?

2. Jaki wkład w rozwój anestezjologii polskiej wnieśli poznańscy anestezjolodzy do czasu II wojny światowej?
3. Jaki był udział poznańskiej kadry uniwersyteckiej w nauczaniu anestezjologii na Wydziale Lekarskim w Edynburgu?
4. Jak powstawało nauczania akademickie anestezjologii w okresie powojennym?
5. Jaki wkład naukowy wniosła poznańska anestezjologia akademicka do rozwoju nauki polskiej w okresie powojennym?
6. Jaki wkład wniosła poznańska anestezjologia akademicka do rozwoju kształcenia przed dyplomowego i podyplomowego w anestezjologii i intensywnej terapii?
7. Jakie osiągnięcia poszczególnych nauczycieli wniosły istotny wkład w kształtowanie anestezjologii w Polsce i innych obszarach związanych z anestezjologią?
8. Jak należy syntetycznie podsumować okres badany?

ROZDZIAŁ I NARODZINY ANESTEZJOLOGII ŚWIATOWEJ

...Historia chirurgii jest historią ostatnich stu lat. Rozpoczyna się ona w roku 1846 odkryciem narkozy, która stworzyła możliwość bezbolesnych operacji. Wszystko, co było przedtem, jest tylko nocą niewiedzy, cierpienia i bezowocnego macania w ciemności.

„Historia stu lat” przedstawia najbardziej przerażającą panoramę, jaką zna ludzkość...

Bertranda Gosset¹⁶

Historia powstania anestezjologii, od momentu pierwszej publicznej narkozy w 1846 r., do momentu powstania osobnej specjalności lekarskiej jaką jest anestezjologia, stanowi historycznie okres jednej epoki. Lekarze wszystkich epok, od zarania dziejów człowieka, starali się przynieść pacjentowi ulgę w jego cierpieniu. Ale przecież ból częściej był postrzegany jako zjawisko, które jest należne człowiekowi, wynika z jego grzechów w ujęciu biblijnym i nie można go zwalczać.

W Piśmie Świętym znajdujemy uzasadnienie dla odczuwania bólu przez grzech pierworodny:

*...Do niewiasty powiedział: „Obarczę cię niezmiernie wielkim trudem twej brzemienności, w bólu będziesz rodziła dzieci”...*¹⁷

Podobnie jest w Koranie:

...A jeśli dosięgnie was jakieś nieszczęście, to za to, co zarobiły wasze ręce... 42:30

...Nikogo nie dosięgnie żadne nieszczęście, jak tylko za zezwoleniem Boga... 64:11¹⁸

¹⁶ J. Thorwald, *Stulecie chirurgów*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 7.

¹⁷ *Biblia Tysiąclecia*, Księga Rodzaju, Wydawnictwo Pallotinum 1998, Rdz.3,16.

¹⁸ <http://www.poznajkoran.pl/koran/64/>

Źródła historyczne ujawniają, że myśl o zmniejszeniu cierpienia w aspekcie bólu cielesnego, oraz zniesienia bólu w czasie operacji towarzyszyła wielu lekarzom różnych epok i różnych kultur. Dzisiaj wiemy, że do XIX w. nawet udane próby miały charakter incydentalny. Gdy ból został wpisany do panteonu dolegliwości niepożądanych, które należy leczyć, istniały granice społeczne, wiedzy i inne, uniemożliwiające jego pokonanie.

Dzieje znieczulenia w szczególny sposób związane są z próbami ingerencji we wnętrze ciała człowieka.

Przez długi czas medycy z zasady nie dokonywali bolesnych zabiegów na chorych. Operowanie ludzi było domeną chirurgów, cyrulików, którzy w hierarchii zawodowej byli lokowani o wiele niżej niż medycy, przynależąc do cechu rzemiosł. Często byli oni mistrzami swojego fachu, ale mimo to, towarzyszący ból zabijał tak samo jak krwotoki.¹⁹

Odkrycia z dziedziny fizjologii, chemii i nauk przyrodniczych, dzięki którym zniesiono granicę bólu dla ingerencji w ciało, oczekiwały czasami wieki, aby zostać wykorzystanym do tego celu.

Przykładem są anestetyki wziewne, które pierwotnie były używane do zupełnie innych celów, jak eter do rozrzedzania wydzieliny oskrzeli, a podtlenek azotu do uzyskania upojenia na równi z alkoholem.

Narodziny anestezjologii jako dziedziny medycyny odbywają się w XIX wieku. W ocenie wielu autorytetów, to właśnie dopiero w tym czasie możliwy był rozwój tak nowoczesnej specjalności. Jest to związane z postępem nauki i techniki, ale nie tylko. Wydaje się, że zmienił się w tym czasie przede wszystkim sposób patrzenia na rzeczywistość, pojawiły się nowe nurty filozoficzne, rozszerzyła się otwartość na człowieka, możliwości wniknięcia w organizm. Zmienił się wówczas także sposób patrzenia na medycynę. Rozwinęła się dynamicznie organizacja szpitalnictwa, rozwijały się specjalizacje lekarskie, powstawały towarzystwa naukowe. Dzięki technice informacja przepływa szybciej po całym globie, a możliwości prowadzenia badań radykalnie się poprawiają. Historia pokazuje, że w XIX wieku nastąpiło

¹⁹ K. Brodzińska, *Refleksje jubileuszowe*, Anestezjologia Intensywna Terapią 1996, 28, s. 113.

najwięcej istotnych odkryć w dziejach świata. Dla medycyny również dopiero w tym okresie możliwy jest przełom. Przełom, który dotyczy również powstania anestezjologii i skutecznej walki z bólem operacyjnym.



Rysunek 1 16 października 1846 r., dr William Morton wykonuje skutecznie narkozę eterową.

Data, która wyznacza początek nowoczesnej anestezjologii jest 16 października 1846 roku. Tego dnia w Massachusetts General Hospital w Bostonie, na pokazie dla szacownego grona specjalistów lekarzy, William Morton wykonuje skuteczne znieczulenie eterem do zabiegu operacyjnego.

Pozostaje pytanie, czy wcześniej nie wykonywano takich znieczuleń i nie znano tych metod? Drugie pytanie brzmi – dlaczego właśnie ta data jest uznawana za początek nowoczesnej anestezjologii?

Odpowiedź znajduje się w historii.

1.1. Historia sposobów znieczulania i walki z bólem

Postępowanie z bólem, z cierpieniem człowieka było zależne od spojrzenia filozoficznego i społecznego na sam problem bólu i cierpienia. Było również związane z możliwościami medycyny w danym okresie historycznym. Wydaje się, że do połowy XIX wieku, mimo wielu bardzo istotnych odkryć,

nie było akceptacji społecznej i naukowej na to, aby uznać ból operacyjny za coś, z czym należy walczyć, co należy ograniczyć.

W czasach antycznych lekarze posiadali wiedzę pozwalającą na ingerencję chirurgiczną. Nie pozostawili po sobie jednak zarysu sposobów znoszenia bólu, jako umiejętności praktycznej i powszechnej. Na pewno przyczyniło się do tego wiele czynników, w tym ograniczenia, jakie noszą w sobie przekonania religijne dotyczące przeżywania cierpienia, rozróżnienie praktyki lekarskiej od chirurgicznej, która do XIX w. określana była jako rzemiosło oddzielnego Cechu Rzemiosł, jak i wiele innych czynników socjalnych i kulturowych. Wielokrotnie do połowy XIX w. lekarze „ocierali” się o środki i możliwości skutecznego zniesienia bólu, ale to dopiero udany pokaz znieczulenia Letheonem stał się bodźcem do rozwoju znieczulenia, a później anestezjologii.

Znane są doniesienia sprzed tysięcy lat o skutecznym użyciu liści koki do uśmierzenia bólu przez Inków, opium w antycznej Grecji i innych substancji pochodzenia roślinnego w całym dawnym świecie. Ale te pojedyncze próby, nawet skuteczne, nie stworzyły systemu leczenia, pewnej praktyki, w której muszą być znane dawki i sposoby podawania leków znoszących ból.

W literaturze znajdują się opisy ważnych zabiegów medycznych ratujących życie i użytecznych w znieczuleniu. Najstarszy przykład zastosowania tracheotomii to relief²⁰ w Dair-el-Medina w Egipcie, pochodzący z czasów Pierwszej Dynastii i panowania króla Aha lub Djer. Na płaskorzeźbie widoczny jest sposób wykonywania otworu w tchawicy chorej osoby. Najprawdopodobniej tracheotomia była znana Hippokratesowi (460-377 p.n.e.), na co wskazują zapisy w jego dziełach. Andreas Vesalius w 1555 r. wykonał doświadczenia polegające na wdmuchiwanie poprzez trzcinową rurkę powietrza do płuc psa. Inny eksperyment przeprowadził Robert Hooke w 1666 r., który z pomocą miecha właczał powietrze do płuc zwierzęcia. Te ważne

²⁰ kompozycja rzeźbiarska wykonana na płycie kamiennej, drewnianej.

odkrycia zostały później wykorzystane do udrażnianie dróg oddechowych i prowadzenia wentylacji mechanicznej w trakcie anestezji.

Na grobowcu Ankh-ma-hor w Sakkara, w hieroglificznych napisach uczeni dopatrują się ikonograficznego przedstawienia analgezji poprzez wcieranie leku, w celu uzyskania zniesienia czucia. W starożytnej Mezopotamii i Syrii używano do zniesienia bólu nieznanymi lekami pochodzenia roślinnego. Próbowano też mechanicznych metod, takich jak ucisk na tętnicy szyjnej w czasie przygotowania pacjenta do operacji. W ten sposób doprowadzano go do utraty przytomności poprzez niedotlenienie mózgu, a tym samym do czasowej utraty czucia.

Chiński medyk Hua To, żyjący około 220 r. p.n.e., w celu zniesienia bólu i wyzwolenia euforii stosował alkoholowy ekstrakt z konopi indyjskich zwany „mafeisan”²¹.

W starożytnej Grecji zwracano uwagę na możliwości znieczulające i umożliwiające zniesienie bólu magicznej rośliny nazywanej powszechnie *mandragorą*. O tej roślinie wspominały mity greckie, dzieła Homera i Baarasa. Do jej zdolności uśmierzania bólu nawiązywali Celsus (ok. 35 r.) oraz Pliniusz (ok. 77 r.). Na gruncie medycyny pogląd o zaletach mandragory pojawił się dopiero w twórczości Dioskuridesa (ok. 100 r.)²². Pogląd ten powtarzano przez całe wczesne średniowiecze. Przekonania o cudownym działaniu rośliny pojawiały się w wielu pracach powstałych do połowy XVII stulecia.

Najważniejsze i dokładne opisy znalazły się u Theodorica w pracy *Cyrguria* (około 1250 r.), u Jana Ardena w *De Fistula in Ano* (1376 r.) oraz u Giambattisti della Porta – który nie był lekarzem, a tylko przyrodnikiem, filozofem i pisarzem – w *Magiae Naturalis*²³ (1589 r.).

Najwybitniejszym przedstawicielem medycyny greckiej okresu starożytnego był Hippokrates z Kos (ok. 460-377 r. p.n.e.), twórca szkoły medycznej, której dorobek znany jest dzięki zachowanym 53 dziełom znanym jako *Corpus*

²¹ <http://the-scholars.com/viewtopic.php?f=5&t=7539>

²² M. H. Armstrong Davison, *Historia znieczulenia*, s. 4.

²³ *Anestezja ogólna*, s. 4.

Hippocraticum.²⁴ Zasługą jego i skupionych wokół niego uczniów było stworzenie patofizjologii humoralnej człowieka, którego organizm wypełniają cztery główne ciecze: krew, śluz, żółć i czarna żółć²⁵.

Duży wpływ na rozwój medycyny tych czasów wywarł wspomniany już Dioskurides Pedanius, grecki lekarz i botanik, działający za panowania cesarza Nerona. Zalecał, że aby złagodzić ból, należy użyć mieszaniny połowy szklanki wina i korzenia mandragory. Napój miał być podawany choremu przed operacją. Jego najwybitniejsze dzieło – pięcioksiąg – *Peri hyles jastrikes* (*O materii lekarskiej*) zawiera nieliczne uwagi, które można łączyć z prądziejowym opisem technik znieczulenia²⁶. Dopiero Galen (130-201/210 r. n.e.) przeciwstawił się poglądom Hippokratesa. Należał on do szkoły tzw. pneumatyków, której nazwa wywodzi się od greckiego słowa, najlepiej charakteryzującego jej główne poglądy, czyli *pneuma* – tchnienie, duch (dusza), których różne rodzaje warunkują procesy fizjologiczne żywego organizmu – od trawienia, do ruchów ciała i myślenia.

W Chinach, w celu uśmierzania bólu, także w czasie zabiegów operacyjnych, stosowano akupunkturę.

Medycyna w cesarstwie rzymskim pozostawała pod silnym wpływem tradycji starogreckiej i aleksandryjskiej. Wynikało to przede wszystkim z niechęci do medyków w okresie do końca III w. p.n.e.. Głównym powodem tego stanu rzeczy był fakt, że medycyną zajmowali się głównie niewolnicy lub wyzwolenicy.

Dopiero w roku 219 r. p.n.e. praktykę w Rzymie rozpoczął pierwszy lekarz z Peloponezu Archagatos²⁷.

Grecy od co najmniej IV wieku p.n.e. stosowali opium w celu zmniejszenia bólu podczas operacji. Dlaczego wówczas nie rozpowszechniły się metody znane w tamtych obszarach cywilizacji? Jedną z przyczyn jest przede wszystkim stosunek do bólu, który jako cierpienie był uważany za dany

²⁴ http://cmg.bbaw.de/online-publikationen/hippokrates_2013_02.pdf

²⁵ *Słownik kultury antycznej*, wyd. IV, Warszawa 1978, s. 323.

²⁶ Tamże, s. 196.

²⁷ *Mała encyklopedia kultury antyczne A-Z*, wyd. IV uzupełnione, Warszawa 1973, s. 468.

przez bogów. Dawał okazję wykazania się męstwem, był być może zjawiskiem wstydliwym, bardziej powszechne było jego zadawanie niż znoszenie. Jeżeli wymagał znoszenia bądź zmniejszenia, to do bardzo powierzchownych operacji. Teorie fizjologii i funkcjonowania organizmu były teoriami opartymi głównie o przesłanki filozoficzne.

Innym problemem, istniejącym praktycznie do XIX wieku był fakt, że wśród leczących choroby występował radykalny podział na tych, którzy byli lekarzami i ograniczali się w praktyce do drobnych zabiegów jak krwiouputy, ziołolecznictwo, oraz na chirurgów, często źle wynagradzanych, których traktowano jak rzemieślników.

Chirurdzy, których społeczny status był niski, aż do początku XIX w. według prawa, nie mogli podawać lekarstw choremu.²⁸ To zapewne zadecydowało o tym, iż opium nie było używane podczas operacji. Lekarze natomiast nie przeprowadzali operacji chirurgicznych.

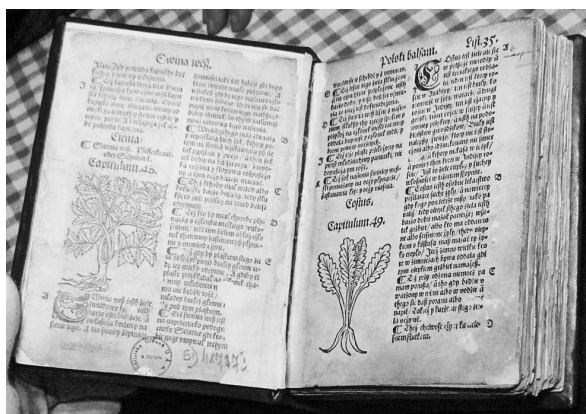
W średniowieczu przekonanie o tym, że śmierć, choroba i ból są karą wymierzoną przeciw niegodziwym ludziom przez Boga było poglądem bardzo powszechnym. Za próbę polemiki groziło spalenie na stosie.

Na naszym rodzimym gruncie, w pracy Stefana Falimierza natrafiamy na receptury środków uśmierzających ból. W *Zielniku* S. Falimierza, znajduje się opis znieczulających właściwości korzenia pokrzyku (wilczej jagody)²⁹. Można odnaleźć taki zapis: *...gdy proch korzenia pokrzykowego będzie dany ku picciu albo z chlebem tedy czyni zbytnie spanie, a przeto tego prochu barwierz używają kiedy członek jaki chcą rezać, a tak gdyby się kto miał dać rezać albo przepalać na niektóre miejsce żelazem gorącym najpierw ma wziąć ten trunek aby nie poczuł.*³⁰

²⁸ Wyjątek w tym względzie stanowi X-XIII w.

²⁹ S. Falimierz, *O ziołach*, Kraków 1524.

³⁰ M. Kuś, *Początki stosowania znieczulenia ogólnego w Polsce*, s. 230.



Rysunek 2 Zielnik S. Falimierza

Nadworny chirurg króla Augusta Sasa – Wiess, przystępując do usunięcia martwiczco zamienionych tkanek na nodze, podawał władcy usypiający napój, którego składu jednak nie znamy³¹.

Od czasów reformacji, medycyna jako nauka praktyczna, pozostawała pod wielkim wpływem myśli starożytnej grecko-rzymskiej i krajów arabskich, przynosząc jednak niewiele odkryć w dziedzinie znieczulania pacjentów,

Przełomowym wydarzeniem dla rozwoju znieczulenia było odkrycie i opisanie eteru, odkrytego przez Raymundusa Lullius (1232-1315), który nazwał go „słodkim vitrolem”.³² Wydane pośmiertnie dzieło Valeriusa Cordusa (1515-1544) *Annotationes in Discorides* zawierało opis syntezy eteru dwuetylowego, zwanego *oleum vitreoli dulce*. Zdaniem M. H. Armstronga Davisona nie można z całą pewnością tego odkrycia przypisać jedynie Cordusowi.³³ Równocześnie autor zwrócił uwagę na dokonania Paracelsusa (von Hohenheima), zmarłego w 1541 r. i jego dzieło: *Opera Medico-Chemica sive Paradoxa*, opublikowane drukiem w Amsterdamie w 1605 r., gdzie stwierdzono iż: *ze wszystkich wyciągów vitriolu, właśnie ten jest najważniejszy, jest stały. Co więcej posiada znośny smak, tak, że nawet kury przyjmują go chętnie (!), po czym zasypiają na długi czas i budzą się zdrowe. Uwzględniając działanie tego vitriolu, myślę, że szczególnie godne uwagi jest to, że może on*

³¹ A. Wrzosek, *Ludwik Bierkowski*, Kraków 1911, s. 167-168.

³² <http://www.general-anaesthesia.com/#introduction>

³³ *Anestezjologia ogólna*, s. 5.

być zalecany w dolegliwościach bólowych, i że łagodzi on ich nieprzyjemne powikłania³⁴. Istnieją też źródła mówiące, że eter został odkryty przez Dabera Yebera, arabskiego chemika³⁵. Olej vitrylowy do XIX w. był zalecany do rozrzedzenia flegmy oskrzelowej³⁶. Zaś senność uważano za skutek uboczny jego działania.



Rysunek 3 Discorides

Od XVI wieku europejscy medycy zaczęli opisywać i włączać do leczenia metody i leki z innych regionów świata. Sprzyjała temu ekspansja terytorialna i powstanie nowych uniwersytetów w całej Europie.

Peter Martyr d'Anghera jako pierwszy opisał działania substancji używanej do zatruwania strzał przez Indian Ameryki Południowej. Tak oto w 1516 r. poznano efekt działania kurary³⁷. Kilkanaście lat później, w 1550 r., Pedro de Cieza de Leon zwrócił uwagę na działanie liści z drzewa koki, znoszące zmęczenie i działające kojąco³⁸. Były one używane powszechnie przez Indian w Peru.

³⁴ Tamże.

³⁵ K. Brodzińska *Refleksje jubileuszowe*. Anestezjologia Intensywna Terapia 1996, 28, s. 112.

³⁶ Tamże, s. 111.

³⁷ S. K. Harold Griffith, *Memorial Lecture. The Griffith legacy*. Can J Anaesth, 1993, 40, s. 351-374.

³⁸ http://www.medratgor.ibh.pl/wp-content/uploads/2012/10/Liscie_coca_w_obyczaju_i_medycynie_Indian_Andyjskich.pdf

Otwarcie się na źródła z innych obszarów cywilizacji umożliwiły wniknięcie do Europy nowoczesnej myśli, doświadczeń i wielu istotnych dla rozwoju medycyny ksiąg. Szczególny był wkład medycyny arabskiej, przeniknęły także tłumaczone teksty Galena. Nastąpiła również zgoda społeczna i religijna na wykonywanie doświadczeń medycznych. Powstawały w tym okresie uniwersytety, które zajmowały się nauczaniem, ale również pracą badawczą.

W tym okresie odkrywano różne sposoby powodujące zniesienie uczucia, a tym samym zmniejszenie bólu. W 1562 roku Ambroise Paré, słynny wojskowy chirurg francuski, opisał sposób zmniejszenia bólu śródoperacyjnego poprzez ucisk na pnie nerwowe. De Acosta prowadził doświadczenia nad zimnem jako środkiem znieczulającym (1595 r.). Natomiast Thomas Bartholinus w 1661 r. opisał doświadczenia prowadzone w 1646 r. przez Severina z Neapolu, który znieczulał pacjentów poprzez oziębianie.

Ale prawdopodobnie najczęściej stosowano upojenie alkoholowe jako sposób zmniejszający odczuwanie bólu operacyjnego.

Istotnym przełomem w zrozumieniu fizjologii było wyjaśnienie zasad krążenia krwi w organizmie żywym. Dokonał tego William Harvey w 1628 r. Odkrycie Harveya umożliwiło kolejnym pokoleniom medyków zastosowanie leków poprzez ich aplikowanie zarówno drogą wziewną, jak i w następnych stuleciach – dożylnie.

Wkrótce po publikacji Harveya, pierwsze próby podjął Christopher Wren (1632-1723) w roku 1656, wykonując transfuzję u psa.

Przez kolejne stulecia szerokie zastosowanie wielu przełomowych odkryć było niemożliwe. Większość z nich bowiem stanowiła zdarzenie samo w sobie i nie znajdowano dla nich miejsca w leczeniu chorych. I tak np. dopiero wraz z wynalezieniem strzykawki i poznaniem grup krwi³⁹, a następnie opracowaniem metod jej pobierania i przechowywania, stało się możliwe bezpieczne i szerokie zastosowanie transfuzji w XX w.

³⁹ Odkrycia grup krwi dokonał austriacki uczoney Karl Landsteiner w 1901 r.

Poznanie zasad funkcjonowania układu krążenia było tylko jednym z istotnych elementów przyspieszających rozwój i wyodrębnienie się szeroko pojętej specjalności anestezjologicznej. Medycyna pierwszej połowy XVII w. nie znała jeszcze zasad funkcjonowania układu oddychania. Drogę ku odkryciom utorowały pierwsze próby Johanna Baptista van Helmont (1577-1644), twórcy teorii jatrochemii. Jemu przypisuje się pierwsze użycie słowa „gaz” (w 1648 r.) oraz odkrycie dwutlenku węgla, wówczas zwanego *gas sylwestre*.⁴⁰ Wkrótce Hooke przeprowadził badania nad istotą powietrza⁴¹.

Działanie wielu leków znane było bardzo powierzchownie. Dopiero postęp badań chemicznych, zapoczątkowany w połowie XVIII stulecia, znacznie wzbogacił medycynę o nowe środki farmakologiczne pochodzenia syntetycznego. Nauka stopniowo poznawała ich oddziaływanie na cały organizm ludzki, zwłaszcza na układ nerwowy i krwionośny. Stopniowo zmieniały się sposoby aplikowania leków i innych środków farmakologicznych. Dla rozwoju znieczulenia ważny jest fakt, że odkrycia dotyczyły głównie fizjologii oddychania i wpływu na organizm substancji wziewnych.

1.2. Początki nowoczesnej anestezjologii

Istnieją źródła, które przytaczają, że pierwszą skuteczną narkozę wykonano na początku XIX wieku w Japonii. 13 października 1804 roku japoński lekarz Seishu Hanaoka (1760-1835) operacyjnie wycina guza piersi w znieczuleniu ogólnym. Do znieczulenia używa preparatu ziołowego o nieznanym składzie „Tsusensan” podawanego doustnie⁴².

⁴⁰ http://pl.wikipedia.org/wiki/Johann_Helmont

⁴¹ *Anestezjologia ogólna*, s. 6.

⁴² <http://www.general-anaesthesia.com/#introduction>



Rysunek 4 Horacy Wells

Horacy Wells (1815-1848), stomatolog ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, obserwując powszechne w tym czasie pokazy działania gazu rozweselającego zwrócił uwagę na to, że jest to gaz, którego wdychanie powoduje zniesienie bólu. Na skutek tych obserwacji podjął własne doświadczenia i wykonał pierwsze próby, ze skutecznym znieczuleniem podtlenkiem azotu. Dokonywał skutecznych ekstrakcji u kilku pacjentów. Niedługo potem poprosił doktora Johna Collinsa Warrena (1778-1856)⁴³, będącego naczelnym chirurgiem w Massachusetts General Hospital, o możliwość wykonania pokazu publicznego dla studentów i lekarzy. Na nieszczęście, w czasie zabiegu zbyt płytkie znieczulenie spowodowało, że pokaz zakończył się fiaskiem. Wellsa okrzyknięto „naukowym oszustem”, było to jednoznaczne ze skazaniem na „naukową” banicję.

Jednym z widzów tego zdarzenia był stomatolog William Morton (1819-1868). Przez krótki okres Morton i Wells pracowali w jednej praktyce stomatologicznej. Po nieudanym pokazie Wells’a Morton opuścił kolegę i zrezygnował z kontynuowania prób znieczulenia podtlenkiem azotu.

⁴³ <http://www.general-anaesthesia.com/images/john-warren.html>



Rysunek 5 William Morton

Jednak znajomość Mortona z chemikiem, prof. Charlesem Jacksonem (1805-1880) umożliwiła mu poznanie właściwości eteru.

Morton podejmował się wielu doświadczeń na sobie lub na zwierzętach i były one skuteczne. W 1846 r. poprosił doktora Warrena o możliwość zademonstrowania nowego sposobu znieczulenia. Środek, który był znany gremium, zostaje ukryty pod nazwą Letheon. Mając wcześniejsze doświadczenia z nieudanym pokazem, doktor Warren niechętnie zgodził się na dokonanie eksperymentu.



Rysunek 6 Inhalator eterowy Mortona

16 października 1846 roku grono wybitnych lekarzy obserwuje pokaz, w którym Morton dokonuje skutecznego znieczulenia do zabiegu usunięcia guza szyi przez dr Biggelowa. Dzień ten uważany jest za narodziny nowoczesnej anestezjologii. Wydarzenie to jest przełomem, nie ze względu na

pokazanie czegoś nowego, ale ze względu na pokazanie metody, która jest skuteczna i odwracalna.

Należy zwrócić uwagę na to, że większość tych odkryć dokonuje się w Ameryce Północnej, a ich autorami są stomatolodzy. W tym okresie otwartość Stanów Zjednoczonych na nowe doświadczenia była o wiele większa niż na Starym Kontynencie. Amerykańscy lekarze nie byli skrzepowani wielowiekową tradycją i podziałami pomiędzy chirurgami a lekarzami innych specjalności. Ponadto szukanie sposobów leczenia bólu w zabiegach stomatologicznych związane było z rozwojem i popularyzacją tej dziedziny medycyny.

W roku 1847 dokonano pierwszego pokazu znieczulenia eterowego w Anglii, rozpoczęto także erę znieczulenia chloroformem. Odbyło się to dzięki profesorowi położnictwa w Edynburgu Jamesowi Young Simpsonowi (1811-1870). O ile przełomowe wydarzenia odbywały się w USA, to rozwój naukowy postępował szybciej na Starym Kontynencie.

Podawaniu anestetyków wziewnych towarzyszył rozwój sprzętu, który ulepszano po to, aby zapewnić bezpieczeństwo, przewidywalność i skuteczność znieczulenia. W 1877 roku Joseph Clower (1825-1882) zbudował przenośny aparat do podawania chloroformu⁴⁴, używany jeszcze w XX wieku.

Popularność przeżywał również podtlenek azotu.

W położnictwie podtlenek azotu wprowadził Stanisław Klikowicz (1853-1910) w Petersburgu w 1880 roku⁴⁵.

W 1886 roku, profesor Heliodor Świącicki^{46,47}, późniejszy rektor Wszechnicy Piastowskiej, skonstruował nowoczesny aparat do podawania podtlenku azotu, który zostaje wyprodukowany przez firmę brytyjską i rozpowszechniany jest jako nowoczesne urządzenie umożliwiające częściowy oddech zwrotny.

⁴⁴ http://en.wikipedia.org/wiki/Joseph_Thomas_Clover

⁴⁵ W. Jurczyk *Rozwój anestezjologii w akademiach medycznych w Polsce*, Anestezjologia Intensywna Terapia, 4/2002, s. 301-304.

⁴⁶ http://jubileusz.amu.edu.pl/__data/assets/pdf_file/0005/42764/zyciorys_HELIODOR_SWIECICKI.pdf

⁴⁷ http://old.amp.edu.pl/2011/index.php?strona=35_94_1313666932&department=35&am=94

Oprócz znieczulenia, w wieku XX do nowej specjalności klinicznej jaką jest anestezjologia, zostały dołączone kolejne odrębne działy medyczne jakimi są intensywna opieka i intensywna terapia oraz leczenie bólu. Przez pewien okres również medycyna ratunkowa i paliatywna łączone były z tą specjalizacją, poprzez aktywny i duży w nich udział lekarzy anestezjologów.

1.3. Techniki znieczulania

1.3.1. Znieczulenie wziewne

Należy podkreślić, iż pierwszą metodą skutecznego opanowania bólu do operacji było znieczulenie podawane drogą wziewną. Warto zadać pytanie, dlaczego pomijano inne metody np. poprzez oziębienie?

Mało doceniane wydaje się również stosowanie substancji chemicznych. Odpowiedź na to pytanie znajduje się w ówczesnym kierunku rozwoju naukowego i możliwościach poznawania fizjologii człowieka.

Słowo „gaz” pojawiło się dopiero w 1640 roku, wprowadzone przez van Helmonta. Kolejne wielkie odkrycia, które doprowadziły do pierwszego znieczulenia wziewnego to wyodrębnienie przez Josepha Blacka (1728-1799) w 1782 roku dwutlenku węgla.⁴⁸ Kilkanaście lat wcześniej John Hunter (1728-1793)⁴⁹ pracował nad oddechem kontrolowanym, używając dwufazowo miechów – jeden nabierał świeżego powietrza i wdmuchiwał je do płuc, a drugi opróżniał płuca. Kolejnym ważnym momentem było w 1771 roku odkrycie tlenu przez Priestleya. Rok później tlen opisał również Scheele.

Pod koniec XVIII nagromadzono ogromną ilość badań naukowych, nadal jednak odkrycie znieczulenia nie było potrzebą tego okresu.

⁴⁸ <http://www.historyofsurgery.co.uk/Web%20Pages/0117.htm>

⁴⁹ <http://www.historyofsurgery.co.uk/Web%20Pages/0408.htm>

Ważne miejsce w panteonie ojców znieczulenia zajmuje Thomas Beddoes (1760-1808), który wsparł finansowo i utworzył Pneumatic Institution for Inhalation Gas Therapy w Clifton niedaleko Bristolu. Głosił teorię leczenia chorób, poprzez inhalację mieszanin różnych gazów. Tym samym stał się twórcą idei anestezji wziewnej⁵⁰.

1.3.2. Historia eteru

Eter, który nie jest związkiem pochodnym roślin, został prawdopodobnie po raz pierwszy zsyntetyzowany i opisany przez arabskich chemików na Środkowym Wschodzie⁵¹. Pierwsze opisy efektu jego nasennego zastosowania przez Valeriusa Cordusa (1515-1544) i Paracelsusa (1493-1541) zostały opublikowane dopiero po ich śmierci (1561; 1605). Czy ich obserwacje dotyczyły również efektu zniesienia bólu, nie zostało do końca wyjaśnione. Co ciekawe – opisywane stany senności i wpływu na odczuwanie bólu nie były wówczas żadną sugestią użycia eteru do znieczulania. Kolejne ważne odkrycia w zakresie fizjologii miały wpływ na zastosowanie leków jako środków znoszących ból, głównie wiedza zawarta w trzech księgach tamtej epoki: *De naturali parte medicinae* (1542) przez Jean Fernel's, Vesaliusa *De humani corporis fabrica* (1543) oraz Williama Harley *De motu cordis* (1628)⁵², z których dziś dwie ostatnie stały się fundamentem wiedzy z zakresu struktury i funkcji organizmu ludzkiego. Początkiem tych rewolucyjnych przemian stało się odkrycie tlenu i podtlenku azotu (N₂O) przez angielskiego chemika Josepha Priestleya (1733-1804). Przeprowadzone w Instytucie Gazów (Pneumatic Institution) w Bristolu doświadczenia z podtlenkiem azotu, wykazały jego istotne oddziaływanie na organizm ludzki. A Humphrey Davy (1778-1829) opisał jego właściwości znoszące ból i zmieniające świadomość⁵³.

⁵⁰ <http://www.general-anaesthesia.com/images/thomas-beddoes.html>

⁵¹ M. H. Armstrong Davisom, *The Evolution of Anaesthesia*, Baltimore 1965, s. 208.

⁵² D. Shepard, *From craft to speciality*, Ontario 2009, s. 18.

⁵³ <http://www.general-anaesthesia.com/images/humphry-davy.html>



Rysunek 7 Humphrey Davy

Ważną datą jest rok 1800, gdy prowadzący badania młody Humphrey Davy zaproponował użycie podtlenu azotu w drobnych operacjach chirurgicznych⁵⁴. Potwierdził doświadczenia kolegów, nie kontynuował jednak prac badawczych, gdyż zajął się poezją i filozofią. Przez kolejne 40 lat podtlenek azotu używany był głównie jako gaz rozweselający, służący jedynie rozrywce.

Początkowo tego odkrycia nie wiązano z szeroko pojętą ideą znieczulenia. Medycyna bowiem przez dziesięciolecia nie dostrzegała możliwości wykorzystania środków chemicznych w leczeniu poprzez znieczulanie. Nadal wspomagano się środkami znanymi od dawna, przede wszystkim wyciągami z roślin, w tym alkaloidami.

Wiedzę na temat medycyny „pneumatycznej” wprowadził Robert Boyle (1627-1691), choć wielu naukowców przyczyniło się do rozwoju tego działu fizjologii, jak Marcello Malpighi z Bolonii i Richard Lower z Oxfordu.

Przed użyciem Letheonu, pierwsze skuteczne zastosowanie eteru do narkozy miało miejsce w USA w marcu 1842 r. w Jefferson (Georgia). Long stosował go wielokrotnie i skutecznie podczas wykonywanych operacji chirurgicznych. Jednak publikacja na ten temat ukazała się dopiero w 1849 r., oddając palmę pierwszeństwa znieczulenia eterowego Mortonowi⁵⁵.

⁵⁴ Tamże, s. 31.

⁵⁵ F. Evans, T. Gray. *Anestezja ogólna*, PZWL 1970, s. 11.



Rysunek 8 Crawford W. Long

W tym czasie Henry Hickman, w 1842 r. użył skutecznie dwutlenku węgla podawanego wziewnie do zmniejszenia bólu w czasie drobnych operacji na zwierzętach. Jego pionierski wkład w rozwój anestezjologii dotyczył sposobu prowadzenia badań. Wspomniany uczony opracował koncepcje i poszukiwał w sposób naukowy powtarzalnych efektów swoich doświadczeń. Pracował świadomie nad koncepcją zniesienia bólu w stanie obniżonej świadomości. Wierzył w pozytywny wynik swojej pracy⁵⁶.



Rysunek 9 Henry Hickman

Hickman nazwał znieczulenie „zawieszeniem ożywienia” (*general aneesthesia*) w operacjach chirurgicznych ludzi. Jego metoda okazała się jednak niebezpieczna z powodu wyboru substancji – dwutlenku węgla,

⁵⁶ D. Shepard. *From craft to speciality*, York Point Publishing Thunder Bay, Ontario, s. 36-40.

wywołującego utratę przytomności, ale obarczonego poważnymi działaniami niepożądanymi. W większych stężeniach dwutlenek węgla zabijał. W 1826 r., eksperymenty Hickmana zaciekle atakowano w artykule zamieszczonym w *The Lancet*, zatytułowanym *Surgical Humbug*.

Jak już wspomniano powyżej, trzeba było czekać kolejne lata do pierwszego udanego znieczulenia eterowego zademonstrowanego publicznie – bowiem pomimo toczących się dyskusji i prób zastosowania różnych gazów w leczeniu chorób, nikt nie poprowadził precyzyjnych doświadczeń z analgezą ogólną. Nawet udane znieczulenie przeprowadzone przez Williama Clarke w Rochester (w 1842 r. zastosował eter podczas ekstrakcji zęba), oficjalnie nie zostało uznane za początek nowej ery, gdyż autor nie opublikował swoich dokonań, co uczynił dopiero w 1849 roku⁵⁷.

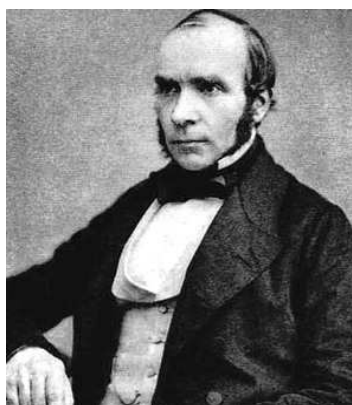
Przekaz dotarł jednak szybko do Europy. 15 grudnia 1846 r. w Paryżu i 19 grudnia w Londynie odbyły się znieczulenia z zastosowaniem eteru. W międzyczasie, Oliver Wendel Holmes w liście do Mortona z 21 listopada 1846 r. sugerował, aby stan bezbolesności wywołany eterem nazwać *anestezją*, a środek używany w tym celu nazwać *anestetykiem*. Nazwy te były już używane wcześniej przez Platona, B. J. Quistorpius, zostały też wpisane w słownik Bailey’-sa w 1721 r., jako utrata czucia, odczuwania, porażenie⁵⁸.

Do 1842 r. zarówno eter jak i podtlenek azotu, pomimo toksyczności i skutków ubocznych, używane były powszechnie (podobnie jak opium, laudanum czy alkohol), w celach narkotycznych, powodując radosną zmianę nastroju.

Pierwszym w pełni wykwalifikowanym anestezjologiem był John Snow (1813-1858), doktor medycyny na Uniwersytecie w Londynie, który wprowadził do użytku swój inhalator do podawania eteru, skutecznie wykonując znieczulenia w Szpitalu św. Grzegorza.

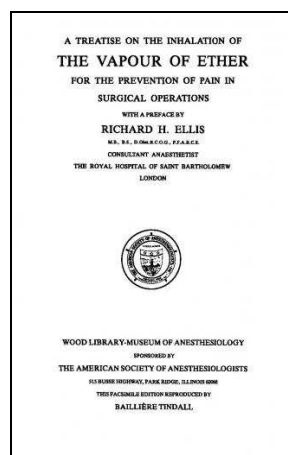
⁵⁷ C. W. Long, *An account of the first use of sulphuric ether by inhalation as an anesthetic in surgical operations*, South Med J. 1849, No. 5, s. 705-713.

⁵⁸ T. E. Keys, *The history of surgical anesthesia*, Wood-LibraryMuseum of Anesthesiology, Illinois 1945, Reprint 1996, s. 31.



Rysunek 10 John Snow

Dr Snow napisał pierwszy podręcznik anestezjologii. W 1847 r. opublikował pracę *On the Inhalation of the Vapour of Ether*, a w 1858 r. ukazała się jego druga książka zatytułowana *Chloroform and Ether Anaesthetics*⁵⁹. Oba dzieła zaliczane są już do klasyki, która połączyła doświadczenie autora z postępowaniem klinicznym.



Rysunek 11 *On the Inhalation of the Vapour of Ether*

Kolejnego znieczulenia eterowego dokonuje skutecznie wielki chirurg angielski dr Robert Liston.

W owym czasie największy rozgłos znieczuleniu eterowemu przysporzyło zastosowanie go w 1847 r. przez profesora Jamesa Young

⁵⁹ Tamże, s. 13.

Simpsona (1811-1870) w jego praktyce położniczej. Pomimo to Simpson częściej używał chloroformu⁶⁰. Ponieważ eter w czasie podawania powodował niemiłą woń i podrażnienie oskrzeli, Simpson poszukiwał innego, równie skutecznego anestetyku. Wypróbował chlorek węgla, aceton, azotan eteru, benzynę i opary jodoformu. Jedynie chloroform, podawany również wziewnie, spełniał oczekiwania.

Chloroform został odkryty i opisany niezależnie w 1831 r. przez Samuela Guthriea (1782-1848) z Nowego Yorku, Eugéna Soubeirana z Francji oraz Justusa von Liebiga (1803–1873)⁶¹ z Niemiec. Najważniejszy opis jego właściwości fizycznych i chemicznych został podany przez Jeana Baptiste Dumasa w 1835 r. Pierwszych znieczuleń na zwierzętach dokonał w marcu 1847 r. francuski naukowiec Marie Jean Pierre Flourens. Natomiast sir James Young Simpson, 4 października 1847 r., zastosował chloroform podczas porodu. Przeciwnikom wprowadzenia znieczulenia w czasie porodu, powołującym się na nakazy religijne, przeciwstawiał wersety z Pisma Świętego zawarte w Księdze Rodzaju 2,21: *Wtedy to Jahwe sprawił, że mężczyzna pogrążył się w głębokim śnie, i gdy spał, wyjął jedno z jego żeber, a miejsce to zappełnił ciałem*⁶². Księga Rodzaju „nazwała” Boga pierwszym anestezjologiem. Ostatecznie miejsce chloroformu w anestezjologii zostało w pełni zaakceptowane, gdy profesor Simpson użył go podczas porodu dziewiątego dziecka Królowej Wiktorii w 1853 r.

⁶⁰ D. Shepard. *From craft to speciality*, York Point Publishing Thunder Bay, Ontario, s. 71-73.

⁶¹ <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/339838/Justus-baron-von-Liebig>

⁶² *Biblia Tysiąclecia. Księga Rodzaju*, przekład ks. Czesław Jakubiec, Pallottinum, wydawnictwo internetowe.

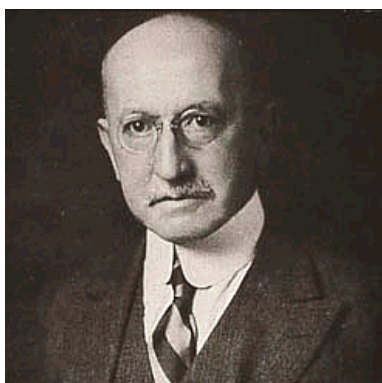


Rysunek 12 James Young Simpson

Jednakże nadal zastosowanie anestetyków od początku było obwarowane sugestią, iż są to substancje potencjalnie szkodliwe i mogą spowodować fatalne skutki. Sugerowano używanie anestetyków tylko do najcięższych zabiegów. Ze względu na szybkie rozpowszechnienie znieczulenia, wcześniej zaobserwowano skutki uboczne, takie jak: drgawki, przedłużone odurzenie, niedotlenienie, ciężka depresja funkcji życiowych, spazm oskrzelowy, zapalenie mózgu. Zauważono też, że eter jest bezpieczniejszy od chloroformu.

1.3.3 Znieczulenie miejscowe

Znieczulenie miejscowe zaczęto stosować później w stosunku do znieczulenia wziewnego. Najważniejszą postacią w początkowym okresie odkrywania tego obszaru anestezjologii był Carl Koller (1857-1944), austriacki okulista pracujący w szpitalu wiedeńskim. Karl Koller był przyjacielem Zygmunta Freuda. Prowadzili oni wspólnie badania nad kokainą, która miała być antidotum na uzależnienie od morfiny. Koller, po obserwacji zniesienia czucia pod wpływem podawania miejscowego kokainy, rozpoczął doświadczenia na zwierzętach i samym sobie.



Rysunek 13 Carl Koller

W 1884 r. zastosował 2% roztwór kokainy do własnego oka i testował skuteczność znieczulenia poprzez nakłuwanie oka igłą. Swoje zapiski z wynikami tych eksperymentów wysłał na spotkanie Niemieckiego Towarzystwa Okulistycznego w Heidelbergu, 15 września 1884 roku.^{63,64}

Kokaina nie była lekiem nowym, gdyż przywieziona do Europy z Ameryki Południowej w połowie XVI wieku została zsyntetyzowana w formie chemicznej przez niemieckiego chemika Alberta Niemenna w 1860 roku.⁶⁵ Jednakże od samego początku zastosowanie kokainy było obarczone dużym odsetkiem zgonów. Pomędzy rokiem 1884 a 1891 raportowano w piśmiennictwie 30 zgonów oraz prawie 200 przypadków zatrucia po zastosowaniu miejscowym kokainy. Faktem jest, że używano kokainy o bardzo wysokim stężeniu, w roztworach 10-30%.

Pierwszego znieczulenia 2% roztworem kokainy nerwu łokciowego dokonuje William Burke w USA⁶⁶.

W 1885 roku, amerykański chirurg William Halsted (1852-1922) wykonuje pierwszą blokadę splotu ramiennego. Jednak momentem przełomowym dla wprowadzenia znieczulenia przewodowego do praktyki klinicznej jest data 16 sierpnia 1898 r. gdy niemiecki chirurg August Karl

⁶³ S. B. Karch, *Genies and furies. A brief history of cocaine from Inca monarchs to Cali cartels: 500 years of cocaine dealing (2nd ed.)*, Boca Raton, Florida: Taylor & Francis Group, 2006, s. 51-68.

⁶⁴ D. Shepard, *From craft to speciality*, York Point Publishing Thunder Bay, Ontario, s. 92-95.

⁶⁵ Tamże, s. 95.

⁶⁶ Tamże, s. 97.

Gustav Bier (1861-1949) przeprowadził operację w znieczuleniu rdzeniowym w Kilonii.

W tym samym roku James Leonard Corning (1855-1923), amerykański neurolog, wstrzykuje kokainę między wyrostki kolczyste dolnego odcinka kręgosłupa lędźwiowego, najpierw psa, a następnie zdrowego człowieka, otrzymując zniesienie czucia w kończynach dolnych⁶⁷. Dzisiaj uważa się, że prawdopodobnie podał on ten środek do przestrzeni zewnątrzoponowej⁶⁸.

Natomiast pierwszym, który świadomie wykonał znieczulenie podpajęczynówkowe do operacji chirurgicznej był w 1898 roku August Bier w Niemczech⁶⁹. W ten sposób do praktyki klinicznej zostaje włączona nowa technika znieczulenia podpajęczynówkowego.

Opis i technika znieczulenia zewnątrzoponowego pochodzi z 1901 roku.

Pierwszego znieczulenia miejscowego, podając roztwór kokainy podskórną, dokonał Carl Ludwig Schleich (1859-1922). W dniu 11 czerwca 1892 r. Schleich przedstawił swoją metodę znieczulenia na Kongresie Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w Berlinie⁷⁰. W swej pracy zasugerował, że znieczulenie miejscowe z punktu moralnego i bezpieczeństwa pacjenta powinno stanowić alternatywę dla znieczulenia wziewnego.

⁶⁷G.F. Marx, *The first spinal anesthesia. Who deserves the laurels? Regional Anesthesia*, 1994, 19 (6), s. 429–430.

⁶⁸D. Shepard, *From craft to speciality*, York Point Publishing Thunder Bay, Ontario, s. 99.

⁶⁹Tamże.

⁷⁰F. Trendelenburg, *Die ersten 25 Jahre der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Julius Springer, Berlin 1923, s. 111.



Rysunek 14 Carl Ludwig Schleich

Metoda znieczulenia nasiękowego stała się dopiero popularna po odkryciu nowokainy, bezpieczniejszego od kokainy leku znieczulającego.⁷¹

Pomimo ograniczeń związanych z odległością i możliwością przenoszenia informacji, to medycyna nie tylko światowa, ale również Polska bardzo szybko włączała arsenał nowych zdobyczy. Przyjmując nowości, które zmieniają sposób postępowania na korzyść pacjenta, przyjmuje się również to, co było związane z zagrożeniem nowymi metodami.

Aby uniemożliwić stosowanie chloroformu przez osoby, które nie posiadają odpowiednich umiejętności, Rada Lekarska w Komisji Rządu Spraw Wewnętrznych w Królestwie Kongresowym wydała w połowie lat 50. XX wieku nakaz, aby w gabinetach prywatnych do znieczuleń chloroformem stawiało przynajmniej dwóch lekarzy, w tym jeden musiał posiadać doświadczenie w wykonywaniu tego typu znieczuleń.

Anestezja wziewna bardzo szybko rozpowszechniła się na całym świecie. Natomiast dopiero dużo później zaczyna być popularne znieczulenie dożylnie.

⁷¹ J. Wawersik, *History of anesthesia in Germany*, „J Clin Anesth”, 1991, s. 235-244.

1.3.4. Znieczulenie dożylne

Historia znieczulenia dożylnego, mimo wprowadzenia przez Aleksandra Wooda z Edynburga igły do iniekcji i szklanej strzykawki w 1853 roku, zostaje rozpowszechniona dopiero w XX wieku.

Pierwszej próby znieczulenia dożylnego dokonał Orre z Bordeaux w 1872 roku z wodzianem chloralu, ale to odkrycie i zsyntetyzowanie barbituranów umożliwiło powodzenie tej metody i jej skuteczność. Pierwsze barbiturany powstały dzięki syntezie dokonanej przez Fischera i Merringa w 1903 roku. W 1932 roku Wize i Scharp produkują pierwszy barbituran – heksobarbital.

Natomiast przełomowym wydarzeniem jest wprowadzenie tiopentalu do praktyki klinicznej przez Johna Loundy (1984-1973) w 1934 roku.⁷²

Od 1945 roku stosowanie barbituranów staje się powszechne.

Inne przełomowe wydarzenia, które wpłynęły na rozwój anestezjologii to:

- 1806 synteza morfiny z opium przez Friedricha Sertürnera (1783-1841).
- 1878 doustna intubacja dotchawicza wykonana przez William Macewen (1848-1924)⁷³.
- 1917 Ivan Whiteside Magill (1888-1986) i Stanley Rowbotha (1890-1979) opracowują nowoczesną metodę znieczulenia wziewnego z intubacją.
- 1915 D. Jackson wprowadził pochłaniacz dwutlenku węgla, do tego celu od 1930 roku używano wapna sodowanego.
- 1938 skonstruowanie przez Crafoorda wentylatora (respiratora), przejmującego funkcje oddychania⁷⁴.
- 1942 Gryffith i Johnson z Montrealu wprowadzają środki zwiotczające do znieczulenia. Pierwszym środkiem była zmodyfikowana kurara.

⁷² D. Shepard, *From craft to speciality*, York Point Publishing Thunder Bay, Ontario, s. 117.

⁷³ A. W. Woods, *Allam Tracheal intubation without the use of neuromuscular blocking agents* British Journal of Anaesthesia 94 (2): 150–8 (2005).

⁷⁴ <http://pmj.bmj.com/content/43/498/268.full.pdf>

- 1943 Szwed, dr Nils Löfgren (1913-1967) odkrywa lignokainę.
- 1952 Bjørn Aage Ibsen (1915-2007), duński anestezjolog, rozpoczyna wentylację mechaniczną w epidemii polio – to narodziny intensywnej terapii.⁷⁵

⁷⁵ L. Reisner-Se'ne'lar, *The birth of intensive care medicine*, Ibsen's records. Intensive Care Med DOI 10.1007/s00134-011-2235-z

ROZDZIAŁ II STAN BADAŃ NAD HISTORIĄ ANESTEZJOLOGII W POLSCE

Do ósmej dekady XX stulecia, dorobek historiografii medycznej w zakresie dziejów anestezjologii w Polsce, nie był zgromadzony w jednej publikacji. Szczególnie niewiele publikacji dotyczy rozwoju anestezjologii w Wielkopolsce.

Pierwsze opracowania poświęcone anestezjologii w okresie XIX wieku, dotyczyły głównie różnych metod znieczulania. Były to publikacje w literaturze fachowej, pamiątniki zjazdów (przede wszystkim zjazdów chirurgów polskich), a także artykuły zamieszczane w *Gazecie Lekarskiej*. W Wielkopolsce część doniesień była gromadzona i przekazywana dzięki periodykowi medycznemu, niezwykle popularnemu w okresie zaboru pruskiego – były to roczniki Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, publikowane obecnie w Wielkopolskiej Bibliotece Cyfrowej. Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu wydawało roczniki w latach 1857-1927. Stanowią one bardzo ważną bazę źródłową.

Pojawienie się na rynku czytelniczym kwartalnika *Anestezjologia Intensywna Terapia*, było tym momentem, który wyraźnie zaznacza obecność naukowej refleksji nad dziejami polskiej anestezjologii.

Szczególną rolę w tej dziedzinie odegrał prof. W. Jurczyk, który na łamach tego periodyku wielokrotnie publikował swoje badania. Jemu również zawdzięczamy inicjatywę powstawania Muzeum Anestezjologii w Ostrowie Wielkopolskim. Dwudziestolecie uniwersyteckiej anestezjologii poznańskiej, przypadające w 1982 r., zostało odnotowane w okazjonalnym wydaniu *Biuletynu Akademii Medycznej*, w którym znalazło się obszerne omówienie dorobku środowiska naukowego, skupionego wokół wspomnianej uczelni⁷⁶.

⁷⁶ Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r., pod red. prof. dr

Pierwszą syntezą dziejów anestezjologii polskiej okresu po 1945 r. było pokłosie sesji naukowej, zorganizowanej w Krakowie 21 lutego 1986 r., w postaci *Materiałów Naukowych* poświęconych m.in. Poznaniowi, jako pierwszemu miastu akademickiemu, w którym powstał Zakład Anestezjologii⁷⁷.

Interesująca nas problematyka, od tego czasu coraz częściej pojawiała się na łamach różnych czasopism medycznych. Autorzy wielokrotnie w swoich publikacjach wychodzili poza rok 1945 i sięgali do „pradziejów”, kiedy w Poznaniu działali tak wybitni lekarze jak Heliodor Świącicki (1854-1923), Tomasz Drobnik (1858-1901), Paweł Gantkowski (1869-1938)⁷⁸ i Antoni Jurasz junior (1882-1961). W wydanych drukiem pracach przypomniano także losy anestezjologii na Polskim Wydziale Lekarskim przy Uniwersytecie w Edynburgu, który w latach niemieckiej okupacji kształcił polski personel medyczny do działań na polu walki⁷⁹.

Syntetyczne ujęcie problematyki rozwoju anestezjologii na polskich uczelniach medycznych przedstawił Witold Jurczyk⁸⁰. Ta tematyka wielokrotnie powracała w pracach liczego grona uczonych, którzy byli związani nie tylko z prof. W. Jurczykiem (inicjatorem powstawania struktur anestezjologii w Akademii Medycznej w Poznaniu), ale i w pracach osób, które współtworzyły polską anestezjologię w okresie po drugiej wojnie światowej⁸¹.

W gromadzeniu danych historycznych, ich opracowywaniu i publikowaniu olbrzymią rolę odgrywała i odgrywa nadal Sekcja Historyczna

W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu 1982, nr 2 (19).

⁷⁷ J. Garstka, I. Bowbelska, *Rozwój anestezjologii wielkopolskiej po II wojnie światowej* (w:) *Materiały Naukowe*, „Symposium Historia Anestezjologii w Polsce”, Kraków 1986, s. 106-112.

⁷⁸ M. Sikorski, Paweł Gantkowski - humanista, popularyzator nauk medycznych czy wzięty lekarz Wielkopolski? *Nowiny Lekarskie*, R. 67, 1998, nr 10, s. 1145-1148.

⁷⁹ Zestawienia tych prac podaję w bibliografii oraz szerzej ją cytuję w odpowiednich fragmentach niniejszej publikacji.

⁸⁰ W. Jurczyk, *Rozwój anestezjologii w akademiach medycznych w Polsce*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2002, nr 4, s. 301-304.

⁸¹ Zestawienie tych prac w bibliografii (np. Z. Rondio, L. Wołowicka, J. Garstka, I. Bowbelska).

Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, która została powołana do życia uchwałą Zarządu Głównego PTAiIT z dnia 16 stycznia 1986 r. Swoim zasięgiem obejmowała ona cały kraj.⁸² Sekcja historyczna zorganizowała szereg spotkań i sympozjów, które nie miały regularnego charakteru, ale stanowiły najczęściej ważne podsumowanie wielu okresów działania. Jednym z ważniejszych zjazdów organizowanych przez sekcję, było pierwsze sympozjum poświęcone historii anestezjologii w Polsce w Krakowie w 1986 roku.

Była to jedna z trzech sekcji zajmujących się historią anestezjologii w Europie, dlatego już na drugim międzynarodowym sympozjum poświęconym historii anestezjologii, polscy wykładowcy prezentowali swoje referaty. Następnie co roku, w różnych miastach Polski, odbywały się sympozja skupiające się na wybranych aspektach historii anestezjologii. W sympozjach brali udział także poznańscy anestezjolodzy.

W grudniu 1993 roku w Kiekrzu, w czasie konferencji *Znieczulenie w stomatologii*, przedstawiono doniesienie historyczne na temat Stanisława Przybyszewskiego. W 1997 roku zostało zorganizowane spotkanie sekcji, którego tytuł brzmiał: *150 lat anestezji w Polsce*, honorowy patronat nad nim objęli docent Mieczysław Justyna i profesor Antoni Aroński. Owocem tych wydarzeń było wydanie materiałów naukowych – *150 lat anestezjologii w Polsce*, ogłoszone przez Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Innym ważnym źródłem informacji na temat badań nad anestezjologią są referaty i opracowania, które były przedstawiane na wszystkich zjazdach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zawsze znajduje się na nich osobna sesja poświęcona zagadnieniom historii anestezjologii. Źródłem stają się również opublikowane prace doktorskie.

Należy wspomnieć również o materiałach obowiązujących na uczelni, które są cenną pamiątką z lat, w których dokonywał się przełom historyczny, organizacyjny i rozwój anestezjologii. Mowa tu o wszelkiego rodzaju

⁸² A. Macheta, K. Przepolska, *Powstanie i rozwój Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2002, nr 4, s. 305-307.

przewodnikach ram programowych, drukowanych skryptach, a także podsumowaniach w biuletynach wydawanych przez akademie medyczne i zdjęciach oraz materiałach zjazdowych, które w swoich zbiorach posiadają jeszcze uczestnicy tych zjazdów.

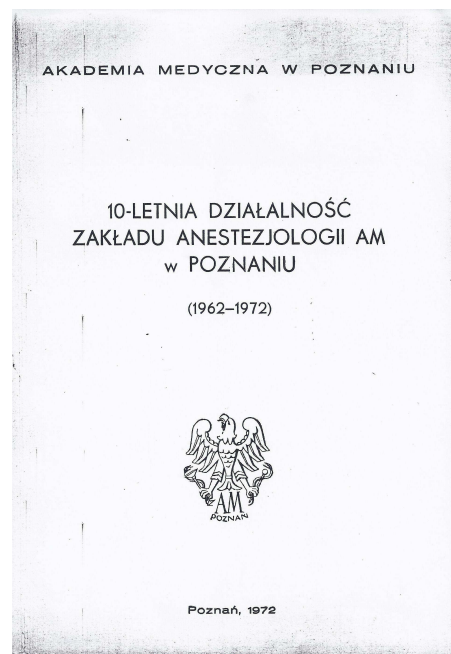
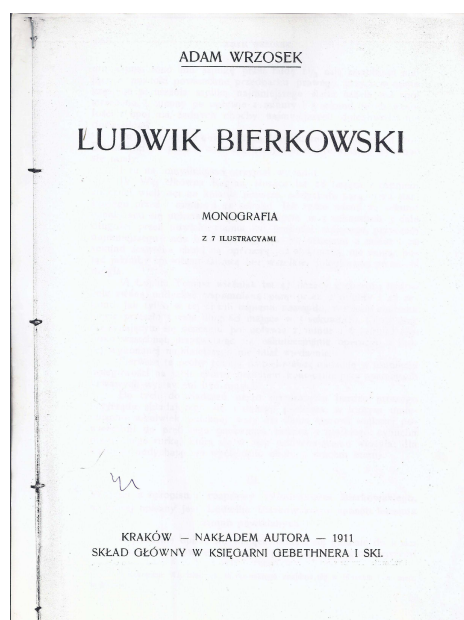
2.1. Muzeum Anestezjologii Polskiej

Szczególną rolę w gromadzeniu wspaniałych eksponatów i dokumentów odegrało Muzeum Historii Anestezjologii Polskiej. Z inicjatywy prof. Witolda Jurczyka utworzono Muzeum dzięki uchwale Zarządu Głównego PTAiT w dniu 1 marca 2002 roku. Muzeum powstało na terenie Ostrowa Wielkopolskiego w 2003 roku i działało do 2007 roku. Było to pierwsze takie muzeum w Polsce, a trzecie w Europie.

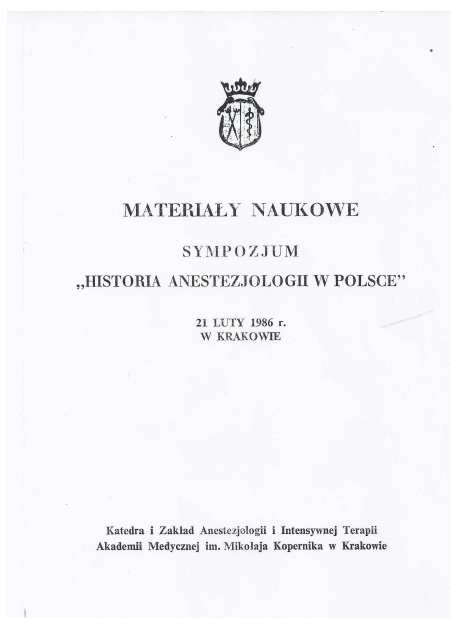
W dniach 1 stycznia 2010 – 31 marca 2011 w Muzeum Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zorganizowana została czasowa wystawa pt. *Anestezjologia, intensywna terapia, reanimacja i resuscytacja*, na której zaprezentowano wyjątkowe eksponaty, które wcześniej znajdowały się w zamkniętym Muzeum Anestezjologii.

Olbrzymim problemem jest uzyskanie informacji dotyczących niektórych okresów historii anestezjologii. Jedną z przyczyn jest fakt, że nie było wówczas archiwizacji elektronicznej, która obecnie umożliwia szczegółowe dotarcie do źródeł. Podobnie wygląda sytuacja z materiałem zdjęciowym, czy też z filmami wideo. Również w tej publikacji, bardzo ważnym źródłem były przewodniki programowe oraz wszelkiego rodzaju podsumowania, które wyszły spod pióra profesora Jurczyka i jego współpracowników, zamieszczane w głównych pismach anestezjologicznych, a także w biuletynach oraz jako artykuły z seminariów i zjazdów anestezjologów polskich. Wiele doniesień można odnaleźć w takich źródłach jak roczniki PTPN oraz im podobnych, które znajdują się w bibliotekach cyfrowych.

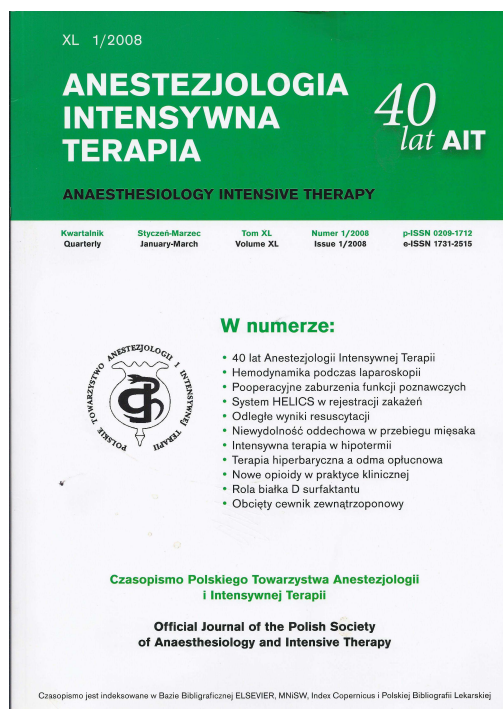
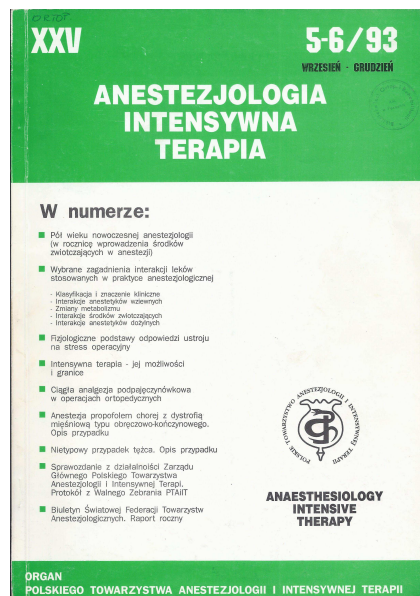
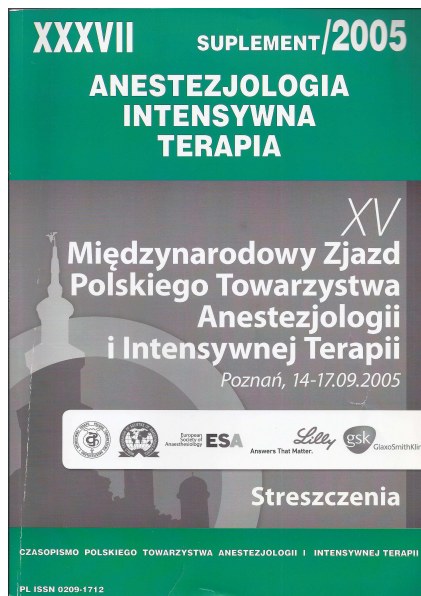
Ważnym źródłem informacji są zbiory Wielkopolskiej Biblioteki Cyfrowej, a także informacje, które znajdują się w bibliotece lekarskiej.



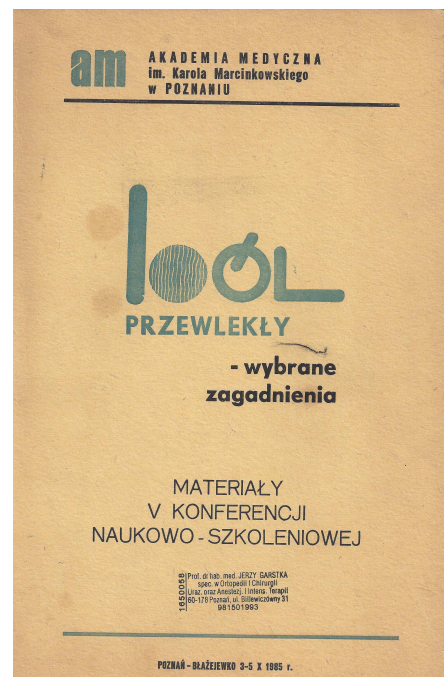
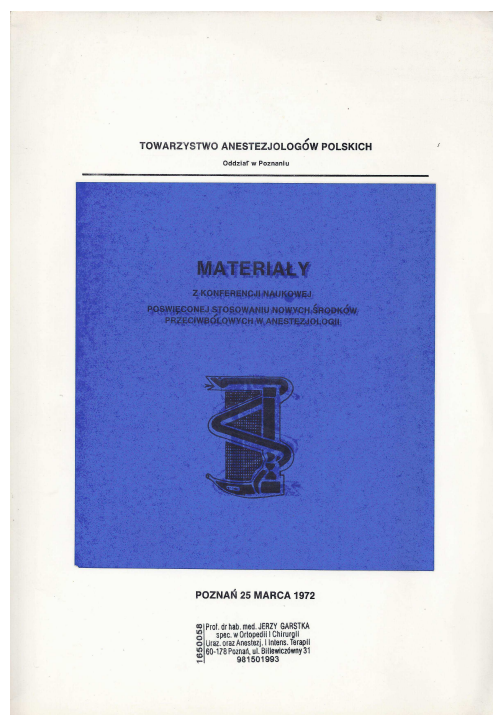
Rysunek 15 Monografia L. Bierkowskiego



Rysunek 16 Materiały zjazdowe i okolicznościowe poświęcone rozwojowi anestezjologii akademickiej w Poznaniu



Rysunek 18 Anestezjologia Intensywna Terapia



Rysunek 19 Materiały szkoleniowe konferencji, kursów i zjazdów

ROZDZIAŁ III ZARYS DZIEJÓW ANESTEZJOLOGII POLSKIEJ W XIX WIEKU (OKRES 1793-1918)

Początki anestezjologii na ziemiach polskich datuje się na połowę XIX stulecia. Rozwój znieczulenia następuje równolegle z osiągnięciami światowej nauki i odkryciami dotyczącymi tego zagadnienia. Pierwsze zastosowanie znieczulenia eterowego miało miejsce w Krakowie w 1847 roku. Dokonał tego pochodzący z Wielkopolski, krakowski chirurg, prof. Ludwik Bierkowski.

O wydarzeniu pierwszego znieczulenia eterem donosi *Gazeta Krakowska*, nr 31, z wtorku 9 lutego 1847 roku, w wiadomościach krajowych pojawia się jako ważna wiadomość o *użyciu par eteru siarkowego do oddychania celem chwilowego uspienia chorych, którzy mają być operowani*.⁸³

Profesor Bierkowski 6 lutego 1847 roku w godzinach popołudniowych, w obecności doktora Czerwiakowkiego i doktora Jaszczurowskiego oraz innych lekarzy, po raz pierwszy użył par eteru siarkowego celem znieczulenia kilku pacjentów. Zanim jednak do tego doszło, najpierw kilku studentów medycyny zostało poddanych próbie oddychania eterem przez kilka minut. Obserwowano, w jaki sposób dochodzi do stanu nieświadomości oraz jakie są reakcje na ból. Po tej demonstracji profesor Bierkowski przystąpił do wykonania operacji, rozpoczynając od znieczulenia pacjentki z ropniem nad prawym kolaniem. Zabieg usunięcia ropnia trwał 2 minuty i 20 sekund.

Istotnym przełomem w dziejach nauczania medycyny była zmiana statusu chirurgii, której ranga zostaje podwyższona do poziomu lekarskiego. Dokonało się to na przełomie XVIII i XIX stulecia. Pomoc chorym, którzy wymagali bolesnych zabiegów operacyjnych, wprowadziła w krąg zainteresowań medycyny potrzebę znalezienia skutecznego środka, który w czasie operacji zapobiegałby bólom, tak trudnym do zniesienia przez pacjentów.

⁸³ *Gazeta Krakowska*, nr 31, 9.02.1847.



Rysunek 20 Aleksander Le Brun

W środowisku poznańskim, na potrzebę nowoczesnego znieczulenia wskazywał doskonale zorientowany w postęпах współczesnej nauki chirurg Józef Antoni Jagielski (1792-1865), który także w 1847 roku do znieczulenia ogólnego stosował chloroform⁸⁴.

Istotny wkład uczonych polskich do rozwoju anestezjologii wiązał się nie tylko z nazwiskiem prof. Ludwika Bierkowskiego. Koniecznie należy wspomnieć o prof. Stanisławie Klikowiczu (zm. 1950), który w 1880 r. w Petersburgu wprowadził jako pierwszy podtlenek azotu do zwalczania bólu porodowego.⁸⁵ Do znaczących osiągnięć zalicza się dokonania prof. Heliadora Świącickiego w Poznaniu, który udoskonalił metodę znieczulenia ogólnego podczas porodu, przy pomocy podtlenku azotu („Aparat N₂O + O”).

Henryk Hilarowicz (1890-1941) opracował i opisał oryginalną metodę znieczulenia splotu ramiennego, z dojścia pomiędzy mięśniami pochyłymi (1925), wyprzedzając o 45 lat stosowaną do dzisiaj metodę opisaną przez Winiego⁸⁶. Niestety, do dnia dzisiejszego starania o uznanie tego faktu historycznego nie przyniosły oczekiwanego rezultatu. Również jego dziełem

⁸⁴ *Zarys dziejów chirurgii*, pod red. W. Noszczyka, s. 238. Tekst autorstwa R. K. Meissnera i R. T. Górala.

⁸⁵ W. Jurczyk, A. Dziak, *Anestezjologia i intensywna terapia w Polsce*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny 1989, 52, 2-3.

⁸⁶ W. Jurczyk, *Uwagi o rozwoju anestezjologii w Polsce*, Nowiny Lekarskie, R. 66, 1997, nr 4, s. 480.

jest pierwszy polski podręcznik o znieczuleniu miejscowym, opublikowany w 1924 r.



Rysunek 21 Henryk Hilarowicz

Do grupy Polaków, którzy wpłynęli na postęp światowej anestezjologii należy Stanisław Przybyszewski (1868-1927), znany literat, który jako student medycyny w Berlinie, naprowadził badaczy na możliwości zastosowania znieczulenia przewodowego.

W 1877 r. pierwszego znieczulenia z intubacją tchawicy dokonuje Julian Kosiński u pacjentki z nowotworem krtani.⁸⁷

Rozgłos uzyskał Jan Prus (1859-1926), kierownik Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego, który prowadził pionierskie badania dotyczące ożywiania w przypadkach śmierci z uduszenia, zatrucia chloroformem i rażenia prądem elektrycznym (*Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique*, 1901). W swoich pracach eksperymentalnych na psach, udowodnił możliwość przywracania życia po zastosowaniu bezpośredniego masażu serca, połączonego ze sztucznym oddychaniem oraz infuzję dotętniczą fizjologicznego roztworu chlorku sodu. Wykazał, że taka reanimacja bywa skuteczna w godzinę po śmierci klinicznej zwierzęcia. Najkorzystniejsze efekty uzyskał w przypadku śmierci w wyniku otrucia chloroformem (76%

⁸⁷ W. Jurczyk, A. Dziak, *Anestezjologia i Intensywna Terapia w Polsce*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny 1989, 52, 2-3.

ożywień). W 1900 r. próbował przywrócić życie mężczyźnie w dwie godziny po jego samobójczym powieszeniu się. W wyniku 15-minutowej reanimacji wyżej wymienionym sposobem, doprowadził do samoistnego rytmicznego kurczenia się przedsionków serca. Największym osiągnięciem Jana Prusa było zarówno dostarczenie przekonujących dowodów na dużą skuteczność proponowanych przez niego zabiegów reanimacyjnych, jak również, po raz pierwszy w dziejach medycyny, wykazanie, że serce po śmierci człowieka długo zachowuje pobudliwość i zdolność do podjęcia swojej życiowej funkcji.

Tradycje medycyny wielkopolskiej i jej związki z początkami anestezjologii mają starą metrykę. W badaniach historycznych sięga się nawet do znaczenia odkryć Józefa Strusia, europejskiej sławy lekarza poznańskiego, (1510-1568), który po nauce w poznańskiej Akademii Lubrańskiego i Akademii Krakowskiej, swoją wiedzę wzbogacał w czasie studiów na Uniwersytecie w Padwie, gdzie uzyskał doktorat i był prorektorem. Jego dzieło *Nauka o tętnie*, wydane w 1555 roku w Bazylei, według niektórych badaczy, było pracą prekursorską w stosunku do publikacji Williama Harveya z 1628 roku, która pozwoliła w swoim czasie na lepsze poznanie układu krążenia człowieka.

Tymczasem sytuacja w Wielkopolsce zmieniła się po wycofaniu się wojsk napoleońskich, gdy w 1815 roku, na mocy uchwały Kongresu Wiedeńskiego, Księstwo Warszawskie podzielone między Prusy i Rosję zniknęło z mapy Europy. W maju 1815 r. po raz wtóry wkracza do Poznania wojsko pruskie, Wielkopolska i Pomorze znikają z mapy na przeszło 100 lat przechodząc pod panowanie Hohenzollernów. Na obecnych ziemiach Wielkopolski utworzono Wielkie Księstwo Poznańskie, które zostało podzielone administracyjnie na dwie regencje – poznańską i bydgoską. Księstwo stanowiło integralną część monarchii pruskiej i tym samym system administracyjno-prawny obowiązywał wszystkich zamieszkałych tutaj ludzi. Początkowa autonomia, którą uzyskało Księstwo, zaczęła być ograniczana po powstaniu listopadowym w 1849 roku, a więc dwa lata po pierwszym znieczuleniu eterowym. Przez cały okres zaboru pruskiego była systematycznie

przeprowadzana germanizacja. Dla lekarzy, którzy pracowali na terenie Księstwa Poznańskiego istniał szereg ograniczeń. Początkowo lekarzy było niewielu, choć medycy z Księstwa mieli prawo do kształcenia się na uniwersytetach niemieckich. Zdecydowanie przeważali lekarze niemieccy i żydowscy. W 1832 roku w Poznaniu praktykowało tylko trzech Polaków. Kształcenie lekarzy było kosztowne, a państwowe posady były przede wszystkim przekazywane lekarzom niemieckim. Sytuacja uległa zmianie, gdy Karol Marcinkowski w 1841 roku założył Towarzystwo Naukowej Pomocy dla Młodzieży Wielkiego Księstwa Poznańskiego. Między innymi umożliwiała ono kształcenie na uniwersytetach i przekazywanie stypendiów. W połowie XIX wieku liczba lekarzy Polaków na terenie Księstwa zwiększyła się do 16.

Ćwierć wieku później w Poznaniu było 52 lekarzy Polaków. Jest to też czas, w którym zdobywanie kwalifikacji chirurgicznych zmieniało strukturę – z nabywania umiejętności czeladniczych, rzemieślniczych na pełne kształcenie na uniwersytetach. Aby otrzymać tytuł chirurga i uzyskać prawo do praktyki, należało zdobyć aprobację, czyli zdać egzamin państwowy przed komisją w Berlinie, a od lat 20. XIX wieku, przed kolegium lekarskim danej regencji. Od 1820 roku wprowadzono również jednolitą, obowiązkową przysięgę dla osób trudniących się medycyną: fizyków, chirurgów, urzędowych lekarzy praktyków, położników, aptekarzy, położnych. Ważne jest dla tej grupy specjalności, że w 1825 roku wydano zarządzenie o egzaminach lekarskich w państwie pruskim. Wprowadzono wówczas trzy grupy osób uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej: lekarzy promowanych, chirurgów pierwszej klasy i chirurgów drugiej klasy. Ostateczne uporządkowanie kształcenia lekarzy operatorów nastąpiło poprzez działania władz pruskich w latach 1848-1849, gdy wszystkie uczelnie medyko-chirurgiczne zostały zamknięte. Odtąd kształcenie lekarzy i chirurgów przebiegało jednotorowo na uniwersytetach.

Należy nadmienić, że pierwszym lekarzem chirurgiem w Księstwie Poznańskim był Karol Marcinkowski (1800-1846), wspaniały operator oraz społecznik, pracujący w oddziale chirurgicznym założonego w 1823 r. Szpitala Sióstr Miłosierdzia (Szpital Przemienienia Pańskiego w Poznaniu). Nie

doczekał on jednak pierwszego znieczulenia eterowego, gdyż zmarł w 1846 roku. Nazwisko Karola Marcinkowskiego jest ważne, ze względu na fakt, iż po ukończonych studiach w Berlinie (1823), jako znakomity chirurg i podróżnik, będąc za granicą, napisał pionierską pracę, opartą na badaniach eksperymentalnych pt. *Über den Werth der Transfusion des Blutes als Arzeneimittel* (O transfuzji krwi jako metodzie leczniczej), ogłoszoną przez światowej sławy niemieckiego chirurga Johanna Friedricha Dieffenbacha (1792-1847) w świeżo założonym czasopiśmie lekarskim: *Zeitschrift für die gesamte Medizin*. Karol Marcinkowski zastosował praktycznie tę metodę w czasie powstania listopadowego.

Na wieść o wybuchu powstania listopadowego w 1830 roku, przekazuje on ordynaturę doktorowi Józefowi Antoniemu Jagielskiemu, który był wspaniałym operatorem, wychowankiem Uniwersytetu Wrocławskiego, Berlińskiego, rodowitym poznańczykiem. Jako pierwszy w Poznaniu, już w 1847 roku, zastosował chloroformowe znieczulenie ogólne.



Rysunek 22 Teodor Teofil Matecki.

Kolejnym ordynatorem w Szpitalu Sióstr Miłosierdzia został jeden z najwybitniejszych współpracowników Marcinkowskiego – Teodor Teofil Matecki. To za jego czasów liczba wykonywanych operacji na oddziale chirurgicznym znacznie się zwiększyła. Zabiegi wykonywano w znieczuleniu ogólnym, Matecki uważał, że zarówno podający narkozę, jak i

instrumentariusz muszą być lekarzami *Pierwszy – by strzegł chorego, drugi – aby nieomal w każdej chwili odgadywał myśli operatora i ciągnął był mu pomocą*.⁸⁸ Należy zaznaczyć, że w tym czasie, bardzo ważną rolę odegrało zawiązane w 1857 roku Polskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu, które integrowało środowisko intelektualne Wielkopolski, w tym środowisko lekarskie. Ten okres, w którym lekarze uzyskiwali autonomię i mogli praktykować, w sposób istotny został ograniczony po 1866 roku, gdy zabroniono przynależności do Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu lekarzom, urzędnikom państwowym i posiadającym posady administracyjne. 20 lat później, od roku 1886, rząd pruski nasilił kolonizację ziem polskich, wszystko to zgodne było z polityką niemiecką, zainicjowaną przez Bismarcka po wojnie francusko-pruskiej. Na ziemiach Księstwa Poznańskiego działała organizacja Hakata, która miała na celu nasilenie germanizacji tych ziem. W 1899 roku, powstała niemiecka uczelnia medyczna w Poznaniu – Królewski Instytut Higieniczny, który miał być centralną niemiecką instytucją naukową i usługową, zaspokajającą potrzeby sanitarne i medyczne, a także miał umacniać niemiecką medycynę na tym terenie. Uczelnia ta w sposób szczególnie formowała lekarzy niemieckich. Tym samym Polacy rozpoczęli bojkot kursów, które były prowadzone na tej uczelni. W tym czasie nauka polska znajdowała schronienie głównie w placówkach medycznych rodzimej myśli lekarskiej, takich jak Szpital Sióstr Miłosierdzia, Szpital Dziecięcy św. Józefa, Lecznica Poznańska oraz kliniki prywatne.

W aspekcie Szpitala Dziecięcego w domu Sióstr Miłosierdzia przy ul. Św. Józefa założonego w 1977 roku należy wspomnieć o wybitnym lekarzu jakim był Ignacy Zielewicz. Nie tylko jako o założycielu tegoż szpitala w Poznaniu, ale również jako wsławnym chirurgu. Do 1878 roku Ignacy Zielewicz leczył tu i operował 91 dzieci z chorobami chirurgicznymi, wspólnie z lekarzami: Wawrzyńcem Grodzkim i Bolesławem Kapuścińskim. Operowano głównie w znieczuleniu ogólnym chloroformowym, systemem otwartym.

⁸⁸ W. Jurczyk, M. Sikorski, *Anestezjologia w Wielkopolsce*, Anestezjologia Intensywna Terapia 2001, nr 33, s. 109-116.

Zielewicz stosował również znieczulenie eterowe, choć preferował chloroform. Wielką zasługą Zielewicza, oprócz wspomnianych wcześniej dokonań, było upowszechnienie antyseptyki, a także wprowadzenie jej w nowoczesnej formie do praktyki. Kontynuatorem pracy doktora Zielewicza był wybitny chirurg poznański Tomasz Drobnik (1858-1901).



Rysunek 23 Tomasz Drobnik

Większość zabiegów, była wykonywana przez niego w znieczuleniu ogólnym, a była to liczba niemała, bo aż 200 do 300 rocznie. Doktor Drobnik nie tylko zajmował się chirurgią jamy brzusznej, ale też był lekarzem wszechstronnym i interesował się chirurgią kostną, mając wiele osiągnięć, które zostały opisane w przeszło 40 pracach. Należy zaznaczyć, że doktor Drobnik był pierwszym polskim lekarzem, który w styczniu 1896 roku wykonał w laboratorium Poznańskiego Towarzystwa Fotograficznego radiogramy do celów klinicznych⁸⁹.

Stosował on również z powodzeniem znieczulanie miejscowe. Świadectwem są jego prace publikowane w *Nowinach Lekarskich* oraz wydawnictwach PTPN⁹⁰. Był uczniem współtwórcy światowej chirurgii Jana

⁸⁹ R. K. Meissner, *Radiologia poznańska w latach 1896-1946. Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2000.

⁹⁰ T. Drobnik, *O znieczulaniu miejscowym*, Nowiny Lekarskie 1898, R. 10, z. 6, s. 98; tenże, *O znieczulaniu miejscowym*, Roczniki Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego t. XXV, 1898, s. 513-514.

Mikulicza Radeckiego w Królewcu, który często stosował znieczulenie przy pomocy chlorku etylu.

Na podstawie zachowanego sprawozdania z posiedzenia Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu (WL TPNP) z 7 lutego 1896 roku, możemy stwierdzić, że w tym trudnym okresie, w którym rozwój naukowy był tak ograniczony, ze względu na przynależność ziem zachodnich do Prus, pod koniec 1903 roku na obszarze obu regencji, czyli całym obszarze Wielkiego Księstwa Poznańskiego, działały 73 szpitale. W tych placówkach leczniczych, wśród których większe zakłady, tzw. szpitale powszechne miały co najmniej dwa oddziały – wewnętrzny i chirurgiczny, pracowało zaledwie 12 chirurgów, w tym 5 Polaków i 7 Niemców. Przez cały ten okres najbardziej prężnym i twórczym ośrodkiem chirurgii był Poznań. Głównym forum, na którym przekazywano wymianę myśli naukowej, były posiedzenia Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu oraz jego organ *Nowiny Lekarskie*, w którego tworzeniu i przygotowaniu istotną rolę odegrał doktor Ignacy Zielewicz. Na początku XX wieku, w 1909 roku, została oddana do użytku kolejna lecznica Szpital Sióstr Elżbietanek przy ul. Łąkowej w Poznaniu, a w 1913 roku powstał Poznański Zakład Ortopedyczny im. Bronisława Gąsiorowskiego, przy ul. Alejowej.

