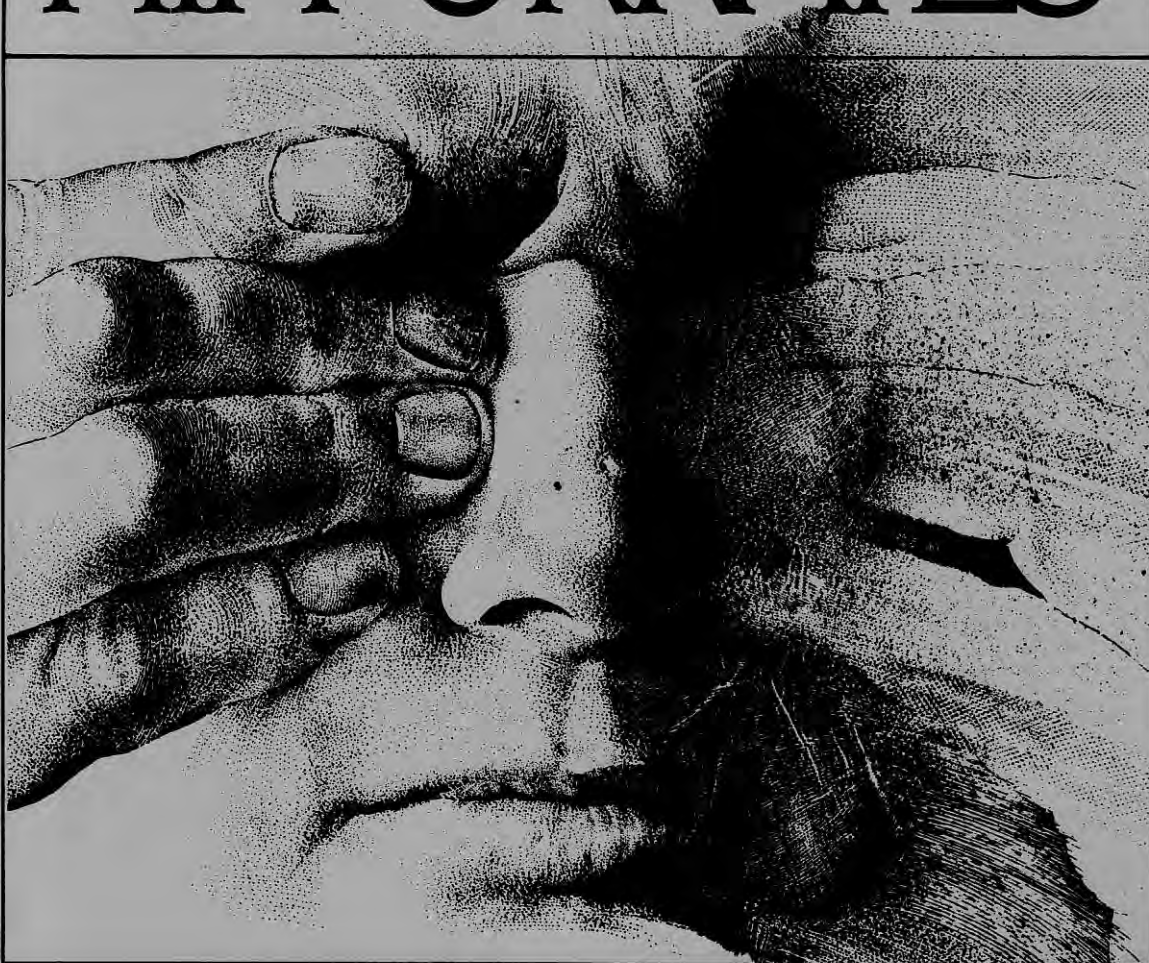


ÉTOS

42.LFUK

2. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
UNIVERZITY
KARLOVY
V PRAZE

HIPPOKRATES





ÉTOS
HIPPOKRATES

ÉTOS HIPPOKRATES

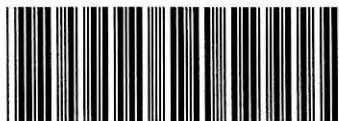
/ 40 LET
2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE/



VICTORIA
PUBLISHING
1993

ÚSTAV VĚDECKÝCH INFORMACÍ 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK PRAHA 5 - MOTOL	
PŘÍRŮSTEK 419/06	SIGNATURA K-33777

2. LF UK - Motol - ÚVI



319306419

Úvodem

Psát předmluvu k jakékoliv knize je nesnadné a nevděčné. Navíc pak ke knížce, která se svým obsahem výrazně liší od běžné knižní produkce. Je to nesnadné potřebou vyjádřit několika větami její záměr a nevděčné zkušeností, že čtenáři předmluvy zhusta nečítávají. Snadnější to snad mají jen pisatelé detektivních románů, kterým stačí v předmluvě zdůraznit, že „děj je vymyšlen, stejně jako všechny jednající osoby. Pokud by někomu připadaly známé nebo povědomé, je to podobnost zcela náhodná, včetně jmen, která jsou v příběhu použita.“

Protože obsah této knížky není smyšlenkou a „alea iacta est“ (známý výrok „Kostky jsou vrženy“ připisovaný Caesarovi, když se svými legiemi překročil říčku Rubicon a vtrhl jako dobyvatel na vlastní území římské bez svolení senátu), což přeneseně znamená, že o vydání knížky už je rozhodnuto a nelze couvnout, přidržím se úsloví „audaces fortuna iuvat“ (tj. „odvážnému štěstí přeje“) a pokusím se „brevi manu“ (tj. krátkou cestou, bez okolků) úmysl, který mě k sestavení knihy přiměl, formulovat. (Tak dlouhými větami, jako byla ta poslední, proslul Tacitus. Latina se v medicíně ještě stále, i když zdaleka ne tolik jako kdysi, používá.)

Primo: Medicína, jeden z nejstarších oborů lidské činnosti, „zčásti věda a zčásti umění,“ zasahuje v celém dlouhém (nebo krátkém vzhledem k vývoji života?) období lidstva do jeho osudů, do životů jedinců i lidských společenstev, a tím do veškerých oblastí kulturního vývoje.

Secundo: Medicína je v neustálé konfrontaci sama se sebou i s měnícími se názory společnosti, s utrpením a radostí, s vítězstvím i prohrami. Představuje tak jednu z nejvýznamnějších okolností ve vývojové spirále lidstva. Její historie je do značné míry historií medicíny.

Tertio: Medicína se sice vyvíjí vlastním poznáním a podle vlastních etických zákonů, nicméně její vývoj musí být vždycky v souladu s obecnými (morálními a legislativními) principy společnosti příslušného období. Její vnitřní i vnější vztahy k veškerému lidskému konání jsou zákonité. Lékaři, jejichž úlohou je chránit život ve všech jeho podobách a napravovat jeho odchylky, by měli být jeho vášnivými ctiteli ve všech jeho projevech – přirozených i formovaných člověkem samým, jeho pozornými pozorovateli a pokornými obdivovateli.

Quarto: V uvedeném smyslu představuje první část této knížky vlastní „disiecta membra“ (nesouvislý celek). Je souborem rozmanitých esejů význačných osobností současné české kultury, lékařů, kterým se stala medicína osudem, i nelékařů různých profesí, kteří nahlízejí na medicínu v kontextu jejích vztahů vlastními profesními i zájmovými pohledy. Všichni mají přímý či nepřímý vztah ke 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Quinto: Druhá část publikace je volným vyprávěním o 2. pražské lékařské fakultě, o instituci, která za čtyřicet let samostatné existence, která byla vyplněna usilovným hledáním a nalézáním, získala uznání a kredit mezi českými, evropskými i světovými lékařskými školami. Ale i to vyprávění je netradiční. Není faktografií fakulty, spíše jakýmsi „citovým místopisem,“ vyznáním a úvahou o tom, co bylo, je a bude.

Sexto: I když bezprostředním podnětem k sepsání a vydání této knihy je připomínka čtyřicetileté existence 2. lékařské fakulty v Praze, nevznikla „ad hoc.“ Její odezva by měla mít dimenzi podstatně širší – v čase i v dopadu praktickém. Měla by vzbudit v těch, kterým záleží na věcech veřejných, zamyšlení nad složitostí medicíny i úkoly fakulty a na jejich postavení v kontextu kulturního dění. Všem tvůrcům esejů, kteří svými myšlenkami knihu spoluvytvářeli, upřímně děkuji. U všech jsem se setkal s laskavým pochopením a naplněním záměru.

Septimo: Náš významný typograf Oldřich Hlavsa napsal: „Kniha není jen prostředkem komunikace mezi lidmi, národy a historickými epochami, ale také součástí struktury umění, jejích výrazem, projevem tvůrčího genia člověka“. A tak, i když někteří současníci tvrdí, že kultura knihy je překonána, chceme dokázat, že naopak zůstává i nadále nenahraditelným prostředkem dorozumění a porozumění. O to se v této knize zasloužili dva přední čeští výtvarníci – grafici Oldřich Kulháněk a Pavel Hrach. O dokonalé vydání se postarali pracovníci vydavatelství Print & Publishing a nakladatelství Victoria Publishing, kteří se spolu s prezidentem Harvard Group panem Viktorem Koženým stali navíc jeho sponzory. Všem jim srdečně děkuji. Vznikla tak knížka hodná pohlazení očima i rukou a přemýšlivého čtení všemi, kteří si uvědomují odedávňý význam lékařství pro existenci lidstva.

*„Quod bonum, felix, faustum fortunatumque sit!“
(Kéž je to dobré, šťastné, příznivé a zdárné.)*

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.
děkan 2. lékařské fakulty UK v Praze



„Systém, který vymyslí velký člověk, nemohou hájit malí lidé; i k tomu je potřebí velkého člověka.“

[JEAN PAUL RICHTER]

„Vzácný ochránce můj! Kdys Karel, řečený Čtvrtý, královský vládce Čech, spolu též Římanů král, seznal, že Musy jsou prosty svých poct a nikdo jich nedbá, jakož i učený muž odměn už nemá zde slast, neváhal vydati rozkaz, by koleje vysoké školy vznikly, a štedře sám hojná jim nadání dal. Nejenom nadání dal, leč i učenců povolal zástup.“

[JAN SERIFABER]

za rektorátu Orinova 1546–1548
(věnováno panu Hodějovskému)

Rozcestí na univerzitní pouti

Prof. PhDr. RADIM PALOŮŠ

Univerzitě se říkáva ALMA MATER – blahodárná, plodná matka, avšak jakouže to matkou vlastně jest? Zajisté nikoli v biologickém slova smyslu (pokud pojmu biologie přisoudíme obvyklý přírodovědný význam), nýbrž zřejmě v jiném. Odvažme se říci hned: **duchovním**. V jakém tedy „duchovním“ smyslu máme rozumět této mateřské péči? Je to snad jakási určitá spirituální **doktrína**? Jest potom ono opečovávání vychovatelskou a vzdělávací **indoktrinací**?

Univerzita – alma mater – by se minula svým hlubinným mateřstvím, kdyby se stavěla do úlohy mentorského poučovatele. Kdykoli tíhla nebo byla tlačena tímto směrem, pozbyvala svou „univerzitnost“, odkazující k původním evropským základům **vysoké** (= vysoko – školské) vzdělanosti. Neboť slovo „universitas“ svou etymologií odkazuje k platonské akademii (omlouvám se, že to znovu a znovu připomínám: metaforické *ad Unum vertere*, **k Jednomu se obracet**), bere svůj původ z Platonova „jeskynního mýtu;“ člověk – upoutaný vězeň, je obrácen od stínů k Slunci, k Pravdě, z rozptylu a z ponořenosti ve stínech a zdání k Jednomu – UNUM – HEN). Odtud univerzitní akademičnost nemůže být svíráním do pout jakékoli doktríny – vždyť jde o pravý opak, o odpoutávání od nepravd a polopравd.