Wielkopolaninem był – już wspomniany – pierwszy polski „anestezjolog”. Ludwik Bierkowski (ur. 16 sierpnia 1801 w Poznaniu, zm. w Krakowie 27 czerwca 1860). Wykształcenie zdobywał w Berlinie, Jenie oraz Lipsku. Po praktyce w Wilnie i Warszawie związał się (od 1831 r.) z Uniwersytetem Jagiellońskim. Tu opublikował swoją pracę *Znieczulenie Eterem*, która ukazała się 4 lutego 1847 r.

Heliodor Świącicki, kolejny poznańczyk, wychowanek Uniwersytetu Wrocławskiego, ginekolog, był pierwszym rektorem Wszechnicy Piastowskiej i przez kilka lat kierował Kliniką Położniczą w Poznaniu.

W 1886 r. skonstruował aparat do znieczulenia bólu porodowego za pomocą mieszaniny gazowej (N_2O oraz O_2). Heliodor Świącicki jako jeden z

pierwszych stosował nowoczesną ogólną analgezję w czasie porodu⁹¹. Aparat ten, przedstawia się następująco: W cylindrze z kutego żelaza sprężona jest mieszanka gazów, składająca się z 4/5 podtlenku azotu i 1/5 tlenu. Cylinder ten zawiera 220 l mieszanki gazów i znajduje się w drewnianej skrzynce. Na rycinie jest widoczne, że cały aparat może być łatwo transportowany. Cylinder zamknięty jest zaworem (wentylem), który może być otwierany i zamykany kranikiem G (ryc. 2). Od opisanego zaworu prowadzi miękki przewód do gumowego balonu, a od niego dalsza część rurki prowadzi do ustnika. Ustnikiem jest mała metalowa maska zaopatrzona w brzeźnie przebiegający wąż gumowy pozostający pod ciśnieniem. Pozwala to uszczelnić maskę na twarzy. Maska zawiera wentyl wydechowy A. Gaz doprowadza się do maski zaworem H, którym można przepływ gazu zmniejszyć, lub przerwać. Do zaworu H można wymiennie zamiast maski podłączyć prostą lub zgiętą rurkę szklaną, wprowadzaną bezpośrednio do ust przy operacjach w jamie ustnej lub gardzieli. Aparat stosuje się w ten sposób, że przyciskając maskę do twarzy rodzącej, poleca się jej oddychać. Następnie otwiera się krany G oraz H, a rodząca wdycha mieszankę gazową w ilości aktualnie potrzebnej. Aparat jest nieduży i łatwy w użyciu. Nadaje się jednakże tylko do krótkiej „narkozy”, ponieważ dawkowanie jest niedokładne. Przy niedługich operacjach można nim uzyskać dobre znieczulenie⁹².

⁹¹ RKM [R. K. Meissner], *Heliodor Święcicki (1854-1923). Twórca i pierwszy rektor Uniwersytetu Poznańskiego* [w:] 70-lat istnienia akademickiej szkoły nauk medycznych w Poznaniu, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, R. XIV, nr 2 (41), Poznań 1987 (numer specjalny), s. 18; zob. też: R. Meissner, Z. Słomko, T. Pisarski, *Rektor Wszechnicy Piastowskiej. Szkice do portretu Heliodora Święcickiego (1854-1923)*, Poznań 1987, s. 64-66; *Heliodor Święcicki, klucz do solidarności wielkiej rodziny intelektualnej*, wstęp i dobór tekstów R. K. Meissner, *Klasyki nauki poznańskiej*, t. 28, Poznań 2009.

⁹² Opis podaję w całości za: W. Jurczyk, J. Kroll, R. Meissner, *Heliodor Święcicki, twórca aparatu do wziewnego znieczulenia bólu porodowego*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, R. XXX, 1998, s. 203-204.



Rysunek 24 Aparat do znieczulenia

Święcicki opracowaną przez siebie metodę znieczulania przedstawił m.in. w 1890 roku podczas X Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego w Berlinie. Natomiast wspomniany oryginalny aparat do analgezji wziewnej mieszaniną podtlenku azotu z tlenem ($4/5 \text{ N}_2\text{O} + 1/5 \text{ O}_2$) zademonstrował podczas wystawy lekarskiej towarzyszącej wspomnianemu Kongresowi.

Za wskazania do znieczulania mieszaniną $4/5 \text{ N}_2\text{O} + 1/5 \text{ O}_2$ Święcicki uważał nie tylko bóle w czasie porodu, ale także *zszywanie pochwy i śródkrocza, przy obrotach, wyciążaniu (extractio), przy wyjmowaniu łożyska, a także niekiedy w okresie poporodowym.*

Poznański ginekolog podkreślał, że stosowanie podtlenku azotu jednocześnie z tlenem jest podstawowym warunkiem bezpieczeństwa przy stosowaniu tego środka do znieczuleń. Natomiast stosowanie do znieczuleń samego podtlenku azotu prowadzi do nasycenia krwi tym gazem i może to powodować uduszenie. Sam sposób prowadzenia znieczulenia N_2O oraz aparat, wzbudziły duże zainteresowanie specjalistów. Londyńska firma „Ash et Sons” zajęła się produkcją tego bardzo praktycznego przenośnego urządzenia i wprowadziła je do sieci handlowej sprzętu medycznego na terenie Europy (m.in. w Berlinie) i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Do dzisiaj „aparat Święcickiego” można spotkać w muzeach historii medycyny (m.in. w Londynie). Jako ciekawostkę można podać, że wspomniany aparat jeszcze po

II wojnie światowej był stosowany w Klinice Położniczej i Chorób Kobięcych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego przy ul. Polnej.

Do grona poznańskich lekarzy, którzy wprowadzali różne środki znieczulające, zaliczyć należy również: Leona Szumana z Torunia (1852-1920)⁹³ i Pawła Gantkowskiego (1869-1938)⁹⁴, rozpoczynającego swoją praktykę lekarską w Witkowie (k. Gniezna), gdzie często stosował analgezję miejscową. Był wziętym – wśród chirurgów – lekarzem, który z powodzeniem stosował znieczulenia. *Nie było prywatnej operacji w Poznaniu w polskiej praktyce lekarskiej, w której by nie dawał narkozy dr Gantkowski*⁹⁵. Pamięć o nim przechowywały pokolenia chirurgów, m.in. dr Kazimierz Nowakowski, Ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu.

Na przełomie XIX i XX wieku praktykowało niewielu chirurgów, którzy podawali narkozę. Wśród nich należy wymienić Józefa Pomorskiego, Leona Mieczkowskiego, Eugeniusza Parczewskiego, Kazimierza Nowakowskiego i Ireneusza Wierzejewskiego.



Rysunek 25 Ireneusz Wierzejewski

⁹³ L. Szuman, *Nirwanina jako środek do znieczulania miejscowego i kilka uwag dotyczących znieczulania płynem Schleicha*, Nowiny Lekarskie, R. XI, 1899, nr 10, s. 469-474; nr 11, s. 527-532; tenże, *Spostrzeżenia dotyczące znieczulania za pomocą bromku etylu*, Wiadomości Lekarskie, t. II, 1888, s. 321-328.

⁹⁴P. Gantkowski, *O znieczuleniu miejscowym sposobem Schleicha*, „Schleich's Infiltrationsanaesthesie” i zastosowaniu go w praktyce, Nowiny Lekarskie, R. 10, 1898, nr 5, s. 142-144.

⁹⁵ Tamże.

W czasie Powstania Wielkopolskiego Ireneusz Wierzejewski został mianowany na szefa sanitarnego armii powstańczej, a Kazimierz Nowakowski był komendantem Powstańczego Szpitala Polowego w Poznaniu. W szpitalach powstańczych do znieczulenia wykorzystywano anestezję przy użyciu „kapanek” eterowych na maskę Schimmelbuscha⁹⁶.



Rysunek 26 Maska Schimmelbuscha

Warto wspomnieć o bardzo ważnym fakcie historycznym, a mianowicie wkładzie do myśli anestezjologicznej Stanisława Przybyszewskiego, artysty wielkopolskiego, znanego dramaturga. Przypomina o nim w *Wiadomościach dentystycznych*, miesięczniku związku zawodowego pracowników służby zdrowia, październik 1947, nr 10, Maria Bartuszo.

O roli Stanisława Przybyszewskiego należy mówić w aspekcie odkrycia modyfikacji znieczulenia przewodowego, za którego twórcę uważa się Ludwika Schleicha. W swoich pamiętnikach dr Carl Ludwik Schleich, pisze o naszym rodaku Stanisławie Przybyszewskim w ciepłych słowach.

C.L. Schleich urodził się w Szczecinie w 1859 roku, studiował w Zurychu i Berlinie. Był także wszechstronnie uzdolniony artystycznie: grywał na wiolonczeli, komponował, malował, był aktorem, śpiewakiem, pisarzem nowel, dramatów, rozpraw filozoficznych, lubił też życie towarzyskie.

⁹⁶ W. Jurczyk, M. Sikorski, *Anestezjologia w Wielkopolsce*, Anestezjologia Intensywna Terapia 2001, nr 33, s. 109-116.

Otworzył własną klinikę chirurgiczną w Berlinie. W jednej z berlińskich restauracji poznał Stanisława Przybyszewskiego, spotkanie to miało miejsce ok. 1890 roku i w wyniku ich dyskusji o duszy i ciele, Przybyszewski zapisał się na wykłady z psychiatrii przy Uniwersytecie Berlińskim. Potwierdza to fakt, iż Przybyszewski w sprawach medycyny, a szczególnie fizjologii, nie był laikiem. Swojego przyjaciela Schleich nazywał krwawym fizjologiem. Pewnego dnia, gdy Przybyszewski wracał z wykładów prof. Waldeyera, Schleicha zaciekały zeszyty i zapiski z rysunkami Przybyszewskiego. Wykonane z zadziwiającą dokładnością i w najdrobniejszych szczegółach. Gdy je zobaczył, zaczął się zastanawiać nad funkcją, jaką pełni w tej skomplikowanej aparaturze nerwów zwój. Schleich oczywiście podzielił się tymi informacjami ze swoim przyjacielem i w efekcie dyskusji dotyczących problemów hamowania, przewodnictwa i możliwości tkanki mózgowej, Schleich rozpoczął eksperymenty. Wykonał – głównie na sobie - kilkaset eksperymentów. Odkrycie, potwierdzone badaniami, opublikował w 1894 roku – jako jeden z pierwszych podał sposób znieczulenia przewodowego celem bezbolesnego usunięcia zębów, przy użyciu 1%



Rysunek 27 C.L. Schleich

roztworu kokainy z dodatkiem morfiny. Udział Przybyszewskiego niewątpliwie był istotny, nie tylko dzięki rysunkom, ale także poprzez dyskusje, gdyż pod koniec życia w swoich pamiętnikach ujął to Schleich stwierdzeniem, że *Iskrą roznecającą był mi Stanisław Przybyszewski. Jego wywody i jego nad wyraz doskonałe rysunki preparatów anatomicznych.*

ROZDZIAŁ IV ANESTEZJOLOGIA AKADEMICKA W POZNANIU DO WYBUCHU II WOJNY ŚWIATOWEJ

Wydarzeniem przełomowym dla rozwoju nauk medycznych w Wielkopolsce było utworzenie 30 stycznia 1919 r. Wszechnicy Piastowskiej. Rok później, 24 czerwca 1920 r. Senat zmienił nazwę na Uniwersytet Poznański. Już w 1919 roku Komisariat Naczelnej Rady Ludowej pod naciskami Heliodora Święcickiego i z poparciem Ludwika Rydygiera planuje otwarcie Wydziału Medycznego. Ostateczna decyzja zapadła 30 kwietnia 1919 r.

Już w 1843 roku dr Karol Marcinkowski planował utworzenie w Poznaniu Szkoły Chirurgicznej, a w 1845 roku, wspólnie z dr. Teofilem Mateckim, wystosował apel o utworzenie szkoły wyższej w randze Uniwersytetu. Przed utworzeniem Uniwersytetu, w 1919 roku, Wydział Lekarski PTPN wystąpił z inicjatywą organizowania kursów medycznych dla studentów, która przeniosła się z uniwersytetów niemieckich. Wiceprezes Wydziału Lekarskiego PTPN, dr Tadeusz Dembiński przewodniczył temu przedsięwzięciu.

Pomimo początkowych trudności organizacyjno-programowych, nastąpił dynamiczny rozwój struktur i dydaktyki Wydziału Lekarskiego, zwłaszcza dzięki zatrudnieniu prof. Adama Wrzoska, który został profesorem zwyczajnym Katedry Filozofii i Historii Medycyny i pierwszym Dziekanem Wydziału Lekarskiego. Już na początku 1921 r. rozpoczął zajęcia dydaktyczne I rok studiów lekarskich. Należy wspomnieć nazwiska innych znamienitych lekarzy i społeczników, którzy w ramach pracy w Komisji z ramienia PTPN przyczynili się do powstania Wydziału. Byli to: Wincenty Jezierski i Stanisław Łazarewicz. Szczególną rolę naukową w propagowaniu różnych technik

znieczuleń należy przypisać prof. Antoniemu Juraszowi⁹⁷. Był on jednym z wybitniejszych chirurgów, który w swojej praktyce lekarskiej praktykował technikę znieczulenia podpajęczynówkowego. Podczas obrad IX Międzynarodowego Kongresu Towarzystw Chirurgicznych w 1932 roku zaprezentował referat, w którym przedstawił wyniki ponad 3500 znieczuleń podpajęczynówkowych i opisał *techniki dostępu do jamy ponadrzeniowej na dowolnej wysokości*⁹⁸.

Tematyka prac dotyczyła głównie nowych metod znieczulenia. Znieczulenie wziewne eterem stosowane od kilkadziesiąt lat, było wówczas metodą sprawdzoną i powszechnie stosowaną. Nadal jednak personel znieczulający borykał się z dużą ilością powikłań w czasie takiego sposobu anestezji.

W latach międzywojennych pracownicy Uniwersytetu Poznańskiego prowadzili działalność naukową, której owocem było kilka publikacji poświęconych metodom znieczulenia.



Rysunek 28 Józef Granatowicz

Najczęściej przedstawia się pracę wygłoszoną na XXVII Zjeździe Chirurgów Polskich, który obradował w 1933 r. W wystąpieniu *O narkozie*

⁹⁷W. Jurczyk, M. Sikorski, *Anestezjologia w Wielkopolsce, Anestezjologia Intensywna Terapia*, R. 33, 2001, s. 111.

⁹⁸Tamże.

dożylniej z zastosowaniem ewipanu natrium.⁹⁹ Józef Granatowicz, z oddziału poznańskiej Kliniki Chirurgicznej, przedstawił zsyntetyzowany w roku 1932 r. przez Walthera Kroppa, Ludwiga Tauba oraz farmakologa Hellmutha Weese w IG Farben¹⁰⁰ i zastosowany klinicznie przez prof. Killiana anestetyk dożylny ewipan natrium. Wystąpienie zawierało wyczerpujące omówienie metody. Odnosiło się do zastosowania dożylnego jednego z najnowszych barbituranów, o krótkim czasie działania. Zastosowanie znieczulenia dożylnego rozwijało się prężnie od 1903 r.¹⁰¹ Taki sposób znieczulenia jest bowiem łatwiejszy i szybszy niż metoda wziewna z użyciem eteru. Szukano wówczas środka, który powodowałby głębokie uśpienie i nie wywoływał zaburzeń niebezpiecznych dla życia, znalazła się tu grupa anestetyków barbituranowych, których większość zsyntetyzowano w pierwszych 30-tu latach XX w.

Informacje na temat najnowszych metod w medycynie można było uzyskać dzięki nielicznym w Polsce specjalistycznym biuletynom. Wiele doniesień znalazło się na łamach *Nowin Lekarskich*, gdzie systematycznie publikowano recenzje i noty o dokonaniach lekarzy z wielu państw europejskich. Treść tych notatek, zazwyczaj bardzo zwięzła, omawiała przede wszystkim nowe środki, techniki, powikłania pooperacyjne oraz metody znieczulania.

Krótkie doniesienie o wynikach operacji gałki ocznej przy podspojówkowym miejscowym znieczuleniu ukazało się w *Nowinach Lekarskich* w 1921 r.¹⁰² W tymże roku, w zeszycie 11 *Nowin* pisano o dokonaniach lekarza lwowskiego dra Rodzińskiego, który omawiał 400 operacji, w tym 215 przypadków znieczulenia miejscowego za pomocą nowokainy z adrenaliną¹⁰³.

⁹⁹ Tamże.

¹⁰⁰ Henny KM., *Das intravenöse Narkotikum Evipan-Natrium (Hexobarbital-Natrium) und seine Anwendung [Thesis]*, Rheinsch-Westfallischen Technischen Hochschule Aachen, 1997.

¹⁰¹ Dimitri A Cozanitis, *One hundred years of barbiturates and their saints*, J R Soc Med. Dec 2004, 97(12), s. 594–598.

¹⁰² *Nowiny Lekarskie* 1921, z. 1-5, s. 28.

¹⁰³ *Nowiny Lekarskie* 1921, z. 11, s. 206-207.

Publikacje na łamach tego pisma, będące z reguły tekstami lekarzy poznańskich lub pochodzących z Wielkopolski, w istotny sposób przyczyniły się do popularyzacji różnych technik znieczulenia.

W następnym roku istnienia pisma, dr Strutyński streścił i omówił artykuł Seifferta o niebezpieczeństwie odurzenia chlorkiem etylu u dzieci.¹⁰⁴ Wkrótce na tych łamach donoszono o badaniach Reddinginsa o znieczuleniu pnia nerwu głównego szczękowego.¹⁰⁵

Dr Laskiewicz w 1926 r. donosił o badaniach nad znieczuleniem *powierzchniowem, psicainą, tutokainą i fenolem*. Zaletą tych środków, zdaniem omawianego w artykule V. Ammersbacha, była ich niska cena oraz słabe *własności trujące*¹⁰⁶.

Lista publikacji anestezjologicznych w *Nowinach Lekarskich* w 1927 r. nie była długa. Można wspomnieć o krótkim omówieniu przez dra Witkowskiego z Poznania doodbytniczego zastosowania środka znieczulającego oznaczonego symbolem E 107, który składem chemicznym był podobny do Hedonalu. Autor szeroko nawiązywał do tekstu opublikowanego przez Nordmanna¹⁰⁷. Wspomniany wyżej lekarz, w jednym z następnym numerów omawianego czasopisma, donosił o przedstawionych przez V. E. Mertensa tysiącu przypadków stosowania isoprалу, podawanego lewatywą w celu uspiania ogólnego. Proponowana metoda – jak pisał – *jest łagodna dla ciała i duszy chorego*¹⁰⁸.

W 1928 roku ukazało się omówienie doświadczeń ze znieczuleniem nerwu sromowego, pióra poznańskiego ginekologa Jana Bajońskiego (1888-1940), asystenta Uniwersytetu Poznańskiego.¹⁰⁹ Tekst przybliżał zmodyfikowaną metodę znieczulenia nasiękowego zaproponowaną

¹⁰⁴ Nowiny Lekarskie 1923, z. 4, s. 243.

¹⁰⁵ Nowiny Lekarskie 1926, z. 21, s. 811.

¹⁰⁶ Nowiny Lekarskie 1926, z. 6, s. 219.

¹⁰⁷ Nowiny Lekarskie 1927, z. 12, s. 463-464.

¹⁰⁸ Nowiny Lekarskie 1927, z. 20, s. 705.

¹⁰⁹ Schmit. *Eriahrungen mit der Pudendus anästhesie*, Zbl. F. 1927, nr 37, recenzja [w:] Nowiny Lekarskie 1928, z. 3, s. 98-99.

przez Polgara oraz krótko zalecał jej stosowanie w przypadkach wady serca, gruźlicy i chorób nerek.

Przytoczone powyżej publikacje nie wyczerpują pełnej listy tekstów zamieszczonych na łamach *Nowin Lekarskich* w okresie międzywojennym. Omawiane tematy dotyczyły techniki, metod znieczulenia, anestetyków wraz z ich działaniem ubocznym, używanej aparatury. Zwracano uwagę na powikłania w czasie znieczuleń. Rozpatrywano przyczyny śmiertelnych „zejść” pacjentów. Tak szeroki wachlarz prezentowano również po II wojnie światowej, aż do zamknięcia *Nowin Lekarskich* w 1950 roku.



Rysunek 29 Aparat Ombrédanne

O nowym aparacie, który umożliwiał *szybszą narkozę, ze względu na częściowy obieg zwrotny wydychanego powietrza*, krótko donosił na podstawie publikacji Boita w *Deutsch Med. Wochenschr.* 1928, nr. 14, często publikujący na łamach tego pisma poznański lekarz J. Granatowicz, który miał poważny dorobek również w innych dziedzinach nauk medycznych¹¹⁰. Było to ważne doniesienie, bo gdy w 1907 roku, zwrócono uwagę na wypadki śmiertelne, wynikające z niedoskonałości aparatów do podawania eteru, prof. Nelaton zaproponował dr Ludwikowi Ombrédanne stworzenie bezpiecznego urządzenia do anestezji wziewnej eterem.

¹¹⁰ R. K. Meissner, *Radiologia poznańska w latach 1896-1946* (w:) *Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej*, pod red. S. Leszczyńskiego, Tekst publikowany na stronie internetowej: radiologia.amp.edu.pl/TXT/Historia/Historia.doc.

W kolejnym numerze *Nowin Lekarskich* J. Granatowicz przedstawia, na podstawie przedruku, artykuł H. Kohlera z *Deutsche Med. Wochen* z 1928 *O narkozie doodbytniczej za pomocą awertyny*. Autor uzyskiwał uśpienie, które nie wymagało substytucji znieczuleniem wziewnym eterowym, trwające czasami do 4 godzin. Podkreślając zarazem, że narkoza ta nie wpływa ujemnie na serce.¹¹¹ Bardzo szybko ważne informacje trafiały z literatury światowej na łamy polskich periodyków medycznych, dzięki zainteresowaniu i wysiłkowi opracowania przez samych zainteresowanych.

Dr A. Laskiewicz przytacza doniesienie dr Birkholza o powikłaniach znieczuleń miejscowych w laryngologii przy użyciu wybranych technik.¹¹²

Doktor H. Tempłowicz, dyrektor Szpitala im. Karola Marcinkowskiego w Bojanowie k. Leszna przytoczył bardzo ciekawe opracowanie dr Toupet dotyczące skutecznego leczenia zapadów w czasie narkozy chloroformowej, chloretylowej i w znieczuleniu lędźwiowym poprzez stosowanie dosercowego wstrzykiwania adrenaliny.¹¹³

O uwadze, jaką poświęcał zagadnieniom znieczulania, świadczy też przytoczenie oryginalnego artykułu dr J. Rutkowskiego *O długotrwałej narkozie chlorkiem etylu*, opublikowanej pierwotnie w *Polskim Przeglądzie Chirurgicznym* T.V, zeszyt 4.¹¹⁴

Postęp w każdej dziedzinie wiedzy, w tym i w medycynie, był uzależniony m.in. od obserwacji i analizy kazuistyki klinicznej. Poddawano więc szczegółowej analizie tzw. przypadki negatywne, szczególnie śmiertelne. Również dr Tempłowicz, na łamach *Nowin Lekarskich*, zreferował spostrzeżenia H. Vulliet dotyczące śmiertelnego zejścia pacjenta w operacji dużej przepukliny pachwinowej, znieczulonego lędźwiowo z użyciem nowokainy. Ów zapad z zatrzymaniem krążenia został przypisany metodzie znieczulenia, choć dzisiaj wiemy, że powód wstrząsu był z dużym

¹¹¹ Nowiny Lekarskie 1928, z. 20, s. 719.

¹¹² Nowiny Lekarskie 1928, z. 5.s. 175.

¹¹³ Toupet, A *propos du traitement des syncopes anesthésiques par l'adrenaline-intracardiaque*, Gaz. Des hopitaux 1927, R. 100, nr 34, Nowiny Lekarskie 1928, z. 5, s. 173.

¹¹⁴ Nowiny Lekarskie 1928, z. 2, s. 59.

prawdopodobieństwem inny. Co ciekawe, w resuscytacji używano adrenaliny podawanej dosercowo. Nie omieszkał też powtórzyć apelu autora omawianego artykułu, pisząc że: *gdyby ogłoszone były wszystkie ujemne wyniki, to i nieliczni entuzjaści tej metody musieliby swe zapatrywanie zmienić i znieczulenia lędźwiowego nie mogliby zalecać jako metody najlepszej.*¹¹⁵

Niewątpliwie, zabrzmiało to jako poważne ostrzeżenie.

W 1930 r. w zeszycie 11 *Nowin Lekarskich* znajdujemy publikację dra K. Santariususa pt. *Perkalina, nowy środek miejscowo znieczulający.*¹¹⁶ Lekarz ten praktykował w Oddziale Chirurgicznym 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu. Praca przedstawia sposoby znieczulenia miejscowego u dzieci. W przedstawionych przypadkach, z powodzeniem wykonano znieczulenie miejscowe do usunięcia wyrostka robaczkowego, czyli z otwarciem jamy brzusznej u dziecka 10-letniego. Należy podkreślić wyjątkowy kunszt operującego, gdyż pomimo skutecznego znieczulenia, wymagana jest w tym przypadku niezwykła zręczność, aby dziecko nie odczuwało nieprzyjemnych doznań.

Znieczuleniu rdzeniowemu perkaliną poświęca również artykuł doc. K. Nowakowski z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu na łamach *Nowin Lekarskich* w 1933 r. Warto przytoczyć niektóre informacje, które rzucają światło na techniki znieczuleń.

Sprawa znieczulenia rdzeniowego jest zawsze jeszcze przedmiotem często omawianym w piśmiennictwie. I nic dziwnego! Wystarczy przytoczyć cyfry śmiertelności w stosunku do uśpienia ogólnego eterem, aby się przekonać, jak daleko nam jeszcze do upragnionego ideału. Wedle Strausa przypada przy znieczuleniu rdzeniowym 1 zejście śmiertelne na 2524 przypadki, podczas gdy uśpienie eterem wyraża się wedle Gurlta w cyfrach 1

¹¹⁵ Nowiny Lekarskie 1928, z. 2, s. 59.

¹¹⁶ K. Santarius, *Perkalina, nowy środek miejscowo znieczulający*, Nowiny lekarskie, R.1930, z.11, s. 354-355.

na 5112. Znieczulenie rdzeniowe jest zatem 2 razy tak niebezpieczne jak uśpienie eterem.¹¹⁷

Z tegoż samego Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu, dr Józef Englert przedstawia w 1934 r. pracę na łamach *Nowin Lekarskich* o znieczuleniu narkotylem. Stosowany doodbytniczo roztwór wodny trójbromoetanolu zapewniał skuteczną anestezję. Warto przytoczyć opinię opublikowaną w tym artykule:

*W dotychczasowym stosowaniu narkotyłu w 110 przypadkach, uwzględniając wyżej wspomniane warunki oraz każdorazowo indywidualny stan chorego, nie notowaliśmy ni razu komplikacyj w czasie uśpienia. Chory po przebudzeniu ma pełną niepamięć wsteczną wykonanego zabiegu, co szczególnie korzystnem bywa w przypadkach o wzmożonej pobudliwości nerwowej.*¹¹⁸

Przegląd zainteresowań pisarskich autorów publikowanych na łamach tego wysoko ocenionego fachowego periodyku poznańskiego uświadamia nam, że wszelkie nowości z krajów europejskich były systematycznie śledzone i bardzo szybko przenoszone na rodzimy grunt.

Postęp w każdej dziedzinie wiedzy, a szczególnie w medycynie, był zawsze uwarunkowany czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Wielkopolska medycyna, a szczególnie dydaktyka rozwijała się dynamicznie po okresie zaboru i mimo braku struktur uniwersyteckich od przeszło 400 lat.

Rozwój techniki znieczulania w okresie międzywojennym pozostawał w rękach lekarzy zabiegowych wszystkich dziedzin, którzy na co dzień używali wszystkich metod, nie pozostając za kolegami z krajów, w których rozwój nauki nie był ograniczony okupacją. Jak ważną rolę zajmowały periodyki, o tym świadczy wysoka jakość artykułów przedstawianych. O nauczaniu technik znieczulania w ramach kształcenia lekarzy dokumentów nie ma. Natomiast należy przyjąć, że znieczulenie było integralną częścią

¹¹⁷ K. Nowakowski, *600 przypadków znieczulenia rdzeniowego perkaliną*, *Nowiny Lekarskie*, R.45, 1933, z. 3, s. 65-71.

¹¹⁸ J. Englert, *Uśpienie narkotylem*, *Nowiny Lekarskie*, R.46, 1934, z. 10 s. 304-306.

pozostałych procedur zabiegowych, jakie były wykładane w tym czasie w zakresie poszczególnych przedmiotów nauczania. Lektura poznańskich *Nowin Lekarskich* z lat 1919-1939 w pełni uzasadnia takie stwierdzenie.

W tym okresie pojawienie się nowej grupy anestetyków dożylnych – pochodnych barbituranów, stwarza możliwość zupełnie innego sposobu znieczulania. Łączenie różnych technik, zwane obecnie anestezją kombinowaną lub złożoną, daje dużo szybsze osiągnięcie stanu znieczulenia oraz łatwiejsze wybudzanie się pacjenta.

W latach międzywojennych, klinicyści skupieni wokół Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego na szeroką skalę prowadzili operacje ze znieczuleniem ogólnym oraz miejscowym. Wprawdzie ich osiągnięcia były odtwórczymi, miały one jednak ogromne znaczenie praktyczne służąc przede wszystkim chorym.

Grono profesorskie poznańskiej uczelni lat międzywojennych, swoje wykształcenie i zręby doświadczenia zdobywało jeszcze w okresie zaborów, głównie w akademickich ośrodkach Niemiec. Były to również lata, kiedy dokonywano głębokiej refleksji nad skutkami znieczulenia. Te trendy charakteryzowały nie tylko polskie, ale i zagraniczne naukowe środowiska medyczne.

Uczni poznańscy potrafili wypracować takie sposoby działania, które ułatwiały im wszelkie naukowe formy obecności w nauce. Istotnym miejscem prezentacji własnych dokonań stały się głównie *Nowiny Lekarskie*, będące organem Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a także posiedzenia tegoż Towarzystwa oraz specjalne zjazdy naukowców w kraju i za granicą.

Utworzenie Uniwersytetu Poznańskiego ułatwiło kształcenie nowych kadr medycznych, które pierwsze praktyczne doświadczenie anestezjologiczne zdobywały w latach studiów akademickich. Należy podkreślić, że anestezjologia w programie uniwersyteckim nie zyskała wówczas jeszcze statusu wyodrębnionej dziedziny wiedzy. Zatem adepci sztuki lekarskiej

stykali się z nią niemal wyłącznie w czasie praktyk odbywanych w klinikach i szpitalach.

Poznań, jak każdy ważny akademicki ośrodek medycyny w Polsce, spełniał trzy swoje podstawowe obowiązki (dydaktyczny, diagnostyczno-terapeutyczny i naukowy), przez upowszechnianie wiedzy na wysokim poziomie, poprzez kształcenie, utrwalanie i rozwijanie dorobku oraz wychowanie nowych kadr, przygotowanych do obiektywnego wzbogacania nauki i wiedzy.

ROZDZIAŁ V ANESTEZJOLOGIA AKADEMICKA W LATACH 1940-1949

Niemcy hitlerowskie zaplanowały eksterminację narodu polskiego dokonując barbarzyńskiego ataku w 1939 r. H. Himmler w memoriale z dnia 15 maja 1940 r., jednoznacznie opowiadał się za zniszczeniem wykształconych elit i ograniczeniem nauczania do minimum: *Dla niemieckiej ludności Wschodu nie mogą istnieć wyższe szkoły niż 4- klasowa szkoła ludowa. Celem takiej szkoły ludowej ma być – proste liczenie do 500, napisanie nazwiska oraz nauka, że nakazem Bożym jest posłuszeństwo wobec Niemców, uczciwość, pilność i grzeczność. Czytania nie uważam za konieczne. Oprócz tej szkoły nie mogą istnieć na Wschodzie w ogóle żadne szkoły*¹¹⁹.

Realizując te plany, zlikwidowano wszelkie formy szkolnictwa polskiego, m.in. natychmiast zamknięto Uniwersytet w Poznaniu. Profesorów wysiedlono z Poznania, a wszelkie próby oporu wobec Niemców, na terenie tzw. „Kraju Warty”, kończyły się mordami na ludności polskiej. Na terenach okupowanych kształcenie wyższe kontynuowano na Tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich, który powstał w Warszawie z inicjatywy między innymi prof. Uniwersytetu Poznańskiego L. Jaxy-Rykowskiego. Wydział Lekarski UZZ zorganizowano w latach 1942-1943, a dziekanem został prof. A. Wrzosek (pseudonim „Dąbrowski”). W roku akademickim 1943-1944 wydział liczył 610 studentów i 95 wykładowców. Zajęcia na tajnych kompletach odbywały się również w szpitalach. Jednakże w dostępnych źródłach nie istnieją informacje o formach nauczania o znieczulaniu. Koniec UZZ przypada na początek Powstania Warszawskiego.

Liczne grono studentów i profesorów walczyło i ginęło na barykadach powstańczych. Z Milanówka, gdzie kontynuowano nauczanie, cały szpital z chorymi i personelem ewakuowano w 1944 r. do Krakowa. Po wyzwoleniu

¹¹⁹ E. Chróścielewski, *Polskie studia medyczne w okresie drugiej wojny światowej*, 22 Pamiątnik II Krajowego Zjazdu Lekarzy, s. 329-337.

Poznania – 23 lutego 1945 r., dwa miesiące później, w kwietniu tegoż roku, Wydział Lekarski UZZ przenosi się do miasta rodzinnego i wchodzi w skład tworzącego się Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego¹²⁰.

Kolejną ważną placówką, kontynuującą dydaktykę uniwersytecką lekarzy na Uniwersytecie Poznańskim był Polski Wydział Lekarski w Edynburgu. Najlepszym podsumowaniem najwyższej rangi tego wydziału są zdania przedmowy w pamiątkowym wydawnictwie Rady Wydziałowej Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu¹²¹.

Jest to jedyna, istniejąca obecnie na świecie, polska wyższa uczelnia, która aczkolwiek składa się z jednego tylko wydziału, jednak posiada wszystkie prawa polskich Uniwersytetów. Utworzenie Polskiego Wydziału Lekarskiego na ziemi szkockiej jest wydarzeniem niezwykłym, zarówno w naszych dziejach, jak i w dziejach całego cywilizowanego świata. Historia Uniwersytetów od najdawniejszych czasów, nie zanotowała bowiem wypadku, by obce państwo zainstalowało swój własny uniwersytet z ojczystym językiem wykładowym, z własnymi profesorami i studentami, przy obcym uniwersytecie, na obcej ziemi.

Na początku powstał projekt kursów szkolących dla personelu medycznego, jednakże w wyniku rozmów pomiędzy ppłk. dr. A. Kurtzem i prof. Crew zrodziła się myśl, żeby zorganizować przy Uniwersytecie Edynburskim osobny Polski Wydział Lekarski. Sprawa ta miała być przychylnie potraktowana przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Edynburskiego. W dniu 10 października 1940 r. ppłk. dr A. Kurtz złożył następujący meldunek Dowódcy Wojsk Polskich w Szkocji, gen. dr. Marianowi Kukielowi w Szkocji:

Melduję Panu Generałowi, że na skutek powziętej przeze mnie inicjatywy uruchomienia w ciągu nadchodzącego roku uniwersyteckiego w Edynburghu kursów dokształcających dla lekarzy, płk. lekarz prof. dr Crew, Komendant szpitala Castle w Edynburgu, zawiadomił mnie w dniu

¹²⁰ W. Kowalenko, *Tajny Uniwersytet Ziem Zachodnich – Uniwersytet Poznański 1940-1945*, Instytut Zachodni Poznań 1961.

¹²¹ Opracował J. Brodzki, Wydawnictwo Rady Wydziałowej Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu, 1942.

wczorajszym, że Wydział Lekarski Uniwersytetu Edynburskiego wysunął projekt utworzenia przy Uniwersytecie Edynburskim Polskiego Wydziału Lekarskiego, o ile możliwości ze wszystkimi katedrami, obsadzonymi przez będących w Wielkiej Brytanii naszych profesorów, docentów lub asystentów.

Celem tego Wydziału byłoby:

- 1. Danie możliwości pracy zawodowej dla naszych naukowców w ramach tutejszych możliwości.*
- 2. Kształcenie systematyczne polskiej młodzieży lekarskiej, która nie ukończyła studiów w kraju, i ewentualne danie jej dyplomów po zdaniu odpowiednich egzaminów.*

W dniu 22 października 1940 r. Rada Ministrów upoważniła dr. Antoniego Jurasza, profesora chirurgii Uniwersytetu w Poznaniu, do prowadzenia, w imieniu Rządu Polskiego, pertraktacji z Uniwersytetem w Edynburgu. Do podpisania umowy pomiędzy stroną polską i brytyjską doszło 24 lutego 1941 r. Działalność uczelni polskiej zainaugurowano 22 marca 1941 r. Jej pierwszym dziekanem został profesor Antoni Jurasz, który obowiązki pełnił do 1945 r. Godność dziekana w następnych latach pełnili: prof. Tadeusz Rogalski (1945-1946) i Jakub Rostowski (d. Rothfeld) (1946-1949).

W listopadzie 1940 r., prof. dr A. Jurasz wyjechał do Edynburga na stałe, celem zorganizowania Polskiego Wydziału Lekarskiego.

Po szczegółowych konferencjach ustalono, iż:

- 1. Polski Wydział Lekarski posiadać będzie wszystkie prawa akademickie wyższych zakładów naukowych w Polsce,*
- 2. pozostawiona mu zostanie swoboda wewnętrznej organizacji na wzór polskich uniwersytetów,*
- 3. przysługuje mu prawo dokonywania egzaminów przejściowych i ostatecznych oraz nadawanie dyplomów lekarskich absolwentom.*
- 4. Członkami Główna Nauczycielskiego PWL. są profesorowie i docenci uniwersytetów polskich oraz specjaliści, powołani do wykładania tych przedmiotów, które nie mogą być obsadzone przez habilitowane polskie*

siły. Uniwersytet Edynburski zatwierdza zarówno skład profesorów i docentów, jak i niehabilitowanych wykładowców na PWL.

5. Wykłady z tych przedmiotów, które nie mogą być obsadzone przez polskie siły, będą prowadzone przez profesorów Uniwersytetu w Edynburgu.

Rozwiązana została również sprawa udzielenia na czas wojny profesorom, docentom i niehabilitowanym wykładowcom na PWL, prawa wykonywania zawodu lekarskiego w Wielkiej Brytanii. Dostęp do klinik i szpitali edynburskich, a więc prowadzenie klinicznych zajęć dla przyszłych słuchaczy, nie napotykały już na żadne trudności.

W gronie nauczycielskim PWL w Edynburgu, środowisko poznańskie reprezentowali: prof. dr Antoni Jurasz – chirurgia, prof. dr Leon Lakner – stomatologia, doc. dr Wiktor Tomaszewski – choroby wewnętrzne, dr med. Jarosław Iwaszkiewicz – otolaryngologia, dr med. Roman Reithar – metody znieczulania i dr med. Wacław Stocki – ginekologia.

Dr Roman Reithar¹²² był młodym lekarzem, gdyż dyplom lekarza uzyskał 15 listopada 1936 r., pracę doktorską obronił w Edynburgu 7 maja 1945 r. W Edynburgu, na Polskim Wydziale Lekarskim na stanowisku wykładowcy anestezjologii (Lecturer in Anaesthetics and Surgery) był zatrudniony w okresie od 1941 do 1948 r.¹²³ Po wyjeździe z Wielkiej Brytanii osiadł w Nowej Zelandii.

Po zakończeniu działań wojennych w 1945 r., na skutek stopniowej likwidacji Polskiego Wydziału Lekarskiego, niektórzy zatrudnieni tu nauczyciele akademicki podjęli pracę w Szpitalu im. Ignacego Paderewskiego (w 1945 r. przekształcony w Instytut Paderewskiego) w Edynburgu. Instytut dał im szansę kontynuowania zainteresowań dydaktycznych oraz naukowych i publikowania swoich prac badawczych (głównie w *Lekarzu Wojskowym* – od 1946 r., oraz w *Polish Science and Learning*, Edited by the Association of

¹²² W. Jurczyk, *Dr Roman Reithar – poznański chirurg wykładowca anestezjologii w Polskiej Szkole Medycznej Uniwersytetu w Edynburgu*, Nowiny Lekarskie, R. 67, 1996, s. 667.

¹²³ S. Rostowski, *History of the Polish School of Medicine University of Edinburgh*, Edinburgh 1955, s.49, *Polish School of Medicine at the University of Ediburg*, London 1942.

Polish University Professors and Lectures in Great Britain Oxford University Press, London-New York-Toronto).

Prof. Jurasz, tworząc Polski Wydział Lekarski w Edynburgu, układając skład osobowy grona nauczającego (Teaching Staff of *The Polish School of Medicine*) 11 lutego 1941 r. zaproponował – po raz pierwszy w polskich dziejach uniwersyteckich wydziałów lekarskich – jako osobny przedmiot wykładowy techniki znieczulania (anaesthetics). Dr Roman Reithar był w swojej dydaktyce wspierany przez specjalistę z Uniwersytetu Edynburskiego Johna Gilliesa (z The Royal Infirmary). Doktor John Gilles wniósł poważne zasługi do rozwoju nowoczesnej anestezjologii na terenie The Royal Infirmary w Edynburgu (1 października 1946 roku został mianowany kierownikiem anestezjologii w ramach Oddziału Chirurgii), był tym, który jako pierwszy na Uniwersytecie Edynburskim otrzymał „Simpson Lectureship in Anaesthetics”.

Dorobek krótkotrwałej (1941-1945-1949) uczelni edynburskiej również nie jest kwestionowany. Dyplom lekarski w Edynburgu uzyskało 227 osób, które w większości zasiły grono polskich lekarzy wojskowych. Przygotowanie do służby medycznej w działaniach na polach bitewnych, obejmowało także umiejętność znieczulania¹²⁴. Program nauczania był w dużym stopniu wymuszony potrzebą chwili, to jest sytuacją wojenną. Kształcono głównie lekarzy frontowych, jednak nie zaniedbywano kształcenia lekarzy przygotowanych do dalszej pracy naukowej w warunkach pokojowych. Świadectwem tego jest liczba osób, które ukończyły uczelnię w Edynburgu, w latach 1943-1949, z których 19 uzyskało stopień doktora medycyny (M.D.).

Zadaniem uczelni polskiej w Edynburgu, w myśl statutu PWZ, było m.in.: (1) *Umożliwienie młodzieży polskiej na obczyźnie studiów lekarskich, a*

¹²⁴ R. K. Meissner, *70 lat akademickiego szkolenia medycznego w Poznaniu 1919-1989*, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, R. XIV, 1989, nr 2(41), s. 67-69. Obszerniejsze informacje na temat Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu podają: J. Brodzki, *Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu*, Edynburg 1942. Niektóre publikacje podają błędną liczbę absolwentów – 228 osób. Zob. też: R. K. Meissner, *Polski Wydział Lekarski w świetle „nowych” dokumentów archiwalnych*, [w:] *Księga pamiątkowa w 80-lecie uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu*, studia i materiały pod red. R. K. Meissnera, Poznań 2001, s. 340-363.

przez to dostarczanie Wojsku Polskiemu oraz Krajowi pełnowartościowych lekarzy. (2) Doksztalcanie polskich lekarzy wojskowych.

W rozwijającej się sytuacji wojennej, armia polska potrzebowała coraz to więcej lekarzy. Bardzo często próbowano, zwykle skutecznie, „wyrwać” z PWL świeżych absolwentów, bez żadnego doświadczenia klinicznego, zaczynających staż podyplomowy. Równie często próbowano wysłać do jednostek wojskowych asystentów PWL. Zatem znieczulenie ogólne pacjentów do operacji było ważnym tematem w edukacji lekarzy, którzy musieli dokonywać operacji rannych żołnierzy. Z ustaleń prof. W. Jurczyka, zawartych w artykule poświęconym Romanowi Reitharowi, pracującemu na Uczelni w Edynburgu, wynika, że *program nauczania w tej uczelni sprowadzał się przede wszystkim do: przygotowania ich [tj. studentów – dop. P.P.] przede wszystkim do służby w czasie wojny, co oznaczało nauczanie ich umiejętności prostych znieczuleń do zabiegów chirurgicznych wykonywanych w pobliżu pola walki*¹²⁵.

Aleksander Rutkiewicz, Izabella Duda i Ewa Musioł opublikowali objętościowo niewielki, lecz ważny artykuł *Anestezjologia w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie*¹²⁶. Autorzy przedstawili praktyczne funkcjonowanie szpitali polowych na polach bitewnych, w których znieczuleń dokonywali młodzi lekarze lub przeszkoleni podoficerowie sanitarni. Najpopularniejszą metodą znieczulenia ogólnego w Sanitarnym Ośrodku Ewakuacyjnym nr 3, w którym pracował [lekarz Bolesław Rutkowski – dop. P.P.] była „kapanka” eterowa na maskę Schimmelbuscha. Premedykacja składała się z morfiny podawanej wraz z atropiną. Indukcję znieczulenia osiągnęto podając najpopularniejszy w armii aliantów barbituran, jakim był Pentothal. Do krótkich zabiegów był on także wykorzystywany jako anestetyk wiodący¹²⁷.

Po II wojnie światowej rozwój anestezjologii światowej, w tym również anestezjologii polskiej, był uwarunkowany odkryciem i rozwojem nowych substancji chemicznych, leków i sposobów znieczulenia, a także postępem

¹²⁵ W. Jurczyk, *Dr Roman Reithar*, passim.

¹²⁶ *Anestezjologia Intensywna Terapia*, R. 43, 2011, nr 4, s. 256-263.

¹²⁷ Tamże, s. 259.

technologii, elektroniki i mechaniki, które wprowadzały oprócz metod znieczulenia, również możliwość monitorowania pacjenta. To rozszerzone monitorowanie pacjenta, czyli ocena jego funkcji życiowych, która związana jest z rozwojem poczucia bezpieczeństwa podczas znieczulenia, spowodowała, że do anestezjologii zaczęto dołączać również zagadnienia, które wymagały szczególnego postępowania, związanego głównie z drożnością dróg oddechowych oraz intensywnym i szczegółowym monitorowaniem pacjenta w zakresie niewydolności wielonarządowej. Tym samym do anestezjologii w wielu krajach dołączono specjalizację z intensywnej terapii. Do dzisiaj tytuł uzyskany w wyniku specjalizacji brzmi „specjalista anestezjologii i intensywnej terapii”. Ten dynamiczny rozwój, który nastąpił po II wojnie światowej także w Polsce, związany był ze zmianą sposobu myślenia o znieczuleniu, jako umiejętności, którą może nabyć każdy, do specjalizacji medycznej. Działo się to ze względu nie tylko na coraz większą ilość informacji, ale także metod i technologii, wobec czego lekarz prowadzący znieczulenie jest zobowiązany właściwie poświęcić się tylko tej umiejętności, aby ją w pełni wykonywać dobrze, czyli skutecznie, a przede wszystkim bezpiecznie dla pacjenta.

Powrót polskich lekarzy z zachodu po zakończeniu II wojny światowej przyspieszył rozwój technik znieczulenia w Polsce. Część lekarzy po zakończeniu działań wojennych powróciła do kraju, i nadal zajmowała się znieczulaniami chorych, ale też przywiozła ze sobą wiedzę i umiejętności, przyczyniając się do dalszego rozwoju anestezjologii.

W pierwszych powojennych latach stosowano przede wszystkim znieczulenie wziewne – eterowe, metodą otwartą lub półotwartą kroplową. Wśród pionierów anestezjologii, którzy zdecydowali się na szybki powrót do Polski opanowanej przez proradziecką władzę byli: Stanisław Pokrzywnicki, Bolesław Rutkowski¹²⁸, Mieczysław Justyna, Antoni Aroński oraz Wit Rzepecki (urodzony w 1909 roku, uzyskał dyplom w 1933, został doktorem w

¹²⁸ J. Gąsiorowski, *Losy absolwentów Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu*, Toruń 2004; W. Lisowski, *Wychowankowie Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu (1940-1948)*, cz. V, Skalpel 2008, nr 4.

roku 1937, chirurg I Brygady Strzelców w Szkocji; *resident surgical officer* Poll Sanatorium 1944-1946) i Kazimierz Dębicki. Ich doświadczenie przekładało się na unowocześnienie i rozwój technik znieczulania w powojennej Polsce.

Rozwój technik znieczulania, a tym samym anestezjologii, po drugiej wojnie światowej umożliwiała również pomoc UNRRA, w ramach której w latach 1945-1947 stał się dostępny sprzęt do znieczuleń oraz leki: tiopental, cyklopropan i podtlenek azotu. Dodatkowym ważnym uzupełnieniem był dostęp do fachowych czasopism. Niemal w tym samym czasie, z zachodu powraca do kraju wielu lekarzy, którzy mieli już kontakty z ważnymi ośrodkami akademickimi w Europie. To dzięki nim można było sprawnie wykorzystywać aparaty do znieczulania. Dodatkowym bodźcem była 100 rocznica pierwszego znieczulenia eterem, której towarzyszyło wiele artykułów okolicznościowych.

Powrót polskich lekarzy z zachodu był niełatwy, niektórzy „ojcowie” tej specjalności nie mogli znaleźć pracy, także z powodu braku aktów prawnych dla anestezjologii jako samodzielnej specjalności. Anestezjologia jako osobna specjalizacja znalazła już wówczas odpowiednie miejsce i uznanie w USA czy Wielkiej Brytanii.

W Polsce już wtedy trwały dyskusje w różnych klinikach i na uniwersytetach, że rozwój wielkiej, bezpiecznej chirurgii jest niemożliwy bez rozwoju anestezjologii. Prognozowano, że doskonali anestezjolodzy będą u nas za parę lat. Rozpoczęła się dyskusja wśród lekarzy-zawodowców odnośnie wydzielenia specjalizacji. W aspekcie prawnym działalności anestezjologa, pojawił się temat odpowiedzialności sądowej, która obejmuje lekarza anestezjologa w razie nieszczęśliwego wypadku. Zaczęto widzieć dysproporcje pomiędzy tym co jest, a tym co być powinno w ramach nowoczesnego znieczulenia. Zaczęto też zauważać, że nowoczesne uśpienie jest dziedziną bardzo złożoną, a anestezjologia nauką rozległą. W tym czasie, w wielu zachodnich krajach założono już naukowe towarzystwa anestezjologów, wydawano specjalistyczne pisma, tworzone osobne instytuty, a w Wielkiej

Brytanii szkolono specjalistów anestezjologów. W tych głosach, pojawiają się bardzo ważne przesłanki, do tego, aby z umiejętności, którą posiadali lekarze, a także personel pielęgniarski, wydzielić osobną specjalizację. Najczęściej tego typu dyskusje toczyły się pomiędzy chirurgami, o czym mówią protokoły z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Chirurgicznego, które były streszczane na łamach *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego*. Było to w latach 1947-1949. W 1948 roku Ministerstwo Zdrowia zakupiło w Londynie 50 aparatów do anestezji, o czym na jednym ze spotkań informował profesor Rutkowski. Padały propozycje, iż obecnie skomplikowany sposób uśpienia, wymaga kontroli pacjenta i powinien je prowadzić specjalista lekarz przy pomocy dwóch pielęgniarek. Sporo informacji otrzymano również z przedruków, które ukazały się w *Polskim Tygodniku Lekarskim* w 1946 roku na temat detybokularyny, jako kolejnego środka zwiotczającego, a także doniesień o cyklopropanie, tróchloroetylenie, a w 1949 roku streszczenie o lidokainie i wzmianka o gallaminie.

W latach 1947-1950 ukazał się szereg publikacji z zakresu anestezjologii m.in. pióra wybitnych chirurgów (Jerzego Rutkowskiego, Jana Zaorskiego, Wita Rzepeckiego). Znaczna część tych prac ma charakter informacyjno-poglądowy. Omówiono w nich wyczerpująco techniki anestezji dotchawiczej, przedstawiono właściwości podtlenku azotu, cyklopropanu, kurary, przedstawiono technikę intubacji z blokadą oskrzela, a także zasady prowadzenia oddechu kontrolowanego.

W Polsce w tym czasie nie było żadnych rozwiązań prawnych dla tej specjalności. Pisał o tym w 1949 r. K. Michejda w artykułach na łamach *Polskiego Tygodnika Lekarskiego*. A Wit Rzepecki opisywał rolę tej wyodrębnionej specjalności w strukturach organizacyjnych służby zdrowia w Wielkiej Brytanii i USA. Rzepecki podkreślał, że jako chirurg korzystał z pomocy doktora Pokrzywnickiego, który jest rutynowanym anestetystą, jedynym w Polsce.

Artykułem, który rzuca światło na sposoby znieczulenia w czasie po II wojnie światowej w regionie Wielkopolski, jest tekst umiejscowiony w *Anestezjologii Intensywnej Terapii* autorstwa Józefa Malinowskiego pt. *Pierwsza operacja w anestezjologii ogólnej z użyciem kurary – wspomnienia i refleksje chirurga*¹²⁹.

Autor w bardzo szczegółowy sposób pisze o sposobach znieczulenia, rozwoju sposobów znieczulenia, metod i organizacji w okresie po II wojnie światowej. Najpopularniejszym sposobem znieczulania było wówczas stosowanie znieczulenia ogólnego eterem, gdzieś tam używano również chloroformu. Eter stosowano pierwotnie na maskę Schimmelbuscha, również metodą Ombredana, który wydawał się bardziej zaawansowanym sposobem znieczulenia. Zaraz po wojnie wprowadzono znieczulenie dożylnie przy użyciu heksobarbitalu czyli ewipanu natrium. Stosowano również znieczulania miejscowe, dzięki użyciu prokainy, znieczulenia podpajęczynówkowe, wówczas nazywane znieczuleniem do kanału kręgowego. Natomiast nie stosowano techniki znieczulenia zewnątrzoponowego. Należy podkreślić wyjątkowy kunszt operatorów oraz umiejętność znieczulenia miejscowego, gdyż w tamtym czasie operacje tarczycy czy resekcji żołądka były wykonywane w analgezji miejscowej. Do momentu wprowadzenia środków zwiotczających, jednym z największych problemów była praca mięśni powłok brzusznych w trakcie operacji narządów jamy brzusznej. Ostatni etap, w którym starano się zszyć powłoki brzuszne przy wystających jelitach, był nieraz znacznie trudniejszy, niż sama operacja, a każde przedłużenie narkozy groziło powikłaniami. Lekarzem, który jako pierwszy wprowadził i zastosował środki zwiotczające był powracający z Wielkiej Brytanii doktor Pokrzywnicki, który przedstawiając się jako specjalista anestezjolog wzbudzał konsternację, gdyż taka specjalizacja w Polsce nie była znana. W tym czasie osobami, które podawały anestezję, byli lekarze lub wyszkolone pielęgniarki.

¹²⁹ J. Malinowski, *Pierwsza operacja w anestezjologii ogólnej z użyciem kurary – wspomnienia i refleksje chirurga*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1989, 21/1.

Należy szerzej przytoczyć sylwetkę Wielkopolanina dr Stanisława Pokrzywnickiego, który był uczestnikiem walk na zachodzie, lekarzem Dywizjonu Poznańskiego 302, a następnie Polskiego Skrzydła Myśliwskiego. Po demobilizacji podjął specjalizację z anestezjologii na Uniwersytecie Oksfordzkim u profesora Roberta Macintosha, pioniera tej dziedziny medycyny. Po powrocie do kraju doktor Pokrzywnicki początkowo zamieszkał w rodzinnym Kutnie, gdzie rozpoczął praktykę anestezjologiczną. I jako pierwszy w Polsce zapoczątkował nowoczesną anestezjologię, rozszerzając możliwości operacyjne chirurgów poprzez wprowadzenie do zwiotczenia kurary.

Bardzo ważną datą w rozwoju anestezjologii po II wojnie światowej była pierwsza anestezja z użyciem kurary, która została przeprowadzona 1 grudnia 1947 roku w Kutnie. Dr Pokrzywnicki przeprowadził połączenie środków anestetycznych wraz ze środkami zwiotczającymi dzięki aparatowi do znieczulenia, który przywiózł ze sobą z Wielkiej Brytanii. Był to zabieg na drogach żółciowych.

Oto wrażenia operującego chirurga dr Józefa Malinowskiego: *Od początku zadziwił mnie przebieg operacji, szczególnie w momencie, gdy po otwarciu otrzewnej zobaczyłem jelita, które wyglądały jak porażone i nie utrudniały pracy chirurgowi. Jak zazwyczaj spojrzałem, co robi anestezjolog, przeraziłem się – chory nie oddychał, doktor Pokrzywnicki oddychał za niego! Spytał mnie spokojnie, czy jelita mi nie przeszkadzają i poradził, bym kontynuował operację, a nie interesował się znieczuleniem; chirurg nie jest już za nie odpowiedzialny. Operacja wydawała mi się nadzwyczaj łatwa. Po raz pierwszy operowałem w takim komforcie¹³⁰.*

Doktor Malinowski podkreśla łatwość z jaką zabieg przeprowadzono, ze względu na wyjątkowo komfortowe warunki w polu operacyjnym. Nie tylko sam pokaz i sposób zastosowania środków zwiotczających, ale również zainteresowanie przez profesora Stanisława Pokrzywnickiego personelu w

¹³⁰ E. Sokół-Kobielska, *Od kurary do esmeronu – czy to przepaść, czy tylko różnica*, Anestezjologia Intensywna Terapia 2005, nr 2, s. 130-136.

szpitalu kutnowskim w zakresie opieki pooperacyjnej nad chorym, a następnie szkolenie anestezjologów, spowodowało zdecydowane poszerzenie możliwości operacyjnych i zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.

W powojennej Polsce nie istniał zorganizowany system szkolenia w technikach znieczulenia. W lipcu 1947 r. w Polsce przebywała z ramienia WHO grupa specjalistów: prof. Meyer z USA i dr Machray z Londynu. Zespół ten wizytował kilka szpitali w Polsce, między innymi w Poznaniu. Wówczas mówiono o przygotowaniu kursu anestezjologów.

Kolejne kursy odbyły się w Łodzi oraz w Krakowie. W następnych latach, między rokiem 1947 a 1950, ukazuje się coraz więcej publikacji z zakresu anestezjologii o charakterze poglądowym, gdzie omawia się anestezję dotchawiczą, znieczulenie podtlenkiem azotu, cyklopropanem, kurarą, techniki intubacji dotchawiczej, blokadę oskrzeli, zasady prowadzenia oddechu kontrolowanego. Pojawiają się również prace oryginalne. Należy wspomnieć, że szczególnie w rejonach centralnych, lekarze, którzy odbywali staże naukowe w Moskwie, proponowali jako metodę lepszą, bezpieczniejszą stosowanie znieczulenia pełzającego czyli znieczulenia nasiękowego, przewodowego. Negowali konieczność organizacji specjalistycznego personelu do znieczulenia ogólnego, negowali również zalety kurary. Były to opinie nieuzasadnione, hamujące rozwój korzystnych tendencji w anestezjologii, i raczej należy przypisywać je przesłankom ekonomicznym.

W kwietniu 1948 r. na zaproszenie Ministra Zdrowia, do Polski przyjechali: profesor Uniwersytetu Królewskiego w Sztokholmie Clarence Crafford (który ucząc polskich chirurgów operacji na tkance płucnej, wykonywał je w instytucie gruźlicy w Warszawie) i anestezjolog Olle Friberg, uczeń profesora Thorstena Gortha, tuż przed śmiercią biskup kościoła protestanckiego w Szwecji. W gronie słuchaczy kursów medycznych organizowanych przez Instytut Gruźlicy i prowadzonych m.in. przez Olle Friberga znalazł się Mieczysław Justyna (1909-2001), który był pierwszym

lekarzem polskim posiadającym specjalizację z anestezjologii w Polsce¹³¹. Wraz z doktorem Stanisławem Pokrzywnickim dali podwaliny pod polską anestezjologię pierwszych lat powojennych i podjęli szeroką działalność popularyzującą tę nową gałąź medycyny. Rozpoczęto też w 1948 r. specjalistyczne kursy w Klinice Chirurgii w Warszawie, zorganizowane przez Leona Manteuffel'a, na których wykladał Olle Friberg. Poznaniacy w pierwszym kursie nie brali udziału.

Ich uczestnikami byli m.in. chirurdzy wielkopolscy – Jan Moll i Bogdan Bogacki¹³² (ur. w 1912 r., dyplom uzyskał w 1937 roku, natomiast w roku 1948 przedstawił pracę doktorską: *O dożylnym usypianiu przy pomocy soli sodowej Ewipanu i Pentothalec*) oraz dr Bogdan Westfal (ur. w 1916 roku, dyplom uzyskał w roku 1948).

Mieczysław Justyna już w 1947 r. znieczulał do operacji usunięcia płuca dotkniętego chorobą nowotworową. W następnym roku w Gdańsku prof. Kazimierz Dębicki (1900-1977) wraz z Karolem Oppeln-Bronikowskim (ur. w 1914 roku, uzyskał dyplom w 1945, został doktorem w 1951 roku przedstawivszy pracę: *Uśpienie dotchawicze w chirurgii klatki piersiowej*) po raz pierwszy przeprowadzili znieczulenie dotchawicze. Wkrótce w Gliwicach intubację przeprowadził Bolesław Rutkowski.

Przełomem staje się rok 1952, kiedy w Polsce zarejestrowano anestezjologię jako odrębną specjalizację lekarską. Kolejny etap rozwoju tej dziedziny medycyny wyznacza rok 1963. Wówczas we Wrocławiu z inicjatywy profesora Antoniego Arońskiego (ur. 1919, dypl. 1950, dr 1951) rozpoczyna działalność Oddział Anestezjologii w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1¹³³.

¹³¹ A. Zawadzki, *Doc. dr med. Mieczysław Justyna (9. 07.1909-13.05.2001)*, *Wspomnienie pośmiertne*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2001, R. XXXIII, nr 2, s. 107-108.

¹³² Opracowanie dokonane przez W. Jurczyka i M. Sikorskiego, *Anestezjologia w Wielkopolsce*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2001, nr 33, s. 109-116.

¹³³ Antonii Aroński w 1958 roku wprowadził hipotermię w operacjach na otwartym sercu, a także bezbolesne porody przez zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego; był inicjatorem i współtwórcą pierwszej w kraju karetki reanimacyjnej. W latach 1964-1969 kierował Zakładem Anestezjologii i Reanimacji, a od 1970 do 1981 roku prowadził

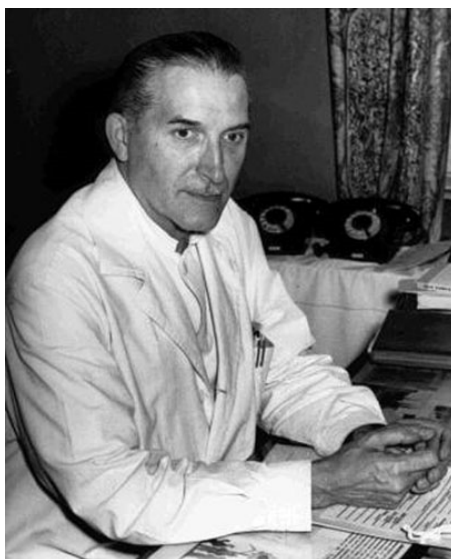
Nieustanne starania i wielki wkład profesora Mieczysława Justyny w rozwój tej dziedziny wiedzy medycznej zostały uwieńczone powstaniem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii w 1958 r.¹³⁴ Od roku 1961 na uczelniach polskich zaczęły powstawać jednostki organizacyjne kształcące anestezjologów. Proces ten zapoczątkowała Katedra i Zakład Anestezjologii przy Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, którymi kierował Stanisław Pokrzywnicki. W następnym roku w Poznaniu powstał Zakład Anestezjologii powiązany z III Katedrą Chirurgii. Kolejne zakłady utworzono w Zabrzu (1964), Wrocławiu (1966), Warszawie (1969), Gdańsku (1970), Białymstoku (1970), Szczecinie (1971) i Lublinie (1971).

Międzykliniczny Zakład Anestezjologii i Reanimacji, następnie – od 1981, był kierownikiem Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wrocławskiej Akademii Medycznej.

¹³⁴ Zob.: S. Pokrzywnicki i W. Jurczyk, *Działalność naukowa i usługowa anestezjologii w Polsce*, [w:] *Stan medycyny polskiej w opinii towarzystw lekarskich*, pod. red. M. Stefanowskiego, T. Koszarowskiego, J. Nowickiego, PZWL, Warszawa 1971, s. 178-181.

ROZDZIAŁ VI ROZWÓJ ANESTEZJOLOGII UNIWERSYTECKIEJ W POZNANIU W LATACH 1950-2001

Początki anestezjologii poznańskiej po II wojnie światowej wiązały się ze szkoleniem umiejętności znieczulenia dla lekarzy dziedzin zabiegowych. O ważności tej umiejętności było wiadomo od kilku dziesięcioleci, ale rozwój nowych środków i sposobów znieczulenia wynosił tę umiejętność poza poziom zwykłej procedury. Nowa rzeczywistość, w tym najbardziej ustrój państwowy podległy władzy radzieckiej, powodowały, że dalszy rozwój był pod wieloma względami ograniczony. Przede wszystkim posługiwano się metodami już sprawdzonymi, a niewątpliwym prym wiodło znieczulenie wziewne eterowe. Pierwszymi chirurgami przeszkolonymi w profesjonalnej anestezjologii byli już wspomniani dr Bogdan Bogacki i dr Jan Moll.



Rysunek 30 Jan Moll

Dopiero w 1952 r. Stanisław Nowicki w Szpitalu im. I. Pawłowa w Poznaniu rozpoczął szkolenie asystentów w dziedzinie anestezjologii,

wysyłając ich na kursy odbywające się w Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie. Pierwszymi lekarzami, którzy uzyskali specjalizację z anestezjologii były Irena Bowbelska (ur. 1923, dypl. 1951) i Barbara Łukomska (ur. 1924, dypl. 1952) ze Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu.

W poznańskich szpitalach rozwijająca się chirurgia oraz inne specjalności zabiegowe, mogły korzystać z dokonań nowoczesnej techniki znieczulenia. Należy wspomnieć o osobach z tego nielicznego grona lekarzy, którzy wówczas wykonywali znieczulenie. W I Klinice Chirurgicznej były to Irena Bowbelska i Kazimiera Brodzińska. W II Klinice Chirurgicznej – Jan Fibak i Kazimierz Wójcicki. W III Klinice Chirurgicznej – Witold Jurczyk i Krzysztof Stengert oraz Laura Wołowicka. W Oddziale Torakochirurgicznym – Barbara Łukomska i Jan Toboła. Natomiast w Klinice Położniczej – Janina Żychska i Krystyna Zawalska. W Klinice Neurochirurgicznej – Jan Solawa, a w Klinice Ortopedycznej – Jerzy Garstka.

Warto spojrzeć na zagadnienie organizacji i sposobu znieczulenia tego okresu we wspomnieniach pionierów anestezjologii.

W latach 1948 do 1955 praktycznie rzecz biorąc nie istniała oddzielna sekcja anestezjologii w klinice ortopedycznej. Do znieczuleń był wyznaczany najmłodszy lekarz zespołu chirurgicznego. Zwykle był to stypendysta, stażysta o niewielkim doświadczeniu i wiedzy na temat narkozy wziewnej. Ówczesne znieczulenie polegało głównie na stosowaniu narkozy eterowej, czyli podawaniu eteru na maskę Schimmelbuscha, aż do uzyskania odpowiedniej głębokości znieczulenia.

Metody monitorowania czynności życiowych chorego oparte były na ocenie pulsu na tętnicy promieniowej, pomiarze ciśnienia tętniczego krwi oraz ocenie podstawowych parametrów oddechowych, jakim była ocena oddechu, jego głębokości i częstości. Monitorowaniu podlegała również drożność dróg oddechowych. Powszechnie przyjętym parametrem prawidłowego stanu była „jasna krew w polu operacyjnym”. W tym miejscu prof. Garstka często powołuje się na to, że operator zwracał uwagę narkotyzierowi, bo taka była

pierwotna nazwa anestezjologa, że krew w ranie operacyjnej ciemnieje (objaw niedotlenienia krwi). Zdarzało się to często, gdy narkotyzjer nawąchał się więcej eteru niż chory i zasypiał pod zasłoną. Tak wydarzyło się podczas operacji kostotranswerstektomii, gdy prof. Dega stuknięciem młotka w głowę budził spod chusty lekarza wyznaczonego do znieczulenia.

*Pierwszy aparat do znieczulenia, który zaistniał w klinice ortopedii, pojawił się w 1955 roku i była to Chirana N3. Przeznaczony do znieczulenia dorosłych. Ze względu na olbrzymią przestrzeń martwą zastawki i opór układów oddechowych, nie nadawał się on do znieczulenia dzieci. Wykonywanie tym samym znieczulenia prowadziło do ciężkiej hipoksji i hiperkapnii, która wówczas została nazwana zespołem „bladości i przegrzania”.*¹³⁵ Za ten obraz kliniczny był odpowiedzialny obrzęk mózgu, powikłanie, które kilkakrotnie prowadziło do śmierci pacjentów. W 1957 roku, prof. Jerzy Garstka odbył trzymiesięczne przeszkolenie, a po powrocie z kursu został wyznaczony przez prof. Degę na głównego anestezjologa. Tak więc należy uznać, że powstanie oddziału anestezjologii w Klinice Ortopedycznej wiąże się z marcem 1957 roku.

Wkrótce dołączyło do zespołu dwóch felczerów: Zbigniew Dudziński i Lechosław Moszyk. Natomiast do lekarzy, zajmujących się znieczuleniami, w czerwcu 1962 roku dołączyła dr Dorota Pilecka-Baszyńska. W tym czasie wykonywano już pełen zakres znieczuleń z intubacją dotchawiczą u dorosłych i u dzieci.

Efekt szkolenia anestezjologów i stworzenia oddziału, który zajmował się wysokiej jakości znieczuleniem, podsumowała lekarz pediatra dr Maria Deżyna, żona prof. Degi, która stwierdziła, że *od czasu zorganizowania stałej służby anestezjologicznej nie ma powikłań pooperacyjnych, a profesor jest spokojniejszy o los operowanych przez niego dzieci i może spokojniej wieczorami przebywać w domu*¹³⁶.

¹³⁵ Wywiad z prof. Jerzym Garstką w 2009 r.

¹³⁶ Tamże.

Należy też przytoczyć słynne powiedzenie prof. Wiktora Degi, że: *Anestezjolog to ten lekarz, który przedłuża nie tylko życie choremu, ale także chirurgowi zdejmując z niego troskę o opiekę nad chorym w czasie operacji i przebiegu pooperacyjnego.* Te słowa prof. Dega wypowiedział na Międzynarodowym Sympozjum Anestezjologicznym w czerwcu 1967 roku, na którym to nadano mu doktorat Honoris Causa Akademii Medycznej w Poznaniu.¹³⁷

W latach 60. do tego grona dołączyli lekarze znieczulający w Klinice Laryngologicznej – Stanisław Woźniak i Roman Szulc.

Pierwszymi lekarzami w Poznaniu, którzy uzyskali specjalizację z anestezjologii byli chirurdzy: Irena Bowbelska i Jan Fibak.

Kierownicy zespołów operacyjnych, jak i sami lekarze, zaczęli wyrażać pogląd, już przedstawiany w piśmiennictwie XIX w., iż lekarze znieczulający, staną się osobną grupą specjalistów.

Należy podkreślić wyjątkowy wkład i poparcie, które wówczas temu kierunkowi nadawał prof. Adam Piskorz, następca zmarłego w 1959 roku docenta Boryszewskiego. W 1962 roku powstaje pierwszy Oddział Intensywnej Opieki. Lekarze nabierają tam doświadczenia w wentylacji mechanicznej pacjentów w ciężkich postaciach tężca w trakcie trwania epidemii poliomyelitis w 1968 roku.

W I Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych w Poznaniu, od 1956 r. rozpoczęto stosowanie znieczulenia wziewnego z intubacją tchawicy do zabiegów ginekologicznych. Ta technika przyjęła się i w ciągu 1,5 roku wykonano 975 operacji planowych.¹³⁸ Indukcję wykonywano pentotalem, a przed przejściem do narkozy eterowej stosowano chlorek etylu. Stosowano też technikę indukcji dożylną pentotalu i skolicy. Po osiągnięciu odpowiedniej

¹³⁷ Prof. Jerzy Garstka opisuje anestezjologię w Poznańskiej Klinice Ortopedycznej. Na podstawie materiałów zjazdowych z 85-lecia Ortopedii Poznańskiej, wydanych przez Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Poznaniu w 1998 roku. *Księga pamiątkowa 85-lecie Ortopedii Poznańskiej 1913-1998*, s. 137.

¹³⁸ K. Kuczewski, Z. Cymerys, Z. Kaczmarek, B. Kozanecki, *Techniki znieczulania w zabiegach ginekologicznych*, Ginekologia Polska 1959, t. XXX, nr 2, s. 207.

głębokości znieczulenia wykonywano intubację rurkami gumowymi typu Magilla. Kondukcja odbywała się przy użyciu eteru. Rurkę intubacyjną z reguły usuwano na sali pooperacyjnej, po całkowitym obudzeniu chorej. Autorzy podkreślali, że wprowadzenie środków zmiotczających (skolina, d-tubokuraryna) i intubacji tchawicy, zredukowały zużycie eteru o 50-70%. Do operacji nagłych stosowano narkozę eterową w układzie otwartym na maskę Schimmelbuscha. Stosowano też znieczulenie miejscowe

W szóstej i na początku siódmej dekady XX w., w szpitalach poznańskich coraz częściej stosowano różnorodne techniki znieczulenia. W Szpitalu Dziecięcym im. Kryśewicza po raz pierwszy z intubacją znieczulono pacjenta w 1957 r., a od 1962 r. dr Henryk Giełwanowski (ur. 1932, dypl. 1957), prowadził nowoczesne metody znieczulania młodych pacjentów¹³⁹. Kolejną placówką leczenia, w której rozwijała się anestezjologia, był Rejonowy Szpital Wojskowy w Poznaniu. Znieczulenia wykonywał Jan Tobała (ur. 1925, dypl. 1952). Od roku 1962 anestezjologia była praktykowana w Szpitalu Komendy Miejskiej Milicji, gdzie znieczulała lek. Henryka Matuszczak-Moczydło (ur. 1935, dypl. 1958). Elżbieta Krzysztoporska-Czarnocka, pracowała od 1961 na etacie anestezjologa w Szpitalu Miejskim im. Raszei. Podobne specjalistyczne stanowisko w Miejskim Szpitalu Ortopedycznym w Poznaniu utworzono dopiero w 1966 r. Pierwszym anestezjologiem w tej placówce była Krystyna Pfeiffer (ur. 1936, dypl. 1960). Anestezjologa zatrudniał także Szpital PKP, była nim Teresa Paluszyńska.

Wprowadzanie nowoczesnego znieczulania, poszerzyło możliwości operacyjne wszystkich specjalności zabiegowych. Do pierwszych szpitali, w których rozwijano anestezjologię należał Szpital PKP w Chodzieży, dokąd z Poznania raz w tygodniu dojeżdżali dr Edmund Warszawski (ur. 1924, dypl. 1949), dr K. Stengert oraz dr W. Jurczyk¹⁴⁰. Było to związane z powstaniem

¹³⁹ J. Garstka, I. Bowbelska, *Rozwój anestezjologii wielkopolskiej po II wojnie światowej* [w:] *Materiały Naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, Kraków 1986, s. 108.

¹⁴⁰ J. Garstka, I. Bowbelska, *Rozwój anestezjologii wielkopolskiej po II wojnie światowej*, s. 108.

tam Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej. Od roku 1962 na stałe zatrudniono w tym szpitalu anestezjologa, którym był dr Rajmund Siennicki (ur. 1926, dypl. 1961). Po paru latach etaty anestezjologiczne posiadały kolejne szpitale: w Koninie (1962: Urszula Kornacka), Kaliszu (1963: dr Maria Tracz, 1965: Aleksander Leśny), Pile (1964: dr Janina Kasprzak) oraz w Lesznie (1964: dr Jerzy Pichor)¹⁴¹.

Wzorem województwa wielkopolskiego, na obszar którego promieniował poznański ośrodek uniwersytecki, zaczęto upowszechniać ideę potrzeby tworzenia specjalistycznych struktur anestezjologicznych w szpitalach oraz zatrudniać specjalistów w innych ościennych województwach. Już w 1957 r. Sanatorium w Świebodzinie zatrudniało dra Jerzego Garstkę (ur. 1930, dypl. 1958, który raz w tygodniu dojeżdżał tam z Poznania. Od roku 1965 szpital w Zielonej Górze zatrudnił anestezjologa dra Lecha Skalskiego (ur. 1938, dypl. 1963). Wkrótce w Szpitalu Wojewódzkim powstaje Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, którym jako ordynator kierował dr Władysław Kościelniak¹⁴².

Szybko postępujące nowoczesne przemiany organizacyjne szpitalnictwa, wywołane m.in. wprowadzeniem różnorodnych technik znieczulenia, wymuszały na organizatorach opieki medycznej nie tylko szkolenie personelu, ale i konieczność wyposażania szpitali w specjalistyczny sprzęt medyczny. Kolejnym ważnym wydarzeniem w tym okresie było utworzenie w 1962 roku Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii¹⁴³. W Poznaniu działał sekretarz zarządu głównego tegoż Towarzystwa.

6.1. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Historia rozwoju stowarzyszenia lekarzy anestezjologów zaczyna się jeszcze w XIX wieku. Pierwsze Towarzystwo Anestezjologów powstało w

¹⁴¹ Tamże, s. 109.

¹⁴² Tamże.

¹⁴³ Tamże.

Wielkiej Brytanii w Londynie w 1893 r. W 4 lata po I Światowym Kongresie Anestezjologów, który odbył się w dniu 18 listopada 1958 r. zostaje zarejestrowane Towarzystwo Anestezjologów Polskich.¹⁴⁴ W roku 1959, na I Zjeździe w Warszawie 20 września podjęto uchwałę o powstaniu TAPu. Decyzja ta była, między innymi, związana z faktem, że w I Światowym Kongresie Anestezjologii w Scheveningen (Holandia) w roku 1955, w obradach Światowego Towarzystwa Anestezjologii uczestniczyli delegaci z Polski, jednakże zabrakło głosu organizacji, która reprezentowałaby całe środowisko anestezjologów. To właśnie tam utworzono Światową Federację Stowarzyszeń Anestezjologów (WFSA).

Mottem działalności WFSA stało się *zapewnienie warunków najwyższego standardu usług anestezjologicznych dla wszystkich ludzi na świecie, drogą stworzenia jak najlepszych warunków pracy anestezjologów i jak najszybszego rozpowszechnienia najnowszych zdobyczy nauki w tej tak dynamicznie rozwijającej się specjalności.*¹⁴⁵

Powstanie Towarzystwa Anestezjologów Polskich było więc wynikiem konieczności stworzenia organizacji reprezentującej „głos” opiniotwórczy dla coraz szerszego grona anestezjologów w Polsce. Włączenie do WFSA nastąpiło jednakże dopiero w 1965 r. Nazwa Towarzystwa została przemianowana na Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdy w zakres działalności leczniczej i specjalizacji została oficjalnie włączona intensywna terapia. Do zadań statutowych Towarzystwa należy: prowadzenie i popieranie badań naukowych, współdziałanie i wsparcia szkoleń kierunkowych, wspieranie organizacyjne i merytoryczne społecznej służby zdrowia, szerzenie wiedzy w zakresie własnej specjalności i pokrewnych. Do realizacji zadań statutowych zostaje wykorzystany kwartalnik *Anestezja i Reanimacja* – organ Towarzystwa, który jest wydawany od 1969 r. przez

¹⁴⁴ Z. Rondio, *25-lecie anestezjologów polskich*, Anestezjologia Intensywna Terapija 1984, nr 16, s. 5.

¹⁴⁵ Z. Rondio, *Spotkanie z anestezjologią i intensywną terapią 1959-1999*, Anestezjologia Intensywna Terapija 1999, nr 31, s. 149-154.

PZWL.¹⁴⁶ W 1973 r. tytuł pisma przemianowano na *Anestezja, Reanimacja, Intensywna terapia*. Przez pewien czas pismo dostępne było również w języku angielskim. W roku 1984 otrzymało ostateczną nazwę *Anestezjologia Intensywna Terapia*.

Rozwój Towarzystwa i główne kierunki działania w pewnym stopniu odzwierciedla tematyka obrad na pierwszych zjazdach (I – Warszawa 1959, II – Warszawa 1962, III – Wrocław 1964). Tematyka zjazdów obejmowała podsumowanie dotychczasowych osiągnięć oraz w szczególności tematykę wentylacji przewlekłej, zwalczanie powikłań okołoperacyjnych, resuscytację, problemy znieczulenia w torakochirurgii. IV Zjazd TAPu był jednocześnie III Międzynarodowym Sympozjum Anestezjologicznym krajów Europy Wschodniej, uczestniczyli w nim lekarze z całego świata. Otrzymał się w Poznaniu w 1967 r., brało w nim udział 421 uczestników, goście reprezentowali 19 krajów. Głównym tematem były zagadnienia krążenia w znieczuleniu i reanimacji. Kolejne zjazdy odbywają się w okresie 3-letnim (V – Kraków 1970, VI – Gdańsk 1973, VII – Warszawa 1976). Wśród wymienionych na szczególną uwagę zasługuje V Zjazd, w czasie którego rozważano problemy dotyczące pielęgniarstwa anestezjologicznego. Otrzymał się wówczas zebranie Sekcji Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, podczas którego prowadzono rozmowy o szkoleniu.

Osobnym zagadnieniem, jednakże pierwotnie przypisanym anestezjologii, jest pomoc doraźna. Utworzono Sekcję Pomocy Doraźnej, a następnie powstała Sekcja Anestezji Pediatricznej i Sekcja Badania i Leczenia Bólu. Liczba członków TAPu zwiększyła się z 291 w 1967 r. do 957 – sześć lat później. W 1979 roku było już aktywnych 1610 członków.

Nawet w okresach bardzo trudnych, aktywność Towarzystwa toczyła się jednak pomimo ograniczeń politycznych.

13-15 maja 1983 r., a więc jeszcze w czasie stanu wojennego, odbywał się IX Zjazd w Poznaniu. Jego tematyka obejmowała obrażenia wielonarządowe, zaburzenia oddechowe i zaburzenia rytmu.

¹⁴⁶ Tamże.

Poza tymi cyklicznymi spotkaniami, olbrzymią rolę odgrywały spotkania regionalnych oddziałów Towarzystwa. Do najistotniejszych należy organizacja Sympozjum Oddziału Wielkopolskiego w 1987 r. „Dydaktyka”.

Od lat 60-tych ubiegłego wieku działa Komisja Patofizjologii, Anestezji

I Resuscytacji Polskiej Akademii Nauk, której przewodzi prof. Stanisław Pokrzywnicki, a następnie prof. Witold Jurczyk.

W marcu 1977 r. powołana zostaje Europejska Akademia Anestezjologii (EAA), z czynnym uczestnictwem polskich anestezjologów we władzach. W Senacie EAA przez wiele lat zasiadał prof. Witold Jurczyk. Ważnym wydarzeniem była organizacja w 1991 r. w Poznaniu 14 Naukowego Posiedzenia Europejskiej Akademii Anestezjologii.

6.2. Nadzór specjalistyczny

Przełomem w historii anestezjologii było utworzenie w 1962 roku wojewódzkich specjalistycznych nadzorów anestezjologicznych na poziomie krajowym i regionalnym¹⁴⁷.

Ważną rolę w organizowaniu struktur anestezjologicznych w kraju odegrali lekarze poznańskiego środowiska akademickiego. Stanowisko specjalisty w województwie poznańskim powierzono dr W. Jurczykowi (1967); w województwie bydgoskim dr J. Garstce, w zielonogórskim dr L. Wołowickiej. Był to już okres, w którym funkcjonowały sprawnie akademickie struktury anestezjologiczne w Poznaniu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 1950 r. przewidywało wprowadzenie specjalistycznego nadzoru, który był jednym z jego pomocniczych organów centralnych. Wprowadzenie tego rozporządzenia wiązało się z powołaniem specjalistów krajowych w różnych dziedzinach medycyny. Do jego podstawowych zadań należało m.in. odpowiedzialność za *wszystkie sprawy związane z podnoszeniem poziomu fachowego leczenia*

¹⁴⁷ J. Garstka, I. Bowbelska, *Rozwój anestezjologii...*, passim, s. 109.

*i profilaktyki w zakładach społecznych służby zdrowia oraz wprowadzanie metod opartych na najnowszych osiągnięciach naukowych*¹⁴⁸.

Kompetencje i zakres działania nadzoru specjalistycznego na szczeblu krajowym oraz wojewódzkim określono w instrukcji do wspomnianego rozporządzenia z 20 lipca 1950 r. oraz dodatkowo z 26 maja 1951 r. Kolejną instrukcję wydano po dwóch latach – 10 lipca 1953 r.

Krajowego specjalistę ds. anestezjologii powołano w 1951 r. Został nim doc. Mieczysław Justyna.

Już w pierwszym okresie działalności nadzoru doszło do sporu kompetencyjnego pomiędzy chirurgami, a już działającymi anestezjologami. *Główny problem dotyczył podporządkowania organizacyjnego anestezjologa chirurgowi*¹⁴⁹. Zdaje się, że było to wynikiem braku w dotychczasowych rozporządzeniach jakiegokolwiek wzmianki o specjalności anestezjologa i wykonywanych przez niego procedurach medycznych. Dopiero w instrukcji z 30 października 1951 r. określono regulamin bloku operacyjnego. W paragrafie 21 tego regulaminu pisano: *chory nie może wyczekiwać na stole operacyjnym na przybycie zespołu operacyjnego, w miarę możliwości narkoza powinna być dawana choremu w sali przedoperacyjnej*¹⁵⁰. Natomiast paragraf 23 zawierał następujące, dość zaskakujące ze względu na swą oczywistość stwierdzenie: *W czasie trwania zabiegu w sali operacyjnej powinna panować bezwzględna cisza. Poza operującym i anestetystą, informującym operującego o przebiegu uśpienia, pozostały personel pracuje milcząc*¹⁵¹. Kolejny paragraf był szczególnie istotny i brzmiał: *Do obowiązków anestetysty należy: zapoznanie się z historią choroby i krótkie zreferowanie jej operującemu, sprawdzenie*

¹⁴⁸ W. Jurczyk, T. Szreter, *Wkład nadzoru specjalistycznego w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii* [w:] *Materiały Naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, Kraków 1986, s.63.

¹⁴⁹ W. Jurczyk, T. Szreter, *Wkład nadzoru specjalistycznego w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii*, s.64. W: Międzynarodowy Kongres "Anestezjologia i Intensywna Terapia w Medycynie Okołooperacyjnej". Kraków, Polska, 10-13 V 2000. Streszczenia. [B.m., 2000] s. 84.

¹⁵⁰ Tamże, s.63.

¹⁵¹ Tamże.

*tożsamości operowanego i odnotowanie w książce operacyjnej jego danych osobistych oraz czasu trwania zabiegu operacyjnego*¹⁵².

Dnia 10 października 1952 r. ukazało się zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ustalania programów specjalizacji lekarzy w niektórych dziedzinach medycyny¹⁵³. Okres specjalizacji trwał 36 miesięcy, z których 5 polegało na pracy w oddziale chorób wewnętrznych, ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii. Przez kolejne 11 miesięcy szkoleni zdobywali wiedzę z zakresu chorób chirurgicznych, w tym z instrumentacji, narkozy, pomocy w zabiegach oraz wykonywania małych zabiegów operacyjnych¹⁵⁴. Przez następne 3 miesiące szczególną uwagę koncentrowano na zagadnieniach z zakresu podstaw anestezjologii. Następny, jedenastomiesięczny cykl programowy, obejmował doskonalenie i rozszerzanie poprzednio przerobionego programu. *Konieczne było wykonanie, pod kierunkiem, samodzielnie anestezji w 500 małych lub średnich i 200 dużych zabiegach operacyjnych. Po każdym etapie następowało sprawdzanie wiadomości*¹⁵⁵.

W latach 60-tych w Polsce nadal odczuwano brak specjalistów z anestezjologii. Dlatego w wielu ośrodkach szpitalnych w czasie znieczulania musiano posilkować się średnim personelem medycznym. Wyraźnie podkreślono to w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 23 lutego 1953, w którym w paragrafie 4, czytamy: *pod kierunkiem lekarza, fclcher może wykonywać następujące czynności: 1. podawać narkozę wzięwną, dożylną i doodbytniczą; 2. stosować nowokainę przy znieczuleniu miejscowym*¹⁵⁶.

W latach 1953-1961, czyli w okresie pomiędzy utworzeniem nadzoru krajowego, a powstaniem pierwszej uczelnianej placówki kształcącej anestezjologów, usiłowano wzmacniać rolę nadzoru, a także szkolenia – poprzez uczestnictwo w kursach specjalistycznej kadry. Głównym

¹⁵² Tamże.

¹⁵³ Tamże, s. 66.

¹⁵⁴ Tamże.

¹⁵⁵ W. Jurczyk, T. Szreter, *Wkład nadzoru specjalistycznego w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii*, s. 66. . W: Międzynarodowy Kongres "Anestezjologia i Intensywna Terapija w Medycynie Okołooperacyjnej". Kraków, Polska, 10-13 V 2000. Streszczenia. [B.m., 2000] s. 84.

¹⁵⁶ Tamże.

organizatorem szkoleń był Instytut Gruźlicy, w którym szkoleniem kierował doc. M. Justyna¹⁵⁷.

Przełomowym momentem w dziejach anestezjologii w Polsce, była decyzja Ministra Zdrowia prof. dra Rajmunda Barańskiego z 2 marca 1961 r., w sprawie tworzenia i zakresu działania komórek anestezjologicznych w szpitalach. Instrukcja ta ustalała zasadę organizacji oddziałów, działów i stanowisk anestezjologicznych w różnych typach szpitali. Stwierdzała również, że dział anestezjologii jest samodzielną komórką działalności podstawowej szpitala. Istotnym stwierdzeniem było również zobowiązanie ordynatorów oddziałów zabiegowych do powierzenia asystentom oddziału zabiegowego czynności anestezjologicznych i przeszkolenie ich w tym zakresie¹⁵⁸.

Tocząca się wokół tego rozporządzenia dyskusja, pomiędzy chirurgami a anestezjologami – rozpoczęta w 1958 r., znacznie wydłużyła okres jej przygotowania i oddaliła termin wcielenia w życie. Specjalista krajowy domagał się, aby anestezjologia została wydzielona jako osobna struktura organizacyjna szpitali¹⁵⁹. Publikacja tego rozporządzenia w dzienniku ministerialnym z 1961 r. nie zakończyła protestów chirurgów¹⁶⁰. W następstwie dyskusji dokonano kolejnych zmian w jej treści.

Przypomnijmy tu ocenę działań podejmowanych przez nadzór krajowy, którą sformułowali Witold Jurczyk i Tadeusz Szreter (ur. 1933, dypl. 1957, dr 1966, hab. 1974, wiceprzewodniczący krajowego zespołu specjalizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii): *Przyjęcie takiej w miarę nowoczesnej koncepcji organizacyjnej było możliwe dzięki: 1. propagowaniu przez ówczesnego Specjalistę Krajowego doc. dr M. Justynę określonej koncepcji rozwoju anestezjologii i dużym wysiłkom włożonym przez Niego oraz innych pionierów anestezjologii w celu przyjęcia takiego rozwiązania przez Resort.*

¹⁵⁷ Tamże.

¹⁵⁸ Tamże, s. 67.

¹⁵⁹ Tamże.

¹⁶⁰ Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia 1961, nr 7, poz. 43.

2. przychylnego zaakceptowania takiego rozwiązania przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. R. Barańskiego. Zdaniem doc. Justyny poglądy Ministra miały tu decydujące znaczenie. Prof. Barański, sam będąc bardzo nowoczesnym i światłym pediatrą, i nie będąc przedstawicielem dyscyplin zabiegowych, mógł bardziej bezstronnie ocenić całość sytuacji. Zbyt mocna byłaby teza, że rozwój anestezjologii umożliwili głównie lekarze dyscyplin niezabiegowych, niemniej stwierdzić można, że ich wkład w tym zakresie był bardzo duży i decydujący¹⁶¹.

Data omawianego rozporządzenia zbiegła się z chronologią powstania pierwszych zakładów i katedr anestezjologii w polskich akademiach medycznych. Jednak w samym Nadzorze krajowym następowały kolejne i ważne zmiany. W 1963 r. prof. dr Stanisław Pokrzywnicki, ówczesny krajowy konsultant, podjął decyzję o utworzeniu nadzorów wojewódzkich¹⁶². Ta decyzja zdynamizowała szkolenia specjalistów. Znacząco rozszerzały się kadry polskich anestezjologów, zdobywających wiedzę w trakcie kursów organizowanych centralnie i na szczeblu wojewódzkim. Było to pokolenie anestezjologów, którzy podstawy wiedzy w tej dziedzinie wynieśli już z murów swoich uczelni.

6.3. Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu

W Poznaniu, w murach szpitali akademickich, powstanie zespołu anestezjologów akademickich, inspirowane przez prof. Adama Piskorza nastąpiło w III Klinice Chirurgicznej. W 1962 r. rozpoczął pracę zespół anestezjologów akademickich w nielicznym gronie.

¹⁶¹ W. Jurczyk, T. Szreter, *Wkład nadzoru specjalistycznego...*, passim, s. 68.

¹⁶² Tamże, s. 69.

S.2.8-1110/62

7 lipca 62 r.

Ministerstwo Zdrowia
i Opieki Społecznej
Departament Szkolnictwa
Wyższego i Nauki
W a r s z a w a
=====

W związku z brakiem określenia zasad, na których można utworzyć zakład naukowy /art.16 ust.1 ustawy z dnia 5 listopada 1958 r. o szkołach wyższych - Dz.U.Wr 68,poz.336/, uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na utworzenie Zakładu Anestezjologii na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu.

W załączeniu przesyłam wyciąg z protokołu posiedzenia Senatu A.M. odbytego w dniu 28 czerwca 1962 r. oraz wyciąg z posiedzenia Rady Wydz. Lek. odbytego w dn.20.6.1962 r.

sol.

P R O R E K T O R

Prof.dr A.Zakrzewski

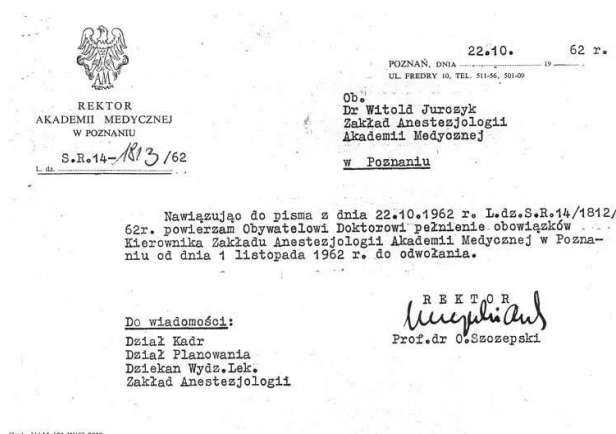
Rysunek 31 Pismo prof. A. Zakrzewskiego z dnia 7 lipca 1962 r., z prośbą o wyrażenie zgody na utworzenie Zakładu Anestezjologii.

Proces tworzenia struktur anestezjologicznych w Akademii Medycznej w Poznaniu opracował dr Witold Jurczyk¹⁶³. Był on pierwszym kierownikiem Zakładu Anestezjologii, który powołano 2 listopada 1962 r. na wniosek prof. chirurgii Adama Piskorza. Powstanie pierwszej jednostki akademickiej – Zakładu Anestezjologii, rozpoczęło się w momencie, kiedy Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu 20 czerwca 1962 roku pozytywnie zaopiniowała wniosek kierownika III Katedry i Kliniki Chirurgicznej prof. Adama Piskorza, o powołanie Zakładu Anestezjologii. Jednomyślnie w tej sprawie przyjął uchwałę Senat uczelni na posiedzeniu 28 czerwca 1962 roku i tym samym prof. A. Zakrzewski, prorektor, zwrócił się pismem z dnia 7 lipca 1962 do Ministerstwa Zdrowia o wyrażenie zgody na utworzenie tej jednostki dydaktycznej. Uzyskano zgodę pismem z podpisem prof. dr Wiesława Tysarowskiego, dyrektora Departamentu Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 17 października 1962 roku, aby na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej powstał Zakład Anestezjologii. Powierzono kierownictwo doktorowi Witoldowi Jurczykowi.

¹⁶³ W. Jurczyk, *Akademickie struktury anestezjologiczne w Akademii Medycznej w Poznaniu* [w:] *Materiały Naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, Kraków 1986, s. 100-105.



Rysunek 32 Prof. Witold Jurczyk



Rysunek 33 Powierzenie W. Jurczykowi funkcji kierownika Zakładu Anestezjologii

Zakład Anestezjologii przez pierwsze dwa lata działał przy III Katedrze Chirurgii – w latach 1962-1964 mieścił się w Szpitalu Miejskim im. J. Strusia. Następnie został przeniesiony w latach 1964-1968 i działał przy I Katedrze Chirurgii, przy Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 Akademii Medycznej im. Pawłowa. W 1968 Zakład został decyzją rektora wyłączony z Katedry Chirurgii, tym samym następuje jego usamodzielnienie, a jego siedziba zostaje przeniesiona do Szpital im. H. Świąteczkiego przy ul. Przybyszewskiego.

Dzięki aktywności wszystkich kierujących komórkami organizacyjnymi i dydaktycznymi, w krótkim okresie, bo w zaledwie 10 lat, Zakład Anestezjologii zostaje przekształcony w 1978 roku decyzją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, jako pierwszy i jedyny w Polsce, w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej.¹⁶⁴

Prof. Jurczyk zawsze podkreślał, że powstanie Zakładu i korzystne przeobrażenia były możliwe tylko dzięki zrozumieniu i wsparciu ówczesnych kierowników klinik: prof. A. Piskorza, prof. dr W. Michałkiewicza, prof. dr S. Nowickiego, prof. dr A. Zakrzewskiego, prof. dr R. Drewsa, i prof. dr W. Degi, a także niektórych ordynatorów szpitali miejskich: dr Bogackiego i prof. dr J. Molla.¹⁶⁵

W Kronikach Akademii Medycznej z 1964/1965 r. Zakład Anestezjologii przypisany jest do I Katedry i Kliniki Chirurgicznej, którą kierował prof. Adam Piskorz. Zakładem Anestezjologii kieruje dr Witold Jurczyk, a zatrudnieni są na etatach akademickich jeden adiunkt i jeden asystent. Badania Zakładu obejmowały:

- fizjopatologię sztucznego przewietrzania chorych z niewydolnością oddechową pochodzenia płucnego oraz we wstrząsie,
- zmiany hormonalne we wstrząsie,
- zaburzenia wodno-elektrolitowe u chorych po różnych urazach ciała,
- zmiany hormonalne podczas znieczulenia ogólnego.

Pracownicy brali udział w zjazdach międzynarodowych – w Pradze 17-20 sierpnia 1965 r. brał udział dr Jurczyk, a dr Stengert szkolił się w Berlinie.¹⁶⁶

W początkowym okresie, pracownicy Zakładu roztaczali wszechstronną opiekę nad chorymi leczonymi w III Klinice Chirurgii, a od 1968 r. również

¹⁶⁴ Tamże, s. 100.

¹⁶⁵ *Biuletyn Informacyjny AM w Poznaniu*, pod red. W. Jurczyka, Wydanie specjalne 1982, nr 2/19.

¹⁶⁶ *Kroniki Akademii Medycznej w Poznaniu 1964/196*, opracowanie M. Wolnikowa, s.213-214.

w I Klinice Chirurgii. Tego roku działalność Zakładu rozszerzono tak, aby leczyć chorych ze wszystkich oddziałów operacyjnych poznańskiej Akademii Medycznej. Zakres działań tej placówki obejmował:

- wykonywanie znieczuleń,
- opiekę medyczną nad chorymi w okresie pooperacyjnym,
- intensywną terapię chorych w stanie zagrożenia życia.

Prowadzenie tego rodzaju działań było możliwe już od chwili powstania Zakładu Anestezjologii w 1962 r., bowiem był on wyposażony w odpowiednie sale ze stanowiskami do intensywnej opieki. Wspomniane pomieszczenia w Szpitalu im. J. Strusia, następnie w Szpitalu im. I. Pawłowa znacznie przebudowano i powiększono. Od 1968 r. przekształcono je w szpitalne Oddziały Intensywnej Terapii¹⁶⁷.

W następnym roku – na mocy decyzji rektora Akademii Medycznej w Poznaniu – we wszystkich klinikach powstały odrębne Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii, którymi kierowali pracownicy Zakładu Anestezjologii. Ta zmiana organizacyjna stworzyła trwałe podstawy do powstania, w przyszłości, Instytutu.

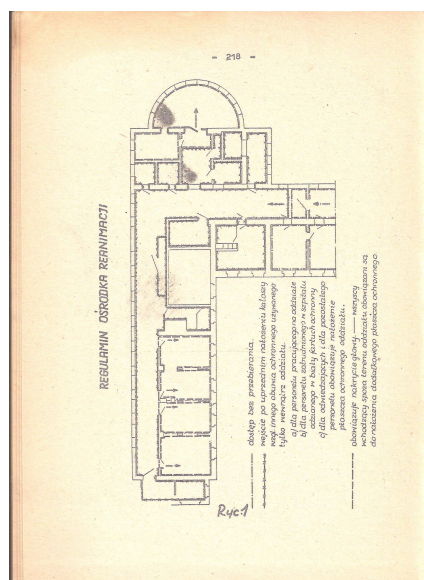
6.4. Początki Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej

Sale intensywnej opieki i intensywnej terapii dawały doświadczenie, szczególnie w wentylacji pacjentów, oparte na przypadkach ciężkiego tęcza, co przydało się w 1968 roku, w czasie epidemii poliomyelitis.

Pierwsze takie stanowiska powstały w Szpitalu Miejskim im. Strusia, ale wydzielona sala intensywnego nadzoru powstała przy I Klinice Chirurgicznej w Szpitalu Klinicznym przy ul. Długiej. Za czasów, gdy mieściła się ona przy III Katedrze Chirurgii, czyli w oddziale chirurgicznym Szpitala Miejskiego im. Strusia, na funkcjonowanie tej sali rzuca światło artykuł opublikowany przez Witolda Jurczyka i Krzysztofa Stengerta w *Szpitalnictwie*

¹⁶⁷ W. Jurczyk, *Akademickie struktury anestezjologiczne...*, passim, s. 101.

polskim w 1963 roku w tomie 8 nr 6 pt. Organizacja oddziału anestezjologicznego.



Rysunek 34 Plan Ośrodka Reanimacji 1973 r.

Podnoszono, że przy postępie współczesnej chirurgii, która dotyczy trudnych i rozległych zabiegów operacyjnych, równie istotną rolę odgrywa przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, jak i postępowanie pooperacyjne. Określono, że w szpitalu bezpośrednio po operacji, pacjent przewożony jest do stosowanego oddziału przygotowanego do intensywnego nadzoru, opiekę nad nim podejmują lekarze i pielęgniarki, którzy są dysponowani merytorycznie w tym oddziale. Większość zabiegów medycznych, takich jak m.in. chirurgiczne odsłonięcie żyły, oczyszczenie drzewa oskrzelowego, rozcięcie tchawicy, ożywanie oddychania i krążenia przez stosowanie sztucznego przewietrzania płucnego oraz ręcznego masażu serca, były wykonywane przy łóżku chorego. To, że pacjenci znajdowali się w wielu różnych pomieszczeniach, odległych często od siebie, powodowało, że dotarcie lekarza dyżurnego jednocześnie było niemożliwe. Niezbędne stało się stworzenie osobnego pomieszczenia, w którym ci pacjenci będą się znajdować. Na ten cel przeznaczono 10 łózkową salę chorych o wymiarach 6

na 9 metrów. Umieszczonych tam było 8 łóżek, przystosowanych do zmian ułożenia chorego w czterech pozycjach. Również taką salę, stworzono po przeniesieniu Zakładu Anestezjologii do I Katedry i Kliniki Chirurgicznej w Szpitalu przy ul. Długiej. Przystosowano salę reanimacyjną na bazie sławetnej Sali 206. To właśnie pomieszczenie stanowi załączek pierwszego oddziału opieki medycznej.



Rysunek 35 Sala reanimacyjna 206-PSK 1

Opracowanie dotyczące pierwszych czterech lat działalności Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w latach 1969-1972,¹⁶⁸ ukazuje, że w tym czasie w Oddziale było leczonych 1762 chorych. Początkowo Oddział stanowił głównie zaplecze dla wewnątrzszpitalnych pacjentów. Odsetek przyjęć z innych oddziałów stanowił ponad 96%, natomiast rozszerzenie działalności i popularyzacji wskazań do leczenia na oddziałach intensywnej terapii, owocowało tym, że odsetek przyjmowanych pacjentów z innych klinik i szpitali wzrósł do 22% w ciągu czterech lat. Między innymi przyczyną tego było również powstanie specjalistycznego ambulansu reanimacyjnego i kardiologicznego w Wojewódzkiej i Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i tym samym bezpośrednie kwalifikowanie pacjentów do oddziałów

¹⁶⁸ Materiały z kursokonferencji w Chodzieży 11 maja 1973, Warszawa, 1973, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu, pt. *Konferencja – najnowsze osiągnięcia w anestezjologii i reanimacji*. Artykuł prof. Witolda Jurczyka, Kazimierzy Brodzińskiej, Laury Wołowickiej, Andrzeja Łakomego, Rajmunda Siennickiego, Wacława Tumalewicza pt. *Doświadczenia własne z pracy oddziału intensywnej opieki medycznej*.

intensywnej terapii. Nadzór merytoryczny i personalny nad ambulansem reanimacyjnym pełnili pracownicy zakładu. Pacjenci bezpośrednio z miejsca wypadku czy zachorowania przewożeni byli na oddział przez służę, która znajdowała się w punkcie R izby przyjęć.

Pacjentów można było zakwalifikować do siedmiu grup profilu leczenia – intensywna opieka pooperacyjna, intensywna terapia kardiologiczna, stany po resuscytacji, ostra niewydolność oddechowa, obrażenia, wstrząs oraz inne. Intensywna opieka pooperacyjna stanowiła 46,7% ogółu chorych, ciężkie obrażenia wielonarządowe to 12,7%, pacjenci z ostrą niewydolnością oddechową 10,8%, ostre stany kardiologiczne 9,2%, pacjenci w stanie wstrząsu (septycznego lub krwotocznego) 7,7%, a stany po resuscytacji krążeniowo-oddechowej 4,8% leczonych chorych. Pozostałe inne stany nietypowe to 7,9%.

Należy podkreślić zmienną tendencję, iż w tym krótkim okresie czasu, w Oddziale Intensywnej Terapii malał przede wszystkim odsetek pacjentów pooperacyjnych, z aż prawie 60% w 1969 roku do 31% w 1972 roku. Został on głównie ograniczony do pacjentów po zabiegach na sercu i dużych naczyniach, ewentualnie z powikłaniem okresu śródoperacyjnego. Podkreślano również wzrost liczby pacjentów kardiologicznych - prawie półtora raza, oraz pacjentów z obrażeniami wielonarządowymi, których odsetek wzrósł ponad dwukrotnie. Liczba chorych resuscytowanych, również wzrosła prawie dwukrotnie – z 3,6 do 6%, jak wcześniej podkreślono, dzięki współpracy z pomocą doraźną, zespołami reanimacyjnymi i kardiologicznymi. Spośród leczonych chorych ok. 4% stanowiły dzieci do 14 roku życia, natomiast 60% stanowili chorzy od 14 do 60 roku życia. Odsetek pacjentów w wieku podeszłym (według ówczesnych kryteriów – osoby powyżej 60 roku życia), stanowił 33%. Szczególnie dokładnie analizowano grupy pacjentów po resuscytacji oraz pacjentów leczonych z użyciem respiratora z powodu ostrej niewydolności oddechowej. Podkreślono, że aż w 43% przypadków resuscytacja przedszpitalna była skuteczna. Wyniki te były na ówczesne czasy doskonałe i świadczyły o wysokiej efektywności takiej organizacji pierwszej pomocy. Natomiast ze 169 chorych resuscytowanych w ośrodku, trwały efekt

przeżycia osiągnięto u 5,9% pacjentów. Przyczynami były głównie zawały mięśnia sercowego, obrzęk płuc, zaburzenia rytmu, a także inne choroby serca jak i obrażenia wielonarządowe w przebiegu złożonych zespołów niewydolności, takich jak zespół płucno-sercowy, zapalenie płuc, zawał płuca oraz choroby ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. Nieliczną grupę stanowili również pacjenci z zatruciami i po powieszeniu.

Najlepsze wyniki resuscytacji uzyskano u chorych po zatruciach oraz powieszonych – przeszło 42% pacjentów udało się uratować. Z zawałem mięśnia sercowego – 21%, a z chorobami układu nerwowego – 10%. Natomiast nie uzyskiwano przeżywalności u chorych z zespołami płucno-sercowymi, w przebiegu zawału płuca, z obrażeniami wielonarządowymi i we wstrząsie septycznym. Niewielkie zmiany statystyczne w przeżywalności pacjentów w tych grupach chorób do dnia dzisiejszego w obliczu rozwoju intensywnej terapii i powstania medycyny ratunkowej świadczą jak efektywna była ówczesna intensywna terapia.

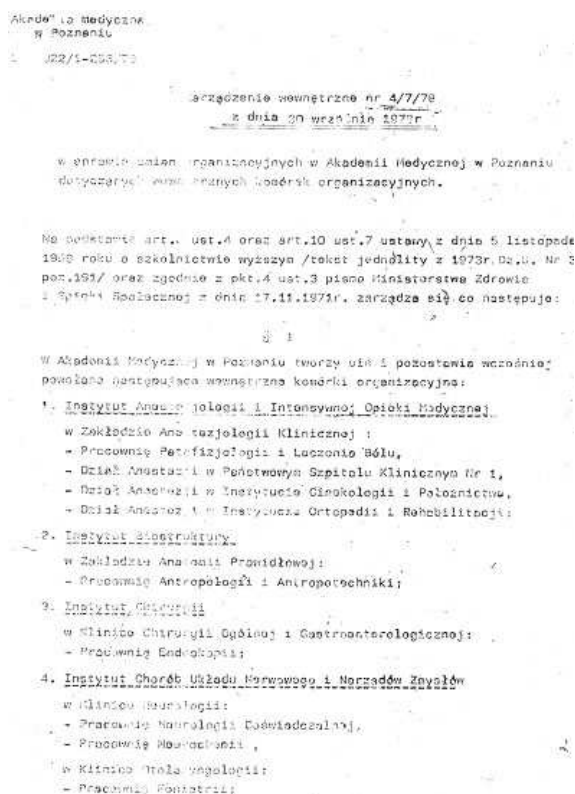
Aż u 10,6% pacjentów zakładano elektrody endokawitalne, w celu stymulacji elektrycznej serca. Natomiast na całkowitą liczbę 207 zresuscytowanych chorych, trwałe ożywienie uzyskano u 12,5% chorych.

Istotną grupę stanowili pacjenci, którzy byli leczeni z powodu niewydolności oddechowej i wymagali wentylacji przy zastosowaniu respiratora, w okresie 4 lat, była to grupa 348 pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy z obrażeniami klatki piersiowej i ośrodkowego układu nerwowego. Pozostali, to pacjenci z niewydolnością oddechową pooperacyjną, w stanie wstrząsu, z ostrymi chorobami jamy brzusznej i z zespołem płucno-sercowym. Wówczas już wykonywano intubację dotchawiczą u 94,2% chorych, natomiast doraźna tracheostomia w pierwszych dniach leczenia respiratorem była wykonywana zaledwie u 5,8% pacjentów. U 11,4% pacjentów istniała potrzeba wykonania tracheostomii i wykonywano ją najczęściej do 10 dnia ostrej niewydolności oddechowej. Bardzo ciekawe dane rzutują również na czas wentylacji, gdyż u 45% chorych respirator stosowano zaledwie przez jedną dobę, do trzech dni u 30% pacjentów, do 10 dni – 20,4%

pacjentów i niewielka grupa, zaledwie 4,6% chorych wymagała stosowania respiratora powyżej 10 dni. Ważne jest też podkreślenie, że śmiertelność w ciągu tych 4 lat istnienia oddziału spadła z 35,8% do 27,1% w roku 1972.

Wyjątkowy jest charakter tych danych, gdyż w sposób bardzo jednoznaczny i szczegółowy, jak na niewielkie możliwości monitorowania pacjenta w tamtym okresie, wskazują jaki wpływ na ratowanie pacjentów miały umiejętności i doświadczenie lekarzy. Dopiero później zastosowano powszechnie nowoczesną aparaturę, co oczywiście zmniejszyło śmiertelność na oddziale i umożliwiło jeszcze skuteczniejsze leczenie. Do dzisiaj główną grupę pacjentów na oddziale intensywnej terapii stanowią pacjenci po zatrzymaniu krążenia oraz pacjenci, którzy przyjmowani są z powodu ostrej niewydolności oddechowej i krążeniowej.

6.5. Przekształcenie Zakładu Anestezjologii w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej w 1978 roku



Rysunek 36 Dokument utworzenia IAIOM

Przypomnijmy, że czerwiec 1962 roku jest datą przełomową dla wielkopolskiej anestezjologii, z tego powodu, iż Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej, a później również Senat Akademii Medycznej w Poznaniu, powzięły uchwałę o utworzeniu Zakładu Anestezjologii. Kolejny przełom to rok 1978, gdy następuje jego przekształcenie w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej. Wówczas z jego składu wyodrębniono cztery Zakłady i jedną Klinikę.

Był to wyjątkowo dynamiczny rozwój, który owocował również tym, że od samego początku dyskutowano dalsze zmiany organizacyjne w obrębie Instytutu, a mianowicie powstanie kolejnych Zakładów oraz Klinik m.in. Kliniki Intensywnej Opieki Medycznej na wydziale pielęgniarstwie.¹⁶⁹ Tworzenie anestezjologii akademickiej w Poznaniu odbywało się w okresie niezwykle trudnym, dostęp do źródeł informacji z zachodu, a więc tych ośrodków, które wiodły prym w anestezjologii światowej, był utrudniony. Tylko osobiste kontakty i umiejętność wpływu na władzę ludową dawały możliwość przeniesienia informacji i wiedzy z podręczników zza żelaznej kurtyny. Kiedy dokonywano podsumowania w 20 rocznicę istnienia Zakładu, zwracano wówczas uwagę, że rozwój anestezjologii w Poznaniu przekładał się na rozwój w całej Wielkopolsce. Dotyczyło to także województw będących w obrębie nadzoru regionalnego, sprawowanego przez Akademię Medyczną w Poznaniu, gdzie pracowało 208 lekarzy, spośród których wówczas 142 posiadało specjalizację z anestezjologii. Byli to wychowankowie poznańskiego środowiska akademickiego.

Zakład Anestezjologii w 1982 roku wypełniał szereg różnych zadań, były to zadania dydaktyczne, związane z kształceniem studentów, kształceniem lekarzy specjalistów na kursach w zakresie anestezjologii, ale także szereg działań usługowych. Od 1962 roku Zakład Anestezjologii jest siedzibą Towarzystwa Anestezjologów Polskich, a od 1963 roku był miejscem pracy wszystkich specjalistów wojewódzkich z zakresu anestezjologii dla

¹⁶⁹ *Biuletyn Informacyjny AM w Poznaniu*, pod red. W. Jurczyka, Wydanie specjalne 1982, nr 2/19.

województwa poznańskiego, zielonogórskiego, kaliskiego, pilskiego i konińskiego. Od 1974 roku był siedzibą Specjalisty Krajowego ds. Anestezjologii. Mieściła się tutaj również Sekcja Komisji Patofizjologii, Anestezji i Resuscytacji Komitetu Patofizjologii Klinicznej Wydziału VI PAN, a także jedna z sekcji Komisji Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej oddziału PAN w Poznaniu.¹⁷⁰

Pracownicy Zakładu brali czynny udział nie tylko w wydziałowej, ale także w centralnej administracji uczelni, zajmując stanowiska prorektora czy dziekana.

Rozwój jest znamieny, bo w 1962 roku w Zakładzie Anestezjologii rozpoczęło pracę dwóch specjalistów, pracowników ówczesnej III Kliniki Chirurgicznej. Do roku 1982 w Instytucie pracuje 61 lekarzy, w tym 36 posiadających specjalizację II stopnia, 14 specjalizację I stopnia, 11 szkolących się w zakresie anestezjologii. Oprócz nich pracownikami Instytutu było 43 lekarzy. Najczęściej ze względu na potrzeby regionalne byli oni przenoszani do innych jednostek służby zdrowia na terenie miasta i województwa poznańskiego. W tym okresie w Zakładzie aż 34 lekarzy uzyskało stopień doktora medycyny, przeprowadzono 7 przewodów habilitacyjnych, do 1982 roku nadano dwóm osobom tytuł profesora nadzwyczajnego. Senat uczelni nadał na wniosek kierownika Zakładu 4 tytuły doktora honoris causa.

Ośrodek Reanimacji na bazie „Sali 206” stał się w wyniku szybkiego rozwoju Oddziałem Intensywnej Opieki Zakładu Anestezjologii. Jego aktywność oceniono od 1 lutego 1969 roku do 4 lutego 1970 roku. Ośrodek posiadał 16 łóżek w 6 izbach chorych, które poprzedzielano szybami, tak, aby zapewnić widoczność każdego chorego z każdego miejsca obserwacji,

¹⁷⁰ Polska Akademia Nauk (PAN) została utworzona w 1951 roku jako kultywacja idei Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Ustawa o Polskiej Akademii Nauk z 30 października 1951 roku stwierdza: *W celu zapewnienia nauce polskiej warunków wszechstronnego rozwoju i pełnego rozkwitu oraz nadania badaniom naukowym kierunku, odpowiadającego istotnym potrzebom Narodu, w oparciu o postępowe tradycje nauki, jako też o najlepsze osiągnięcia i doświadczenia wszystkich działających dotychczas instytucji i zrzeszeń naukowych, w szczególności Polskiej Akademii Umiejętności i Towarzystwa Naukowego Warszawskiego – powołuje się Polską Akademię Nauk.* W ustawie podkreślono szczególną rolę instytucji naukowych, które w różnych formach organizacyjnych od początku XIX wieku stanowiły ośrodki patriotycznej myśli i życia naukowego w Polsce.

oddzielając je w ten sam sposób od trzech stanowisk pielęgniarskich umieszczonych na korytarzu. Każde ze stanowisk było zaopatrzone w stolik, szafkę z punktem świetlnym, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, punkt poboru tlenu z centralnej tlenowni, sprężonego powietrza i centralnego odsysania, dzwonek alarmowy i gniazdka elektryczne. Stanowisko było wyposażone również w leki pierwszej potrzeby i zestaw reanimacyjny. W bezpośredniej bliskości był także zestaw do wenesekcji, pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego, tracheostomii, torakotomii, dreny polietylenowe, cewniki oraz materiały opatrunkowe. Wszystkie te materiały były umieszczone w szafach korytarzowych. Ośrodek rozporządzał sprzętem pomiarowym i leczniczym, wózkiem reanimacyjnym, na którym znajdował się kardioskop, zsynchronizowanym defibrylatorem, stymulatorem, pulsomonitorami, kardiopulsomonitorom, pneumatometrem i czterema respiratorami typu Bird Mark, a także trzema cyklatorami, trzema urządzeniami do ogrzewania i nawilżania powietrza oddechowego – nebulizatorami. Na miejscu była pracownia badań gazometrycznych. W ośrodku pracowało pięciu lekarzy anestezjologów i dwóch chirurgów. Pod opieką każdego specjalisty anestezjologa pozostawało stale 5-6 chorych. Dyżur pełnił jeden anestezjolog.

W ciągu pierwszego roku, leczono w ośrodku 570 chorych, z tego jednak większość – 388, stanowili chorzy po operacjach w Klinice Chirurgicznej. 69 chorych stanowili pacjenci we wstrząsie, po obrażeniach w wyniku wypadku, 28 chorych z I Kliniki Chorób Wewnętrznych i 20 przyjętych z innych szpitali Poznania i województwa. Dominującym problemem u chorych pooperacyjnych była utrzymująca się niewydolność oddechowa, wymagająca podawania tlenu cewnikiem do nosa, konieczność przedłużonej lub ponownej intubacji i leczenia respiratorem z oddechem wspomaganym lub kontrolowanym. Kolejnym problemem, z którym borykano się, to leczenie pacjentów w stanie ciężkiego wstrząsu, spowodowanego rozległym zapaleniem otrzewnej, zakażeniami różnych narządów, zapaleniem płuc. O olbrzymiej skuteczności prowadzonej intensywnej terapii świadczy

fakt, że przy tak dużej liczbie pacjentów, najdłuższy czas nieprzerwanej sztucznej wentylacji wynosił 63 doby, a przeciętny 15 dni.¹⁷¹

6.6. Działalność dydaktyczna Zakładu

Podstawowym zadaniem pracowników Zakładu była dydaktyka, którą prowadzono dla wszystkich studentów Akademii Medycznej w Poznaniu.

Działalnością dydaktyczną z zakresu resuscytacji i podstaw anestezyjologii – pisał w. Jurczyk¹⁷² – objęto początkowo studentów w ramach ćwiczeń i wykładów z chirurgii. Począwszy od roku akademickiego 1969/1970 wydzielono dla studentów V roku wydziału lekarskiego program anestezyjologii, który obejmował 10 godzin wykładów i 20 godzin ćwiczeń z tego zakresu. Obecnie [tj. około 1985 r. – dop. P.P.] obowiązkowym nauczaniem anestezyjologii i intensywnej terapii objęci są studenci wszystkich wydziałów Akademii Medycznej. Zajęcia prowadzą pracownicy Instytutu, z tym, że od 1982 r. na wydziale pielęgniarstwa zajęcia przejęła Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego. Aktualnie realizuje się program w wymiarze 15 godzin wykładów i 30 godzin ćwiczeń praktycznych. Rozpoczynają się one tygodniowymi zajęciami na fantomach (nauka resuscytacji) i kończą tygodniowymi ćwiczeniami na salach operacyjnych wszystkich klinik uczelni.

Od roku 1971 dla IV roku Wydziału Lekarskiego zostało wprowadzone nauczanie w zakresie pomocy doraźnej, które prowadzili pracownicy Zakładu Anestezyjologii. Natomiast dwa lata później zajęcia z pomocy doraźnej zostały wdrożone również na Wydziale Stomatologii oraz Wydziale Farmacji. Głównym założeniem dydaktycznym programu z zakresu pomocy doraźnej była integracja wykładów, a także uprzątnienie ćwiczeń oraz seminariów. W kolejnych latach, kiedy nastąpiła zmiana programów nauczania w

¹⁷¹ Artykuł W. Jurczyka, K. Brodzińskiej, A. Łakomego, E. Tumalewicz, M. Napierały. z Zakładu Anestezyjologii Akademii Medycznej. Materiały z Sympozjum Intensywnej Terapii i III Sympozjum Doraźnej Pomocy w Poznaniu, 6-7 kwietnia 1970 roku.

¹⁷² W. Jurczyk, *Akademickie struktury anestezyjologiczne...*, passim, s. 102.

akademiach medycznych, a także w reakcji na wynik wypowiedzi ankietowanych studentów, władze Zakładu Anestezjologii, wspólnie z władzami uczelni, zdecydowały o przesunięciu przedmiotu pomocy doraźnej z IV na III rok na Wydziale Lekarskim i na Wydziale Stomatologii. Zajęcia obejmowały wyłącznie zagadnienia związane z udzielaniem pomocy doraźnej, w których położono nacisk na przedszpitalną pierwszą pomoc, natomiast na VI roku Wydziału Lekarskiego omawiano doraźną pomoc wewnątrzszpitalną w ramach zajęć z intensywnej terapii oraz anestezjologii. Znamienne jest to, że zajęcia z pomocy doraźnej w programie dydaktycznym Zakładu Anestezjologii obejmowały na Wydziale Lekarskim w obrębie III roku 100% zaangażowania dydaktycznego, natomiast na VI roku jedynie 30%. Dla stomatologii było to na III roku – 40%, a na IV roku – 20%. Natomiast pracownicy Zakładu Anestezjologii na Wydziale Farmacji prowadzili wyłącznie zajęcia z pomocy doraźnej, bez omawiania zagadnień dotyczących intensywnej terapii oraz anestezjologii. Bardzo ciekawą formą prowadzenia zajęć była dyskusja w formie okrągłego stołu z udziałem anestezjologów, chirurgów i internistów, z zastosowaniem – już w ówczesnych czasach, nowoczesnych pomocy audiowizualnych, do których należały filmy i przeźrocza używane w celu aktywizowania studentów i urozmaicenia zajęć. M.in. zostało określone, że najskuteczniejszą formą nauczania jest „learn by doing” (nauczanie poprzez aktywność).

Pierwszą wówczas próbą aktywnych form nauczania resuscytacji krążeniowo-oddechowej było ćwiczenie dla każdej grupy studenckiej, w którym wykonywano reanimację doświadczalnie na zwierzętach (psach). Ta forma spotykała się z olbrzymim zainteresowaniem studentów, którzy brali aktywny udział w samym przygotowaniu do eksperymentu, w uwidacznianiu żyły czyli wenesekcji, wykonywaniu tracheostomii, intubacji, prowadzeniu oddechu kontrolowanego, a także brali czynny udział w czynnościach resuscytacyjnych poprzez wykonywanie masażu serca i defibrylacji elektrycznej. Film, który powstał w trakcie tych zajęć, stanowił przez wiele lat ciekawą i skuteczną formę pomocy dydaktycznej.

Każdy student III roku Wydziału Lekarskiego uczestniczył w ćwiczeniach w karetkce reanimacyjnej. Zespół Reanimacyjny wówczas składał się ze specjalisty anestezjologa, wyszkolonej pielęgniarki anestezjologicznej i sanitariusza, był specjalnie przygotowywany teoretycznie, jak i praktycznie do prowadzenia zajęć indywidualnych ze studentami. Student był zobowiązany przygotować się na ćwiczenia praktyczne, brał udział we wszystkich wyjazdach ambulansu reanimacyjnego, a w przerwach pomiędzy wyjazdami prowadzone były zajęcia seminaryjne.

Ciekawe były wyniki ankiety studentów z roku akademickiego 1971/1972, które pozwoliły na wstępną ocenę programu dydaktycznego. Opinie studentów były jednoznaczne – jeżeli chodzi o wprowadzenie nauczania pomocy doraźnej do programów dydaktycznych, 40% studentów opowiadało się za zwiększeniem liczby godzin, natomiast niewielki odsetek (3,7% studentów) uważał, że zajęcia z pomocy doraźnej powinny być prowadzone od pierwszego roku studiów. Natomiast zajęcia z anestezjologii i intensywnej terapii, w ramach których omawiana jest pomoc doraźna wewnątrzszpitalna, powinny być w ocenie ankietowanych rozłożone na IV, V i VI rok studiów. Program ten zawierał ewidentnie połączenie trzech specjalności medycznych – anestezjologii, intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej (która dzisiaj jest wyodrębniona, prowadzi własny panel dydaktyczny). Na zadane w ankiecie pytanie – w jakim stopniu program nauczania przygotowywał do prowadzenia resuscytacji – znamienne jest to, że aż 64,9% studentów wypowiedziało się, iż ów program dydaktyczny dawał poczucie teoretycznego, jak i praktycznego przygotowania do resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Jedynie 18% dało odpowiedź negatywną.

Ówczesny program nauczania w zakresie anestezji i intensywnej opieki medycznej dla IV roku realizowany był w ramach ćwiczeń na salach operacyjnych. Studenci mieli samodzielnie, pod nadzorem dydaktyka wykonywać intubację, a podczas ćwiczeń w Ośrodku Intensywnej Opieki medycznej asystowali do odsłonięcia żyły, wykonania tracheostomii, zakładania elektrody endokawitarnej oraz brali czynny udział w czynnościach

resuscytacyjnych i leczeniu ostrej niewydolności oddechowej. Wnioski jakie zostały przedstawione, przemawiają niewątpliwie za świetną i skuteczną strukturą zajęć oraz realizowanym materiałem w nauczaniu zarówno pomocy doraźnej jak i anestezji oraz intensywnej opieki medycznej. Tak skonstruowany program nauczania wyczerpywał potrzeby dydaktyczne, a jego konfiguracja z całą pewnością może uchodzić za wzór skutecznego i przemyślanego programu dydaktycznego dla studentów Wydziału Lekarskiego i pozostałych. Mimo bardzo szerokiego zakresu wiadomości i informacji, które student musiał nabyć, studenci Wydziału Lekarskiego oraz Stomatologii od 1983 r. mieli obowiązkowe zajęcia z pomocy doraźnej¹⁷³.

6.7. Współpraca międzynarodowa

Lata 70-te XX wieku w dziejach anestezjologii poznańskiej charakteryzują się pogłębianiem międzynarodowych kontaktów naukowych i wymianą doświadczeń. Młode środowisko poznańskich anestezjologów, wynosząc z tej współpracy aktualną wiedzę na wysokim poziomie, szybko zyskało uznanie w Europie. Tym samym utorowało drogę do dalszego rozwoju anestezjologii poznańskiej oraz polskiej. Dr W. Jurczyk i dr K. Stengert oraz dr B. Bogacki gościli w ośrodkach w Czechosłowackiej Republice Ludowej. Tutaj zapoznali się z osiągnięciami w dziedzinie krążenia pozaustrojowego i problematyką anestezjologiczną w czasie operacji na otwartym sercu¹⁷⁴. Od 1 października 1961 r. do 31 marca 1962 r. w Instytucie Anestezjologii Szpitala Broussais'a w Paryżu, w Klinice kierowanej przez D. Allaine'a przebywał dr W. Jurczyk, który przez 6 miesięcy zapoznawał się z doświadczeniami i praktyką w tamtejszym szpitalu.

Zatrudnieni w Zakładzie i powiązani z nim lekarze aktywnie uczestniczyli w życiu naukowym. Swój dorobek prezentowali podczas posiedzeń krajowych i zagranicznych gremiów naukowych. Najczęściej

¹⁷³ Tamże.

¹⁷⁴ *Kronika i bibliografia dorobku naukowego AM w Poznaniu 1957/1958 - 1963/1964*, Poznań 1967, s. 157.

wyjeżdżano do tzw. krajów demokracji ludowej, m.in. W. Jurczyk i K. Stengert od 25 do 28 września 1963 r. przebywali na Międzynarodowym Sympozjum Anestezjologicznym w Budapeszcie.¹⁷⁵ Pogłębiano również kontakty z II Kliniką Chirurgii Uniwersytetu w Brnie, gdzie w 1963 r. przez pół miesiąca przebywali wspomniani wyżej poznańscy anestezjolodzy. Następnego roku (w sierpniu) do Brna wyjechało kilku członków Studenckiego Koła Naukowego, którzy tu odbywali lekarskie praktyki wakacyjne. Ważnym wydarzeniem była w dniach 9-10 maja 1964 r. wizyta amerykańskiego anestezjologa i specjalisty w dziedzinie medycyny bólu, prof. dr Henry'ego Beechera, pracownika Uniwersytetu Harvarda. Wysłuchano wówczas referatu *Ból i choroba*, autorstwa tego znakomitego uczonego.

Świadomość, jak duże znaczenie dla rozwoju każdej dyscypliny naukowej mają kontakty zagraniczne, była inspiracją, aby w dniach 22-25 października 1987 r. w Poznaniu przygotować międzynarodowe sympozjum *Dydaktyka 87*, dla zorganizowania którego pretekstem stała się 25. rocznica powstania Zakładu Anestezjologii, (po 15 latach przekształcony w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii)¹⁷⁶.

W tym okresie silnie zaznaczył się udział poznańskiego środowiska lekarskiego w pracach Towarzystwa Anestezjologów Polskich, w którym, jak już wspomniano, dr W. Jurczyk pełnił funkcję sekretarza Zarządu Głównego¹⁷⁷.

Poznańscy akademicy wspomagali rozwój ośrodków w całej Wielkopolsce, czerpiąc tym samym nowe doświadczenia.

Sanatorium Torakochirurgiczne w Chodzieży aktywnie włączyło się w szkolenie kadry anestezjologicznej w Wielkopolsce. Było ono, obok Zakładu Anestezjologii, jednym z wiodących ośrodków tej specjalizacji. Wszyscy ci, którzy w Poznaniu przechodzili kursy podstawowe z anestezjologii, musieli

¹⁷⁵ Tamże, s. 158.

¹⁷⁶ Pismo Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 1987 r., podpisane przez profesora W. Jurczyka wraz z załącznikiem. Kopia w posiadaniu autora.

¹⁷⁷ *Kronika i bibliografia dorobku naukowego AM w Poznaniu 1957/1958 - 1963/1964*, Poznań 1967, s. 159.

odbyć co najmniej jednotygodniowy „internat” w Chodzieży¹⁷⁸. Tę cenną rolę szkoleniową szpitala chodzieskiego wyróżniono – organizując w tym ośrodku w początkach sierpnia 1967 r., międzynarodowe sympozjum na temat szkolenia w anestezjologii.

Kontakty zagraniczne poznańskich anestezjologów zacieśniały się jeszcze bardziej od połowy siódmej dekady XX w. Sprzyjały temu przede wszystkim naukowe podróże związane z udziałem w sympozjach i konferencjach naukowych. Poznańskie środowisko lekarskie reprezentowała liczna grupa na konferencji *Anesthesia 66*, odbywającej się w Berlinie w dniach 26-29 czerwca 1966 r. W Berlinie swój naukowy dorobek przedstawili: Stanisława Adamiak, Kazimiera Brodzińska, Witold Jurczyk, Piotr Kintoph, Andrzej Kubacki (ur. 1928, dypl. 1953, internista), Krzysztof Stengert, Rajmund Siennicki, Eugeniusz Wysocki (ur. 1935, dypl. 1959)¹⁷⁹.

Przełomowym wydarzeniem w rozwoju współpracy zagranicznej poznańskiego – i nie tylko – środowiska anestezjologów było III Międzynarodowe Sympozjum w Anestezjologii „*Circulato Sanquinis in Anesthesia et Reanimatione*”. Miejscem obrad w dniach 21-25 sierpnia 1967 r. był Poznań. Spotkanie stało się okazją do zaprezentowania dorobku naukowego pracowników tutejszej Akademii Medycznej na międzynarodowym forum. Wystąpienia naukowe *Ocena przydatności petydyny i dehydrobenzyperydolu w leczeniu ostrej fazy zawału serca*, Witolda Jurczyka, Krzysztofa Stengreta. Ireny Bowbelskiej, Kazimierzy Brodzińskiej opublikowano w okazjonalnym wydawnictwie¹⁸⁰.

¹⁷⁸ W. Jurczyk, M. Sikorski, *Anestezjologia w Wielkopolsce*, s. 1144. Zob. też: *80 lat wielkopolskiego specjalistycznego Szpitala Chorób Płuc i Gruźlicy im. dr. Władysława Biegańskiego w Chodzieży. 1925-2005*, red. Jerzy Sapuła, Z. Zabek, Chodzież 2005.

¹⁷⁹ *Anesthesia 66. Bericht. I. Anesthesie Kongress der Sektion Anesthesiologie in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin und Symposium „Apparative Technik der Anesthesia 26-29 VI 1966, Berlin 1967*, s. 433-447, 861-867, 883-889.

¹⁸⁰ *III Sympozjum Internationale Anesthesiologiae. Circulato Sanquinis in Anesthesia et Reanimatione*, Poznań 21 – 25 VIII 1967, Pamiętnik, Poznań 1967, s. 121-125. Cytowani autorzy referowali zagadnienie: *Wpływ premedykacji i środków prowadzących do znieczulania ogólnego na zapis elektrokardiograficzny*. Inne referaty publikowano tamże, s. 472-488.

6.8. Działania Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii 1978-1982

Kolejne zmiany organizacyjno-prawne były związane z przekształceniem Zakładu w Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej, co nastąpiło 30 września 1978 r.¹⁸¹

Prof. Jurczyk zaznaczył w sprawozdaniu Rady Instytutu 19 marca 1979 r., że Instytut *należy do tych nielicznych w naszej Uczelni, który powstał nie na zasadzie łączenia uprzednio działających jednostek organizacyjnych Uczelni a przez podzielenie funkcjonującego od 1962 roku Zakładu Anestezjologii.*

Protokół z posiedzenia Rady Instytutu z dnia 19 marca 1979 roku, przedstawia szczegółowo zadania i strukturę Instytutu¹⁸².

Do zadań Instytutu należały:

- a. działalność dydaktyczna,
- b. działalność naukowo-badawcza,
- c. działalność w zakresie upowszechniania i wdrażania do praktyki osiągnięć naukowych,
- d. uczestniczenie w procesie kształcenia i wychowania kadr dla potrzeb Uczelni – oraz społecznej służby zdrowia,
- e. realizacja planu ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- f. współdziałanie z innymi partnerami gospodarki społecznej,
- g. działalność leczniczo-usługowa,
- h. sprawowanie nadzoru specjalistycznego,
- i. udział w interdyscyplinarnych konsyliach.

Organami Instytutu były:

1) Dyrektor i jego zastępcy:

- a) zastępca ds. dydaktyczno-naukowych, dr hab. L. Wołowicka
- b) zastępca ds. klinicznych, doc. hab. K. Brodzińska

¹⁸¹ Protokół z posiedzenia Rady Instytutu w dniu 19 marca 1979 r.

¹⁸² Tamże

2) Rada Instytutu:

- a) przewodniczący – Dyrektor Instytutu,
- b) zastępcy przewodniczącego – zastępcy Dyrektora Instytutu, dr hab. L. Wołowicka, doc. hab. K. Brodzińska,
- c) profesorowie i docenci instytutu: dr hab. R. Szulc, dr A. Kubacki,
- d) przedstawiciel wykładowców adiunktów i asystentów – dr S. Woźniak,
- e) przedstawiciel organizacji partyjnej – lek. E. Wika,
- f) przedstawiciel organizacji związkowej – dr J. Łuczak
- g) ponadto Rektor powołał w skład Rady Instytutu następujących członków: prof. dr A. Trzebski (Warszawa), prof. dr Z. Herman (Katowice), prof. dr A. Aroński (Wrocław), prof. dr A. Piskorz (Poznań), prof. dr T. Pisarski (Poznań), doc. dr M. Sych (Kraków), doc. dr A. Lewiński (Gdańsk), doc. dr Z. Rondio (Warszawa), doc. dr W. Biczysko (Poznań), doc. dr J. Knapowski (Poznań).

Przedstawione zostały szczegółowo zadania Rady Instytutu, była ona odpowiedzialna za:

- a. realizację planów studiów i programów nauczania przeddyplomowego i kształcenia podyplomowego,
- b. zadania usługowo-lecznicze oraz usprawnienie kontroli nad funkcjonowaniem i wynikami regionalnego nadzoru specjalistycznego z dziedziny anestezjologii i intensywnej opieki medycznej,
- c. realizację planów badań Instytutu,
- d. nadzór rozwoju kadry naukowo-dydaktycznej. Zgłaszanie dyrektorowi Instytutu wniosków i opinii dotyczących pracowników naukowo-dydaktycznych i inżyniersko-technicznych Instytutu.
- e. Nadzór osiągnięć naukowych i dydaktycznych oraz wartości i poziomu prac doktorskich i habilitacyjnych kandydatów do stopni naukowych przed ich przekazaniem do opiekuna.

W skład Instytutu w roku 1979 wchodziły następujące jednostki:

- a. Zakład Anestezjologii Doświadczalnej, ul. Marii Magdaleny, kierownik: dr hab. Laura Wołowicka.
- b. Zakład Anestezjologii Klinicznej, ul. Przybyszewskiego 49, kierownik: prof. dr Witold Jurczyk.
- c. Zakład Anestezjologii Pediatricznej, ul. Szpitalna, kierownik: doc. dr Kazimiera Brodzińska.
- d. Zakład Patofizjologii Układu Oddechowego, ul. Przybyszewskiego 49, kierownik: dr med. A. Kubacki.
- e. Klinika Intensywnej Opieki Medycznej, ul. Długa, kierownik: dr hab. Roman Szulc.

Powołano też sekcję administracyjno-gospodarczą, której kierownikiem była dr Wanda Orwaldi.

Instytut prowadził zajęcia w bardzo szerokim zakresie, ze studentami Wydziałów: Lekarskiego, Stomatologii, Farmacji i Wydziału Pielęgniarskiego, jednocześnie realizując podyplomowe szkolenia dla lekarzy na zlecenie Centrum Medycznego Szkolenia Podyplomowego, a także dla lekarzy anestezjologów z regionu nadzoru sprawowanego przez Akademię Medyczną. Pracownicy Instytutu prowadzą również zajęcia dydaktyczne z nagłej pomocy i resuscytacji dla szkół i wybranych grup społecznych.

Nauczanie przeddyplomowe studentów Wydziału Lekarskiego dotyczy podstaw anestezjologii, są one realizowane od roku 1964 w ramach ćwiczeń z chirurgii. Prowadzone są na III, IV i V roku Wydziału Lekarskiego oraz III Stomatologii. Od 1974 roku, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, realizuje się zajęcia dydaktyczne z anestezjologii i reanimacji w następującym wymiarze godzin: VI rok na Wydziale Lekarskim – 15 godzin wykładów, V rok Wydziału Stomatologii – 30 godzin ćwiczeń i seminariów, II rok Wydziału Pielęgniarskiego – 30 godzin, a także 30 godzin ćwiczeń i seminariów dla Wydziału Farmacji.

Profesor Wołowicka podkreśla, że dokonał się olbrzymi postęp w formach nauczania studentów. Oprócz uzyskania pomieszczeń dydaktycznych, przy ulicy Marii Magdaleny, zwiększyła się liczba i jakość niezbędnych pomocy dydaktycznych, udoskonalono organizację wewnętrzną Instytutu, opracowano materiały dydaktyczne, utworzono zespół ds. dydaktyczno-wychowawczych, a opiekunowie poszczególnych wydziałów brali udział w radach pedagogicznych. Poddano także szczegółowej analizie formy dydaktyczne, które były realizowane w procesie nauczania przeddyplomowego. Wśród pomocy dydaktycznych wyróżniono manekiny do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, do intubacji dla dorosłych i dzieci, sprzęt do intubacji, sprzęt monitorowy, respiratory, aparaty do znieczulenia, zestaw do znieczuleń ogólnych i przewodowych, a także komplety przeźroczy dla poszczególnych tematów seminaryjnych. Natomiast filmy były w niedostatecznej ilości i asortymencie.

Problemy, jakie napotymano wówczas w realizacji zajęć dydaktycznych, wiązały się z trudnościami w realizacji ćwiczeń na salach operacyjnych, ze względu na równoczesne odbywanie się ćwiczeń studentów z innych przedmiotów klinicznych, szczególnie chirurgii, ortopedii czy położnictwa. Nagromadzenie dużej liczby studentów na salach operacyjnych zagrażało także reżimowi epidemiologicznemu sal i zmniejszało skuteczność nauczania.

Pomysłem na rozwiązanie tych problemów było wprowadzenie elementów anestezjologii praktycznej na zajęciach internatowych z chirurgii, położnictwa i ginekologii, które odbywały się w ośrodkach pozaakademickich, wszędzie tam, gdzie była odpowiednia baza dydaktyczna i kadra oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Forma ta miała być wprowadzona na życzenie studentów.

W celu realizacji dydaktyki w zakresie pomocy doraźnej, reanimacji i intensywnej terapii, a także anestezji i analgezji zajęcia były opracowane w taki sposób, iż eksponowały przede wszystkim pracę zespołową, powiązanie spraw merytorycznych ze sprawami organizacyjnymi, a także umożliwiały

samodzielne działanie i inicjatywę ze strony osób szkolonych, a więc studentów czy też lekarzy. Ponadto, prowadzono systematyczne ankietowanie studentów celem oceny nauczycieli, a także programów dydaktycznych.

W zakresie kształcenia podyplomowego prowadzone były szkolenia podyplomowe z anestezji, resuscytacji i intensywnej opieki medycznej dla lekarzy anestezjologów i lekarzy innych specjalności. Na bazie wszystkich jednostek organizacyjnych Instytutu, jak i również Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, organizowane były Kursy Medycznego Centrum Podyplomowego. Kierownikiem naukowym kursów był prof. Witold Jurczyk. Sprawami organizacyjnymi szkolenia podyplomowego do 1974 roku zajmował się dr Jerzy Garstka, a później dr Laura Wołowicka. Średnio organizowano 4-5 kursów, w których uczestniczyło 50-70 lekarzy. W latach 1963-1978 odbyły się 33 kursy MCP, na których przeszkolono 420 lekarzy, co stanowi 1/3 liczby anestezjologów w Polsce. Przede wszystkim zaczęto realizować kursy podstawowe trzymiesięczne oraz kursy doskonalące, które trwały od 2 do 6 tygodni. Prowadzono pięć tematów kursów – z podstaw anestezji intensywnej opieki medycznej (kurs trzymiesięczny), kurs z postępów anestezji i intensywnej opieki medycznej (dwutygodniowy), kursokonferencja (trzydniowa).

Instytut brał także udział w kursach specjalności zawodowych pielęgniarek organizowanych przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych. Realizowane były 1-2 kursy rocznie.

Indywidualnie, w zakresie szkolenia podyplomowego w jednostkach Instytutu szkolili się lekarze (ok. 20-30) w trakcie specjalizacji z anestezjologii I lub II stopnia, a także lekarze z ośrodków pozaakademickich. Tam gdzie występowały niedobory anestezjologów, z podstaw anestezji i reanimacji szkolono chirurgów i ginekologów. Szkolenie podyplomowe w swoich programach uwzględniało czynniki ideowo-wychowawcze, zwracano uwagę na kształtowanie postaw i osobowości anestezjologa w społeczeństwie socjalistycznym.

Wspomniano również o szkoleniach zewnętrznych dla wydzielonych grup społecznych województwa poznańskiego, brali w nich udział pracownicy Instytutu. Szkolenia wykonywane były w ramach pracy społecznej dla pracowników pogotowia ratunkowego, milicji obywatelskiej, WOPR-u, magistrów WF i innych. Szkolenia w ramach prac społecznych i czynów partyjnych prowadzone były również dla młodzieży szkół średnich. We współpracy z kuratorium przeszkolono 2 tys. uczniów trzecich klas liceów ogólnokształcących w zakresie resuscytacji i udzielania pomocy doraźnej. Zrealizowano również kursokonferencję dla 35 nauczycieli szkół średnich województwa poznańskiego prowadzącą przysposobienie obronne, w ramach umiejętności z resuscytacji i pomocy doraźnej.

Natomiast jeżeli chodzi o działalność usługową Instytutu, to działania usługowo-lecznicze obejmowały znieczulenia do operacji planowych i doraźnych, znieczulenia ambulatoryjne, działalność konsultacyjną oraz intensywną opiekę medyczną. W 1978 roku pracownicy Instytutu wykonali łącznie 9554 znieczulenia na salach operacyjnych i 4608 znieczuleń ambulatoryjnych. Wykonano też 8073 konsultacje. W oddziałach intensywnej opieki medycznej Instytutu leczono łącznie 417 pacjentów. Średnie obłożenie łóżek wynosiło 71%, a śmiertelność 29%. W sprawozdaniu ujęto również, iż średnio lekarze pracujący w Instytucie byli obciążeni przeciętnie 7-8 dyżurami miesięcznie, a w okresie urlopowym mieli 8-10 dyżurów. Instytut objął wówczas nadzór specjalistyczny, był siedzibą Specjalisty Krajowego ds. anestezjologii i intensywnej opieki medycznej. Swoim nadzorem Instytut objął 6 województw: poznańskie, gdzie konsultantem była dr Laura Wołowicka, piłskie – dr Roman Szulc, konińskie – dr Kazimiera Brodzińska, kaliskie – dr Jerzy Garstka, zielonogórskie – dr Stanisław Woźniak, leszczyńskie – dr Pichur.

Zespół specjalistów dokonywał okresowo wspólnych konsultacji, oceny sytuacji kadrowej, sprzętu i leków w makroregionie wielkopolskim. W roku 1979 niedobory w zakresie kadry lekarskiej i anestezjologów określono na 30-40%, a zespołu pielęgniarskiego do 50%. Niedostateczne było również

zaopatrzenie w leki i sprzęt. Do planu czteroletniego na lata 1979-1983 przyjęto, że stanowiska specjalistów wojewódzkich należy obsadzić ordynatorami wojewódzkich szpitali zespolonych, zwiększyć nabór do specjalności we współpracy z lekarzami wojewódzkimi, stworzyć odpowiednie bodźce do pracy w anestezjologii (przydział mieszkań i maksymalne zwwyżki uposażeń), dokonywać także przeszkolenia w anestezjologii lekarzy dyscyplin zabiegowych szpitali zakładów opieki zdrowotnej przy współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych oraz prowadzić w Instytucie systematyczne doszkalanie lekarzy specjalistów anestezjologów.

W ramach wsparcia społecznej służby zdrowia, do szpitali terenowych dojeżdżało z Instytutu 13 lekarzy, którzy realizowali zadania usługowe.

W latach 1962-1978 osiągnięcia naukowe Zakładu były duże. W okresie 15 lat działalności zakładu 4 pracowników uzyskało tytuł naukowy doktora habilitowanego, a 27 lekarzy doktora nauk medycznych. Opublikowano w tym czasie 473 prace naukowe w czasopismach krajowych i zagranicznych. Badania dotyczyły problematyki anestezjologii, analgezji klinicznej, resuscytacji, wstrząsu, patofizjologii i leczenia stanów zagrożenia życia, ze szczególnym uwzględnieniem ostrej niewydolności oddychania i krążenia. Przeważająca większość tych badań to zespołowa praca kliniczna. Od czasu powstania w Polsce pierwszej pracowni anestezjologii, która rozpoczęła działalność 22 lipca 1973 roku, w Zakładzie Anestezjologii wzrosła znacznie ilość i jakość prac eksperymentalnych. Powstało tam 14 prac doktorskich, 3 prace habilitacyjne i 7 prac doktorskich pracowników Zakładu. Wykonano także 3 prace habilitacyjne lekarzy spoza Zakładu. Pracownicy zakładu brali aktywny udział w kongresach krajowych i zagranicznych m.in. w Budapeszcie, Pradze, Berlinie, Warnie, Norymbergii, Bremie, Moguncji, Dreźnie, Londynie, Taszkencie, Madrycie, Wiedniu i Moskwie. Nawiązano także kontakty naukowe i wymianę doświadczeń. Działalność naukowa Instytutu koncentrowała się na trzech problemach wiodących – 1. farmakodynamika leku anestetycznego, 2. patofizjologia i leczenie ostrej

niewydolności oddechowej i stany nagłego zatrzymania krążenia oraz 3. zastosowanie helu w medycynie.

Instytut realizował także prace na rzecz gospodarki narodowej, m.in. badań klinicznych leków wprowadzanych przez Polfę. Oceniał także sprzęt anestezjologiczny importowany oraz krajowej produkcji.

Do ciekawych zagadnień, które stanowiły harmonogram badań w temacie farmakodynamika leku anestetycznego należały badania nad wpływem środków znieczulających wziewnych i dożylnych na hemodynamikę dzieci i dorosłych, z uwzględnieniem krążenia pozaustrojowego, a także badania dostępności biologicznej analgetyków, wpływu środków przeciwbólowych, barbituranu i helu na transport przez błony komórkowe. Harmonogram badań w temacie patofizjologia i leczenie ostrej niewydolności oddechowej uwzględniał badania nad patomechanizmem utonięć, zmiany w tchawicy po intubacji i tracheostomii, zaburzenia w krzepnięciu w przebiegu ostrych zaburzeń oddychania i krążenia, patofizjologię i leczenie zmian w mózgowiu, sercu i wątrobie, po resuscytacji. Innym ciekawym tematem był zespół poresuscytacyjny płuc z uwzględnieniem oddechowej i nieoddechowej funkcji płuc.

Do realizacji badań klinicznych tworzone zespoły problemowe, do których powoływano pracowników z poszczególnych jednostek.

W 1979 roku, dzięki współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej, zaproszono profesora Lassnera z Paryża i profesora Grula z Holandii, a także kontynuowano współpracę z ośrodkami anestezjologicznymi w NRD, Rumunii i Związku Radzieckim.

Instytut Anestezjologii był wówczas siedzibą Komitetu Patofizjologii, Anestezji, Resuscytacji i Transfuzjologii Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN. Na terenie Instytutu mieściła się także główna siedziba zarządu głównego Towarzystwa Anestezjologów Polskich oraz oddziału Wielkopolskiego Towarzystwa Anestezjologów Polskich.

Instytut zatrudniał 49 lekarzy, w tym 19 nauczycieli akademickich, 27 pracowników państwowych szpitali klinicznych, 3 na studium doktoranckim.

24 anesteziologów II stopnia, 11 I stopnia, 10 specjalizujących się, a także 3 internistów i 1 pediatrę. Zatrudniano 4 pracowników inżyniersko-technicznych i 5 statystyków.

W 1979 w Instytucie pracował jeden profesor, jeden docent, dwóch doktorów habilitowanych i 14 doktorów medycyny.

W 1978 powstaje również Studenckie Koło Naukowe, w którym realizowany był program w zakresie technik przydatnych w anestezjologii doświadczalnej i klinicznej. Ułatwiała ona realizację prac doktorskich najzdolniejszym studentom jeszcze w okresie studiów.

6.9. Działalność Instytutu w roku 1982

W 1982 roku w skład Instytutu wchodziły 4 Zakłady i 1 Klinika, były to: Zakład Anestezjologii Klinicznej, Zakład Anestezjologii Pediatrycznej, Zakład Anestezjologii Doświadczalnej, Zakład Fizjopatologii Układu Oddechowego oraz Klinika Intensywnej Opieki Medycznej. Działalność usługową prowadzono we wszystkich szpitalach klinicznych.¹⁸³

Od samego początku kierownikiem Zakładu, a następnie dyrektorem Instytutu był prof. dr Witold Jurczyk. Osobami, które współtworzyły Zakład, a później Katedrę od samego początku byli m.in. zastępca ds. naukowo-dydaktycznych doc. Kazimiera Brodzińska i zastępca ds. klinicznych doc. Roman Szulc. W pierwszym, czteroletnim okresie działania Instytutu, jednym z wicedyrektorów była również doc. dr hab. Laura Wołowicka. W skład Rady Instytutu wchodził: prof. dr hab. med. Witold Jurczyk, doc. dr hab. med. Kazimiera Brodzińska, doc. dr hab. med. Laura Wołowicka, doc. dr hab. Roman Szulc, dr med. Andrzej Kubacki, dr med. Stanisław Woźniak, doc. dr hab. med. Jacek Łuczak, doc. dr hab. med. Jerzy Garstka, a z uczelni pozapoznańskich prof. dr hab. med. Antonii Aroński (Wrocław), prof. dr hab. med. Andrzej Trzebski (Warszawa), doc. dr Aleksander Lewiński (Gdańsk),

¹⁸³ Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu, wydanie specjalne, pod red. W. Jurczyka, Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej, nr 2/19, 1982.

doc. dr hab. med. Zdzisław Rondio (Warszawa). W Radzie Naukowej Instytutu jako jednostki ogólnopolskiej uczestniczyli również prof. Zdzisław Herman (Katowice), prof. Marek Sych (Kraków), prof. Jan Knapowski, doc. Wiesława Biczysko, prof. Tadeusz Pisarski i prof. Adam Piskorz. Innymi, niestałymi członkami Rady byli dr Zdzisław Kruszyński oraz lek. med. Jacek Żak i Wanda Orwaldi.

Zakład Anestezjologii po przeniesieniu ze Szpitala Klinicznego nr 1, ówczesnego Szpitala Klinicznego im. Pawłowa przy ul. Długiej, miał swoją siedzibę w Szpitalu im. Heliodora Świącieckiego przy ul. Przybyszewskiego. Tam też mieściła się Dyrekcja Instytutu. W trakcie prowadzenia specjalizacji I i II stopnia lekarze, a tym samym pracownicy tego Instytutu, a szczególnie Zakładu Anestezjologii Klinicznej, wykonywali swoje czynności anestezjologiczne także w Instytucie Położnictwa i Ginekologii w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 3 przy ul. Polnej 33, oraz w Instytucie Ortopedii i Rehabilitacji czyli w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Poznaniu na ul. Feliksa Dzierżyńskiego, przemianowanej w późniejszym czasie na ul. 28 Czerwca 1956 r. W 1982 roku w planach Instytutu było powołanie samodzielnych Zakładów Anestezjologii w obrębie tych szpitali.

Wprowadzony od samego początku dwustopniowy tryb specjalizacji stanowił doskonałe rozwiązanie. W tym trybie możliwe było samodzielne prowadzenie świadczenia usług zaraz po uzyskaniu I stopnia specjalizacji w zakresie anestezjologii. W kolejnym etapie uzyskania tytułu specjalisty II stopnia nacisk położony był na zagadnienia intensywnej terapii i umożliwiał rozszerzenie wszechstronnych umiejętności w anestezjologii, nie ograniczając się tylko i wyłącznie do nabywania i utrwalania technik znieczulania w zakresie tych specjalności zabiegowych, które były realizowane w danej jednostce. Ten okres szkolenia był bardzo zróżnicowany, lekarze pracowali w jednym miejscu po kilka miesięcy, co dawało możliwość nie tylko obserwowania pracy, ale również praktycznego nabywania umiejętności i wdrażania się w specyfikę pracy w różnych, czasem bardzo wymagających specjalnościach klinicznych. System rotacyjny w poszczególnych Zakładach

Anestezjologii dla pracowników specjalizujących się, był doskonałym rozwiązaniem, gdyż oddelegowanie powodowało, że stawał się on czynnym pracownikiem, a nie tylko osobą szkolącą się i obserwującą pracę z boku.

Taki system specjalizacji dawał pewność, że po zakończeniu specjalizacji i uzyskaniu tytułu specjalisty II stopnia, anestezjolog nie tylko teoretycznie, ale i praktycznie odnajdzie się nawet w najtrudniejszej sytuacji klinicznej.

Kierownikiem Zakładu Anestezjologii Klinicznej, który mieścił się w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu przy ul. Przybyszewskiego był prof. Witold Jurczyk, docentami byli Jacek Łuczak i Jerzy Garstka. Na stanowiskach starszych wykładowców zatrudnieni byli dr med. Zofia Wołochowicz-Józwiakowa oraz dr med. Stanisław Woźniak. Adiunktami byli dr med. Andrzej Łakomy i dr med. Leon Drobnik. Na etacie starszego asystenta zatrudniona była dr med. Teresa Wika, a na etatach asystentów lek. med. Alicja Kawka i lek. med. Ewa Kabata-Gryglik. Oprócz nauczycieli akademickich, Zakład zatrudniał 21 lekarzy na tzw. etatach szpitalnych, którzy uczestniczyli w zajęciach dydaktycznych dla studentów. Do nich należeli lekarze: Tomasz Biedrzyński, Izabella Dworaczyk, Maria Filek, Piotr Gerstenberger, Wojciech Klementowski, Krzysztof Kusza, Michał Męczyński, Jacek Nadolski, Ewa Niziołkiewicz, Jolanta Pelowska, Maria Przesławska, Marek Sikorski, Małgorzata Stelmach, Anna Świdarska, Joanna Toboła, Ewa Wika, dr med. Krystyna Zawalska, dr med. Jolanta Żak-Grzegorowska, dr med. Fikret Ismail-Zade, dr med. Ewa Pawłowska, dr med. Dorota Pilecka-Baszyńska.

Pielęgniarkami anestezjologicznymi, których udział w procesie dydaktycznym i w procesie usługowym był nieoceniony, w tym okresie były: mgr Angelika Darowny, mgr Maria Jankowska, Mieczysława Burek, Janina Warda, Maria Wojtkowiak, Ewa Kicman, Danuta Gołaszewska, Genowefa Kasperska, Donata Szymborska, Jadwiga Gładysiak, Łucja Płonkiewicz, Dorota Marciniak, Barbara Zatyczyc, Emilia Lidkowska, Alicja Lutkowska,

Anna Cybulska, Bożena Szufla, Danuta Dębna, Danuta Piotrowska, Maria Gimizicka, Jolanta Stachurska, Ewa Piekarz, Krystyna Drozdowska, Teresa Klasek, Bożena Samol i felczer Zbigniew Dudziński. Nieocenionymi osobami prowadzącymi obsługę administracyjną instytutu i zakładu były Wanda Orwaldi, Apolonia Grabowska i Dorota Krzyżaniak.

W obrębie Zakładu Anestezjologii Klinicznej, na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4 w Poznaniu utworzono Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu, którym od początku, aż do rozwiązania w pierwszej dekadzie XXI wieku, kierował prof. Jerzy Garstka, a jednym z nurtów, które były w nim realizowane, było leczenie akupunkturą bólu przewlekłego, stosowanie TENS prowadził dr med. Fikret Ismail-Zade. Olbrzymią popularnością cieszyły się kursy leczenia bólu ze względu na techniki znieczulenia i blokad centralnych zwojów nerwowych.

Drugim zakładem był Zakład Anestezjologii Pediatrycznej, prowadzony przez doc. dr hab. med. Kazimierę Brodzińską. Mieścił się on na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 5 przy ul. Szpitalnej w Poznaniu. Posiadał od początku pięciolóżkowy Oddział Intensywnej Opieki Pediatrycznej, adiunktem w tym zakładzie był dr med. Zdzisław Kruszyński. Na etatach starszych asystentów zatrudnieni byli dr med. Mirosława Niziurska i dr med. Danuta Podstawska, a na etacie asystenta pracowała lek. Zofia Nadolska. Oprócz nauczycieli akademickich, Zakład zatrudniał lekarzy na etatach Państwowego Szpitala Klinicznego, byli to: dr med. Jolanta Pieńkowska-Mikołajczyk, lek. med. Krystyna Myszkowska, lek. Grażyna Krzykała, lek. Janusz Szpunar, lek. Irena Sarnowska, lek. Joanna Ratajczak-Maćkowski, lek. Ewa Żebrowska-Waliszewska, lek. Jadwiga Sobańska i lek. Grażyna Machnicka-Madeja. Pielęgniarkami anestezjologicznymi były Grażyna Stankiewicz, Jolanta Chine, Hanna Ćwiklak, Elwira Cykowiak, Barbara Adamska, Sabina Woźniczko, Janina Mansfeld, Barbara Ścieżko, Anna Rajewska, Danuta Dymała, Maria Tanaś, Jolanta Drela, Renata

Koncewicz, Danuta Anioła, Danuta Wilińska. Obsługę administracyjną prowadziła Hanna Kmiecik.

Trzecim z zakładów, był Zakład Anestezjologii Doświadczalnej. Był on jedyną tego typu jednostką organizacyjną w Polsce i jedną z nielicznych w Europie. Od początku jego kierownikiem była doc. dr hab. Laura Wołowicka, a asystentem lek. Hanna Bartkowiak. Na etatach inżynieryjno-technicznych zatrudnieni byli mgr Irena Cieplik, Iwona Krzywosz-Fabiś, Zbigniew Gościaszek, Danuta Hołderna, Tadeusz Koczorowski, a sekretariat Zakładu prowadziła Małgorzata Kwiatkowska. Prowadzono działalność eksperymentalną na specjalnie przygotowanych salach operacyjnych dla zwierząt, a także w przygotowanej pracowni chemicznej. Na terenie Zakładu Anestezjologii Doświadczalnej mieściła się również biblioteka Instytutu, którą kierowała mgr Danuta Ratajczak. W tamtym czasie biblioteka posiadała w zbiorach 854 wolumeny. Przygotowane były pomieszczenia dydaktyczne, z których mogli korzystać studenci wszystkich wydziałów Akademii Medycznej. Osobą szczególnie ważną i pomocną w pracach eksperymentalnych był starszy felczer Lechosław Moszyk.

Obok trzech wspomnianych wyżej zakładów działał także Zakład Fizjopatologii Układu Oddechowego, którym kierował dr Andrzej Kubacki. Współpracowali z nim adiunkt dr med. Andrzej Łakomy, a także pracownicy Szpitala Klinicznego: mgr chemii Apolonia Błach, mgr Krystyna Kaczała, mgr fizyki Grażyna Szymkowiak i mgr Ewa Szczepaniak.

Klinika Intensywnej Opieki Medycznej mieściła się na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Pawłowa przy ul. Długiej w Poznaniu. Kierował nią od samego początku doc. dr Roman Szulc. Mieściła się ona pierwotnie przy I Katedrze Chirurgii Zakład Anestezjologii. Nauczyciele akademicki pracujący na etacie starszego asystenta to lek. med. Emilia Rozwadowska, na etacie asystenta lek. med. Michał Gaca. Lekarzami na etatach szpitalnych byli lek. Jadwiga Tomczyk, Halina Dzięgielewska, Ewa Rohde, Małgorzata Wójtowicz-Pyda, Maciej Gębicki, Witold Narski, Wanda

Wilamowska, Katarzyna Szulc-Bortkiewicz. Pielęgniarkami były Barbara Gładysiak, Aldona Wołyńska, Elwira Szeląg, Alfreda Wierzbicka, Maria Sobkowiak, Maria Pielin, Iwona Łuczak, Anna Majewska, Maria Śmigielska, Bożena Szulc, Bogusław Wiącek, Dorota Kozierowska, Krystyna Kośła, a sekretarzem był Zbigniew Borowy.

Skład Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej w 1982 roku stanowi aneks nr 6.

W drugiej połowie dziewiętej dekady XX stulecia, w ramach Instytutu funkcjonowały:

- Zakład Anestezjologii Klinicznej związany z Państwowym Szpitalem Kliniknym nr 2 im. H. Święcickiego przy ul. Przybyszewskiego 49;
- Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Położnictwie i Ginekologii przy Państwowym Szpitalu Kliniknym nr 3, ul. Polna 33
- Zakład Anestezjologii Pediatrycznej przy Państwowym Szpitalu Kliniknym nr 5, przy ul. Szpitalnej 27/33
- Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu przy Państwowym Szpitalu Kliniknym nr 4, przy ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 135/147
- Klinika Intensywnej Terapii przy Państwowym Szpital Klinikny nr 1 im. Pawłowa, ul Długa 1/2
- Zakład Fizjopatologii Układu Oddechowego przy Państwowym Szpitalu Kliniknym nr 2 im. H. Święcickiego, przy ul. Przybyszewskiego 49;
- Zakład Anestezjologii Doświadczalnej zlokalizowany przy ul. Marii Magdaleny w Poznaniu¹⁸⁴.

Dużym wyróżnieniem dla poznańskiego środowiska było uczestniczenie w pracach Komisji ds. Anestezjologii i Reanimacji Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk.¹⁸⁵ Jej przewodniczący,

¹⁸⁴ W. Jurczyk, *Akademickie struktury anestezjologiczne...*, passim, s. 101.

¹⁸⁵ R.Szulc, *Wkład Wielkopolan w rozwój anestezjologii i intensywnej Terapii w Polsce*. Komisja ds. Anestezjologii i Reanimacji Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2001, nr 33, s. 109-116.

sekretarz oraz członkowie byli pracownikami Instytutu Anestezjologii Akademii Medycznej. Komisja wykazywała dużą aktywność naukową m.in. poprzez czynne członkostwo w polskich towarzystwach: Laryngologicznym (2 osoby), Chirurgów (1 osoba), Ortopedycznym (1 osoba), Kardiologów (2 osoby) oraz Poznańskim Towarzystwie Przyjaciół Nauk (2 osoby)¹⁸⁶. Zatrudnieni w Instytucie wybitni pracownicy naukowcy byli członkami zwyczajnymi i honorowymi oraz członkami – korespondentami różnych naukowych gremiów zagranicznych (m.in. w Austrii, ZSRR, Jugosławii, Czechosłowacji, Bułgarii i na Węgrzech)¹⁸⁷.

Szczególne znaczenie miało włączenie się pracowników Instytutu do działalności Europejskiej Akademii Anestezjologii (4 członków i 3 osoby stowarzyszone).

Odnosnie oceny działalności naukowej odwołam się tu do opinii znakomitego znawcy tego problemu, prof. W. Jurczyka, który pisząc na ten temat stwierdził, że: *Głównymi kierunkami badawczymi [omawianego okresu – dop. P.P.] są patofizjologia i leczenie wstrząsu. A także ostrej niewydolności oddechowej, zespoły chorobowe poresuscytacyjne, zmiany immunologiczne w anestezji i intensywnej terapii, zagadnienia sztucznego odżywiania i inne. W instytucie realizowano problem węzłowy (zastosowanie helu w medycynie) a w trakcie są badania problemu resortowego (patologia i intensywne leczenie mnogich obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych)*¹⁸⁸.

Wyniki wspomnianych prac i ich efektów przedstawiano na licznych sympozjach, konferencjach i innego rodzaju zgromadzeniach naukowych w kraju i poza jego zagranicami. Dorobek naukowy poznańskiego ośrodka anestezjologicznego przekłada się także na uzyskane tytuły naukowe: 8 habilitacji, 35 doktoratów oraz profesury: zwyczajna W. Jurczyka (1970) oraz nadzwyczajne: K. Stengerta (1974), K. Brodzińskiej (1983). Kolejne tytuły profesorskie pracownikom Instytutu nadano w latach następnych¹⁸⁹.

¹⁸⁶ W. Jurczyk, *Akademickie struktury anestezjologiczne...*, passim, s. 104.

¹⁸⁷ Tamże.

¹⁸⁸ Tamże.

¹⁸⁹ Tamże, s. 105.

Intensywna opieka medyczna była prowadzona w dwóch oddziałach łóżkowych. Pierwszym była Klinika Intensywnej Terapii, a drugim – Zakład Anestezjologii w obrębie Zakładu Anestezjologii Pediatrycznej, umiejscowiony w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 5 w Poznaniu przy ulicy Szpitalnej, przeznaczony wyłącznie do leczenia dzieci. Oba oddziały w zakresie intensywnej opieki medycznej przyjmowały chorych z województwa, a także spoza regionu Wielkopolski. Ordynatorami Oddziału Intensywnej Terapii Zakładu Anestezjologii byli Kazimiera Brodzińska, Andrzej Łakomy, Rajmund Siennicki, Laura Wołowicka i Roman Szulc.