Právě toto odpoutávání a osvobození je znakem akademičnosti. Akademická svoboda neznamená jen jakási privilegia ve vztahu k výkonné státní moci, nýbrž především svobodu ducha. Ovšemže akademická svoboda ducha není libovůlí, nýbrž právě odpovědností zmíněnému UNUM, tedy tomu, co je, co platí a co stojí před univerzitní obcí a každým

jejím účastníkem jako úkol. Je to úkol nikdy nekončící, protože každý nález, každý poznatek, každou myšlenku, každou „doktrínu“ je nutno v zájmu svobodného a vždy znovu osvobozujícího ducha univerzitní akademičnosti podrobit kritice, pochybnostem, problematizování – prostě odevzdat další pouti na cestě, kterou nemůže přehradit žádná „dogmatická“ závora, žádné definitivní apodiktické stanovisko. Vždyť i každé rádo by apodiktické tvrzení musí svůj nárok na apodiktičnost teprve prokázat, vymezit universum, v němž hodlá obhajovat svou platnost, dát se vplen diskusí – a ne o svém nálezu pouze asertivně tvrdit, že platí – a basta!

Jak často je v toku času toto vysoké poslání rodiny univerzitní matky, „*almae matris*“, opomíjeno! Ano, nejednou jsou to členové vlastního společenství, kteří nepochopili, co na nich matka chce. Jsou to ovšem též tlaky zevně, tlaky doby, které podle své přirozené gravitace svírají, zužují a tisknou univerzitu do svých **matic** (vizte: i zde je poukaz k MATER; je to však spíše macecha!).

Nebudu vzpomínat deformačních tlaků dob minulých, upozorním na ten současný. Stále více se totiž požaduje, aby vědecká i vzdělávací univerzitní činnost měla „praktické“ ovoce, aby viditelně a pokud možno bezprostředně přinášela hmatatelné výsledky. A tak vysoké školství krok za krokem pozměňuje svou tvář: na univerzitách i na jiných vysokých školách přibývá oblastí aplikačního charakteru, hluboce teoretické badatelství se stává záležitostí dosti podezřelou, protože málo pragmaticky perspektivní (přirozeně že jde o žabí „perspektivu“!). Množí se „*Fachhochschulen*“, na univerzitách se objevují obory s malou (nebo do-

konce ve skutečnosti žádnou) vazbou na hluboké vědní bádání...

Nic proti respektu k praktickým potřebám společnosti a doby! Bylo by velmi neblahé, kdyby akademická svoboda „osvobozovala“ od porozumění tomu, čím žije dnešek, z něhož univerzita není, nemůže a nesmí být vytržena. Nerozumět tepu současnosti a stranit se světa, v němž je univerzita dáno existovat, by znamenalo opět jistý druh klauzury, tedy vězení. Opět by nárok Pravdy byl redukován a okleštěn. Avšak kritická služba všem skutečnostem, které univerzita ve své univerzalitě má nést na svých bedrech, nesmí v žádném případě být slouhovstvím, tedy vyhovováním vnějším tlakům z opportunity, namísto sledování jen a jen věcných motivů.

Takže je nutno usilovat – a to vždy a stále – o to, aby ti, co mají peníze a moc, porozuměli, že volky nevolky přebírají i úlohu **mecenáše**. Právý mecenáš se neptá, co mu investice do umění, vědy či školství zítřa vynese. Investuje do leckterých „nepraktických“ oblastí s rizikem, že se mu vyplatit nemusí, a to nejen v dohlednu, ale možná vůbec!

Bylo by laciné připomínat, kolikrát se již lidstvu, ba dokonce i takovému bezelstnému, nevypočítavému mecenáši, jeho dobročinnost nakonec vyplatila. Vždyť celý náš moderní život se všemi technickými vymoženostmi, rozvojem velice praktických nástrojů všedního života, historicky velkolepou proměnou lékařské péče atd. je dokladem konsekvencí výbojů namnoze původně téměř sterilně uzavřených do hlav a pracoven „podivínských“ (?) solitérů.

Udrží univerzita svou historickou spiritualitu? Zůstane akademická obec věrna tomu, oč jí žádá její ALMA MATER? K tomu je zapotřebí zajisté dvojího: aby její reprezentanti na všech úrovních co nejlépe rozuměli univerzitnímu poslání a co nejpěvněji je naplňovali skutky a hájili navenek, a aby i společnost, a to jak jednotlivci, tak mocenská reprezentace, měla s dostatek kulturního pochopení pro to, co překračuje daný okamžik, danou bezprostřednost, pro to, co aktualitu zároveň zahrnuje a zároveň překonává a překračuje – až do nedohledna! TGM měl pro to latinský výraz: SUB SPECIE AETERNITATIS.

Na slavnostní schůzi Spolku českých lékařů v Praze dne 18. 11. 1991, věnované památce 17. listopadu, byl netradiční program. Děkani čtyř lékařských fakult univerzity Karlovy přednesli projevy, věnované některým závažným otázkám a problémům, před nimiž jejich fakulty stály a stojí. Pro významnost tohoto večera i přednesených projevů vyhověla redakční rada Časopisu lékařů českých žádosti předsednictva Spolku českých lékařů v Praze a projevy publikovala v jejich plném znění (Čas. Lék. čes., 131, 1992, č. 20–21).

Předkládáme upravený, resp. rozšířený projev děkana 2. lékařské fakulty univerzity Karlovy v Praze.





Úvahy o 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy pozdě v noci

Prof. MUDr. JOSEF KOUTECKÝ, DrSc.

Uvedení

Úvaha první: Dědictví

Úvaha druhá: Současný stav

Úvaha třetí: Lékařská škola

Úvaha čtvrtá: Hippokratova přísaha

Úvaha pátá: Akademická obec

Úvaha šestá: Kompetence (versus konsensus)

Úvaha sedmá: Kulturnost

Úvaha osmá: Quo vadis facultas medica secunda?

UVEDENÍ

Představa, že v jednom večeru bude hovořit pět navzájem nedomluvených děkanů lékařských fakult Karlovy univerzity na v podstatě shodné téma, ve mně vyvolávala určité pochybnosti a nejistotu. Samozřejmě se každá fakulta od ostatních v mnoha ohledech liší; na druhé straně mají i mnoho společného a opakovat se není to pravé. Rozhodl jsem se proto neužít formu zprávy o fakultě s výčtem změn, kladů, záporů, nedostatků a čísel, nýbrž předložit několik samostatných úvah, tak, jak mi procházejí uplynulá dvě léta při formování fakulty myslí. A protože náročný život současného děkana umožňuje uvažovat v klidu jen v noci, předkládám – s omluvou panu Lewisu Thomasovi – „Úvahy o 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy pozdě v noci.“

DĚDICTVÍ

Neutěšený stav státu na konci roku 1989 se nevyhnul ani vysokému učení Karlovu. Více než 40 let tragického vývoje vyústilo v mnoho katastrof. Jednou z nejhorších, pokud vůbec ne nejhorší, je katastrofa kvalifikační, a to jak úrovní všeobecné vzdělanosti, tak úpadkem mravů. Lživě proklamovaná rovnost, nehorázně a bezostyšně porušovaná jejími hlasateli, kteří protěžovali sebe a neschopné příživníky a likvidovali schopné, čestné jedince, svázala i na fakultě život do jednotvárné, jakési státní až vojenské šablony, potlačující jakýkoliv

projev individualismu. A přece přirozenou nutností je, aby každý jedinec mohl žít po svém, a jediné, o co jde, je jeho právo mít šanci, totožnou s šancí ostatních. Pak záleží jen na něm, jak jí využije.

Fakulta koncem roku 1989 oplývala řadou nahromaděných nešvarů. Protekcionářsky přijatými studenty i učiteli, někdy nekvalitními schopnostmi i charakterem, zásadou tolerované průměrnosti jako normy, pasivitou ve výuce i ve vzdělávání, nezájmem o všechno, co není povinné, obecně nízkou slušností, nevalnými vztahy mezi učiteli a studenty i mezi učiteli navzájem, ale i mezi lékaři a pacienty. Výuka měla více charakter biflování než logického úsudku a rozhodování a byla omezována nesmyslnou výukou scestné ideologie. Dnes zní už téměř neuvěřitelně, že se studenti lékařství museli učit celých dvanáct semestrů marxismus-leninismus a skládat z této pochybné filozofie několik zkoušek (včetně závěrečné zkoušky státní!), zatímco některých odborných předmětů měli během celého studia několik hodin. Jak snadno a rychle dokáže lidská mysl zapomínat na zlé!

Za zvlášť scestnou pak považuji skutečnost, že charaktery studentů i učitelů byly vědomě deformovány slibovanými preferencemi za cenu přijetí členství v Komunistické straně. A ještě jednu okolnost je nutné zmínit. Strach, který ovládal většinu členů fakulty. Každý se bál každého.

Všeobecná morální devastace se tak, bohužel, nevyhnula ani lékařskému stavu. Ne právě zřídka se musíme za chování lékařů stydět. Hlásáme spravedlnost, ale ta stále představuje kromě jiného povinnost ochránit jedinečnou osobnost každého pacienta, nejen protekčního, proti kruté neosobní šabloně i proti neosobní, někdy až urážející dobročinnosti. Každý pacient stůně po svém a má na to plné právo a povinností lékaře je toto právo respektovat. Naši studenti často dostávali špatné příklady a jistě ne výjimečně je přebírali. Nesvoboda, jedna ze základních příčin morální devastace, přináší vždy znovu pokřivení a je asi pravdivý Willarsem koncipovaný „klasický vzorec“ moderních českých dějin, sestávající ze sedmi bodů.

1. Koncepce „velké myšlenky“.
 2. Nedůstojný pokus o její uskutečnění.
 3. Konfrontace s jejími odpůrci.
 4. Kapitulace.
 5. Katastrofy.
 6. Nový začátek za horších předpokladů.
- Bod sedmý je opakujícím se bodem prvním.

Předpokladem pro překonání uvedeného vzorce je svoboda. A tu připomínám projev amerického prezidenta Franklina Delano Roosevelta, který měl 6. ledna 1941 před americkým Kongresem a v němž vyjádřil čtyři základní principy svobodného života státu: svobodu slova, svobodu náboženství, svobodu od hladu a svobodu od strachu. Právě osvobození od strachu přináší možnost vlastní tvůrčí činnosti, dosažení pravdy, spokojenosti a štěstí. A to platí v mém přesvědčení i pro důstojný život fakulty. Proto se musíme domáhat ve státě, na univerzitě a na fakultě nové civilizace a nové kultury, opravdu lidské. Musíme znovu dosáhnout panství etiky nad technikou, primát osoby vůči věcem a prvenství ducha nad hmotou.

SOUČASNÝ STAV

Student medicíny a do praktického života nastupující lékař této epochy musí kalkulovat s vážnými důsledky devastace životního prostředí. Snižování imunity populace přináší všeobecný nárůst nemocnosti, nárůst alergizace, vlivů nádorotvorných, nárůst vrozených vad a některých dalších onemocnění, zejména oběhového a dýchacího ústrojí. Duševní nemoci jsou v České republice třetí nejčastější příčinou invalidity. Odhadem může stoupnout počet osob trpících lehkými a středně závažnými psychickými a psychosomatickými poruchami v příštích několika letech o 100 % a počet osob užívajících drogy o 500 %. Národní zdraví je v těžké krizi.