W 1982 roku wykonywało się rocznie 17 tysięcy znieczuleń ogólnych i przewodowych we wszystkich klinikach zabiegowych. Średnia na jednego lekarza to 600 znieczuleń rocznie. W istniejącej pracowni fizjopatologii leczenia bólu, wykonywano około 3 tysięcy zabiegów za pomocą akupunktury, oraz 400 blokad splotów i pni nerwowych. W Zakładzie Patofizjologii Oddychania wykonywano rocznie 2 tysiące badań spirometrycznych, gazometrycznych i innych określających stan czynności oddechowej płuc. W tamtym czasie ilość urządzeń służących do oceny wydolności oddechowej i stanu układu oddechowego, w postaci spirometru, czy możliwość wykonania badań gazometrycznych, były bardzo ograniczone. Posiadały taką możliwość tylko pojedyncze jednostki.

Na wniosek anestezjologów uruchomiono pierwszą karetkę reanimacyjną w Poznaniu, łącząc jej działalność z pracą dyżurnych oddziałów intensywnej terapii. Do roku 1982 zainicjowano i zabezpieczono w obsadę lekarską trzy karetki reanimacyjne w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i dwie karetki w jednostkach służby zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ówczesny rozwój ratownictwa medycznego był dopiero w fazie inicjowania pomysłu zorganizowania osobnych struktur. W tym czasie medycyna ratunkowa jeszcze nie narodziła się. Anestezjolodzy byli również tą grupą specjalności, która w sposób istotny, jeśli nie najistotniejszy, zainicjowała najważniejsze nurty oraz najważniejsze organizacje, które przyczyniły się do utworzenia jednostek

Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz do rozwoju medycyny ratunkowej.

6.10. Zakłady Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Położnictwie i Ginekologii przy Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 3 ul. Polna 33.

Początki rozwoju anestezjologii w I Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej sięgają końca lat 50., wówczas to dwójce lekarzy ginekologów oraz trzech młodych lekarzy w trakcie specjalizacji, podjęło trud w zakresie specjalizacji w anestezjologii i stworzyło zespół, który wszedł w skład Zakładu Anestezjologii Akademii Medycznej z momentem jego utworzenia. W 1978 roku powstał dział anestezjologii w Instytucie Ginekologii i Położnictwa będący częścią składową Instytutu Anestezjologii. Od 1982 roku istnieje Zakład Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej. Jego kierownikiem od 1972 roku jest dr Zofia Wołochowicz-Jóźwiak. Liczba anestezjologów jest zmienna, od 5 do 8 lekarzy, wśród nich są specjaliści I i II stopnia oraz lekarze szkolący się. Od 1969 roku do chwili obecnej pracowało w nowym zakładzie 33 anestezjologów, aż 14 obroniło prace doktorskie, które miały zarówno charakter prac klinicznych jak i doświadczalnych.

Ważną częścią pracy całego zespołu była działalność usługowa, która np. w roku 1985 wynosiła znieczuleń ogólnych – 1931, znieczuleń przewodowych, czyli podpajęczynówkowych i zewnątrzoponowych – 78, a znieczuleń do zabiegów krótkotrwałych – 1342. Są to bardzo ważne dane, gdyż liczba znieczuleń 10 lat później stanowi o wiele większy odsetek niż w owym czasie. Oprócz tego, lekarze anestezjolodzy uczestniczyli w prowadzeniu chorych pooperacyjnych, do ich obowiązków należał udział w przedoperacyjnej ocenie chorych i konsultacje pacjentek w poszczególnych klinikach instytutu ginekologii i położnictwa. Zespół prowadził także

działalność dydaktyczną dla studentów Akademii Medycznej, ale także dla stażystów podyplomowych, lekarzy podyplomowych i lekarzy odbywających szkolenia w zakresie specjalizacji z anestezjologii oraz dla średniego personelu medycznego. W skład zespołu anestezjologicznego w 1985 roku wchodziło 9 pielęgniarek, które stopniowo odbywały specjalizację, zdobywając uprawnienia pielęgniarki anestezjologicznej.

Tylko nieliczni lekarze z całego zespołu rozpoczęli specjalizację z anestezjologii trzymiesięcznym kursem anestezjologicznym w Warszawie. Wśród pierwszych lekarzy, którzy zdobyli specjalizację byli: Janina Żychska, Krystyna Zawalska oraz neonatolog Konrad Kuśnierski, a także Roman Ćwierz i Zofia Rzepańska (która zajęła się problemem resuscytacji noworodków). Pozostały zespół anestezjologów, który odbywał kolejne kursy i zdobywał specjalizację, to: Michał Borak, Ewa Pawłowska i Jadwiga Buszewicz. Na początku na czele zespołu stanęła Jadwiga Żychska. W momencie integracji wszystkich klinik Akademii Medycznej w jeden zakład, kierownictwo zespołu przejął Michał Borak, który pełnił tę funkcję do momentu śmierci w 1972 roku. Następnie jego miejsce zajęła dr Zofia Wołochowicz-Józwiakowa, która 1 października 1982 roku została powołana na kierownika Zakładu Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej.

Dr med. Janina Żychska, kierownik Zakładu od momentu powołania do 1969 roku, zakończyła swoją współpracę w Zakładzie w momencie zmian na stanowisku kierowniczym, a następnie pracowała głównie jako lekarz ginekolog w poradni ginekologiczno-położniczej. W Zakładzie pracowali także dr med. Krystyna Zawalska, dr med. Roman Ćwierz, lek. med. Michał Borak, dr med. Jadwiga Buszewicz, dr med. Elżbieta Guzikowska, która pracowała w karetce R Pogotowia Ratunkowego, dr med. Lukrecja Sitarz, która pracowała w Szpitalu PKP w Poznaniu, dr med. Maria Małgorzata Nowicka (pracowała w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznym Chorób Płuc i Gruźlicy w Szpitalu przy ul. Szamarzewskiego w Poznaniu), lek. Teresa Gibasiewicz, anestezjolog, która przeniosła się do Szczecina, lek. Janusz Kmiecik, który wyjechał do

Niemiec, dr med. Barbara Polimirska – wyjechała do Algierii, lek. med. Krzysztof Ślaczka, który w późniejszym czasie pracował jako okulista w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, lek. Jadwiga Schneider-Norek i lek. Jerzy Zawodny wyjechali za granicę, lek. Joanna Nawrocka, która pracowała następnie jako internista w Szpitalu w Gnieźnie, lek. Izabella Dworaczyk, która specjalizowała się w laryngologii i zaczęła pracować w poradni laryngologicznej, lek. med. Jacek Nadolski, lek. med. Krystyna Ważybok, lek. med. Krzysztof Wiewiórowski i dr med. Ewa Pawłowska. Lek. Joanna Toboła i lek. Wojciech Klementowski wyjechali za granicę, dr med. Ewa Kabata-Gryglik, wyjechała do Libii tak jak lek. Jacek Żak oraz lek. Beata Nowakowska-Zemer.

Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu przy Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4 przy ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 135/147.

W październiku 1978 roku przy Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej została powołana Pracownia Leczenia Bólu. Jej kierownikiem został prof. Jerzy Garstka, a asystentem dr Fikret Ismail-Zade, z pochodzenia Azerbejdżanin, stosujący akupunkturę klasyczną.



Rysunek 37 Prof. Jerzy Garstka (po prawej)

W 1982 roku następuje przekształcenie Pracowni w Zakład

Anestezjologii i Leczenia Bólu. Funkcję kierownika pełnił nadal doc. Jerzy Garstka wraz z zespołem sześciu anestezjologów, do których należeli: dr Pilecka-Baszyńska, lek med. Ewa Wika, lek med. Józef Bukowy, lek med. Lucyna Olszewska, lek med. Jolanta Kolińska-Kocur, a przejściowo również dr med. Irena Bowbelska i dr Krystyna Zawalska.

Zakład ten stał się ośrodkiem szkoleniowym dla lekarzy anestezjologów w technikach znieczuleń przewodowych. Do roku 1998 zostało przeszkolonych przeszło trzystu anestezjologów. Specyfiką znieczuleń w Oddziale Anestezjologii było również znieczulenie do operacji korekcyjnych skoliozy kręgosłupa, których rocznie wykonywano przeszło 60.

Zakład posiadał także dwułożkową salę pooperacyjną dla pacjentów wymagających pooperacyjnego nadzoru ścisłego.

Oprócz szkoleń z zakresu anestezjologii Zakład prowadził szkolenia doskonalące i podstawowe w zakresie leczenia bólu, które były organizowane w ramach CMKP w Warszawie.

W tym miejscu należy nadmienić, że w ośrodku poznańskim w 1990 roku zostało założone Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Pierwszym jego przewodniczącym był prof. dr med. Jerzy Garstka. Funkcję tę piastował do 1997 roku.

Pod kierownictwem prof. Jerzego Garstki pracowali: dr med. Dorota Waszyńska, dr med. Jadwiga Buszewicz, dr med. Ewa Kabata-Gryglik, lek. med. Zofia Nadolska-Stępniewska, lek. med. Witold Bieleński i lek. med. Grażyna Machnicka-Madeja.

W Poradni Leczenia Bólu pracowali: mgr rehabilitacji Roma Wierzejewska, st. felczer Zbigniew Dudziński, pielęgniarka Iwona Ignyś, a sekretarką Zakładu była nieoceniona i życzliwa wszystkim pani Maria Molenda.

Główne działania edukacyjne Zakładu, kierowanego przez prof. Jerzego Garstkę, adresowano do studentów VI roku Wydziału Lekarskiego, którzy w ramach wykładów z anestezjologii mieli 6 godzin wykładów i 16 godzin seminariów i ćwiczeń. O programie nauczania i jego niedostatkach prof. J.

Garstka napisał: *W programach nauczania anestezjologii intensywnej terapii omawia się najczęściej leczenie bólu pooperacyjnego i inwazyjne metody leczenia bólu przewlekłego. Rzadko lub wcale nie omawia się psychologicznych aspektów bólu. Nauczanie studentów o bólu według respondentów [tj. studentów, którzy wypełnili specjalną ankietę – dop. P.P.] jest niewystarczające*¹⁹⁰.

Zakład Fizjopatologii Układu Oddechowego przy Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 2 im. H. Święckiego przy ul. Przybyszewskiego 49.

Na posiedzeniu Rady Instytutu w dniu 6 grudnia 1995 r., podjęto decyzję o likwidacji Zakładu Patofizjologii Układu Oddechowego i powołaniu w jego miejsce Pracowni Patofizjologii Układu Oddechowego.

Wniosek przedstawiony przez prof. W. Jurczyka poparli wszyscy obecni członkowie Rady: prof. Witold Jurczyk, prof. Roman Szulc, prof. Jerzy Garstka, prof. Zdzisław Kruszyński, prof. Leon Drobnik, dr Andrzej Łakomy, dr Danuta Podstawka, dr hab. Michał Gaca. Pracującego dotychczas we wspomnianym Zakładzie lek. med. Cezarego Żugaja wraz z etatem przeniesiono do Zakładu Anestezjologii Doświadczalnej¹⁹¹.

6.11. Materiały dydaktyczne

Przewodnik dydaktyczny z zakresu pomocy doraźnej, anestezjologii i intensywnej opieki medycznej opublikowany w Poznaniu w 1973 roku przez prof. Witolda Jurczyka i prof. Laurę Wołowicką był pierwszym tego typu przewodnikiem, wydany na zlecenie Akademii Medycznej w nakładzie 2 tysięcy egzemplarzy. W tym okresie, jak i w kolejnych, wprowadzane są nowe metody i środki sprawnego nauczania na akademiach medycznych. Do

¹⁹⁰ J. Garstka, *Rozwój leczenia przeciwbólowego w Polsce*, tekst publikowany na stronach internetowych.

¹⁹¹ Sprawozdanie z posiedzenia Rady Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w dniu 6 grudnia 1995 r., maszynopis.

informacji na temat znieczulania, włącza się umiejętność udzielania pomocy doraźnej, prowadzenia resuscytacji, a także zagadnienia z intensywnej terapii, której znajomość konieczna jest każdemu lekarzowi.

Przewodnik, który został opracowany, i który przedkładał sumę doświadczeń dydaktycznych poprzednich lat, był pierwszym na poznańskiej Akademii Medycznej zbiorem informacji dla studentów i służył przez kolejne kilkanaście lat w sposób niezmieniony. Był dopracowany perfekcyjnie. Autorzy w słowie wstępnym podkreślali, że anestezjologia jest jedną z najmłodszych, a równocześnie najbardziej dynamicznie rozwijających się specjalności. Swoim zakresem obejmuje elementy wszystkich dziedzin zabiegowych, także całokształt pomocy doraźnej i intensywnej terapii innych specjalności. Określali też, że dzięki niemu studenci będą mogli dowiedzieć się w jaki sposób będą zorganizowane ich zajęcia i jaki jest zakres nauczania. Podkreślano również, że nie jest to podręcznik, czy skrót informacji do nauczania.

Określono, że ze słowa anestezjologia wynika znajomość i umiejętność czynności związanych z klinicznym zastosowaniem środków i sposobów znieczulenia ogólnego i miejscowego, jak i również czynności reanimacyjnych. Dołącza się do tego intensywna terapia. Anestezjolodzy są tymi lekarzami, którzy w ramach swej specjalności rozwinęli nowoczesny kierunek leczenia chorych w stanie zagrożenia życia, zwany intensywną opieką. Są tu zawarte elementy opieki, a także nadzoru i leczenia.

W momencie wydania przewodnika, zadania jednostki naukowej realizowały następujące ośrodki, które wchodziły w skład Zakładu: Oddział Anestezji z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Medycznej zlokalizowanym na bazie Państwowego Szpitala Klinicznego im. Pawłowa przy ul. Długiej, Dział Anestezji i Intensywnej Opieki Medycznej mieszczący się na bazie Państwowego Szpitala Klinicznego im. Święcickiego przy ul. Przybyszewskiego 49, dział Anestezji i Intensywnej Opieki Medycznej w Chirurgii Kostnej i Ortopedycznej działającej na bazie Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji przy ul. Dzierżyńskiego 135, Dział Anestezji i Intensywnej

Opieki Medycznej w Ginekologii, Położnictwie i Neonatologii mający swoją siedzibę na terenie Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety przy ul. Polnej 33 oraz Dział Anestezji i Intensywnej Opieki Medycznej w Pediatrii mieszczący się na bazie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 5 przy ul. Szpitalnej 37. Natomiast Pracownia Anestezji Doświadczalnej mieściła się w budynku przy ul. Marii Magdaleny, dawniejszej I Klinice Pediatricznej.

W omawianym okresie w szpitalach, w których istniały możliwości kadrowe i lokalowe tworzone jednostki łóżkowe dla prowadzenia działalności reanimacyjnej, i tej z zakresu intensywnej opieki medycznej pod nazwą oddziałów. W pozostałych szpitalach, w których anestezjolodzy wywiązują się ze swoich działań, głównie usługowych, dla chorych leczonych w poszczególnych klinikach lub oddziałach specjalistycznych tworzy się działy anestezji i intensywnej opieki medycznej. Wśród jednostek organizacyjnych Zakładu Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu znalazł się jeden oddział na terenie Szpitala Klinicznego nr 1 im. Pawłowa, a w pozostałych szpitalach klinicznych lub Instytucie stanowiącym szpital, były tylko działy. Oddział, który znajdował się na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Pawłowa był od 1968 roku wyposażony w nowoczesny sprzęt reanimacyjny, nadzorujący oraz leczniczy, znany był również jako ośrodek reanimacji. Do leczenia w tym oddziale kierowani byli wszyscy chorzy z terenu klinik Akademii Medycznej w Poznaniu, a także chorzy dowożeni przez karetkę reanimacyjną, wymagający intensywnej opieki. Głównie zaś dotyczyło to chorych, którym do podtrzymania funkcji życiowych niezbędne było stosowanie przedłużonego sztucznego oddychania i leczenie wszelkich postaci wstrząsów, czym w szczególności w swojej pracy naukowej zajmowała się klinika anestezjologii.

W tym czasie placówka eksperymentalna zajmowała się głównie badaniami dotyczącymi wpływu oddechu kontrolowanego na krążenie krwi i tkankę płucną, metabolizmem u chorego reanimowanego, a także postępowaniem w stanie wstrząsu oraz jego leczeniem. W ogólnych założeniach dydaktyki na Wydziale Lekarskim, a więc w programie nauczania

dla studentów od roku akademickiego 1971/1972 znalazły się wykłady, seminaria i ćwiczenia, którymi objęto studentów IV, V i VI roku Wydziału Lekarskiego.

Na IV roku studiów, przedmiotem nauczania są zagadnienia związane z pomocą doraźną. Na V roku studiów, nauczanie obejmowało anestezjologię kliniczną oraz ogólne zasady nadzoru intensywnej opieki medycznej. Natomiast na VI roku studiów, zintegrowane wykłady z zakresu intensywnej terapii w poszczególnych specjalnościach klinicznych.

Ilość godzin dydaktycznych na poszczególnych latach wyglądała w sposób następujący: na IV roku w zakresie pomocy doraźnej ćwiczenia zajmowały 10 godzin, seminaria/konwersatoria 10 godzin, a wykłady 12 godzin. Na V roku, który dotyczył anestezjologii i intensywnej terapii, ćwiczenia zajmowały 30 godzin, seminaria 10 godzin, a wykłady 16 godzin. Natomiast na VI roku, kiedy zajęcia dotyczyły wyłącznie intensywnej terapii w poszczególnych specjalnościach klinicznych, wykłady stanowiły 12 godzin dydaktycznych.

Bardzo istotne było to, że w założeniach programu położono nacisk na jak najdalej idącą integrację wykładów. Integracja ta obejmowała połączenie wszystkich ważnych dziedzin podstawowych w zakresie stanów zagrożenia życia wymagających intensywnej terapii. Było to uzupełnienie zajęć z zakładu farmakologii, prowadzonych w zakresie anestezjologii. Natomiast w Instytucie Pediatrii, Położnictwa i Chorób Kobiety, Instytucie Chorób Wewnętrznych, Instytucie Chirurgii, zajęcia kliniczne uzupełniano również o anestezjologię, pomoc doraźną i intensywną terapię. Bardzo duży nacisk od samego początku kładziono na uprzątnienie ćwiczeń i zajęć seminaryjnych. Ćwiczenia odbywały się w karetce reanimacyjnej pogotowia ratunkowego, na salach operacyjnych klinik zabiegowych Instytutu Chirurgii oraz Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety, a także na salach operacyjnych Kliniki Neurochirurgii i Kliniki Laryngologii Instytutu Chorób Układu Nerwowego i Narządów Zmysłów, także na oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej Zakładu Anestezjologii Szpitala Miejskiego im. J. Strusia.

Dla studentów IV roku przewidziano 12 godzin wykładów zintegrowanych i 20 godzin ćwiczeń i seminariów z konwersatoriami, wykłady te zintegrowano z Instytutem Chirurgii i Instytutem Chorób Wewnętrznych, a dotyczyły one zasad organizacji pomocy doraźnej, a także podstaw resuscytacji krążeniowo-oddechowej, postępowania w ostrej niedomodze oddechowej, z chorymi nieprzytomnymi, w pomocy doraźnej, w obrażeniach ośrodkowego układu nerwowego, w obrażeniach wielonarządowych, złamaniach, we wstrząsie krwotocznym, urazowym, oparzeniowym, pomocy doraźnej w zawale mięśnia sercowego, w ostrej niedomodze krążenia i w zatruciach. Wykłady były uzupełniane filmami, przeżroczami i ćwiczeniami z fantomem. Każdy student był zobowiązany do odbycia ćwiczeń w karetce reanimacyjnej pogotowia ratunkowego, gdzie w ciągu 20 godzin zapoznawał się z właściwymi sposobami udzielania pomocy doraźnej. Zaliczenie zajęć z pomocy doraźnej odbywało się na podstawie sprawdzianu testowego.

Dla studentów V roku przewidziano 16 godzin wykładów w zakresie anestezji i analgezji, częściowo były one zintegrowane z Zakładem Farmakologii. Tematem wykładów były nowoczesne sposoby znieczulania, walka z bólem, odrębności znieczulenia w przypadkach nagłych w poszczególnych dziedzinach zabiegowych. W ramach wykładów omawiano również organizację i wyposażenie oddziałów, a także zapoznawano studentów z podstawowymi informacjami na temat diagnostyki leczenia w oddziałach intensywnej terapii. Odbywali oni głównie ćwiczenia na salach operacyjnych instytutów Chirurgii, Ortopedii, Położnictwa i Ginekologii, oraz Instytutu Narządów Zmysłów i Instytutu Pediatrii. Ćwiczenia również odbywały się na oddziale intensywnej terapii. Założeniem było, że na sali operacyjnej studenci pracowali w małych grupach – dwóch studentów przypadało na jednego anestezjologa. Studenci towarzyszyli anestezjologowi w trakcie przygotowania pacjenta do operacji, wykonania znieczulenia, zapoznawali się z technikami intubacji, prowadzenia oddechu kontrolowanego, oceną stanu ogólnego, oraz zasadami bezpośredniej opieki pooperacyjnej. Dodatkowo, studenci, którzy w sposób szczególny byli zainteresowani treścią, mogli nadobowiązkowo

przychodzić na ostre dyżury w celu praktycznego zastosowania zasad anestezji w przypadkach nagłych. Na oddziale intensywnej terapii medycznej studenci zapoznawali się praktycznie z następującymi zagadnieniami: diagnostyka i leczenie ostrych zaburzeń krążenia, ostrej niewydolności oddechowej, wstrząsu, obsługa respiratora i urządzeń monitorujących. Zajęcia kończyły się egzaminem testowym.

Ostatni rok Wydziału Lekarskiego miał zorganizowane 12 godzin wykładów zespołowych poświęconych intensywnej terapii w poszczególnych specjalnościach. W zakresie wstrząsu były one prowadzone wspólnie z Instytutem Chirurgii, a w zakresie intensywnej terapii w ginekologii, położnictwie i neonatologii, wspólnie z Instytutem Położnictwa i Chorób Kobiety. Intensywną terapię ostrych stanów zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych oraz ostrej niewydolności nerek omawiano wspólnie z Kliniką Nefrologii i Urologii. Intensywna terapia w pediatrii i chirurgii dziecięcej była omawiana wspólnie z Instytutem Pediatrii. Po zakończeniu zajęć, studenci byli zobligowani do wypełnienia anonimowych ankiet, zawierających pytania z zakresu potrzeb oraz celowości prowadzenia zajęć.

W przygotowaniach zajęć bardzo istotny element stanowił regulamin, następnie określana była tematyka wykładów, tematyka ćwiczeń seminaryjnych oraz zakres czynności praktycznych. Regulamin określał sposób komunikowania się ze studentami. Na tablicy ogłoszeń w dziekanacie Wydziału Lekarskiego przy ul. Fredry 10 oraz stacji pogotowia ratunkowego dla miasta Poznania przy ul. Chełmońskiego były wywieszone listy z datami i godzinami wykładów. W założeniu zajęć, przed rozpoczęciem ćwiczeń, student zobowiązany był wykazać się teoretyczną znajomością zasad udzielania pomocy doraźnej. Podczas ćwiczeń w formie dyżurów w karetce reanimacyjnej, student miał pogłębiać swoje wiadomości teoretyczne, zgodnie z tematyką seminariów i zapoznać się praktycznie z udzielaniem pomocy. Przygotowanie obejmowało samokształcenie, a ponadto student musiał co najmniej na tydzień przed dokonaniem wyboru terminu wpisać się do

specjalnego zeszytu ćwiczeń, znajdującego się u anestezjologa dyżurnego zespołu reanimacyjnego. Zaliczenie tych ćwiczeń odbywało się u anestezjologa dyżurnego zespołu reanimacyjnego. Student, który zaliczył, otrzymywał stosowne zaświadczenie. W przypadku niezaliczenia ćwiczeń, student zdawał ustny egzamin u adiunkta zakładu, dr med. Laury Wołowickiej, po uprzednim uzgodnieniu terminu.

Wykłady były prowadzone przez prof. dr hab. W. Jurczyka, dr L. Wołowicką, doc. A. Krokowicza, dr Z. Wirgę, dr med. W. Wanic i dr J. Styperka. W programie wykładów uwzględniano zasady organizacji pomocy doraźnej z odpowiedzialnością prawną. Na kolejnych wykładach omawiano resuscytację krążeniowo-oddechową, pokazywano technikę resuscytacji krążenia i oddechów. Na filmie pokazywano reanimację doświadczalną u psa. Kolejne wykłady obejmowały obrażenia jako stan zagrożenia życia, w zakresie klatki piersiowej, brzucha, miednicy, ostrą niewydolność oddechową, postępowanie z chorym nieprzytomnym, pomoc doraźną we wszystkich rodzajach wstrząsu, a także pomoc w ostrych zatruciach.

Określono również zakres czynności praktycznych. Student był zobowiązany na IV roku zapoznać się z obsługą aparatury – respiratora, kardiostenu i defibrylatora, resuscytatora, zapoznać się z farmakodynamiką leków stosowanych w karetce R, unieruchomieniem złamania, leczeniem wstrząsu urazowego i krwotocznego oraz brać czynny udział w akcji reanimacyjnej.

Ćwiczenia z anestezjologii odbywały się najpierw na salach operacyjnych poszczególnych jednostek klinicznych. W kolejnym tygodniu obejmowały zakres intensywnej terapii i odbywały się w ośrodku reanimacji Zakładu Anestezjologii przy ul. Długiej w Poznaniu lub oddziale intensywnej terapii Szpitala Miejskiego przy ulicy Szkolnej. Student przed rozpoczęciem zajęć był zobowiązany do zaliczenia sprawdzianu wstępnego u dra Rychlewskiego lub u dra Woźniaka, w Dziale Anestezji i Intensywnej Opieki Medycznej na terenie Szpitala Klinicznego nr 2 przy ul. Przybyszewskiego. Po kolokwium wstępnym, następował podział na grupy i zespoły ćwiczące, z

anestezjologii z założeniem 4-5 studentów, a w zakresie intensywnej opieki medycznej w zespołach po 12-14 studentów, gdyż ograniczone to było dostępnością do dwóch ośrodków zajmujących się dydaktyką. Ćwiczenia odbywały się w godzinach 7.30-10.30 według harmonogramu. Jeżeli student dwukrotnie się spóźnił, powodowało to niezaliczenie ćwiczeń. Wykłady odbywały się w drugim semestrze według harmonogramu podanego przez dziekana, a zaliczenie ćwiczeń i wykładów odbywało się poprzez adnotację w indeksie w sekretariacie zakładu anestezjologii. Wykłady były prowadzone przez prof. Jurczyka, doc. Hoderę, dr Brodzińską, dra Garstkę i dr Wołowicką. Tematyka dotyczyła farmakodynamiki środków wziewnych, sposobów znieczulenia ogólnego, farmakodynamiki środków nasennych, przeciwbólowych, zwiotczenia mięśniowego, a także technik znieczulenia zewnątrzoponowego, podpajęczynówkowego, wyłączenia spłotów nerwowych, znieczulenia w poszczególnych dziedzinach zabiegowych, znieczulenia dzieci, przypadków nagłych. Omawiano najczęstsze stany dotyczące intensywnej terapii, a także ostrą niewydolność oddechową, respiratory, a więc program na tyle szeroki, że umożliwiał poznanie anestezjologii i intensywnej terapii w sposób dokładny. W zakresie seminariów, studenci po podziale na grupy: grupa A – zajmująca się anestezjologią i grupa IT – zajmująca się intensywną terapią, brali czynny udział w przygotowaniu poszczególnych zagadnień. Do każdego seminarium obowiązywało przygotowanie z podręczników.

Ciekawe seminaria odbywały się dla grupy anestezjologicznej i dotyczyły one zagadnień przygotowania do operacji. Szczególną rolę przywiązywano do wizyty anestezjologicznej, zapoznania się z chorym, jego stanem, sprawdzenie czy chory jest właściwie przygotowany do znieczulenia i operacji, psychiczne uspokojenie chorego i zmniejszenie jego lęku przed znieczuleniem i operacją, wybór odpowiedniego rodzaju znieczulenia, zlecenie premedykacji, sen podstawowy i premedykację farmakologiczną. Omawiano również sposoby znieczulenia wziewnego. Osobnym zagadnieniem była intubacja dotchawicza, omawiano również sposoby znieczulenia przewodowego. Na kolejnym seminarium studenci poznawali zasady oddechu

kontrolowanego, omawiano także powikłania znieczulenia ogólnego, następnie zagadnienia dotyczące niewydolności oddechowej, zagadnienia dotyczące przedłużającego się powrotu do świadomości po znieczuleniu, powikłania towarzyszące dożylnemu podawaniu leków, uszkodzenie oczu, nerwów, powikłania dotyczące wyłączenia splotów i nerwów i powikłania znieczulenia zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego. Uwzględniano odrębności znieczulenia w chirurgii ogólnej, chirurgii brzucha, klatki piersiowej, w położnictwie (gdzie zawarto również uwagi o resuscytacji noworodków).

W czasie seminariów dla grupy intensywnej terapii, omawiając ostrą niewydolność oddechową, szczegółowo zajmowano się pojęciem niedomogi oddechowej, oceną w oparciu o ocenę kliniczną, spirometryczną, gazometryczną, stanami klinicznymi przebiegającymi z ostrą niewydolnością oddechową, chorobami chirurgicznymi i internistycznymi, doprowadzającymi do ostrej niewydolności oddechowej. Szczególną uwagę kładziono na wskazania do stosowania respiratorów. W przewodniku zawarto wskazówki, a także sposoby postępowania w niewydolności oddechowej. Omawiano oddech kontrolowany i wszystkie rodzaje dostępnych respiratorów.

Kolejne seminaria dla grupy intensywnej terapii obejmowały intensywną terapię we wstrząsie, z dokładnym omawianiem kliniki wstrząsu, postępowaniem terapeutycznym, odrębnościami postępowania w poszczególnych rodzajach wstrząsu. Przewodnik zawierał m.in. wartości zalecane prowadzenia skutecznej płynoterapii, jak również leczenia wstrząsu oparzeniowego.

Na seminarium w zakresie intensywnej terapii kardiologicznej omawiano prawidłowy zapis EKG, zaburzenia rytmu serca oraz ich leczenie. Omawiano również farmakoterapię i elektroterapię, leczenie zawału serca, szczególnie powikłanego wstrząsem kardiogenym i obrzękiem płuc. Na kolejnych seminariach poświęcono czas intensywnej terapii chorych zresuscytowanych, tematem były następstwa przerwania krążenia krwi, leczenie zmian powstałych w poszczególnych narządach i intensywną terapię poszczególnych układów w terapii oddechowej, układu krążenia, ośrodkowego

układu nerwowego, nerek, wyrównywania niedoborów płynów, elektrolitów. Szczegółowo omawiano konieczność intensywnej opieki nad chorym nieprzytomnym lub z upośledzeniem odruchów. Poświęcano również czas na zagadnienia związane z pielęgnacją skóry i śluzówek oraz zmianami ciała.

Następne seminarium dotyczyło intensywnej opieki chirurgicznej, jednak nie tylko opieki pooperacyjnej w zakresie kontroli poszczególnych narządów, ale również istoty choroby pooperacyjnej z podziałem na okresy i czynności, do których należy przywiązać szczególną wagę. Poświęcono czas zagadnieniom dotyczącym żywienia parenteralnego, walki z bólem pooperacyjnym oraz powikłaniom i im zapobieganiu.

W zakresie czynności praktycznych, studenci w czasie ćwiczeń z anestezjologii i intensywnej terapii powinni umieć zebrać wywiad anestezjologiczny, wykazać się badaniem klinicznym i oceną wyników wykonywanych badań pracownianych, przygotowaniem premedykacji, przygotowaniem i sprawdzeniem sprzętu oraz leków anestetycznych, opanowaniem technik indukcji dożylną i wziewną, wykonywaniem natlenowania przez maskę i intubacji lub asysty przy intubacji, prowadzeniem znieczulenia, oceną stanu chorego, prowadzeniem dokumentacji anestezjologicznej w trakcie znieczulania, wykonywaniem ekstubacji, ustaleniem zleceń na okres wczesny pooperacyjny, a także asystować lub wykonać znieczulenia powierzchniowe, nasiękowe, przewodowe lub zewnątrzoponowe. W zakresie intensywnej terapii byli zobowiązani do zbadania chorego, oceny odchyleń w badaniu klinicznym, w badaniach laboratoryjnych, pobierania krwi żyłnej do badań biochemicznych, nakłucia tętnic, zakładania zgłębnika do żołądka i cewnika do pęcherza, załączenia i obsługi monitorów, respiratorów, wykonania lub asysty przy odsłonięciu żyły, tracheostomii lub intubacji, odsysania z drzewa oskrzelowego przez rurkę intubacyjną lub tracheostomijną oraz prowadzenia karty obserwacji, kart bilansu i kart zleceń.

Spoglądając z perspektywy prawie 40 lat, można pokusić się o stwierdzenie, że był to program doskonały. Doskonały nie tylko dla jednej

specjalności, jaką jest anestezjologia i intensywna terapia, ale także jako program, z którego dzisiaj możemy (nie w sposób bezpośredni) czerpać treści i sposób przygotowania zajęć dla innych działów (jak np. zajęcia z medycyny ratunkowej).

Na VI roku szczegółowy program nauczania zakładał tylko i wyłącznie wykłady zintegrowane. Wykłady odbywały się we wszystkich klinikach akademickich zgodnie z harmonogramem. W przewodniku również określa się program zajęć dla studentów oddziałów stomatologii, z założeniem, że oddział stomatologii nie jest jeszcze w pełni objęty przewidywanym programem dydaktyki przeddyplomowej z zakresu anestezji i pomocy doraźnej. Na III roku studiów stomatologicznych studenci mieli 6 godzin wykładów, na których omawiano sposoby znieczulenia oraz powikłania znieczulenia i znieczulenia do zabiegów stomatologicznych, a także 4 godziny ćwiczeń i seminariów, na których przede wszystkim poświęcano czas na resuscytację krążeniowo-oddechową oraz pomoc doraźną w stanach zagrożenia życia. Szczegółowy harmonogram tych zajęć ustalany był z kierownictwem Oddziału Stomatologii i podawany do wiadomości studentom.

Do rozwinięcia sposobów samokształcenia służyło Koło Naukowe Studenckiego Towarzystwa Naukowego przy Zakładzie Anestezjologii. Członkami przynależącymi do Koła Naukowego mogli być studenci od III do VI roku Wydziału Lekarskiego, którzy wykazywali się dobrymi wynikami w nauce, a przede wszystkim dużym zainteresowaniem w wybranej dziedzinie. Celem pracy Koła było rozwijanie i pogłębianie zainteresowania anestezjologią i intensywną terapią oraz wdrażanie studentów do pracy naukowo-badawczej w tej dziedzinie. Forma pracy Koła miała charakter zebrań szkoleniowych z referatami programowymi, poszerzonymi o tłumaczenie z piśmiennictwa obcojęzycznego, udział w zebraniach szkoleniowych Zakładu Anestezjologii, posiedzeniach naukowych poznańskiego oddziału Towarzystwa Anestezjologów Polskich, udział w dyżurach anestezjologicznych oraz w pracach klinicznych i doświadczalnych, przygotowywanie własnych prac badawczych na konferencje studenckich towarzystw naukowych, a także udział

w szkoleniu uczniów ostatnich klas szkół średnich z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Formą wyróżnienia najlepszych członków Koła była możliwość uczestnictwa w obozie naukowo-badawczym, wyjazd na praktykę zagraniczną czy uzyskanie etatu asystenta w Zakładzie Anestezjologii.

W omawianym okresie specjalizacja z anestezjologii trwała 5 lat i była dwustopniowa. Rozpoczynało się ją bezpośrednio po zakończeniu pierwszego, jednorocznego stażu podyplomowego. Specjalizację odbywało się pod kierunkiem lekarza posiadającego II stopień specjalizacji z zakresu anestezjologii, którego wyznaczał specjalista wojewódzki z anestezjologii. Pożądanym było odbycie co najmniej dwuletniego stażu specjalizacyjnego na I stopień w ośrodku szpitalnym posiadającym oddział lub dział anestezji i intensywnej opieki medycznej. Nie warunkowano tego jako czynnik niezbędny do rozpoczęcia specjalizacji. Natomiast koniecznym było posiadanie etatu w szpitalu lub uzyskanie stypendium specjalizacyjnego. Stypendia przyznawane były na okres trwania specjalizacji I stopnia przez wydziały zdrowia i opieki społecznej szczebla wojewódzkiego.

W trakcie specjalizacji I stopnia trzeba było odbyć trzymiesięczny kurs podstawowy z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, organizowany w jednym z zakładów anestezjologii w akademiach medycznych lub instytutach resortowych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Dopuszczenie wówczas do egzaminu specjalizacyjnego I stopnia uzyskiwało się na wniosek kierownika specjalizacji, jeśli kandydat posiadał dostateczne wiadomości teoretyczne w zakresie anestezjologii, reanimacji i intensywnej terapii, a także nabył doświadczenie praktyczne pozwalające przede wszystkim na wykonanie wszystkich rodzajów znieczuleń, z wyjątkiem tych do zabiegów na sercu, a także z zastosowaniem podciśnienia kontrolowanego oraz hipotermii. Dalszym warunkiem dopuszczenia do egzaminu było uzyskanie potwierdzenia odbycia szkolenia w wojewódzkiej stacji krwiodawstwa i znajomość co najmniej jednego języka obcego.

Egzamin odbywał się przed komisją powołaną przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej szczebla wojewódzkiego. Składał się z części praktycznej i teoretycznej.

Natomiast specjalizacja II stopnia trwała 3 lata, również pod kierunkiem doświadczonego specjalisty. W tym czasie specjalizujący się powinien brać udział w co najmniej trzech kursach doskonalących organizowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w ośrodkach klinicznych, z wybranych zagadnień z anestezjologii i intensywnej terapii. Egzamin specjalizacyjny odbywał się na terenie akademii medycznej, przed komisją powołaną przez rektora, w skład której wchodziła tzw. samodzielni pracownicy nauki. Przed egzaminem obowiązkowo lekarz zobowiązany był do zdania sprawdzianu ze znajomości dwóch języków obcych, w tym języka rosyjskiego.

W 1973 roku krajowe potrzeby kadrowe w zakresie anestezjologii wyrażały się ok. 3 tysiącami anestezjologów. Natomiast stan ówczesnej kadry liczył ok. 600 lekarzy posiadających specjalizację I i II stopnia. Była to już wówczas dyscyplina deficytowa i w szpitalach chętnie zatrudniano lekarzy tej specjalności, bądź chcących się kształcić w tej specjalności. Z założenia anestezjolodzy zrzeszali się w Towarzystwie Anestezjologów Polskich. Także lekarze innych specjalności mogli uczestniczyć jako członkowie współpracujący. Siedziba Zarządu Głównego mieściła się w Poznaniu. Poza tym, prawie w każdym województwie istniały oddziały Towarzystwa. Regularnie organizowano zebrania naukowo-szkoleniowe, co trzy lata zjazdy ogólnopolskie, a Towarzystwo było już wówczas członkiem Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych oraz Zrzeszenia Polskich Towarzystw Lekarskich. Organem Towarzystwa był wydawany od 1968 r. kwartalnik *Anestezja i Reanimacja*. Następnie nazwę zmieniono na *Anestezjologia Intensywna Terapia*. Był wydawany również w wersji angielskiej pod nazwą *Anesthesiology, resuscitation and intensive therapy*

(*International Issue*) w latach 1973-1976.¹⁹² Pierwszym redaktorem naczelnym przez okres 20 lat był Stanisław Pokrzywnicki a następnie, kierował nim Zdzisław Rondio.¹⁹³

6.12. Towarzystwo Anestezjologów Polskich

Opisując dzieje anestezjologii akademickiej w Poznaniu nie można pominąć dorobku Towarzystwa Anestezjologów Polskich, które skupiało anestezjologów z całej Wielkopolski.

Pierwsze oznaki przemian strukturalnych i organizacyjnych w medycynie polskiej okresu powojennego i związanego z tym statusu anestezjologii wiązały się z rokiem 1959, kiedy powstało Polskie Towarzystwo Anestezjologii. Towarzystwo w urzędowym spisie stowarzyszeń naukowych uwzględniono 18 listopada 1959 r., co oznaczało jego rejestrację¹⁹⁴. Stało się to w cztery lata po pierwszym Światowym Kongresie Anestezjologów, w którym uczestniczyli przedstawiciele medycyny polskiej. Organizację zarejestrowano jako Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ta nazwa przetrwała do 1983 r. Jego statutowe zadania sprowadzają się do:

1. prowadzenia i popierania badań naukowych;
2. współdziałania w szkoleniu kadr anestezjologów;
3. współdziałania w organizowaniu społecznej służby zdrowia;
4. szerzenia wiadomości w zakresie tej specjalności i nauk pokrewnych¹⁹⁵.

Pierwszym prezesem Towarzystwa Anestezjologów Polskich został doc. Mieczysław Justyna. Po nim tę zaszczytną funkcję pełnili: Stanisław Pokrzywnicki (1962-1970)¹⁹⁶, Witold Jurczyk (1970-1973), Bogdan

¹⁹² A. Nestorowicz, *W poszukiwaniu właściwego słowa...*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2004, 36, s. 166-168.

¹⁹³ W. Jurczyk, *Rozwój anestezjologii w akademiach medycznych w Polsce*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2002, s. 301-304.

¹⁹⁴ Z. Rondio, *25-lecie anestezjologów polskich (Rozważania ogólne)*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1984, R. 16, z. 3, s. 5.

¹⁹⁵ Tamże, s. 7. Statut Towarzystwa załączono w aneksie.

¹⁹⁶ W. Jurczyk, *Stanisław Pokrzywnicki – lekarz, uczony, nauczyciel, człowiek*, *Nowiny Lekarskie* 1994, R. 63, s. 106-109.

Kamiński, Antoni Aroński, Marek Sych, Zdzisław Rondio, Andrzej Kubler, Anna Dyaczyńska – Herman.

6.12.1. Oddział w Poznaniu

Wniosek do Zarządu Głównego TAP został sformułowany pisemnie 24 września 1962 r., natomiast pierwsze zebranie z wyborem Zarządu Oddziału Poznańskiego odbyło się 23 października 1962 r. Przewodniczącym została Janina Żychska, a następnie od 6 listopada 1962 r. Witold Jurczyk. Na terenie I Kliniki Ginekologiczno-Położniczej AM w Poznaniu, 12 poznańskich anestezjologów wybrało pierwszy Zarząd.

Zadaniem Zarządu było zorganizowanie współpracy z przedstawicielami dyscyplin zabiegowych oraz popularyzacja anestezjologii jako rozwijającej się gałęzi medycyny. Kolejnymi przewodniczącymi TAP-u Oddział Wielkopolski byli: dr J. Żychska, K. Brodzińska, L. Wołowicka, J. Garstka, R. Szulc.

W Zarządzie Oddziału TAP pracowali następujący pracownicy Instytutu Anestezjologii: Z. Kruszyński, W. Budych, Niziurska, S. Woźniak, M. Gaca. Poznański Oddział TAP-u organizował co 2 miesiące zebrania szkoleniowe, był współorganizatorem wielu konferencji, sympozjów, zjazdów i kongresów. Działalność TAP-u wiązała się z prowadzeniem szkolenia zawodowego, co pozwalało na tworzenie nowych ośrodków anestezjologicznych w Ostrowie Wielkopolskim i Gnieźnie.

W latach 1966-1973 funkcję przewodniczącego Oddziału pełnił dr Jerzy Garstka, mając do pomocy sekretarzy dra Stanisława Woźniaka i dra Stanisława Kawczyńskiego oraz skarbnika – dr Irenę Bowbelską.

W 1973 roku przewodniczącym została dr hab. Kazimiera Brodzińska, sekretarzem dr Zdzisław Kruszyński, a skarbnikiem dr Mirosława Niziurska. W 1979 roku Zarząd tworzyli: przewodniczący dr hab. Roman Szulc, sekretarz dr Michał Gaca i skarbnik dr Jadwiga Tomczyk. Jednym z podstawowych zadań TAP-u było tworzenie współpracy z innymi organizacjami zawodowymi Służby Zdrowia.

Wielkopolanie wielokrotnie zasiadali we władzach Towarzystwa. Sekretarzem Towarzystwa w latach 1962-1970 był prof. W. Jurczyk¹⁹⁷, który w okresie 1973-1978 pełnił funkcje sekretarza generalnego, a od 1983 r. – w uznaniu zasług, jest jego członkiem honorowym. Profesor R. Szulc w latach 1970-1973 pełnił obowiązki sekretarza, potem skarbnika (1976-1983) oraz członka Zarządu (od 1983 r.)¹⁹⁸.

Silne związki z Poznaniem łączyły prof. S. Pokrzywnickiego, który pomimo że jego oferta współpracy z Akademią Medyczną złożona w 1947 r. została odrzucona, utrzymywał dobre kontakty z uczonymi ze stolicy Wielkopolski. Poznańska uczelnia wyróżniła go tytułem Doktora honoris causa, który nadano mu 20 listopada 1993 r.¹⁹⁹

Od chwili założenia Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego obserwujemy jego liczebny wzrost. Utworzenie w 1962 r. pierwszego Zakładu Anestezjologii na uczelni poznańskiej zapewniło stały i systematyczny rozwój kadr, a tym samym dopływ nowych członków. W roku 1967 liczba członków Towarzystwa wynosiła 291 osób. Po trzech latach w Towarzystwie było zrzeszonych 689 osób, a w 1971 już 957 osób. W okresie 1976-1976 liczba ta wzrosła z 1296 do 1610. W roku 1993 kiedy kończyła się kolejna kadencja władz Towarzystwa w jego szeregach skupiały się 2222 osoby, z których 1876 miało status członków zwyczajnych, natomiast 346 członków współpracujących²⁰⁰.

W 1967 r. Sir Robert Macintosh, światowej sławy brytyjski anestezjolog, profesor Uniwersytetu Oxfordzkiego i Edynburskiego odwiedził Polskę i uczestniczył w III Międzynarodowym Sympozjum Anestezjologicznym. Przyjazd tego wybitnego uczonego był znakomitą okazją

¹⁹⁷ *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Warszawa 1978, s. 269.

¹⁹⁸ Tamże, s. 651.

¹⁹⁹ Tamże, s. 106.

²⁰⁰ Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią i intensywną terapią 1959-1999*, *Anestezjologia Intensywna Terapią* 1999, R. 31, s. 152-153.

nadania mu tytułu Doktora honoris causa poznańskiej Akademii Medycznej oraz honorowego członkostwa Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego.

Poznań w roku 1970 był miejscem obrad sympozjum poświęconego Intensywnej Terapii. Organizował je miejscowy Oddział Towarzystwa. W czasie spotkania zrodziła się myśl powołania Komisji Patofizjologii i Resuscytacji Polskiej Akademii Nauk. Te dwa wydarzenia ugruntowały pozycję środowiska poznańskiego w polskiej anestezjologii.

6.12.2. Zjazdy Polskiego Towarzystwa Anestezjologii

Pierwszy Zjazd Towarzystwa odbył się już 20 września 1959 r., czyli dwa dni po zarejestrowaniu organizacji. Miejscem obrad była mała aula Uniwersytetu Warszawskiego²⁰¹. Drugi Zjazd obradował w roku 1964²⁰².

Syntetyczne omówienie Zjazdów Polskiego Towarzystwa Anestezjologów dał Z. Rondio²⁰³. Opracowanie to ukazuje pewne istotne trendy w dziejach polskiej anestezjologii i wprowadza ich periodyzację. Zdaniem cytowanego autora *pierwsze trzy Zjazdy [...] obejmowały podsumowanie początkowego dorobku i ustaliły pozycję specjalności*. Były to lata 1959-1964. Pierwszy ze Zjazdów koncentrował się na temacie *Przewlekły oddech kontrolowany i udział anestezjologa w zwalczaniu powikłań pooperacyjnych*²⁰⁴. Podczas obrad II Zjazdu w Warszawie w 1962 r. skoncentrowano się na zagadnieniu *Ożywianie, znieczulenie do zabiegów diagnostycznych i w neurochirurgii*²⁰⁵. Natomiast na kolejnym spotkaniu we Wrocławiu w 1964 r. uwaga uczestników skupiła się na *Anestezji w torako- i kardiochirurgii*.

Już w pierwszym okresie istnienia Towarzystwa obserwujemy istotne dla rozwoju nauki i praktyki lekarskiej otwarcie na świat. W czasie II Zjazdu gościła delegacja z Rumunii. Przełom jednak nastąpił na III Zjeździe,

²⁰¹ Tamże, s. 149-154.

²⁰² *Pamiętnik II Zjazdu Anestezjologów Polskich*, Warszawa 1964.

²⁰³ Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią...*, passim, s. 149-154.

²⁰⁴ *Aktualne Zagadnienia anestezjologii*, Pamiętnik I Zjazdu Anestezjologów Polskich, Warszawa 1961.

²⁰⁵ *Pamiętnik II Zjazdu Anestezjologów Polskich*, Warszawa 1964.

w którym uczestniczyły delegacje i referenci z Danii i Republiki Federalnej Niemiec.

IV Zjazd Anestezjologów odbywał się w silnej obsadzie międzynarodowej jako III Międzynarodowe Sympozjum Anestezjologiczne krajów Europy Wschodniej. Uczestniczyło w nim udział 421 osób w tym 119 z zagranicy, reprezentujących 19 państw²⁰⁶. Na tym spotkaniu gościli także przedstawiciele organizacji międzynarodowych WFSA, do której włączono stowarzyszenie polskie w 1965 r. oraz ERS (członkostwo Polski od 1966 r.). Program obrad oscylował wokół tematu *Krążenie w anestezjologii i reanimacji*. Ta bardzo ważna problematyka poruszała istotne kwestie znieczulania chorych z zaburzeniami układu krążenia i oddechowego. Uczestnicy dyskutowali jak zapobiegać i leczyć pacjentów z tymi dolegliwościami zarówno w okresie pooperacyjnym i jak postępować w czasie reanimacji²⁰⁷. Obradom Zjazdu poznańskiego, odbywającego się od 21 do 25 sierpnia 1967 r. należy przypisać bardzo duże znaczenie. Od tego czasu nasiliły się kontakty polskich lekarzy z zagranicą, a tym samym wzrastała pozycja polskiej anestezjologii na międzynarodowej arenie.

Nie mniejszy wpływ na rozwój interesującej nas specjalności medycznej miały okresy między Zjazdami, w których praktycznie pożytkowano dorobek całej dyskusji toczącej się podczas obrad. Tak też było w okresie dzielącym IV i V Zjazd, który odbywał się w Krakowie w 1970 r. Piszac o tym spotkaniu oraz dwóch kolejnych (Gdańsk 1973 i Warszawa – 1976), Z. Rondio zaznaczył: *Tematy wiodące tych zjazdów obejmowały: intensywną terapię (w tym dyskusje panelowe poświęcone kryterium przeżyciowej śmierci mózgu, patofizjologię sztucznego oddechu, rolę i zadania pielęgniarki w anestezji, intensywnej terapii i reanimacji oraz rolę*

²⁰⁶ Societas Anesthesiologorum Polonorum. *Circulatio Sanguinis in Anesthesia et Reanimatione*. III Symposium Internationale Anaesthesiologicae. Posnania – Polonia 21-25 VIII 1967.

²⁰⁷ Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią...*, passim, s. 151.

*odpowiedzialności anestezjologa w zespole operacyjnym i intensywnej terapii), jak też anestezję dziecięcą i fizjopatologiczne podstawy anestezji*²⁰⁸.

Obrady V Zjazdu odbywały się w Krakowie w dniach od 10 do 12 września 1970 r.²⁰⁹

Po trzech latach doszło do VI Zjazdu Anestezjologów Polskich. Tym razem na miejsce spotkania obrano Gdańsk w okresie 7-9 czerwca 1973 r. Jednym z referentów reprezentujących środowisko poznańskie był Jan Solawa, który poruszył zagadnienie *Zaburzenia tętna, ciśnienia i oddechu w czasie znieczulenia do operacji w obrębie jamy czaszkowej u dzieci*²¹⁰. Jerzy Garstka, kolejny uczestnik zjazdu, rozprawił na temat *Przygotowanie dzieci do wielokrotnych zabiegów operacyjnych wlewkami doodbytniczymi barbituranu krótko działającego*²¹¹. Drugie wystąpienie J. Garstki było zatytułowane *Stosowanie płynów krwiozastępczych w celu wyrównania spadku ciśnienia tętniczego krwi spowodowanego znieczuleniem zewnątrzoponowym w zabiegach ortopedycznych*²¹².

W. Jurczyk wraz z R. Szulcem i St. Woźniakiem wygłosili referat *Zastosowanie Ketalaru do znieczuleń w zabiegach otolaryngologicznych*²¹³. *Niektóre powikłania ze strony górnych dróg oddechowych po stosowaniu przedłużonego oddechu zastępczego* przedstawili uczestnikom Zjazdu A. Łakomy, W. Jurczyk i S. Woźniak²¹⁴. Temat o wyborze sposobu znieczulenia do operacji w okulistyce referowały I. Rutkowska, L. Wołowicka, B. Polimirska²¹⁵. *Ocena gazometryczna wielkości wentylacji minutowej w trakcie znieczulenia ogólnego* była tematem wystąpienia W. Rychlewskiego i M. Nowickiej²¹⁶. W programie zjazdowym znalazły jeszcze się wystąpienia L.

²⁰⁸ Tamże.

²⁰⁹ *Materiały naukowe V Zjazdu Anestezjologów Polskich*. Kraków 10-12 IX 1970, Kraków 1970.

²¹⁰ Tamże, s. 43-46.

²¹¹ Tamże, s. 24-26.

²¹² Tamże, s. 174-177.

²¹³ *Materiały Naukowe VI Zjazdu Anestezjologów Polskich*, Gdańsk 7-9 VI 1973, cz. 3, Gdańsk 1973, s. 23-31.

²¹⁴ Tamże, cz. 1-2, s. 39-41.

²¹⁵ Tamże, cz. 3, s. 52-63.

²¹⁶ Tamże, cz. 4, s. 6-15.

Sitarz oraz W. Rychlewskiego²¹⁷, następnie L. Wołowickiej, M. Koszałkowskiej-Raczyńskiej i B. Grzybkowskiej²¹⁸.

VIII Zjazd Towarzystwa Anestezjologów Polskich odbywał się w dniach od 26 do 29 listopada 1976 r.

IX Zjazd, którego termin planowano na 14-16 maja 1982 r., z uwagi na wprowadzony w Polsce stan wojenny, odbył się dopiero w dniach 13-15 maja 1983 r. Główna tematyka obrad koncentrowała się na anestezji i intensywnej terapii w obrażeniach wielonarządowych, zaburzeniach oddychania w trakcie operacji i okresie pooperacyjnym²¹⁹. Jednym z istotnych problemów poruszonych w czasie obrad zjazdowych w 1983 r. była zmiana nazwy Towarzystwa, którą należało dostosować do nazwy urzędowo wprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia na określenie tej specjalizacji. W konsekwencji przyjęto nazwę Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Niska frekwencja podczas Zjazdów oraz obawy, że budowane przez lata międzynarodowe kontakty zostaną zerwane, a ich odbudowanie będzie niezwykle trudne, były niewątpliwie i chyba w jakimś stopniu elementami determinującymi atmosferę obrad. Obawy te okazały się jednak płonne.

Datę X Zjazdu wyznaczono na 15-17 września 1986 r., a miejscem spotkania została Łódź. Z. Rondio, charakteryzując ten Zjazd pisał: *Odbýwał się również w bardzo trudnych warunkach, wobec zaskakującego i krótkiego terminu na przygotowanie, trudności lokalowych i innych obiektywnych, związanych z okresem destabilizacji po zawieszeniu stanu wojennego. Tematy programowe obejmowały: anestezję i intensywną terapię w chorobach i urazach ośrodkowego układu nerwowego, ze szczególnym uwzględnieniem żywienia, anestezję i intensywną terapię pediatryczną oraz tematy wolne*

²¹⁷ Znieczulenie zewnątrzoponowe w chirurgii ogólnej [w:] Materiały Naukowe VI Zjazdu Anestezjologów Polskich, cz. 1-2, s. 119-121.

²¹⁸ Znieczulenie do badań sercowo-naczyniowych [w:] Materiały Naukowe VI Zjazdu Anestezjologów Polskich, cz. 3, s. 130-147.

²¹⁹ Z. Rondio, Spotkania z anestezjologią, passim, s. 152. Referaty zjazdowe i inne teksty [w:] Anestezjologia Intensywna Terapii, R. 16, 1984, nr 4 – R. 19, 1987, nr 4.

*z preferencją pielęgniarstwa anestezjologicznego, szkolenia w pomocy doraźnej i ostrej niewydolności krążenia*²²⁰.

Spośród naukowców poznańskich uczestniczyli w nim m.in. W. Jurczyk, J. Łuczak, których wystąpienia opublikowano w specjalnym wydawnictwie²²¹. Z. Rondio pisząc o tym spotkaniu przypomniał, że: *Nie bez znaczenia były dodatkowe problemy związane z Kongresem Europejskim. Zarząd Główny i wielu członków towarzystwa przybyło do Łodzi bezpośrednio z VII Kongresu Europejskiego – z mandatem walnego zebrania sekcji europejskiej w Wiedniu 11 września 1986 r. i zobowiązaniem organizacji kongresu w Warszawie (zgodnie z tradycją w drugim tygodniu września 1990). Stały przed naszym Towarzystwem nowe zadania (czekało nas wiele niewiadomych w najbliższej przeszłości), ale i duże szanse. Mimo, że „jubileuszowy” Zjazd odbywał się niejako w cieniu Kongresu europejskiego, spełnił swoje zadanie, a organizatorom należą się słowa dużego uznania*²²².

Obrady XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii odbywały się we Wrocławiu w dniach 22-25 września 1993 r. Referaty plenarne i inne wystąpienia skoncentrowały się na trzech zagadnieniach:

1. przygotowanie do znieczulenia, monitorowanie i dokumentacja znieczulenia, nowe leki i metody anestetyczne i opieka pooperacyjna;
2. intensywna terapia – niewydolność wielonarządowa, intensywna terapia małego dziecka, medycyna przypadków nagłych i katastrof oraz organizacja i wyposażenie oddziałów intensywnej terapii;
3. ból przewlekły – struktura i funkcja ośrodków jego leczenia, ból u dziecka, blokady nerwów w leczeniu bólu, opieka paliatywna²²³.

²²⁰ Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią...*, passim, s. 153.

²²¹ *X Zjazd Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Streszczenie prac*, Łódź 1986, s. 89-90, 113-114, 129-130.

²²² Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią...*, passim, s. 153.

²²³ Z. Rondio, *Spotkania z anestezjologią...*, passim, s. 153.

Po trzech latach, polscy anestezjolodzy spotkali się na XII Zjeździe w Katowicach w dniach 12-15 maja 1996 r. Wydarzeniu towarzyszyło Forum Polonijne. Zjazd odbywał się z okazji 40-lecia, dzielącego go od chwili pierwszego. Minęło także 150 lat od momentu, gdy na ziemiach polskich po raz pierwszy zastosowano metodę znieczulenia ogólnego operowanego pacjenta. Była to więc doskonała okazja do oceny dokonań Towarzystwa i całej polskiej anestezjologii w minionym półtorawieczu²²⁴. Próbę podsumowania tego dorobku na Zjeździe przedstawiła K. Brodzińska²²⁵. Było to jedno z najciekawszych wystąpień o charakterze jubileuszowym, trafnie oceniające dorobek polskiej anestezjologii²²⁶.

O silnej pozycji anestezjologii poznańskiej w Polsce może świadczyć to, iż siedem – spośród dwudziestu trzech – referatów programowych wygłosili reprezentanci poznańskiego środowiska naukowego. Profesor Leon Drobnik omawiał zagadnienie *Niedokrwienie mózgu – aktualny stan wiedzy*²²⁷. Drugi jego referat zatytułowano *Neurologiczne powikłania znieczuleń*²²⁸. Profesor Jerzy Garstka, naświetlił problem *znieczulenia zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego we współczesnej anestezjologii*²²⁹. O *monitorowaniu w oddziałach intensywnej terapii* wypowiedział się profesor Witold Jurczyk, reprezentujący Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu.²³⁰ Profesor Roman Szulc z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii poznańskiej AM swoje wystąpienie poświęcił tematowi *Okołooperacyjna chorobowość serca*²³¹.

²²⁴ Tamże, s.154. Zob. też: *Aktualne problemy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. XII Zjazd PTAiIT*, Katowice 1996, s. 5-212.

²²⁵ K. Brodzińska, *Refleksje jubileuszowe 1846 – 1996*, *Anestezjologia Intensywna Terapija* 1996, R. 28, s. 111-116.

²²⁶ *Aktualne problemy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. XII Zjazd PTAiIT*, s. 9-16.

²²⁷ *Aktualne problemy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. XII Zjazd PTAiIT*, s. 27-39. Profesor L. Drobnik reprezentował Zakład Anestezjologii Doświadczalnej Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu oraz Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Szczecinie.

²²⁸ *Aktualne problemy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. XII Zjazd PTAiIT*, s. 141-148.

²²⁹ *Aktualne problemy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. XII Zjazd PTAiIT*, s. 80-89. Profesor J. Garstka reprezentował Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu.

²³⁰ Tamże, s. 171-175.

²³¹ Tamże, s. 59-64.

Aktualne poglądy na okołooperacyjne przetaczanie płynów i krwi omówiła profesor Laura Wołowicka, reprezentująca również Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii poznańskiej uczelni medycznej²³².

Publikacja utrwaliła bogaty dorobek tego spotkania, stanowiący podsumowanie wszelkich wystąpień 28 zespołów tematycznych.

XV Międzynarodowy Zjazd PTAiT odbył się w Poznaniu w dniach 14-17 września 2005 r. Główną ideę Zjazdu zamknięto w słowach, określających główny nurt dyskusji: *Wpływ współczesnych nauk ścisłych na dalszy rozwój anestezjologii i intensywnej terapii*²³³. Tematyka obrad zjazdu koncentrowała się na następujących zagadnieniach: etyka, prawo a anestezjologia i intensywna terapia, anestezjologia i intensywna terapia a problemy terroryzmu, nowe technologie dla anestezjologii i intensywnej terapii, anestezjologia kliniczna, znieczulenie regionalne, leczenie bólu ostrego i przewlekłego, postępy intensywnej terapii. Sesje satelitarne dotyczyły historii anestezjologii, edukacji w anestezjologii i intensywnej terapii oraz nowych technik nauczania i działalności polskich anestezjologów w świecie. Osobną sesję satelitarną poświęcono pielęgniarkom zatrudnionym w tej specjalizacji, kolejną odbyły studenckie koła naukowe.

We wstępnej ocenie, wygłoszonej przez prof. Leon Drobnik dla Polskiej Agencji Prasowej, podkreślił on wielką aktualność problematyki obrad, którą zaprezentowali uczeni z Niemiec, Wielkiej Brytanii, USA, Chin, Izraela, Palestyny i oczywiście z Polski. Według niego najciekawszy wykład zaprezentowała Kristin Engelhard z Niemiec na temat komórek macierzystych w mózgu. Przedstawiciele z Uniwersytetu w Kantonie przedstawili znieczulanie za pomocą tradycyjnych metod medycyny dalekiego Wschodu. Dużą aktualnością charakteryzowały się wykłady reprezentantów Izraela i Palestyny o medycynie stanów nagłych. Ważnym osiągnięciem były wykłady z medycyny ratunkowej w sytuacji katastrof²³⁴.

²³² Tamże, s. 99-105.

²³³ Informacja ze strony internetowej Akademii Medycznej w Poznaniu, wrzesień 2005.

²³⁴ J. Koprowski, *Zjazd anestezjologów w Poznaniu*, tekst publikowany na stronie PAP – Nauka w Polsce, 2005.

W Zjeździe uczestniczyło ponad 1500 anestezjologów i blisko 70 wybitnych uczonych różnych specjalizacji z całego świata. W czasie imprez towarzyszących zaprezentowano najnowsze osiągnięcia około 60 firm medycznych. Wybór Poznania na miejsce Zjazdu dobitnie podkreślił znaczenie tego ośrodka akademickiego w rozwoju anestezjologii w kraju i na świecie.

Poznańskie środowisko medyczne było organizatorem licznych sympozjów, konferencji, sesji naukowych poświęconych anestezjologii oraz intensywnej terapii.

Anestezjologia i intensywna terapia na początku XXI wieku była tematem sesji naukowej odbywającej się w Poznaniu od 26 do 28 września 2003 r. Jej organizatorem był Zakład Historii Nauk Medycznych Akademii Medycznej, a przede wszystkim prof. dr hab. Roman K. Meissner²³⁵.

6.12.3. Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Działalność Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii zasługuje na uwzględnienie przede wszystkim ze względu na jej dorobek badawczy (wiążący się również z tematyką niniejszej pracy) oraz udział przedstawicieli środowiska poznańskiego w jej pracach²³⁶.

Siedzibą Sekcji został Kraków. Przewodnictwem sekcji sprawuje dr nauk medycznych Alicja Macheta. Jej zastępcą wybrano dra nauk medycznych Wojciecha Michalewskiego, sekretarzem – dra nauk medycznych Tomasza Muszyńskiego, skarbnikiem – prof. dr hab. Annę Dyaczyńską-Herman. Do sekcji należało 20 członków.

W okresie od września 2003 do maja 2005 r. do najważniejszych przedsięwzięć należy zaliczyć zorganizowane sesje naukowej – wspólnie z Podkarpackim Oddziałem PTAiT oraz katedrą Historii Medycyny i Katedrą Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Spotkanie

²³⁵ Informacja ze strony internetowej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2003.

²³⁶ A. Macheta, K. Przespolska, *Powstanie i rozwój Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, *Anestezjologia Intensywna Terapija* 2000, nr 4.

odbyło się w dniach 17-18 stycznia 2004 r. a jego tematyką był *Ból i cierpienie*. W dniach 22-25 maja 2003 r. odbywającemu się w Krakowie I Międzynarodowemu Kongresowi Polskiej Rady Resuscytacji towarzyszyła sesja naukowa *Historia resuscytacji*. Podczas tego spotkania wygłoszono trzy referaty, które opublikowano na łamach kwartalnika *Anestezjologia Intensywna Terapia*²³⁷.

W dniu 24 listopada 2004 r. w Warszawie odbyła się zainicjowana przez prof. Zbigniewa Rybickiego sesja naukowa poświęcona śp. Prof. Stanisławowi Pokrzywnickiemu. Jej uczestnikami byli członkowie Sekcji Historycznej. Dużą aktywnością członkowie Sekcji wykazali się w czasie przygotowań do XV Międzynarodowego Zjazdu PTAiT w Poznaniu we wrześniu 2005 r., gdzie odbyły się dwie sesje. W czasie V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu we Wrocławiu (wrzesień 2004) z inicjatywy Sekcji zorganizowano kolejne sympozjum naukowe.

Z wyodrębnionej w 1976 r. w ramach Towarzystwa Anestezjologów Polskich, Sekcji Badania i Leczenia Bólu, powstało Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Pierwszymi jej członkami zostali: M. Borzęcki, J. Dobrogwoski, J. Garstka, M. Hilgier, J. Kącki, M. Kowalczyk, A. Kurzbaner, M. Kuś, T. Niedziałkowska, J. Otto, B. Rutkowski, K. Sedlak, B. Szatanik, A. Szczudlik.

Od roku 2000 ukazuje się kwartalne pismo *Ból*. Liczne prace poświęcone tej problematyce publikowane są także na łamach periodyku *Anestezjologia Intensywna Terapia*.

6.13. Anestezjologia dziecięca

W Polsce w okresie międzywojennym istniało 12 szpitali dziecięcych oraz 5 klinik pediatrycznych. Ludwik Zembrzuski, w roku 1917 na łamach *Gazety Lwowskiej* pisał o *znieczuleniu ogólnym i miejscowym u dzieci* i wyrażał

²³⁷ Tamże.

swoją opinię wobec różnorodnych metod anestezji młodych pacjentów²³⁸. Jednak za początki anestezjologii w pediatrii uważa się lata pięćdziesiąte XX w., kiedy w oddziale chirurgii dziecięcej Instytutu Higieny Dziecka w Warszawie, kierowanym wówczas przez prof. Jana Kossakowskiego zatrudniono pierwszego anestezjologa. Była nim dr Izabella Poklewska, zatrudniona w 1953 r.²³⁹ Postać tej lekarki wiąże się także z początkami anestezjologii w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, kierowanym przez prof. Wandę Paradowską. W ślad za nią w szpitalach dziecięcych rozpoczynają pracę kolejni anestezjolodzy, m.in. Z. Rondio, zatrudniony w Instytucie Matki i Dziecka w 1956 r., który kwalifikacje zdobywał pod okiem Mieczysława Justyny, następnie szkolił się w Kopenhadze i Liverpoolu. Stopniowo powiększa się liczba anestezjologów – pediatrów pracujących w szpitalach polskich. Wielu z nich zdobywało kwalifikacje w czasie szkoleń poza granicami naszego kraju. W roku 1956 na V Konferencji Sekcji Chirurgów Dziecięcych w Warszawie, I. Poklewska wygłosiła referat o znieczuleniu dzieci²⁴⁰.

Z całą pewnością rozwój anestezjologii pediatrycznej w Polsce był nieco spóźniony wobec jej rozwoju w Europie i to o blisko 20 lat. W dużym stopniu na takim stanie rzeczy zaciążył wybuch II wojny światowej. Po jej zakończeniu musiało minąć kilka lat, zanim ta nowa specjalizacja rozwinęła się i ugruntowała swoją pozycję w naszym kraju. Ostatecznie znalazło to odzwierciedlenie w ilości prac doktorskich z anestezjologii pediatrycznej, które – do 1970 r. – stanowiły blisko 12% tego dorobku²⁴¹.

Dużą pomoc i wsparcie finansowe ze strony UNICEF-u uzyskiwały oddziały anestezjologii i intensywnej terapii szpitali klinicznych i innych w wielu miastach Polski: Białymstoku, Gdańsku, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Zabrzu. Powstał duży kompleks – Centrum Zdrowia Matki. Jednak kryzys

²³⁸ Z. Rondio, *Nowoczesna anestezjologia i intensywna terapia na tle uwarunkowań historycznych*, [w:] *Materiały Naukowe Symposium Historia Anestezjologii w Polsce*, Kraków 1986, s. 72-73.

²³⁹ Tamże, s. 73-74.

²⁴⁰ Tamże, s. 75.

²⁴¹ Tamże, s. 76.

ekonomiczny w ósmej dekadzie XX wieku spowodował spowolnienie pozytywnych zmian w naszym kraju.

Od roku 1971 anestezjologia pediatria zyskuje należytą jej pozycję w strukturach Towarzystwa Anestezjologów Polskich (od 1983 Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii). Wówczas rozpoczęła działalność sekcja skupiająca specjalistów w tej dziedzinie²⁴². Podręcznikowe zarysy tej dziedziny znalazły się na księgarskich półkach w latach 1970, 1976²⁴³.

Środowisko medyczne Poznania ma również swój udział w tych przeobrażeniach. W 1972 r. w tym mieście odbywało się sympozjum organizowane przez wspomnianą sekcję oraz neonatologów. Kolejne odbyło się w 1979²⁴⁴.

Kiedy tworzone światowe Towarzystwo Anestezjologii i Anestezjologii w 1976 r., w gronie 20 członków zagranicznych znalazł się prof. Z. Rondio, który na I Światowej Konferencji Anestezjologii i Leczenia Stanów Krytycznych w Manili w 1984 r. wygłosił referat poświęcony wspomaganie niewydolnych funkcji życiowych²⁴⁵.

Okres dynamicznego rozwoju – pisał Z. Rondio²⁴⁶ – ma swoje uzasadnienie w działalności naukowej, a przede wszystkim w zakresie świadczenia usług, przy stale rosnącym ich poziomie, dla olbrzymiej populacji ludzi najmłodszych, od których zależy przyszłość społeczeństwa. Przytoczone w tym miejscu słowa wybitnego pediatry i anestezjologa najdobitniej odzwierciedlają sens przemian tej dziedziny medycyny w Polsce w XX stuleciu.

²⁴² Tamże, s. 77.

²⁴³ Tamże, s. 80. Z ważniejszych podręcznikowych syntez można wymienić: Z. Rondio, T. Szreter, *Aktualne problemy anestezjologii noworodków i niemowląt* [w:] *Problemy współczesnej chirurgii i anestezjologii*, pod red. W. Rudowskiego, Warszawa 1972; Z. Rondio, *Anestezjologia Pediatryczna*, Warszawa 1976; T. Szreter, *Intensywna opieka medyczna u dzieci* [w:] *Intensywna Terapia*, pod red. W. Jurczyka, Z. Rondio, Warszawa 1979.

²⁴⁴ Z. Rondio, *Nowoczesna anestezjologia i intensywna terapia na tle uwarunkowań historycznych*, s. 78.

²⁴⁵ Tamże, s. 79.

²⁴⁶ Tamże.

6.14. Pielęgniarstwo anestezjologiczne

Początki pielęgniarstwa datuje się na rok 1860. Od tego czasu w szpitalach stopniowo zastępowano służące chorym siostry zakonne lub zakonników. W ich miejsce zatrudniano pielęgniarki lub pielęgniarzy²⁴⁷. W Polsce pierwszą placówkę kształcącą pielęgniarki utworzono w 1919 r. Nowoczesne metody kształcenia personelu wprowadzono dopiero w latach 1924-1934.

Pielęgniarstwo towarzyszyło rozwojowi anestezjologii i wzrostowi liczby lekarzy tej specjalności. W gronie średniego i pomocniczego personelu medycznego powoli wzrastała liczba osób, które coraz lepiej były przygotowane zawodowo, aby wspierać lekarzy w trakcie operacji oraz zajmować się opieką nad pacjentami po tego rodzaju zabiegach.

W artykule L. Wołowickiej i współpracujących z nią autorów, dzieje pielęgniarstwa anestezjologicznego ujęto w integralnym połączeniu z rozwojem szkolenia przeddyplomowego i specjalizacyjnego dziejów nauczania w uniwersytetach i akademiach medycznych, w kontekście rozwoju Sekcji Pielęgniarstwa Anestezjologicznego w Polskim Towarzystwie Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz jego dorobku naukowego²⁴⁸.

Związki pielęgniarstwa z anestezjologią najogólniej datujemy na lata 1940-1950, kiedy przedstawiciele tego zawodu dokonywali znieczuleń i opiekowali się znieczulonym pacjentem w sali operacyjnej. W znaczącej liczbie były to siostry zakonne, które *przez wiele lat* podawały *samodzielnie „narkozę” przy użyciu chloroformu, eteru, chlorku etylu, a nawet dożylnie przy użyciu pierwszych barbituranów* jak ewipan natrium, pentotal²⁴⁹. Podobną rolę spełniali pielęgniarze. Cytowane autorki przytaczają nazwisko Stanisława Karpińskiego z poznańskiego Szpitala im Strusia, który drogą wieloletnich własnych doświadczeń doszedł do dużej sprawności praktycznej

²⁴⁷ L. Wołowicka, M. Meisnerowska, D. Sobańska, E. Szelać, D., Dyk, *Rozwój pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece w Polsce* [w:] *Materiały Naukowe Sympozjum „Historia Anestezjologii w Polsce”*, Kraków 1986, s. 81.

²⁴⁸ Tamże.

²⁴⁹ Tamże, s. 82.

w podawaniu bezpiecznych dla pacjenta znieczuleń²⁵⁰. W gronie pielęgniarek poznańskich zajmujących się znieczuleniami wymieniono Izabelę Jasińską i Grażynę Stankiewicz²⁵¹. Pierwsza z nich w 1984 r. uczestniczyła w kursie podstawowym dla anestezjologów. Poznań i Szczecin były miastami, w których rozpoczęto specjalistyczne doszkąlanie personelu pielęgniarskiego w zakresie anestezjologii.



Rysunek 38 Personel Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala przy ul. Lutyckiej w Poznaniu (zbiory prof. Laury Wołowickiej).

Poznań był i jest nadal najsilniejszym ośrodkiem pielęgniarstwa anestezjologicznego. Na początku w TAPie powstała Sekcja Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, którą prowadził prof. Rondio, a później powierzono to mnie. Następnie Sekcję przekształcono w Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pierwszą habilitację pielęgniarską zdobyła dr Danuta Dyk pod moim kierunkiem. Zorganizowaliśmy kursy podstawowe, a następnie specjalizację 2-letnią. Prof. Jurczyk bardzo przychylnie wspomagał rozwój specjalizacji wśród pielęgniarek. W czasach Instytutu udało się stworzyć wspierające programy nauczające dla pielęgniarek,

²⁵⁰ Tamże.

²⁵¹ Tamże, s. 83.

fizjoterapeutów i farmaceutów – wspomina prof. Laura Wołowicka (wywiad własny).

Od roku 1979 ujednolicono zakres szkolenia pielęgniarek w dziedzinie anestezjologii. Do 1985 r. takie kursy (138 szkoleń) ukończyło około 3100 osób²⁵². Konsekwencją tego rodzaju działań było wprowadzenie specjalizacji anestezjologicznej w pielęgniarstwie. Ta forma kształcenia nie zyskała jednak uznania w środowisku pielęgniarstwie. W ósmej dekadzie XX w. specjalizację tę uzyskało zaledwie kilkanaście osób.

Na mocy decyzji Ministra Zdrowia z 16 grudnia 1981, od 15 listopada następnego roku w Poznaniu rozpoczęto dwuletnie szkolenia pielęgniarek. W pierwszej jego edycji uczestniczyło 61 pielęgniarek. Kierownictwo tego przedsięwzięcia powierzono wybitnym lekarzom-uczonym z Poznania: doc. L. Wołowickiej oraz doc. H. Dyaczyńskiej-Herman²⁵³. Grupa pielęgniarek, która rozpoczęła zajęcia w końcu 1981 r. liczyła 61 osób. Program szkoleniowy zakończono w roku 1984.

Kolejny etap przemian w pielęgniarstwie anestezjologicznym wyznaczał rok 1985, kiedy Nadzór Krajowy ds. anestezjologii i intensywnej terapii wydał zarządzenie o weryfikacji 436 pielęgniarek anestezjologicznych. Według danych szacunkowych w Polsce w tym roku pracowało już około 500 osób wspomagających działania anestezjologiczne i intensywną opiekę medyczną.

Pogłębianiu się pozytywnych przemian w pielęgniarstwie sprzyjał rozwój stowarzyszeń. Najstarszą tego rodzaju organizacją jest *Królewskie Brytyjskie Towarzystwo Pielęgniarek*, istniejące od 1898 r.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych powstało w 1925 r., a Towarzystwo Uniwersyteckich Szkół Pielęgniarstwa, założono w 1933 r. Sekcja Pielęgniarek Anestezjologicznych przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa zainaugurowała działalność dopiero w 1968 r.

²⁵² Tamże.

²⁵³ Tamże, s. 84.

Istniała ona do 1972 r., a jej kierownictwo spoczywało w rękach Ireny Guz, którą zastępowały: Gabriela Różga i Teresa Nowak.

Przez prawie 8 lat nie istniała forma organizacji, która skupiałaby personel pracujący wyłącznie w dziedzinie anestezjologii. Te lukę wypełniła powstała 18 kwietnia 1980 r. Sekcja Pielęgniarstwa przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Przewodniczącą Sekcji została doc. L. Wołowicka, jej zastępczynią mgr Zofia Pawlik, sekretarzem mgr Roma Wierzejewska. Podobnie jak w *Sekcji Pielęgniarek Anestezjologicznych*, tak i w przypadku omawianej Sekcji główny cel istnienia sprowadzał się do doskonalenia zawodowego, natomiast sprawy socjalne stały się zagadnieniami dalszych planów. Zwracano również uwagę na inicjowanie badań w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego. Interesującym przedsięwzięciem stało się organizowanie zjazdów naukowych. Pierwszy z nich odbył się w czerwcu 1981 r. w Krakowie, dwa kolejne obradowały w Poznaniu w październiku 1982 i październiku 1984 r. Plon tych konferencji naukowych ukazał się w formie publikacji²⁵⁴.

Jako osobny temat badawczy należy wydzielić problematykę uniwersyteckiej edukacji pielęgniarek. Specjalistyczne kształcenie pielęgniarek anestezjologicznych zapoczątkował Ditzler w latach siedemdziesiątych XX w. W Polsce (do roku 1985), spośród pięciu wyższych uczelni medycznych, tego rodzaju nauczanie prowadzono w Katowicach, Krakowie i Poznaniu. Kształcenie odbywało się z uzyskaniem stopnia magistra na podstawie przedstawionej pisemnej pracy. Według danych przedstawionych przez L. Wołowicką i innych autorów w latach 1978-1985 obroniono 95 prac magisterskich z dziedziny anestezjologii i pielęgniarstwa anestezjologicznego, w tym 54 w Katowicach, 23 w Poznaniu i 18 w Krakowie²⁵⁵.

²⁵⁴ L. Wołowicka, *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego*, Poznań 1984-1985.

²⁵⁵ L. Wołowicka, M. Meisnerowska, D. Sobańska, E. Szelaąg, D. Dyk, *Rozwój pielęgniarstwa...*, passim, s. 87.

6.15. Po rozwiązaniu Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W 2001 roku rektor Akademii Medycznej przekształca Instytut w Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a na stanowisko kierownika Katedry powołuje prof. Romana Szulca. Po odejściu prof. Szulca na emeryturę, Katedrę do dnia dzisiejszego prowadzi dr Leon Drobnik. Zmiany były związane z rozwiązaniem struktur instytutów i przekształceniem ich w katedry poszczególnych specjalności. Po rozwiązaniu Instytutu Anestezjologii, w skład Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii wchodzi: I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Klinicznego przy ul. Długiej w Poznaniu, której kierownikiem jest dr hab. Paweł Sobczyński, Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu, znajdująca się w obiekcie Szpitala Klinicznego przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu, kierowana przez prof. Leona Drobniaka, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Położnictwie i Ginekologii, początkowo kierowana przez prof. Kruszyńskiego, a obecnie przez dr hab. Michała Gacę, a także Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej przy Szpitalu Klinikum nr 5 w Poznaniu przy ul. Szpitalnej, której kierownictwo po dr Niziurskiej przejęła dr Alicja Bartkowska-Śniadkowska. Zakładem Anestezjologii Doświadczalnej przy obiektach uniwersyteckich na ul. Marii Magdaleny kieruje docent Hanna Bilert. Ostatnią ze struktur stanowi Zakład Dydaktyki Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod kierunkiem docenta Zbigniewa Żaby.

Również w obrębie Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego została wydzielona struktura wchodząca w skład Wydziału Nauk o Zdrowiu – Zakład Anestezjologii, kierowany przez doktora Adama Mikstackiego.

W ramach osiągnięć w zakresie funkcji pełnionych na różnych uczelniach, należy zaznaczyć, że wywodzący się z ośrodka poznańskiego prof. Krzysztof Kusza, objął Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Bydgoszczy i jest konsultantem krajowym w anestezjologii i intensywnej

terapii. Profesor Zdzisław Kruszyński objął zakład anestezjologii w Centralnym Szpitalu MSWiA w Warszawie, wcześniej prof. Krzysztof Stengert objął stanowisko kierownika reaktywowanego Zakładu Anestezjologii Akademii Medycznej w Łodzi, natomiast prof. Laura Wołowicka została kierownikiem Kliniki Intensywnej Opieki Medycznej na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, pełniła tam również funkcję dziekana oraz kierownika Katedry Pielęgniarstwa. Prof. Jacek Łuczak utworzył w obrębie Katedry Onkologii Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Opieki Paliatywnej, natomiast na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego, przez jedną kadencję funkcję rektora pełnił Leon Drobnik, wcześniej, w czasach Akademii Medycznej, prorektorem był również prof. Witold Jurczyk. Funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego pełnił prof. Jacek Łuczak, a prodziekana tego wydziału prof. Roman Szulc. Ostatecznie w tym okresie, w dziedzinie nauki, ponad 60 anestezjologów uzyskało stopień doktora medycyny, a habilitowali się od 1965: Witold Jurczyk, Krzysztof Stengert, Kazimiera Brodzińska, Laura Wołowicka, Roman Szulc, Jacek Łuczak, Jerzy Garstka, Zdzisław Kruszyński, Leon Drobnik, Michał Gaca, Krzysztof Kusza, Hanna Bilert oraz Paweł Sobczyński.

Miłym momentem w dziejach anestezjologii wielkopolskiej było utworzenie muzeum w Ostrowie Wielkopolskim. Z tą cenną inicjatywą wystąpił dr Wojciech Stadnicki, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Miejskiego im. T. Chałubińskiego w tym mieście. W 2003 roku powstała trzecia na świecie po muzeach w Liverpool i Bonn, placówka, która przechowywała i gromadziła przedmioty związane z szeroko pojętą anestezjologią polską i światową, ściśle współpracując w tym zakresie ze wszystkimi uczelniami medycznymi na terenie Polski. Kolekcjonowano w niej wszystkie anestezjologiczne rozprawy doktorskie i habilitacyjne powstałe w poznańskiej Akademii Medycznej.

W uroczystym otwarciu Muzeum Anestezjologii uczestniczyli licznie zaproszeni goście, których powitał gospodarz, dr Wojciech Stadnicki. Inaugurując działanie placówki, prof. Andrzej Nestorowicz, prezes PTAiT

przypomniawszy pierwsze znieczulenie eterowe i podkreślił, że bez wielkich osób i ważnych myśli, które zadecydowały o początkach tej specjalności nie byłby możliwy rozwój polskiej anestezjologii. Jego zdaniem Muzeum ma ocalić od zapomnienia te dokonania. Prof. W. Jurczyk, jeden z głównych inspiratorów powstania wspomnianych zbiorów, przypomniał o roli Ostrowa, gdzie zrodziła się inicjatywa wydawania specjalistycznego czasopisma *Anestezjologia*²⁵⁶.

Kilkanaście miesięcy funkcjonowania Muzeum Anestezjologii dowiodło niestety, że wieloletni trud organizatorów nie zyskał spodziewanego wsparcia władz. Borykając się z wielkimi trudnościami finansowymi placówka została zmuszona do przeniesienia części zgromadzonych eksponatów do Muzeum Uniwersytetu Medycznego, znajdującego się w Collegium Stomatologicum przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu.

6.16. Fundacja Europejskiej Edukacji Anestezjologii

W 1986 r. Uniwersytety w Amsterdamie, Antwerpii, Gent, Lille i Leiden podjęły inicjatywę wspólnego działania na polu edukacji w dziedzinie anestezjologii w krajach Unii Europejskiej. Na bazie tej współpracy podjęto inicjatywę stworzenia Fundacji Europejskiej Edukacji w Anestezjologii z siedzibą w Leiden, którą finansowo wspiera Komisja Europejska²⁵⁷. Wyżej wspomniana Fundacja rozwija swoją działalność poprzez tworzenie ośrodków regionalnych w wielu krajach Starego Kontynentu. Najwięcej ośrodków regionalnych działa na terenie Francji – 10, w Hiszpanii istnieje 6, we Włoszech 3, w Belgii i Grecji po 2, natomiast po jednym w Holandii, Portugalii, Niemczech i Wielkiej Brytanii. Philippe Scherpereel doprowadził do powstania ośrodków regionalnych w Bułgarii, Chorwacji, Czechach, Izraelu, Polsce, Rumunii, Słowenii i Szwajcarii oraz na Węgrzech. Szkolenie w tych ośrodkach odbywa się w obecności nauczycieli ośrodków

²⁵⁶ Muzeum Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, *Anestezjologia Intensywna Terapii* 2003, R. XXXV, nr 3, s. 285-286.

²⁵⁷ J. Spiedijk, Ph. Scherpereel, *FEEA – Foundation for European Education in Anesthesiology. Fundacja Europejskiej Edukacji z Anestezjologii*, *Anestezjologia Intensywna Terapii* 2001, R. 33, s. 115-116.

zachodnioeuropejskich zrzeszonych w FEEA i przedstawiciela współpracującej z nią Europejskiej Akademii Anestezjologii (EAA). Od roku 1995 działają ośrodki w Argentynie (4), Kostaryce (1) i Meksyku (2).

Polska uzyskała w 1995 r. prawo do organizowania kursów w ośrodku w Poznaniu, kierowanym przez prof. W. Jurczyka. Każdego roku odbywają się dwa kursy. Szkolenie specjalistyczne prowadzone w ośrodkach FEEA, również w Polsce, obejmuje 6 kursów tematycznych.

Zasady prowadzenia kursów sformułowano w kilku punktach:

1. ośrodek może organizować rocznie jeden lub dwa kursy;
2. kurs ma być organizowany w podobny sposób, jak w innych ośrodkach z zastrzeżeniem przestrzegania zasad sformułowanych przez Komisję;
3. podstawową formą prowadzenia zajęć mają być wykłady, dyskusje panelowe, warsztaty i dyskusje nieformalne;
4. kurs odbywa się w ciągu dwóch i pół dnia w języku narodowym właściwym dla ośrodka;
5. zajęcia muszą być prowadzone w ośrodkach położonych w odosobnieniu, zapewniającym uczestnikom zakwaterowanie;
6. w czasie spotkania nie może być realizowany program socjalny;
7. liczba uczestników nie powinna przekraczać 50 osób, co zapewnia dobre relacje pomiędzy uczestnikami i prowadzącymi oraz ułatwia kontakty wśród uczestników;
8. uczestnicy przed rozpoczęciem kursu otrzymują materiały edukacyjne;
9. po zakończeniu kursu musi być przeprowadzony test samooceniający (MCQ);
10. każdy wykład kończy się oceną nauczyciela przez uczestników;
11. wykładowcy i prowadzący zajęcia nie ponoszą kosztów przejazdu i zakwaterowania;
12. uczestnicy w ramach opłaty kursowej otrzymują: wydawnictwo, test MCQ, zakwaterowanie i posiłki.

Co cztery lata Komisja dokonuje aktualizacji programów poszczególnych kursów. W związku z przekształceniem FEEA w CEEA (Committee for European Education in Anaesthesiology) Europejski Komitet Edukacji w Anestezjologii w dniu 6 stycznia 2010 r. aktem notarialnym powołał Europejską Fundację ds. Szkolenia w Anestezjologii CEEA, która organizacyjnie i merytorycznie podlega pod struktury ESA (European Society of Anesthesiologists) – Europejskiego Stowarzyszenia Anestezjologów.²⁵⁸

Głównym celem CEEA jest kreowanie standardów postępowania anestezjologicznego oraz dbałość o wysoki poziom prowadzonej edukacji, co powinno wpisać się w wymagane od nas przepisami prawa oraz zgodne z treścią Kodeksu Etyki Lekarskiej zasady naszego profesjonalnego rozwoju. Koncepcja CEEA wpisuje się w deklarację Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych (UEMS) dotyczącą szkolenia ustawicznego, zwaną deklaracją z Dublinu.

CEEA jako CME kursy w swoim programie niezmiennie opierają się na sześciu podstawowych cyklach szkolenia, które obejmują wiedzę w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii, medycyny stanów nagłych oraz terapii bólu. W ośrodku Bydgosko-Poznańskim CEEA organizujemy kursy dwa razy w roku, zatem okres szkolenia może ulec skróceniu. W ten sposób zorganizowany system pozwala w odpowiednim czasie na odświeżenie oraz utrwalenie wiedzy medycznej, która zwykle zgodnie z zasadami edukacji powinna podlegać zrewidowaniu w okresie nie dłuższym niż sześć lat.

Cykl sześciu kursów zawiera następujące tematy:

- 1. Układ oddechowy i klatka piersiowa, anestezja w chirurgii klatki piersiowej.*
- 2. Układ sercowo-naczyniowy.*
- 3. Intensywna terapia, medycyna ratunkowa, krwiolecznictwo.*
- 4. Matka i dziecko, reakcje uboczne i niepożądane.*
- 5. Neurologia, neuroanestezja, anestezja regionalna, terapia bólu.*

²⁵⁸ <http://www.ceea.org.pl/o-fundacji.html>

6. *Znieczulenie w różnych dyscyplinach zabiegowych oraz znieczulenie w aspekcie ciężkości stanu chorego oraz organizacji systemu znieczulenia w trybie jednodniowym.*²⁵⁹

Fundacja działa na terenie całej Polski. Dzięki kilku ośrodkom regionalnym realizowane jest Ustawiczne Kształcenie Podyplomowe poprzez organizowanie kursów szkoleniowych dla anestezjologów wg programu CEEA zgodne z ideą szkolenia ustawicznego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Organizacja szkoleń odbywa się także we współpracy z WFSA (Światowa Federacja Towarzystw Anestezjologicznych).

Kontynuacją pierwowzoru fundacji jest Ośrodek Bydgosko-Poznański, którego dyrektorem jest prof. Krzysztof Kusza.

Celem Fundacji jest ochrona zdrowia, a w szczególności:

- *działanie na rzecz rozwoju służby zdrowia i ochrony zdrowia, poprzez wdrażanie Ustawicznego Kształcenia Podyplomowego (CME – Continuing Medical Education);*
- *integracja polskiego i zagranicznego środowiska lekarzy anestezjologów oraz pielęgniarek anestezjologicznych;*
- *popularyzowanie w środowisku medycznym aktualnego krajowego i zagranicznego dorobku w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej;*
- *działanie na rzecz rozwoju wiedzy i doświadczenia polskiego i zagranicznego środowiska anestezjologicznego, prowadzenie badań naukowych, edukacja;*
- *wspomaganie i promowanie inicjatyw w zakresie rozwoju anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, a także podnoszenie standardów w anestezjologii i intensywnej terapii;*

Fundacja realizuje swoje cele poprzez:

- *udzielanie wsparcia organizacyjnego, metodycznego lub finansowego w zakresie celów Fundacji,*

²⁵⁹ <http://www.ceea.org.pl/>

- *organizowanie lub finansowanie programów edukacyjnych, spotkań, sympozjów, wykładów, konferencji, szkoleń, kursów;*
- *redystrybucję otrzymanych dóbr w szczególności pomocy naukowych i materiałów edukacyjnych;*
- *organizowanie i prowadzenie akcji popularyzatorskich;*
- *nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów oraz podejmowanie wspólnych przedsięwzięć z osobami lub instytucjami zainteresowanymi celami Fundacji;*
- *zarządzanie funduszami i programami służącymi realizacji celów Fundacji, powierzonymi przez inne instytucje;*
- *prowadzenie instytucji, programów integrujących polskie i zagraniczne środowiska medyczne;*
- *współdziałanie z krajowymi i zagranicznymi instytucjami lub osobami fizycznymi działającymi w zakresie objętym celem Fundacji.*

ROZDZIAŁ VII Dyskusja i wnioski

Celem pracy było zebranie materiału historycznego i udzielenie odpowiedzi na pytania postawione we wstępie.

Podział pracy na okresy historyczne jest całkowicie uzasadniony, gdyż odpowiadają one formie rozwoju merytorycznego, obszarom wykorzystania oraz rozwojowi anestezjologii w medycynie współczesnego okresu.

Okres od historycznej daty narodzin anestezjologii do okresu odzyskania niepodległości Polski jest związany z pojawieniem się umiejętności medycznej jaką jest znieczulenie. Zniesienie bariery bólu umożliwia rozwój wszystkim specjalnościom zabiegowym. Do końca XIX w. dominuje znieczulenie wziewne. W ostatnich 20-latach XIX epoki pojawia się nowa technika znieczulenia, umożliwiającą zniesienia czucia bólu w określonych partiach ciała.

W okresie 20-lecia międzywojennego, odkrycia nowych środków zapoczątkowują rozwój anestezji dożylną oraz znieczulenie złożone, w których wykorzystuje się łączenie różnych metod.

Po II wojnie światowej rozwój anestezjologii związany jest przede wszystkim z pojawieniem się pierwszych specjalistów i powstawianiem systemu kształcenia podyplomowego. Ponadto następuje szybki rozwój towarzystw anestezjologicznych i kształtowania warunków prawnych funkcjonowania tej specjalności. Do anestezjologii dołączona zostaje intensywna terapia, później leczenie bólu i wreszcie pomoc doraźna. W tym okresie dominuje rozwój parku technicznego, urządzeń służących bezpiecznemu znieczulaniu, monitorowaniu pacjenta, wentylacji płuc.

W moim przekonaniu, odpowiedź na wysunięte pytania badawcze kształtuje się następująco:

1. Jak przebiegał rozwój znieczulania w Wielkopolsce przed okresem powstania Uniwersytetu Poznańskiego?

Analiza źródeł pokazuje, że rozwój anestezjologii na ziemiach Wielkopolski przebiegał równolegle z osiągnięciami anestezjologii światowej. Szczególnie ważne jest przytoczenie dokonań pionierów znieczulenia, związanych z regionem poznańskim. Pierwsze znieczulenie wykonał poznańczyk, prof. Ludwik Bierkowski w Krakowie w 1847 r. Pomimo ograniczeń wprowadzanych przez władzę zaboru pruskiego, poznańscy lekarze prowadzili działalność naukową. Istotnym ograniczeniem w kształceniu polskich lekarzy był brak polskiej placówki uniwersyteckiej i ograniczenia wynikłe z okupacji pruskiej. W *Nowinach Lekarskich* umieszczane są artykuły oryginalne oraz krótkie informacje o nowościach w anestezjologii.

Prof. Świącicki konstruuje nowoczesny inhalator do znieczulenia podtlenkiem azotu w trakcie porodu. Należy podkreślić działalność Stanisława Przybyszewskiego, który swoimi rysunkami zainspirował C.L. Schleicha do opracowania techniki znieczulenia nasiękowego.

2. Jaki wkład w rozwój anestezjologii polskiej wnieśli poznańscy anestezjolodzy do czasu II wojny światowej?

Rozwój naukowy nastąpił po utworzeniu Wydziału Lekarskiego w 1920 r. na Uniwersytecie Poznańskim. Kliniką Chirurgiczną, kierował prof. Antoni Jurasz, który opublikował szereg bardzo ważnych artykułów poświęconych znieczuleniu podpajęczynówkowemu i wygłosił referat na XXIII Zjeździe Chirurgów. Autorami innych ważnych publikacji o znieczuleniu byli: Czesław Maciejewski, Czesław i Józef Granatowicz.

3. Jaki był udział poznańskiej kadry uniwersyteckiej w nauczaniu anestezjologii na Wydziale Lekarskim w Edynburgu?

W czasie II wojny światowej kontynuowano kształcenie akademickie anestezjologii na Wydziale Lekarskim przy Uniwersytecie Edynburskim w Szkocji. Nauczanie było możliwe dzięki prof. Antoniemu Juraszowi, który został pierwszym dziekanem oraz Romanowi Reitharowi, który prowadził zajęcia z anestezjologii.

4. Jak powstawało nauczanie akademickie anestezjologii w okresie powojennym?

Najlepszą syntetyczną oceną tego zagadnienia jest opinia prof. Jurczyka:

...W okresie powojennym, rozwój anestezjologii w Polsce został zapoczątkowany dzięki zaangażowaniu powracających z zachodu polskich lekarzy, którzy rozwój dyscyplin zabiegowych uzależniają od wprowadzenia nowoczesnych metod znieczulenia. nauczycieli, Stanisława Pokrzywnickiego i Mieczysława Justynę.

Ważnym wydarzeniem dla rozwoju anestezjologii akademickiej w Poznaniu i ukształtowania anestezjologii jako specjalizacji było powołanie w 1951 r. przez Ministra Zdrowia stanowiska specjalisty krajowego. Po tym okresie nastąpił bardzo dynamiczny okres rozwoju dzięki nowym przepisom, powstaniu stanowisk konsultantów regionalnych, utworzeniu programu 4-letniej specjalizacji. W dniu 2 listopada 1962 r. na Akademii Medycznej w Poznaniu utworzono Zakład Anestezjologii Akademii Medycznej, którego kierownikiem zostaje prof. Witold Jurczyk. Od tego momentu następuje rozwój nowoczesnej anestezjologii akademickiej w Poznaniu.

5. Jakie wkład naukowy wniosła poznańska anestezjologia akademicka do rozwoju nauki polskiej w okresie powojennym?

W okresie powojennym wkład poznańskiej anestezjologii w rozwój nauki polskiej jest wielopłaszczyznowy. Przede wszystkim wyraża ją liczbą publikacji, udział w zjazdach naukowych, liczba uzyskanych stopni i tytułów naukowych. Pracownicy naukowcy opublikowali ponad 900 artykułów w polskiej i zagranicznej prasie fachowej.

Przewodnymi kierunkami naukowymi, nad którymi prowadzono badania były:

- patofizjologia i leczenie wstrząsu,
- ostra niewydolność oddechowa,

- choroba poresuscytacyjna,
- zmiany immunologiczne w anestezji i intensywnej terapii,
- zastosowanie helu w medycynie,
- patologia i intensywne leczenie mnogich obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych.

W Poznaniu powstał jedyny w Polsce Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który był siedzibą Komisji Patofizjologii Anestezji i Intensywnej Terapii Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN (przewodniczący, sekretarz oraz członkowie) oraz Komisji Nauk Medycznych, Oddziału PAN w Poznaniu.

Pracownicy Instytutu byli członkami zwyczajnymi Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk oraz innych Towarzystw Lekarskich. Dzięki prof. W. Jurczykowi i innym pracownikom Instytutu, utworzono polski oddział Europejskiej Akademii Anestezjologii (EAA).

Dzięki ciężkiej pracy naukowej, od 1962 r. przewody habilitacyjne ukończyli: W. Jurczyk, K. Stengert, K. Brodzińska, R. Szulc, L. Wołowicka, J. Łuczak, J. Garstka, Z. Kruszyński, L. Drobnik, M. Gaca i K. Kusza.

Tytuły naukowe profesora otrzymali: W. Jurczyk (1970), K. Stengert (1974), K. Brodzińska (1983), L. Wołowicka (1986), R. Szulc (1987), J. Garstka (1992), Z. Kruszyński (1997) i L. Drobnik (1998).

Doktoraty Honoris Causa na wniosek pracowników Instytutu otrzymali pionierzy anestezjologii światowej: Sir Robert Macintosh (Anglia), Stanisław Pokrzywnicki (Polska), Jean Lassner (Francja), Władimir Niegowski (Rosja), Tigran Darbinian (Rosja), Wolfgang Dick (Niemcy), Otto Mayrhofer (Austria).

6. Jaki wkład wniosła poznańska anestezjologia akademicka do rozwoju kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w anestezjologii i intensywnej terapii?

Niewielkie grono pionierów anestezjologii, pod kierownictwem prof. Witolda Jurczyka, w latach 60-tych rozpoczęło kształtowanie działalności dydaktycznej z podstaw anestezjologii i reanimacji w ramach realizowanych

zajęć z chirurgii. System nauczania anestezjologii stanowił nowoczesny i wysoce skuteczny system dydaktyczny dla studentów Akademii Medycznej, a później Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Od roku akademickiego 1969/1970 wprowadzono dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego własny program nauczania z anestezjologii i resuscytacji.

Od 1981 r., dzięki prof. Jackowi Łuczakowi wprowadzono dla studentów pierwszych lat studiów obu wydziałów lekarskich nauczanie zasad pomocy doraźnej.

Dla wzrostu liczby specjalistów w anestezjologii w Wielkopolsce i na terenie całej Polski bardzo istotną rolę odegrało kształcenie podyplomowe. Wspólnie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego realizowano w Instytucie Anestezjologii i Intensywnej Terapii program kształcenia w ramach specjalizacji oraz kursy doskonalące.

W 1995 r. utworzono w Poznaniu Regionalne Centrum Podyplomowego Szkolenia, a Europejska Akademia Anestezjologii oraz Komisja Europejska zatwierdziła w 1997 r. Instytutowi Anestezjologii AM w Poznaniu europejską akredytację na ustawiczne kształcenie podyplomowej anestezjologów. Specjalizację I i II stopnia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii uzyskało ponad 500 lekarzy.

W Poznaniu opracowano program i rozpoczęto kształcenie specjalizacyjne w pielęgniarstwie anestezjologicznym.

7. Jakie osiągnięcia poszczególnych nauczycieli wniosły istotny wkład w kształtowanie anestezjologii w Polsce i w innych obszarach związanych z anestezjologią?

Myślę, że w odpowiedzi na to pytanie należy wymienić najistotniejsze fakty:

- w 1969 roku prof. K. Stengert objął stanowisko kierownika reaktywowanego Zakładu Anestezjologii AM w Łodzi.

- Prof. L. Wołowicka została kierownikiem Kliniki Intensywnej Opieki Medycznej na Wydziale Pielęgniarskim AM w Poznaniu, gdzie przez dwa lata pełniła też funkcję kierownika Katedry Pielęgniarstwa oraz dziekana tego Wydziału.
- Prof. J. Łuczak jest pionierem leczenia hospicyjnego i prowadzi w ramach Katedry Onkologii Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Opieki Paliatywnej.
- Prof. L. Drobnik pełnił funkcję kierownika Zakładu Anestezjologii AM w Szczecinie.
- Prof. Z. Kruszyński pełni funkcję kierownika Zakładu Anestezjologii AM w Bydgoszczy.
- Od 1997 r. dr hab. M. Gaca był kierownikiem Zakładu Medycyny Katastrof, zasiadał w ścisłych władzach Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, wpłynął na kształtowanie nowoczesnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz kształcenie w przedmiocie: medycyna ratunkowa.
- Prof. J. Garstka był jednym z pionierów leczenia przeciwbólowego w Polsce. Został pierwszym przewodniczącym Polskiego Oddziału Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (Polish Chapter of IASP). Zasiadał w Radzie Głównej IASP (Council Member of IASP) Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu.

8. Jak należy syntetycznie podsumować okres badany?

W okresie do zakończenia II wojny światowej, poznańscy lekarze zajmujący się zagadnieniami nauczania, z olbrzymi zaangażowaniem w pracę naukową tworzyli podwaliny poznańskiej anestezjologii akademickiej.

W okresie powojennym następuje olbrzymi i wielopłaszczyznowy rozwój anestezjologii akademickiej pod kierownictwem prof. Witolda Jurczyka.

Wszyscy pionierzy anestezjologii wnieśli olbrzymi wkład w kształtowanie nowoczesnej anestezjologii w Polsce o czym świadczą odpowiedzi na zadane tezy.

ZAKOŃCZENIE

Wyważoną i pełną ocenę dorobku uczonych poznańskiej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz ich wkładu w rozwój anestezjologii światowej opisał prof. Z. Rondio, redaktor naczelny *Anestezjologii Intensywnej Terapii*, za którym wypada przytoczyć obszerny fragment jego wypowiedzi: *Kiedy sięgamy do wspomnień, szczególnie istotne jest podkreślenie udziału jednostek. Przypomnienie niektórych zdarzeń może ułatwić zrozumienie przyszłości nie tylko jako ciekawy przyczynek kronikarski.*

Wkład Wielkopolan zarysował się najmocniej w moich wspomnieniach w trzech specyficznych aspektach rozwoju naszego Towarzystwa²⁶⁰. Według cytowanego autora były to:

Po pierwsze – lata 1962-1983; okres niezmiernie istotnego etapu, tak trudnego w owych czasach – otwarcia polskiej anestezjologii na świat. [...].

Po drugie – elementem, zaznaczonym skromnie w referacie o wkładzie Wielkopolan, jest wiodący udział Jubilata²⁶¹ w dojrzewaniu poglądów naukowych i organizacji intensywnej terapii (Poznań – Sympozjum 1970). [...].

Jest to bardzo ważna ocena dokonań prof. W. Jurczyka i zespołu ludzi, którymi przez lata kierował w Poznaniu.

Od początku pierwszego znieczulenia eterowego w Polsce w 1947 r., wykonanego przez poznańczyka, prof. Ludwika Bierkowskiego, rozwój techniki znieczulenia i jego rozpowszechnienie dokonuje się również w Wielkopolsce. W sytuacji niezwykle trudnej dla rozwoju wolnej myśli naukowej, w zaborze pruskim, polscy lekarze prowadzili szeroką praktykę, używając najnowszych metod z Europy i Świata.

²⁶⁰ *Od redakcji, Anestezjologia Intensywna Terapia, R. XXXII, 2001, s. 114-115.*

²⁶¹ Wystąpienie Z. Rondio nawiązuje do tekstu: W. Jurczyka, M. Sikorskiego, *Anestezjologia w Wielkopolsce, Anestezjologia Intensywna Terapia R. XXXIII, 2001, s. 110-114*, wygłoszonym na posiedzeniu plenarnym poświęconym 70-leciu urodzin prof. W. Jurczyka (zob.: *Wkład Wielkopolan w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce*. Komisja ds. Anestezjologii i Reanimacji Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN w Kamińsku koło Poznania w dniu 24 marca 2001 r., tamże, s. 109-110).

Olbrzymi udział w dostarczaniu informacji mają *Nowiny Lekarskie*, a organizowane spotkania PTPN umożliwiają wymianę cennych obserwacji. Studiując roczniki tego wspaniałego pisma, znajdujemy opisy znieczuleń wykonywanych przez polskich lekarzy.

Przełom w rozwoju nauczania uniwersyteckiego dokonuje się po odzyskaniu niepodległości i po powstaniu Uniwersytetu Poznańskiego. Na wydziale lekarskim prowadzona jest praca naukowa, oparta na szerokim doświadczeniu praktycznym, o czym świadczą publikacje wygłaszane na międzynarodowych zjazdach chirurgów i w prasie specjalistycznej.

Zaczynają dominować poglądy o powstaniu wydzielonej specjalizacji zajmującej się znieczulaniem.

Po II wojnie światowej następuje dynamiczny rozwój struktur akademickich. Zgodnie ze światowym nurtem rozwoju anestezjologii jako specjalizacji, powstaje w latach 60-tych Zakład Anestezjologii na Akademii Medycznej w Poznaniu. Dynamiczny rozwój naukowy i organizacyjny umożliwia przekształcenie w Katedrę i Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Należy podkreślić, że taki dynamiczny rozwój był możliwy dzięki wspaniałemu gronu wielkopolskich lekarzy anestezjologów. To dzięki nim, anestezjologia i intensywna terapia rozwija się tak szeroko.

Wielu lekarzy, profesorów wniosło swój nieoceniony wkład w ten sukces. Każdy sukces ma swojego ojca, tego, kto stoi na czele i prowadzi zespołowi. To jego decyzje ostatecznie decydują o osiągnięciu sukcesu. I myślę, że należy po raz kolejny podkreślić rolę, jaką odegrał w półwieczu rozwoju anestezjologii akademickiej w Poznaniu prof. Witold Jurczyk.

Każdemu z pionierów anestezjologii w Poznaniu należy się wielkie uznanie i szacunek za olbrzymi wkład w rozwój tej specjalności.

Wymieniając nazwiska profesorów: Brodzińskiej, Wołowickiej, Schulza, Garstki, Drobnika, Kruszyńskiego, wielu docentów i doktorów w tej pracy należy pamiętać, że to dzięki nim jako zespołowi i każdemu osobno dzisiejsza anestezjologia uniwersytecka naucza studentów i lekarzy na najwyższym poziomie.

Przez wiele lat Poznań był najważniejszym ośrodkiem, w którym podejmowano istotne decyzje o kształcie tej specjalności w Polsce.

Pisząc o efektach rozwoju tej specjalności w Wielkopolsce należy odnieść się do korzyści jakie odnieśli pacjenci. Dzięki tak szerokiemu rozwojowi, intensywnemu szkoleniu, życzliwości i wspaniałej nowoczesnej organizacji bardzo szybko nowi specjaliści anesteziolodzy trafiali doskonale przygotowani do pracy w szpitalach całej Wielkopolski i województw ościennych.

W ostatnich latach XX w. i początkach XXI w. obserwujemy, iż z tej szerokiej specjalizacji stopniowo wyodrębniają się samodzielne specjalizacje medyczne. Są to: medyczna opieka paliatywna, leczenie bólu, medycyna ratunkowa.

Największym jednak sukcesem staje się spadająca śmiertelność okołoooperacyjna pacjentów, dzięki nowoczesnej organizacji, doskonałemu wyposażeniu i wykształceniu takiej ilości profesjonalistów. Dzięki kształceniu nowych anesteziologów, w wielu ośrodkach powstały nowoczesne oddziały intensywnej terapii, skutecznie wspomagające leczenie ciężko chorych pacjentów.

Miejsce poznańskiej uczelni medycznej w dziejach anesteziologii polskiej można podkreślić wymieniając listę wybitnych przedstawicieli tej specjalizacji, którzy uzyskali tytuły doktora honoris causa. Na niej figurują nazwiska Roberta Reginalda Macintoscha, Vladimira Aleksandrowicza Niegowskiego, Stanisława Pokrzywnickiego, Ottona Mayerhofer, Joana Lassnera, Tigrana Mojsiejewicza Darijana, Wolfganga Dicka, których wkład w rozwój anesteziologii światowej, jak i polskiej, jest niepodważalny. To symboliczne odwołanie się do tych nazwisk, a zarazem fakt przyjęcia zaszczytnego i zarazem honorowego tytułu przez wymienione osoby, poświadcza fakt uznania poznańskiej uczelni i jej wkładu w dziedzinie wiedzy medycznej, która była przedmiotem zainteresowania autora powyższych rozważań.

Wkład poznańskiej anestezjologii można oceniać różnymi metodami. Jedną z najobiektywniejszych jest zapewne aktywność naukowa środowiska uczonych skupionych wokół Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego. Wyrazić ją można poprzez liczne publikacje w fachowej prasie naukowej wydawanej w kraju oraz poza jego granicami, uczestnictwem w zjazdach naukowych, konferencjach, sympozjach, szkoleniach. Istotnym miernikiem tego wkładu będzie także liczba podręczników z dziedziny anestezjologii i nauk pokrewnych (resuscytacji, intensywnej opieki medycznej, leczenia bólu). Wreszcie można ten ogromny wysiłek ocenić poprzez dane statystyczne określające liczbę studentów biorących udział w zajęciach z anestezjologii.

To także statystyka lekarzy, którzy posiadają I i II stopień specjalizacji z anestezjologii. To również liczba powstałych prac doktorskich i habilitacyjnych. Istotnymi danymi jednak będą liczby wspominające o ilości zabiegów operacyjnych przeprowadzonych w różnego rodzaju znieczuleniach ogólnych. Ilość ocalonych ludzkich istnień w pełni uzmysłowi nam wysiłek, który został podjęty po zakończeniu II wojny światowej, uwieńczony powstaniem Zakładu Anestezjologii, a w końcu Instytutu. Ten wysiłek, co jeszcze raz wypada podkreślić, to przede wszystkim przygotowanie programu kształcenia z anestezjologii i jej wprowadzenie na stałe do programu nauczania. To także efekt wprowadzenia nowych leków i sposobów znieczulania, co odbywało się równoległe z panującymi światowymi trendami.

W tej ocenie nie można pominąć technologicznego i farmaceutycznego zaplecza anestezjologii, które systematycznie wzbogacano i doskonalono wraz z podwyższaniem kwalifikacji zawodowych. Pomimo braku wielkich spektakularnych odkryć naukowych na miarę światową, poznańskie środowisko naukowe zajmuje wysokie miejsce w strukturach organizacji anestezjologów w Europie. Wymownym dowodem jest stworzenie w Poznaniu centrum kształcenia, któremu patronuje FEEA. To wszystko składa się na wysoką ocenę ludzi, którzy przez wiele lat służyli i dzielnie służą chorym, podejmując trudną walkę o ich życie, która nie zawsze kończy się sukcesem w zmaganiach ze śmiercią.

Ponad 40 lat istnienia anestezjologii w strukturach AM w Poznaniu, oceniane według takich kryteriów, przynosi zaszczyt całemu środowisku lekarskiemu tego miasta i tej Uczelni. W tym czasie, w strukturach organizacyjnych Akademii Medycznej w Poznaniu, dokonywano licznych zamian. Ich celem było przede wszystkim najefektywniejsze wykorzystanie możliwości rozwoju nowej dyscypliny medycznej, dostosowanie jej do potrzeb leczenia pacjentów oraz edukacji studentów, a także kształcenie anestezjologów.

Działania poznańskiego środowiska naukowego doprowadziły do uznania anestezjologii za jedną z ważnych gałęzi wiedzy medycznej i utorowały jej drogę do należytego miejsca w strukturach organizacyjnych szpitali, klinik, uczelni medycznych, nauki polskiej. Sukcesem było włączenie tego zakresu wiedzy do programu nauczania, nie tylko lekarzy, ale i pielęgniarek posiadających specjalizację anestezjologiczną.

Ten proces przyspieszył ogromny wysiłek w zawiązaniu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, które wraz z właściwymi organami Polskiej Akademii Nauk, stało się koordynatorem badań naukowych oraz – dzięki własnemu czasopismu, kwartalnikowi, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, popularyzatorem dorobku i wysiłków setek lekarzy tej specjalizacji medycznej.

Podsumowując rozważania nad dziejami anestezjologii w Polsce warto przywołać wypowiedź prof. R. Szulca, publikowaną w 2002 r. i będącą głosem w szerokiej dyskusji nad perspektywami rozwoju tej specjalizacji w naszym kraju. *Dynamiczny rozwój anestezjologii w Polsce umożliwiony został, mimo barier dzielących w przeszłości Europę, dzięki wysiłkowi pionierów w tym kraju, którzy potrafili ukazać znaczenie naszej specjalności dla rozwoju dyscyplin zabiegowych z jednej strony, z drugiej zaś poprzez stworzenie właściwej organizacji szkolenia podyplomowego.*²⁶²

²⁶² J. Suchorzewska (moderator dyskusji), *Teraźniejszość i przyszłość anestezjologii akademickiej. Debata kierowników katedr anestezjologii i intensywnej terapii*, *Anestezjologia, Intensywna Terapia*, t. XXXIV, 2002, nr 3, s. 213.

ANEKS 1 Dokumenty Towarzystwa Anestezjologów Polskich

Zawiera fotografie dokumentów, osób i zdarzeń w sposób istotny związanych z tematem dysertacji.

Źródło: archiwum prywatne Jerzego Garstki.

Informacja Zarządu Głównego TAP o przyjęciu do Światowej Federacji
Towarzystw Anestezjologicznych – 1965 r.

P.T. Członkowie Towarzystwa Anestezjologów Polskich !

Uprzejmie zawiadamiamy, że Towarzystwo nasze zostało przyjęte do Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych /World Federation of Societies of Anesthesiologists/. W związku z powyższym wszyscy członkowie zwyczajni będą otrzymywali za pośrednictwem Zarządu Oddziału Towarzystwa biuletyny Biura Światowej Federacji Tow. Anest., którego pierwszy numer załączamy. Niestety będą je narazie otrzymywali tylko ci spośród Kolegów, którzy byli członkami TAP w dniu rejestracji naszego Towarzystwa w Światowej Federacji.

Przy okazji II Międzynarodowego Sympozjonu Anestezjologicznego, który odbył się w dniach 16.8.-20.8.1965 w Pradze /Czechosłowacja/, przedstawiciele Zarządów Głównych Towarzystw Anestezjologicznych Krajów Demokracji Ludowej uchwalili założenie wspólnego czasopisma naukowego pod nazwą Anaesthesia et Resuscitatio, które będzie wydawane w Pradze wyłącznie w języku angielskim. Uchwałą Zarządu Głównego TAP nasze Towarzystwo będzie reprezentować w redakcji tego czasopisma Prof. Dr med. Stanisław Pokrzywnicki.

Ustalono także, że następny Międzynarodowy Sympozjon Anestezjologiczny odbędzie się w drugiej połowie sierpnia 1967 roku w Poznaniu i dotyczyć będzie problemów krążeniowych w anestezjologii i resuscytacji. Bliższe dane dotyczące tego Sympozjonu przesłane zostaną P.T. członkom w terminie późniejszym.

Z przykrością zawiadamiamy, że projektowany we wrześniu 1966 roku IV Zjazd naszego Towarzystwa nie odbędzie się z przyczyn od Zarządu Głównego niezależnych.

W załączeniu przesyłamy skład Zarządu Głównego Towarzystwa Anestezjologów wraz z adresami jego członków, Zarządów poszczególnych oddziałów Towarzystwa wraz z adresami ich członków, specjaliści krajowego i specjaliści wojewódzkich z podziałem terytorialnym kraju, a także pełny wykaz członków zwyczajnych i współpracujących Towarzystwa z adresami.

Uprzejmie przypominamy, że do Sekretariatu Zarządu Głównego T.A.P. należy bezzwłocznie zgłaszać zmianę w danych ewidencyjnych jak : zmianę nazwiska, zmianę miejsca zamieszkania, datę zdobycia stopnia naukowego oraz stopnia specjalizacji.

S e k r e t a r z

P r e z e s

/-/ Dr med. Witold Jurczyk

/-/ Prof. Dr med. Stanisław Pokrzywnicki

Informacja Zarządu Głównego TAP o obowiązujących przepisach,
rozporządzeniach i ustawodawstwie – 1963 r.

TOWARZYSTWO ANESTEZJOLOGÓW POLSKICH

ZARZĄD GŁÓWNY

Sekretariat: Poznań, ul. Szkolna 8-12
L.dz. 22/63

Zarząd Główny chcąc ułatwić członkom Towarzystwa Anestezjologów Polskich zapoznanie się z obowiązującymi zarządzeniami i instrukcjami Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczącymi spraw anestezjologii, podaje pozycje Dzienników Urzędowych Min. Zdrowia, które ukazały się w dotychczasowym ustawodawstwie medycznym.

1. Instrukcja w sprawie tworzenia i zakresu działania komórek anestezjologicznych w szpitalach / Dz. Urzęd. Min. Zdrowia i Op. Społ. z dnia 1 kwietnia 1961, Nr. 7 poz. 43, Nr. instr. 14/61 strona 62 /.
2. Regulamin działu anestezjologii w szpitalu / "Regulaminy szpitalne", załącznik do instrukcji Nr. 35/61 Min. Zdrowia i Op. Społ. z dnia 9.6.1961, str. 74 - 81 / oraz o podporządkowaniu personelu sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu i o zmianie programu operacyjnego / § 11 i § 12 "Regulaminu traktu operacyjnego" str. 72 "Regulaminu Szpitalnego".
3. Zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy / Dz. Urzęd. Min. Zdrowia i Op. Społ. z dnia 28.2.1963, Nr. 4, poz. 21, str. 51 /.
4. Zarządzenie w sprawie wysokości dodatków specjalnych dla pracowników zatrudnionych w zakładach społecznej Służby Zdrowia i Zakładach pomocy społecznej w warunkach uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia oraz zasad wypłacania tych dodatków. Dodatek specjalny wg stawki B przysługuje lekarzom zatrudnionym przy podawaniu narkozy, jeśli czynność ta stanowi ich podstawową funkcję / Monitor Polski, Dz. Urzęd. Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 18.12.1958, Nr. 96, poz. 522, § 3, pkt 3 podpunkt c, str. 810 /.
5. Pismo Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia i Op. Społecznej w sprawie tworzenia komórek anestezjologicznych w szpitalach i skierowania odpowiednich lekarzy do utworzonych ośrodków Szkoleniowych w Warszawie, Łodzi, Wrocławiu, Krakowie, Poznaniu i Gdańsku. Pismo zostało skierowane do wszystkich wojewódzkich i miejskich wydziałów zdrowia i opieki społecznej w dniu 24.1.1963 r.

Równocześnie podaje się do wiadomości, że w przyszłości ZG utrzyma podobną postać informacji bieżącej dla członków TAP.

SEKRETARZ TAP

/-/ Dr med. W. Jurczyk

PRZES TAP

/-/ Doc. Dr med. St. Pokrzywnicki

IV. Nadzór Specjalistyczny

A. Specjalista Krajowy Prof. Dr med. Stanisław Pokrzywnicki
Asystent Specj. Krajowego Dr med. Bogdan Kamiński

B. Specjaliści wojewódzcy :

1. woj. białostockie	Dr Teresa Maśkowska
2. woj. bydgoskie	Doc. Dr med. Marek Sych
3. woj. gdańskie	Dr med. Aleksander Lewiński
4. woj. katowickie	Dr med. Bolesław Rutkowski
5. woj. kieleckie	Dr med. Bolesław Rutkowski
6. woj. koszalińskie	Dr Janusz Skolimowski
7. woj. krakowskie	Doc. Dr med. Marek Sych
8. woj. lubelskie	Dr Jan Chodnickiewicz
9. woj. łódzkie	Dr med. Czesława Grajewska-Trenderenda
10. woj. olsztyńskie	Dr med. Aleksander Lewiński
11. woj. opolskie	Doc. Dr med. Antoni Aroński
12. woj. poznańskie	Dr med. Witold Jurczyk
13. woj. rzeszowskie	Dr med. Stanisław Hady
14. woj. szczecińskie	Dr Janusz Skolimowski
15. woj. warszawskie	Dr Izabela Poklewska
16. woj. wrocławskie	Doc. Dr med. Antoni Aroński
17. woj. zielonogórskie	Dr med. Witold Jurczyk
18. m. Warszawa	Dr med. Bogdan Kamiński
19. m. Kraków	Doc. Dr med. Marek Sych
20. m. Łódź	Dr med. Czesława Grajewska-Trenderenda
21. m. Poznań	Dr med. Witold Jurczyk
22. m. Wrocław	Doc. Dr med. Antoni Aroński

Wniosek do Państwowej Rady Narodowej o zarejestrowaniu
poznańskiego oddziału TAP – 1962 r.

Poznań, dnia 23. X. 1962

Do

Wydziału Spraw Wewn. P.R.N.

w Poznaniu

Uprzejmie prosimy o zarejestrowanie poznańskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Sekretariat oddziału mieści się w Zakładzie Anestezjologii przy III Katedrze Chirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu ul. Strusia 8/12

W załączeniu przesyłamy 4 egzemplarze aktualnego statutu PTA, 4 egzemplarze protokołu z walnego zebrania, oraz 2 egzemplarze składu Zarządu oddziału poznańskiego PTA.

Sekretarz

Jurczyk
Dr med. Witold Jurczyk

Przewodniczący

J. Żychska
lek. med. Janina Żychska

Rok 1962

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego,

Nr.

1. Nazwisko i imię : BOWBELSKA IRENA
2. Data i miejsce urodzenia : 8.10.1923 - Poznań
3. Stan rodzinny : wolna
4. Adres : Poznań - Strzelecka 20/8 Telefon : 26-48
5. Miejsce pracy i charakter pracy : I Klinika Chirurgiczna
AM w Poznaniu - anestezjolog
6. Zajmowane stanowisko służbowe : st. asystent
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : 1945-50 Poznań
24 grudnia 1951 w Poznaniu
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
-
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
lekarz - specjalista - anestezjolog 3.11.1954
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
lekarz - chirurg (I°)
11. Znajomość języków obcych : francuski - angielski - niemiecki
12. Jakże prenumeruje czasopisma anestezjologiczne : -

Bowb

Rok

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię . . . *Solara Jan*
2. Data i miejsce urodzenia . *15.12.1822, Monowice, Pławy*
3. Stan rodzinny : *żonaty*
4. Adres : *Poznań, Stowackiego 40 p. 3* Telefon *45710*
5. Miejsce pracy i charakter pracy : *Klinika Neurochirurgii
anestezjologicznej*
6. Zajmowane stanowisko służbowe : *st. asystent*
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : *1847 - 1852, dyplom lekarski 28.8.1852*
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
dr med. stopień 18. IV. 1862
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
Neurochirurgia II st.
11. Znajomość języków obcych : *angielski, niemiecki, francuski*
12. Jakże prenumeruje czasopisma anestezjologiczne : *—*

Rok 1962 r.

KARTA EVIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię Stengert Krzysztof
2. Data i miejsce urodzenia 16. 7. 62 Poznań
3. Stan rodzinny : Żonaty
4. Adres : Pu' Grochowska 46 m 9. Telefon
III Kł. Anestezjolog, An.
5. Miejsce pracy i charakter pracy : Anestezjolog
Ochirurg
6. Zajmowane stanowisko służbowe :
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : dyplom 24. 9. 1953 r.
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
..... Obr. med. 20. 6. 62
..... Ochirurg 1. X. 62
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
..... II st. 18. IV 1962
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
..... II st. Chirurgia
11. Znajomość języków obcych : angielski, niemiecki, włoski
12. Jakiej prężnuje czasopisma anestezjologiczne : Mjg.

Rok 1952

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię . . . *Tobiasz Jan*
2. Data i miejsce urodzenia . . . *Tobiasz Jan*
3. Stan rodzinny : . . . *is noty*
4. Adres : . . . *Pomona ul. Jędrzejowskiej 46/3.* . . . Telefon *440-63*
5. Miejsce pracy i charakter pracy : . . *III Wsch. Szpital Rejon*
 *roln. chirurg. anestezjolog. odd. chirurg.*
6. Zajmowane stanowisko służbowe : *anestezjolog odd. chirurg.*
 *III Wsch. Szp. Rej.*
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : . . *Wsch. Med. Pomona od 1947 do 1952*
 *Dyplom 9.8.1952 w Wsch. Med. Pomona*
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
 *nie*
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
 *I stopień 29. 6. 1960*
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
 *nie*
11. Znajomość języków obcych : . . *niemiecki - francuski*
12. Jakie prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :
 *Dot. Anestezjolog.*

Rek

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego,

Nr.

1. Nazwisko i imię : *Warszawski Edmund*
2. Data i miejsce urodzenia : *1. VIII. 1924 - Munich pro Futuro*
3. Stan rodzinny : *żonaty* *Inst. 62607*
4. Adres : *Pl. Wolności 16 m. 38* *Telefon Dom 663.22*
5. Miejsce pracy i charakter pracy : *obecnie nie pracuję*
jako anestezjolog
6. Zajmowane stanowisko służbowe :
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : *Uniwersytet Poznański - Poznań 1949 r.*
.....
.....
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
nie posiadam
.....
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
1952 r.
.....
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
torakochirurgia
11. Znajomość języków obcych : *francuski, niemiecki*
12. Jakie prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :

Rok

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię : . . . *Wolowiczka Leona*
2. Data i miejsce urodzenia : . . . *12. maja 1932* . . . *Cieśle Wielkie, pow. Włoszcz.*
3. Stan rodzinny : . . . *zamężny*
4. Adres : . . *Poznań, Torwickiego 25/2* Telefon :
5. Miejsce pracy i charakter pracy :
. *III. Kłomka, Chirurgiczny -*
6. Zajmowane stanowisko służbowe : *asystent*
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : . . . *Akademia Medyczna, Poznań - 1957 r.*
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
.
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
. *I. Stopień Specj. październik 1961 r.*
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
. *nie posiada*
11. Znajomość języków obcych : . . . *francuski, angielski*
12. Jakże prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :
. *nie prenumeruje*

Rok W. IV. 1962

KARTA EVIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię : .. Kyzłowski Marian ..
2. Data i miejsce urodzenia : .. 30. V. 1921 ..
3. Stan rodzinny : .. żonaty ..
4. Adres : .. Poznań, Stawowa 1 .. Telefon : 643-35
5. Miejsce pracy i charakter pracy : .. I Klinika Chirurgii Kob. H.M.
m. Poznań - anestesjolog ..
6. Zajmowane stanowisko służbowe : .. M. wyzwał ..
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : .. 1945 - 1950, Poznań 1951 ..
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania : ..
~~II^o m. polonistki i ginekologji~~ ..
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany : ..
II^o m. 1962 ..
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień : ..
II^o polonistki i ginekologji ..
11. Znajomość języków obcych : .. francuski, angielski ..
12. Jakie prenumeruje czasopisma anestezjologiczne : .. P. A. R. ..

M. Kyzłowski

Rok

KARTA EVIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego,

Nr.

1. Nazwisko i imię : .. Zowalska Ljuba ..
2. Data i miejsce urodzenia : .. 25.VI.1928r. ..
3. Stan rodzinny : ..
4. Adres : ..
5. Miejsce pracy i charakter pracy : ..
6. Zajmowane stanowisko służbowe : ..
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu le-
karskiego : ..
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania : ..
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany : ..
10. Jaka specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień : ..
11. Znajomość języków obcych : ..
12. Jakiej numeruje czasopisma anestezjologiczne : ..

Zowalska Ljuba

Rok

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię . . . *Junosza Witold*
2. Data i miejsce urodzenia . . *19. marzec 1931*
3. Stan rodzinny : *żonaty*
4. Adres : *P-u ul. Cieskowska 7 m.1* Telefon *42476*.
5. Miejsce pracy i charakter pracy : *anest. w Kl. chir.*
.....
6. Zajmowane stanowisko służbowe : *adunkt*
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : *15.10.62 r. w Poznaniu*
.....
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
..... *di. med. 12.4.1962*
.....
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
..... *II st. specj. 18.4.62*
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
..... *I st. chir.*
11. Znajomość języków obcych : *francuski i niemiecki*
12. Jakże prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :
.....

Str.

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię : *Wojcicki Konstanty*
2. Data i miejsce urodzenia : *23.7.1922 Serafinice*
3. Stan rodzinny : *żonaty*
4. Adres : *Poznań, Rodłowa 7* Telefon : *459-52*
5. Miejsce pracy i charakter pracy : *II Klinika Chirurgii
A. M. Poznań*
6. Zajmowane stanowisko służbowe : *St. asystent A. M. Poznań*
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : *Poznań 30.7.1953*
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
I stopień 27. V. 1961
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
II stopień chirurgii
11. Znajomość języków obcych : *rosyjski, niemiecki*
12. Jakie prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :

Rok 1962

KARTA EWIDENCYJNA

członka Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego,
Oddziału Poznańskiego.

Nr.

1. Nazwisko i imię : Łukomska-Chudak Barbara
2. Data i miejsce urodzenia : 10. IX. 1924 Mogiła
3. Stan rodzinny : zamężna
4. Adres : Poznań, 23-p. Łutego 19-12 Telefon 532-92
5. Miejsce pracy i charakter pracy : Odd. Chir. Torakalnej. Szpitala im. J. St. - anestezjolog. Torakochirurg
6. Zajmowane stanowisko służbowe : zast. ordynatora
7. Przebieg studiów lekarskich, data i miejsce uzyskania dyplomu lekarskiego : Łódź od 1946-1951r. Akademia Medycyny - Białost. dyplom 1952r.
8. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz daty ich uzyskania :
.....
9. Posiadany stopień specjalizacji w anestezjologii i kiedy uzyskany :
5-ji - 1954r.
10. Jaką specjalizację posiada oprócz anestezjologii, stopień :
Torakochirurg. 5-ji
11. Znajomość języków obcych : angielski, niemiecki
12. Jakie prenumeruje czasopisma anestezjologiczne :
.....

Pierwszy skład Zarządu Oddziału Poznańskiego TAP – 1962 r.

Poznań, dnia 23. X. 1962

Skład Zarządu Poznańskiego Oddziału PTA.

1. Lek.med Żychska Janina - przewodniczący
lek.specjalista anestezjolog
miejsce pracy: I Klinika Położnicza i Chorób kob.AM w Poznaniu
ul.Polna
2. Lek.med.Bowbelska Irena - wiceprzewodniczący
lek.specjalista anestezjolog
miejsce pracy: I Klinika Chirurgiczna AM.w Poznaniu, ul.Długa 1/2
3. Dr med. Jurczyk Witold - sekretarz
lek.specjalista anestezjolog
miejsce pracy: Zakład Anestezjologii przy III Katedrze Chirurgii
A.W. w Poznaniu
4. Lek.med. Garstka Jerzy - skarbnik
lek. anestezjolog
miejsce pracy: Klinika Ortopedyczna AM.w Poznaniu, ul.Dzierzgalskie
135

Sekretarz

Dr med. Witold Jurczyk

Przewodniczący

lek.med Janina Żychska

Kolejny skład Zarządu Oddziału Poznańskiego TAP – 1962 r.

Skład Zarządu T.A.P. Oddział w Poznaniu

1. Dr med. Jurezyk Witold ---- przewodniczący
miejsce pracy: Zakład Anestezjologii przy III Katedrze Chirurgii A.M.
w Poznaniu.
2. Dr med. Fibak Jan ---- vice-przewodniczący
miejsce pracy: II Klinika Chirurgiczna A.M. w Poznaniu
3. Lek. med. Bowbelska Irena ---- skarbnik
miejsce pracy: I Klinika Chirurgiczna A.M. w Poznaniu
4. Lek. med. Żychska Janina ---- sekretarz
miejsce pracy: I Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych A.M. w Poznaniu
5. Lek. med. Tobała Jan ---- członek kom. rewiz.
miejsce pracy: III Wojskowy Szpital Rejon. w Poznaniu
6. Lek. med. Garstka Jerzy ---- członek kom. rewiz.,
miejsce pracy: Klinika Ortopedyczna A.M. w Poznaniu
7. Lek. med. Warszawski Edmund ---- członek kom. rewiz.

Sekretarz
Żychska Janina

Przewodniczący
Jurezyk Witold

Poznań dnia 6.XI.1962

Informacja o utworzeniu Oddziału Poznańskiego do Zarządu Głównego
TAP – 1962 r.

Zychska Janina
Poznan
I Klinika Położn.-Ginek.AM
ul.Polna

Poznan, dnia 24 września 1962 r.

Pl Zarząd Główny
Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego
w/ K r a k o w i e

Sekretariat

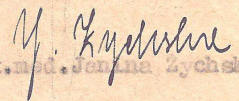
W dniu 20 września 1962 roku odbyło się kolegium aneste-
zjologów z terenu miasta Poznania w liczbie 13-tu, posiadających
I wzgl.II stopień specjalizacji.

Na spotkaniu tym wypłynął wniosek utworzenia poznańskie-
go oddziału Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Projekt oparto
na konieczności doszkalania się, wymiany doświadczenia i szkolenia.
Spośród zebranych wyłoniono 4- osobowy zespół w składzie:

- 1.lek.med.Zychska Janina,
- 2.lek.med.Bowbelcka Irena,
- 3.lek.med.Garstka Jerzy,
- 4.Dr med.Jurczyk Witold

Zespół ten upoważniono do występowania w imieniu zebranych. W związku
z powyższym uprzejmie prosimy o wyrażenie zgody na zarejestrowanie
wymienionego oddziału w Urzędzie Spraw Wewnętrznych PRR m.Poznań.
Równocześnie prosimy o przysłanie Statutu Polskiego Towarzystwa An-
stezjologicznego.


Dr med. Witold Jurczyk


lek.med. Janina Zychska

l.zał.

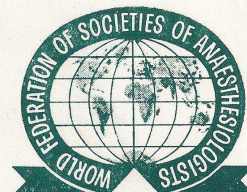


TOWARZYSTWO ANESTEZJOLOGÓW POLSKICH

Członek Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych

POLISH SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGISTS

Member of the World Federation of Societies of Anaesthesiologists



Prezes – Chairman

Prof. dr hab. Witold Jurczyk
Poznań, ul. Długa 112
tel. 510-21

Sekretarz – Secretary

Dr Roman Szulc
Poznań, ul. Przybyszewskiego 49
tel. 671-231

Skarbnik – Treasurer

Dr Zygmunt Hajduk
Katowice 6, ul. Panewnicka 65
Szpital PKP
tel. 53-91-56

Konto – Account

PKO O/M Katowice
3 – 9 – 126
Oddział Katowicki

Poznań, dnia 29.X.72 r.

Przewodniczący Oddziału Poznańskiego

Towarzystwa Anestezjologów Polskich

Dr med. Jerzy Garstka

Poznań

Zawiadamiam uprzejmie, że w dniu 13.XI.72 r w Sali

Konferencyjnej Kliniki Ortopedycznej w Warszawie, ul. Lindleya 4
o godz. 10,30 odbędzie się posiedzenie Zarządu Głównego
Towarzystwa Anestezjologów Polskich

Program posiedzenia przewiduje:

1. Omówienie stanu przygotowań do V Zjazdu Towarzystwa Anestezjologów Polskich
2. Sprawozdanie Prezesa Towarzystwa z pobytu w ośrodkach anestezjologicznych w NRF i na I Wszechzwiązkowym Zjeździe Anestezjologów Zw. Radzieckiego
3. Sprawy organizacyjne
4. Wolne wnioski

Proszę uprzejmie o wzięcie udziału w tym posiedzeniu.

Roman Szulc

Sprawozdanie ZG TAP ze zjazdu w Stawanger (Norwegia) poświęcone
zagadnieniom resuscytacji – 1961 r.

Zarząd Główny
Towarzystwa Anestezjologów Polskich
Poznań, ul. Szkolna 8-12
L.dz.40/63

Zgodnie z zapowiedzią stałej informacji bieżącej dla członków TAP
przedajemy niżej zalecenia Sympozjonu o resuscytacji w przypadkach nagłych
który odbył się w Stawanger /Norwegia/ w dniach od 21 - 24 sierpnia 1961 roku.

1. Zaleconym sposobem sztucznego oddychania w nagłych przypadkach jest wdmuchi-
wanie powietrza przez usta lub przez nos przy pełnym odchyleniu głowy.
2. Natychmiastowe przystąpienie do resuscytacji winno mieć pierwszeństwo przed
czyszczeniem dróg oddechowych lub wylowaniem wody z poszkodowanego.
3. Ułożenie na brzuchu nie powinno być uważane za lepsze od ułożenia na grzbiecie
ani pod względem drożności dróg oddechowych ani też pod względem lepszego
odpływu wydzieliny z płuc.
4. Ratownicy wszelkich kategorii, dzieci szkolne i społeczeństwo winni być prze-
szkoleni w stosowaniu metody "usta-usta" i "usta-nos".
5. Organizacje, jak również osoby zajmujące się szkoleniem winny starać się zaopatrzyć
w pomoce naukowe jak lalki, manekiny, modele dróg oddechowych, filmy, przezroczyste
diagramy i rysunki.
6. Stosowanie rurki ustno-gardłowych i innych środków pomocniczych winno być
uwzględnione jedynie w szkoleniu personelu lekarskiego, pielęgniarskiego
i zawodowych ratowników.
7. Resuscytacja serca przez klatkę piersiową winna być stosowana jedynie
z oddechem kontrolowanym, tak w toku szkolenia jak i w praktyce a stosowanie
jej winno być zastrzeżone wyłącznie dla personelu lekarskiego, pielęgniarskiego
i dla zawodowych ratowników.
8. Najlepszym sposobem szerzenia umiejętności stosowania oddechu kontrolowanego
byłoby obowiązkowe szkolenie dzieci szkolnych.
9. Centralne biuro informacyjnie winno powstać w każdym kraju w celu zbierania
informacji o przypadkach pozaszpitalnych w których stosowano metody resuscyta-
cji.
10. Światowa Organizacja Zdrowia winna być zdolna do działania jako międzynarodowy
środek informacyjny, zbierając i klasyfikując doniesienia z poszczególnych śro-
dów krajowych.

Sekretarz TAP
/-/Dr med. Witold Jurezyk

Prezes TAP
/-/Doc. Dr med. St. Pokrzywnicki

Pismo ZG TAP o konieczności rozwoju technik resuscytacji i pomocy doraźnej – 1963 r. (cz. 1)

Zarząd Główny
Towarzystwa Anestezjologów Polskich
Poznań, ul. Szkolna 8-12

L.dz.41/63

Zarząd Główny Towarzystwa Anestezjologów Polskich podaje do wiadomości PT, Koleżanek i Kolegów streszczenie dyskusji na temat "Organizacji resuscytacji i pomocy w nagłych wypadkach" która odbyła się podczas 13 sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Sztokholmie w dniach od 17 do 20 września 1963 roku. Udział w dyskusji wziął m.i. Prezes TAP Doc. Br. med. Stanisław Pokrzywnicki.

W czasie dyskusji opisano istniejące formy pomocy i opracowano wytyczne w celu nadania odpowiedniego kierunku i usprawnienia resuscytacji i pomocy w nagłych wypadkach.

Istota skutecznej pomocy w nagłych wypadkach polega nie tylko na ratowaniu życia ale również na zapobieganiu kalectwu. W dyskusji stwierdzono, że najważniejszą czynnością w postępowaniu ratowniczym jest zapewnienie poszkodowanym drożności dróg oddechowych. Jeżeli jednak pomimo tego, poszkodowany nie oddycha, należy natychmiast przystąpić do oddychu kontrolowanego. Uzgodniono, że metodą z wyboru będzie oddych kontrolowany za pomocą pompy trza wydechanej czyli tzw. metoda "usta-usta" lub "usta-moc". Obserwacje poczynione w różnych krajach wykazały, że opory psychologiczne przed stosowaniem tej metody są nieistotne. Zastosowanie rurki przez personel niemedyyczny nie jest polecane. Ratowników należy szkolić tak aby w nagłych wypadkach nie byli oni uzależnieni w postępowaniu ratowniczym od posiadania rurki. Wydaje się, że nie należy dalej prowadzić nauki ręczny h m tód oddychu kontrolowanego.

Metoda masażu serca przez klatkę piersiową została uznana za ważną, lecz równocześnie podkreślono, że w przyszłości powinna być stosowana wyłącznie przez ratowników zawodowych, po których można spodziewać się, że błędnie rozpoznają zatrzymanie krążenia.

W celu jaknajwiększej skuteczności pierwszej pomocy należy przeszkolić całą ludność. Główny nacisk należy położyć na szkolenie personelu medycznego i pozamedycznego wprowadzając pierwszą pomoc do programów ich szkolenia zawodowego. W jednym z krajów wprowadzono tytułem próby szkolenie w zakresie ratownictwa studentów ostatniego roku studiów lekarskich. Optywają oni swoje staże praktyczne w pogotowiu ratunkowym. Podkreślono znaczenie akcji propagujących pierwszą pomoc

Pismo ZG TAP o konieczności rozwoju technik resuscytacji i pomocy doraźnej – 1963 r. (cz. 2)

Do skutku...
Szczególnie specjalne programy telewizyjne biorący udział w dyskusji podkreślili również by każdy ubiegający się o prawo jazdy był uprzednio przeszkolony w udzielaniu pierwszej pomocy.

Każdy wóznik sanitarny winien posiadać załogę złożoną z 2 ludzi przeszkolonych i doświadczonych w udzielaniu pomocy w nagłych wypadkach. Doświadczenie i umiejętności załogi wozu sanitarnego można utrzymać na odpowiednim poziomie, jeśli przydzielili się ich do odpowiedniego środka urazowego lub szpitala wchodząc w skład jego stanu osobowego. Wozy sanitarne powinny być wyposażone w sprzęt do resuscytacji i postępowania przeciwwstrząsowego.

Zistotniła wśród dyskutantów rozbieżność zdań odnośnie tego czy lekarz winien zawsze wyjeżdżać na miejsce wypadku. Twierdzone że tylko lekarz może ustalić rozpoznanie i złożyć odpowiednie postępowanie w danym przypadku. Z drugiej strony stwierdzono że nagłe wypadki mogą być z reguły załatwione w sposób właściwy przez dobrze wyszkolony i doświadczony zespół załogi wozu sanitarnego.

Podkreślono konieczność wprowadzenia jednolitego systemu sygnalizacyjnego, jednego numeru telefonicznego xxw całym kraju. Stwierdzono jednomyślnie iż każdy szpital ogólny winien być odpowiedzialny za załatwienie nagłych wypadków. W wielkich szpitalach może istnieć specjalny oddział nagłych wypadków, natomiast w mniejszych szpitalach ci powinni być leczeni na oddziale chirurgicznym. W dyskusji podkreślono również by tworzyć, gdzie tylko to jest możliwe oddziały resuscytacyjne /intensive care unit/.

Czas mówców podkreślał konieczność badań we wszystkich dziedzinach postępowania w nagłych wypadkach, jak pierwsza pomoc w przywróceniu czynności życiowych i odpowiednia organizacja służby ratowniczej. Będzie to może wymagać stworzenia specjalnych instytutów doświadczalnych, mimo iż w niektórych krajach już istnieją podobne zakłady.

Anestezjologowie odgrywają zasadniczą rolę w dziedzinie badań jak również w szkoleniu lekarzy w zakresie pierwszej pomocy, personelu paramedycznego i społeczeństwa.

Uważa się, że Europejskie Biuro Regionalne będzie nadal prowadziło swe prace odnośnie organizacji resuscytacji i służby ratowniczej.

Przez TAP

/-/Doc.Dr med.Stanisław Pokrzywnicki

ANEKS 2a Statut Towarzystwa Anestezjologów Polskich (1962)

Źródło: Archiwum prywatne prof. dr hab. med. Jerzego Garstki.

S T A T U T

TOWARZYSTWA ANESTEZJOLOGÓW POLSKICH

I. Nazwa, teren działalności i siedziba.

- §. 1. Towarzystwo nosi nazwę " Towarzystwo Anestezjologów Polskich" w krócie T.A.P.
- § 2. Terenem działalności Towarzystwa jest cały obszar Polski.
- § 3. Siedzibą Towarzystwa jest m.st.Warszawa.
- § 4. Towarzystwo może posiadać oddziały terenowe i sekcje naukowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i niniejszym statutem.
- § 5. Towarzystwo ma prawo używania pieczęci okrągłej z napisem w otoku "Towarzystwo Anestezjologów Polskich" z makówką w środku.

II. Charakter prawny, cele i środki działania.

- § 6. Towarzystwo jest osobą prawną.
- § 7. Do zadań Towarzystwa należy:
- 1) prowadzenie i popieranie badań naukowych w zakresie anestezjologii i nauk pokrewnych,
 - 2) współdziałanie w szkoleniu lekarzy w zakresie anestezjologii,
 - 3) współdziałanie w organizowaniu społecznej służby zdrowia w zakresie anestezjologii,
 - 4) szerzenie wiadomości z zakresu anestezjologii i nauk pokrewnych.
- § 8. Środkami do osiągnięcia tych zadań są:
- 1) badania kliniczne i doświadczalne,
 - 2) zebrania i zjazdy naukowe,
 - 3) odczyty, pokazy i wystawy,
 - 4) wydawanie prac naukowych z zakresu anestezjologii i nauk pokrewnych, za pośrednictwem istniejących instytucji wydawniczych,

- 5) współpraca z towarzystwami i organizacjami krajowymi i zagranicznymi, mającymi podobne cele.

III. Członkowie, ich prawa i obowiązki.

- § 9. Towarzystwo składa się z członków zwyczajnych, współpracujących i honorowych.
- § 10. Członkiem zwyczajnym może zostać każdy lekarz-anestezjolog, przyjęty przez Zarząd Główny na podstawie pisemnej deklaracji, złożonej do tego Zarządu. O przyjęciu decyduje Zarząd zwykłą większością głosów.
- § 11. Członkiem współpracującym może zostać każda osoba współpracująca naukowo z Towarzystwem na polu anestezjologii i nauk pokrewnych. O przyjęciu członka decyduje Zarząd Główny zwykłą większością głosów.
- § 12. Członkiem honorowym może zostać osoba, której tę godność w uznaniu jej zasług nada Walne Zgromadzenie Towarzystwa na wniosek Zarządu Głównego.
- § 13. Członkowie mają prawo:
- 1) uczestniczenia w posiedzeniach i zebraniach Towarzystwa zgodnie z postanowieniami statutu,
 - 2) uczestniczeniach w Zjazdach Naukowych, referatach, odczytach i rozprawach, urządzanych przez Towarzystwo,
 - 3) czynnego i biernego prawa wyborczego do Władz Towarzystwa, z wyjątkiem Zarządu Głównego; prawo wyborcze do Zarządu Głównego mają tylko członkowie zwyczajni,
 - 4) do ulg w opłatach, przewidzianych na imprezy i wydawnictwa Towarzystwa i do innych świadczeń Towarzystwa.
- § 14. Członkowie są obowiązani przestrzegać postanowień statutu, instrukcji i uchwał Towarzystwa oraz przyczyniać się do realizacji jego celów.
- § 15. Członkowie zwyczajni opłacają składki w wysokości ustalonej przez Walne Zgromadzenie na wniosek Zarządu Głównego.

§ 16. Członkowie zwyczajni mogą być skreśleni z listy członków Towarzystwa przez Zarząd Główny:

- 1) a/ na własne żądanie zgłoszone na piśmie,
b/ w razie niepłacenia składek przez okres roczny mimo dwukrotnego upomnienia pisemnego,
c) członek skreślony z powodu niepłacenia składek może być przyjęty ponownie na zasadach ogólnych po uregulowaniu zaległych składek.
- 2) Członek może być skreślony z Towarzystwa za działalność na szkodę Towarzystwa, bądź w razie pojęźnienia czynu nie liczącego z godnością członka.

O skreśleniu decyduje Walne Zebranie większością co najmniej $\frac{2}{3}$ głosów obecnych członków na wniosek komisji powołanej w tym celu przez Zarząd Główny.

- 3) Zarząd Główny może zawiesić członka w jego prawach na wniosek komisji, o której mowa w pkt. 2), do czasu rozpatrzenia jego sprawy przez Walne Zebranie.

IV. Organizacja i Władze Towarzystwa.

§ 17. Towarzystwo może tworzyć jednostki terenowe - oddziały i sekcje naukowe. O utworzeniu lub likwidacji i zasięgu działalności oddziałów i sekcji decyduje Zarząd Główny Towarzystwa.

§ 18. Władzami Towarzystwa są:

- a) Walne Zebranie,
- b) Zarząd Główny,
- c) Główna Komisja Rewizyjna.

§ 19. Władzami Oddziału Terenowego są:

- a) Zebranie członków Oddziału,
- b) Zarząd Oddziału,
- c) Komisja Rewizyjna Oddziału.

§ 20. Władzami Sekcji są:

- a) Zebranie członków Sekcji,
- b) przewodniczący i sekretarz Sekcji, wybrani przez Zebranie członków Sekcji.

V. Walne Zebranie Towarzystwa.

§ 21. Walne Zebrania bywają Zwyczajne i Nadzwyczajne.

§ 22. Zwyczajne Walne Zebrania odbywają się co dwa lata w czasie Zjazdów Naukowych w drugim dniu tych Zjazdów.

§ 23. O mającym odbyć się Walnym Zebraniu, Zarząd Główny powinien przynajmniej na 30 dni przed terminem zawiadomić pisemnie członków Towarzystwa z podaniem proponowanego porządku dziennego.

§ 24. 1) Walne Zebranie otwiera Prezes Zarządu Głównego.

2) Do zakresu działania Walnego Zebrania należy:

- a) wybór przewodniczącego zebrania,
- b) udzielenie absolutorium Zarządowi Głównemu za miniony okres po wysłuchaniu, rozpatrzeniu i zatwierdzeniu sprawozdań Zarządu Głównego i Głównej Komisji Rewizyjnej,
- c) wybór prezesa, członków Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej i ich zastępców,
- d) uchwalenie wysokości składki członkowskiej i budżetu na następne dwa lata,
- e) uchwalenie zmian w statucie większością co najmniej $\frac{2}{3}$ głosów,
- f) rozstrzygnięcie w sprawach wniesionych przez Zarząd Główny i Główną Komisję Rewizyjną,
- g) rozstrzygnięcie wniosków złożonych przez członków Towarzystwa. Wnioski takie powinny być podpisane przez co najmniej 5 członków i złożone Zarządowi Głównemu na 20 dni przed terminem Walnego Zebrania,

- h) nadawanie godności członka honorowego,
- i) decydowanie o skreśleniu członka z Towarzystwa,
- j) zatwierdzenie miejsca i terminu przyszłego Zwyczajnego Walnego Zebrania, Zjazdu Naukowego, oraz tematów tego Zjazdu.

§ 25. Walne Zebranie Towarzystwa jest prawomocne bez względu na liczbę uczestników. Sprawy decydują się zwykłą większością głosów. W razie równości głosów przeważa głos przewodniczącego z wyjątkami przewidzianymi w § 24, litera c) i i).

§ 26. Obrady Walnego Zebrania są protokółowane. Protokół podpisuje przewodniczący Walnego Zebrania i sekretarz Zarządu Głównego, który prowadzi protokół posiedzenia. Protokół ten należy podać do wiadomości wszystkim Zarządem Oddziałów Towarzystwa.

§ 27. 1. Nadzwyczajne Walne Zebranie zwołuje Zarząd Główny:

- a) z własnej inicjatywy,
- b) na żądanie Głównej Komisji Rewizyjnej,
- c) na żądanie co najmniej 3 Oddziałów Towarzystwa, zgłoszone na piśmie Zarządowi Głównemu.

2. Zarząd Główny jest obowiązany zwołać Nadzwyczajne Walne Zebranie w ciągu 3 miesięcy od zgłoszenia żądania i umieścić w porządku dziennym sprawy określone w żądaniu.

VI. Zarząd Główny.

§ 28. Zarząd Główny składa się z prezesa i 4 członków, wybieranych przez Walne Zebranie Towarzystwa na okres 2 lat.

§ 29. Do zakresu działania Zarządu Głównego należą wszelkie obowiązki, wynikające z zakresu działalności Towarzystwa, a w szczególności:

- a) wykonywanie uchwał Walnego Zebrania
 - b) przygotowanie preliminarzy budżetowych, planów działalności, sprawozdań z działalności Towarzystwa oraz instrukcji i regulaminów wewnętrznych,
 - c) organizowanie oddziałów i sekcji oraz sprawowanie opieki nad ich działalnością,
 - d) gospodarowanie funduszami i majątkiem Towarzystwa,
 - e) zawieranie umów w imieniu Towarzystwa,
 - f) reprezentowanie Towarzystwa na zewnątrz,
 - g) przyjmowanie nowych członków zwyczajnych, współpracujących i składanie wniosków Walnemu Zebraniu w sprawie nadania godności członków honorowych,
 - h) ustalenie listy kandydatów do Zarządu Głównego, oraz czasu i miejsca następnego Zjazdu, jak również i tematów głównych Zjazdu,
 - i) powoływanie Komitetu Organizacyjnego następnego Walnego Zebrania z siedzibą Zebrania,
 - j) ustalenie udziału Towarzystwa w naukowych zjazdach krajowych, zagranicznych i międzynarodowych,
 - k) zatwierdzenie wyborów Zarządów Oddziałów,
 - l) reprezentowanie Towarzystwa wobec Ministerstwa Zdrowia.
- § 30. Zarząd Główny wybiera ze swego grona zastępcę prezesa, sekretarza, skarbnika i rozdziela między pozostałych członków poszczególne czynności, wynikające z planu działalności Towarzystwa.
- § 31. Prezes Zarządu Głównego, lub w razie jego nieobecności zastępca prezesa:
- a) podejmuje i podpisuje wraz z sekretarzem i skarbnikiem wszelkie zobowiązania, umowy, układy, oświadczenia i inne akty.

- b) podpisuje wraz z sekretarzem wszelkie inne pisma i dokumenty nie wymienione w pkt. a),
- c) otwiera, prowadzi i zamyka zebranie Zarządu Głównego oraz otwiera Walne Zebranie Towarzystwa,
- d) przyjmuje i zwalnia w porozumieniu z sekretarzem i skarbnikiem pracowników administracyjnych Towarzystwa.

§ 32. Sekretarz prowadzi archiwum, zarządza kancelarią Towarzystwa i Zarządu Głównego, sporządza protokoły posiedzeń Walnego Zebrania i Zarządu Głównego, oraz przechowuje pieczęć Towarzystwa.

§ 33. Skarbnik przyjmuje, przechowuje i wpłaca pieniądze związane z działalnością Towarzystwa i rachunkowość prowadzi/zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 34. Zarząd Główny ustanawia porządek dzienny i terminy swych posiedzeń i ma prawo zapraszać na nie zarówno członków Towarzystwa jak i osoby z poza Towarzystwa z głosem doradczym.

§ 35. Uchwały Zarządu Głównego zapadają większością głosów. W razie równości decyduje głos prezesa.

VII. Główna Komisja Rewizyjna.

§ 36. Główna Komisja Rewizyjna składa się z 3 członków i zastępców wybranych na 2 lata przez Walne Zebranie. Zadaniem Głównej Komisji Rewizyjnej jest badanie i opiniowanie działalności finansowej i gospodarczej Zarządu Głównego, a w szczególności badanie ksiąg rachunkowych i dokumentów pod względem formalnym i rzeczowym, oraz przedstawianie Walnemu Zgromadzeniu wniosków ce do udzielania lub odmowy absolutorium Zarządowi Głównemu. Główna Komisja Rewizyjna ma prawo kontroli finansowej oddziałów terenowych. Członkowie Głównej Komisji Rewizyjnej mają prawo uczestniczyć z głosem doradczym w posiedzeniach Zarządu Głównego.

VIII. Oddziały i Sekcje Towarzystwa.

- § 37. Zarząd Główny może organizować oddziały terenowe w miejscowościach, które uzna za właściwe. W tym celu Zarząd Główny powołuje tymczasowego przewodniczącego oddziału, który organizuje oddział i kieruje nim aż do wyboru Zarządu oddziału przez Walne Zebranie oddziału.
- § 38) Do kompetencji Walnego Zebrania oddziału należy:
- a) udzielanie absolutorium ustępującemu Zarządowi oddziału po wysłuchaniu sprawozdania Zarządu i Komisji Rewizyjnej oddziału,
 - b) wybór Zarządu i Komisji Rewizyjnej oddziału zgodnie z treścią § 28.
- § 39. 1. Zarząd Oddziału składa się z przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza i skarbnika, wybranych przez Walne Zebranie oddziału zwykłą większością głosów.
2. Zarząd oddziału:
- a) kieruje działalnością oddziału,
 - b) wykonuje uchwały Walnego Zebrania oddziału i zarządzenia Władz Naczelnych Towarzystwa,
 - c) prowadzi i przedstawia Zarządowi Głównemu do uzupełnienia listę członków oddziału,
 - d) składa Zarządowi Głównemu sprawozdania roczne z działalności oddziału wraz z wnioskami Komisji Rewizyjnej,
 - e) pobiera składki członkowskie i przesyła je do Zarządu Głównego po potrąceniu 50% na potrzeby miejscowe.
- § 40. Zarząd Główny może organizować Sekcje Naukowe Towarzystwa. W tym celu Zarząd Główny powołuje przewodniczącego Sekcji, który kieruje Sekcją aż do wyboru Zarządu Sekcji.

§ 41. Sekcję organizuje się dla gałęzi nauk anestezjologicznych, która rozwija się w samodzielną dyscyplinę naukową i posiada dostatecznie rozwinięte kadry osobowe.

§ 42. Zarząd Sekcji składa się z przewodniczącego Sekcji, jego zastępcy, sekretarza, skarbnika wybieranych na 2 lata przez ogólne zebranie Sekcji zwykłą większością głosów z listy ustalonej przez Zarząd Główny.

IX. Komitet Miejscowy.

§ 45. 1. Komitet Miejscowy tworzy się w miejscu odbycia Zjazdu Naukowego, składa się z wybranego przez Zarząd Główny przewodniczącego, oraz członków przez tego ostatniego dobranych.

2. Do obowiązków Komitetu Miejscowego należy:

- a) szczegółowe przygotowanie Zjazdu,
- b) dobór prelegentów i wykładowców,
- c) ułożenie porządku wykładów i pokazów oraz ew. urządzenie wystawy sprzętu i środków anestezjologicznych,
- d) przedstawienie Zarządowi Głównemu w ciągu dwóch miesięcy od ukończenia Zjazdu wszelkich materiałów naukowych dla ogłoszenia w organie Towarzystwa oraz sprawozdania ze swej działalności.

3. Komitet Miejscowy kończy swe czynności z chwilą przyjęcia przez Zarząd Główny sprawozdania z jego działalności.

X. Majątek Towarzystwa.

§ 46. 1. Majątek Towarzystwa składa się:

- a) ze składek członkowskich,
- b) z ofiar, zapisów, subwencji i dotacji,
- c) z nieruchomości i ruchomości,
- d) z dochodów majątku nieruchomego i ruchomego,

e) z dochodów innych imprez.

2. Wszelkie decyzje władz Towarzystwa w przedmiocie zbycia części lub całości majątku nieruchomego wymagają zgody władzy rejestracyjnej.

XI. Zmiana statutu i rozwiązanie Towarzystwa.

§ 47. Zmiana statutu i rozwiązanie Towarzystwa może nastąpić w drodze uchwały Walnego Zebrania Towarzystwa powziętej większością $\frac{2}{3}$ głosów obecnych członków, przy obecności co najmniej $\frac{1}{2}$ członków.

§ 48. W razie rozwiązania Towarzystwa, jego majątek będzie przekazany uchwałą Walnego Zebrania innemu Towarzystwu Naukowemu.

Uchwała taka podlega zatwierdzeniu przez władzę rejestracyjną.

**ANEKS 2b Statut Polskiego Towarzystwa
Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Statut Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przepisy ogólne

§ 1

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (w skrócie PTAiIT) jest towarzystwem naukowym powstałym w 1959 roku.

§ 2

Towarzystwo posiada osobowość prawną.

§ 3

1. Towarzystwo działa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Pod warunkiem, że przepisy prawa nie stanowią inaczej, Towarzystwo może także prowadzić działalność zagranicą.
3. Towarzystwo może być członkiem innych stowarzyszeń krajowych i zagranicznych, a także spółdzielni, być współnikiem w krajowych i zagranicznych spółkach kapitałowych na zasadach przewidzianych odrębnymi przepisami.
4. Towarzystwo może być fundatorem.

§ 4

Towarzystwo używa pieczęci zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Wzór pieczęci stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Statutu.

§ 5

Siedzibą Towarzystwa jest Warszawa.

§ 6

Towarzystwo posiada godło, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Statutu.

§ 7

1. Ustanawia się Medal Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla osób zasłużonych dla Towarzystwa, rozwoju anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu w kraju i na świecie.

2. Zasady przyznawania Medalu określa Regulamin uchwalany przez Zarząd Główny.

§ 8

1. Towarzystwo posiada Oddziały i Sekcje działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa, niniejszego statutu i odpowiednich regulaminów.
2. Oddziały i Sekcje powołuje, przekształca i likwiduje Zarząd Główny.
3. Jediną terenową jednostką organizacyjną Stowarzyszenia jest Oddział. Teren działania Oddziału ustala Zarząd Główny.
4. Sekcje mają charakter specjalistyczny i obejmują swoją działalnością obszar całego kraju.
5. Lista Oddziałów i Sekcji Towarzystwa działających w chwili uchwalenia niniejszego statutu stanowi załącznik nr 3.

§ 9

1. Towarzystwo jest właścicielem i wydaje czasopismo pod tytułem "Anestezjologia Intensywna Terapia".
2. Towarzystwo może wydawać też inne czasopisma o tematyce z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu, powoływane decyzją Zarządu Głównego.

§ 10

1. Działalność Towarzystwa opiera się na pracy społecznej członków.
2. Osoby wchodzące w skład władz Towarzystwa pełnią swoje funkcje honorowo i nie pobierają z tego tytułu żadnego wynagrodzenia, co nie wyklucza zwrotu kosztów, które ponoszą w celu pełnienia tych funkcji na zasadach określonych przez Zarząd Główny.
3. Do realizacji swych zadań Towarzystwo może zatrudniać pracowników.

Cele i środki działania

§ 11

Celem Towarzystwa jest:

- 1) prowadzenie i popieranie działalności naukowej w zakresie

anestezjologii

i

intensywnej terapii, terapii bólu i resuscytacji,

- 2) współdziałanie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych członków Towarzystwa oraz innej kadry medycznej (lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia),
- 3) dbanie o wysoką etykę zawodową członków,
- 4) szerzenie wiedzy z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu,
- 5) współdziałanie w planowaniu i organizowaniu służby zdrowia w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu,
- 6) inicjowanie i wspieranie krajowej i międzynarodowej wymiany naukowej.

§12

Dla osiągnięcia swych celów statutowych Towarzystwo:

- 1) organizuje zjazdy, sympozja, konferencje, zebrania naukowe, odczyty, wystawy pokazy oraz inne formy szerzenia wiedzy fachowej,
- 2) publikuje prace naukowe,
- 3) wydaje czasopisma,
- 4) uczestniczy w różnych formach dydaktyki, zwłaszcza przed i podyplomowej z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu,
- 5) uczestniczy w egzaminach specjalizacyjnych i komisjach kwalifikacyjnych, konkursach na stanowiska,
- 6) bierze udział w kształtowaniu programów dydaktyki przed i podyplomowej i specjalizacyjnej z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu,
- 7) współpracuje z innymi towarzystwami naukowymi i instytucjami służby zdrowia oraz innym podmiotami, w tym z fundacjami mającymi na celu gromadzenie funduszy służących rozwojowi anestezjologii i intensywnej terapii polskiej,
- 8) współpracuje z zagranicznymi towarzystwami naukowymi i organizacjami

- naukowymi mającymi podobne cele,
- 9) popularyzuje osiągnięcia anestezjologii i intensywnej terapii wśród społeczeństwa,
 - 10) przygotowuje ekspertyzy i opracowania oraz wydaje opinie we wszelkich dziedzinach objętych działalnością Towarzystwa,
 - 11) przyznaje nagrody, stypendia oraz wspomaga prace naukowe, organizacyjne i wydawnicze z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 12) wspiera działalność zawodową, szkoleniową i naukową anestezjologów polskiego pochodzenia, którzy przez wyrażenie chęci kontynuowania tradycji rodzinnych i narodowych uczestniczą we wspólnocie Narodu Polskiego i pragną utrzymywać kontakt z Ojczyzną,
 - 13) współdziała z parlamentem, administracją publiczną, konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi, administracją samorządową, mediami oraz innymi podmiotami i organizacjami,
 - 14) występuje w charakterze organizacji społecznej w postępowaniu przed organami administracyjnymi i sądowymi w sprawach określonych celami Towarzystwa,
 - 15) bierze udział w opracowywaniu standardów i wytycznych procedur anestezjologicznych, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu,
 - 16) wspiera udział swoich członków w krajowych i międzynarodowych kongresach, konferencjach i innych spotkaniach naukowo-dydaktycznych,
 - 17) organizuje wykłady popularyzatorskie oraz inicjuje i organizuje akcje mające na celu zebranie środków finansowych na rzecz Towarzystwa, takie jak, na przykład wystawy, koncerty, pokazy, odczyty i inne przedsięwzięcia,
 - 18) wspiera, w tym także finansowo, działalność innych osób prawnych, osób fizycznych oraz jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej, których działalność jest zbieżna z celami Towarzystwa,
 - 19) prowadzi działalność reklamową i promocyjną związaną z celami statutowymi.

§ 13

1. W celu pozyskania środków na realizację celów statutowych Towarzystwo, poza zakresem określonym w § 12, może prowadzić działalność gospodarczą, która obejmuje:
 - 1) wydawanie książek (58.11.Z),
 - 2) wydawanie czasopism i pozostałych periodyków innych niż wydawanych w ramach działalności statutowej (58.14.Z),
 - 3) pozostałą działalność wydawniczą (58.19.Z),
 - 4) działalność związaną z dystrybucją filmów, nagrań wideo i programów telewizyjnych (59.13.Z),
 - 5) działalność portali internetowych (63.12.Z),
 - 6) badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie pozostałych nauk przyrodniczych i technicznych (72.19.Z),
 - 7) dzierżawę własności intelektualnej i podobnych produktów, z wyłączeniem prac chronionych prawem autorskim (77.40.Z),
 - 8) działalność związaną z organizacją targów, wystaw i kongresów (82.30.Z),
 - 9) pozostałe pozaszkolne formy edukacji, gdzie indziej niesklasyfikowane (85.59.B),
 - 10) działalność wspomagająca edukację (85.60.Z),
 - 11) pozostałą sprzedaż detaliczną prowadzoną poza siecią sklepową, straganami i targowiskami (47.99.Z).
2. Dochód z działalności gospodarczej Towarzystwa służy wyłącznie realizacji celów statutowych i nie może być przeznaczony do podziału między jej członków.

Członkowie, ich prawa i obowiązki

§ 14

1. Członkowie Towarzystwa dzielą się na zwyczajnych, zwyczajnych aktywnych, wspierających i honorowych.
2. Członkiem Towarzystwa może być zarówno obywatel polski jak i

cudzoziemiec.