Jsme asi „nejnemocnější zemí Evropy.“ Střední délka života poklesla v posledním čtvrtstoletí z 10. na 27., tedy poslední místo mezi 27 hodnocenými evropskými státy. V naší republice je vyšší celková úmrtnost o 33%, resp. 40% než ve Švédsku a Švýcarsku a neustále roste úmrtnost mužů v produktivním věku. V roce 1986 byla dvojnásobná v porovnání s vyspělými evropskými zeměmi.

Jsou však i další morální problémy, úzce svázané s lékařstvím. V současné době připadá v České republice na 100 narozených dětí téměř stejný počet potratů – 98, na nichž se umělé přerušování těhotenství podílí 90%. V posledních letech asi 50% všech počatých těhotenství končí umělým potratem. V roce 1990 se poprvé v naší zdravotnické historii

objevil negativní populační přírůstek – počet zemřelých přesáhl počet živě narozených. Ale ani na tom není dost. V České republice končí rozvodem v průměru 30%, ve velkých městech až 50% uzavřených manželství. Jak pokažené životy mají i ty děti, které se přece jen i z těchto ztroskotaných manželství narodily?

Jistě se nemusím šířit o tom, jakým zdravotnicko-morálním problémem je často i otřesný vztah k lidem starým. Léčebny dlouhodobě nemocných ani domovy důchodců našeho typu nejsou po mém soudu řešením. Jen málo starých lidí zemře ve vlastní posteli obklopeno svými milými. Jak často překážejí!

V morálně narušeném systému je komercializace medicíny určitým nebezpečím. Proto musíme přesvědčit své studenty, že zájem pacienta musí vždycky převažovat nad zájmem o vyšší osobního konta. Není zanedbatelná Schopenhauerova obava, že „lidé se starají tisíckrát více o to, aby získali bohatství, než aby vzdělali svůj rozum a své srdce. Ačkoliv je pro lidské štěstí nepochybně důležitější, co člověk je, než co člověk má“. Jsem si vědom toho, jak nelehký úkol to je.

V uvedeném kontextu je novým úkolem 2. lékařské fakulty vychovávat v pregraduálním i postgraduálním studiu lékaře, kteří zvládnou úkoly rodinných lékařů, i lékaře, schopné uplatnit se ve všech oborech medicíny. Studenti jsou v celém průběhu výuky orientováni k porozumění vzájemných vztahů zdraví a nemoci člověka od období prenatálního až do stáří. Vývojový pohled na medicínskou problematiku je jedním ze základních aspektů výuky teoretických oborů. Klinické obory jsou vyučovány tak, aby absolvent fakulty byl připraven působit jako vzdělaný a důvěryhodný spoluochránce zdraví člověka během celého jeho života. Akcent na vývoj jedince, zejména na dětský věk, je v tomto pojetí nezbytný. Lidský život nelze administrativně dělit na formálně používaná období – dětství, dospělost (produktivní věk), stáří, stejně tak jako nelze eliminovat pochopení a přijetí psychických a sociálních vztahů svěřených jedinců. Chceme tedy vychovávat lékaře s kvalitními všeobecnými medicínskými znalostmi, prohloubenými znalostmi a dovednostmi v oborech medicíny dětského věku i znalostmi specifických problémů stáří. Splnění těchto představ umožňují – kromě jiných – dvě zásadní okolnosti: V 60. letech vytvořená koncepce vývojové medicíny a zázemí dobudované velké, moderní fakultní nemocnice. Nové studijní plány, zaváděné na fakultě, jsou od začátku studia specifické, předkládají základy vývojového nazírání a vycházejí ze zásad „Edinburské Deklarace o výuce medicíny“ z roku 1987.

Snažíme se aplikovat do výuky i do lékařské praxe názor Hegglinův, že sice „dalekosáhlá specializace je potřebná, nicméně syntetický způsob nazírání zůstává i nadále předpokladem lékařské činnosti u lůžka nemocného. Klinik staré evropské školy neztratil na významu“.

Domníváme se, že všechny zmíněné úkoly, včetně přípravy špičkových odborníků ve vybraných oborech (v závislosti na vyhraněných specifických technologiích, určených věkem), může lépe plnit fakulta střední velikosti – ostatně v souladu se světovými tendencemi – zajištěná velkou nemocnicí a řadou specializovaných center s celostátní působností a s mezinárodním vědeckým impaktem. Vývojový aspekt otevírá navíc nové pohledy pro medicínu dospělých.

LÉKAŘSKÁ ŠKOLA

Lékařská škola musí být profesionální institucí, která vychovává inteligentní, soustředěné a odpovědné zájemce o složité umění rozpoznávat a léčit nemoci. Musí využívat moderní techniky a převádět výsledky tzv. základního výzkumu do klinické praxe, ale sama musí nezbytně vědu pěstovat a vědecké práci učit. Právě tak musí učit poznání, že prolínání klinické praxe a vědy je prospěšné, protože podporuje zájem a aktivitu. Kreativita klinické medicíny spočívá v adaptaci výsledků výzkumu na praxi a složité, nevyjasněné klinické situace naopak dávají podněty k výzkumnému řešení.

Výuku současného období ovládají dvě tendence – redukce sdělovaného vědění na skutečně podstatné, a humanizace. První tendence vychází z poznání, že učíme stále „více o méně“. Je nutné stanovit priority a určit, co je nezbytné. Druhá tendence by měla vycházet z filozofie nazírající každého, i těžce, ev. nevléčitelně nemocného jedince, jako v podstatě hodnotného. Současná standardizace to opomíjí, což může vést k tomu, že se mladý lékař stane sofistikovaným technikem. Izolovaný kurs etiky mnoho nepřinese. Lékařská etika musí být integrována jako součást každého oboru v praxi.

Nechápanou nebo nepřiznávanou je skutečnost, že příroda, včetně patologických jevů, které její struktury provázejí, nerespektuje naše vzdělání a námi vykonstruovanou klasifikaci věd a oborů, a že naše omezené oborové znalosti a zkušenosti by měly nutně překračovat v tomto směru velmi hypotetické hranice oborů. Tato okolnost směřuje k úvaze, která zpochybňuje v preklinické a paraklinické fázi výuky její dosavadní vertikálnítu.

Domnívám se, že bychom měli výuku zaměřit spíše horizontálně, na část preklinickou (první 2 ro-

ky), část paraklinickou a propedeutickou (3. rok) a klinickou, ve které by byly jednotlivé klinické obory vyučovány ve 4. a 5. roce a 6. rok by měl být věnován profilování – ve smyslu práce sekundáře, tak, aby po absolutoriu nastupoval nový lékař do praxe už s určitými zkušenostmi. Uvažuji o tom, že by kliničtí pracovníci měli aktivně ovlivňovat studium preklinické a paraklinické a naopak učitelé preklinických oborů zasahovat do práce kliniků. Alespoň zčásti by se tím napravila deformace, která vznikla dlouhá desetiletí zavedeným neměnným systémem výuky. Neodmyslitelnou součástí činnosti lékařské školy (fakulty) je i klinický výzkum. S jeho podmínkami, které byly dlouhá léta hrubě porušovány či vůbec nerespektovány a které nyní ustavené etické komise řeší často jen formálně, by se měl seznámit každý student už během studia.

Klinický výzkum je výzkumem, prováděným na lidech, na pacientech, kteří se nám svěřují, kteří jsou těžce nemocní a kteří od nás očekávají pomoc. Můžeme jim v rámci klinického pokusu pomoci, ale stejně tak jim můžeme ublížit. Klinický pokus je všeobecně lékaři přijat. Uvědomují si však všichni, kteří ho provádějí, všechny jeho aspekty?

Už před mnoha lety formuloval podstatu klinického pokusu Claude Bernard: „Je naší povinností a naším právem provádět pokus na člověku kdykoliv může zachránit jeho život, vyléčit ho nebo mu přinést nějaký osobní prospěch. Princip lékařské morálky přesto příkazuje neprovádět nikdy pokus, který by mu mohl v jakémkoliv směru uškodit, i kdyby výsledek mohl být velkým přínosem pro vědu, tj. pro zdraví druhých.“

A tu narazím na první zásadní otázku. Cílem lékařství je poskytovat pacientům stále lepší péči. Proto není šablonovitá medicína dobrou medicínou, zvláště v současnosti, kdy se vztah lékaře a pacienta významně změnil. Dříve to byl vztah jedince k jedinci. Dnes je to vztah několika k jednomu. Je příliš mnoho „stínových lékařů“, těch, kteří pacienta buď vůbec nevidí, nebo vidí jen málo. Dostávají se tu do hry dva činitelé. Prvním je vědecký determinismus, který vychází z doktríny, že každý experiment, prováděný za shodných podmínek, přináší totožné výsledky. My však ještě mnoha nemocem nerozumíme, existují biologické variace pacientů i technické variace při korekci dat. Druhým činitelem je humanismus, který vychází z principu, že vlastním zájmem člověka (lékaře) je člověk (pacient) a že tedy léčba by měla směřovat cíleně ke každému individuálnímu pacientovi. Hodnotíme své pokusy většinou délkou přežití ve srovnání s neléčenou či jinak léčenou skupinou. Délka přežití ale není přece úměrná kvalitě přežití a pacienti se liší svým přístupem k léčbě a jejímu výsledku.

Hippokratova přísaha nabyla tak v současné medicíně odlišné etické dimenze. Fungující tým není často většinou účastníků zapojen citem ani vůlí do onoho delikátního vztahu stanoveného přísahou. Jsem přesvědčen, že „nový“ lékař, orientovaný na řízený výzkum o lidech, navíc vyzbrojený novými technologiemi, zaměnil zhusta lékaře léčícího lidské nemoci. V některých oborech přináší klinický pokus nesmílované dilema tzv. „tragické volby“. Lékař pacientovi vysvětlí, že ze dvou možných cest je asi jedna lepší, že však neví která. Nelze nikdy říci, že obě možnosti jsou stejné. Přitom pacient nemá vědět, která cesta je zvolena až do hodnotitelného výsledku. Pro lékaře v praxi je etické udělat pro pacienta to nejlepší. V klinickém výzkumu musí lékař dostát tomuto principu také, ale vyžaduje se od něho něco navíc. Má realizovat své nejlepší nové představy pro medicínu jako obor, pro lidstvo, protože je a bude správcem tisíců budoucích nemocných, kteří budou stonat stejnou nemocí. Ovšem v tomto rámci nesmí podniknout nic, co vystavuje pacienta většímu nebezpečí než samotná nemoc.

Nepochybně každý z nás alespoň občas cítí, že nemá dostatečné znalosti pro rozhodnutí a využívá svého vlastního citu, intuice a osobního hodnotového systému.

Oborně etické rozhodnutí, před které jsme opakovaně stavěni, má čtyři základní kategorie:

První, nejzvládnutelnější, je lékařská indikace. Vychází z tradičních metod lékařství. Problémem je pacient a lékař určuje, co je s ním v nepořádku (diagnostika), co se stane při léčbě nebo bez ní (prognostika), jaké jsou výhody a jaká rizika léčebných programů (léčebné alternativy) a konečně jaká zvláštní opatření by měla být realizována pro specifické okolnosti (klinická strategie). Rozhodují tu povaha nemoci, rizika a výhody různých způsobů léčby a biologické i osobní zvláštnosti pacienta. Všechny tyto okolnosti přibližují „lékařskou vědu“ „lidské medicíně“ (tj. humanistické medicíně). Druhou kategorií jsou přání pacienta. Ten má privilegium doporučení přijmout či odmítnout. Toto přednostní právo má asi nejzávažnější význam ve vztahu pacient – lékař. Zde narážíme na základní nutnost – totiž nutnost dokonalé informace. Teprve po ní se může nemocný rozhodnout. Jsou všichni naši pacienti skutečně vždycky informováni o tom, že jsou objekty klinického pokusu? Třetí kategorií je kvalita života léčeného. Význam tohoto bodu je velmi nejasný a často sporný a stručně jsem se o něm už zmínil.

Zdánlivě malý význam mají faktory čtvrté kategorie – totiž faktory externí. Ovšem opravdu jen zdánlivě. Patří k nim např. přání a potřeby rodiny nemocného, možnosti ekonomického zajištění (te-

dy náklady), otázky potřeb výzkumu a výuky, náhled laické veřejnosti a další.

Všechny tyto otázky dotírají na všechny, kteří se na klinickém výzkumu podílejí. Snaha zavést nové, dokonalejší léky, musí sladit cíle čtyř účastníků: experimentátorů, pacientů, lidstva (společnosti) a farmaceutického ústavu. Každá skupina musí mít stanoveny zákony – práva a omezení. A tady právě nastupuje etika, která je uměním vytvářejícím mosty mezi ideálním a reálným světem, která postuluje rozdíl mezi dobrými a špatnými činy a snaží se jej vyjádřit logicky, která se snaží mírnit tenzi mezi právy individua a právy společnosti, filozoficky najít morální systém norem. Etika není záležitostí inteligence, je spíše záležitostí přístupu než intelektu nebo technické vybavenosti. Ostatně jsou jen určité „kritické“ skupiny profesí definovaných také etikou, které jsou nutné pro zachování mravné společnosti – kromě medicíny (pacient) právo (klient), akademicko-pedagogická činnost (student), politika (volič) a obchodní exekutiva (spotřebitel). A protože nedostatek lidského konání spočívá v tom, že sám jedinec nemůže být ani absolutně inteligentní ani dokonale znalý všeho, co je třeba, je nutná spolupráce většího počtu lidí s různými názory na vše, aby se dohodli na tom, co je dobré a co zlé, je nutný interdisciplinární dialog, kterým nemyslím dialog lékařských oborů samotných. Tomu jsme stále vzdáleni a bylo by velice potřebné, abychom konečně zahájili v jiných zemích už běžné „consensus“ konference, protože subjektivní víra a přesvědčení jedince i oboru o ceně etiky může být mylná stejně jako diagnóza choroby nebo vědecká hypotéza.

Hodláme-li tedy zahájit klinický pokus či dokonce stal-li se naší běžnou pracovní metodou, mělo by nám být jasné, jaké jsou pro něj základní podmínky:

1. Humanita, vycházející ze základního předpokladu vědy, že má lidstvu sloužit a ne je ohrožovat, že každá studie, která je nebezpečná, neetická, neproveditelná nebo má limitovanou vědeckou hodnotu, by neměla být vůbec zahájena, protože nejvýznamnější součástí lékařské etiky je respekt k posvátnosti lidského života.
2. Autonomie, která musí přijmout skutečnost, že běžný pacient nebude vědomě riskovat své zdraví, svou šanci či dokonce svůj život pro kariéru vědce ani pro povznesení vědy.
3. Preciznost, čímž myslím jasně formulované otázky na počátku, poctivost v přístupu a použité metodologii – vůči sobě, pacientovi, spolupracovníkům i vědě, s odstraněním všech skrytých subjektivních motivů, a vědecky fundované odpovědi na konci pokusu.

4. Věrnost – představující dodržení principu bezúhonnosti, tzn. takového jednání, které by badatel připustil bez výhrady u každého druhého, a principu solidarity, který znamená rozhodování a jednání v konkrétní situaci příslušné společnosti, jejíž reakce jsou vymezeny na jedné straně konvencemi a na straně druhé státem sankcionovanými právními normami. Etickou výzvou výzkumnému pracovníkovi je uchovat delikátní bilanci mezi individuálním rizikem a všeobecným dobrem, bilanci umožňující splnit přání společnosti pro pokrok a přitom zachovat zásady chránící důstojnost, soukromí a svobodu jejích individuálních členů.

Klinický pokus není jen intencí lékaře samotného, ale strukturální částí lékařské profese, přijaté společností. Při dodržení podmínek, které ho ospravedlňují – odborných i etických – je vlastně integrální součástí etického imperativu, který by měl lékař znát a dodržovat, když intervenuje v tělech, duších a životech zranitelných, trpících lidských bytostí.

Vzniká tak otázka, jaký má být lékař, který provádí klinické pokusy. Jsou mu přisouzena děsivá privilegia, ale ještě větší jsou jeho závazky, aby privilegií nezneužil. Víme přece dobře, že mnoho docílených výsledků přináší výhody proti neexistujícím způsobům léčby, některé z nich jsou méně efektivní či dokonce neúspěšné. Jaké vlastnosti nás tedy opravňují jednat a dávají nám sílu brát na sebe takové právo?

První z nich je charakter, v hierarchii nejdůležitější, protože je konečným produktem ve vzorci, který sestává z mnoha složek. Patří k nim integrita, celistvost člověka v sobě samém, člověka, který realisticky uznává svůj talent, ale i své nedostatky, který nejedná nikdy v rozporu se svou vlastní myslí, který žije v osobní harmonii a který je proto schopen žít v harmonii se světem. Integrita je poctivost fixovaná v nitru. Poctivost k sobě samému dává předpoklad poctivých vztahů k ostatním. Mám na mysli poctivost ke spolupracovníkům a k pacientům. Už cesta po úzké linii vědecké poctivosti a podvodu je potenciálním nebezpečím osobním i pro společnost. Tím spíše vědomé klamání sebe sama, které samozřejmě přináší klamání druhých.

Jen ten, kdo dosáhl takových kvalit, jakými jsou takt, pokora, soucit a nefalšovaný respekt k druhým, se stává kvalitním lékařem. Jen takový člověk, který dosáhne onoho „vnitřního pohledu“, kterým se na něho dívají druzí, zvládně dokonale nezbytné mezilidské vztahy, a to nejen akademické (a ty jsou někdy velice narušené), ale i k pacientům. Šlo by to vyjádřit jednoduchou otázkou: Chováme se vždy k druhým tak, a léčíme své pacienty se stej-

nou poctivostí, kterou bychom chtěli mít v podobné situaci sami? Jsme dostatečně citliví k jejich osobním problémům a obavám?

Další součástí charakteru je kvalita loajality. Počet osob, kterým jsme loajalitou povinováni, je velký. Rodiče, manželé, děti a přátelé – ti všichni měli a mají podíl na tom, jací jsme. Dále naši učitelé a spolupracovníci, bez jejichž pomoci bychom nikdy nemohli adekvátně plnit své povinnosti, ale i naši žáci a studenti, kteří spoléhají na náš podíl pravdy. Ne posledními jsou naši pacienti, z nichž mnozí chtějí a potřebují nejen abychom je léčili, ale také abychom jim radili. Stále zůstává pravdou sentence, kterou vyjádřili před mnoha lety v Lancetu prof. John Mac Murray: „Právě tak jako učitel, který učí svůj předmět, a ne své žáky, je špatným učitelem, je lékař, který má v úmyslu léčit nemože místo pacientů, lékařem špatným. Pacient, jako osoba potřebující pomoc, musí být středem všech problémů v medicíně.“

Loajalita musí jít ruku v ruce s bezúhonností. Slušnému, opravdu bezúhonnému jednání nesmí bránit přirozené pocity předsudků a zaujetí. Měli bychom nabýt jistoty, že s každým, s kým přijdeme do styku – pacientem, kolegou a všemi ostatními – jednáme bezúhonně a že naše osobní zisky nejsou rozhodujícím faktorem našeho konání. I stále ironizující Voltaire řekl: „Nic není úctyhodnějšího než lékař, který... provádí své umění s obezřelostí a věnuje stejnou pozornost bohatému i chudému“ (k čemuž dodávám nejen ve smyslu hmotném, ale i duchem a veřejnou mocí).

Kromě charakteru musí mít lékař provádějící výzkum schopnosti, tj. vlastní znalosti a zkušenosti, ne jen ty, které shání od druhých. Spolu s nimi musí poznat i své limitace a samozřejmě i limitace, které určují druzí. Jeho snahou by mělo být dosáhnout maximální dokonalosti (perfektnosti), ale také nikdy se nepouštět do čehokoliv, co nemůže udělat dobře. Osobní iniciativa a odhodlání nemají nikdy ponechat jeho schopnosti menšími, než umožňuje jeho osobní potenciál.

Výzkumný pracovník potřebuje mít dokonalou kapacitu pro tvrdou práci, protože samotný talent a bystrost jsou nedostačující bez intelektuálního, emocionálního a fyzického životního náboje nebo bez příslušné etické motivace. Bez nich upadne brzy do průměrnosti.

A protože v dnešním specializovaném světě není možné vystačit s praxí individuální, potřebuje mít smysl pro práci týmovou a pochopit, že při nepopíratelném individuálním příspěvku každého jedince je třeba ponechat stranou vlastní zájmy a že pouze v závislosti na druhých, v přátelském a kooperativním duchu bude schopen hrát integrální roli

na docílení výsledku, který bude mnohem větší než ten, kterého by docílil sám. To nikterak nepopírá potřebu tůvrcí samoty, která je nezbytná pro naplnění kontinuální touhy po nových vědomostech, dosažitelné jen trvalým, individuálním studiem a osamocenou kontemplací. Ti, kteří mě ovlivňovali v mládí a kteří mě ovlivňují i dnes, mě podstatně více ovlivnili vysokou kvalitou mysli (či ducha) než zručností. Člověk graduovaný dnes, který se zítra přestane učit, je pozítří nevzdělaný. Povinnost trvalého studia máme vůči sobě, svým spolupracovníkům, studentům i pacientům, zvláště když víme, jak se poločas biomedicínálních vědomostí neustále zkracuje. Věk by měl tuto povinnost, či lépe touhu, znásobovat. (Goethe psal Fausta po své osmdesátce.)

Doplňkovými, avšak stejně nepostradatelnými vlastnostmi výzkum provádějícího klinika jsou klid, optimismus a trochu smyslu pro humor. Tím posledním myslím naučit se hledat humor v sobě. Velice to usnadní úspěch ve světě osobních setkání či mnohdy – přesněji vyjádřeno – osobních srážek. Je zarážející, u kolika lidí se tento aspekt personality nevyvinul nebo se vyvinul nesprávným směrem, cíleným na druhé. A konečně chci zmínit potřebu vědomí pravé hodnoty času. Čas je klíčem, který odemýká dveře příležitosti. Mrhat jím je nerozumné. Historie, filozofie, vědy i básnictví – vše proklamuje hodnotu času a přechodnou přirozenost bytí člověka na této Zemi. Čas nelze ani vrátit, ani nahradit.

Vzestup vědecké, technické a klinické schopnosti vyžaduje náležitě vybalancovanou kompetice etické, tak aby celek vyústil v konání, směřující k dobru všeobecnému i k dobru jedince, aby se přístup oborový, dosud často převládající, změnil v přístup problémový, tj. aby nebylo otázkou, který obor je prioritní, ale aby se prioritou stal problém, tj. nemoc příslušného jedince. Je samozřejmé, že taková koncepce může být realizována jen při splnění dvou okolností – dobrých učitelů a schopných studentů.