§ 15

1. Członkiem zwyczajnym może być wyłącznie specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz szkolący się w zakresie tej specjalizacji.
2. Członek zwyczajny po opłaceniu składki członkowskiej za dany rok kalendarzowy staje się członkiem zwyczajnym aktywnym w tym roku kalendarzowym.

§ 16

1. Członkiem wspierającym może być każda osoba fizyczna lub osoba prawna, która uznając cele Towarzystwa, zechce je wspierać materialnie, moralnie lub propagandowo.
2. Osoby prawne reprezentowane są w Towarzystwie przez swój statutowy organ uprawniony do reprezentacji lub też przez osobę przez ten organ wyznaczoną i należycie umocowaną.

§ 17

1. Członkiem honorowym Towarzystwa może zostać każda osoba, niezależnie od przynależności państwowej, szczególnie zasłużona dla rozwoju anestezjologii i intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu lub Towarzystwa.
2. Decyzję o przyjęciu kandydata w poczet członków honorowych Towarzystwa podejmuje Walne Zebranie Członków Towarzystwa na pisemny wniosek Zarządu Oddziału lub Sekcji, zaakceptowany przez Zarząd Główny.

§ 18

1. Przyjęcie w poczet członków zwyczajnych lub wspierających następuje na podstawie uchwały Zarządu Głównego.
2. Wniosek o przyjęcie (deklarację członkowską) składa się za pośrednictwem Zarządu Oddziału lub bezpośrednio do Zarządu Głównego.

3. Cudzoziemiec, który chce zostać członkiem zwyczajnym Towarzystwa winien do deklaracji członkowskiej załączyć rekomendację co najmniej jednego członka zwyczajnego aktywnego Towarzystwa.
4. Uchwała o przyjęciu w poczet członków zwyczajnych wskazuje również Oddział, do którego należy członek.

§ 19

1. Członkowie zwyczajni aktywni Towarzystwa mają prawo:
 - 1) uczestniczenia w zgromadzeniach i zebraniach Towarzystwa,
 - 2) uczestniczenia w kongresach, konferencjach i innych spotkaniach naukowych organizowanych przez Towarzystwo na warunkach określonych przez organizatora,
 - 3) uzyskania pomocy Towarzystwa w pracach realizowanych zgodnie z postanowieniami Statutu, a w szczególności w zakresie prowadzenia działalności naukowej i szkoleniowej oraz organizacyjnej w służbie zdrowia,
 - 4) prenumeraty czasopisma Anestezjologia Intensywna Terapia,
 - 5) publikowania w czasopismach Towarzystwa oraz pomocy Towarzystwa w publikacji prac naukowych w innych periodykach,
 - 6) korzystania z pomocy władz Towarzystwa w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów z innymi organizacjami o podobnych celach działających w kraju i za granicą, z którymi współpracuje Towarzystwo,
 - 7) wybierania i bycia wybieranym do władz Towarzystwa oraz głosowania na Walnym Zebraniu Członków,
 - 8) noszenia odznaki Towarzystwa i posiadania legitymacji członkowskiej.
2. Członkowie honorowi mają takie same prawa jak członkowie zwyczajni aktywni Towarzystwa.
3. Członkowie wspierający mają takie same prawa jak członkowie zwyczajni aktywni Towarzystwa, za wyjątkiem czynnego i biernego prawa wyborczego do władz Towarzystwa oraz głosowania na Walnym Zebraniu Członków.

4. Członkowie wspierający mają prawo zamieszczać w swoich dokumentach, wydawnictwach i innych materiałach informację o przynależności do Towarzystwa w zakresie określonym osobnym porozumieniem zawartym z Towarzystwem.

§ 20

1. Członkowie Towarzystwa są obowiązani do:
 - 1) współdziałania w realizacji celów Towarzystwa, w szczególności podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - 2) przestrzeganie zasad etyki lekarskiej i dbanie o dobrą opinię lekarzy w społeczeństwie,
 - 3) przestrzeganie postanowień niniejszego Statutu, regulaminów jednostek organizacyjnych Towarzystwa i uchwał organów Towarzystwa.
2. Członkowie zwyczajni są zobowiązani do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Zarząd Główny Towarzystwa nie później niż do dnia 31 stycznia każdego roku.
3. Członkowie wspierający opłacają składki w wysokości i na warunkach określonych w porozumieniu zawartym między członkiem wspierającym a Towarzystwem.

§ 21

1. Zarząd Główny Towarzystwa skreśla z listy członków Towarzystwa członka zwyczajnego lub członka zwyczajnego aktywnego:
 - 1) na jego pisemny wniosek, po uregulowaniu składek i innych zobowiązań,
 - 2) w razie śmierci członka,
 - 3) w razie zaległości w opłacaniu składek trwającej ponad rok, pomimo uprzedniego pisemnego wezwania członka Towarzystwa do uiszczenia zaległej kwoty,
 - 4) w razie wykluczenia członka z Towarzystwa.
2. Członek skreślony z powodu niezapłacenia składek może być przyjęty ponownie w poczet członków Towarzystwa na zasadach określonych niniejszym Statutem po uregulowaniu zaległych składek.

3. Członek może być wykluczony z Towarzystwa, na wniosek jednego z członków Towarzystwa złożony Przewodniczącemu Sądu Koleżeńskiego, za działanie na szkodę Towarzystwa, nieprzestrzeganie postanowień Statutu lub uchwał władz Towarzystwa bądź w razie popełnienia czynu naruszającego zasady deontologiczne lub niegodnego członka Towarzystwa na podstawie uchwały Sądu Koleżeńskiego podjętej większością 2/3 głosów obecnych członków Sądu. Od uchwały członek Towarzystwa, który ma być wykluczony, może odwołać się do Walnego Zebrania Towarzystwa w terminie 3 tygodni od otrzymania pisemnego zawiadomienia o uchwale. Do czasu rozstrzygnięcia odwołania Sąd Koleżeński może zawiesić członka w jego prawach.
4. Zarząd Główny Towarzystwa skreśla członka wspierającego Towarzystwa z listy członków Towarzystwa na jego pisemny wniosek, a także w przypadku, gdy członek ten nie wypełnia zaciągniętych wobec Towarzystwa zobowiązań.
5. Do pozbawienia członkostwa honorowego stosuje się odpowiednio ust. 1 i 3 niniejszego paragrafu.

Władze Towarzystwa

§ 22

1. Kadencja wszystkich Władz Towarzystwa i jego jednostek organizacyjnych jest łączna i trwa 3 lata.
2. Mandat we Władzach Towarzystwa wygasa na skutek:
 - 1) zrzeczenia się,
 - 2) śmierci,
 - 3) odwołania.
3. W razie wygaśnięcia mandatu wybieranego członka Władz Towarzystwa w czasie trwania kadencji, odpowiedniej Władzy przysługuje prawo uzupełniania składu, jednakże liczba członków dokooptowanych nie może przekraczać 1/3 liczby członków pełniących swoje funkcje z wyboru. Nie można dokooptować Prezesa i Prezesa-Elekta.

4. O ile Statut nie stanowi inaczej uchwały wszystkich Władz Towarzystwa oraz jego jednostek organizacyjnych zapadają zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków. W przypadku równej ilości głosów decyduje głos przewodniczącego Władzy.
5. O ile Statut nie stanowi inaczej uchwały wszystkich Władz Towarzystwa oraz jego jednostek organizacyjnych zapadają w głosowaniu jawnym. Dotyczy to również głosowań w sprawach personalnych. Głosowanie tajne jest przeprowadzane na wniosek przynajmniej trzech członków Władzy.

§ 23

1. Władzami Głównymi Towarzystwa są:
 - 1) Walne Zebranie,
 - 2) Zarząd Główny,
 - 3) Główna Komisja Rewizyjna,
 - 4) Sąd Koleżeński.
2. O ile statut nie stanowi inaczej do władz Oddziałów, Sekcji i innych jednostek organizacyjnych stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące Władz Głównych.

Walne Zebranie Towarzystwa

§ 24

1. Walne Zebranie Towarzystwa jest najwyższą władzą Towarzystwa.
2. Walne Zebrania są zwoływane przez Zarząd Główny jako zwyczajne lub nadzwyczajne.
3. Zwyczajne Walne Zebranie Towarzystwa odbywa się co trzy lata w okresie zjazdu Towarzystwa.

§ 25

Nadzwyczajne Walne Zebranie zwoływane jest przez Zarząd Główny:

- 1) z własnej inicjatywy,
- 2) na wniosek złożony na piśmie przez: Główną Komisję Rewizyjną, Sąd Koleżeński lub co najmniej trzy Oddziały Towarzystwa, wniosek powinien zawierać proponowany porządek obrad.

§ 26

Nadzwyczajne Walne Zebranie musi zostać zwołane w ciągu 3 miesięcy od zgłoszenia wniosku i obraduje wyłącznie nad sprawami dla których zostało zwołane.

§ 27

Zawiadomienie o Walnym Zebraniu, zawierające proponowany porządek dzienny zebrania, Zarząd Główny ogłasza na stronie internetowej lub zawiadamia pocztą elektroniczną na co najmniej 30 dni przed planowanym terminem Walnego Zebrania.

§28

1. W Walnym Zebraniu członków mają prawo uczestniczyć wszyscy członkowie Towarzystwa, przy czym w głosowaniach uczestniczyć mogą tylko członkowie zwyczajni aktywni i honorowi.
2. Walne Zebranie jest zdolne do podejmowania uchwał w pierwszym terminie przy obecności co najmniej 50% ogólnej liczby członków zwyczajnych aktywnych i honorowych. W razie braku wymaganej liczby uczestników z prawem głosowania w pierwszym terminie, Walne Zebranie odbywa się po upływie 15 min w drugim terminie. Walne Zebranie w drugim terminie może podejmować wiążące uchwały niezależnie od liczby uczestników.
3. Uchwała w sprawie podtrzymania uchwały Sądu Koleżeńskiego o wykluczeniu członka zwyczajnego lub członka zwyczajnego aktywnego Towarzystwa zapada większością 2/3 głosów.

§ 29

1. Walne Zebrania Towarzystwa otwiera Prezes Zarządu Głównego lub, w wypadku jego nieobecności, Prezes-Elekt i zarządza sporządzenie listy obecności celem ustalenia liczby uczestników z prawem do głosowania. W razie potrzeby Prezes informuje o konieczności odbycia Zebrania w drugim terminie.
2. Po ustaleniu liczby uczestników Zebrania Prezes Zarządu Głównego lub Prezes-Elekt kieruje wyborem Przewodniczącego i Sekretarza Walnego

Zebrania Towarzystwa spośród zgłoszonych kandydatów obecnych na Zebraniu, którzy wyrazili zgodę na kandydowanie.

3. Przebieg Walnego Zebrania Towarzystwa jest protokołowany. Protokół podpisuje Przewodniczący i Sekretarz Walnego Zebrania Towarzystwa.

§ 30

1. Do kompetencji Walnego Zebrania Towarzystwa należy:
 - 1) uchwalenie głównych kierunków działalności merytorycznej i formalnej,
 - 2) dokonywanie wyboru Przewodniczącego i Sekretarza Walnego Zebrania,
 - 3) przyjmowanie protokołu z poprzedniego Walnego Zebrania,
 - 4) rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdania z działalności Zarządu Głównego i sprawozdania z działalności Głównej Komisji Rewizyjnej Towarzystwa oraz Sądu Koleżeńskiego,
 - 5) decydowanie o udzieleniu absolutorium członkom Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej w zakresie działalności statutowej,
 - 6) wybór i odwoływanie członków Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej Towarzystwa i Sądu Koleżeńskiego, chyba że Statut stanowi inaczej,
 - 7) nadawanie i pozbawianie godności członka honorowego Towarzystwa,
 - 8) dokonywanie zmian Statutu na wniosek Zarządu Głównego lub grupy członków Towarzystwa,
 - 9) uchwalanie i zmiana regulaminu Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego,
 - 10) upoważnianie Zarządu Głównego do nabycia, zbycia i obciążenia majątku nieruchomości Towarzystwa, przyjmowania zapisów warunkowych,
 - 11) zatwierdzanie miejsca, terminu i tematyki przyszłego zjazdu Towarzystwa,
 - 12) podejmowanie decyzji w sprawach wniesionych przez Zarząd Główny, Główną Komisję Rewizyjną i Sąd Koleżeński,
 - 13) rozpatrywanie odwołań od uchwał Sądu Koleżeńskiego,
 - 14) rozpatrywanie wniosków wniesionych przez członków Towarzystwa.

2. Wnioski zgłoszone przez członków Towarzystwa do rozpatrzenia przez Zwyczajne Walne Zebranie Towarzystwa powinny być przekazane Zarządowi Głównemu Towarzystwa przynajmniej na 45 dni przed terminem Zwyczajnego Walnego Zebrania Towarzystwa i podpisane przez co najmniej 5 członków Towarzystwa. Wyjątek stanowią wnioski o zmianę Statutu Towarzystwa, które muszą być zgłoszone co najmniej na 90 dni przed terminem Walnego Zebrania Towarzystwa i muszą być podpisane przez przynajmniej 20 członków zwyczajnych aktywnych lub honorowych Towarzystwa.
3. Z zastrzeżeniem paragrafu 26, wnioski zgłoszone przez członków Towarzystwa do rozpatrzenia przez Nadzwyczajne Walne Zebranie Towarzystwa powinny być przekazane Zarządowi Głównemu Towarzystwa przynajmniej na 14 dni przed terminem Nadzwyczajnego Walnego Zebrania Towarzystwa i podpisane przez co najmniej 5 członków Towarzystwa. Wyjątek stanowią wnioski o zmianę Statutu Towarzystwa, które muszą być podpisane przez przynajmniej 20 członków zwyczajnych aktywnych lub honorowych Towarzystwa.

Zarząd Główny

§ 31

1. W skład Zarządu Głównego wchodzi: Prezes, którym zostaje Prezes-Elekt poprzedniej kadencji, nowo wybrany Prezes-Elekt, ustępujący Prezes oraz 6 członków Zarządu.
2. Prezes-Elekt oraz 6 członków Zarządu wybierani są przez Walne Zebranie w odrębnych głosowaniach.
3. Na pierwszym posiedzeniu Zarząd dokonuje wyboru spośród siebie Sekretarza i Skarbnika.
4. Członkiem Zarządu Głównego nie można być dłużej niż przez dwie kolejne kadencje. Nie dotyczy to członka Zarządu Głównego Towarzystwa który po upływie dwóch kolejnych kadencji został wybrany na funkcję Prezesa-Elekta.

5. Kadencja członków Zarządu Głównego Towarzystwa rozpoczyna się od następnego dnia po zakończeniu Walnego Zebrania Towarzystwa i trwa do chwili powołania nowego Zarządu.
6. W przypadku wygaśnięcia mandatu Prezesa-Elekta w trakcie kadencji lub braku możliwości objęcia funkcji Prezesa, Walne Zebranie wybiera również Prezesa.

§ 32

1. Zebrania Zarządu Głównego zwoływane są przez Prezesa Zarządu Głównego w miarę potrzeby, jednak nie rzadziej niż raz na kwartał.
2. Zawiadomienie o posiedzeniu Zarządu Głównego są dokonywane pisemnie, telefonicznie lub przy pomocy poczty elektronicznej.
3. Z głosem doradczym w zebraniach Zarządu Głównego mogą uczestniczyć na zaproszenie Prezesa: Przewodniczący Zarządów Oddziałów i Sekcji, Przewodniczący Głównej Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego, Redaktorzy Naczelni czasopism Towarzystwa i inne osoby.
4. Protokoły posiedzeń Zarządu Głównego podpisuje Prezes i Sekretarz. Do protokołu posiedzeń Zarządu Głównego dołącza się listę obecności członków Zarządu Głównego.

§ 33

1. Zarząd Główny Towarzystwa:
 - 1) kieruje działalnością Towarzystwa i odpowiada za realizację jego celów statutowych, wyniki społeczne oraz finansowo-gospodarcze,
 - 2) reprezentuje Towarzystwo na zewnątrz,
 - 3) bierze udział w kształtowaniu szkoleniowych programów specjalistycznych i doskonalących,
 - 4) powołuje komitety organizacyjne zjazdów, sympozjów itp.,
 - 5) powołuje i odwołuje redaktorów naczelnych czasopism Towarzystwa,
 - 6) tworzy i likwiduje oraz określa zakres działania i nadzoruje działalność Oddziałów i Sekcji oraz innych jednostek organizacyjnych, a także

uchwala ich regulaminy, zasady gospodarki finansowej oraz szczegółowe wytyczne dla organów,

- 7) zwołuje Walne Zebranie Towarzystwa,
 - 8) przedstawia Walnemu Zebraniu:
 - a) kandydatów na członków honorowych i do odznaczeń do zatwierdzenia,
 - b) proponuje miejsce, termin i tematykę następnego zjazdu,
 - c) projekt zmian w Statucie do uchwalenia,
 - 9) przyjmuje bądź skreśla z listy członków zwyczajnych, zwyczajnych aktywnych i wspierających,
 - 10) opiniuje wnioski o nadanie godności członka honorowego lub Odznaczenia,
 - 11) prowadzi rejestr członków Towarzystwa,
 - 12) uchwala wysokość i pobiera składki członkowskie,
 - 13) odprowadza na rzecz Oddziałów Towarzystwa ustaloną przez siebie część składek członkowskich,
 - 14) współuczestniczy w wydawaniu czasopisma „Anestezjologia Intensywna Terapia”,
 - 15) wyraża zgodę na zatrudnianie i zwalnianie pracowników administracyjnych,
 - 16) gospodaruje majątkiem Towarzystwa,
 - 17) składa sprawozdanie ze swej działalności okresowej i kadencyjnej,
 - 18) wyznacza na czas swojej kadencji przedstawicieli do reprezentowania Towarzystwa w organizacjach, w których Towarzystwo jest członkiem oraz w podmiotach, w których Towarzystwo jest udziałowcem lub akcjonariuszem,
 - 19) podejmuje uchwały w sprawie zapisów i darowizn,
 - 20) planuje działalność naukową Towarzystwa.
2. Do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Towarzystwa wymagane jest współdziałanie dwóch członków Zarządu Głównego w tym Skarbnika lub innego upoważnionego przez Skarbnika

członka Zarządu. Prezes Zarządu Głównego Towarzystwa może działając samodzielnie składać w imieniu Towarzystwa oświadczenia woli i zaciągać zobowiązania do kwoty 30.000 zł .

3. O każdym przypadku zaciągnięcia zobowiązania składający oświadczenie Prezes Zarządu Głównego jest obowiązany niezwłocznie poinformować Skarbnika Towarzystwa.

§ 34

1. Prezes Towarzystwa przewodniczy działalności Zarządu Głównego i jest zwierzchnikiem służbowym pracowników Towarzystwa, a w szczególności:
 - 1) podpisuje dokumenty w sprawach bieżących Towarzystwa,
 - 2) otwiera, prowadzi i zamyka posiedzenia Zarządu Głównego oraz otwiera i do czasu wyboru Przewodniczącego prowadzi obrady Walnego Zebrania Towarzystwa,
 - 3) zaprasza na posiedzenia Zarządu Głównego Towarzystwa osoby, których obecność uzna za pożądaną dla Towarzystwa.
2. W przypadku niemożności sprawowania funkcji przez Prezesa jego kompetencje przejmuje Prezes-Elekt.
3. Prezes Zarządu Głównego Towarzystwa nie może być wybrany na tę funkcję na dwie kolejno następujące po sobie kadencje.

§35

1. Sekretarz Towarzystwa:
 - 1) prowadzi archiwum i spis członków Towarzystwa,
 - 2) przechowuje pieczęć Towarzystwa,
 - 3) dba o prawidłowość przebiegu posiedzeń Zarządu Głównego Towarzystwa, w tym zwłaszcza głosowań i archiwizację ich wyników,
 - 4) sporządza protokoły posiedzeń Zarządu Głównego Towarzystwa,
 - 5) odpowiada za kontakty z Oddziałami Towarzystwa.
2. Skarbnik:
 - 1) wraz z Prezesem zarządza finansami Towarzystwa,

- 2) przyjmuje, przechowuje i wypłaca środki pieniężne Towarzystwa, zgodnie z dyspozycją Zarządu Głównego Towarzystwa,
- 3) jest odpowiedzialny za prowadzenie dokumentacji finansowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym za terminowe przygotowanie sprawozdania finansowego Towarzystwa oraz innych sprawozdań i raportów wymaganych prawem obejmujących dane finansowe Towarzystwa.

Główna Komisja Rewizyjna Towarzystwa

§ 36

1. Główna Komisja Rewizyjna wybierana jest przez Walne Zebranie w składzie 5 osób, które na pierwszym posiedzeniu nowej kadencji wybierają spośród siebie Przewodniczącego, jego Zastępcę i Sekretarza.
2. Zadaniem Komisji Rewizyjnej Towarzystwa jest stały nadzór nad działalnością Towarzystwa, w tym również dokonywanie wyboru podmiotu uprawnionego do badania sprawozdania finansowego z działalności gospodarczej.
3. Komisja Rewizyjna Towarzystwa odbywa posiedzenia przynajmniej jeden raz do roku.
4. Komisja Rewizyjna Towarzystwa:
 - 1) nadzoruje pracę Komisji Rewizyjnych Oddziałów,
 - 2) przedstawia raz w roku Zarządowi Głównemu pisemne sprawozdanie ze swojej działalności z wnioskami pokontrolnymi,
 - 3) zatwierdza roczne sprawozdanie finansowe z działalności gospodarczej Towarzystwa i w tym zakresie udziela Zarządowi Głównemu absolutorium,
 - 4) akceptuje decyzję Zarządu Głównego o przekazaniu na cele statutowe zysku z działalności gospodarczej lub decyduje o sposobie pokrycia straty na tej działalności,

- 5) po dokonaniu oceny całości działalności statutowej i finansowej Towarzystwa przedstawia Walnemu Zebraniu Towarzystwa wnioski, w tym między innymi w przedmiocie udzielenia lub odmowy udzielenia Zarządowi Głównemu Towarzystwa absolutorium.
5. Członkowie Komisji Rewizyjnej Towarzystwa:
 - 1) nie mogą być członkami Zarządu Głównego Towarzystwa, ani pozostawać z nimi w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub podległości z tytułu zatrudnienia,
 - 2) nie byli skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo z winy umyślnej,
6. W chwili zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5 mandat członka Głównej Komisji Rewizyjnej wygasa ze skutkiem natychmiastowym.

Sąd Koleżeński Towarzystwa

§ 37

1. Sąd Koleżeński wybierany jest przez Walne Zebranie w składzie 5 osób, które na pierwszym posiedzeniu nowej kadencji wybierają spośród siebie Przewodniczącego, jego Zastępcę i Sekretarza.
2. Sąd Koleżeński działając zgodnie z regulaminem rozstrzyga:
 - 1) spory pomiędzy członkami Towarzystwa w związku z ich działalnością w strukturach Towarzystwa,
 - 2) podejmuje uchwały o wykluczeniu członków Towarzystwa i o ich zawieszeniu w przypadkach wskazanych w § 21 ust. 3.
3. Od każdego orzeczenia Sądu Koleżeńskiego zainteresowanemu przysługuje prawo odwołania do Walnego Zebrania w terminie 3 tygodni od daty jego ogłoszenia lub w przypadku braku ogłoszenia, otrzymania pisemnego zawiadomienia o orzeczeniu.

Oddziały Towarzystwa

§ 38

1. Na obszarze swego działania Towarzystwo, reprezentowane przez Zarząd Główny, może tworzyć łączyć i likwidować Oddziały Towarzystwa, na wniosek członka Zarządu Głównego lub co najmniej 30 członków zwyczajnych aktywnych lub honorowych Towarzystwa z terenu objętego działaniem Oddziału.
2. Zarząd Główny Towarzystwa powołuje tymczasowego Przewodniczącego Oddziału, który kieruje Oddziałem aż do wyboru Zarządu Oddziału.
3. Oddziały Towarzystwa nie mają osobowości prawnej i są jednostkami organizacyjnymi Towarzystwa.
4. Oddziały realizują zadania Towarzystwa, a w szczególności dążą do podnoszenia fachowego, naukowego i etycznego poziomu członków.
5. Regulaminy organizacyjne Oddziałów uchwała Zarząd Główny Towarzystwa.

§ 39

Władzami Oddziału Towarzystwa są:

- 1) Walne Zebranie Oddziału,
- 2) Zarząd Oddziału,
- 3) Komisja Rewizyjna Oddziału.

§ 40

1. Walne Zebranie Oddziału tworzą członkowie zwyczajni aktywni i honorowi Towarzystwa z terenu objętego działaniem Oddziału.
2. Walne Zebranie Oddziału:
 - 1) określa, na podstawie uchwał Walnego Zebrania oraz wytycznych Zarządu Głównego, zasady działalności merytorycznej i finansowej Oddziału,
 - 2) dokonuje wyboru Przewodniczącego i Sekretarza Zebrania Oddziału,
 - 3) przyjmuje protokół z poprzedniego Walnego Zebrania Oddziału,
 - 4) rozpatruje sprawozdanie z działalności Zarządu Oddziału i Komisji Rewizyjnej Oddziału oraz udziela absolutorium członkom ustępującego Zarządu Oddziału oraz członkom ustępującej Komisji Rewizyjnej,

- 5) dokonuje wyborów członków Zarządu Oddziału i Komisji Rewizyjnej
- 6) rozstrzyga w sprawach przedłożonych przez Zarząd Oddziału,
- 7) rozpatruje wnioski złożone przez członków Oddziału Towarzystwa.

§ 41

1. Zarząd Oddziału składa się z czterech osób: Przewodniczącego, jego Zastępcy, Sekretarza i Skarbnika, wybieranych przez Walne Zebranie Oddziału.
2. Wybory Zarządu Oddziału odbywają się w tym samym roku kalendarzowym co wybory do Zarządu Głównego Towarzystwa.
3. Członek Zarządu Oddziału może pełnić funkcję nie dłużej niż przez trzy kolejne kadencje.
4. Zarząd Oddziału:
 - 1) realizuje cele statutowe Towarzystwa na obszarze objętym jego właściwością,
 - 2) kieruje działalnością Oddziału,
 - 3) wykonuje uchwały:
 - a) Walnego Zebrania Towarzystwa
 - b) Zarządu Głównego
 - c) Walnego Zebrania Oddziału,
 - 4) przekazuje do Zarządu Głównego deklaracje kandydatów na członków,
 - 5) przedstawia Walnemu Zebraniu Oddziału sprawozdanie z działalności za okres kadencji,
 - 6) przesyła do Zarządu Głównego zatwierdzone przez Walne Zebranie Oddziału sprawozdanie z działalności za okres kadencji do 31 marca ostatniego roku kadencji oraz niezwłocznie po wyborach skład i adres nowego Zarządu,
 - 7) przesyła do Zarządu Głównego w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku sprawozdanie finansowe i merytoryczne za rok poprzedni wraz z opinią Komisji Rewizyjnej Oddziału.

§ 42

1. Wszelkie zobowiązania w imieniu Towarzystwa, w zakresie działania Oddziału, mogą być zaciągane wyłącznie na podstawie wyraźnego pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Główny.
2. Zaciągnięcie jakiegokolwiek zobowiązania lub przyjęcie rachunku (faktury), które mogą mieć znaczenie dla obciążeń podatkowych Towarzystwa jest możliwe tylko pod warunkiem uprzedniego uzgodnienia sposobu udokumentowania transakcji ze Skarbnikiem Towarzystwa lub wskazaną przez niego osobą.

§ 43

1. Komisja Rewizyjna Oddziału składa się z trzech członków wybranych przez Walne Zebranie Oddziału. Przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Oddziału wybierają jej członkowie na pierwszym posiedzeniu.
2. Zadaniem Komisji Rewizyjnej Oddziału jest nadzór nad działalnością Oddziału, ze szczególnym uwzględnieniem gospodarki finansowej oraz zgodności postępowania Zarządu Oddziału ze Statutem i uchwałami Walnych Zebrań.
3. Posiedzenia Komisji Rewizyjnej Oddziału odbywają się co najmniej jeden raz w roku.
4. Komisja Rewizyjna Oddziału po dokonaniu oceny merytorycznej i finansowej Oddziału przedstawia opinię o sprawozdaniu Zarządu i wnioski w przedmiocie udzielenia lub odmowy udzielenia Zarządowi Oddziału absolutorium.

Sekcje Towarzystwa

§ 44

1. Sekcje Towarzystwa skupiają członków Towarzystwa, zainteresowanych poszczególnymi działami anestezjologii i intensywnej terapii, terapii bólu i resuscytacji,.
2. Sekcje są powoływane, łączone i likwidowane przez Zarząd Główny Towarzystwa, na wniosek członka Zarządu Głównego Towarzystwa lub co najmniej 20 członków zwyczajnych aktywnych i honorowych

Towarzystwa.

3. Zarząd Główny powołuje tymczasowego Przewodniczącego Sekcji, który organizuje nowo powstałą Sekcję i kieruje nią do czasu przeprowadzenia wyboru Zarządu Sekcji.
4. Zarząd Główny Towarzystwa uchwała regulamin organizacyjny Sekcji Towarzystwa.

§ 45

1. Sekcja realizuje zadania Towarzystwa, zgodnie z regulaminem zatwierdzonym przez Zarząd Główny oraz uchwałą o jej powołaniu, dążąc do podniesienia poziomu naukowego i zawodowego członków.
2. Członkami Sekcji mogą być członkowie zwyczajni aktywni, wspierający i honorowi Towarzystwa.
3. Przyjęcie do Sekcji następuje na podstawie pisemnego zgłoszenia udziału w pracach Sekcji.

§ 46

Władzami Sekcji Towarzystwa są:

- 1) Walne Zebranie Sekcji,
- 2) Zarząd Sekcji.

§ 47

1. Walne Zebranie Sekcji, tworzą wszyscy jej członkowie zwyczajni aktywni i honorowi.
2. Walne Zebranie Sekcji:
 - 1) określa, na podstawie uchwał Walnego Zebrania oraz wytycznych Zarządu Głównego zasady działalności merytorycznej i finansowej Sekcji,
 - 2) dokonuje wyboru Przewodniczącego i Sekretarza Zebrania,
 - 3) przyjmuje protokół z poprzedniego Walnego Zebrania,
 - 4) rozpatruje sprawozdanie z działalności Zarządu Sekcji oraz udziela absolutorium członkom ustępującego Zarządu,

- 5) dokonuje wyborów członków Zarządu Sekcji,
- 6) rozstrzyga w sprawach przedłożonych przez Zarząd Sekcji,
- 7) rozpatruje wnioski złożone przez członków Sekcji.

§ 48

1. Zarząd Sekcji składa się z trzech osób: Przewodniczącego, Sekretarza i Skarbnika, wybieranych przez Walne Zebranie Sekcji.
2. Wybory Zarządu Sekcji odbywają się w tym samym roku kalendarzowym co wybory do Zarządu Głównego Towarzystwa, w czasie zjazdu Towarzystwa.
3. Członkowie Zarządu Sekcji mogą pełnić swoją funkcję dłużej niż przez dwie kadencje.
4. Zarząd Sekcji:
 - 1) realizuje cele statutowe Towarzystwa w obszarze działania Sekcji,
 - 2) kieruje działalnością Sekcji,
 - 3) prowadzi listę członków Sekcji,
 - 4) wykonuje uchwały:
 - a) Walnego Zebrania Towarzystwa,
 - b) Zarządu Głównego,
 - c) Walnego Zebrania Sekcji,
- 5) przedstawia Walnemu Zebraniu Sekcji sprawozdanie z działalności za okres kadencji,
- 6) przesyła do Zarządu Głównego zatwierdzone przez Walne Zebranie Sekcji sprawozdanie z działalności za okres kadencji do 31 marca ostatniego roku kadencji oraz niezwłocznie po wyborach skład i adres nowego Zarządu,
- 7) przesyła do Zarządu Głównego w terminie do dnia 1 marca każdego roku sprawozdanie finansowe i merytoryczne za rok poprzedni.

§ 49

1. Wszelkie zobowiązania w imieniu Towarzystwa, w zakresie działania Sekcji, mogą być zaciągane wyłącznie na podstawie wyraźnego pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Główny.

2. Zaciągnięcie jakiegokolwiek zobowiązania lub przyjęcie rachunku (faktury), które mogą mieć znaczenie dla obciążeń podatkowych Towarzystwa jest możliwe tylko pod warunkiem uprzedniego uzgodnienia sposobu udokumentowania transakcji ze Skarbnikiem Towarzystwa lub wskazaną przez niego osobą.

Majątek Towarzystwa

§ 50

1. Majątek Towarzystwa składa się z ruchomości, nieruchomości, a także dochodów z posiadanych akcji, udziałów w spółkach i innych papierów wartościowych oraz funduszy wskazanych w ust. 2.
2. Fundusze Towarzystwa tworzy się:
 - 1) ze składek członkowskich,
 - 2) z darowizn, zapisów, spadków, subwencji, dotacji,
 - 3) z wpisowego, wpłacanego przez uczestników zjazdów, sympozjów, konferencji i kongresów,
 - 4) z dochodów ze zbiórek i organizowanych przez Towarzystwo imprez,
 - 5) z odsetek i lokat bankowych od środków pieniężnych znajdujących się w posiadaniu Towarzystwa,
 - 6) ze środków z funduszy publicznych,
 - 7) z dochodów z własnej działalności, zgodnie z art. 33 ust. 1 Prawo o stowarzyszeniach,
 - 8) z dochodów przypadających Towarzystwu z uczestnictwa w innych organizacjach, a także z prowadzonej działalności gospodarczej,
 - 9) dochodów z majątku Towarzystwa.
3. Wszelkie wpływy z działalności realizowanej przez Towarzystwo za pośrednictwem Oddziałów, Sekcji lub innych jednostek organizacyjnych stanowią przychody Towarzystwa.
4. Czysty zysk wykazany w sprawozdaniu finansowym przez Towarzystwo przeznacza się wyłącznie na realizację celów statutowych Towarzystwa.

5. Dla realizacji zadań statutowych Towarzystwa Zarząd Główny przekazuje środki finansowe Oddziałom, Sekcjom i innym jednostkom organizacyjnym.

§ 51

1. Nadzór nad majątkiem Towarzystwa sprawuje Zarząd Główny.
2. Oddziały i Sekcje Towarzystwa mogą dysponować własnymi funduszami i środkami trwałymi za zgodą Zarządu Głównego.

§ 52

Towarzystwo nie może:

- 1) udzielać pożyczek lub zabezpieczać zobowiązań majątkiem Towarzystwa w stosunku do jego członków, członków władz lub pracowników oraz osób, z którymi pracownicy pozostają w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli („osoby bliskie”),
- 2) przekazywać majątku Towarzystwa na rzecz jego członków, członków władz lub pracowników oraz ich osób bliskich, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, w szczególności, jeśli przekazanie to następuje nieodpłatnie lub na preferencyjnych warunkach,
- 3) wykorzystywać majątku Towarzystwa na rzecz jego członków, członków władz lub pracowników oraz ich osób bliskich na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, chyba że to wykorzystanie bezpośrednio wynika ze statutowego celu Towarzystwa,
- 4) dokonywać zakupu na preferencyjnych zasadach towarów lub usług od podmiotów, w których uczestniczą członkowie Towarzystwa, członkowie jego władz lub pracownicy oraz ich osób bliskich.

Postanowienia końcowe

§ 53

1. Zmiana Statutu i rozwiązanie Towarzystwa może nastąpić w drodze uchwały Walnego Zebrania Członków, powziętej większością 2/3 głosów.

2. Uchwała o rozwiązaniu Towarzystwa określi likwidatorów i sposób przeprowadzenia likwidacji oraz sposób przeznaczenia jego majątku na cele związane z anestezjologią i intensywną terapią.
3. Rokiem obrotowym Towarzystwa jest rok kalendarzowy

ANEKS 3 Okres Edynburski

U M O W A

pomiędzy Rządem Polskim a Uniwersytetem w Edynburgu
w sprawie utworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego
przy Uniwersytecie w Edynburgu.

Art. 1.

Rząd Polski z jednej strony a Uniwersytet w Edynburgu z drugiej strony, w dążeniu do zacieśnienia i pogłębienia współpracy w dziedzinie kulturalnej pomiędzy Polską a Wielką Brytanią, zgadzają się na utworzenie z dniem ~~27. Lutego~~ 24. Lutego 1941 r. Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu. /Polish School of Medicine at the University of Edinburgh/.

Art. 2.

Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu będzie działał na podstawie statutu, załączonego do niniejszej umowy, na którego brzmienie obie strony wyrażają zgodę.

Art. 3.

Uniwersytet w Edynburgu zapewnia Polskiemu Wydziałowi Lekarskiemu dostarczenie pomieszczeń oraz udziela mu w miarę możliwości ułatwień w jego pracy naukowej i dydaktycznej. Inne koszty, związane z funkcjonowaniem Wydziału, ponosi Rząd Polski.

Art. 4.

Umowa niniejsza wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez obie układające się strony.

Edynburg, dnia 24. Lutego 1941 r.

Thomas M. Arlman

W Imieniu Rządu Polskiego:

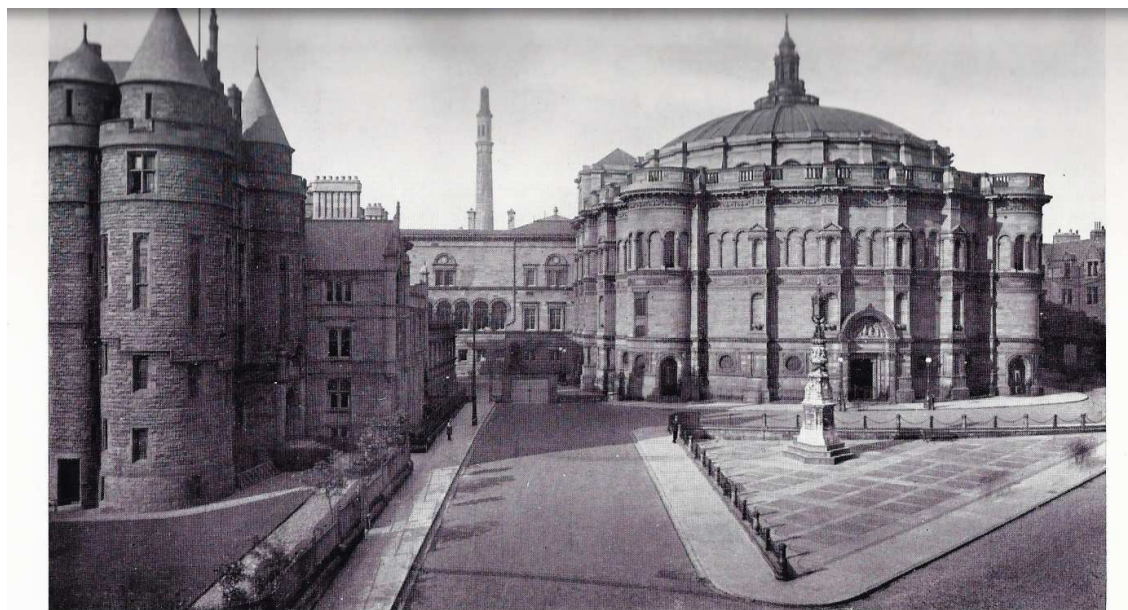
W Imieniu Uniwersytetu
w Edynburgu:

S. Kozłowski

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH.

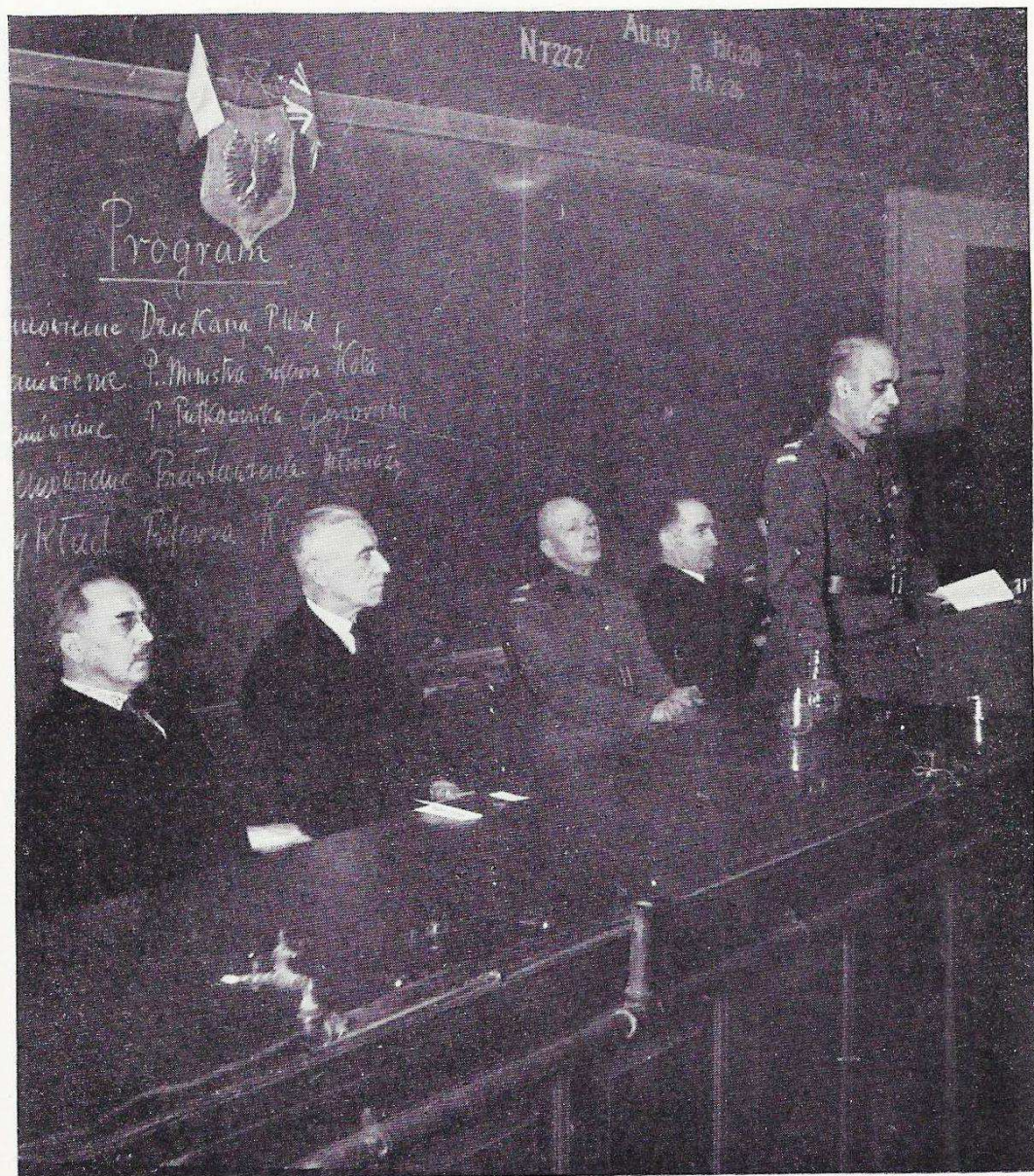


Umowa o utworzenie Polskiego Wydziału lekarskiego przy
Uniwersytecie w Edynburgu – 1941 r.



Rycina Nr. 1.—McEwan Hall na Teviot Place, gdzie odbyła się uroczystość otwarcia Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniw. w Edynburgu, w dniu 22 marca 1941 r.

Miejsce uroczystości otwarcia Polskiego Wydziału przy Uniwersytecie w Edynburgu – 1941 r.



Rycina Nr. 12.—Dziekan prof. dr. Antoni Jurasz wygłasza przemówienie na otwarciu roku akademickiego P.W.L. Uniwersytetu w Edynburgu w dniu 24 marca 1941 r. Na podium siedzą: Pan Prezydent R.P.; (z lewej) Min. prof. Stanisław Kot; (z prawej) Szef Służby Zdrowia D.O.W. w Szkocji, ppłk. lek. dr. A. Kurtz, prof. dr. Wł. Koskowski.



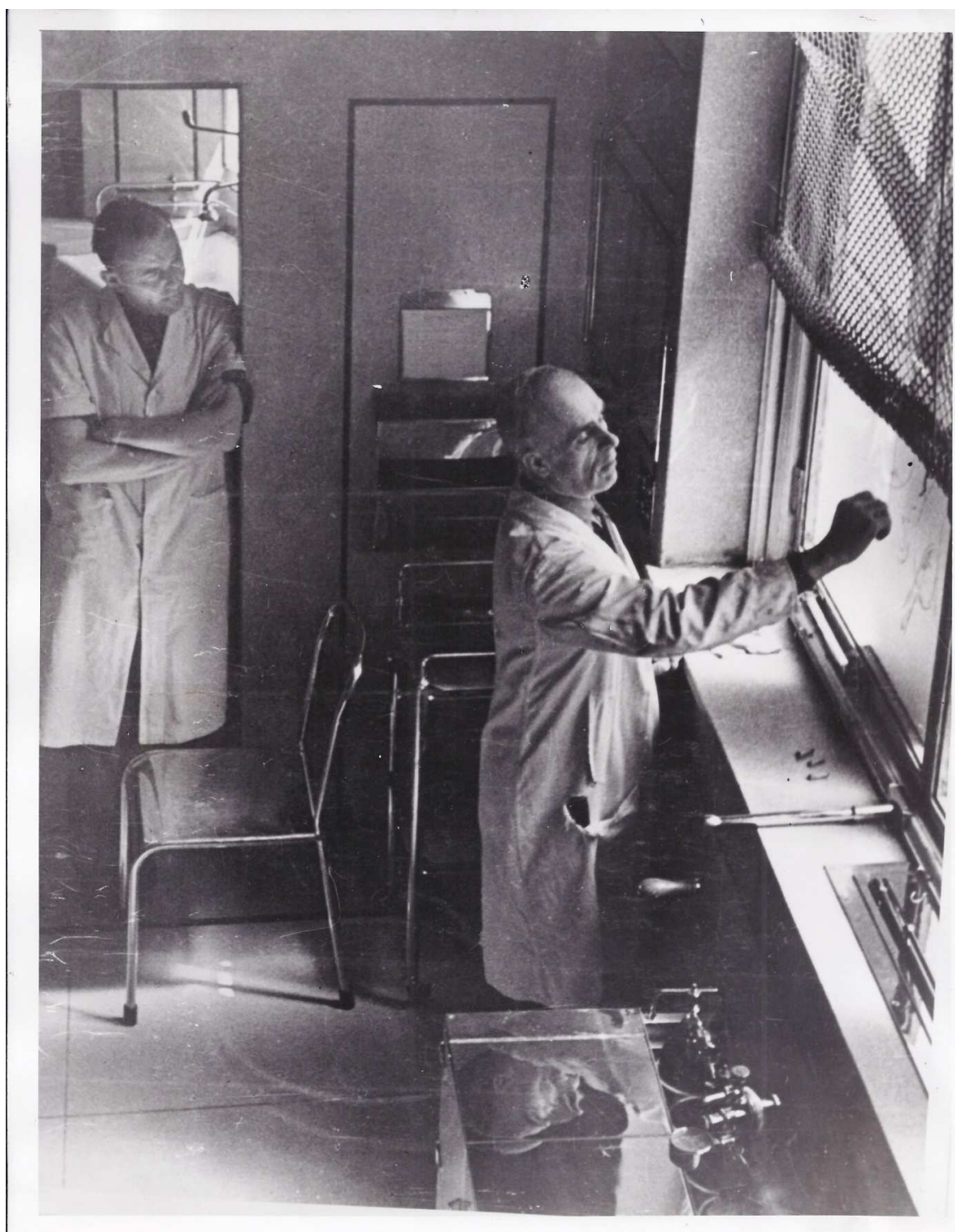
Rycina Nr. 16.—Grono Nauczycielskie Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu. W pierwszym rzędzie stoją: (od lewej) doc. dr. E. Mysłkowski, doc. dr. A. Fidler, dr. J. Dekański, prof. dr. J. Rostowski, Dziekan prof. dr. A. Jurasz, prof. dr. J. Fegler, prof. dr. L. Lakner, dr. T. Sokółowski, doc. dr. M. Kestowiecki. W drugim rzędzie: (od lewej) dr. W. Stocki, doc. dr. A. Elekrowicz, dr. Z. Malkiewicz, dr. J. Ruszkowski, dr. B. Czemplik, dr. J. Iwaszkiewicz, dr. Z. Menschik, dr. J. Kochanowski, doc. dr. W. Tomaszewski, dr. R. Rejthar, prof. dr. T. Rogalski.

Grono nauczycielskie Polskiego Wydziału przy Uniwersytecie w Edynburgu –
1941 r.

Teaching Staff of
The Polish School of Medicine.

Anatomy Prof. ^{T.} Rogalski, Department of Anatomy.
 Histology Dr. Kostowiecki, Dept. of Anatomy.
 Biology ^{42567.} Dr. Sliżyński, Professor Crew.
 Physiology Prof. ^{J.} Fegler, Dept. of Physiology.
 Chemistry Dr. Mystkowski, Clinical Laboratory.
 Bacteriology
 Pharmacology Prof. W. Koskowski,
 Toxicology Dr. Dekanski,
 Radiology Dr. ^{A.} Elektorowicz, Royal Infirmary.
 Medicine Dr. Fidler, Department of Medicine.
 Dr. Tomaszewski, Professor Dunlop.
 Surgery Prof. A. T. Jurasz, Department of Surgery.
 Dr. Sokołowski, Military Hospital,
 Col. The Castle, Edinburgh.
 Neurology { Prof. ^{J.} Rostowski, Mr. Norman Dott, R.I.E.
 Psychiatry { 30. Craiglockhart Road. (Tel. 78285)
 Gynaecology & Obstetrics.. Dr. Uhma, Professor Johnstone.
 Dentistry Prof. ^{L.} Lakner, Dental Hospital. 22711 (Mile.)
 (44. Marchmont Drive.)
 Laryngo-Rhino-Otology Dr. Iwaszkiewicz, Dr. Martin, R.I.E.
 Dermatology Dr. Reiss, Royal Infirmary.
 Ophthalmology Dr. Ruszkowski, Royal Infirmary.
 Paediatrics Dr. Malkiewicz, Children's Hospital.
 Pathology
 Anaesthetics Dr. Reithar, Mr. Gillies, Royal Infirmary
 [54208] 748. c/o Miss Blappett.
 16. Warrindale Park Ave.
 Ed.

259



Prof. Antoni Jurasz (po prawej) oraz dr Reithar (po lewej) przy pracy.
Zdjęcia niepublikowane z zastrzeżeniem autora.



Dr Roman Reithar



Prof. Antoni Jurasz (po lewej) i dr Roman Reithar (z tyłu)
w czasie zajęć klinicznych.

**ANEKS 4 40 lat Zakładu, Instytutu i Katedry
anestezjologii w poznańskiej uczelni medycznej
(2.11.1962-2.11.2002).**

Opracowanie prof. zw. dra hab. n. med. Witolda Jurczyka
z opracowania pod redakcją: Romana Szulca, Michała Gacy.

Działalność Katedry w latach akademickich 2001/2002 i 2002/2003

Wydawnictwo Naukowe Akademii medycznej im. Karola Marcinkowskiego w
Poznaniu, 2004 r.



Prof. zw. dr hab. n. med. Witold Jurczyk

**40 lat Zakładu, Instytutu i Katedry
Anestezjologii w poznańskiej uczelni medycznej
(2.11.1962–2.11.2002)**

Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu podczas posiedzenia, które odbyło się w dniu 20 czerwca 1962 roku pozytywnie zaopiniowała wniosek ówczesnego kierownika III Katedry i Kliniki Chirurgicznej prof. dr Adama Piskorza o powołanie Zakładu Anestezjologii. Jednomyślną w tej sprawie uchwałę podjął też Senat Uczelni na swym posiedzeniu w dniu 28 czerwca 1962 roku, co z kolei upoważniało prorektora prof. dr. A. Zakrzewskiego do zwrócenia się z pismem z dnia 7 lipca 1962 roku do Ministerstwa Zdrowia o wyrażenie zgody na utworzenie Zakładu Anestezjologii. Uzyskano ją pismem prof. dr. Wiesława Tysarowskiego, dyrektora Departamentu Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 17 października 1962 roku.

Na tej podstawie rektor Akademii Medycznej w Poznaniu powołał z dniem 2 listopada 1962 roku na Wydziale Lekarskim Zakład Anestezjologii, powierzając jego kierownictwo dr. Witoldowi Jurczykowi. Zakład działał początkowo przez dwa lata przy III Katedrze Chirurgii (1962–1964), a od 1964 do 1968 roku przy I Katedrze Chirurgii. W 1968 roku decyzją rektora Zakład został, przez wyłączenie z Katedry Chirurgii, usamodzielniony a jego siedzibę przeniesiono

na teren Państwowego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego. Z dniem 30.09.1978 r. Zakład przekształcono w Instytut, który od 21.09.1982 r. nosi nazwę Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Z dniem 1 października 2001 r. rektor Akademii Medycznej przekształcił Instytut w Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a na stanowisko kierownika Katedry powołano prof. dr. Romana Szulca.

Z chwilą powołania w 1962 roku Zakład, mimo szczupłej wówczas obsady kadrowej, rozwinął działalność usługową, dydaktyczną i naukową.

Działalnością usługową objęto początkowo chorych leczonych w III klinice Chirurgicznej a później (do 1968) w I Klinice Chirurgicznej AM. Od 1968 roku działalność tę rozszerzono na wszystkie kliniki Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej.

Od początku na działalność usługową składało się: wykonywanie znieczuleń i leczenie chorych w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, a także intensywna terapia u chorych w stanie zagrożenia życia. Ta część działalności stała się możliwa już w 1962 roku przez przystosowanie na ten cel pomieszczeń łóżkowych w Szpitalu Miejskim im. J. Strusia, a później także w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1. Te ostatnie pomieszczenia zostały w 1968 roku znacznie poszerzone i przebudowane. Utworzono wówczas Ośrodek, a później Oddział Intensywnej terapii Zakładu, który od 1978 roku jest siedzibą I Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu, obecnie Katedry.

W celu usprawnienia działalności usługowej, rektor Akademii Medycznej powołał w 1969 roku na terenie wszystkich Państwowych Szpitali Klinicznych Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii wchodzące w skład Zakładu Anestezjologii. Kierownictwo tych oddziałów powierzono doświadczonym pracownikom Zakładu. Z chwilą powołania Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii oddziały te przekształcono w Zakłady i Kliniki.

Instytut tworzyły: Zakład Anestezjologii Klinicznej, (PSK im. H. Święcickiego), Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Położnictwie i Ginekolo-

istnienia (jeszcze jako Zakładu) studenci zorganizowani w kole naukowym realizują osobny program nauczania uzupełniającego a także, na miarę swych możliwości, program naukowy.

Do działalności dydaktycznej należy zaliczyć kształcenie specjalistyczne i podyplomowe, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. Ma ono miejsce w odniesieniu do własnej kadry Uczelni, a także w ramach kształcenia podyplomowego, zalecanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz w związku z pełnieniem nadzoru specjalistycznego, jest ono częściowo realizowane przez II Wydział Lekarski naszej Uczelni.

Od 1963 roku wówczas Zakład później Instytut, a od roku Katedra Anestezjologii jest organizatorem różnych kursów dłuższych, podstawowych i krótszych, doskonalących, informacyjnych, kursokonferencji itp.

Dotąd wzięło w nich udział ponad 2500 lekarzy i pielęgniarek z całej Polski – głównie jednak z regionu wielkopolskiego. Utworzono też w 1995 roku, na bazie Instytutu, Regionalne Centrum Podyplomowego Szkolenia Anestezjologów, działające pod patronatem Unii Europejskiej.

Pod kierunkiem pracowników Katedry specjalizację I i II stopnia z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii uzyskało ponad 500 lekarzy. Od 1963 roku pracownicy uczelnianej jednostki anestezjologicznej sprawują nadzór specjalistyczny dla województw: poznańskiego, zielonogórskiego i przejściowo bydgoskiego. Jest też sprawowany nadzór regionalny, a przez 14 lat sprawowany był także nadzór krajowy z zakresu anestezjologii (przewodniczący zespołu) i regionalny (członek zespołu specjalisty krajowego).

Od 1995 do 1998 roku Instytut był siedzibą specjalisty krajowego ds. medycyny katastrof.

Pracownicy Instytutu brali także udział w działalności Towarzystwa Anestezjologów polskich. Pełnili w nim funkcję prezesa, wiceprezesa, sekretarza generalnego, sekretarza, skarbnika i członka zarządu głównego oraz przejściowo prezesa-elekta.

gii (PSK nr 3), Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej (PSK nr 5), Zakład Anestezjologii i Leczenia bólu (PSK nr 4), I Klinika Intensywnej Terapii (PSK im. Przemienienia Pańskiego), Zakład Anestezjologii Doświadczalnej (ul. Marii Magdaleny), a także Zakład Dydaktyki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Należy zaznaczyć, że I Klinika Intensywnej Terapii pełniła przez wiele lat funkcję ośrodka regionalnego a także oddziału dyżurnego dla miasta Poznania. Aktualnie zakończono budowę pawilonu w PSK nr 2, w którym będzie się mieściła druga w Katedrze Klinika Intensywnej Terapii. O nowe pomieszczenia dla potrzeb intensywnego leczenia poszerzy się też jednostki działające na bazie klinik ortopedycznych oraz klinik położniczych.

Rocznie pracownicy Instytutu wykonywali 18 tysięcy znieczuleń do operacji planowych. W I Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej leczy się około 400 chorych rocznie.

W ambulatoriach leczenia bólu wykonywano ponad 8 tysięcy zabiegów.

Działalnością dydaktyczną z zakresu resuscytacji i podstaw anestezjologii objęto początkowo studentów w ramach ćwiczeń i wykładów z chirurgii. Od roku akademickiego 1969/70 stworzono dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego program nauczania z anestezjologii, który obejmował 10 godzin wykładów i 20 godzin ćwiczeń z tego zakresu. Obecnie obowiązkowym nauczaniem anestezjologii i intensywnej terapii objęci są studenci wszystkich wydziałów Akademii Medycznej.

Zajęcia prowadzili pracownicy Instytutu, z tym że od 1982 roku na Wydziale Pielęgniarskim zajęcia przejęła Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego. Aktualnie realizuje się w Katedrze program dla studentów polsko- i anglojęzycznych.

7 lat temu wprowadzono dla studentów pierwszych lat studiów obydwu wydziałów lekarskich nauczanie zasad doraźnej pomocy. Rocznie zajęciami objętych jest około 1200 studentów. W obrębie Instytutu Anestezjologii od początku

istnienia (jeszcze jako Zakładu) studenci zorganizowani w kole naukowym realizują osobny program nauczania uzupełniającego a także, na miarę swych możliwości, program naukowy.

Do działalności dydaktycznej należy zaliczyć kształcenie specjalistyczne i podyplomowe, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. Ma ono miejsce w odniesieniu do własnej kadry Uczelni, a także w ramach kształcenia podyplomowego, zalecanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz w związku z pełnieniem nadzoru specjalistycznego, jest ono częściowo realizowane przez II Wydział Lekarski naszej Uczelni.

Od 1963 roku wówczas Zakład później Instytut, a od roku Katedra Anestezjologii jest organizatorem różnych kursów dłuższych, podstawowych i krótszych, doskonalących, informacyjnych, kursokonferencji itp.

Dotąd wzięło w nich udział ponad 2500 lekarzy i pielęgniarek z całej Polski – głównie jednak z regionu wielkopolskiego. Utworzono też w 1995 roku, na bazie Instytutu, Regionalne Centrum Podyplomowego Szkolenia Anestezjologów, działające pod patronatem Unii Europejskiej.

Pod kierunkiem pracowników Katedry specjalizację I i II stopnia z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii uzyskało ponad 500 lekarzy. Od 1963 roku pracownicy uczelnianej jednostki anestezjologicznej sprawują nadzór specjalistyczny dla województw: poznańskiego, zielonogórskiego i przejściowo bydgoskiego. Jest też sprawowany nadzór regionalny, a przez 14 lat sprawowany był także nadzór krajowy z zakresu anestezjologii (przewodniczący zespołu) i regionalny (członek zespołu specjalisty krajowego).

Od 1995 do 1998 roku Instytut był siedzibą specjalisty krajowego ds. medycyny katastrof.

Pracownicy Instytutu brali także udział w działalności Towarzystwa Anestezjologów polskich. Pełnili w nim funkcję prezesa, wiceprezesa, sekretarza generalnego, sekretarza, skarbnika i członka zarządu głównego oraz przejściowo prezesa-elekta.

Byli też przewodniczącymi Oddziału Wielkopolskiego TAP oraz przewodniczącymi sekcji. Dwukrotnie zorganizowano w Poznaniu zjazdy krajowe TAP (1967 i 1983), jeden Kongres Międzynarodowy (1967), XIX posiedzenie naukowe Europejskiej Akademii Anestezjologii (1992) i wiele sympozjów i konferencji o zasięgu krajowym. Przejściowo (1963-1983) w Instytucie mieściła się siedziba Towarzystwa Anestezjologów Polskich, obecnie Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Działalność naukowa wyraża się liczbą publikacji, udziałem w zjazdach naukowych, a także liczbą uzyskanych stopni i tytułów naukowych oraz udziałem w Towarzystwach naukowych.

Pracownicy Instytutu opublikowali w piśmiennictwie lekarskim ponad 900 prac, tak w kraju jak i zagranicą. Miały one charakter kliniczny i doświadczalny. Głównymi kierunkami badawczymi są: patofizjologia i leczenie wstrząsu, a także ostrej niewydolności oddechowej, zespoły chorobowe poresuscytacyjne, zmiany immunologiczne w anestezji i intensywnej terapii, zagadnienia sztucznego odżywiania i inne.

W Instytucie realizowano problem węzłowy (zastosowanie helu w medycynie) oraz problem resortowy (patologia i intensywne leczenie mnogich obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych).

Wielokrotnie prezentowano uzyskane wyniki badań podczas kongresów, względnie posiedzeń naukowych, w kraju i zagranicą.

Zakład, obecnie Katedra, był także siedzibą Komisji Patofizjologii Anestezji i Intensywnej Terapii Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN (przewodniczący, sekretarz oraz członkowie) oraz Komisji Nauk Medycznych Oddział PAN w Poznaniu, jak również Komisji Medycyny Okołooperacyjnej PTPN.

Znaczący jest też udział pracowników Instytutu w Działalności Europejskiej Akademii Anestezjologii w jej powołaniu, członkostw w jej Senacie (od 1978 do 1986), członkostwie rzeczywistym (4 osoby) i stowarzyszonym (3 osoby).

Poza tym odnotować należy, że pracownicy Instytutu są członkami zwyczajnymi Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk (2 osoby), Polskiego Towarzystwa Chirurgów (1 osoba), Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego (2 osoby), Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (1 osoba), Polskiego Towarzystwa Kardiologów (2 osoby).

Udział pracowników Instytutu w działalności międzynarodowej został wyróżniony członkostwem honorowym Towarzystwa Chirurgów i Towarzystwa Anestezjologicznych Polski, Jugosławii, RFN, Czechosłowacji, Bułgarii, Węgier i członkostwem korespondencyjnym Towarzystwa Austrii.

Od 1962 roku 12 pracowników ukończyło przewody habilitacyjne (W. Jurczyk, K. Stengert, K. Brodzińska, R. Szulc, L. Wołowicka, J. Łuczak, J. Garstka, Z. Kruszyński, L. Drobnik, M. Gaca, K. Kusza i P. Sobczyński), a 52 lekarzy przeprowadziło przewody doktorskie.

Tytuły naukowe uzyskali:

Profesora zwyczajnego: W. Jurczyk (1976); profesora nadzwyczajnego: W. Jurczyk (1970), K. Stengert (1974), K. Brodzińska (1983), L. Wołowicka (1986), R. Szulc (1987), zaś tytuł profesora: J. Garstka, Z. Kruszyński i L. Drobnik.

Obecnie stanowiska profesora zwyczajnego zajmuje 2 pracowników, zaś pozostali zajmują stanowiska profesora nadzwyczajnego. Pełniono też funkcje administracyjne w Uczelni: prorektora (1969–1975 i 1997–1999), prodziekana (1984–1987) i rektora (1999–2002).

Za działalność naukowo-badawczą i dydaktyczno-wychowawczą pracownicy Instytutu otrzymali wiele oznaczeń państwowych i resortowych.

W 1969 roku prof. Krzysztof Stengert objął stanowisko kierownika reaktywowanego Zakładu Anestezjologii AM w Łodzi, zaś prof. Laura Wołowicka została kierownikiem Kliniki Intensywnej Opieki Medycznej na Wydziale Pielęgniarskim AM w Poznaniu, gdzie przez dwa lata pełniła funkcję kierownika Katedry pielęgniarstwa oraz dziekana tego Wydziału.

**ANEKS 5 Bibliografia pracowników Zakładu
Anestezjologii przed jego utworzeniem**

G. S P I S P R A C N A U K O W Y C H W Y D A N Y C H
P R Z E Z P R A C O W N I K O W P R Z E D I C H
Z A T R U D N I E N I E M W Z A K Ł A D Z I E
A N E S T E Z J O L O G I I

1. K.Stengert, W.Jurczyk

Reakcje ustroju na zimno i jego praktyczne zastosowanie w chirurgii.

Pol.Tyg.Lek. 10, 1381, 1955

2. W.Jurczyk, K.Stengert

Sztuczna hibernacja w leczeniu wstrząsu.

Pol.Tyg.Lek. 11, 145, 1956

3. B.Bogacki, W.Jurczyk, K.Stengert

Spostrzeżenia kliniczne dotyczące stosowania sztucznej hibernacji w chirurgii.

Materiały V Dnia Torakochirur.PZWL Warszawa 1957

4. B.Bogacki, K.Stengert, W.Jurczyk, K.Bentke

Badania poziomu elektrolitów, tlenu, dwutlenku węgla we krwi oraz jakościowych zmian w białych krwinkach u psów w różnych okresach oziębienia.

Materiały V Dnia Torakochir.PZWL Warszawa 145, 1957

5. B.Bogacki, K.Bentke, W.Jurczyk, K.Stengert

Badania doświadczalne nad przemianą elektrolitów oraz
tlenku i dwutlenku węgla we krwi u psów w obniżonej
ciepłocie ciała.

Pol.Przegl.Chir. 38, 895, 1956.

6. K.Stengert, K.Bentke, W.Jurczyk

Zmiany składu krwi i poziomu cukru we krwi u psów
oziębionych.

Pol.Przegl.Lek. 12, 19, 1957.

7. K.Bentke, K.Stengert, W.Jurczyk

Badania czynnościowe nerek u psów w czasie sztucznej
podciepłoty. Pol.Tyg.Lek. 12, 19, 1957.

8. B.Bogacki, K.Bentke, W.Jurczyk, K.Stengert

Etudes gazometriques, biochimiques et morphologiques
du sang, la Clearance, au cours de l'hypothermie expo-
rimentale.

Anesth.Analg.Reanim. 16, 841, 1959.

9. W.Jurczyk

Badania doświadczalne w hipotermii /głos w dyskusji/
Sztuczna hibernacja i hipotermia PWN 148, 1956.

10. J.Stadnicki, W.Jurczyk

Odosobniony guz siatkowiaka plazmocytoowego żuchwy.
Czasopismo Stomatologiczne 1957.

11. I.Bowbelska
Uwagi o anestezjologii francuskiej.
Pol.Przegl.Chir. 33, 1156, 1961,
12. I.Bowbelska, J.Wierzbiński
Gospodarka wodna i elektrolitowa i białkowa we
wczesnym okresie po częściowym wycięciu żołądka.
Pol.Tyg.Lek. 10, 12, 1955.
13. A.Piskorz, I.Bowbelska
Wpływ oziębienia ustroju za pomocą Largacitilu na
ostre niedokrwienie kończyn.
Pol.Przegl.Chir. 27, 641, 1955.
14. I.Bowbelska, K.Brodzińska
Aglutynacja w chorobie Raynoda.
Po..Tyg.Lek. 12, 1961, 1957.
15. W.Twardosz, K.Brodzińska
Obrżenia stopy wskutek urazu w przemyśle.
Chir.Narz.Ruch. 24, 25, 1955.
16. T.Perzyna, S.Sojka, I.Bowbelska
Wpływ hipotermii na zachowanie się elektroforetycz-
nych frakcji białek surowicy krwi u królików.
17. A.Piskorz, J.Zawilski, S.Drozdowski, I.Bowbelska

Badania doświadczalne nad okresowym zatrzymaniem
czynności serca.

Pol.Przegl.Chir. 31, 165, 1959.

18. Z.Wołożowicz-Jóźwiak, J.Pancewicz-Olszewska
Nieprawidłowe unaczynienie dolnego płata lewego
płuca.

Pol.Przegl.Chir. 32, 655, 1960.

19. Z.Wołożowicz-Jóźwiak

Zastosowanie wolnych przeszczepów dla pokrycia
ubytków błony śluzowej w resekcji szczęki górnej
i dolnej.

Pol.Przegl.Chir. 1960.

20. L.Wołowicka

Znieczulenie wziewne halotanem.

Pol.Przegl.Chir. 34, 293, 1962.

21. J.Kołodziej, K.Brodzińska

Leczenie operacyjne żółtaczki z kamicy żółciowej.

Pol.Przegl.Chir. 34, 849, 1963.

22. J.Garstka, D.Baszyńska

Znieczulenie halatonem do zabiegów ortopedycznych.

Pam.XV Zjazdu Tow.Ortop. i Traum. Poznań 1963.

23. K. Zawalska
Znieczulenie do cięć cesarskich.
Pol. Tyg. Lek. 1963.
24. K. Brodzińska
Doświadczalne badanie krwi i krążenia obwodowego
w głębokiej hipotermii.
Pol. Przegl. Chir. 36, 450, 1964.
25. T. Perzyna, K. Brodzińska
Złamanie podstawy czaszki.
Pam. XLIII Zjazd. Chir. Pol. Wrocław 1964.
26. K. Brodzińska, E. Połomski
Leczenie oparzeń.
Pam. XLIII Zjazdu Chir. Pol. Wrocław, str. 663, 1964
27. J. Garstka
Przystawka do przerywanych wstrzyknień dożylnych.
Chir. Narz. Ruchu 29, 4555, 1964.
28. J. Garstka
Znieczulenie ogólne w chirurgii urazowej u osób
starszych.
Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol. XXIX, 703, 1964.

29. L.Wołowicka, Cz.Majewski, H.Majewski
Zasadowa i kwaśna fosfataza w wątrobach chorych
z żółtaczką mechaniczną.
Patol.Pol. 15, 167, 1964.
30. L.Wołowicka
Badania odchylen ciepłoty ustroju w przebiegu
znieczulenia ogólnego.
Pol.Tow.Przyj.Nauk.Kom.Med.Dośw. 31, 181, 1965.
31. L.Wołowicka
Zaburzenia ciepłoty podczas rozległego urazu ope-
racyjnego.
Pol.Tyg.Lek. 20, 1237, 1965.
32. L.Hryniewiecki, L.Wołowicka
Experimental investigations on the behaviour of
the ether and fluothane in the liver function.
Cing.Chir.Bratistava 1965.
33. K.Brodzińska
Wskazania do mierzenia ośrodkowego ciśnienia żył-
nego w ostrej niedomodze krążenia.
Pol.Przegl.Chir. 38, 930, 1966
34. K.Tukałło, Cz.Ratajczak, K.Brodzińska
Wczesne zmiany wodno-elektrolitowe i białkowe po

urazie.

Pol. Przegl. Chir. 38, 530, 1966.

Nowy sposób leczenia w szpitalu w Warszawie i w Warszawie

35. J. Garstka

.ogólnego z

Badania nad wpływem halotanu na przewodnictwo nerwowo-mięśniowe z zastosowaniem elektrostymulacji nerwu i elektromiografii.

Chir. Narz. Ruchu 31, 729, 1966.

.ogólnego z

36. J. Hryniewicz, L. Wołowicka

Wpływ znieczulenia halotenem lub eterem na komórkę wątrobową szczura w żółtaczce zaporowej.

Patol. Pol. 47, 155, 1966.

.ogólnego z

37. Z. Czarnecka, E. Kosinska, J. Słomko, J. Szłapka,
L. Wołowicka

Przypadek tęcza u ciężarnej.

Pol. Tyg. Lek. 21, 106, 1966

.ogólnego z

38. S. Woźniak

.ogólnego z

Przyczyna do stosowania w endoskopii zwłóczenia mięśni za pomocą chlorsuccynylocholiny.

Otolaryng. Pol. 22, 2, 1966

.ogólnego z

39. J. Solawa, J. Powierłowski, B. Stachowiak

Podciśnienie kontrolowane przy pomocy Eledoizyny w operacjach wewnątrzczaszkowych.

.ogólnego z

I Symp.Tow.Neuroch. 1966.

40. J.Solawa, B.Stachowiak, F.Tokarz

Podciśnienie kontrolowane w operacjach wad naczyniowych mózgu.

I Symp.Neuroch. 1966.

41. Z.Wołożowicz-Józwiak

Znieczulenie ogólne w ambulatorium chirurgii stomatologicznej.

Biul.Stom. 1967

42. L.Wołowicka, A.Krokowicz, H.Basińska

Pooperacyjne zapalenie otrzewnej.

Pol.Przegl.Chir. 39, 17, 1967.

43. A.Krokowicz, L.Wołowicka, H.Basińska

Przydatność mannitolu w leczeniu pooperacyjnym bezmoczem.

Pol.Przegl.Chir. 39, 500, 1967.

44. L.Wołowicka, Z.Lemańska, S.Kawczyński

Objętość krwi krążącej i ośrodkowe ciśnienie żyłne we wstrząsie krwotocznym urazowym i septycznym.

Pam.III Międzyn.Symp.Anestezj. Poznań str. 93

1967 r.

45. L.Wołowicka, M.Koszałkowska, Z.Lemańska, Cz.Ratej-
czak.
Przydatność pomiarów O CZ, BV, HT w operacjach
serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego.
Pam. III Międzyn.Symp.Anest. Poznań str.151, 1967.
46. L.Wołowicka, Z.Lemańska, S.Kawczyński
Wpływ rodzaju i czasu trwania operacji w jamie
brzuszej na objętość krwi krążącej.
Pam.III Symp.Anest.Poznań 1967
47. J.Hryniewiecki, L.Wołowicka
Wpływ wielokrotnego znieczulania haloranem i eterem
na czynności komórek wątroby.
Pam.III Symp.Anest. Poznań 1967.
48. H.Szulc, Cz.Majewski, M.Kadłubowska, Z.Wirga
L.Wołowicka
Aktywność odczynów na kwaśne mukopolisacharydy w
różnych odcinkach przewodu pokarmowego w ostrym
doświadczalnym zapaleniu otrzewnej.
Patol.Pol. 18 327; 1967.
49. M.Borak, J.Żychska
Znieczulenie ogólne w operacji cięcia cesarskiego.
Pol.Tyg.Lek. 22, 114, 1967.

50. H.Szulc, Cz.Majewski, L.Wołowicka, M. Kadłubowska
Z.Wirga
Badania histopatologiczne i histochemiczne w ostrym
doświadczalnym zapaleniu otrzewnej.
Patol.Pol. 18, 327, 1967.
51. A.Skubiszyńska, K.Brodzińska, J.Łuczak
Wstępne doświadczenia w reanimacji kardiologicznej.
Pol.Tyg.Lek. 23, 1096, 1968
52. K.Brodzińska
Środki anestezjologiczne używane w operacjach laryn-
gologicznych.
Pam. XXVI Zjazdu Laryng. Katowice 1969.
53. K.Brodzińska, A.Skubiszyńska, J.Łuczak
Wyniki reanimacji w świeżym zawale serca.
Pam.XXV Zjazdu Kardiol.Pol. Warszawa 1968
54. K.Brodzińska
Neuroleptanalgeza w chorobach tętnic.
Pol.Przegl.Chir. 41, 1096, 1968
55. J.Garstka
Ocena wartości przewodowego znieczulenia splotu
barkowego do zabiegów operacyjnych na kończynie
górnej.

Mat.I Symp.Pom.Dor. str. 147-149, Poznań, 1968

56. J.Garstka

Znieczulenie przewodowe splotu ramiennego do zabiegów krótkotrwałych.

Mat.z Konf.Nauk "Znieczulenie do zabiegów krótkotrw." Poznań 68

57. Z.Wołożowicz-Józwiak

Znieczulenie ogólne przy użyciu Epontolu w krótkich zabiegach stomatologicznych.

Mat.Konf.Nauk. "Znieczulenie do zabiegów krótkotrwałych" Poznań 1968 r.

58. R.Szulc, S.Woźniak

Ezofagoscopia diagnostyczna i terapeutyczna w znieczuleniu Epontolem.

Mat.Konfer.Nauk. "Znieczulenie do zabiegów krótkotrwałych"- Poznań 1968.

59. S.Woźniak

Znieczulenie przy pomocy Epontolu w krótkich zabiegach otolaryngologicznych.

Mat.Konf.Nauk. "Znieczulenie do zabiegów krótkotrwałych" Poznań, 1968.

60. R.Siennicki, J.Sapuła

Zastosowanie eponadolu w badaniach bronchospiro-
metrycznych.

Mat.Konf.Nauk "Znieczulenie do zabiegów krótko-
trwałych" .

Poznań 1968

61. L.Sitarz, W.Rychlewski, W.Grabus

Znieczulenie Eponadolem w doświadczeniach II Kli-
niki Chirurg.

Mat.Konf.Nauk. "Znieczulenie do zabiegów krótko-
trwałych".

Poznań, 1968

62. L.Sitarz

Powikłania po Eponadole na podstawie przypadku.

Mat.Konf.Nauk. "Znieczulenie do zabiegów krótko-
trwałych".

Poznań, 1968.

63. J.Stadnicki, Z.Barańczak, Z.Wołożowicz-Józwiak

Ogólne znieczulenie dożylnie przy zastosowaniu Epon-
adolu w chirurgii stomatologicznej.

Czasopismo stomatologiczne 9, 43, 1968.

64. Z.Wołożowicz-Józwiak

Zapobieganie i leczenie powikłań po stosowaniu

środków znieczulenia miejscowego.

Biul.Stom. 77, 1968.

65. R.Szułc

Tok pracy oddziału pooperacyjnego.

Pam.XXVII Zjazdu Tow.Otolaryng. Katowice 1968

66. K.Neyman, J.Juszczuk, K.Wolko, L.Wołowicka

Przypadek śpiączki wątrobowej leczony wymiennym
przetaczaniem krwi.

Pol.Tyg.Lek. 23, 873, 1968.

67. S.Woźniak

Znieczulenie ogólne w operacjach raka krtani.

Pam. XXVII Zjazdu Otol.Pol. Katowice 1968

68. S.Woźniak

Zastosowanie neuroleptanalgezji w ciężkich zabie-
gach otolaryngologicznych.

69. S.Woźniak

Własne doświadczenia nad stosowaniem neurolepta-
nalgezji w zabiegach otolaryngologicznych.

Pam.Symp.pośw.Neuroleptanalgezji Kraków 1968

70. M.Borak, J.Buszewicz, J.Żychska

Operacyjne ginekologiczne znieczulenie kobiet w
podeszłym wieku.

Pam.XVII Zjazdu Pol.Tow.Gin.Poznań 1968, 2, 413.

71. M.Borak, J.Buszewicz

Postępowanie w zagrażającym wstrząsie hypowolemicznym u chorych w operacjach poszerzonego usunięcia macicy.

Pam.XVII Zjazdu Pol.Tow.Gin. Poznań 1968.

H. S P I S P R A C N A U K O W Y C H W Y K O N A -
N Y C H W Z A K Ł A D Z I E A N E S T E Z J O -
L O G I I

R o k 1962

1. W.Jurczyk

Zaburzenia przewietrzania płuc u chorych po operacjach w jamie brzusznej.

Pol.Tow.Przyj.Nauk Med.Dośw. 22, 103, 1962

R o k 1963

2. W.Jurczyk, K.Stengert

Organizacja oddziału anestezjologicznego.

Szpitaln.Pol. 7, 301, 1963.

3. W.Jurczyk, A.Kotecki, Z.Wirga

Ostre zmiany w narządzie oddychania w przebiegu pooperacyjnym.

Pol.Tyg.Lek. 18, 8, 1963.

4. W.Jurczyk

Neroplegie et refroidissement dans le traitement de la crise thyroïdienne.

An.Anesth.Franc. 4, 387, 1963.

5. Pokrzywnicki, W.Jurczyk

Znieczulenie.

Zarys chirurgii PZWL wyd.IV 1963 i wyd.V 1966

6. W.Jurczyk, A.Budniewski, A.Łakomy

La ventilation pulmonaire dans les diverses positions opératoires.

Anesth.Analg.Rean. 20, 561, 1963.

7. W.Jurczyk

Ocena książki L.Bartha, M.Meyera

Moderne narkose. Theorie und Praxis des Routineverfahrens

Gustav Fischer Verlag

Bibl.Pol. 1963.

R o k 1964

8. J.Garstka, W.Jurczyk, K.Stengert

1. Moderate hypothermia in the treatment of encephalic anoxia due to abrupt circulatory occlusion and injuries.

Medicina Moskwa, 104, 1964.

Aktualnyje Woprosy Reanimakogii i Gipotermii.
Materiały Sympozjum po primienieniu głubokiej
gipotermii pri tjerminalnych substaniach.

9. W. Jurczyk, K. Stengert, M. Borak

Wpływ odczynu krwi na wydalenie barbituranów z ustroju.

Wiad. Lek. 8, 24, 1964.

10. W. Jurczyk i K. Stengert

Dokumentacja lekarska i statystyczna oddziału anestezyjologicznego. Szpitaln. Pol. 7, 33, 1964.

11. W. Jurczyk, R. Krzywiński, K. Stengert

Ocena pomiaru ciśnienia wewnątrzprzełykowego w czasie znieczulenia ogólnego.

Pol. Przegl. Chir. 36, 1081, 1964.

12. W. Jurczyk, K. Stengert

Badania spirometryczne w chirurgii jamy brzusznej.

Pol. Tyg. Lek. 14, 1761, 1964.

13. A. Piskorz, J. Hryniewiecki, W. Jurczyk, K. Stengert

Badanie czynności wydalniczej jąder podwzgórza w przebiegu doświadczalnego wstrząsu.

Pol. Przegl. Chir. 36, 349, 1964.

14. S.Pokrzywnicki, W.Jurczyk, K.Stengert
Przywrócenie krążenia krwi po zatrzymaniu czyn-
ności serca u chorych chirurgicznie.
Bibl.SDL Tom 3 PZWL Warszawa 1964.
15. W.Jurczyk, J.Kroll
O przywracaniu czynności oddechowej i krążenia
krwi w danym piśmiennictwie polskim.
Pol.Tyg.Lek. 19, 1944, 1964.
16. S.Pokrzywnicki, W.Jurczyk, K.Stengert
Przyczyny nagłego przerwania krążenia u chorych
chirurgicznych
Bibl.SDL, tom 3 PZWL Warszawa 1964.

R o k 1965

17. W.Jurczyk, K.Stengert, J.Garstka, L.Wołowicka,
F.Tokarz
Postępowanie u chorych po przywróceniu nagłego przer-
wanego krążenia krwi.
Pol.Tyg.Lek. 20, 354, 1965.
18. K.Stengert, W.Jurczyk, L.Wołowicka
Znieczulenie w chirurgii urazowej
Pol.Tyg.Lek. 20, 436, 1965.

19. A.Piskorz, K.Stengert, L.Wołowicka

Przydatność mierzenia ośrodkowego ciśnienia żylnego w leczeniu ostrej niewydolności krążenia u chorych chirurgicznych.

Pol.Tyg.Lek. 20, 1404, 1965

20. I.Bowbelska

Wpływ głębokiej hipotermii wywołanej cząpłocnym prądem krwi na zużycie tlenu.

Pozn.Tow.Przyj.Nauk 31, 5, 1965

21. I.Bowbelska

Bezpieczeństwo pracy w obojętnej anestezji

Pol.Przegl.Chir. 37, 646, 1965.

22. W.Jurczyk, H.Szulc, Cz.Majewski, K.Stengert,

R.Siennicki

Spostrzeżenia nad stosowaniem Viadrilu i Viadrilu 0 u szczurów.

Przegl.Lek. 21, 434, 1965.

23. M.Wender, W.Jurczyk, K.Stengert

Cerebral lipids in Myelinopathy caused by cardiac arrest.

Acta Neurop. 4, 23, 1965.

31. I.Bowbelska, E.Pożomski

Wziernikowanie oskrzeli w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym.

Pol.Przegl.Chir. 38, 213, 1966.

32. W.Jurczyk

Doświadczalne zatrzymanie czynności serca przez niedotlenienie i duszenie.

Akad.Med. Poznań 1966

33. W.Jurczyk, P.Kintopf

Ożywianie ze stanu śmierci klinicznej.

Pol.Tyg.Lek. 21, 1621, 1966

34. K.Stengert, W.Jurczyk, R.Siennicki, W.Wysocki

Wartości pomiarów ośrodkowego ciśnienia żylnego wykonanych w znieczuleniu i reanimacji.

Pol.Tyg.Lek. 21, 1599, 1966.

35. A.Piskorz, W.Jurczyk i wsp.

Zachowanie się megakariocytów w ciężkich poparzeniach ciała.

Pan.42 Zjazdu Chir.Pol. Wrocław 1, 695, 1966

36. W.Jurczyk

Działalność Towarzystwa Anestezjologów Polskich.