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Ikdyž vývoj lidstva velice mnohé opravil a změnil, zůstává Hippokratova přísaha z 5. století před Kristem (viz dále) základním zákonem medicíny. Nejsem si jistý, kolik studentů medicíny a mladých lékařů ji zná. Snažíme se tento nedostatek napravit a také jsme navrhli, aby zmínka o ní byla inkorporována do doktorské sponse. Zmiňuje úctu a věrnost učitelům a rodičům, povinnost nezištně učit, věnovat všechny své schopnosti a znalosti ve pro-

spěch nemocných, nepoškodit je, nýbrž jim prospívat bez postranních úmyslů a jejich tajemství skrýt v sobě. Dodržet tyto principy předpokládá být moudrým.

Moudrost ovšem nepředpokládá jen imperativ trvalého vzdělávání, protože ani nejvyšší suma vědomostí ještě nepřináší moudrost, ale také imperativ dokonalého řazení životních hodnot – včetně dokonalého přístupu k nemocným. Nestačí se starat o nemocná těla, ale i o nemocné duše. Právě ony jsou jedinečné, vědí a pamatují si, milují a trápí se, mají rády a nenávidí. Ony zajišťují náš individuální pocit látky, krásy a naše tajemství. Jen moudrý lékař je u svých pacientů hlídá, pečuje o ně a střezí se je poranit – a když přece jen jim musí ublížit, pak s hlubokým pochopením a přesvědčením, že i život v šedi může mít odstíny či dokonce barvy, že může znát i jiné než beznadějně polohy – víru, rodinu, přátelství, lásku a snad i ty nevkusným užíváním v minulosti pokleslé hodnoty, jakými jsou rodná země, nezaměnitelný jazyk a tradice. O nich a o mnoha dalších musí moudrý lékař svého strádajícího pacienta přesvědčit a pomáhat mu je získat, aby byl jeho život únosný a naplněný. Je to výmluvné a otřesné, že střední vzdělání má jen 8 procent zdravotně postižených jedinců a do práce bylo začleněno jen 25 procent invalidů produktivního věku.

Pro nastolení etických principů a pro humanizaci medicíny jsme zřídili Ústav všeobecné vzdělanosti a lékařské etiky, ale usilujeme o to, aby etické principy prolínaly veškerou výukou či lépe veškerou činností našich učitelů. Otázek, které je třeba studentům zodpovědět, kromě těch zcela zásadních (např. péče o umírající, kvalita života, kontrola chování, sociální odpovědnost, zásady klasifikace hodnot), je mnoho. Patří mezi ně i otázky dosud nevyjasněné – např. problém kontroly reprodukce, klinických pokusů, pokusů na zvířatech, aktivní i pasivní euthanazie, genetického inženýrství, rozhodování v nedostatku (větší potřeba než možnosti) a řady dalších, včetně v současnosti i nás zneklidňujících aktivit tzv. alternativní medicíny.

Ještě jeden úkol chci v této souvislosti zmínit. Chceme vzbudit a do mysli našich studentů zapustit vztah a úctu k tradicím české medicíny, protože z ní a v úctě k ní můžeme budovat novou lepší českou medicínu. Akademik Jirásek o ní kdysi napsal: „Tradice je všechno to, co nám zachovaly předchozí generace – vědomosti (i když ty nejméně), zkušenosti, mravní přesvědčení, postoj k člověku vůbec a k nemocnému zvláště, vztah spolupracovníků k sobě a k vedení, kriticismus vlastní práce, slavné činy velkých předchůdců i celého souboru.“ Mnozí věhlasnější, mocnější a bohatší v zahraničí nám tradici závidí, zatímco nám je lhostejná.

AKADEMICKÁ OBEC

Dlouhá léta negované pojetí akademické obce, akademických svobod a povinností nabývá znovu na významu. Ide nám o to, aby se litera zákona stala životaschopnou skutečností. V prvé řadě chceme vrátit – v modifikaci formované staletími – pravý význam slovu „universitas“. V období vzniku vysokých škol neznamenal školu, nýbrž obec všech studentů a mistrů, tedy to, co dnes označujeme termínem akademická obec.

Jedna její část, univerzitní učitelé, má mimořádné povinnosti a mimořádnou odpovědnost. Vzniká otázka „jaký má být vysokoškolský učitel“. Za rozhodující považujeme požadavek, aby učil nejen ve chvílích vlastního pedagogického aktu, ale celým svým konáním, celým svým životem – odborným i soukromým. Jen takový učitel získá u studentů i u spolupracovníků náležitou váhu a přirozený respekt. Bytí odborné nelze od bytí soukromého oddělit. Vysokoškolský učitel by měl své učitelské povinnosti překračovat a uvědomit si, že neučí jen studenty, ale i své mladší spolupracovníky. Cílem pedagogické (a návazně i vědecké) činnosti je založit odbornou, osobitou školu (nebo v ní pokračovat), tedy prostředí, v němž se radostně a s úspěchem opravdu učí a tvoří nové hodnoty vědeckého poznání ve prospěch medicíny. Jen v takovém prostředí vzniknou ty nejlepší podmínky k nejdokonalější výchově lékařského dorostu (a léčení nemocných). K dosažení toho je nutné postupovat promyšleně a systematicky. Úlohy a povinnosti učitele lze vyjádřit takto:

Ukázat současný stav oboru, zaujmout k němu vlastní stanovisko, podtrhnout styk s ostatními obory, vylíčit vlastní praxi, a to ve vztahu:

1. K posluchačům lékařství: ukázat přehled nejdůležitějšího na nemocných; odhalovat nedostatky, ukázat výsledky; demonstrovat hranice oboru.
2. Ke spolupracovníkům: žít příkladem v denní práci (co nejvíce poznánek, poučení).
3. K ostatním, a zejména starším pracovníkům oboru vlastního i oborů spolupracujících: přednášky a publikace, snaha po pravdě.

Významným předpokladem výuky je niterný poměr k žákům, vyjádřený dokonalou přípravou praktik a přednášek, které musí být promyšlené a vybroušené. Při širokém zpracování témat je nutné ukázat studentům, co je nového či sporného a učít je jak medicínsky myslet, dávat jim podněty k otázkám, hledat zdůvodnění a předkládat podněty k dalšímu studiu. V praktické výuce je třeba dbát na získání co největšího množství zrůčností a dovedností. Rozhodně se musí učitel vyzarovat základních chyb – nepřipravenosti a trapné improvizace,

čtení přednášky, rozvláčnosti, nic nesdělující mnohomluvnosti, nesrozumitelnosti obsahové i formální, žargonu a nepříjemných návyků. I čeština má být vybroušená a opravdu česká. A ještě něčemu je nutné stále učit – všeobecnému vzdělání a etice.

Kvalita studentů a posléze absolventů fakulty je určena jejich výběrem, vyjádřením cílů výuky a osobnostmi učitelů. Testy, užívané při přijímacím řízení, jsou sice objektivní, ale po našem soudu nedostatečné. Chceme brát zřetel i na psychické a morální kvality uchazečů, které jsou pro lékařské povolání neodlučitelné. Pokud jsme se naléz v vhodný způsob. Je to obtížné, nicméně zvládnutelné. A přijmeme-li ty nejschopnější z uchazečů, pak nechceme a nemůžeme souhlasit s představou, že selekce studentů má probíhat až v průběhu studia. Chceme docílit v analogii s tendencemi některých zahraničních fakult, aby ti, co začínou na fakultě studovat, studia dokončili. Proč bychom je měli přijímat za členy akademické obce a přijímat jejich slib při vědomí, že jich určité procento tak jako tak vyloučíme? Proto také pokládáme immatrikulaci nových studentů za významný akt a k jejímu obsahu připojujeme i důstojnou formu.

Vzájemné vztahy celé akademické obce se snažíme na fakultě vybudovat postupným vytvářením prostředí, označovaného na amerických univerzitách pojmem „campus“. V něm vzniká a utváří se vnitřní život a vlastní, specifický duch fakulty, rovnovážný společnými zájmy a snahami. Jak přijímání studentů, tak jejich odborná a morální výchova je snazší na středně velké fakultě, na které jsou osobní i odborné vztahy jednodušší, bezprostřední a sledovatelné. Máme to velké štěstí, že jsme v polistopadovém období získali pro vytváření takového campu dobré prostředí.

Akademická obec 2. lékařské fakulty si je dobře vědoma sounáležitostí s akademickou obcí univerzity. Univerzitu ctí, snaží se o optimální vztahy s jejím vedením a udržuje a povyšuje její tradice ve všech směrech.

Chceme vést, v přiděleném období svých funkcí, fakultu a její akademickou obec ve zmíněných intencích a chceme v tom být silní, vědomi si toho, že „slabost je jedinou chybou, kterou nemůžeme napravit“. Nezastáváme přísloví, které praví, že „moudřejší ustoupí“. Mohla by nabýt převahu hloupost. A to nechceme a nesmíme dopustit.

KOMPETENCE (VERSUS KONSENSUS)

Svoboda, získaná po dlouhém období útlaku, a zmatené představy o demokracii, přinášejí rozpo-

ry. Setkáváme se s nimi na všech úrovních a ve všech složkách našeho života a nevyhýbají se ani životu na fakultách a v nemocnicích. Připomínám obecně zjištěné vztahy fakult a fakultních nemocnic (bohudíky ne u nás), kompetenční nejistoty mezi vedením fakult a akademickými senáty, někdy rozporuplná konkursní řízení s možnými chybami na obě strany. Těmito problémy se však nechci zabývat. Na mysli mám otázky kompetence vedoucích pracovníků, kteří buď byli zvoleni nebo vybráni konkursním řízením, kteří získali důvěru a musí ji naplnit. Jejich úloha není lehká, zvláště v současném rozporuplném období. Jak ji mají naplnit?

Vedoucí pracovník má mnohá práva. Musí je mít, protože by bez nich nemohl vést, nemohl rozhodovat. A tak, i když je vedoucí postavení výrazem cti, je mnohem více výrazem svěřené odpovědnosti. Za svěřený úsek, za fakultu či nemocnici, za kliniku i ústav, za jejich úroveň, postavení a prestiž, a do určité míry i za osudy spolupracovníků. Proto musí mít vedoucí pracovník nejen odborné schopnosti, ale i charakter. Tak získá autoritu a úctu. Jestliže člověk není autoritou, nezaslouží si, aby se k němu ostatní chovali jako by jí byl. Úcta, a z ní pramenící respekt, musí být přirozené. Na každém ústavu a na každé klinice by se měla odrážet osobnost vedoucího.

Rozhodujícím, nejcennějším, i když nehmataelným aktivem každého ústavu je jeho linie, tedy koncepce práce, která je uložena v myslích vedoucích pracovníků. Je nesrovnatelně důležitější než materiální zabezpečení. Čím by měla být doplněna? Osobními vlastnostmi přednostů. Vedoucí pracovník musí být všude včas, musí pracovat přesně, tj. být o všem přesně informován a vším potřebným vybaven v dané chvíli. Musí přesně plnit úkoly a soustředit se na úkoly hlavní. Musí být znalý, zdatný, schopný řídit, musí být taktní a bezohledný, tj. musí dokázat provést i tvrdá a nepopulární opatření, realizovat potřebná rozhodnutí i vůči známým a po verdiktu na ně více nemyslet. Při neschopnosti a indolenci spolupracovníka volit radikální cestu. Musí rozhodovat rázně, jednoznačně. K předloženým problémům musí mít jasný postoj. Musí si být jistý sám sebou a dokonale se ovládat. Každý se musí sám vypořádat s otázkou, jaké kompromisy je ochoten udělat s politickými, filozofickými i ekonomickými zásadami státu, univerzity, fakulty a dalších institucí, na kterých mu jakkoliv záleží. Nesmí patřit k těm, kteří obětují zásadu, aby zachovali mír. V tomto smyslu by na ústavech a klinikách měly zavládnout určité obecně platné principy, vycházející z vědomí, že lidé nejsou stejní, že si nejsou rovni, že tedy nestačí vyžadovat průměr, ale chtějí více a být při tom přísný, ale i citlivý, pro-

tože je někdy obtížné nevzít své domácí starosti s sebou do práce. Myslím, že nastala doba, kdy je třeba pozice přednostů posílit. Tedy nejprve naplnit kompetence a pak zvažovat konsensus. Nevhodné kompromisy nevedou k ničemu.

KULTURNOST

Život lékaře, dobrého lékaře, má, resp. musí být životem všestranným. Životem, který má v úctě všechno živé, který s živým cítí a umí zacházet, i životem, který ctí krásu. Tu, která byla stvořena – přírodu, jejíž jsme součástí, i tu, kterou vytvořili lidé. Kdo víc než právě lékaři mají povinnost zvýšit naši pokleslou kulturnost. Proto všemožně usilujeme na fakultě o to, aby se naši studenti a budoucí lékaři, ale i naši učitelé obklopili vzdělaností v naplněném významu toho slova, který zahrnuje dokonalý přehled po celém širokém poli všech hodnot lidské kultury, aby hledali prameny pravdy a poučení ve všem, co nás obklopuje, a spolu s nimi i prameny dobra, krásy a víry v jejich vítězství. Patří k nim nejen věda, ale také veškeré umění. Vztah k umění a dokonce jeho aktivní pěstování odedávna k medicíně patří. Nemyslím, že lékaři vyhledávají umění proto, aby si odlehčili v nelehké práci. Jsem přesvědčen, že umění je jakousi integrální součástí medicíny a nezbytnou složkou lékařova života. Proto jsme uvedli na fakultě v život cyklus komorních koncertů, uspořádáme výstavy výtvarného umění a vešli jsme v úzkou spolupráci se soukromým nakladatelstvím H&H a knihkupectím, které v nemocnici otevřelo malou prodejnu. Vydavatelská činnost, která už byla zahájena, slibuje nejen spolehlivé a rychlé zajištění studijních materiálů, ale i vydávání monografií a paramedicínské literatury. Uskutečňuje se tak fakultou vysněné přání mít vlastní „publishing house“.

Ovšem kultura, kulturní společenství, to nejsou jen knihy, obrazy, vážná hudba a učené společnosti. To jsou také civilizované vztahy mezi lidmi, společně užívaná hierarchie hodnot, skromné, ale nepovolné národní sebevědomí, úcta k tradici, k poctivé práci i poctivému slovu, jsou to také dobré školy. Jsou to také vztahy lékařů a pacientů. Směřuji k názoru, že lékaři by měli mít, resp. měli by chtít mít zásadní podíl na utváření věcí veřejných.

QUO VADIS, FACULTAS MEDICA SECUNDA?

Stanovené cíle se týkají činnosti pedagogické, vědecké, zdravotnické a samozřejmě i obecně kul-

turní. Všechny cesty, které k jejich dosažení vedou, musí být naplněny kvalitami hodnými tradic našeho národa a naší univerzity.

Kvalitu a akademickou výjimečnost fakulty by měly zajistit:

- 1) Vysoké lidské hodnoty členů akademické obce, vztahy vzájemného respektu (esprit de corps).
- 2) Vysoká úroveň pedagogického sboru.
- 3) Přísná kritéria habilitací a jmenovacích řízení profesorem.
- 4) Vysoká znalostní i morální úroveň studentů.
- 5) Rekonstrukce studia (studijních plánů).
- 6) Dlouhodobé hodnocení práce ústavů a klinik studenty a učiteli a otevřené hodnocení zevní.
- 7) Otevření fakulty působení externistů (fakultní nemocnice, ostatní lékařské i nelékařské fakulty, ČAV, ILF, výzkumné ústavy).
- 8) Spolupráce se zahraničními lékařskými fakultami a ústavu.
- 9) Povýšení vědecké práce na náležitou úroveň. Východiskem pro další plány musí být úvaha, že nemá cenu opakovat staré experimenty, musí to být experimenty nové, aby to vůbec experimenty byly. Věda není aplikací toho, co jiní jinde objevili. Budeme se muset lépe naučit odlišovat důležité od bezvýznamného a pochopit to, co lapidárně vyjádřil pan Poincaré: „Věda je stavěna pomocí fakt stejně jako dům pomocí kamenů. Ale hromada faktů není o nic víc vědou než hromada kamení domem“. Nestačí tedy jen pozorovat a sbírat fakta, ale třídit je a hodnotit a syntetizovat je, neboť syntéza je nejvyšším stupněm vědy. Tak vznikají hypotézy a pak teorie. Budeme vyžadovat na svých spolupracovnících všechno, co má vědecký pracovník vlastnit: nadšení, vytrvalost, soustředění, originalitu, samostatnost, etiku, kontakt s přírodou, kontakt s lidmi, stručné, jednoduché formulace faktů a formulace hypotéz logickou argumentací; a také vědomí, že věda o sobě není jen věcí intelektu, ale i mravnosti.
- 10) Participace na zdravotnické péči mírou, která je hodna nejvyššího uznání, je všeobecně uznávaná a vyhledávaná.
- 11) Zvýšení všeobecné kulturnosti všech členů akademické obce, ústavů i klinik.
- 12) Nesmlouvavé dodržování principů Hippokratovy přísavy, které prolnou myslí všech, kteří na fakultě pracují a studují.
- 13) Optimalizace vztahů s univerzitou.
- 14) Udržování a povznesení posvátných tradic české medicíny, Karlovy univerzity i fakulty.
- 15) Aktivita členů Konsorcia 2. lékařské fakulty, kterými jsou významní představitelé veřejného života – nelékaři.
- 16) Prohlubování kontaktů s vynikajícími kulturními nelékařskými institucemi.

17) Navázání optimálních vztahů s nelékařskou veřejností, její dokonalá informace o stavu a záměrech fakulty i o vzájemných problémech.

Rekonstrukci studia zakládáme na následujících principech:

- 1) Zjištění rozsahu nezbytných faktických znalostí (cor of curriculum).
- 2) Preferenci interaktivních forem výuky v malých skupinách.
- 3) Styku s pacienty od samého začátku studia.
- 4) Výkladem v teoretických oborech na bázi vývoje jedince, v praktických oborech propojením oborů dětského věku a oborů medicíny pro dospělé.
- 5) Zavedení nových moderních oborů medicíny a restrikci množství informací oborů „klasických“.
- 6) Interakci teoretické a praktické medicíny.
- 7) Aktivním podílu studentů na výuce.
- 8) Získání a ověření základní způsobilosti pro samostatnou vědeckovýzkumnou práci.
- 9) Využívání moderních audiovizuálních pomůcek, výpočetní techniky a akcentaci praktických aspektů výuky.
- 10) Konfrontaci vlastních výukových postupů s postupy a zkušenostmi ostatních lékařských fakult v zahraničí s jednoznačným cílem zůstat vždy fakultou českou.

Snad bych měl v závěru shrnout, o co nám jde. Pokoušíme se na fakultě navodit prostředí pro stimulaci poznatků, na ústavech a klinikách nastolit atmosféru upřímného, vyrovnaného vztahu plného porozumění ke všem, solidarity a vzájemné důvěry, prostě atmosféru, která spravedlivě rozděluje povinnosti a práva, má dokonalou organizační strukturu a disponuje důkazy o vykonané práci. Předpoklady pro ni dávají pravda a spravedlnost, nestrannost, ukázněnost a smysl pro pořádek, přesnost, pevné slovo, kritičnost k sobě i jiným. Při tom si troufám tvrdit, že odborník – i přednost – který se nikdy nemýlí, je velmi nebezpečný. Pacientům, kolegům i studentům. Jde tedy o to, aby nám všem bylo společné jedno: zaujatý, soustředěný pohled party ukázněných jedinců. Laskavost, která by měla všeobecně zavládnout, ovšem neznamená toleranci nedostatků – s těmi je třeba včas a rázně skončit. Byl bych rád, kdybychom plodně diskutovali a poslouchali názory druhých, ovšem jen tehdy, jsou-li hodnotné, a rozhodovali jen o věcech, kterým rozumíme. Chceme usilovat o stálé, plynulé zachování důstojnosti univerzity a fakulty všemi členy akademické obce, protože všichni jsme reprezentanty národní kulturnosti – jedněmi z nejpřednějších. To se musí ve všem projevit. Usilujeme o to, aby naši studenti mohli být na svoji fakultu a na svoje učitele hrdí a my abychom se svými žáky mohli pyšnit.

turní. Všechny cesty, které k jejich dosažení vedou, musí být naplněny kvalitami hodnými tradic našeho národa a naší univerzity.

Kvalitu a akademickou výjimečnost fakulty by měly zajistit:

- 1) Vysoké lidské hodnoty členů akademické obce, vztahy vzájemného respektu (esprit de corps).
- 2) Vysoká úroveň pedagogického sboru.
- 3) Přísná kritéria habilitací a jmenovacích řízení profesorem.
- 4) Vysoká znalostní i morální úroveň studentů.
- 5) Rekonstrukce studia (studijních plánů).
- 6) Dlouhodobé hodnocení práce ústavů a klinik studenty a učiteli a otevřené hodnocení zevní.
- 7) Otevření fakulty působení externistů (fakultní nemocnice, ostatní lékařské i nelékařské fakulty, ČAV, ILF, výzkumné ústavy).
- 8) Spolupráce se zahraničními lékařskými fakulami a ústavu.
- 9) Povýšení vědecké práce na náležitou úroveň. Východiskem pro další plány musí být úvaha, že nemá cenu opakovat staré experimenty, musí to být experimenty nové, aby to vůbec experimenty byly. Věda není aplikací toho, co jiní jinde objevili. Budeme se muset lépe naučit odlišovat důležité od bezvýznamného a pochopit to, co lapidárně vyjádřil pan Poincaré: „Věda je stavěna pomocí fakt stejně jako dům pomocí kamenů. Ale hromada faktů není o nic víc vědou než hromada kamení domem“. Nestačí tedy jen pozorovat a sbírat fakta, ale třídit je a hodnotit a syntetizovat je, neboť syntéza je nejvyšším stupněm vědy. Tak vznikají hypotézy a pak teorie. Budeme vyžadovat na svých spolupracovnících všechno, co má vědecký pracovník vlastnit: nadšení, vytrvalost, soustředění, originalitu, samostatnost, etiku, kontakt s přírodou, kontakt s lidmi, stručné, jednoduché formulace faktů a formulace hypotéz logickou argumentací; a také vědomí, že věda o sobě není jen věcí intelektu, ale i mravnosti.
- 10) Participace na zdravotnické péči mírou, která je hodna nejvyššího uznání, je všeobecně uznávaná a vyhledávaná.
- 11) Zvýšení všeobecné kulturnosti všech členů akademické obce, ústavů i klinik.
- 12) Nesmlouvavé dodržování principů Hippokratovy přísahy, které prolnou myslí všech, kteří na fakultě pracují a studují.
- 13) Optimalizace vztahů s univerzitou.
- 14) Udržování a povznesení posvátných tradic české medicíny, Karlovy univerzity i fakulty.
- 15) Aktivita členů Konsorcia 2. lékařské fakulty, kterými jsou významní představitelé veřejného života – nelékaři.
- 16) Prohlubování kontaktů s vynikajícími kulturními nelékařskými institucemi.