Pol.Tyg.Lek. 21, 1137, 1966

37. W.Jurczyk - Rozwój anestezjologii w Polsce.
Pol.Tyg.Lek. 21, 42, 1966.
38. A.Kubacki, W.Jurczyk, K.Stengert, A.Adamiak
Klinische probleme der Säure-Basen Störungen.
Anesthesia 66, Berlin 1, 265, 1966
39. A.Kubacki, W.Jurczyk, K.Stengert, S.Adamiak
Respiratory arrest due to renal loss of potassium
treated by pulmonary artifical respiration
Anesthesia 66 Berlin, 1, 295, 1966.
40. W.Jurczyk
Herzrhythmusstorungen in experimentolel Anoxie
und Asphyxie
Anesthesia 66, Berlin, 1, 433, 1966.
- R o k 1967
41. K.Brodzińska, W.Jurczyk
Spostrzeżenia własne nad stosowaniem Brevinarconu.
Biul.Inf. nr 7, 1967.
42. J.Łuczak, K.Stengert, I.Bowbelska, K.Brodzińska
Wpływ premedykacji i środków wprowadzających do
znieczulenia na krzywą EKG.
Pam.III Międzyn.Symp.Anest.Poznań 1967, str.121

43. J. Luczak, I. Bowbelaka, K. Stengert, K. Brodzińska
Zapis ekg w czasie intubacji.
Pam. III Międzyn. Symp. Anest. Poznań 1967
44. J. Luczak, K. Brodzińska, K. Stengert
Przebiegający blok przedsionkowo-komorowy po hipertenzynie.
Pam. III Międzyn. Symp. Anest. Poznań, 1967
45. I. Bowbelaka, K. Stengert, J. Luczak
Zmiany EKG w czasie intubacji u chorych ze zmianami w mięśniu sercowym.
Pam. III Międzyn. Symp. Anest. Poznań, 1967
46. W. Jurczyk, K. Stengert
Pulmonary postoperative complications In statistical compansion
Pam. III Międzyn. Symp. Anest. Poznań, 1967
47. K. Stengert, W. Jurczyk, R. Siennicki, E. Wysocki
Der Zentralvensdruck in der anesthesie und der Schockbekämpfung. Der Anesthesist, 165, 125, 1967.
48. W. Jurczyk, A. Biskorz, K. Stengert, K. Tukałło
The management of posttraumatic and spontaneous pneumothorax.
Pam. II Zjazdów Toruńskich. Łódź 1967 str. 186

49. W.Jurczyk, K.Stengert, K.Tukałło
Intermittent positive pressure respiration /IPPR/
in extensive injuries of thoracic wall.
Pam.I Zjazdu Torakoch. Łódź 1967
50. A.Kubacki, W.Jurczyk, K.Stengert, S.Adamiak
Leczenie respiratorem, niewydolności oddechowej w
przebiegu przewlekłych chorób płuc i zatruc.
Pol.Arch.Med.Wewn. 38, 461, 1967.
51. K.Brodzińska, K.Stengert, P.Kintopf, T.Gibasiewicz
Pomiary ośrodkowego ciśnienia żylnego w ostrej nie-
wydolności krążenia.
Wiad.Lek. 20, 409, 1967.
52. R.Frey, O.Mayrhofer, W.Jurczyk, S.Pokrzywnicki
Bericht über das III Symposium Internationale Ane-
sthesiologie von 21-25 August 1967 in Poznań
Der Anesthesist 17, 7, 1967
53. W.Jurczyk, K.Stengert, A.Piskorz, K.Brodzińska
Leczenie wstrząsu endotoksycznego w pooperacyjnym
zapaleniu otrzewnej.
Pol.Tyg.Lek. 22, 53, 1967.

54. W.Jurczyk, K.Brodzińska

Ocena książki R.M. Smitha "Anestezjologia dziecięca"

Biul.Gł.Bibl.Lek. 1968

55. W.Jurczyk, K.Brodzińska

Ocena książki "Thoraxanesthesie". Biul.Bibl.Lek.

1968, 7

56. W.Jurczyk

Projekt organizacji Oddziałów Intensywnego Leczenia w szpitalach. Zdrowie Publ. 4, 307, 1968.

57. A.Kubacki, W.Jurczyk, K.Stengert, S.Adamiak

Leczenie respiratorem niewydolności oddechowej w przebiegu potassium losing nephritis.

Pol.Tyg.Lek. 23, 113, 1968

58. K.Brodzińska, A.Łakomy

Neuroleptanalgezia w znieczczeniu chorych z dużym ryzykiem operacyjnym.

Pam.Symp.Neuroleptanalgezji, Kraków 1968.

59. W.Jurczyk

Czynność i metabolizm ośrodkowego układu nerwowego.

Resuscytacja, PZWL W-wa, 1968

60. W. Jurczyk

Oporność na brak tlenu różnych części ośrodkowego układu nerwowego.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968

61. W. Jurczyk

Fizjologia oddychania: wentylacja, dyfuzja, krążenie.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968

62. W. Jurczyk

Niedomoga oddechowa i bezdech

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968

63. W. Jurczyk

Rozpoznanie niedomogi oddechowej, wskazania do resuscytacji i wybór postępowania.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968.

64. W. Jurczyk

Wybrane zagadnienia z fizjologii krążenia.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968.

65. W. Jurczyk

Opieka lekarska i pielęgniarska.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968

66. W.Jurczyk

Urządzenie i wyposażenie pomieszczeń resuscytacyjnych.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968

67. W.Jurczyk

Organizacja pracy w sali resuscytacyjnej w jednostkach zcentralizowanych.

Resuscytacja, PZWL, W-wa 1968.

R o k 1969

68. K.Brodzińska, J.Łuczak, A.Skubiszyńska

Neuroleptanalgezia II w świetle zawału mięśnia sercowego.

Pol.Tyg.Lek. 24, 523, 1969.

69. J.Łuczak, K.Brodzińska, A.Skubiszyńska

Neuroleptanalgezia II in recent myocardial infarction.

Pol.Medic.Journ. 1297, 8, 1969.

70. K.Brodzińska, E.Jabłkowska

Badania gazometryczne i spirometryczne w ustalaniu wskazań do stosowania i prowadzenia oddechu kontrolowanego.

Mat.Nauk.Zjazd.Epidem.i Lek.Chorób Zm. Łódź 1968
str.669

71. K.Brodzińska, J.Sikorski
Doświadczenia w stosowaniu Dextranu Polfa.
Materiały II Symp.Pom.Dor.Poznań 1969, str.116
72. L.Woźowicka, B.Łukomska, K.Burchardt, S.Kawczyński
Wyniki resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Materiały II Symp.Po.Dor. Poznań 1969.
73. M.Gliniecka, A.Łakomy
Uwagi dotyczące postępowania ratowniczego.
Materiały II Symp.Pom.Dor. Poznań 1969.
74. M.Sikorski, A.Łakomy
Transport ciężkich zatruc ze szpitala do ośrodków
wojewódzkich. Materiały II Symp.Pom.Dor. Poznań
1969.
75. A.Pietraszkiewicz, W.Rychlewski
Współpraca toksykologa z anestezjologiem.
Mat.II Symp.Dor.Pom. Poznań, 175, 1969
76. J.Marciniak, M.Sikorski, R.Siennicki
Wyposażenie Izby Przyjęć Ośrodków Toksykologicznych
w nieodzwonne do udzielania pierwszej pomocy leki
i aparaturę.
Mat. II Symp Dor.Pom. Poznań 1969.

77. A.Krokowicz, L.Wołowicka, J.Sowier, S.Kawczyński
Problemy bakteriologiczne u chorych z tracheotomią.
Pol.Tyg.Lek. 24, 1208-1211, 1969
78. A.Krokowicz, L.Wołowicka, J.Sowier, S.Kawczyński
Wczesne i późne powikłania po operacjach ostrej
niedrożności jelit.
Pol.Przegl.Chir. 41, 1470-1474
79. L.Wołowicka, Z.Wirga, S.Kawczyński, J.Płaczkowski
Some organisation aspects of reanimation in general hospital
Pam.IV Symp.Anest.Varna 1969
80. L.Wołowicka, Z.Wirga, S.Kawczyński, J.Płaczkowski
Organizacja resuscytacji i intensywnego leczenia
w szpitalu wieloprofilowym.
Anest.i Rean. I 3, 4, 215, 1969
81. K.Neyman, J.Juszczak, K.Wolko, L.Wołowicka
Uwagi do techniki i mechanizmów działania wymiennego przetaczania krwi w leczeniu śpiączki wątrobowej.
Pam.V Zjazd.Epidem. Łódź 1969.
82. Z.Sokołowski, S.Woźniak
Zaleganie larwy muchy w ranie pooperacyjnej.

Wiad.Lek. 1969, 7. T.22. 281-283.

83. J.Kuczyński, E.Pawłowska, H.Bręborowicz

Ocena klinicznej przydatności badań w surowicy
krwi pępowinowej. I Konf.Nauk.Sekcji Med. Berlin
Poznań 1969.

84. J.Kuczyński, E.Pawłowska

Poziom transferyny w surowicy u kobiet w III try-
mestrze ciąży oraz u płodów.

Pam.I Konf.Nauk.Sekcji Med. Berlin Poznań 1969

85. B.Mączyńska-Susiniak, J.Kuczyński, E.Pawłowska

Przeciwciała antyleukocytarne.

Pam.I Konf.Nauk.Sekcji Med. Berlin 1969 str.381-

-389

86. Z.Kruszyński

Przydatność diagnostyczna dożylnego wlewania roz-
tworu angiotensyny /test Kaplana/ u chorych z nad-
ciśnieniem tętniczym.

Pol.Tyg.Lek. 24, str.1969

87. W.Jurczyk

Biochemiczne skutki przerywania krążenia

Anest.i Rean. 13, 255, 1969

94. L.Woźowicka, S.Kawczyński, J.Rutkowska, I.Adamczak
Intensywna terapia w ostrej niedrożności jelit.
Mat.Symp.Intens.Terapii 1, 275, 1970
95. L.Sitarz, M.Dybowicz
Intensywne postępowanie w ciąży pozamaciczej.
Mat.Symp.Intens.Terapii 2, 247, 1970
96. J.Garstka
Wartość snu podstawowego wywołanego doodbytnicznymi
wlewami barbituranu w przygotowaniu dzieci do lat
7 do wielokrotnych zabiegów ortopedycznych.
Chir.Narz.Ruchu i Ortop.Pol. 35, 1970.
97. J.Garstka
Przygotowanie dzieci do wielokrotnych zabiegów ope-
racyjnych wlewkami doodbytnicznymi barbituranów
krótkodziałających.
Mat.Nauk.V Zjazd.Anest.Pol. Kraków 1970
98. J.Garstka
Stosowanie płynów krwiozastępczych w celu wyrów-
nania spadku ciśnienia tętniczego krwi spowodowanego
znieczuleniem zewnątrz- oponowym w zabiegach orto-
pedycznych.
Mat.Nauk.V Zjz.Anest.Pol. Kraków 1970.

99. L.Woźowicka, B.Lukomska, S.Kawczyński, S.Styperek
Analizy chorych z wieloprofilowego Oddziału Intensywnego Leczenia.
Mat.Nauk.V Zjazd.Anest.Pol. Kraków 1970
100. S.Kawczyński, L.Woźowicka
Znieczulenie zewnątrzoponowe z neuroleptaremedykacją.
Mat.Nauk.V Zjazd.Anest.Pol. Kraków 1970
101. J.Garstka
Zmodyfikowana pozycja kolankowo-łokciowa podczas operacji skoliozy z punktu widzenia anestezjologa i chirurga.
Mat.Nauk.XVIII Zjazd.Pol.Tow.Ortop. Katowice 1970
102. L.Woźowicka, S.Kawczyński, E.Wuland, M.Grzegorzewicz
Powikłania związane z przedłużonym utrzymywaniem cewników zakładanych do żył głównych.
Pam.XLV Zjazd.Chir.Pol. Poznań 1970
103. L.Woźowicka, Cz.Juszczak, S.Kawczyński, J.Gutowska
Przydatność pomiarów równowagi kwasowo-zasadowej w intensywnym leczeniu chorych chirurgicznych.
Pam.XLV Zjazd.Chir.Pol. Poznań 1970.
104. A.Krokowicz, H.Basińska, L.Woźowicka, J.Hryniewiecki

Krwawienia z przewodu pokarmowego jako powikłania
wczesnego okresu pooperacyjnego.

Mat.XLV Zjaz.Chir.Pol. Poznań 1970

105. W.Jurczyk, S.Woźniak

Application of neuroleptanalgetic Drugs in circula-
tion system diseases.

Pam.III Europ.Kong. Praga 1970

106. M.Borak

Kalymin a znieczulenie złożone w czasie operacji
ginekolog.

Zentralblatt für Gynaykologie, 1970.

107. W.Michałkiewicz, Z.Słomko, M.Borak

Intensywna terapia rzucawki.

Mat.Symp.Intens.Ter. Poznań 227, 1970

108. J.Kuczyński, E.Pawłowska, B.Kozanecki

Intensywna terapia w powikłanych porodach.

Mat.V Zjaz.Anest.Pol. Kraków 1970

109. J.Kuczyński, B.Kozanecki, E.Pawłowska

Kliniczna analiza 1000 porodów przedwczesnych.

Gin.Pol. 1970, XLI Nr 12

110. J.Solawa, Z.Matkoś, B.Stachowiak

Wpływ lokalizacji procesu chorobowego na występo-

Progress in Anaesthesiology.

The IV World Congress of Anaesth. Londyn 1970.

R o k 1971

116. K. Brodzińska
Niewydolność oddechowa u dzieci z poliomyelitis.
Mat.Symp.Terap. Poznań t.2, str.140, 1971.
117. K. Brodzińska, I. Bowbelska, Z. Mackiewicz
Przeciwdziałanie groźnym dla życia powikłaniom
w przebiegu operacji na tętnicach u chorych z
dużym ryzykiem operacyjnym.
Mat.Symp.Terap. Poznań t.2 str.278, 1971
118. K. Brodzińska, S. Zapelski
Intensywna terapia u chorych operowanych z powodu
przewlekłej niedrożności tętnic w bezpośrednim
okresie pooperacyjnym.
Mat.Symp.Terap. Poznań t.2, str.281, 1971
119. K. Brodzińska, I. Bowbelska
Przydatność ładań równowagi kwasowo-zasadowej we
wstrząsie septycznym.
Mat.Symp.Terap. t.2 str.313, 1971.
120. K. Brodzińska, A. Piskorz
Uzupełnienie niedoboru płynów we wstrząsie sep-

tycznym.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.316.

121. J.Sikorski, K.Brodzińska, M.Napierała, H.Grze-
wińska

Flora bakteryjna we wstrząsie posocznicznym wywo-
łanym zakażeniem dróg moczowych.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.325, 1971.

122. K.Tukałko, S.Kozłowski, J.Sikorski,
K.Brodzińska, A.Łakomy

Złamania miednicy powikłane wstrząsem i obraże-
niami dróg moczowych.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.327, 1971.

123. K.Brodzińska, K.Zawalska, B.Jurasz, E.Tumalewicz
Zastosowanie tracheostomii w zwalczaniu niewydol-
ności oddechowej.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.367, 1970.

124. W.Jurczyk, K.Brodzińska, A.Łakomy, M.Napierała,
W.Tumalewicz

Doświadczenia ośrodka Reanimacji w ciągu roku
pracy.

Symp.Terap. 2.2, str.387, 1971.

125. L.Wołowicka, A.Krokowicz, S.Kawczyński, J.Płacz-
kowski

Profil intensywnej terapii i opieki w klinice chirurgii ogólnej.

Mat.Symp.Terap. t.2, str.247, 1971.

126. A.Krokowicz, L.Woźowicka, J.Hryniewiecki, H.Basińska

Wczesne krwawienie pooperacyjne jako problem intensywnej terapii.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.259, 1971.

127. A.Łakomy, M.Gliniecka, P.Sawiński, E.Wesoły

Stosowanie respiratorów w leczeniu ostrych zatruc.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.207, 1971

128. A.Łakomy, A.Kompf, Z.Mackiewicz, Z.Kruszyński

Leczenie ostrej niewydolności oddechowej w ciężkich obrażeniach klatki piersiowej.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.287, 1971.

129. J.Kołodziej, A.Łakomy

Postępowanie w zamkniętym obrażeniu serca.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.304, 1971.

130. J.Kuczyński, B.Kozanecki, E.Pawłowska

Czynne prowadzenie porodu.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.116, 1971.

131. W.Zaradniak, W.Rychlewski
Płukanie żołądka.
Mat.Symp.Terap. t.2 str.201, 1971
132. W.Blok, M.Gliniecka, W.Rychlewski
Postępowanie w ostrych zatruciach tlenkiem węgla.
Mat.Symp.Terap. t.2, str.226, 1971.
133. Dmochowski, R.Siennicki
Intensywne postępowanie terapeutyczne w zatruciach środkami nasennymi.
Mat.Symp.Terap. t.2 str.230, 1971
134. W.Blok, E.Wesoły, L.Sitarz
Intensywne postępowanie terapeutyczne w zatruciach alkoholem.
Mat.Symp.Terap. t.2 str.238, 1971.
135. A.Pietraszkiewicz, L.Sitarz
Rola w pielęgnacji w intensywnej terapii zatruc.
Mat.Symp.Terap. t.2 str.219, 1971.
136. B.Stachowski, J.Solawa
Intensywne leczenie w urazach rdzenia szyjnego.
Mat.Symp.Terap. t.2, str.332, 1971.
137. T.Tukałło, J.Sikorski, I.Bowbelska
Przyczyny śmiertelności w obrażeniach wypadkowych.

Mat.Symp.Terap. t.2 str.338, 1971.

138. J.Garstka

Ocena wartości znieczulenia zewnątrzoponowego w zabiegach operacyjnych na kończynach dolnych.

Chirurg.Narz.Ruchu i Ortop.Pol. XXXVI 1971.

139. J.Garstka

Zachowanie się ośrodkowego ciśnienia żylnego w różnych ułożeniach w zabiegach operacyjnych kręgosłupa u dzieci.

Chirurg.Narz.Ruchu i Ortop.Pol. XXXVI, 1971.

140. Z.Wołożowicz-Józwiak

Zachowanie się krzywej cukru w operacyjnych chorobach przewodu pokarmowego /praca doktorska/.

Roczn.Akad.Med. Poznań 1971 r.

141. Z.Wołożowicz-Józwiak

Patogeneza i leczenie wstrząsu u noworodka.

Pam.II Konf.Nauk. Sekcji Med.Ped.PTG 523-528

Poznań 1971.

142. Z.Wyrzykiewicz, Z.Wołożowicz-Józwiak

Stan noworodków po porodzie i w pierwszych dniach życia po zastosowaniu dużych dawek EACA matkom w przebiegu porodu.

Pam. II Konf. Nauk. Sekcji Ped. PTG-451-454
Poznań 1971.

143. Z. Szmaja, R. Szulc, J. Tyczyńska, D. Krukowska
Ototoksyczne działanie kapreomycyny.
Mat. Symp. Błęd. Halle, 1971.
144. A. Zakrzewski, J. Korytowski, R. Szulc, H. Sowiński
Przypadek guza dołu skrzydkowo-podniebiennego
i podskroniowego.
Otol. Pol. 25, 231-236, 1971
145. A. Zakrzewski, J. Korytowski, R. Szulc, H. Sowiński
Uwagi do postępowania w guzach chrzęstnych krtani.
Otol. Pol. 25, 4, 107, 1971.
146. R. Szulc, S. Woźniak
Intensywna terapia w urazach twarzoczaszki.
Pam. XXVIII Zjazdu Otol. Pol. 1971.
147. S. Woźniak, R. Szulc
Postępowanie p/wstrząsowe w komunikacyjnych ura-
zach twarzoczaszki.
Pam. XXVIII Zj. Otol. Pol. 1971.
148. J. Wójtowicz, L. Wołowicka, E. Śmigielska
Bezpieczeństwo badań radiologicznych ze środna-

czyniowym stosowaniem środków cieniujących.
Pol.Przegl.Rad. 25, 869, 1971.

149. W.Jurczyk, M.Szulczewski, L.Wołowicka, A.Łakomy
Problemy organizacyjne pracy zespołu Reanimacyj-
nego Pogotowia Ratunkowego m.Poznania.
Mat. IV Symp.Pomocy Doraźn. Katowice 1971.
150. W.Jurczyk, L.Wołowicka, E.Guzikowska, B.Hyży
Resuscytacja przedszpitalna z uwzględnieniem
ciągłości leczenia w Ośrodku Reanimacji. Mat.IV
Symp.Pom.Doraźn. Katowice 1971
151. L.Wołowicka, J.Styperek, M.Koszałkowska, M.Mac-
kiewicz
Postęp w resuscytacji na podstawie analizy 322
chorych.
Mat. IV Symp.Pom.Doraźn. Katowice 1971.
152. L.Wołowicka, J.Rubkowska, S.Kawczyński, M.Ni-
ziurska
Rola punktu R izby przyjęć w ogniwie pomocy do-
raźnej.
Mat. IV Symp.Po.Doraźn. Katowice 1971.
153. A.Zakrzewski, S.Woźniak
O postępowaniu w przypadkach tzw. przepony krta-

niowej bez otwierania krtani i tchawicy.

Otol.Pol. XXV,2,1971.

154. S.Woźniak, E.Tymczyj

W sprawie pointubacyjnych ziarniniaków krtani.

Otol.Pol. 1971.

155. J.Łazowski, S.Woźniak

Postępowanie w złamaniach zespołu jarzmowo-szczękowego powstałych w wypadkach komunikacyjnych.

Pam.XXVIII Zjaz.Otol.Pol. 1971.

156. E.Tymczyj, S.Woźniak

Przyczynek do niektórych powikłań intubacyjnych krtani.

Pol.Tyg.Lek. 26,18,1971.

157. J.Kmczyński, E.Pawłowska

Wskaźnik bilirubinowo-białkowy w rozpoznaniu ciężkiej choroby hemolitycznej.

Gin.Pol.XLII Nr 1231, 1971.

158. J.Kuczyński, B.Kozanecki, E.Pawłowska

Ciąża przenoszona - kliniczna analiza 5-letniego materiału Instytutu.

Pam.XVIII Zjaz.PTG Białystok 1971.

159. J.Kuczyński, I.Twarowska, A.Rucka, J.Kuczyński,
E.Pawłowska
Ryzyko urazu mechanicznego wewnątrzczaszkowego
noworodków urodzonych z położenia miednicowego.
Pam.II Konf.Sekcji Med.Perin.PTG, str.312 Poznań
160. J.Kuczyński, I.Twardowska, B.Kozanecki, E.Rygle-
wicz, E.Pawłowska
Noworodek z cięcia cesarskiego - analiza, zagrożenia.
Pam.II Konf.Sekcji Med.Perin.PTG Poznań str.292
161. M.Goncerzewicz, L.Sitarz i inni
Próba oceny uszkodzenia morfologicznego i czynnoś-
ciowego ośrodka układu nerwowego u dzieci z fenyl-
ketonurią.
Pam.II Konf.Sekcji Med.Perin.PTG str.341, Poznań.
162. W.Jurczyk
Rola i zadania pielęgnacji w anestezjologii i in-
tensywnej terapii i reanimacji.
Anest.i Rean. 142, 1971.
163. W.Jurczyk
Zadania i odpowiedzialność anestezjologa w zespole
operacyjnym i intensywnej terapii.
Anest.i Rean. 1971.

164. W.Jurczyk

Wymagania lekarskie związane z pierwszą pomocą
ofiaram wypadków drogowych.

Problemy Bezp.Ruchu Drog. Warszawa 1971.

165. W.Jurczyk

Wytyczne postępowania w zespołach pourazowych.

PZWL, wyd.III Warszawa 1971.

166. A.Piskorz, K.Brodzińska, M.Napierała

Podstawy rozpoznawania i leczenia wstrząsu septycznego.

Pol.Przegl.Lek.26 str.1622, 1971.

167. W.Grabus, B.Nowotny, P.Sawiński, A.Wolny

Tracheostomia-wskazania i postępowanie w ostrych
zatruciach.

Int.Terapia 203, 1970.

**ANEKS 6 Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej
w Poznaniu**

Wydanie specjalne, 1982 r.



BIULETYN INFORMACYJNY
AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

Wydanie specjalne 1982 r. Nr 2/19

INSTYTUT ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
/dawn. Zakład Anestezjologii/
AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

2 listopada 1962 r. - 2 listopada 1982 r.

Pod redakcją: prof.dr Witolda Jurczyka

Opracowali: doc. dr Kazimiera Brodzińska
doc.dr Laura Wołowicka
doc.dr Roman Szulc
mgr Danuta Ratajczak
Wanda Orwaldi

VI. DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA

1. WSTĘP

W okresie 20-lecia pracownicy Zakładu/Instytutu opublikowali 672 prace naukowe. W tym 240 prac miało charakter kliniczny, 259 pozycji to prace poglądowe. W 85 publikacjach przedstawiono wyniki eksperymentów. Wśród prac 57 pozycji stanowiły rozdziały w podręcznikach lub skryptach, 42 prace ogłoszono w czasopismach zagranicznych.

Zagadnienia badawcze, którymi zajmują się pracownicy Instytutu, dotyczą głównie patofizjologii i leczenia ostrej niewydolności oddychania i krążenia, w tym patofizjologii oddechu kontrolowanego, metabolizmu chorego reanimowanego oraz intensywnego leczenia w stanach zagrożenia życia. Dokonuje się także badań farmakodynamiki leku anestetycznego.

W latach od 1976-1981 Instytut był wykonawcą badań objętych problemem węzłowym PAN pt.: "Zastosowanie helu w medycynie". Na dużą skalę przeprowadzono badania wpływu oddychania mieszaninami zawierającymi hel na mechanikę oddychania w różnorodnych stanach chorobowych układu oddechowego. Oprócz badań klinicznych przeprowadzono także badania eksperymentalne.

Badania naukowe wykonywane są przez pracowników Instytutu, także we współpracy z klinikami zabiegowymi oraz zakładami teoretycznymi Akademii Medycznej w Poznaniu /m.in. Zakład Anatomii Patologicznej, Zakład Patologii, Zakład Farmakologii oraz Zakład Farmacji Klinicznej/.

W 34 przypadkach prace stanowiły podstawę do zakończenia przewodu doktorskiego, a u 7 pracowników zakończyły się uzyskaniem stopnia doktora habilitowanego.

2. Wykaz uzyskanych w Instytucie stopni naukowych

a. Stopnie doktora nauk medycznych

1. Roman Szulc

Spostrzeżenia dotyczące wpływu leków używanych w znieczuleniu ogólnym do operacji usznych na czynności nerek.

Promotor: doc. W. Jurczyk. Recenzenci: prof. K. Jasiński, prof. A. Aroński. Uchwała Rady Wydziału: 28.05.1969 r.

2. Stanisław Woźniak

Ocena podatności płuc i zaburzeń mechaniki oddychania u chorych po wycięciu nowotworowo zmienionej krtani.

Promotor: doc. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. A.Zakrzewski, doc. M.Sych. Uchwała Rady Wydziału 28.05.1969 r.

3. Lukrecja Sitarz

Badania spirometryczne oraz elektrokardiograficzne u chorych z lejkowatą kurzą klatkę piersiową.

Promotor: prof. R.Drews. Recenzenci: doc. J.Fibak, doc. T. Ptasiński. Uchwała Rady Wydziału 12.05.1972 r.

4. Andrzej Budniewski

Kształtowanie się współczynnika podatności dynamicznej płuc i mechaniki oddychania podczas stosowania eteru etylowego i halotanu do znieczulenia ogólnego przy oddechu własnym.

Promotor: doc. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. A.Aronski, doc. I.Westfal. Uchwała Rady Wydziału 18.12.1972 r.

5. Rajmund Siennicki

Parametry spirometryczne respiratorów ciśnieniowo-zmiennych /w układzie modelowym/.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. M.Sych, doc. G.Straburzyński. Uchwała Rady Wydziału 5.12.1973 r.

6. Barbara Polimirska

Wpływ leków blokujących i stymulujących beta receptory adrenergiczne na wybrane parametry hemodynamiczne w anestezji eterowej i halotanowej.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. K.Jasiński, doc. A.Aronski. Uchwała Rady Wydziału 27.02.1974 r.

7. Wacława Tumalewicz

Ocena utleniania krwi tętniczej w różnorodnych stanach ostrej niewydolności oddechowej.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. I.Westfal, doc. M.Sych. Uchwała Rady Wydziału 27.02.1974 r.

8. Włodzimierz Rychlewski

Porównanie oddechu kontrolowanego wykonywanego sposobem ręcznym i przy użyciu respiratora w czasie znieczulenia

ogólnego do zabiegów w jamie brzusznej.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. G.Straburzyński, doc. M.Sych. Uchwała Rady Wydziału 27.02.1974 r.

9. Wojciech Budych

Wpływ oddechu zastępczego i dehydrobenzperidolu na rozwój wczesnych zmian w układzie oddychania u psów w zespole Mendelсона.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: A.Piskorz, doc. A. Lewiński. Uchwała Rady Wydziału 29.05.1974 r.

10. Andrzej Łakomy

Zmiany morfologiczne w błonie śluzowej drzewa tchawiczo-oskrzelowego u psów powstałe przy oddychaniu przez chirurgicznie wykonaną przetokę tchawiczą.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. Z.Szmeja, prof. J.Groniowski. Uchwała Rady Wydziału 29.05.1974 r.

11. Jerzy Zbigniew Muszyński

Naukowe podstawy organizacji oddziałów intensywnej terapii.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. K.Jasiński, doc. Z.Rondio. Uchwała Rady Wydziału 27.11.1974 r.

12. Tomasz Knitter

Wpływ hiperwentylacji uzyskanej za pomocą oddechu kontrolowanego na równowagę kwasowo-zasadową, prężność tlenu w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych i operacjach neurochirurgicznych.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. A.Szpiro-Zurkowska, doc. Z.Huber. Uchwała Rady Wydziału 5.03.1975 r.

13. Ewa Pawłowska

Spirometryczna i gazometryczna ocena wentylacji płuc u kobiet w przebiegu ciąży.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. T.Winiarski, doc. J.Kuczyński. Uchwała Rady Wydziału 23.04.1975 r.

14. Jadwiga Osiecka-Buszewicz

Zmiany wentylacji płuc u kobiet rodzących z zastosowaniem i bez zastosowania dolantyny.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. A.Aroński, doc. Z.Rondio. Uchwała Rady Wydziału 23.04.1975 r.

15. Elżbieta Guzikowska

Badania nad przechodzeniem przez łożysko halotanu i eteru dwuetylowego stosowanych do znieczulania w czasie cięcia cesarskiego.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. T.Pisarski, doc. T.Winiarski. Uchwała Rady Wydziału 18.06.1975 r.

16. Wojciech Stadnicki

Badania porównawcze nad zachowaniem się ciśnienia wewnątrzgałkowego w przebiegu znieczulenia ogólnego za pomocą eteru dwuetylowego halotanu, pentranu i neuroleptanezji.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. A.Gierek, prof. W.Orłowski. Uchwała Rady Wydziału 18.06.1975 r.

17. Mirosława Niziurska

Wpływ insuflacji tlenu do płuc pod zwiększonym ciśnieniem i dużej częstotliwości na hemodynamikę krążenia przez płucną wymianę gazową.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. T.Szreter, prof. T.Stasiński. Uchwała Rady Wydziału 10.06.1976 r.

18. Krystyna Adamczewska

Wpływ dodatnich ciśnień na parametry krążeniowo-oddechowe u psów w normo- i hiperwolemii doświadczalnej.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. A.Piskorz, doc. A.Dyaczyńska. Uchwała Rady Wydziału 10.06.1976 r.

19. Zdzisław Kruszyński

Wpływ różnorodnych sposobów na wymianę gazową w płucach w ostrej, doświadczalnej niewydolności oddechowej.

Promotor: doc. K.Brodzińska. Recenzenci: prof. M.Wójtowicz, doc. Z.Rondio. Uchwała Rady Wydziału 15.12.1976 r.

20. Zdzisław Smolarek

Własne spostrzeżenia nad zastosowaniem fentanylu do analgezji śródoperacyjnej.

Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. K.Brodzińska, doc. A.Dyaczyńska. Uchwała Rady Wydziału 21.12.1977 r.

21. Leon Drobnik

Wpływ pięciominutowego przerwania krążenia na zachowanie zmian morfologicznych w mózgowiu psa.

Promotor: doc. K. Brodzińska. Recenzenci: doc. D. Lipińska,
doc. W. Biczysko. Uchwała Rady Wydziału 15.03.1978 r.

22. Marian Miśkiewicz

Określenie potrzeb w dziedzinie miejsc leczenia w intensywnej opiece medycznej.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: prof. K. Jasiński,
doc. Z. Brzeziński. Uchwała Rady Wydziału 18.12.1972 r.

23. Mieczysław Justyna

Stosowanie podtlenku azotu do celów znieczulenia chirurgicznego. Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: prof. S. Wesołowski, prof. W. Rzepecki. Uchwała Rady Instytutu Gruźlicy 1976 r.

24. Edward Charczuk

Miejsce i sposób barbituranów na komórkę - badania doświadczalne in vitro.

Promotor: doc. J. Knapowski. Recenzenci: prof. W. Jurczyk,
prof. A. Danysz. Uchwała Rady Wydziału 13.06.1979 r.

25. Teresa Wika

Badania doświadczalne nad uszkodzeniem błony śluzowej trachicy spowodowanym przez rozprężony mankiet uszczelniający rurki dotchawiczej.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: doc. M. Kuś,
doc. W. Biczysko. Uchwała Rady Wydziału 23.04.1979 r.

26. Jolanta Zak-Grzegorzewska

Zastosowanie aparatu płuco-serce dla wyrównania ostrego niedotlenienia krwi wytworzonego doświadczalnie u psów.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: doc. Z. Antoszewski,
doc. K. Brodzińska. Uchwała Rady Wydziału 23.04.1979 r.

27. Wojciech Grabus

Badanie podatności płuc i klatki piersiowej w czasie stosowania przedłużonego oddechu zastępczego.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: doc. L. Wołowicka,
doc. Z. Rondio. Uchwała Rady Wydziału 23.04.1979 r.

28. Sylwester Minko

Wpływ różnorodnych sposobów leczenia na zmiany w układzie krzepnięcia i strukturalne zmiany w płucach w przebiegu

15. Elżbieta Guzikowska
Badania nad przechodzeniem przez łożysko halotanu i eteru dwuetylowego stosowanych do znieczulania w czasie cięcia cesarskiego.
Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. T.Pisarski, doc. T.Winiarski. Uchwała Rady Wydziału 18.06.1975 r.
16. Wojciech Stadnicki
Badania porównawcze nad zachowaniem się ciśnienia wewnątrzgałkowego w przebiegu znieczulenia ogólnego za pomocą eteru dwuetylowego halotanu, pentranu i neuroleptanezji.
Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. A.Gierek, prof. W.Orłowski. Uchwała Rady Wydziału 18.06.1975 r.
17. Mirosława Niziurska
Wpływ insuflacji tlenu do płuc pod zwiększonym ciśnieniem i dużej częstotliwości na hemodynamikę krążenia przez płucną wymianę gazową.
Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. T.Szreter, prof. T.Stasiński. Uchwała Rady Wydziału 10.06.1976 r.
18. Krystyna Adamczewska
Wpływ dodatnich ciśnień na parametry krążeniowo-oddechowe u psów w normo- i hiperwolemii doświadczalnej.
Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: prof. A.Piskorz, doc. A.Dyaczyńska. Uchwała Rady Wydziału 10.06.1976 r.
19. Zdzisław Kruszyński
Wpływ różnorodnych sposobów na wymianę gazową w płucach w ostrej, doświadczalnej niewydolności oddechowej.
Promotor: doc. K.Brodzińska. Recenzenci: prof. M.Wójtowicz, doc. Z.Rondio. Uchwała Rady Wydziału 15.12.1976 r.
20. Zdzisław Smolarek
Własne spostrzeżenia nad zastosowaniem fentanylu do analgezji śródoperacyjnej.
Promotor: prof. W.Jurczyk. Recenzenci: doc. K.Brodzińska, doc. A.Dyaczyńska. Uchwała Rady Wydziału 21.12.1977 r.
21. Leon Drobnik
Wpływ pięciominutowego przerwania krążenia na zachowanie zmian morfologicznych w mózgowiu psa.

doświadczalnego wstrząsu urazowego.

Promotor: doc. K. Brodzińska. Recenzenci: prof. W. Jurczyk,
doc. R. Szulc. Uchwała Rady Wydziału 13.06.1979 r.

29. Lech Mazur

Wpływ matohexitalu, diazepanu, ketaminy i propanididu na przewodnictwo nerwowo-mięśniowe przerwane za pomocą galaminy i sukcynylodwucholiny.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: doc. M. Referowska,
doc. R. Szulc. Uchwała Rady Wydziału 13.06.1979 r.

30. Jerzy Sapała

Częstość występowania, zapobiegania i leczenia powikłań po operacjach u chorych w obrębie klatki piersiowej.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: doc. D. Lipińska,
dr hab. J. Łuczak. Uchwała Rady Wydziału 25.06.1980 r.

31. Andrzej Bręborowicz

Oczyszczanie ustroju z kwasu mlekowego za pomocą dializy otrzewnej u królików w stanie kwasicy mleczanowej wywołanej hypoksją.

Promotor: doc. R. Szulc. Recenzenci: doc. L. Wołowicka,
doc. Z. Twardowski. Uchwała Rady Wydziału 18.02.1981 r.

32. Małgorzata Nowicka

Badania poziomu elektrolitów, równowagi kwasowo-zasadowej i hemolizy, hematokrytu, układu krzepnięcia oraz morfologicznej tkanki płucnej w przebiegu doświadczalnej aspiracji do płuc wody "słodkiej" i morskiej.

Promotor: prof. W. Jurczyk. Recenzenci: prof. M. Sych,
doc. W. Biczysko. Uchwała Rady Wydziału 18.02.1981 r.

33. Danuta Podstawska

Ocena czynnościowej pojemności zalegającej płuc w ostrej doświadczalnej niewydolności oddechowej leczonej stałymi dodatkami ciśnieniami w drogach oddechowych.

Promotor: doc. K. Brodzińska. Recenzenci: doc. Z. Rondio,
doc. L. Wołowicka. Uchwała Rady Wydziału 20.01.1982 r.

34. Dorota Pilecka-Baszyńska

Wielkość przecieku płucnego krwi nieutlenowanej u chorych ze skoliozą idiopatyczną w bezpośrednim okresie po zabiegu

korekcyjnym na kręgosłupie.

Promotor: doc. K. Brodzińska. Recenzenci: doc. M. Referowska,
doc. A. Senger. Uchwała Rady Wydziału 21.01.1982 r.

b. Stopnie doktora habilitowanego

1. Witold Jurczyk

Doświadczalne zatrzymanie czynności serca przez niedotlenie i duszenie.

Uchwała Rady Wydziału 8.12.1965 r.

2. Krzysztof Stengert

Doświadczalny wstrząs endotoksyczny. Rozwój zmian hemodynamicznych, biochemicznych i morfologicznych wskazujący granicę między wstrząsem odwracalnym a wstrząsem nieodwracalnym.

Uchwała Rady Wydziału 13.12.1967 r.

3. Kazimiera Brodzińska

Układ oddechowy w doświadczalnym wstrząsie endotoksycznym.

Uchwała Rady Wydziału 30.05.1973 r.

4. Laura Wołowicka

Zmiany czynnościowe i morfologiczne w układzie oddechowym po resuscytacji.

Uchwała Rady Wydziału 15.03.1978 r.

5. Roman Szulc

Wpływ morfiny i halotanu na czynność bioelektryczną i ultrastrukturę nabłonka skóry w różnych warunkach przepływu tlenu i dwutlenku węgla.

Uchwała Rady Wydziału 15.03.1978 r.

6. Jacek Łuczak

Wpływ oddechu kontrolowanego i środków stosowanych w anestezji ogólnej na hemodynamikę, czynność oddechową, morfo-

logię zmian płucnych oraz rozległość strefy zawałowej po zaciśnięciu tętnicy wieńcowej u psów.

Uchwała Rady Wydziału 25.04.1979 r.

7. Jerzy Garstka

Badania nad zachowaniem się transmisji nerwowo-mięśniowej u królików pod wpływem wybranych środków anestetycznych w stanach zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej z zastosowaniem elektrostymulacji elektromiografii.

Uchwała Rady Wydziału 7.10.1981 r.

c. Doktoraty honoris causa

1. Sir Robert, Prof. dr Macintosh

Kierownik pierwszej w świecie Katedry Anestezjologii Uniwersytetu w Oxfordzie, dr h.c. AM w Poznaniu dn. 11.10.1969 r.

Promotor: prof.dr Roman Drews

2. Prof.dr Włodzimierz Aleksandrowicz Niegowski

Dyrektor Laboratorium Odżywiania Ustroju Akademii Nauk Medycznych ZSRR, członek tejże Akademii, twórca reanimatologii

Dr h.c. AM w Poznaniu dnia 12.11.1973 r.

Promotor: prof. dr Witold Jurczyk

3. Prof.dr Stanisław Pokrzywnicki

Kierownik Katedry Anestezjologii CKP WAM w Warszawie, były Prezes Towarzystwa Anestezjologów Polskich Dr h.c. AM w Poznaniu dnia 1.10.1974 r.

Promotor: prof.dr Witold Jurczyk

4. Prof.dr Otto Mayrhofer

Kierownik Katedry Anestezjologii Uniwersytetu w Wiedniu, Prezydent Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych Dr h.c. AM w Poznaniu dnia 28.04.1975 r.

Promotor: prof.dr Witold Jurczyk.

II. SKŁAD OSOBOWY INSTYTUTU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
OPIEKI MEDYCZNEJ

1. OBECNI PRACOWNICY

1. Witold Jurczyk - ur. 19.03.1931 r.; dyplom lekarza: 15.10.1954
dr med. 12.04.1961 r.; dr hab. 8.12.1965 r.; docent 1.01.1967
profesor nadzw. 1.08.1970 r.; profesor zwyczajny 28.04.1976
spec. w anest. II st. 18.04.1962; ilość publikacji 199;
członek PZPR.
2. Kazimiera Brodzińska - ur. 4.02.1925 r.; dyplom lekarza
16.02.1952 r.; dr med. 28.05.1963 r.; dr hab. 30.05.1973 r.;
spec. w anest. II st. 12.04.1967 r.; ilość publikacji 94.
3. Laura Wołowicka - ur. 12.05.1932 r.; dyplom lekarza 31.07.1957;
dr med. 20.11.1963 r.; dr hab. 3.07.1978 r.; spec. w anest.
II st. 1963; ilość publikacji 104.
4. Roman Szulc - ur. 2.10.1935 r.; dyplom lekarza: 8.12.1958 r.;
dr med. 28.05.1969 r.; dr hab. 3.07.1978 r.; spec. w anest.
II st. 1970 r.; ilość publikacji 58.
5. Jacek Łuczak - ur. 30.12.1934 r.; dyplom lekarza 30.09.1959 r.;
dr med. 11.11.1970 r.; dr hab. 25.04.1979 r.; spec. w anest.
II st. 1978 r.; ilość publikacji 34.
6. Jerzy Garetka - ur. 6.03.1930 r., dyplom lekarza 18.11.1954 r.;
dr med. 9.06.1965 r.; dr hab. 7.10.1981 r.; spec. w anest.
II st. 1963 r.; ilość publikacji 54.
7. Stanisław Woźniak - ur. 7.10.1933 r.; dyplom lekarza 15.11.1959;
dr med. 28.05.1969 r.; spec. w anest. II st. 9.06.1967 r.;
ilość publikacji 70.
8. Zofia Wołochowicz-Jóźwiak - ur. 4.08.1927 r.; dyplom lekarza
1.10.1952 r.; dr med. 22.06.1966 r.; spec. w anest. II st.
15.04.1970 r.; ilość publikacji 34; członek PZPR.
9. Andrzej Kubacki - ur. 23.03.1928 r., dyplom lekarza: 1.10.1952;
dr med. 27.06.1962 r.; spec. w anest. II st. 15.04.1979 r.;
ilość publikacji 41; członek PZPR.

- 22
10. Zdzisław Kruszyński - ur. 17.12.1943 r.; dyplom lekarza
 10. Zdzisław Kruszyński - ur. 17.12.1943 r.; dyplom lekarza 24.04.1967 r.; dr med. 15.12.1976 r.; spec. w anest. II st.; ilość publikacji 30.
 11. Andrzej Łakomy - ur. 13.12.1939 r.; dyplom lekarza 30.05.1963 r.; dr med. 29.05.1974 r.; spec. w anest. II st. 14.03.1972 r.; ilość publikacji 34.
 12. Leon Drobnik - ur. 26.01.1946 r.; dyplom lekarza 2.05.1970; dr med. 15.03.1978 r.; spec. w anest. II st. 1976 r.; ilość publikacji 16.
 13. Teresa Wika - ur. 10.10.1947 r.; dyplom lekarza 23.06.1973; dr med. 25.04.1979 r.; spec. w anest. I st. 1978 r.; ilość publikacji 7.
 14. Mirosława Niziurska-Ciesielska - ur. 16.10.1946 r.; dyplom lekarza 13.05.1969 r.; dr med. 10.06.1976 r.; spec. w anest. II st. 11.1975 r.; ilość publikacji 9.
 15. Danuta Podstawska - ur. 6.10.1943 r.; dyplom lekarza 28.06.1968 r.; dr med. 20.01.1982 r.; spec. w anest. II st. 1976 r.; ilość publikacji 6.
 16. Emilia Rozwadowska - ur. 12.01.1947 r.; dyplom lekarza 12.06.1972 r.; spec. w anest. II st. 1978 r.; ilość publikacji 1.
 17. Alicja Kawka - ur. 28.01.1950 r.; dyplom lekarza 16.09.1976; spec. w anest. I st. 6.04.1979 r.; ilość publikacji 2.
 18. Ewa Kabata-Gryglik - ur. 18.10.1952 r.; dyplom lekarza 22.09.1977 r.; spec. w anest. I st. 1980 r.; ilość publikacji 2.
 19. Michał Gaca - ur. 24.08.1951 r.; dyplom lekarza 26.06.1975; spec. w anest. I st. 1978 r.; ilość publikacji 3.
 20. Zofia Nadolska - ur. 17.02.1951 r.; dyplom lekarza 26.05.1975 r.; spec. w anest. I st. 28.10.1978 r.
 21. Hanna Bartkowiak - ur. 8.01.1956 r.; dyplom lekarza 1.07.1980 r.

22. Dorota Pilecka-Baszyńska - ur. 1.02.1937 r.; dyplom lekarza 7.11.1960 r.; dr med. 20.12.1981 r.; spec. w anest. II st. 17.11.1967 r.; ilość publikacji 5.
23. Tomasz Biedrzyński - ur. 4.09.1954 r.; dyplom lekarza 27.09.1979 r.
24. Katarzyna Szulc-Bortkiewicz - ur. 3.08.1956 r.; dyplom lekarza 24.06.1981 r.
25. Wiesława Deskowska - ur. 7.06.1956 r.; dyplom lekarza 24.09.1981.
26. Izabella Dworaczyk - ur. 21.05.1945; dyplom lekarza 31.05.1972 r. spec. w anest. I st. 10.1976 r.
27. Halina Dzięgielewska - ur. 26.09.1944 r.; dyplom lekarza 25.05.1968 r.; spec. w anest. I st. 1974 r.; ilość publikacji 2.
28. Maria Filek - ur. 18.08.1956 r.; dyplom lekarza 5.06.1981 r.;
29. Piotr Gerstenberger - ur. 18.04.1955 r.; dyplom lekarza 27.07.1979 r.
30. Maciej Gembicki - ur. 7.05.1954 r.; dyplom lekarza 19.06.80;
31. Jolanta Zak-Grzegorzowska - ur. 12.05.1948 r.; dyplom lekarza 15.05.1972 r.; dr med. 25.04.1979 r.; spec. w anest. I st.
32. Fikret Ismail-Zade - ur. 19.10.1949 r., dyplom lekarza 30.06.1972 r.; dr med. 14.01.1980 r.; spec. w internie II st. 1976 r.; ilość publikacji 3.
33. Wojciech Klementowski - ur. 18.10.1955 r.; dyplom lekarza 25.09.1981 r..
34. Grażyna Krzykała - ur. 9.08.1955 r.; dyplom lekarza 23.06.1980;
35. Krzysztof Kusza - ur. 7.06.1955 r.; dyplom lekarza 19.06.1980;
36. Grażyna Machnicka-Madeja - ur. 10.03.1948 r.; dyplom lekarza 9.05.1972 r.; spec. w anest. II st. 1979 r.; ilość publikacji 3.

37. Joanna Ratajczak-Mackowski - ur. 1.06.1956 r.; dyplom lekarza 8.06.1981 r.
38. Michał Męczyński - ur. 24.09.1953 r.; dyplom lekarza 19.09.1978 r.; spec. w anest. I st. 1981 r.
39. Jolanta Pieńkowska-Mikołajczyk - ur. 31.03.1927 r.; dyplom lekarza 30.06.1952 r.; dr med. 12.12.1962 r.; spec. w pediatrii II st. 10.03.1958 r.; ilość publikacji 1.
40. Krystyna Myszkowska - ur. 20.03.1940 r., dyplom lekarza 1967; spec. w pediatrii II st. 1978 r.
41. Witold Narski - ur. 31.08.1951 r., dyplom lekarza 6.06.1975; spec. w anest. II st. 1978 r.; ilość publikacji 2.
42. Jacek Nadolski - ur. 14.03.1951 r.; dyplom lekarza 6.08.1976; spec. w anest. I st. 7.04.1979 r.
43. Ewa Niziołkiewicz - ur. 3.12.1951 r.; dyplom lekarza 19.06.1980 r.
44. Ewa Pawłowska - ur. 8.11.1938 r.; dyplom lekarza 17.11.1962; dr med. 23.04.1975 r.; spec. w anest. II st. 1976 r.; ilość prac 23.
45. Jolanta Pelowska - ur. 8.12.1941 r.; dyplom lekarza 16.12.1966 r.; spec. w anest. I st. 18.03.1980 r.
46. Maria Przesławska - ur. 31.07.1956 r.; dyplom lekarza 3.06.1981 r.
47. Małgorzata Wójtowicz-Pyda - ur. 8.04.1956 r.; dyplom lekarza 7.7.1980 r.
48. Ewa Rohde - ur. 16.11.1948 r.; dyplom lekarza 10.06.1972; spec. w anest. I st. 1975 r.; ilość publikacji 1.
49. Irena Sarnowska - ur. 11.01.1954 r.; dyplom lekarza 23.07.1981 r.
50. Marek Sikorski - ur. 20.07.1955 r.; dyplom lekarza 20.10.1981 r.
51. Jadwiga Sobańska - ur. 14.10.1940 r.; dyplom lekarza 1.06.1971 r.; spec. w anest. II st. 1978 r.; ilość publik. 4.

52. Małgorzata Stelmach - ur. 19.01.1956 r.; dyplom lekarza 5.06.1981 r.
53. Janusz Szpunar - ur. 6.09.1954 r.; dyplom lekarza 1.07.1980 r.
54. Anna Świderska - ur. 27.08.1955 r.; dyplom lekarza 30.06.1981 r.
55. Joanna Toboła - ur. 14.10.1956 r.; dyplom lekarza 19.06.1981; członek PZPR.
56. Jadwiga Tomczyk - ur. 6.02.1950 r., dyplom lekarza 20.07.1976; spec. w anest. I st. 1979; ilość publikacji 1; członek PZPR.
57. Ewa Żebrowska-Waliszewska - ur. 9.05.1956 r.; dyplom lekarza 12.06.1981 r.; członek PZPR
58. Wanda Wilamowska - ur. 24.01.1945 r., dyplom lekarza 16.05.1968 r.; spec. w anest. II st.
59. Ewa Wika - ur. 25.06.1945 r.; dyplom lekarza 15.04.1969 r.; spec. w anest. II st. 22.05.1977 r.; ilość publikacji 4; członek PZPR.
60. Krystyna Zawalska - ur. 25.06.1926 r.; dyplom lekarza 10.08.1953 r.; dr med. 30.11.1964 r.; spec. w anest. II st.; ilość publikacji 6.
61. Jacek Zak - ur. 30.04.1950 r.; dyplom lekarza 1.10.1978 r.; spec. w anest. I st. 30.03.1981 r.; członek PZPR

2. BYLI PRACOWNICY

1. dr med. Krystyna Adamczewska	1972 - 1975
2. lek.med. Iwona Bereszyńska	1976 - 1977
3. lek.med. Michał Borak	1969 - 1974
4. dr med. Irena Bowbelska	1964 - 1977
5. dr med. Andrzej Bręborowicz	1978 - 1981
6. dr med. Andrzej Budniewski	1967 - 1974
7. dr med. Wojciech Budych	1969 - 1981
8. lek.med. Józef Bukowy	1969 - 1970
9. dr med. Jadwiga Osiecka-Buszewicz	1969 - 1977
10. dr med. Edward Charczuk	1977 - 1979
11. lek.med. Piotr Dolniak	1977 - 1980
12. lek.med. Teresa Gibasiewicz	1972 - 1976

13. dr med. Wojciech Grabus	1969 - 1976
14. lek.med. Maria Gruchot	1972 - 1975
15. dr med. Elżbieta Zgoła-Guzikowska	1969 - 1975
16. lek.med. Barbara Hyży	1970 - 1978
17. lek.med. Grażyna Sronek-Kaźmierowska	1977 - 1980
18. lek.med. Janusz Kmiecik	1972 - 1977
19. dr med. Tomasz Knitter	1969 - 1980
20. lek.med. Jolanta Kolińska-Kocur	1972 - 1978
21. lek.med. Krzysztof Konwicki	1972 - 1975
22. lek.med. Andrzej Kotecki	1970 - 1976
23. dr med. Sylwester Minko	1975 - 1980
24. lek.med. Joanna Nawrocka	1977 - 1980
25. dr med. Małgorzata Nowicka	1970 - 1980
26. lek.med. Jadwiga Schneider-Norek	1977 - 1981
27. lek.med. Lucyna Olszewska	1969 - 1971
28. dr med. Barbara Polimirska	1969 - 1974
29. dr med. Włodzimierz Rychlewski	1969 - 1976
30. dr med. Rajmund Siennicki	1969 - 1973
31. dr med. Lukrecja Sitarz	1969 - 1973
32. lek.med. Elżbieta Sobkowska	1972 - 1976
33. dr med. Jan Solawa	1969 - 1972
34. lek.med. Barbara Stachowiak	1969 - 1973
35. lek.med. Zofia Stankiewicz-Topolewska	1972 - 1972
36. prof. Krzysztof Stenger	1962 - 1969
37. lek.med. Krzysztof Ślęczka	1972 - 1977
38. lek.med. Barbara Tomaszewska	1972 - 1976
39. dr med. Wacława Tumalewicz	1969 - 1977
40. dr med. Marian Wruk	1974 - 1976
41. lek.med. Jerzy Zawodny	1977 - 1979
42. lek.med. Andrzej Ziajka	1970 - 1975

**ANEKS 7 Program specjalizacji I i II stopnia w
anestezjologii i intensywnej terapii (1984)**

AKADEMIA MEDYCZNA IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

**WYBRANE ZAGADNIENIA
ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII**



POD RED. PROF. DR. HAB. WITOLDA JURCZYKA



POZNAŃ 1984

X. PROGRAM SPECJALIZACYJNY

10.1. Program studiów specjalistycznych I stopnia i anestezjologii i intensywnej terapii

Celem studiów specjalistycznych I stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii jest zdobycie wiedzy teoretycznej i nabycie umiejętności praktycznych, umożliwiających wykonywanie znieczuleń i zabiegów ożywiających, odświeżenie i pogłębienie wiadomości ogólnolekarskich uzyskanych w okresie studiów przeddyplomowych oraz stażu podyplomowego jak również rozwinięcie potrzebnych cech osobowości.

I. Przebieg studiów specjalistycznych

Specjalizacja może być przeprowadzona w wytypowanych klinikach, zakładach, oddziałach, działach anestezjologii i intensywnej opieki medycznej ustalonych przez Lekarza Wojewódzkiego.

Na studia specjalizacyjne składają się:

- 1/ dwuletnia praktyka zawodowa /staż specjalizacyjny/ z jednoczesnym kształceniem się pod kierunkiem kierownika specjalizacji, specjalisty II stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii,
- 2/ systematyczne samokształcenie, udział w dyżurach, konsultacjach, obchodach lekarskich, seminariach, posiedzeniach naukowych i innych formach kształcenia wskazanych przez kierownika specjalizacji,
- 3/ staże kierunkowe /częstkowe/:
 - trzymiesięczny staż w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii opieki medycznej
 - jednomiesięczny staż w zakresie chirurgii ogólnej
 - jednomiesięczny staż w zakresie chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii
 - jednomiesięczny staż przedegzaminacyjny w zakładzie anestezjologii regionalnej akademii medycznej /lub OMKP/ lub w szpitalu stanowiącym miejsce pracy specjalisty wojewódzkiego

- inne staże ustalone przez kierownika specjalizacji w zależności od potrzeb specjalizującego się

4/ kursy specjalizacyjne:

- kurs podstawowy /1 mies./ organizowany przez CMPK lub szkolenie indywidualne w klinice lub zakładzie anestezjologii i intensywnej opieki medycznej regionalnej akademii medycznej
- inne kursy wybrane przez kierownika specjalizacji w zależności od potrzeb specjalizującego się

5/ kolokwia specjalistyczne:

- zaliczenie czterech kolokwium w odstępach trzymiesięcznych u kierownika specjalizacji
- zaliczenie kolokwium z krwiodawstwa
- zaliczenie kolokwium z organizacji ochrony zdrowia
- inne kolokwia ustalone przez kierownika specjalizacji lub specjalistę wojewódzkiego

6/ czynny udział w posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wygłoszenie referatu poglądowego lub kazuistycznego i przygotowanie pracy poglądowej

7/ znajomość jednego języka obcego w stopniu umożliwiającym swobodne korzystanie z piśmiennictwa /zaświadczenie ze studium języków obcych szkoły wyższej o zdanym egzaminie/

Specjalizacja kończy się egzaminem komisyjnym składającym się ze sprawdzianu praktycznego i ustnego.

II. Wymagane wyniki kształcenia

Lekarz musi wykazać wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne posiadania doświadczenia w znieczuleniu chorych i w podstawowych problemach intensywnej terapii, w tym reanimacji, zgodnie z powyższym programem.

A. Wiadomości teoretyczne

1. Wiedza ogólnolekarska

Oczekuje się, że lekarz po ukończeniu specjalizacji:

- wykaze się znajomością anatomii, fizjopatologii i farmakologii, układu oddechania, krążenia, układu nerwowego, wątroby

- i nerek pod kątem wymogów anestezjologicznych i intensywnej terapii ze szczególnym uwzględnieniem niewydolności oddychania, krążenia krwi i niewydolności nerek oraz zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej
- wykaze się znajomością podstawowych zagadnień z zakresu elektrokardiografii, omówi grupy krwi i zasady leczenia krwią, zaburzenia krzepnięcia krwi, wykaze się znajomością badań laboratoryjnych i ich interpretacją
 - omówi patogenezę i leczenie wstrząsu, zasady reanimacji, farmakoterapię i elektroterapię w reanimacji, postępowanie z nieprzytomnymi
 - wykaze się znajomością fizjologii dziecka ze szczególnym uwzględnieniem noworodka i okresu niemowlęcego
 - omówi problemy kliniczne i techniczne znieczulania u dzieci
 - przedstawi znieczulenie w przypadkach nagłych ze szczególnym uwzględnieniem ostrej choroby jamy brzusznej, urazów głowy i klatki piersiowej, znieczulenie do zabiegów tzw. ambulatoryjnych, znieczulenie do zabiegów diagnostycznych
 - omówi znieczulenie chorych z dużym ryzykiem oraz chorych w podeszłym wieku oraz chorych z zaburzeniami wewnątrzwydzielinowymi
 - przedstawi postępowanie anestezjologiczne w leczeniu elektrowstrząsami i kardiowersją
 - poda zasady żywienia, metody i techniki zabiegów żywieniowych /oddechowo-krążeniowa resuscytacja mózgu/
 - omówi leczenie tlenem, sztuczną wentylację płuc, opíše aparaturę stosowaną w intensywnej terapii /respiratory, monitory/, wykaze się znajomością badań gazometrycznych i ich interpretacją, przedstawi powikłania intensywnego leczenia
 - poda zasady czyszczenia, wyjaławiania i konserwacji sprzętu i aparatury
 - wykaze się znajomością zasad i obowiązków anestezjologa w zespole operacyjnym i organizacji szpitalnej, omówi rolę anestezjologa w specjalnościach niezabiegowych, przedstawi organizację pracy anestezjologa w bloku operacyjnym, omówi bezpieczeństwo i higienę pracy w pomieszczeniach zabiegowych, przedstawi organizację anestezjologii i intensywnej terapii

w szpitalu, wykaże się znajomością obowiązujących przepisów i instrukcji, wykaże się znajomością zagadnień etycznych i prawnych anestezjologii i intensywnej terapii.

- omówi patofizjologię związaną ze starzeniem się.

2. Wiedza specjalistyczna

Specjalizujący się lekarz:

- przedstawi historię zwalczania bólu w anestezjologii, poda teorię znieczulenia ogólnego i miejscowego, podział i rodzaje znieczulenia, omówi mianownictwo anestezjologiczne, przedstawi prawa fizyczne dotyczące gazów i cieczy
- omówi badanie i przygotowanie chorego do znieczulenia i operacji, uzasadni wybór znieczulenia, omówi sedację, premedykację, endukację oraz obowiązki anestezjologa przed, w czasie znieczulenia i po operacji
- omówi znieczulenie ogólne: systemy znieczulenia /otwarty, bezzwrotny, częściowo zwrotny, zamknięty/, farmakologię stosowanych środków lotnych i gazowych, podawanych dożylnie i doodbytniczo
- omówi znieczulenie miejscowe: farmakologia środków znieczulających miejscowo, rodzaje znieczulenia /powierzchniowe nasiłkowe, przewodowe, splotowe, zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe/ blokady terapeutyczne
- omówi farmakologię innych środków używanych podczas znieczulenia
- przedstawi wskazania i technikę intubacji dotchawiczej, scharakteryzuje sprzęt i aparaturę używaną do znieczuleń, omówi wskazania i technikę tracheotomii
- omówi powikłania znieczulenia ogólnego i miejscowego, wymieni czynniki ryzyka związane z anestezją
- omówi specyfikację znieczulania w położnictwie /ze szczególnym uwzględnieniem cięcia cesarskiego/ i ginekologii, re-suscytacje.

B. Wymagane umiejętności praktyczne

Oczekuje się, że lekarz po ukończeniu specjalizacji wykaże się umiejętnościami:

- prowadzenia znieczulenia ogólnego oraz miejscowego
- postępowania z chorym w stanie zagrożenia życia

- zapobiegania powikłaniom i ich zwalczaniem
- prowadzenie tlenoterapii
- opanowanie techniki sztucznej wentylacji chorych szczelną maską
- wykonywanie intubacji dotchawiczej, tracheotomii
- zakładania drenażu klatki piersiowej
- zgiębnikowania układu żylnego /wenepunkcja, weneseckoja/
- posługiwanie się sprzętem i aparaturą używaną w anestezjologii /w szczeg. aparatami do znieczulenia, respiratorami, monitorami, butlami z gazami sprężonymi itp./
- wykonywanie zabiegów reanimacyjnych
- wykonywania zabiegów fizykoterapii oddechowej

C. Cechy osobowości

Dokładność, sumiennosc, rozważa, opanowanie, szybkość decyzji. Tróskliwość w stosunku do chorych, życzliwość dla członków zespołu, poczucie odpowiedzialności. Dążenie do rozszerzenia wiedzy i umiejętności.

D. Zakres uprawnień

Po uzyskaniu I stopnia specjalizacji lekarzowi przysługuje tytuł "anestezjolog". Może on uzyskać stanowisko kierownicze w jednostce służby zdrowia, gdy wyrazi na to zgodę specjalista wojewódzki.

Program studiów specjalizacyjnych II stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii

Celem studiów specjalizacyjnych w anestezjologii i intensywnej terapii jest pogłębienie i poszerzenie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych ze szczególnym uwzględnieniem intensywnej terapii i wysoce specjalistycznych rodzajów znieczuleń /np. w kardiokirurgii z krążeniem pozaustrojowym, torakochirurgii, neurochirurgii, w transplantacji nerek i in./ uzyskanych w czasie specjalizacji I stopnia oraz dalsze rozwinięcie koniecznych cech osobowości.

I. Przebieg studiów specjalizacyjnych

Specjalizacja II stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii może być przeprowadzona po uzyskaniu I stopnia z anes-

tezjologii i intensywnej terapii, tylko w jednostkach organizacyjnych służby zdrowia uprawnionych do prowadzenia tego typu specjalizacji i wymienionych w wykazie stanowiącym załącznik do programów specjalizacji.

Na studia specjalizacyjne składają się:

- 1/ co najmniej trzyletnia praktyka zawodowa /staż specjalizacyjny/ pod nadzorem kierownika specjalizacji, specjalisty II stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii
- 2/ systematyczne samokształcenie, udział w dyżurach, konsultacjach, obchodach lekarskich, seminariach, posiedzeniach naukowych i innych formach kształcenia wskazanych przez kierownika specjalizacji
- 3/ staże kierunkowe /częstkowe/:
 - sześciomiesięczny staż w oddziale anestezjologii i intensywnej opieki medycznej
 - staże uzupełniające w zakresie anestezji w neurochirurgii, torakochirurgii i kardiochirurgii
 - staż w poradni leczenia bólu
 - ewentualnie inne ustalone przez kierownika specjalizacji lub specjalistę wojewódzkiego
- 4/ dwa kursy doskonalące organizowane przez CMKP lub co najmniej dwukrotne jednomiesięczne szkolenia indywidualne w zakładach anestezjologii ośrodków akademickich
- 5/ kolokwia specjalizacyjne
 - zaliczanie czterech kolokwii w odstępach trzymiesięcznych u kierownika specjalizacji
 - dodatkowe kolokwia uzupełniające wg uznania kierownika specjalizacji lub specjalisty wojewódzkiego
- 6/ czynny udział w posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wygłoszenie dwóch referatów lub opublikowanie w czasopiśmie medycznym dwóch prac poglądowych lub kazuistycznych
- 7/ znajomość dwóch języków obcych w stopniu umożliwiającym porozumienie się i swobodne korzystanie z literatury fachowej /zaświadczenie ze studium języków obcych szkoły wyższej o zdanym egzaminie/

8/ sprawowanie funkcji opiekuna lekarzy-stażystów lub lekarzy specjalizujących się w zakresie I stopnia z nabyciem umiejętności dydaktycznych.

Specjalizacja kończy się egzaminem komisyjnym składającym się ze sprawdzianu praktycznego i teoretycznego.

II. Zbiór oczekiwanych wyników kształcenia

Anestezjolog musi wykazać szeroki zakres wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych i posiadać doświadczenie w znieczuleniu chorych i samodzielność w prowadzeniu intensywnej terapii, zgodnie z poniższym programem.

A. Wiadomości teoretyczne

Specjalizujący się lekarz:

- omówi odrębności znieczulania w neurochirurgii, torakochirurgii, kardiologii, w transplantacji nerek i innych wysokospecjalistycznych operacjach
- scharakteryzuje techniki specjalne znieczulenia: hipotensję kontrolowaną, krążenie pozaustrojowe, hipotermię kliniczną
- przedstawi metody i techniki zwalczania bólu ostrego i przewlekłego, wykaze się znajomością analgezji okołoporodowej
- przedstawi zasady intensywnej terapii w stanach bezpośredniego zagrożenia życia ze szczególnym uwzględnieniem roli anestezjologa w leczeniu ostrych zatrueń, niewydolności wieńcowej, niewydolności nerek, wstrząsie kardiogennym, możliwości mięśni, tężcu, stanach drgawkowych, neuroinfekcjach i innych
- omówi zasady dializy otrzewnowej i pozaustrojowej, scharakteryzuje odżywianie pozaustrojowe, przedstawi zasady pielęgnacji, fizykoterapii i rehabilitacji obłożnie chorych
- poda zasady współpracy z innymi specjalistami w aspekcie interdyscyplinarnego charakteru anestezjologii i intensywnej terapii
- omówi problematykę śmierci osobnozej w aspekcie deontologicznym, medycznym prawnym i transplantologicznym: wykaze się znajomością podstaw psychologii klinicznej; omówi zasady gospodarki lekami
- przedstawi zasady kierowania zespołem i jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia

- przedstawi kierunki postępu w anestezjologii i intensywnej terapii

B. Wymagane umiejętności praktyczne

Specjalizujący się lekarz powinien doskonalić swoją osobowość przez rozwijanie cech takich jak:

- dokładność, sumienność, rozważa, opanowanie, szybkość decyzji
- troskliwość w stosunku do chorych, poczucie sprawiedliwości w kierowaniu zespołem i odpowiedzialności w terapii
- dążenie do pogłębiania i aktualizowania wiedzy
- zdolności organizacyjne i pedagogiczne

D. Zakres uprawnień

Po uzyskaniu II stopnia specjalizacji lekarzowi przysługuje tytuł "specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Można uzyskać stanowisko kierownicze w każdej jednostce służby zdrowia.

Specjalista II stopnia ma prawo - za zgodą specjalisty wojewódzkiego - kierować w swoim zakresie specjalizacją lekarzy na I i II stopień.

ANEKS 8 Sylwetki anestezjologów wielkopolskich

Anestezjolodzy działający w Wielkopolsce w drugiej połowie XX stulecia oraz wybitni przedstawiciele tej nauki w Polsce w XIX i XX wieku.

Zestawienie obejmuje lekarzy anestezjologów. Każde z haseł opracowywano według następującego klucza:

- Data i miejsce urodzenia;
- kariera medyczna: zdobycie tytułów i stopni naukowych;
- specjalizacja anestezjologiczna i odbyte kursy specjalistyczne z tej dziedziny;
- członkostwo w towarzystwach anestezjologicznych i piastowane funkcje;
- dorobek naukowy;
- udział w międzynarodowych i krajowych zjazdach, sympozjach, konferencjach anestezjologicznych;
- literatura wykorzystana w opracowywany biogramie;

źródła: materiały archiwalne; niepublikowane wspomnienia i opracowania rękopiśmienne.



Rysunek 39 Skład Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu, 1987 r.

Ludwik Bierkowski



Urodził się 16 sierpnia 1801 r. w Poznaniu. Studiował rolnictwo, z którego zrezygnował na rzecz medycyny i jako stypendysta Tytusa hr. Działyńskiego ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Berlińskiego (1821-1825). Był asystentem Carla Ferdynanda Graefego i Johanna Nepomuka Rusta. Stopień doktora filozofii zdobył w Jenie (1828), a medycyny i chirurgii w Lipsku (1830).

Od 1831 do końca swego życia był profesorem chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uczestnik Powstania Listopadowego i Rewolucji Krakowskiej.

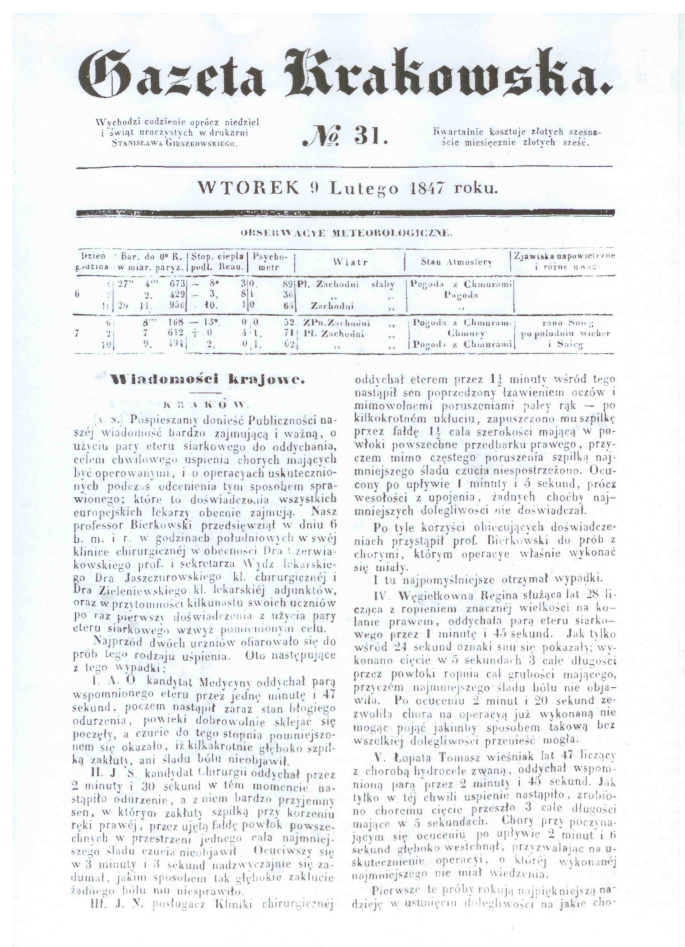
W 1847, po śmierci Johanna Friedricha Dieffenbacha, ubiegał się o katedrę chirurgii na Uniwersytecie Berlińskim. Duży rozgłos przyniosły mu dwa atlasy wydane w języku niemieckim – anatomiczny, dotyczył układu tętniczego, żylnego i chłonnego człowieka: *Abbildungen der Puls- Blut- und Saugadern des menschlichen Körpers in XX illumin. Steindrucktafeln* (Berlin 1825), *Anatomisch-chirurgische Abbildungen nebst Darstellung und Beschreibung der Chirurgischen Operationen nach den Methoden von v. Graefe, Kluge und Rust. Mit einer Vorrede von Dr. Johann Nep. Rust* (Berlin 1827).

W swoim dorobku pozostawił ponad 50 publikacji. W medycynie polskiej zapoczątkował nowoczesną uniwersytecką dydaktykę chirurgiczną,

anestezjologię, chirurgię ambulatoryjną, transfuzjologię, rehabilitację ortopedyczną, naukowe czasopiśmiennictwo chirurgiczne, muzealnictwo patomorfologiczne.

6 lutego 1847 r. wykonał pierwszą na ziemiach polskich operację w znieczuleniu eterowym.

Założył pierwsze w Polsce muzeum anatomopatologiczne, a także krakowski zakład ortopedyczny i szkołę gimnastyczną.



Rysunek 40 Gazeta Krakowska, w której opublikowano artykuł o pierwszym znieczuleniu eterowym na ziemiach polskich.

Literatura: PSB, *Ludwik Bierkowski*, Wielkopolski Słownik Biograficzny, PWN Poznań 1983,757.

<http://www.khm.cm-uj.krakow.pl/chirurgia.html>

Kazimiera Brodzińska

Profesor dr hab. n. med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodziła się w 1925 r. W 1951 roku otrzymała dyplom lekarza medycyny na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Od 1951 pracowała w I Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu, gdzie uzyskała I i II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii. W 1963 r. uzyskała stopień dr med. na podstawie pracy pt. *Układ krążenia w głębokiej hipotermii*. Od 1967 r. była zatrudniona w Zakładzie Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu, gdzie uzyskała I i II stopień specjalizacji z zakresu anestezjologii.

W 1973 r. otrzymała stopień dr habilitowanego nauk medycznych na podstawie pracy pt. *Układ oddechowy w doświadczalnym wstrząsie endotoksycznym*, a w 1983 r. została profesorem nadzwyczajnym nauk medycznych.

Przez wiele lat kierowała Zakładem Anestezjologii Pediatrycznej, a od 1 października 1978 r. była zastępcą dyrektora Instytutu.

Od roku 1974 zatrudniona w Instytucie Anestezjologii AM w Poznaniu jako docent. Pełniła funkcję zastępcy Kierownika Zakładu Anestezjologii, Instytutu Anestezjologii, następnie wicedyrektora ds. klinicznych i zastępcy dyrektora Instytutu.

Od 1975 r. była specjalistą ds. anestezjologii w województwie konińskim. Członek Rady Programowej kwartalnika *Anestezjologia Intensywna Terapia* (2006).

W 1995 r. przeszła na emeryturę.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora.

Leon Drobnik



Profesor dr hab. n. med. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Urodził się 26 stycznia 1946 r. w Ośnie Lubuskim. W latach 1964-1970 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, gdzie uzyskał dyplom lekarza. W grudniu 1971 roku rozpoczął pracę w Zakładzie Anestezjologii AM w Poznaniu. W czasie pracy na Oddziale Intensywnej Terapii Zakładu Anestezjologii, rozpoczął badania nad zmianami wtórnymi w ośrodkowym układzie nerwowym po całkowitym niedokrwieniu, wskutek nagłego zatrzymania krążenia krwi u chorych. W 1978 r. zakończył przewód doktorski obroną pracy pt. *Wpływ pięciominutowego przerwania krążenia krwi na zachowanie zmian morfologicznych w mózgowiu u psów*.

Specjalizację z anestezjologii uzyskał w trakcie kształcenia pod kierunkiem prof. K. Brodzińskiej, prof. L. Wołowickiej oraz prof. W. Jurczyka. Na przełomie roku 1977 i 1978 przebywał na rocznym stypendium DAAD na Uniwersytecie Georga Augusta w Getyndze (RFN), gdzie uczestniczył w badaniach nad wpływem środków i metod znieczulenia na czynność układu krążenia, ze szczególnym uwzględnieniem przepływu mózgowego krwi oraz na odpowiedź stresową organizmu człowieka.

W 1981 roku został skierowany do Zakładu Anestezjologii Klinicznej Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii, z przydziałem klinicznym do Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu. W latach 1982-1984

ponownie uczestniczył w programach badawczych Centrum Anestezjologii Uniwersytetu w Getyndze, na zaproszenie tamtejszego ośrodka.

Uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy pt. *Wpływ sukcylnodwucholiny, pancuronium i veruronium na przepływ mózgowy krwi w znieczuleniu halotanem i podtlenkiem azotu – badania doświadczalne.*

W latach 1990-1996, nie przerywając pracy w Akademii Medycznej w Poznaniu, pełnił funkcję kierownika Zakładu Anestezjologii Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) w Szczecinie. Owocem sześcioletniej pracy w PAM była promocja sześciu anestezjologów do stopnia doktora nauk medycznych, prof. Kettler z uniwersytetu w Getyndze dostał tytuł doktora honoris causa, a trzech anestezjologów wszczęło przewody habilitacyjne, z których jeden jest zakończony zatwierdzeniem stopnia przez Centralną Komisję Kwalifikacyjną (dr hab. n. med. Romuald Bohatyrewicz).

Dwukrotnie zorganizował Bałtyckie Forum Anestezjologów o zasięgu ogólnopolskim, tematami wiodącymi były intensywna terapia i znieczulanie chorych z obrażeniami mózgowia oraz problemy anestezjologiczne u chorych w podeszłym wieku. Został Kierownikiem Zakładu Anestezjologii Klinicznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu. Nawiązał kontakty robocze z katedrami anestezjologii uniwersytetów w Getyndze i Uppsali oraz z Cleveland Clinic Foundation. Współuczestniczył w przygotowaniu i prowadzeniu kursów metodologii badań naukowych w języku angielskim, wraz z wykładowcami Uniwersytetu Linkoping ze Szwecji. Pełnił funkcję przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pełnione funkcje Członka Komisji ds. Medycyny Okołooperacyjnej PTPN, Rady Programowej Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, Komisji Patofizjologii w Naukach Klinicznych PAN. Przedstawiciel Konsultanta Krajowego, Członek Komisji Egzaminacyjnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, członek Rady Naukowej Centrum Etyka - Medycyna - Prawo, Wydziały Prawa Uniwersytetu im. Marcina Lutra, Halle – Wittenbergo. Autor ponad 360 prac i referatów zjazdowych.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19). Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Michał Gaca



Dr hab. n. med. Kierownik Kliniki Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Urodził się 24 sierpnia 1951 roku w Poznaniu. W 1978 roku uzyskał I stopień specjalizacji z zakresu anestezjologii i reanimacji, a dwa lata później, w 1980 roku, stopień II.

W 1984 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy pt. *Radiokardiograficzna ocena wpływu znieczulenia i operacji na niektóre parametry hemodynamiczne u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego*.

W 1988 roku objął stanowisko ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu,

pozostając jednocześnie, do roku 1992, adiunktem w I Klinice Intensywnej Terapii Instytutu Anestezjologii Akademii Medycznej w Poznaniu.

W 1993 roku uzyskał tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych na podstawie pracy pt. *Wpływ różnych sposobów postępowania okołoperacyjnego na powikłania ze strony układu krążenia u chorych z przewlekłą niedrożnością aortalno-biodrową. Studium epidemiologiczno-kliniczne.*

W latach 1992-1995 był przewodniczącym Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a od 1993 do 1997 roku specjalistą wojewódzkim w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla województwa poznańskiego.

W latach 1995-1997 pracował na stanowisku adiunkta w Zakładzie Dydaktyki Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej w Poznaniu, będąc jednocześnie ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu.

W 1997 roku został Kierownikiem Zakładu Medycyny Ratunkowej i Katastrof Akademii Medycznej w Poznaniu, wprowadził nowoczesny program nauczania przed i podyplomowego w zakresie medycyny ratunkowej. Jest inicjatorem wielu ważnych zmian w zakresie funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

W latach 1996-1998 pełnił funkcję członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Od 1998 roku był specjalistą wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej dla województwa wielkopolskiego, a od 2002 roku konsultantem służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w dziedzinach anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej.

W 2003 roku zdał państwowy egzamin specjalizacyjny w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Od 2003 roku jest kierownikiem Kliniki Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, będąc jednocześnie ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

W latach 2004-2010 został powołany na stanowisko profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Od 2008 roku jest kierownikiem Katedry Medycyny Ratunkowej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu.

Podczas pracy w Instytucie Anestezjologii i Intensywnej Terapii brał czynny udział w pracach organizacyjnych sympozjów i zjazdów naukowych organizowanych przez Instytut oraz Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (VI i VII Sympozjum Pomocy Doraźnej, IX Zjazd Towarzystwa Anestezjologów Polskich oraz Sympozjum Naukowe „Dydaktyka 87”). Uzyskał certyfikaty szkoleniowe z zakresu ratownictwa na kursach w Belgii, w Wiedniu i na Cyprze.

Od 1976 roku jest członkiem Polskiego Towarzystwa Anestezjologów (obecnie Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii).

Jest autorem i współautorem ponad 250 artykułów publikowanych w pismach naukowych polskich i zagranicznych oraz referatów wygłaszanych na zjazdach i konferencjach.

Źródło: Biogram własny, tekst u autora.

Paweł Gantkowski



Lekarz, działacz społeczny, profesor UP. Urodzony 28 grudnia 1869 w Gnieźnie. Studia lekarskie odbywał we Wrocławiu, Monachium i Wirzburgu.

W 1895 uzyskał stopień dra medycyny w Wirzburgu na podstawie pracy *Beitrdge zur Lehreum Tetanus*. Dyplom lekarski otrzymał tamże w 1896. Następnie osiadł w Witkowie, gdzie zorganizował Kasę Chorych, a czas wolny od praktyki prywatnej poświęcał sprawom sanitarno-komunalnym i ubogich miasta. Tutaj rozpoczął działalność w zakresie popularyzacji higieny, którą prowadził do końca życia. W 1897 r. został współpracownikiem *Nowin Lekarskich*, a w roku 1900 wszedł do komitetu redakcyjnego tego czasopisma (od 1923 r. był redaktorem naczelnym).

W 1901 r. został powołany na docenta medycyny pastoralnej w poznańskim seminarium duchownym i w związku z tym przeprowadził się do Poznania. Wkrótce stał się znanym organizatorem walki z alkoholizmem i gruźlicą. Przed wojną był znany wśród lekarzy polskich w Poznaniu, jako znakomity i wzięty narkotyzjer. Nie było prawie prywatnej operacji w Poznaniu, gdzie by nie dawał narkozy dr Gantkowski.

Administracja miejska zatrudniała go jako lekarza ubogich. Był także działaczem „Straży”. W 1918 r. organizował służbę sanitarną w byłej dzielnicy pruskiej. Zajmował kierownicze stanowisko w Komisariacie Naczelnej Rady Ludowej jako szef Wydziału Zdrowia Publicznego, a potem jako dyrektor

Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie byłej dzielnicy pruskiej (1919-1920). W 1922 r. został prof. nadzwyczajnym. W roku akademickim 1930/31 był dziekanem Wydziału Lekarskiego. Zmarł 11 października 1938 roku w Poznaniu.

Literatura: J.Stański, *Paweł Gantkowski*, Wielkopolski Słownik Biograficzny, PWN Poznań 1983, 192-193.

Jerzy Garstka

Prof. dr hab. n .med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodził się 6 marca 1930 r. w Kiszkanie powiat Gniezno. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu odbył w latach 1949-1954. Dyplom lekarza medycyny uzyskał na Wydziale Lekarskim AM w 1954 roku.

Pracę zawodową rozpoczął w lutym 1955 r. w Klinice Ortopedycznej AM w Poznaniu. W 1959 r. został starszym asystentem, a w 1965 r. adiunktem. W roku 1960 uzyskał specjalizację II stopnia w zakresie ortopedii i chirurgii urazowej, a w 1963 r. II stopień w anestezjologii i intensywnej terapii. Od 1968 r. był pracownikiem Zakładu Anestezjologii, a następnie Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie zatrudniony był na stanowisku kierownika Zakładu Anestezjologii i Leczenia Bólu oraz zastępcy dyrektora Instytutu ds. klinicznych. W 2000 roku przeszedł na emeryturę.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1965 r., doktora habilitowanego medycyny w 1981 r., a tytuł profesora nadzwyczajnego w 1992 roku.

Umiejętności zawodowe i teoretyczne uzupełniał i doskonalił jako stypendysta Światowej Organizacji Zdrowia na rocznym kursie anestezjologicznym w Kopenhadze, a następnie kilkumiesięcznych pobytach w Danii, Szwecji i Holandii.