17) Navázání optimálních vztahů s nelékařskou veřejností, její dokonalá informace o stavu a záměrech fakulty i o vzájemných problémech.

Rekonstrukci studia zakládáme na následujících principech:

- 1) Zjištění rozsahu nezbytných faktických znalostí (cor of curriculum).
- 2) Preferenci interaktivních forem výuky v malých skupinách.
- 3) Styku s pacienty od samého začátku studia.
- 4) Výkladem v teoretických oborech na bázi vývoje jedince, v praktických oborech propojením oborů dětského věku a oborů medicíny pro dospělé.
- 5) Zavedení nových moderních oborů medicíny a restrikci množství informací oborů „klasických“.
- 6) Interakci teoretické a praktické medicíny.
- 7) Aktivním podílu studentů na výuce.
- 8) Získání a ověření základní způsobilosti pro samostatnou vědeckovýzkumnou práci.
- 9) Využívání moderních audiovizuálních pomůcek, výpočetní techniky a akcentaci praktických aspektů výuky.
- 10) Konfrontaci vlastních výukových postupů s postupy a zkušenostmi ostatních lékařských fakult v zahraničí s jednoznačným cílem zůstat vždy fakultou českou.

Snad bych měl v závěru shrnout, o co nám jde. Pokoušíme se na fakultě navodit prostředí pro stimulaci poznatků, na ústavech a klinikách nastolit atmosféru upřímného, vyrovnaného vztahu plného porozumění ke všem, solidarity a vzájemné důvěry, prostě atmosféru, která spravedlivě rozděluje povinnosti a práva, má dokonalou organizační strukturu a disponuje důkazy o vykonané práci. Předpoklady pro ni dávají pravda a spravedlnost, nestrannost, ukázněnost a smysl pro pořádek, přesnost, pevné slovo, kritičnost k sobě i jiným. Při tom si troufám tvrdit, že odborník – i přednosta – který se nikdy nemýlí, je velmi nebezpečný. Pacientům, kolegům i studentům. Jde tedy o to, aby nám všem bylo společné jedno: zaujatý, soustředěný pohled party ukázněných jedinců. Laskavost, která by měla všeobecně zavládnout, ovšem neznamená toleranci nedostatků – s těmi je třeba včas a rázně skončit. Byl bych rád, kdybychom plodně diskutovali a poslouchali názory druhých, ovšem jen tehdy, jsou-li hodnotné, a rozhodovali jen o věcech, kterým rozumíme. Chceme usilovat o stálé, plynulé zachování důstojnosti univerzity a fakulty všemi členy akademické obce, protože všichni jsme reprezentanty národní kulturnosti – jedněmi z nejpřednějších. To se musí ve všem projevit. Usilujeme o to, aby naši studenti mohli být na svoji fakultu a na svoje učitele hrdí a my abychom se svými žáky mohli pyšnit.

O znaku 2. lékařské fakulty UK v Praze

Doc. MUDr. PAVEL KASAL, CSc.

Akademická heraldika je svébytnou oblastí, jejíž kořeny mají u starobylých univerzit přímou návaznost na ostatní atributy původní heraldiky rodové. V nové době jsou znaky fakult prestižně využívány především v anglo-americké oblasti, kde je heraldická symbolika významnou součástí reprezentace školy na všech úrovních a při nejrůznějších příležitostech.

U nás dosud řada fakult svůj znak nemá a v případě potřeby je užíván znak příslušné vysoké školy se specifickým nápisem. Jako stále naléhavější nedostatek se projevovává tato situace i na 2. lékařské fakultě, jejíž původní znak zásadně nevyhovoval (tématicky i výtvarným zpracováním). Na jaře roku 1992 byl proto vyhlášen konkurs se zadanou tematikou, kterou byla variace na tradiční symboliku lékařské fakulty již z doby založení Univerzity Karlovy – znak pelikána.

Námět vychází ze starověkého symbolu obětavosti. Antická bajka, převzatá od starých bestiářů anonymním fyziologem už ve 2. století po Kristu, je ovšem ve svých verzích dramatičtější. Podle jednoho výkladu zabili pelikáni svá mláďata při neúměrně výchovné snaze. Matka si třetího dne po jejich smrti rozdrásla žalem hruď a vytrysklá krev, která zkropila mrtvolky, dala mláďatům ožít. Podle druhé verze zabil mláďata jedem, vystříknutým po větru, zlomyslný had. Další výklad bajky je totožný s prvním. Konečně se uvádí, že mláďata zabila přemrštěným projevem něhy jejich matka a zoufalý otec, který je našel po třech dnech, si zobákem rozerval hruď a krev, kanoucí z jeho ran, mláďata oživila. Věřilo se, že pelikán krmí svá mláďata vlastní krví.

Příslušná heraldická figura se nazývá „pelikán na hnězdě“. Zobrazuje vždy krom ptáka i mláďata včetně krupějí krve, kanoucí z zobáku matky. Ve znacích českých měst jsou příkladem využití tohoto motivu Lučany nad Nisou nebo obec Zdislava (obr. 1, 2). Dále se pelikán objevuje kupříkladu v takzvaném klenotu rodového erbu hraběte Mensdorf-Pouillyho (obr. 3). Motiv pelikána, který krmí vlastní krví svá mláďata, připomíná v křesťanství hluboký smysl učení o eucharistii a zmrt-

výchvstání. Také Ježíš Kristus obětoval svou krev a přivedl svět k novému životu. V křesťanské symbolice je proto pelikán symbolem Kristovy oběti na kříži, křesťanské obětavosti a lásky k bližnímu.

Pro 2. lékařskou fakultu byl zvolen tento znak nejen z hlediska tradice, ale i přítomnosti mláďete, které akcentuje zaměření fakulty na dětský věk. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy přijala totiž rovněž znak pelikána (obr. 4), 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy zvolila motiv insignie s hlavou Karla IV., jenž je zcela odlišný (obr. 5).

Při konkursu výtvarných námětů se výběr řídil především splněním základního zadání, zamítnuta byla kupříkladu jinak velmi zajímavá kompozice hlavy ptáka s kapkou krve bez mláďete (obr. 6). Dalším aspektem byl požadavek stylové shody se znakem Univerzity Karlovy, v sousedství kterého se bude znak fakulty v tištěné podobě velmi často objevovat. Z tohoto hlediska byl nakonec odmítnut i návrh znaku ovalního tvaru se zobrazením ptáka působícím vedle středověkého znaku Univerzity Karlovy poměrně moderně (obr. 7).

Definitivně přijatý znak 2. lékařské fakulty je tedy následující (obr. 8): stříbrný pelikán s rozepjatými křídly a se zlatou zbrojí (zobák), s kapkou krve kanoucí do otevřeného zobáku mláďete, které je krmeno. Podklad je červený s bílým kosočtverečným linkováním. Kruhový popis znaku „FACULTAS MEDICA II UNIVERSITATIS CAROLINAE“ a dále pak „MOTOL“ v dolní části vnějšího mezikruží. Základní popis je proveden obdobným písmem jako nápis na znaku Univerzity Karlovy.

Heraldické zvíře naší fakulty je jistě živočichem velmi atraktivním a zajímavým, a to nejen způsobem života, ale i svým intelektem, který je hodnocen ze všech ptáků nejvýše. Z historie je kupříkladu známo, že císař Maxmilián II. měl ochočeného pelikána, který ho následoval na každém kroku.

V rámci známé akce sponzorství zvířat zoologické zahrady v Praze dotuje naše fakulta samozřejmě právě její hejno pelikánů. Při jejich návštěvě je možno porovnat zdařilost zobrazení skutečnosti se znakem 2. lékařské fakulty, který je umístěn přímo na kleci s poděkováním za sponzorování.

Obr. /1/



Obr. /2/



Obr. /3/





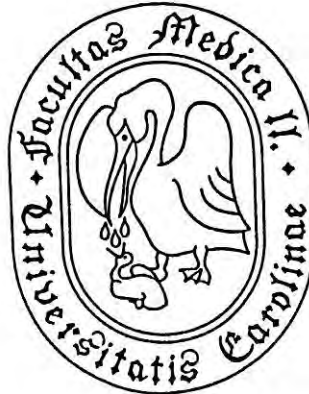
Obr. /4/



Obr. /5/



Obr. /6/



Obr. /7/



Obr. /8/

„Být lékařem nekompromisním, charakterově čistým, čestným a přesným,
pokud je exaktnost v medicíně možná.“

[ART HUR HAILEY]

Odpovědnost a odborná výchova lékařů

Prof. MUDr. BOHUSLAV NIEDERLE, DrSc.

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc., nar. 1907, bývalý přednosta chirurgické kliniky Fakulty dětského lékařství v Praze – Motole, přednesl uvedený text 13. června 1991 v Libochovicích (tedy před 2 roky), kdy mu byla předána Purkyňova cena prezidiem České lékařské společnosti. Bylo to při našem vstupu do nového života po zlomu totalitního režimu. Od té doby snad bylo již nejedno úskalí v proslavu zmíněné, upraveno.

Psal se rok 1631, když Komenský ve vyhnanství dokončil svou první Didaktiku, psanou česky – pro národ, kterému tehdy, za třicetileté války, hrozila zkáza hmotná i mravní. Záchranu viděl především ve výchově mládeže, výchově obdivuhodně promyšlené, ve výchově k „ctností a maudrosti“, jak říkal, a tím i k obnovení lidské důstojnosti. Čekal, že se brzy vrátí domů, ale k tomu nedošlo a Didaktika vytištěna nebyla. Později ji převedl do latiny a rozšířil, a nově, již kosmopolitické „artificium docendi“, vyšlo v Amsterdamu jako tzv. *Didactica magna*. Původní české dílo bylo ztraceno.

A právě zde, v Purkyňově rodišti, v prostorách libochovického zámku, rád připomínám, že to byl Purkyně, který již dávno oželenou českou Didaktiku objevil. Když se doslechl, že se v Lešně nalézají nějaké spisy Komenského, vypravil se tam osobně a našel její opis. Komenského ověřený, v archivu tamnější obce. Nebyl mu sice vydán, ale získal alespoň povolení k jeho opisu pro Národní muzeum a českou Didaktiku tak zachránil.

Je pozoruhodné, že toto dílo, již 360 let staré, má stále co říci i dnes, kdy znovu hledáme cesty jak zachránit zpustošenou zem a vyvést lidi, ochromené padesátiletým bezprávím, falší a strachem, z jejich duchovní malátnosti.

Všeobecnému úpadku neuniklo ani naše zdravotnictví, a hrubě zaostalo nejen vybavením, ale i odborně a lidsky. Vidíme, že právě obnovená Česká lékařská komora si vytkla podobné cíle, do jakých kdysi vkládal své naděje Komenský. Smysl svého poslání ve zdravotnictví vidí totiž především ve vzkrášení a strážení etiky lékařů a ve zvýšení jejich odborné úrovně. Chce jim tak vrátit vážnost a přispět k lepší zdravotní péči.