Od chwili założenia, był członkiem rzeczywistym Towarzystwa Anestezjologów Polskich, a od 1955 r. Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Od 1969 r. członkiem Towarzystwa Anestezjologów

Skandynawskich. Był współzałożycielem Oddziału Poznańskiego TAP, a w latach 1967-1973 był jego przewodniczącym.

Zorganizował w tym czasie dwa sympozja międzynarodowe. W latach 1969-1974 pełnił funkcję specjalisty wojewódzkiego w województwie bydgoskim, w latach 1975-1976 w województwach poznańskim i pilskim, a w latach 1976-1980 w województwie kaliskim. Był członkiem Krajowego Zespołu Specjalistycznego w zakresie anestezjologii w latach 1975-1978 i 1983-1986, a specjalistą regionalnym na terenie województwa poznańskiego, kaliskiego, konińskiego, leszczyńskiego, pilskiego i zielonogórskiego w latach 1981-1982. Z tytułu pełnienia tych funkcji, wyspecjalizował 16 anestezjologów II i 27 anestezjologów I stopnia.

Od 1957 r. przez 17 lat był konsultantem w zakresie anestezjologii w Lubuskim Ośrodku Rehabilitacyjno-Ortopedycznym w Świebodzinie, który należał wówczas do czołowych ośrodków leczenia operacyjnego skolioz w Polsce. Opracował wówczas nowe ułożenie na stole operacyjnym, umożliwiające lepsze dojście do kręgosłupa i efektywniejsze przewietrzanie płuc.

Naukowo i zawodowo poświęcił się zagadnieniom znieczulenia przewodowego i zwalczania bólu przewlekłego. W 1992 r. opublikował podręcznik *Znieczulenie przewodowe*, wydany przez PZWL. W 1978 r. zorganizował w ramach Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii pierwszą w regionie wielkopolskim Pracownię Patofizjologii i Leczenia Bólu, przemianowaną w 1982 r. w Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu.

W latach 1981-84 był opiekunem Studenckiego Koła Naukowego przy Instytucie Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz opiekunem studiów indywidualnych. Od 1968 roku był zaangażowany w szkolenie przed- i podyplomowe.

Brał czynny udział w szkoleniu słuchaczy kursów organizowanych przez CM KP w Warszawie i WODKAM w Poznaniu i Kaliszu, a także kursach organizowanych w ramach CMKP przez Klinikę Ortopedyczną, Klinikę Chirurgii Ręki i Klinikę Rehabilitacji Instytutu Ortopedii i

Rehabilitacji AM w Poznaniu. Prowadził samodzielne kursy CMKP w zakresie patofizjologii bólu i jego zwalczania.

Przez cały okres pracy w Klinice Ortopedycznej i Instytucie Anestezjologii i Intensywnej Terapii zajmował się dydaktyką i pracą naukową. Opublikował w tym czasie 158 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych, był w tym czasie jednym z nielicznych lekarzy w kraju zajmujących się patofizjologią i leczeniem bólu przewlekłego. Był jednym z 14 członków (councilor) Zarządu Głównego Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu z siedzibą w Seattle, USA.

Działalność w zakresie badania i leczenia bólu prowadził od początku powstania Sekcji Badania i Leczenia Bólu przy Polskim Towarzystwie Anestezjologii i Intensywnej Terapii tj. od 1976 r. Był współzałożycielem tej Sekcji, został także v-ce przewodniczącym, a następnie przewodniczącym Sekcji Badania i Leczenia Bólu.

Był inicjatorem i założycielem Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Został pierwszym przewodniczącym Towarzystwa i funkcję tę pełnił nieprzerwanie do października 1997 r.

Dzięki swojemu zaangażowaniu, wprowadził Towarzystwo do Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jako Oddział Polski - Polish Chapter of the International Association for the Study of Pain, na Światowym Kongresie Bólu w Adelajdzie w Australii w 1990 r. Na Światowym Kongresie Bólu w Paryżu w 1993 r. był współzałożycielem Europejskiej Federacji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (European Federation of IASP Chapters). Został członkiem Rady Głównej (councillor) tego Towarzystwa. W 1996 r. na Światowym Zjeździe Towarzystwa Badania Bólu w Vancouver został wybrany do najwyższych władz Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (Councillor of the Board of IASP, Seattle, USA) i funkcję tę pełnił do września 2002 r.

Był członkiem Komisji Patofizjologii i Leczenia Bólu, Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk od początku jej powołania oraz Komisji, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Polskiej Akademii Nauk,

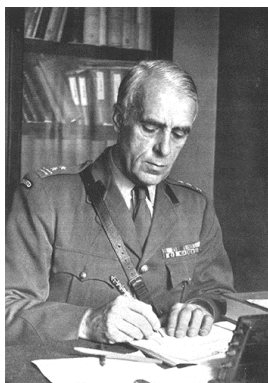
członkiem Rady Naukowej Kwartalnika Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz Rady Naukowej Kwartalnika Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Za swoją działalność został odznaczony wieloma odznakami resortowymi zawodowymi i państwowymi, w tym Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19). Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora.

Antonii Tomasz Aleksander Jurasz



Profesor chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego, dziekan, organizator polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu.

Urodzony 11 lutego 1882 w Heidelbergu. Ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu w Heidelbergu i w 1907 roku uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie pracy *Beitrag zur Kenntnis der Dermoide und Teratome des Backenbindegewebes, besonders der retrorektal gelegenen*.

Początkowo pracował jako asystent w Instytucie Anatomii Patologicznej i w klinikach chorób wewnętrznych i nerwowych w Heidelbergu. W latach 1908-1910, jako asystent w Klinice Chirurgicznej German Hospitals w Londynie. Pracował również jako lekarz okrętowy, odbywając podróże do Ameryki Północnej, Afryki i Indii. Następnie w 1910 roku objął stanowisko asystenta w Klinice Chirurgicznej w Królewcu u prof. Lexera. Później pracował w Lipsku. Podczas I wojny światowej został powołany jako lekarz do armii niemieckiej, gdzie w 1915 roku objął kierownictwo szpitala św. Marii we Frankfurcie nad Menem. Pełnił jednocześnie funkcję naczelnego chirurga korpusu wojskowego i w 1919 roku został mianowany profesorem chirurgii Uniwersytetu we Frankfurcie.

Przed rokiem 1914 brał udział w międzynarodowym kongresie chirurgów w Nowym Jorku, gdzie wygłosił referat pt. *Das ulcus ventriculi und duodeni*. Uczestniczył w posiedzeniach towarzystw lekarskich: angielskich, amerykańskich, niemieckich. Na ten okres przypada ok. 12 prac naukowych, z których część dotyczy chirurgii przełyku, masażu serca oraz leczenia rany serca za pomocą przeszczepu mięśniowego, a także zagadnienia środków znieczulających stosowanych w anestezjologii.

W roku 1920 przeniósł się do Poznania na Katedrę Chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego, którą kierował do września 1939 r.

W roku akademickim 1926/27 został dziekanem Wydziału Lekarskiego, a w roku akademickim 1927/28 prorektorem Uniwersytetu Poznańskiego. Stworzył znaną szkołę chirurgiczną, w której wyszkolił wielu późniejszych znamienitych profesorów Uniwersytetu Poznańskiego i Akademii Medycznej powojennej, m.in. prof. dr Degę, Romana Drewsa i Franciszka Raszeję.

Zajmował się m.in. chorobą Basedowa, chirurgią śledziony, dokonywał pokazowych operacji w Bukareszcie, miał wykłady z chirurgii na uniwersytetach w Rio de Janeiro, Sao Paulo i w Kurytybie. Zaangażowanie w rozwój nauki oraz aktywność na polu szerzenia dydaktyki zaowocowała tym, iż w 1927 roku, wspólnie z profesorem Rutkowskim z Krakowa, założył

czasopismo pt. *Chirurgia kliniczna*. Do Wielkiej Brytanii po zakończeniu kampanii wrześniowej 1939 r. przybył przez Francję w czerwcu 1940 r.

Jako pełnomocnik rządu, doprowadził do otwarcia w marcu 1941 r. Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie Szkockim w Edynburgu. Jako jedyna polska wyższa uczelnia w Wielkiej Brytanii, która, mimo że składała się z jednego tylko wydziału, miała wszystkie prawa polskich uniwersytetów. Funkcję dziekana z prawami rektora Jurasz pełnił do końca roku akademickiego 1945. Sam wykładał chirurgię ogólną i urazową do końca 1947 r.

Pełnił funkcję dyrektora szpitala i ordynatora oddziału chirurgii w Polskim Szpitalu im. Paderewskiego. W 1947 r. przyjechał do Poznania i objął Katedrę Chirurgii. Wyjechał do Anglii a później do Stanów Zjednoczonych. Wskutek przedłużającej się absencji utracił stanowisko. Pozostał za granicą i kontynuował swoją praktykę lekarską w Nowym Jorku.

Zmarł w 1961 roku, a jego ciało w 1977 r. sprowadzono do Polski i złożono w grobie na poznańskiej Cytadeli.

Opublikował ponad 60 rozpraw, wprowadził własne metody operacyjne. Był założycielem i prezesem (1927-39) Polskiego Towarzystwa Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej oraz założycielem czasopisma *Chirurgia Kliniczna*.

Literatura: R. K. Meissner, *Jurasz Antoni Tomasz*, Wielkopolski Słownik Biograficzny, PWN Poznań 1983, 303-304.

Witold Jurczyk



Prof. zw. dr hab. n. med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodził się 19 marca 1931 roku w Kcyni koło Bydgoszczy. W 1954 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Już w czasie studiów rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgii Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu. Jego nauczycielem był wówczas dr B. Bogacki, który zainteresował studenta Jurczyka problemami znieczulenia. Dr Bogacki ukończył kurs podstawowy z zakresu anestezjologii, prowadzony w latach 40-tych w Warszawie przez Dr Ole Friberga, ucznia Prof. Thorstena Gordha ze Sztokholmu.

Fascynacja W. Jurczyka nowoczesnym znieczuleniem zaowocowała zorganizowaniem przez niego zespołu znieczulającego, który 2 października 1953 roku wykonał z powodzeniem jedną z pierwszych w Polsce hipotermii.

W 1955 roku, po utworzeniu z Oddziału Chirurgii III Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej, Jurczyk został kierownikiem zespołu anestezjologicznego tej Kliniki.

W 1958 roku uzyskał najpierw specjalizację z zakresu chirurgii, zaś w 1962 roku dyplom lekarza specjalisty anestezjologa. Na przełomie lat 1961-1962 odbył 6-miesięczny staż w Paryżu u Prof. Du Bouchet i Prof. Guy Vourch'a. W listopadzie 1962 roku Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu powierzył mu organizację i prowadzenie Zakładu Anestezjologii.

W tymże roku zorganizowany został przez W. Jurczyka, na wzór francuski, Oddział Reanimacyjny, który stał się załącznikiem działającej obecnie w Instytucie Anestezjologii i Intensywnej Terapii I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 12 kwietnia 1961 roku Witold Jurczyk uzyskał na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu stopień naukowy doktora nauk medycznych po obronie pracy pt. *Zaburzenia przewietrzania płuc u chorych po operacjach w jamie brzusznej*. Stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych i *veniam legendi* przyznano W. Jurczykowi w 1965 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu po kolokwium habilitacyjnym w zakresie pracy habilitacyjnej pt. *Doświadczalne zatrzymanie czynności serca przez niedotlenienie i hipotermię*. W roku 1970 uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, będąc wówczas najmłodszym profesorem w Polsce.

W uczelni macierzystej piastował W. Jurczyk godność prorektora w latach 1969-1975. W latach 1962-1970 był sekretarzem Towarzystwa Anestezjologów Polskich, zaś w latach 1970-1973 jego prezesem.

Godność sekretarza generalnego Towarzystwa piastował w latach 1973-1982. Przez 15 lat (w okresie od 1974-1989) był doradcą Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako konsultant Krajowy, a następnie przewodniczący zespołu konsultanta krajowego.

W. Jurczyk był także przez okres 4 lat (1994-1998) specjalistą krajowym ds. medycyny stanów nagłych i katastrof. Był promotorem 29 zakończonych i 2 wszczętych przewodów doktorskich. W 1967 roku zorganizował w Poznaniu III Międzynarodowe Sympozjum Anestezjologii z udziałem 300 uczestników z zagranicy, zaś w 1992 roku XIV Posiedzenie Naukowe Europejskiej Akademii Anestezjologii. Dzięki inicjatywie W. Jurczyka Akademia Medyczna w Poznaniu zaliczyła w poczet swych doktorów honoris causa Profesorów R. Macintosh, O. Mayrhofer, J. Lassner, W. Negowski, W. Dicka i pierwszego profesora anestezjologii w Polsce Stanisława Pokrzywnickiego.

Członkostwo honorowe przyznały W. Jurczykowi Towarzystwa

Czechosłowacji, Jugosławii, Niemiec i Związku Radzieckiego. Był też członkiem korespondentem Towarzystwa Anestezjologów Austrii, zaś w latach 1978-1984 był członkiem Europejskiej Akademii Anestezjologii, gdzie wchodził w skład senatu.

W. Jurczyk opublikował ponad 300 prac, w tym redagował 3 podręczniki i napisał szereg rozdziałów w podręcznikach z zakresu innych specjalności. Jest członkiem kolegiów redakcyjnych następujących polskich czasopism: *Anestezjologia Intensywna Terapia*, *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, *Nowiny Lekarskie*.

Jest członkiem Wydziału Lekarskiego Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i współtwórcą Komisji Medycyny Okołooperacyjnej tego Wydziału (1999). Był wieloletnim przewodniczącym Komisji Patofizjologii Anestezji i Resuscytacji Komitetu Patofizjologii, a także członkiem Komitetu Terapii Doświadczalnej PAN, członkiem rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej i Rad Naukowych instytutu Kardiologii i Instytutu Gruźlicy. Od 1994 roku kierował Ośrodkiem Szkolenia Podyplomowego Europejskiej Fundacji Rozwoju Anestezjologii (F.E.E.A. Fondation Europeenne d'Enseignement en Anesthesiologie) w Poznaniu.

W 1996 roku był współtwórcą, a następnie prezesem Towarzystwa Naukowego im. Roberta Kocha w Wolsztynie, gdzie dzięki jego inicjatywie otwarto Muzeum poświęcone pamięci tego wybitnego lekarza i badacza.

Odznaczony Krzyżem Kawalerskim, Oficerskim i Komandorskim Polonia Restituta.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

<http://www.skpp.edu.pl/nestorzy.html>

Roman Szulc *Wkład Wielkopolan w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce Komisja ds. Anestezjologii i Reanimacji Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN posiedzenie plenarne poświęcone* 70-leciu

urodzin profesora Witolda Jurczyka Anestezjologia Intensywna Terapia 2/2001, s. 109-116

Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora.

Mieczysław Justyna

Mieczysław Justyna urodził się 9 lipca 1909 r. w Żarnowicy w pow. Piotrkowskim. Skończył studia medyczne na Uniwersytecie Warszawskim w 1933 roku.

Przez 3 lata pracował dorywczo w renomowanych ośrodkach klinicznych, m.in. szpitalach św. Rocha i św. Łazarza oraz Centrum Wyszkozenia Sanitarnego.

W 1937 r. otrzymał stały etat lekarski jako asystent Oddziału Urologicznego Szpitala św. Łazarza. Docent doktor habilitowany, anestezjolog, długoletni pracownik Instytutu Gruźlicy w Warszawie. Pierwsze znieczulenie ogólne wykonał 1 stycznia 1934 r.

Uczestnik kampanii wrześniowej 1939 r. W czasie II wojny światowej nieprzerwanie, aż do upadku powstania warszawskiego pracował w Szpitalu św. Łazarza. Wiosną 1945 r. Mieczysław Justyna rozpoczął pracę w Szpitalu Wolskim, który przekształcono wkrótce w Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. W Instytucie utworzył ośrodek polskiej anestezjologii. W 1947 r. przeprowadził znieczulenie do pierwszej w polskiej chirurgii operacji usunięcia płuca z powodu nowotworu. W okresie poprzedzającym zastosowanie perfuzji pozaustrojowej, opracował i zastosował znieczulenie z hipotermią, umożliwiając wykonanie blisko 400 operacji na otwartym sercu w latach 1950-1960, wkrótce też stał się wybitnym ekspertem od leczenia ostrej okołooperacyjnej niewydolności oddechowej. Swoją wiedzę uzupełniał w

latach 1948-1951 na szkoleniach na Uniwersytecie Karolińskim w Sztokholmie u profesorów Crawforda i Frieberga.

Koncentrował się na różnego rodzaju znieczuleniach, technikach anestetycznych, patofizjologii układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. Publikowany dorobek naukowy doc. Justyny obejmuje około 70 prac. Jego największą zasługą było wyszkolenie w podstawach anestezjologii prawie 3000 lekarzy, w tym również przedstawicieli innych specjalności. Przyczynił się do uczynienia z anestezjologii samodzielnej dyscypliny medycznej, wprowadził specjalizację anestezjologiczną, został pierwszym konsultantem krajowym, współzałożycielem i pierwszym prezesem (1958–1962) Towarzystwa Anestezjologów Polskich. W 1949 r. był w gronie 15 członków założycieli Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i Złotym Krzyżem Zasługi. Zmarł 13 maja 2001 w Warszawie.

Literatura: <http://dokument.slam.katowice.pl/monogram.asp?idm=2517>,
http://pl.wikipedia.org/wiki/Mieczys%C5%82aw_Justyna.

Zdzisław Kruszyński

Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Poznaniu ukończył w 1967 r. Od 1969 r. pracował na etacie asystenta w Zakładzie Anestezjologii AM w Poznaniu, od 1977 r. był adiunktem, od 1985 docentem, a tytuł profesora otrzymał w 1993 roku. 16 kwietnia 1997 roku został profesorem zwyczajnym. Z. Kruszyński jest specjalistą II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

W latach 1977-1985 pełnił funkcję ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii w Instytucie Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Od 1 lutego 1986 r. do 31 października 2002 r. kierował Zakładem Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu. Następnie przeniósł się do Warszawy.

Prowadził badania nad następującymi zagadnieniami:

- Patofizjologia i leczenie ostrej niewydolności oddechowej.
- Problemy anestezjologiczne w kardiochirurgii dziecięcej.
- Anestezjologia i intensywna terapia położnicza.

Jego dorobek naukowy obejmuje 124 publikacje. 49 z nich to prace zamieszczone w czasopismach polskich, a 2 w uznanych czasopismach zachodnich. Pozostałe publikacje to 37 pozycji w materiałach naukowych dużych kongresów oraz 38 rozdziałów w podręcznikach.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora.

Andrzej Kubacki

Tytuł lekarza medycyny uzyskał 1 października 1952 r., a stopień doktora nauk medycznych 27 czerwca 1962 r. Jako asystent zatrudniony w AM w Poznaniu w 1952 r. Doktor habilitowany od 1 października 1968 r. Został specjalistą I stopnia chorób wewnętrznych w 1956 r., II stopnia w 1959 r.

W latach 1952-1973 pracował w I Państwowym Szpitalu Klinicznym, następnie dyrektor Państwowego Szpitala Klinicznego nr 2. Później kierował Zakładem Fitopatologii Układu Oddechowego Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej.

Autor kilkudziesięciu prac naukowych.

Literatura: Materiały osobowe, zebrane w trakcie rozmowy z A. Kubackim. *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W.

Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu 1982, nr 2 (19).

Krzysztof Bronisław Kusza



Prof. hab. dr n. med. UMK w Bydgoszczy. Urodzony 7 czerwca 1955 r. W latach 1974-1980 studiował na Wydziale Lekarskim poznańskiej Akademii Medycznej. Staż podyplomowy odbywał w latach 1980-1981 w poznańskich szpitalach PSK 2, PSK 3 i PSK 5 w Poznaniu. Od 1984 r. pracował w jako asystent na macierzystej uczelni. W 1992 r. przeniesiony na stanowisko wykładowcy, w 1994 był adiunktem. Jednocześnie związany z Zespołem Opieki Paliatywnej (1987-1990). Stanowisko p.o. kierownika Zakładu Anestezjologii Klinicznej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego piastował w latach 2001-2002. Następnie został zastępcą Ordynatora w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Przeniósł się do Bydgoszczy, gdzie objął Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy.

O stycznia 2002 r. Konsultant na województwo lubuskie w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a obecnie konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Autor i współautor przeszło 180 publikacji, w prasie medycznej w Polsce i za granicą.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Jacek Łuczak



Prof. dr hab. n. med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodził się 30 grudnia 1934 roku w Poznaniu. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1953-1958, dyplom lekarza uzyskał w 1959 roku.

Początkowo podjął pracę w Stacji Pogotowia Ratunkowego, a następnie został zatrudniony jako asystent oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu HCP oraz, od 1963 roku, jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych Szpitala CW Wronki.

Pracę dydaktyczną i naukową, rozpoczął w 1965 roku w Akademii Medycznej w Poznaniu jako asystent I Kliniki Chorób Wewnętrznych po specjalizacji I stopnia w chorobach wewnętrznych. W tym czasie zainteresował się kardiologią – ukończył dwa kursy w ramach Centrum Szkolenia Lekarzy w

Warszawie w I Klinice Kardiologii, z zakresu elektrokardiografii i graficznych metod badania układu krążenia.

W 1966 roku rozpoczął, we współpracy z kardiochirurgiem doktorem Bogdanem Szelałowiczem oraz radiologiem docentem Janem Dobkiem, wprowadzanie nowatorskich sposobów intensywnego nadzoru, opieki i leczenia u chorych z chorobą niedokrwienną serca i zagrażającymi życiu zaburzeniami rytmu serca. Osiągnięcia te zaowocowały powołaniem w 1968 roku w I Klinice Chorób Wewnętrznych Oddziału Reanimacji Kardiologicznej, w utworzeniu której brał aktywny udział i był ordynatorem w latach 1968-1971. Na rozwój tego oddziału i intensywnej kardiologii w Poznaniu znaczący wpływ miała współpraca z wiodącym w Polsce ośrodkiem anestezjologii i intensywnej terapii kierowanym przez profesora Witolda Jurczyka.

Pracę doktorską obronił w 1971 roku. Był również opiekunem Naukowego Koła Studenckiego z zakresu kardiologii.

Dalszy rozwój pracy zawodowej, dydaktycznej i badawczej, po odejściu z Kliniki Kardiologii, był ściśle związany z Instytutem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie w latach 1973-1980 był zatrudniony na stanowisku adiunkta, a od 1980 docenta w Zakładzie Anestezjologii. Uzyskał I i II stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Przygotował rozprawę habilitacyjną dotyczącą wpływu środków stosowanych w znieczuleniu i oddechu kontrolowanego na rozległość zawału serca w doświadczalnym modelu u psów, w Pracowni Doświadczalnej Anestezjologii.

Po uzyskaniu tytułu docenta w 1979 r., przez okres kolejnych 6 lat prowadził zespół anestezjologów współpracujących z Kliniką Chirurgii Gastroenterologicznej kierowanej przez profesora Romana Górala. W tym czasie był opiekunem Koła Naukowego studentów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prowadził szkolenie przeddyplomowe i podyplomowe z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz był organizatorem i kierownikiem naukowym autorskiego kursu CMKP „Znieczulenie w chorobach układu krążenia”.

W 1981 roku wygrał konkurs na stanowisko kierownika Zakładu

Anestezjologii w PAM, równocześnie został wybrany na stanowisko dziekana Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu. W 1982 r. został odwołany ze stanowiska dziekana z „przyczyn politycznych”.

W latach 1985-1988 był Kierownikiem Działu Anestezji przy Klinice Onkologii i Zakładu Pomocy Doraźnej, które to stanowisko pełnił do roku 1990. W tym czasie przygotował autorski, modelowy program szkolenia studentów pierwszych lat medycyny w zakresie pomocy doraźnej, kierując zespołem prowadzącym zajęcia. Był redaktorem i autorem skryptu z tego zakresu. Zaangażował się jednak w pracę z chorymi z bólem nowotworowym, nawiązał współpracę z zespołem hospicjum Św. Jana Kantego i od 1987 rozpoczął budowę zespołu domowej opieki paliatywnej w oparciu o wolontariat.

W 1986 roku odbył szkolenia w zakresie leczenia bólu nowotworowego w Finsen i w Mediolanie. Po nawiązaniu kontaktu ze światowym liderem opieki paliatywnej, profesorem Robertem Twycross, zorganizował pierwszy zjazd opieki paliatywnej w Poznaniu w 1988 r. z jego udziałem. W tym samym roku założył pierwszą w Polsce Poradnię Leczenia Bólu Nowotworowego z zespołem wyjazdowym w Szpitalu Klinicznym nr 1, zorganizowaną wg zasad zespołu prof. Ventafridda. Model poznański, opisany w szeregu publikacji, stanowił wzorzec do zorganizowania kilkudziesięciu zespołów tego typu w Polsce. W 1991 r. w Szpitalu przy ul Łąkowej powstaje pierwszy w Polsce 7-łóżkowy Oddział Opieki Paliatywnej, na bazie którego, na mocy zarządzenia rektora zostaje powołana pierwsza w Europie Klinika Opieki Paliatywnej i Intensywnej Terapii Onkologicznej, jako jednostka przy Katedrze Onkologii AM. W 1991 zostaje jej kierownikiem i jednocześnie otrzymuje nominację na stanowisko profesora nadzwyczajnego.

Od 1991 roku realizowany jest autorski program szkolenia w zakresie medycyny paliatywnej obejmujący studentów medycyny, a następnie Wydziału Pielęgniarstwa i wydziału anglojęzycznego.

Pomocne w rozwijaniu opieki paliatywnej w Poznaniu i w Polsce były kolejne inicjatywy prof. Łuczaka: utworzenie w 1989 roku Towarzystwa

Uśmierzenia Cierpień u pacjentów z chorobą nowotworową im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur, przekształconego później w Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, któremu przewodniczył przez trzy kadencje.

Dzięki staraniom w Ministerstwie Zdrowia, w 1993 r. powołano na mocy aktu prawnego Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia. W 1994 r. został powołany na stanowisko Krajowego Specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej, a następnie Krajowego konsultanta do 2001 roku. W kolejnym okresie współtworzył i kształtował opiekę paliatywną w Polsce.

Okres pracy od objęcia kierownictwa Kliniki Opieki Paliatywnej łączy się z szeroką aktywnością w zakresie badań dotyczących przede wszystkim leczenia bólu nowotworowego i innych objawów, organizacji opieki paliatywnej w Polsce i krajach Europy środkowo-wschodniej, edukacji w tym zakresie ale również problemów psycho-socjalnych i duchowych.

Jest promotorem pięciu obronionych i trzech zaawansowanych prac doktorskich. Autorem lub współautorem ponad 300 publikacji, w tym 60 prac oryginalnych, z czego 19 w języku angielskim, 1 w niemieckim, 2 monografii, 2 skryptów oraz 37 rozdziałów w podręcznikach i skryptach, 97 innych (w tym poglądowych 55) i ponad 130 streszczeń zjazdowych. Brał czynny udział w kilkudziesięciu kongresach, sympozjach i seminariach krajowych i międzynarodowych. Był członkiem komitetu naukowego międzynarodowego kongresu Europejskiego oddziału IASP. Został członkiem komitetu redakcyjnego dwóch czasopism zagranicznych i dwóch krajowych.

Za swoją działalność, otrzymał odznaczenia i nagrody rektorskie (dwukrotnie) oraz Ministra Zdrowia (czterokrotnie). W 1998 roku otrzymałem członkostwo Royal College of Physicians w Londynie.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta

Ratajczak, W. Orwaldi, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu 1982, nr 2 (19).

Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora;

Teodor Teofil Matecki

Lekarz, społecznik. Urodzony 25 kwietnia 1810 r. w Poznaniu. Medycynę studiował we Wrocławiu, zakończył studia w 1837 r. rozprawą *De ungue humano*. Następnie odbył staż w Berlinie i uzyskał prawo praktyki lekarskiej, głównie w położnictwie. W 1838 osiadł jako lekarz w Poznaniu. Jak wielu ówczesnych lekarzy wiązał ściśle służbę lekarską ze służbą społeczną i narodową.

W Poznaniu poszedł śladem K. Marcinkowskiego, zarówno jako lekarz, poświęcający się głównie ludności ubogiej, jak i jako społecznik, czynny w Towarzystwie Pomocy Naukowej, Bazarze, Kasynie Poznańskim i radzie miejskiej. Pomagał szczególnie w magazynowaniu lekarstw dla przyszłego powstania. W 1846 aresztowany i więziony w Poznaniu, Sonnenburgu, Hausvogtei i Moabicie, skracał czas prowadząc studia lekarskie i matematyczne. W procesie berlińskim skazany został na 6 lat fortecy i 100 talarów grzywny, lecz uwolniła go rewolucja 1848 r. Po powrocie do Poznania wszedł do Komitetu Narodowego jako organizator służby lekarskiej. Założył szpitale w Śremie, Wrześni i Miłosławiu, gdzie umieszczano i leczono rannych powstańców. W 1848 i 1849 walnie przyczynił się do zwalczania epidemii cholery.

Gdy wybuchło powstanie styczniowe, zajął się opieką nad rannymi, organizował szpitale polowe oraz stały szpital w Strzelnie. Należał wtedy do najlepszych lekarzy w Poznaniu. Był (od 1857) naczelnym chirurgiem w Szpitalu Przemienienia Pańskiego, kierownikiem zakładu położniczego w Szpitalu Elżbiety, lekarzem i wykładowcą medycyny pastoralnej w seminarium duchownym, członkiem Towarzystwa Naukowego w Krakowie (1862),

Towarzystwa Lekarzy Podolskich (1869), Szkoły Polskiej w Paryżu (1869), Towarzystwa Lekarzy Guberni Kaliskiej, członkiem dyrekcji Bazaru. Był również współtwórcą PTPN, w 1865 został przewodniczącym sekcji lekarskiej, a następnie (do 1886) Wydziału Lekarskiego. Pracował też naukowo. Wygłaszał referaty i odczyty, pisał artykuły i rozprawy, publikował książki. Zmarł 15 maja 1886 w Poznaniu.

Literatura: Z. Grot, *Matecki Teodor Teofil*, Wielkopolski Słownik Biograficzny, PWN Poznań 1983, s.757.

W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora;

Jan Witold Moll

Urodził się 24 października 1912 r. w Kowalewie na Pomorzu. Studia medyczne rozpoczął w Poznaniu, kontynuował w Tours-Poitiers, a dyplom lekarski uzyskał 1 czerwca 1939 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W okresie studiów, jako „externe des Hopitaux de Poitiers”, prowadził zajęcia ze studentami medycyny, później od 1934 r. do 1939 r., początkowo jako demonstrator, a następnie jako młodszy asystent w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Warszawskiego prowadził zajęcia dydaktyczne ze studentami Wydziału Lekarskiego pod kierunkiem prof. dra hab. med. Edward Lotha.

W latach 1939-1945 pracował w charakterze asystenta na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Miejskiego w Radomiu pod kierownictwem prof. dra hab. med. Kazimierza Nowakowskiego, nauczając jednocześnie w kompletach studenckich w ramach tajnego nauczania. Po zakończeniu wojny, w 1945 r.

wrócił do Poznania i otrzymał stanowisko adiunkta Kliniki Chirurgicznej w Poznaniu, pod kierownictwem prof. K. Nowakowskiego.

Stopień naukowy doktora medycyny uzyskał 8 maja 1946 r. Własna choroba (gruźlica płuc) skierowała jego zainteresowania na torakochirurgię, przy macierzystej klinice zorganizował Oddział Chirurgii Torakalnej, operował też w filiach tego oddziału w Kowanówku k. Obornik oraz w Dziecięcym Sanatorium Przeciwgruźliczym w Ludwikowie k. Mosiny. Jednocześnie pracował w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej AM w Poznaniu pod kierunkiem prof. Jana Krotowskiego, prowadząc badania nad fizjopatologią krążenia pozaustrojowego. Badania te stanowiły podstawę projektu pierwszego polskiego sztucznego serca, które zostało skonstruowane w 1953 r. we współpracy z inżynierami Zakładów H. Cegielskiego. Pierwsze operacje na otwartym sercu profesor Jan Moll przeprowadził w Oddziale Torakochirurgicznym Szpitala im. Strusia w Poznaniu i w II Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Łodzi, której kierownikiem został w 1958 r. Wiele wolnego czasu poświęcał prowadzonym przez siebie badaniom w Pracowni Chirurgii Doświadczalnej, transplantacji nerek i serca.

Szeroko zakrojona działalność badawcza i naukowa, znalazła swoje odbicie w otrzymanych stopniach i tytułach naukowych, 4 lutego 1955 r. otrzymał stanowisko docenta, na podstawie przeprowadzonych tez i obrony pracy pt. *Badania doświadczalne wydolności krążenia i oddychania w operacjach tkanki płucnej*.

W dniu 22 września 1961 r. otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a 13 stycznia 1972 r. tytuł profesora zwyczajnego. Prowadził pionierskie operacje wad wrodzonych serca w głębokiej hipotermii. W Łodzi przejął klinikę po profesorze Jerzym Rutkowskim, z której uczynił wiodącą w Europie Klinikę Kardiochirurgii. Wprowadził operacje wad zastawkowych serca, operacje tętnic, tętniaków aorty i zespołu łuku aorty.

Ogłosił drukiem prawie 400 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Zmarł we Wrocławiu, 2 czerwca 1990 podczas Zjazdu Mikrochirurgii.

Literatura: <http://www.transplantacjadarzycia.pl/biografie.html>

Kazimierz Bonawentura Nowakowski

Polski lekarz, chirurg, pułkownik Wojska Polskiego. Urodził się w 1879 roku. W Heidelbergu, Berlinie, Wrocławiu, Monachium oraz Lipsku studiował medycynę i w 1906 uzyskał doktorat. W Poznaniu, Lipsku, Berlinie i Kolonii w latach 1905-1910 specjalizował się w chirurgii. Od 1910 w Poznaniu rozpoczął praktykę lekarską, a w latach 1914–1917 był chirurgiem niemieckich szpitali polowych. Jako naczelny chirurg szpitali fortecznych w randze majora, podpułkownika i pułkownika brał udział w Powstaniu Wielkopolskim.

W latach 1918-1922 członek zarządu i współzałożyciel okręgu PCK, od 1912 do 1920 był sekretarzem, a później wiceprezesem Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Naczelny chirurg Szpitala Przemienienia Pańskiego w latach 1919-1923, a następnie do 1952 (z przerwą wojenną) ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu.

Habilitował się w 1923, a od 1924 prowadził wykłady z chirurgii ogólnej na Uniwersytecie Poznańskim. Od 1924 do 1931 w Radzie Wydziałowej UP był pięciokrotnie delegatem docentów. W czerwcu 1939 wysłano wniosek o mianowanie go profesorem tytularnym chirurgii i w 1945 otrzymał nominację.

We wrześniu 1939, na polecenie władz wojskowych, jako jedyny chirurg pozostał w szpitalu. Osadzony w Forcie VII za kontynuowanie działalności dydaktycznej we wrześniu i październiku 1939 r. oraz za udział w Powstaniu Wielkopolskim. Został zwolniony i od czerwca 1940 r. w Ostrowcu Świętokrzyskim, Skarżysku i Radomiu pracował w szpitalach, a następnie w filii Tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich w Kielcach. Do Poznania powrócił w 1945 i w Szpitalu Miejskim podjął działalność chirurgiczną i dydaktyczną.

Zmarł 26 kwietnia 1952 w Poznaniu.

Stanisław Aleksander Pokrzywnicki

Urodził się 1 maja 1909 roku we wsi Sójki w powiecie kutnowskim. Świadectwo dojrzałości uzyskał w Ogólnokształcącej Szkole Średniej w Kutnie w 1929 r. W latach 1930-1936 studiowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 1936-1939 był lekarzem 6 Pułku Lotnictwa we Lwowie. W 1939 r., 17 września, po bitwie pod Łodzią, przedostał się do Anglii. Był lekarzem w Polskim Dywizjonie 302.

W Oksfordzie uzyskał specjalizację u prof. Sir Roberta Macintosha. Powrócił do Polski jesienią 1947 r. Na początku miał ogromne trudności ze znalezieniem jakiegokolwiek pracy, z powodu braku rozwiązań prawnych dotyczących anestezjologii jako specjalności.

Był autorem jednego z najważniejszych zdarzeń w powojennej Polsce. 1 grudnia 1947 w Kutnie po raz pierwszy w Polsce użył kurary do laparotomii.²⁶³

Znalazł zatrudnienie w II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Łódzkiego, u prof. Jerzego Rutkowskiego, a następnie prof. Jana Molla, gdzie pracował w latach 1948-1961, jako anestezjolog – starszy asystent, adiunkt i docent. W 1949 r. uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie rozprawy pt. *63 przypadki zastosowania ciał czynnych kurary w znieczuleniu ogólnym*.

4 grudnia 1961 r. został powołany do wojska, na stanowisko kierownika pierwszej w Polsce Katedry Anestezjologii w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W styczniu 1965 r. Katedra Anestezjologii została przeniesiona do Warszawy, do Centralnego Szpitala Wojskowego Akademii Medycznej, przekształconego następnie w Instytut Kształcenia Podyplomowego WAM, którym profesor kierował aż do przejścia na emeryturę.

²⁶³ Elżbieta Sokół-Kobielska, *Od kurary do esmeronu – czy to przepaść, czy tylko różnica?*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2/2005, s. 130-136.

W 1965 r. Rada Państwa nadała doc. dr Stanisławowi Pokrzywnickiemu tytuł profesora nadzwyczajnego, zaś w 1975 r. tytuł profesora zwyczajnego. W latach 1962-1974 profesor pełnił funkcję Specjalisty Krajowego w zakresie anestezjologii przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, a od 1968 do 1974 r. był Naczelnym Anestezjologiem Wojska Polskiego. W latach 1962-1970 był prezesem Towarzystwa Anestezjologów Polskich, a latach 1968-1972 wiceprzewodniczącym Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych. Był członkiem honorowym Czechosłowackiego Towarzystwa Lekarskiego im. J. F. Purkiniego oraz Towarzystwa Anestezjologii i Reanimacji Niemieckiej Republiki Demokratycznej, a także Towarzystwa Anestezjologów Polskich oraz Sekcji Ratownictwa. Został doktorem honoris causa Poznańskiej, Śląskiej i Wojskowej Akademii Medycznej. Od 1968 do 1988 r. pełnił funkcję Redaktora Naczelnego pierwszego w krajach Europy Środkowo-Wschodniej czasopisma z zakresu anestezjologii: *Anestezjologia Intensywna Terapia* i w latach 1973-1976 jego angielskiej wersji. W latach 1961-1968 był Przewodniczącym Komisji Anestezji i Resuscytacji Komitetu Nauk Klinicznych Wydziału VI Polskiej Akademii Nauk. Był redaktorem naczelnym wielu podręczników, w tym pierwszego w języku polskim tłumaczenia anestezjologii – W. D. Wylie’go i H. C. Churchill-Dawidsona.

Stanisław Pokrzywnicki to autor 58 prac naukowych, promotor 29 prac doktorskich oraz opiekun co najmniej 8 prac habilitacyjnych. Za kadencji prof. dr med. Stanisława Pokrzywnickiego wzrosła liczba anestezjologów w Polsce – z zaledwie 26 wyspecjalizowanych w 1960 r. do ponad 2 tysięcy w 1994 r. Profesor zorganizował ponad sto kursów podstawowych i doskonalących, w których uczestniczyło ponad tysiąc lekarzy. Jego wieloletnim wysiłkom i staraniom zawdzięczamy także utworzenie oddziałów/działów anestezjologii i intensywnej terapii w naszym kraju. W 1984 r. prof. dr med. Stanisław Pokrzywnicki przeszedł w stan spoczynku. Zmarł 20 listopada 1993 roku.

Roman Reithar

Urodził się 20 września 1909 r. w Bani Kotowskiej. Ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego w 1936 r. W roczniku akademickim 1938/1939 figuruje jako starszy asystent u prof. Antoniego Jurasza w Klinice Chirurgicznej Szpitala im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Po kampanii wrześniowej 1939 r. przedostał się do Wielkiej Brytanii i w latach 1941-1948 był wykładowcą anestezjologii na Polskim Wydziale Lekarskim przy Uniwersytecie Szkockim w Edynburgu. Doktorat obronił w 1945 r. w Edynburgu.

Do kraju po zakończeniu wojny nie powrócił.

Literatura: W. Jurczyk, *Dr Roman Reithar –poznański chirurg wykładowcą anestezjologii w Polskiej Szkole Medycznej Uniwersytetu w Edynburgu*, Nowiny Lekarskie 1998, 67, 7, 303-304

Paweł Sobczyński

Urodzony 6 marca 1961 r. w Warszawie. Studiował na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w latach 1979-1983 i na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1983-1985. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1985 roku. W latach 1985-1986 odbywał staż podyplomowy, a następnie do 1988 roku był młodszym asystentem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu w Szamotułach. Od 1988 roku pracował jako asystent w Klinice Intensywnej Terapii Akademii Medycznej w Poznaniu. I stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii uzyskał w 1989 roku, natomiast II stopień specjalizacji w 1992 roku, z wynikiem celującym. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1994 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na podstawie dysertacji pt. *Przydatność esmololu w przeciwdziałaniu hemodynamicznym skutkom*

wszycia protezy rozwidlonej aorty brzusznej. Adiunkt w I Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Katedry Anestezjologii i Intensywnej w latach 1996-2006. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych osiągnął w 2002 roku (rozprawa: *Badania nad mechanizmami uszkodzenia oraz sposobami ochrony układu oddechowego przed skutkami krążenia pozaustrojowego*). Od 2006 r. kierownik I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Działalność organizacyjna: Przewodniczący Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Przewodniczący Komisji Medycyny Okołooperacyjnej Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, członek Kolegium Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii (ESA Council), oraz Komisji Egzaminacyjnej (EDA) w latach 2010-2011.

Krzysztof Bolesław Stengert

Urodził się 16 lipca 1927 r. w Kaliszu, gdzie ukończył szkołę powszechną. W okresie drugiej wojny światowej walczył w szeregach Armii Krajowej. Uczestnik Powstania Warszawskiego. Po jego upadku więziony w obozie koncentracyjnym w Niemczech. Wyzwolony w 1944 r., wstąpił do II Korpusu Polskiego. Po wojnie ukończył w 1953 r. studia lekarskie na Akademii Medycznej w Poznaniu. Pracę zawodową podjął na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu. Następnie pracował w III Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu, gdzie w 1963 r. uzyskał II stopień specjalizacji z chirurgii. Poświęcił się jednak anestezjologii.

Specjalizację II stopnia z anestezjologii prof. Stengert uzyskał w 1962 roku, pracując wówczas w Zakładzie Anestezjologii AM w Poznaniu. W tym samym roku otrzymał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie obrony rozprawy pt. *Powstawanie i rozwój zmian w trzustce w przebiegu zatrucia*

aloksonem. W 1968 roku obronił rozprawę habilitacyjną w Akademii Medycznej w Poznaniu zatytułowaną: *Patogeneza, klinika i leczenie wstrząsu endotoksycznego*.

Równolegle współpracował z Ośrodkiem Torakochirurgii w Chodzieży, gdzie dojeżdżał w celu konsultacji i znieczuleń chorych.

Od 1968 r. organizował i kierował Zakładem Anestezjologii AM w Łodzi. W 1969 r. kierował zespołem anestezjologów podczas pierwszej w Polsce transplantacji serca, przeprowadzonej przez zespół kardiochirurgów pod kierownictwem profesora Jana Molla.

W 1974 roku otrzymał nominację profesorską. W połowie lat 70-tych Profesor Stengert wyjechał z kraju. Początkowo pracował w Centrum Kardiochirurgii w Amsterdamie, a następnie przeniósł się do USA, wiążąc się z Centrum Medycznym Uniwersytetu Kalifornijskiego w Sacramento. Po nostryfikacji dyplomu lekarza (1978), powierzono profesorowi kierowanie Oddziałem Anestezji Kardiochirurgicznej na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Kalifornijskiego w Sacramento.

Profesor Stengert opublikował przeszło 130 prac naukowych. Należał do wielu towarzystw naukowych w kraju i za granicą, w tym do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów. W latach 1969-1974 był członkiem Komitetu Redakcyjnego *Anestezji, Intensywnej Terapii i Reanimacji*, organu wydawniczego Towarzystwa Anestezjologów Polskich. W 1969 roku został powołany w skład Komisji Patofizjologii, Anestezji i Reanimacji Polskiej Akademii Nauk, w ramach której w skali kraju koordynował badania dotyczące zagadnienia wstrząsu. W okresie pracy w Łodzi był prezesem Oddziału Towarzystwa Anestezjologów Polskich, pełniąc też funkcję konsultanta wojewódzkiego. W USA brał udział w pracach Komitetów Resuscytacji Sercowo-Płucnej, Transfuzjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Kalifornijskiego. Był również członkiem Polskiego

Instytutu Sztuki i Nauki w Ameryce. Dwukrotnie Profesor otrzymał nagrodę I i trzykrotnie II stopnia nadawaną przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Zmarł po długiej i wyczerpującej chorobie 2 sierpnia 1987 roku w Davis, w USA.

Literatura: PSB; W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. 15-16; *Prof. dr hab. Stengert Krzysztof - wspomnienie pośmiertne*, *Anestezjologia, Intensywna Terapia* 1988, t.20, nr 2, s. 143,144. J. Roganowicz, op. cit., ss. nlb. Krajewski W., op. cit., ss. nlb.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr D. Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19); A. Kurnatowski, *Profesorowie i docenci Akademii Medycznej w Łodzi 1965-1994*, Łódź 2004; *XXV lat Akademii Medycznej w Łodzi*, *Annales Academiae Medice Lodzensis* 1970 (supl. 6), s. 41-44; *25 lat Akademii Medycznej w Poznaniu*, Poznań 1974; *40 lat anestezjologii akademickiej w Poznaniu*, Poznań 2002 s. 12-13; *Kronika i bibliografia dorobku naukowego Akademii Medycznej w Poznaniu 1957/1958 - 1963/1964*, Poznań 1967; *Łódzka bibliografia regionalna 1945-1970*, Łódź 1976; *Bibliografia publikacji pracowników Akademii Medycznej w Łodzi za lata 1961-1970*, Opr. A. Kempa i in., Łódź 1988; *Łódzka bibliografia regionalna za lata 1971-1980*, Łódź 1994; *Bibliografia publikacji pracowników Akademii Medycznej w Łodzi za lata 1971-1990*, opr. J. Piotrowska i in., t. 2. Łódź 1995;

Heliodor Święcicki

Profesor Uniwersytetu Poznańskiego. Urodził się 3 lipca 1854 roku w Śremie. Studia lekarskie ukończył na Uniwersytecie Wrocławskim w 1877 r. W czasie studiów opublikował 2 rozprawy, jedna z nich *O pielęgowaniu dzieci u starożytnych Greków* została przyjęta jako rozprawa doktorska (1877).

W latach 1882-1884 specjalizował się w położnictwie i ginekologii. W początkach 1883 r. osiedlił się na stałe w Poznaniu. Pracował jako asystent Zakładu Położniczego im. Elżbiety i praktykował w Pałacu Działyńskich od 1887 r. Był pierwszym polskim lekarzem w Poznaniu zajmującym się

wyłącznie położnictwem i ginekologią, i pierwszym nowoczesnym specjalistą w tej dziedzinie medycyny.

W 1889 r. wprowadził własnego pomysłu przenośny aparat do wziewnego znieczulenia bólów porodowych za pomocą mieszaniny podtlenku azotu i tlenu.

Ogłosił drukiem przeszło 40 prac z zakresu ginekologii i położnictwa oraz anatomii.

Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, wybrało Świącickiego na prezesa PTPN. Stał na czele tzw. Komisji Organizacyjnej Uniwersytetu Polskiego w Poznaniu, nazwanej później Komisją Uniwersytecką. Na posiedzeniu Komisji Uniwersyteckiej w dniu 5 kwietnia 1919 roku wybrano go na pierwszego rektora Uniwersytetu Poznańskiego. Heliodor Świącicki był aż sześciokrotnie wybierany na funkcję rektora tzw. Wszechnicy Piastowskiej, która w 1920 roku przyjęła nazwę Uniwersytetu Poznańskiego.

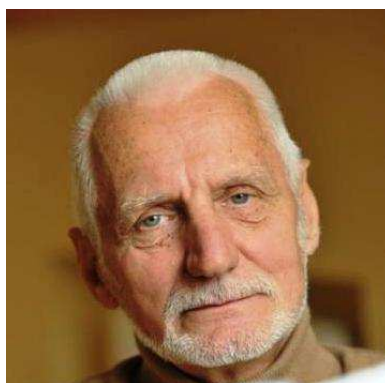
23 sierpnia 1923 roku Heliodor Świącicki podpisał akt założenia Fundacji „Nauka i Praca”, w którym cały swój majątek przeznaczył na pomoc materialną dla polskiej młodzieży akademickiej i pracowników nauki oraz popieranie publikacji naukowych, a także zasiłków „niezaopatrzonym wdowom i sierotom po zmarłych profesorach i docentach polskich szkół akademickich”. Za część majątku zakupił działki w okolicach Poznania, przeznaczając je na cele społeczne i publiczne, m.in. dla Uniwersytetu Poznańskiego.

Do 1923 roku Heliodor Świącicki pełnił w Poznaniu dwie najważniejsze funkcje naukowe: prezesa Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk oraz rektora Almae Matris Posnaniensis, z której w latach pięćdziesiątych XX wieku wyodrębniły się kolejne uczelnie Poznania (obecne: Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Uniwersytet Przyrodniczy, Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego).

Heliodor Świącicki zmarł 12 października 1923 roku w Poznaniu.

Literatura: J. Stański, *Heliodor Święcicki*, Wielkopolski Słownik Biograficzny, PWN Poznań 1983, 757. Musielak M., *Heliodor Święcicki (1854-1923)*, Biografie Rektorów Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Adama Mickiewicza, 2013.

Roman Szulc



Prof. dr hab. n. med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodził się 2 października 1935 roku w Poznaniu, w rodzinie o tradycjach lekarskich. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1952-1957. Dyplom Lekarza medycyny uzyskał w 1958 roku. W latach 1959-1960 pracował jako lekarz zakładowy W4 Zakładów Cegielskiego w Poznaniu. Od 1960 roku do 1966 był asystentem Przychodni Przyklinicznej Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani Akademii Medycznej w Poznaniu (PSK-2). W 1963 roku rozpoczął pracę jako nauczyciel akademicki w Katedrze i Klinice Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani, a w 1968 roku w Zakładzie Anestezjologii AM. I stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii uzyskał w 1965 roku, a w 1969 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych na wydziale Lekarskim AM w Poznaniu za prace pt.: *Spostrzeżenia dotyczące wpływu leków używanych w znieczuleniu ogólnym do operacji usznych na czynność nerek*. II stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii zdobył w 1970 roku. Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii uzyskał w 1978 roku (praca pt. *Wpływ morfiny i halotanu na czynność bioelektryczną w ultrastrukturze nabłonka skóry żaby w różnych warunkach prężności tlenu i dwutlenku węgla*).

W listopadzie 1973 roku objął stanowisko ordynatora ówczesnego Oddziału Reanimacyjnego Państwowego Szpitala Klinicznego nr I.

W 1979 roku został mianowany kierownikiem I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu. W latach 1979-1993 był wicedyrektorem Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, a od 2000 roku, po jego przekształceniu, zgodnie ze statutem Akademii piastuje funkcję Kierownika Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W latach 1979-1984 pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii województwa pilskiego. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w 1987 roku, a stanowisko profesora zwyczajnego w 1992 roku.

W czasie swej pracy piastował również następujące funkcje akademickie:

- prodziekan Wydziału Lekarskiego (1985-1987)
- członek Senatu AM (1993-1996)
- członek Komisji Senackiej ds. Nauki AM (1993-1999)
- członek Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej (od 1995)

Był również przewodniczącym Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a obecnie jest Przewodniczącym Sądu Koleżeńskiego przy Zarządzie Głównym Towarzystwa oraz Komisji ds. Anestezjologii i Reanimacji PAN, Członkiem Komitetów Terapii i Patofizjologii PAN oraz członkiem zwyczajnym Europejskiej Akademii Anestezjologii.

Został odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

W okresie sprawowania przez prof. Szulca Kierownictwa Kliniki, specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii uzyskało 30 lekarzy. Prof. Szulc wypromował 10 doktorów nauk medycznych i był promotorem dwóch ukończonych habilitacji.

Jako wykładowca brał czynny udział w nauczaniu przeddyplomowym anestezjologii i intensywnej terapii studentów VI Wydziału Lekarskiego oraz studentów anglojęzycznych. Od 1984 roku prowadzi również wykłady z deontologii lekarskiej.

Jest autorem licznych rozdziałów w podręcznikach anestezjologii i intensywnej terapii, otolaryngologii, chorób wewnętrznych i chirurgii. Redaktor trzech książek: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej* (Wydawnictwo AM, Poznań 1999), *Znieczulenie i intensywna terapia w chirurgii naczyń* (Wydawnictwo Alfa Medica Press, 1999), *Usprawnianie lecznicze krytycznie chorych*, (Urban&Partner, 2001). Współredaktor (z prof. W. Jurczykiem) 48 tomu Biblioteki Chirurga i Anestezjologa *Przygotowanie przedoperacyjne* (PZWL, Warszawa 2002).

Profesor Szulce jest autorem i współautorem 240 prac opublikowanych w piśmiennictwie polskim i obcym. Główne obszary jego zainteresowań naukowych obejmują okołooperacyjną chorobowość sercową, regionalną gospodarkę tlenem w stanach krytycznych, żywienie chorych krytyczne i bezpieczeństwo ekologiczne sal operacyjnych w aspekcie epidemiologicznym i genetycznym.

Pod kierunkiem Prof. Szulca przeprowadzono precedensowe w skali kraju badania dotyczące oceny przedoperacyjnej perfuzji mięśnia sercowego u chorych kwalifikowanych do rekonstrukcji operacyjnej brzuszego odcinka aorty (lata 1994-95). Zapoczątkowano również (we współpracy z Uniwersytetem w Regensburgu) badania dotyczące stopnia zanieczyszczenia sal operacyjnych anestetykami wziewnymi i ich możliwego wpływu na genom ludzki. Wymienione kierunki badań realizowane były w ramach grantów KBN.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Zofia Wołochowicz-Józwiak

Urodzona w Wilnie 4 sierpnia 1927 r. Dyplom lekarza stomatologii uzyskała w 1949 r., a w roku 1953 dyplom lekarza medycyny. Specjalizację II stopnia chirurgii ogólnej uzyskała w 1964 r., a w 1970 II stopień specjalizacji z anestezjologii. Pracę doktorską pt. *Zachowanie się krzywej cukrowej w operacyjnych chorobach przewodu pokarmowego*, napisała pod kierunkiem prof. dra hab. Adama Piskorza i obroniła ją w 1966 r.

W latach 1949-1966 była zatrudniona w III Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu, następnie w latach 1966-1969 jako anestezjolog w Klinice Chirurgii Szczękowej w Poznaniu, a od 1969 w Instytucie Anestezjologii. W 1978 r. objęła kierownictwo zespołu anestezjologów zatrudnionych w I Klinice Położnictwa i Chorób Kobiety. Od 1 października 1982 r. kierowała Zakładem Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii, działającym w ramach Instytutu Anestezjologii poznańskiej AM. Pod jej kierunkiem kilka osób zdobyło specjalizację z anestezjologii.

Członek Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Brała czynny udział w jego zjazdach, gdzie dziesięciokrotnie wygłaszała referaty.

Literatura: *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu 1982, nr 2 (19).

Laura Wołowicka

Prof. dr hab. n med. Akademii Medycznej w Poznaniu. Urodzona 12 maja 1932 r. W latach 1951-1957 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Od 1957 do 1961 r. zatrudniona w III

Klinice Chirurgii w Poznaniu jako stypendystka Ministerstwa Zdrowia. Specjalizację z anestezjologii I i II stopnia uzyskała w latach 1961, 1963. Od 1965 do 1978 r. pełniła następujące funkcje:

- 1967-1972 Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala im. J. Strusia.
- 1973-2003 Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.
- 1978-1982 V-ce dyrektor Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Kierownik Zakładu Anestezjologii Doświadczalnej.
- 1982-2001 Kierownik Katedry Pielęgniarstwa.
- 1982-2002 Kierownik Kliniki Intensywnej Opieki Medycznej i Leczenia Bólu.
- 1990-1996 Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.
- 1967 -1985 Specjalista Wojewódzki dla woj. zielonogórskiego.
- 1986-1998 Specjalista Wojewódzki dla woj. poznańskiego.
- 1987-1989 Konsultant Anestezjolog w Szpitalu w Dnieprze (Libia).
- 1999-2003 Specjalista Wojewódzki dla woj. wielkopolskiego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Tytułu doktora nauk medycznych uzyskała w dniu 20 grudnia 1963 r., doktora habilitowanego 3 lipca 1975, profesora zwyczajnego w 1986 r., a profesora zwyczajnego w 1993 r.

Opublikował ponad 430 prac naukowych, w tym 350 w czasopiśmie krajowych i 81 w zagranicznych. Uczestniczyła w licznych zjazdach światowych, międzynarodowych i krajowych, prezentując wyniki badań własnych.

Była promotorem 15 prac doktorskich, opiekunem jednej pracy habilitacyjnej oraz kierownikiem 150 prac magisterskich studentów z Wydziału Nauk o Zdrowiu. Wspecjalizowała 106 anestezjologów.

Dzięki inicjatywie prof. Wołowickiej powstało szkolenie podyplomowe pielęgniarek w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. W

Poznaniu rozpoczęto specjalizację z pielęgniarstwa anestezjologicznego w Klinice prof. Wołowickiej.

Prowadziła badania naukowe w następujących kierunkach ;

- Anestezjologia kliniczna
- Resuscytacja i pomoc doraźna
- Intensywna terapia stanów krytycznych
- Ból ostry i przewlekły
- Dydaktyka medyczna i organizacja anestezjologii i intensywnej terapii.

Należała do następujących towarzystw naukowych, w których pełniła ważne funkcje:

- Europejska Akademia Anestezjologii
- Komisja Anestezji i Resuscytacji PAN
- Komisja ds. Medycyny Okołooperacyjnej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk
- Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W 1986 roku otrzymała Złoty Krzyż Zasługi, w 1994 r. nagrodę I st. im. Władysława Bigańskiego, za Wybitne Osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze w AM w Poznaniu. W latach 1995 i 2000 została „Amicus studentorum”, a w 1996 r. otrzymała członkostwo honorowe Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w 1999 r. członkostwo honorowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. W 1997 roku został jej przyznany Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski.

Literatura: W. Jurczyk, *Suplement. Samodzielni pracownicy nauki*, s. v.; *Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r.*, pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu* 1982, nr 2 (19).

Red. Lidia Becela, *Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny*, Wyd. 1., Interpress, Warszawa 1987.

Źródła: Notatka o działalności, maszynopis w posiadaniu autora.

BIBLIOGRAFIA

Źródła archiwalne

Materiały udostępnione przez prof. W. Jurczyka.

Materiały archiwalne związane z działalnością Oddziału Poznańskiego TAP.

Statut Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wspomnienia profesor Laury Wołowickiej.

Źródła drukowane

Armstrong Davison M. H., *Historia znieczulenia* [w:] *Anestezja ogólna*, pod red. F. T. Evansa i T. C. Graya, tłumaczenie zbiorowe pod red. S. Pokrzywnickiego, Wyd. III, t. I, Warszawa 1970, s. 1-18.

Bartuszo M., *Nieznany przyczynek do historii anestezji lokalnej*, Wiadomości Dentystyczne, R. XVIII, 1947, nr 10 (11), s. 129-134.

Belke T., *O znieczulaniu (Anesthesia)*, Przyroda i Przemysł, R. I, 1872, nr 14, s. 162-164.

Biadara E., *Z historii pierwszych lat działalności (1823-1860) Szpitala Sióstr Szarych, obecnego Szpitala im. Pawłowa w Poznaniu* [w:] Szpitalnictwo Polskie, t. 23, 1979, nr 2, s. 74.

Bogacki B., *Docent dr Jerzy Borszewski*, Kronika Miasta Poznania, R. 26, 1961, nr 1-2, s. 179-181.

Bonica JJ., *Management of Pain*. Lea and Febiger, Philadelphia, 1953.

Bonica JJ., *History of Pain Concepts and Therapies*, w. *The Management of Pain*. Lea and Febiger, Philadelphia, London, Wyd. II. 1990, s. 2-17.

Bonica JJ., *Multidisciplinary /Interdisciplinary/ Pain Programs* (w:) *The Management of Pain*. Lea and Febiger, Philadelphia, London, Wyd. II. 1990, s. 197-208.

Bonica J., *Organization and Function of Pain Clinic*. *Advances in Neurology*, Raven Press, New York, 1974, s. 433-443.

- Bonica JJ., *Basic Principles in Managing Chronic Pain*, Arch. Surg., 1976, nr 112, s. 783-788.
- Bowbelska I., *Uwagi o anestezjologii francuskiej*, Polski Przegląd Chirurgiczny, t. 33, 1961, s. 1155-1164.
- Bowbelska I., *Wpływ głębokiej hipotermii wywołanej chłodzeniem prądem krwi na zużycie tlenu*, Sprawozdania Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk za rok 1963, nr 1 (68), s. 168.
- Brodowski W., *Badania pośmiertne zmarłego po wziewach chloroformu*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, t. LXVI, 1871, s. 226.
- Brodzińska K., *Refleksje jubileuszowe 1846-1996*, Anestezjologia Intensywna Terapia, R. XXVIII, 1996, s. 111-116.
- Brodzińska K., *Doświadczalne badania krwi i krążenia obwodowego w przebiegu głębokiej hipotermii*, Polski Przegląd Chirurgiczny, t. 36, 1964, nr 4, s. 453-462.
- Le Brun A., *O użyciu chloroformu zamiast eteru*, Tygodnik Lekarski, R. I, 1847, s. 165 (185).
- Le Brun A., *Śmierć nagle wydarzona przy użyciu chloroformu i pod jego wpływem*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Warszawa 1858.
- Le Brun A., *Użycie eteru siarczanego w celu znieczulenia po raz pierwszy w Warszawie 20 lutego 1847 r. a chloroformem 11 grudnia 1848 r.*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, t. XIX, 1848, s. 207.
- von Brunn R., *Zur Vorgeschichte der Anästhesie*, Ciba-Zeitschrift 1952, Bd. 11, nr 130/131, s. 4772-4806.
- Buszek J., *Przypadek otrucia chloroformem*, Przegląd Lekarski, XVIII, 1879, 120, 131.
- Czop T., Dyaczyńska-Herman A., *Historia Polskiego Towarzystwa Anestezjologii*, Anestezjologia, Intensywna Terapia, R. XXXIV, 2002, Suplement: XIV Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, s. 37.

Dzieje Poznania, pod red. J. Topolskiego, t. I do roku 1793, pod red. J. Topolskiego, cz. 1-2, Warszawa – Poznań 1988, s. 504-527, 890-898; t. II, pod red. J. Topolskiego, L. Trzeciakowskiego, cz. 1-2 (1793-1918 oraz 1918-1945), s. 462-478, 1166-1168.

Dzieje Wielkopolski, pod red. J. Topolskiego, t. 1-2, Poznań 1969-1971.

Dzieje Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Poznańskiego i Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego 1919-1979, red. J. Hasik, J. Juszczyk, Poznań 1979.

Fibak J., *Doświadczenia II Kliniki Chirurgicznej w zewnętrznym mieszaniu serca* (w:) *Aktualne zagadnienia anestezjologii*. Pamiętnik II Zjazdu Anestezjologów Polskich, Warszawa 7-8 grudnia 1962 r., Warszawa 1964, s. 59-64.

Fibak J., *Organizacja leczenia nagłego ustania czynności serca*, Polski Przegląd Chirurgiczny, t. 36, 1964, nr 4, s. 493-500.

Fibak J., *Znieczulenie w chirurgii wola*, Polski Przegląd Chirurgiczny, t. 36, 1964, nr 2, s. 215-221.

Fibak J., Dzwonkowski J., *Przewietrzanie płuc uzyskiwane zewnętrznym mieszaniem serca*, Polski Tygodnik Lekarski, R. 19, nr 22, s. 823-826.

Fibak J., Huber Z., *Badania elektroencefalograficzne u chorych ożywionych po zatrzymaniu czynności serca* [w:] *Aktualne zagadnienia anestezjologii*. Pamiętnik II Zjazdu Anestezjologów Polskich, Warszawa 7-8 grudnia 1962 r., Warszawa 1964, s. 45-48.

Garstka J., Bowbelska I., *Rozwój anestezjologii wielkopolskiej po II wojnie światowej* [w:] *Materiały Naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, Kraków 1986, s. 106-112.

Garstka J., *Organizacje Poradni Leczenia Bólu*, Materiały V Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Sekcji Badania Bólu przy Towarzystwie Anestezjologów Polskich, Poznań – Błażejewko 3-5 października 1985, s. 65-76.

Gawlik J., *Kilka uwag opartych na spostrzeżeniach klinicznych nad usypianiem chorych za pomocą chloroformu w różnych celach leczniczych*, Przegląd

Lekarski, R. IV, 1865, s. 113, 121, 221, 229, 236, 244, 252, 261, 267, 277, 287, 292.

Goebel K., *Nowy sposób znieczulania przy wyjmowaniu zębów*, Przegląd Lekarski, R. XVI, 1877, nr 12, s. 136-137.

Gröer F., *Zastosowanie chloroformu*, Tygodnik Lekarski 1857, s. 305.

Grudzińska M. i inni, *Historia anestezjologii z uwzględnieniem znieczulenia do cięcia cesarskiego*, Anestezjologia i Intensywna Terapia, R. XXX, 1998, s. 131-133.

Grudzińska M., Kaczorowski A., Iwaszkiewicz-Zasłonka A., *Historia anestezjologii z uwzględnieniem znieczulenia do cięcia cesarskiego*, Anestezjologia Intensywna Terapia XXX, 1998, s. 131-133.

Instytut Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (dawny Zakład Anestezjologii) Akademii Medycznej w Poznaniu. 2 listopada 1962 r. – 2 listopada 1982 r., pod red. Prof. dr W. Jurczyka, oprac. doc. dr K. Brodzińska, doc. dr L. Wołowicka, doc. dr R. Szulc, mgr Danuta Ratajczak, W. Orwaldi, Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej w Poznaniu 1982, nr 2 (19).

Jabłoński F., *O użyciu chloroformu przy operacjach chirurgicznych*, Tygodnik Lekarski, R. I, 1847, s. 201.

Janikowski S., *Ostrożności potrzebne przy chloroformowaniu i środki ratowania na pozór umarłych z wdychań chloroformowych*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, t. XLIV, 1860, s. 303.

Janowicz J., *Zarys historii Zakładu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu*, Medycyna Praktyczna t. 10, 1936, z. 7, s. 221-227.

Jasiński J., *Doświadczenia kliniczne z evipan-natrium*. Dyskusja na XXVII Zjeździe Chirurgów Polskich, 1 maja 1935.

Jasiński J., *O znieczulaniu w chirurgii*, Praktyka Lekarska 1936.

Jastrząb, *Polokaina w stomatologii*, Polska Stomatologia 1935, nr 11-12.

Jurczyk W., *Akademickie struktury anestezjologiczne w Akademii Medycznej w Poznaniu (35 lat istnienia)*, Nowiny Lekarskie R. 66, 1997, nr 5, s. 561-565.

Jurczyk W., *40 lat anestezjologii akademickiej w Poznaniu*, Oprac. edytorskie: Szulc Roman (red. i tłum.), P. Sobczyński (tłum.), Poznań, Dział Wydaw. Uczelnianych AM 2002, s. 26: il. - Tyt. i tekst również w jęz. ang.

Jurczyk W., *Rozwój anestezjologii w akademiach medycznych w Polsce*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2002, t. XXXIV, nr 4, s. 301-304.

Jurczyk W., *Stanisław Pokrzywnicki – lekarz, uczony, nauczyciel, człowiek*, *Nowiny Lekarskie*, R. 63, 1994, nr 5, s. 106-109.

Jurczyk W., *Stanisław Aleksander Pokrzywnicki, Doctor Honoris Causa AM w Poznaniu*, *Anestezja, Reanimacja, Intensywna Terapia*, R. VII, 1975, s. 113-116.

Jurczyk W., *Uwagi o rozwoju anestezjologii w Polsce*, *Nowiny Lekarskie* R. 66, 1997, nr 5, s. 479-483.

Jurczyk W., *Uwagi o początku i rozwoju polskiej anestezjologii*, *Medycyna Intensywna i Ratunkowa* 2002, supl. nr 1, s. 55-58.

Jurczyk W., Dziak A., *Anestezjologia i intensywna terapia w Polsce*, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, t. 52, 1989, z. 2-3, s. 257.

Jurczyk W., Kroll J., Meissner R., *Heliodor Świącicki, twórca aparatu do wziewnego znieczulania bólu porodowego*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, R. XXX, 1998, s. 203-204.

Jurczyk W., Pokrzywnicki S., *Rozwój anestezjologii w XXX-leciu PRL*, *Anestezja, Reanimacja, Intensywna Terapia* R. VI, 1974, nr 3, s. 301-306.

Jurczyk W., Wołowicka L., *Aktywne metody w nauczaniu pomocy doraźnej*, maszynopis powielany.

Justyna M., *Stosowanie podtlenku azotu do celów znieczulenia chirurgicznego*, Warszawa 1956.

Kamocki W., *O znieczuleniu miejscowym przy zastosowaniu chlorku kokainy*, *Gazeta Lekarska*, R. XIX, 1884, nr 48, s. 933-935.

Karpowicz A., *Użycie chloroformu w kilku zdarzeniach*, *Tygodnik Lekarski*, R. V, 1851, s. 401, 409.

Kobyliński F., *Tlenek azotu jako środek znieczulający*, *Kronika Lekarska*, R. IV, 1883, nr 134, s. 586-596; nr 14, s. 657-667.

Kocięcki J., *Zarys historii rozwoju anestezjologii w okulistyce*, Klinika Oczna 2002, nr 5/6 (104) s.424-427, bibliogr. 29 poz., sum.

Kopliński A., *35 lat polskiej anestezjologii – wybrane wspomnienia i refleksje*, [w:] Pamiętnik 60. Jubileuszowego Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich. T. 2, Warszawa, 2002 s.76-80, 60 Jubileuszowy Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa 12-15 września 2001.

Korzeniowski H. K., *Rys historyczny środków stłumiających czucie i ich wpływ na chirurgię*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, t. XXXV, nr 1, Warszawa 1856, s. 52-82.

Kosiński E., *Eteryzacja miejscowa*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, t. LVI, 1866, nr 3, s. 424.

Krakowski M., *Pental i jego zastosowanie (ciąg dalszy)*, Przegląd Dentystyczny, R. II, 1899, nr 18-21, s. 36-41.

Kroll J. L., Jurczyk W., Kroll P., *Rysunki Stanisława Przybyszewskiego stały się inspiracją odkrycia Carla Schleicha*, Anestezjologia Intensywna Terapia R. XXX, 1998, s. 135-136.

Królikowski S., *Przyrząd nowego systemu do znieczulenia zwierząt za pomocą wpylania chloroformu do tchawicy*, Przegląd Weterynaryjny, R. V, 1890, nr 12, s. 267-273.

Kruszyński Z., *Historia Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Anestezjologów Polskich*, Anestezja, Reanimacja, Intensywna Terapia, R. VIII, 1975, s. 197-203.

Kuś M., *Narodziny współczesnej anestezjologii w Polsce w świetle piśmiennictwa lat czterdziestych*, Anestezjologia Intensywna Terapia, R. XXI, 1989, nr 1, s. 11-16.

Kuś M., *Pół wieku nowoczesnej anestezjologii (w rocznicę wprowadzenia środków zwiotczających do anestezji)*, Anestezjologia, Intensywna Terapia R. XXV, 1993, s. 231-233.

Kuś M., Garstka J., *Ocena kształcenia studentów Wydziałów Lekarskich w zakresie leczenia bólu*, Anestezjologia Intensywna Terapia, R. XXV, 1993, s. 61-66.

Kübler A., *Anestezjologia polska w XXI wieku – perspektywy rozwoju i zagrożenia*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2001, R. XXXI, z. 3, s. 137-139.

Lewiński A., *Sprawozdanie z obrad I Sympozjum „Ból i jego zwalczanie”*, Gdańsk, 21-22 maja 1978, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1979, nr 11, s. 105-106.

Łączkowski A., *Profesor Tomasz Jurasz Senior – jeden z twórców laryngologii światowej 1847-1923*, *Rocznik Akademii Medycznej w Poznaniu* 1975, suplement 2, s. 111.

Łączkowski A., Pomorski J. [w:] *Szpital Dziecięcy im Bolesława Kryśiewicza*, s. 276-277.

Łuczak J., *Leczenie paliatywne u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Leczenie objawowe dolegliwości ze strony układu moczowego oraz objawów skórnych i neuro-psychicznych*, *Nowiny Lekarskie* 1991, nr 3, s. 40-44.

Macheta A., Przepolska K., *Powstanie i rozwój Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2002, R. XXXIV, z. 4, s. 305-307, bibliogr. 8 poz.

Majewski E., *List o działaniu środków znieczulających*, *Przegląd Lekarski*, R. XVIII, 1879, nr 12, s. 144-145.

Mała Encyklopedia kultury antycznej A – Z, wyd. 4 uzupełnione, Warszawa 1973.

Meissner R. K., *Heliodor Święcicki (1854-1923). Twórca i pierwszy rektor Uniwersytetu Poznańskiego [w:] 70-lat istnienia akademickiej szkoły nauk medycznych w Poznaniu*, *Biuletyn Informacyjny Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, R. XIV, nr 2 (41), Poznań 1987 (numer specjalny), s. 18.

Marciniak M. B., *Rozwój leczenia bólu w przekroju historycznym*, *Anestezjologia, Intensywna Terapia*, R. XXXIV, 2002, Suplement: XIV Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, s. 37.

Markiewicz S., *Przypadek traumatycznego cierpienia mózgu. Zastosowanie octanu morfiny podskórnie dla przedłużenia znieczulenia chloroformowego*, R. III, 1868, s. 3.

Milanowski J., *Pierwsza operacja w anestezji ogólnej z użyciem kurary - wspomnienia i refleksje chirurga*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, R. XXI, 1989, nr 1, s. 9-10.

Muzeum Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2003, t. XXXV, nr 4, s. 285- 286.

Nowakowski J., *Znieczulenie eterem podczas amputacji stopy*, *Gazeta Lekarska*, t. I, 1866, s. 191.

Oettinger J., *Sposoby chloroformowania*, *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, t. LIII, 1865, s. 571, 473.

Pieniążek P., *O działaniu kokainy jako środka miejscowo znieczulającego*, *Przegląd Lekarski*, R. XXV, 1886, nr 13, s. 190-191.

Przychodzki M., *Sytuacja lekarzy polskich w latach okupacji hitlerowskiej (1939 – 1945)*, *Nowiny Lekarskie*, 1991, nr 2, s. 95-98.

Rondio Z., *Anestezjologia w Polsce – 50-lecie specjalności*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2002, R. XXXIV, nr 4, s.235-236, bibliogr. 10 poz.

Rondio Z., *25-lecie anestezjologów polskich (Rozważania ogólne)*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1984, R. XVI, nr 5, s. 5-10.

Rondio Z., *20 lat w służbie wydawnictwa nowoczesnej anestezjologii w Polsce (Anestezjologia Intensywna - pod redakcją prof. Dr med. Stanisława Pokrzywnickiego)*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1989, R. XXI, nr 1, s. 5-8.

Rutkowski B, Adamus J, Niedziałkowska T, Katainy Z., Otto J., *Próba zastosowania akupunktury do analgezji chirurgicznej*, *Anestezja, Reanimacja, Intensywna Terapia*, 1975, nr 2, s. 317-321.

Skalski J. H., *Dzieje reanimacji i resuscytacji*, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, R.. XXXV, 2003, nr 3, s. 194-198.

Senger A., *Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu w czasie okupacji hitlerowskiej*, *Nowiny Lekarskie* 1991, nr 2, s. 83-86.

- Słownik kultury antycznej*, Wyd. IV, Warszawa 1978.
- Sokołowski, *Chloroform – opisanie jego własności i sposoby przygotowania*, Tygodnik Lekarski, R. I, 1847, s. 199.
- Suwałski T., *Tomasz Drobnik – chirurg i społecznik*, Pamiętnik VII Konferencji Naukowej Sekcji Chirurgii Dziecięcej Towarzystwa Chirurgów Polskich, Poznań 1963.
- Stankiewicz W., *O główniejszych przyrządach do wywoływania znieczulenia miejscowego służących i ich zastosowaniu*, Gazeta Lekarska, t. I, 1866, nr 18, s. 281-283, nr 19, s. 300-302.
- Strzyżewski H., *Zasługi Tomasza Drobniaka dla ortopedii polskiej*, Rocznik Akademii Medycznej w Poznaniu 1975, supl. 2, s. 13.
- Suchorzewska J., *Teraźniejszość i przyszłość anestezjologii akademickiej. debata kierowników katedr anestezjologii i intensywnej terapii*, Anestezjologia Intensywna Terapia, 2002, XXXIV, nr 3, s. 211-216. [W dyskusji brał udział prof. Leon Drobnik z Poznania].
- Swerdlow M., *A preliminary history of Pain Relief Clinic in Europe*, The Pain Clinic 1986, z. 2, s. 77-82.
- Szokalski W., *Dwa przypadki zatrucia chloroformem w Szpitalu Świętego Ducha*, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Warszawa 1865.
- Sylwetki polskich lekarzy humanistów XIX i XX w.*, Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania, nr 21.
- Szulc R., *Resuscytacja w warunkach szpitalnych jako problem etyczny*, Anestezjologia Intensywna Terapia, 2003, t. XXXV, nr 3, s. 199-202.
- Szulc R., *Wkład Wielkopolan w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce*, Anestezjologia Intensywna Terapia, 2001, XXXIII, z. 2, s. 109-110.
- Tripplin T., *O chloroformie, o rodzaju zaśnięcia, które sprowadza jego nadużycie i o znakach przepowiadających to zaśnięcie*, Tygodnik Lekarski, R. III, 1849, s. 353.
- XIII Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Łódź 1999 – Streszczenia.*, Anestezjologia Intensywna Terapia, 1999, t. XXI, supl. III/99.

Twardosz W., Meissner R., *Dzieje najstarszego zakładu leczniczego w Poznaniu – Szpital przy ulicy Długiej w latach 1823-1892* [w:] *Dzieje Szpitali Poznańskich*, pod red. L. Trzeciakowskiego, Poznań 1983, s. 14-19.

Wierzejewski J., *Ambulatorium dla Polaków w Poznaniu w latach 1943-1945*, *Nowiny Lekarskie*, 1991, nr 2, s. 93-94.

Wołowicka L., Meisnerowska M., Sobańska D., Szelaż E., Dyk D., *Rozwój pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii*, *Materiały Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce*, s. 81.

Wrzosek A., *Ludwik Bierkowski. Monografia z 7 ilustracjami*, Kraków 1911.

Prof. dr hab. Krzysztof Stengert - *wspomnienie pośmiertne*, *Anestezjologia Intensywna Terapija*, t. 20, 1988, nr 2, s. 143-144.

Wygrzewalski M., *O chloroformie*, *Gazeta Lekarska*, R. XVI, 1873.

Zawadzki A., *Co anestezjolog powinien wiedzieć o bioterroryzmie*, *Anestezjologia Intensywna Terapija*, 2002, R. 34, suplement 1: XIV Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii: wykłady i streszczenia, s. 128-134.

Zawadzki A., *Doc. Mieczysław Justyna - wspomnienie pośmiertne*, *Anestezjologia Intensywna Terapija*, 2001, t. 33, s. 107-108.

Żuliński T., *Rzecz o eterze azotoamylowym (aether amyloisnitorsus) i jego właściwości znieczulające*, *Przegląd Lekarski*, r. XIV, 1975, nr 29, s. 295.

Opracowania

Buszewicz J., Garstka J., Panieński P., *Laseroterapia w bólu przewlekłym* [*Laser therapy in chronic pain*] (w:) *XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Katowice, 12-15 IX 1996. Streszczenia*. [B. m., 1996] s. 252.

Garstka J., Panieński P., Baszyńska D., Nadolska Z., *Porównanie efektu analgetycznego skojarzonego działania lidokainy i fentanylu podczas znieczulenia splotu ramiennego w chirurgii ręki*, [Comparison of results of analgetic combined activity of lidocaine and fentanyl during anesthesia of brachial plexus in surgery of hand] (w:) *XII Zjazd Polskiego Towarzystwa*

Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Katowice, 12-15 IX 1996. Streszczenia. [B. m., 1996] ss. 40.

Garstka J., Baszyńska D., Panieński P., Nadolska Z., Kabata E., *Powikłania znieczulenia splotu ramiennego u dzieci i dorosłych na podstawie 28-letniego doświadczenia i 6278 wykonanych blokad [Complication of brachial plexus anesthesia in children and adults on the base of 28-year experience and 6278 executed blocks]* (w:) W: *XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Katowice, 12-15 IX 1996. Streszczenia. [B. m., 1996] s. 41.*

Dokumenty

Odpowiedź na pismo z 2 stycznia 2002 dotycząca tematu historii anestezjologii w odniesieniu do Zakładu Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii.

Protokoły z Zebrań Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Anestezjologia Intensywna Terapii, R. XXXIV, 2002, nr 3, s. 217-219.

Sprawozdanie z zebrania Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologów i Intensywnej Terapii w dniu 04. 10. 2003 w Ostrowie Wielkopolskim, Anestezjologia Intensywna Terapii, t. XXXV, 2003, nr 4, s. 286-287.

Czasopisma

Anestezjologia Intensywna Terapii (kwartalnik, organ Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii).

Fakty (czasopismo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu).

Gazeta Lekarska.

Nowiny Lekarskie.

Roczniki Akademii Medycznej w Poznaniu, tomy III, IV, VI, VIII, VIII, IX, X, za lata 1964/1965 – 197.

Prace rękopiśmienne

P. Kolasiński, *Z historii łódzkiej anestezjologii 1945-2002*, praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. dra hab. med. Wojciech Gaszyński w Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2003, maszynopis życzliwie udostępniony przez autora.

Wykaz skrótów

W. Jurczyk, Suplement. *Samodzielni pracownicy nauki*,
Katedra Anestezjologii – Akademia Medyczna im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu,

Materiały Naukowe Sympozjum Historia Anestezjologii w Polsce –

Piel. Pol. – Pielęgniarka Polska, czasopismo

TAP – *Towarzystwo Anestezjologów Polskich*

PTAiIT – *Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii*

PSB – *Polski Słownik Biograficzny*, t. I n., Kraków 1935, następnie
Wrocław 1946 n.

WSB – *Wielkopolski Słownik Biograficzny*, pod red. A.
Gąsiorowskiego, J. Topolskiego, Warszawa Poznań 1982.

SPIS ILUSTRACJI

Rysunek 1 16 października 1846 r., dr William Morton.....	20
Rysunek 2 <i>Zielnik</i> S. Falimierza	25
Rysunek 3 <i>Discorides</i>	26
Rysunek 4 Horacy Wells.....	29
Rysunek 5 William Morton.....	30
Rysunek 6 Inhalator eterowy Mortona.....	30
Rysunek 7 Humprey Davy	34
Rysunek 8 Crawford W. Long	35
Rysunek 9 Henry Hickman	35
Rysunek 10 John Snow	37
Rysunek 11 <i>On the Inhalation of the Vapour of Ether</i>	37
Rysunek 12 James Young Simpson	39
Rysunek 13 Carl Koller.....	40
Rysunek 14 Carl Ludwig Schleich.....	42
Rysunek 15 Monografia L. Bierkowskiego	49
Rysunek 16 Materiały zjazdowe i okolicznościowe poświęcone rozwojowi anestezjologii akademickiej w Poznaniu	49
Rysunek 17 <i>Nowiny Lekarskie</i>	50
Rysunek 18 <i>Anestezjologia Intensywna Terapia</i>	51
Rysunek 19 Materiały szkoleniowe konferencji, kursów i zjazdów	52
Rysunek 20 Aleksander Le Brun.....	54
Rysunek 21 Henryk Hilarowicz	55
Rysunek 22 Teodor Teofil Matecki.	58
Rysunek 23 Tomasz Drobnik.....	60
Rysunek 24 Aparat do znieczulenia	63
Rysunek 25 Ireneusz Wierzejewski	64
Rysunek 26 Maski Schimmelbuscha.....	65
Rysunek 27 C.L. Schleich	66
Rysunek 28 Józef Granatowicz	69

Rysunek 29 Aparat Ombrédanna	72
Rysunek 30 Jan Moll.....	92
Rysunek 31 Pismo prof. A. Zakrzewskiego z dnia 7 lipca 1962 r., z prośbą o wyrażenie zgody na utworzenie Zakładu Anestezjologii.	105
Rysunek 32 Prof. Witold Jurczyk	106
Rysunek 33 Powierzenie W. Jurczykowi funkcji kierownika Zakładu Anestezjologii.....	106
Rysunek 34 Plan Ośrodka Reanimacji 1973 r.....	109
Rysunek 35 Sala reanimacyjna 206- PSK 1.....	110
Rysunek 36 Dokument utworzenia IAIOM	113
Rysunek 37 Prof. Jerzy Garstka (po prawej).....	141
Rysunek 38 Personel Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala przy ul. Lutyckiej.....	171
Rysunek 39 Skład Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Poznaniu, 1987 r.....	342
Rysunek 40 Gazeta Krakowska, w której opublikowano artykuł o pierwszym znieczuleniu eterowym na ziemiach polskich.	344