Ale jak křísit ty „ctnosti a moudrost“ lékařů?

Prioritu má etika: „*Mores primum, mox sapientiam disce, quae sine moribus, male discitur!*“ – hlásal už kdysi Seneca. Vedle mravní obrody je však třeba u lékařů stupňovat i odpovědnost odbor-

nou, a to jejich lepším vzděláním, jemuž je vždy úměrná. V obojí té odpovědnosti jsou zašifrovány parametry dobrého lékaře a nejlepší služby nemocnému.

Nejsem povolán, abych mohl zasvěceně hovořit o dnešní potřebné výchově lékařů. Neznám úpravy, které již probíhají, ani plány, které se jistě kupí na fakultách a ministerstvech. Prožil jsem však mnohé formy a reformy ve školství, poznal věci dobré i špatné, často jen s grimasou pokrokovosti, a mohl jsem sledovat, jak kolísá odpovědnost lékařů podle mentality a mravních názorů doby. Rád bych těmi prožitky, příklady i výstrahami přispěl k úvahám, jak vést lékaře, aby naplnil své poslání. Odvážím se i k některým kritickým připomínkám a námětům.

Domnívám se, že nelze čekat nějakou rychlou nápravu mentality a jednání mnohých zdravotníků. Prošli dobou, která sice stavěla kolektiv nad zájmy jednotlivce, ale jen na zásadách materialistických, a bořila řadu mravních hodnot, k nimž léta směřovala víra či moudrost nebo zkušenost. Násilná ideologie ztroskotala, místo k sblížení vedla k odcizení lidí, k vzájemné lhostejnosti a k sobectví až nestoudnému, a to i ve zdravotnictví. Není snadné změnit dospělého. Už Komenský ve zmíněné *Didactice* říká: „*Docilit, aby člověk hříchu navykly udělal pokání, je zázrak.*“

Myslím, že trochu toho sobectví bývá již vrozeno a výchova vlastně spočívá v jeho odvykání už od dětství, v rodině a ve škole. Jsem proto přesvědčen, že k opravdové nápravě ve zdravotnictví může dojít a dojde, až budou na lékařské fakulty přicházet jen mladí lidé bez té dnešní životní skepse nebo až agresivního zoufalství – lidé se smyslem pro poctivost, kážeň a s opravdovým zanicením pro povolání, v němž je především nutno pracovat pro druhé. Klíčovou úlohu pro takovou sanaci mají tedy učitelé základních a středních škol. Vědí, co se na nich žádá, ale jen někteří to dokáží již dnes. Měl jsem to štěstí a kdysi jsem takové poznal.

Již můj první učitel nás prvňáčky naučil těšit se do školy. Rodiče tehdy neučili předem své děti číst a psát, a tak to byl on, kdo nám otevíral svět. Četli jsme z jeho čítanky, z jeho klína, nikdy nepoužil rákosky, za Rakouska ještě povolené. – A na gymnázium nás třídnil, latinář, imponoval svou antickou vyrovnaností a vědomostmi a kázeň měl bez nátlaku. Pro vysokou školu nás již vedl od memorování k myšlení, podle Čapkova „Nejen umět, ale rozumět.“ Když jsme po maturitě stáli v rozpacích, co dál, přišel s tím, co by dnes mělo být pravidlem: Informoval nás o nárocích vysokoškolského studia, jeho trvání a vyhlídkách.

Výběr studentů pro lékařskou fakultu je nezbytný a významný nejen pro ně samotné, ale pro kvalitu budoucích lékařů. Nepochybují, že již z přijímacího řízení vymizela třídnilá hlediska a politický nepotismus, ale domnívám se, že by měli být studenti posouzeni z více aspektů, než to umožňují nynější pohovory. Psycholog by měl testovat jejich intelekt a vyšetřit vždy i složku citovou, volní a talentovou. Lékaři by naproti tomu měli vypracovat stálý profesioqram, tj. přehled náležitostí tělesných i duševních, nezbytných pro výkon lékařského povolání. Protože abiturienti nebývají ještě stejně vyzrálí, měl by vyšetření doplnit i vývojový odhad. Pak teprve by fakultní komise dialekticky srovnala požadavky profesioqramu s nálezy psychologa, dorostového lékaře a s pohovory a spolehlivěji rozhodla o osudu studenta. Snad by se i výrazněji, ale odpovědně snížil počet přijatých a nebylo by třeba tak velké a nemorální „úmrtnosti“ hned v prvních ročnících.

Pokud jde o výuku mediků, především mravní, pokládám soustavné přednášky o etice za nevhodné. Ztroskotaly zpravidla na abstraktnosti až naivní. Zde jsou příklady mravního jednání nezastupitelné. Příklady nepředstírané, provádějící demonstrace, praktika i celý pobyt mediků na klinikách. Studenti musí vidět, jak jednat s nemocnými, poznat skutečný zájem o jejich osud i obětavost a svědomitost zdravotníků.

Studenty také velmi ovlivňují nehledané, příležitostně poznámky učitelů. Vzpomínám, jak nás dovedl nadchnout Weigner svou kalokagathíí, jak působily ty šířavé vtípy Šiklovy a Vondráčkovy o hlouposti a chytračení, nebo na velký vliv, jaký měl na studenty profesor Pelnář, ryzí demokrat a nepřítel snobství. Vyzbrojil nás do života svou známou radou „Mluvte a pište o nejsložitějších věcech tak, jak k vám mluvíla vaše maminka!“ – Jistě nebyli naši profesori stejnými pedagogy, ani vynikající vědec nemusí být apoštolem. Vzorové učitele je třeba vyhledávat již mezi asistenty – medicí zory potřebují.

Pokud jde o výuku věcnou, zažil jsem opakovaně, že časem vždy dochází k nevyrovnanosti v rozsahu látky a k nepoměru mezi jednotlivými předměty. Medikům se někdy přednášejí takové podrobnosti, jaké rozhodně patří až do specializace. – Mluvíím ovšem jak chirurg. – Ale všechny obory by snad měly být ukázněně zaměřeny na určitý profil absolventa. Neznám nynější cíl výuky, snad by jím mohl být všeobecný lékař: Lékař dobře obeznámený se všemi obory, dobrý diagnostik s dokonalou znalostí všech náhlých hrozivých příhod, který ví, jak účelně využívat laboratoří i konzilií a umí posoudit, co dokáže léčit sám a koho předat specialistovi nebo do nemocnice.

To nikterak neznamená, že by výuka měla být zaměřena jen na klinickou praxi. Je pravda, že medicí, dychtíví hned něco slyšet z medicíny, se zprvu cítí zaskočení teorií, ale to proto, že se jim vždy hned a při každé příležitosti nevysvětlí, proč se čemu učí a jakou roli to může sehrát v osudu nemocného. Studenti však musí poznat medicínu v celé její šíři, seznámit se i se základy práce výzkumné a vědecké. Jen tak se naučí hodnotit všechny druhy lékařské činnosti. Vše však musí být časově únosné, vyvážené a podepřeno daleko větším důrazem na tělesnou výchovu než dosud.

Bolavým místem výuky jsou učebnice, dobré učebnice. V některých oborech chybějí vůbec nebo trpí tím, že chtějí sloužit i lékařům. Obsahují pak daleko víc podrobností než do učebnic patří a daleko méně než potřebuje odborník, bývají i nesrozumitelné až nesprávné, nedbají-li dost recenzí. A přitom psané slovo je nesmírně závazné. Autor je pro studenta autoritou, která na něj vlastně přenáší svou odpovědnost. Dobrá kniha je však také klíčem ke způsobu přednášek. Většinu kapitol učitel jen ukládá k domácímu studiu. Nestíhá však ty, kdo úkol nesplnili, ale zodpoví dotazy a doplní text. Úspora času je veliká, jak jsme se sami přesvědčili, a zbude více na demonstrace a studentům na cizí jazyky, přičemž se učí samostatně pracovat.

Jen nerad se dotknu choulostivých situací, k nimž někdy dochází při rigorozech, když se klidné ovzduší změní v napětí až utrpení. Zpravidla proto, že student není dobře připraven. Nepochopil, že jeho nahodilý únik je zcela neodpovědný a mohl by v budoucnu ublížit. – Bez chyby však nemusí být ani zkoušející, ztrácí-li např. trpělivost, je-li ironický nebo stresuje i svědomité studenty jen zbytečně dlouhým a bezohledným čekáním.

Vzpomínám s úctou, jak kdysi profesor Mareš, již bělovlasý pán, se při zkouškách z fyziologie okamžitě vyznal a omluvil před studenty ze své chyby: „Viděli jste, že ani šediny nechrání před chybami. Sáhł jsem prudec po peru, váš kolega se

lekl, že s ním končím a teď mlčí. Ne že by nevěděl, ale má sevřené hrdlo.“ – Examinátorem má opravdu být až člověk zmoudřelý, s pochopením pro studenty a zdrženlivý v požadavcích, které přestřelují cíl výuky. Ale člověk pevný a neúprosný v požadavcích všeho, co by mohlo nemocného v rukou budoucího lékaře poškodit. – Kandidáta, který neobstál, nebývalo dobré hned pokořit a oceňovat nedostatečnou, ale poskytnout mu dostatečný odklad. Výsledná známka nemá být průměrem, ale má se výhradně řídit jen konečnými, dobře prověřenými znalostmi.

Co bych připomněl k výchově po promoci?

Slavnostní zakončení studií a kouzelný pocit uvolnění neznamená, že výchova skončila. – Kliniky zaměřeny absolvent by měl znovu povinně projít během dvou let základními obory, pak se pro některý z lékařských směrů rozhodnout a povědět, co se mu ze studia jeví jako dobré, užitečné, a co postrádá. Takovou zpětnou vazbu by jistě jeho rodná fakulta uvítala.

Souhlasím s profesorem Hájkem, že by mladý lékař měl začínat v menším kolektivu, pod vedením dobrého primáře. Výchova tu bývá širší než ve velké skupině většinou už hotových odborníků, např. na klinice. Zahnuje i zácvik charakterových vlastností, buduje návyky, učí spolupráci a odříkání. Je tu intimnější dohled na slušné jednání a lépe se tu sleduje i pracovní poctivost a zručnost. Prostě je tu možno klást důraz na všechna pravidla a předpoklady, bez nichž opravdu nelze v medicíně pracovat. A ti, kdo zatouží po specializaci, se mohou v tomto případě opřít o radu svého primáře, který je dobře zná.

Příprava k atestaci a zkoušky by měly být náročnější, alespoň pro chirurga, – ale přístup k nim by měl být vázán jen na podmínky reálné, splnitelné, aby nedocházelo k těm pochybným potvrzením, např. o počtu a druhu požadovaných operací. Podstatně by měla být prohloubena teoretická příprava přednáškami odborníků a atestantům by mělo být umožněno, aby opravdu poznali všechny úseky svého oboru, ať už na vybraných pracovištích nebo i za cenu přípravy ve více ústavech. – Za nepostradatelnou pokládám kontrolu výchovného plánu: Jednou až dvakrát do roka by vedoucí výchovy předložil záznamy o jeho průběhu a hodnotil svědectví a ti by sdělili svou kritiku a přání, např. členům Komory nebo odborných kruhů. – Jako velice prospěšné bych požadoval, aby mladý odborník mohl zprvu každoročně jeden měsíc pracovat na výměnu v jiném podobném ústavu domácím, a nebylo to velezradou.

Doškolení lékařů v celém dalším životě po promoci, lékařů všech, ať už povinné či stále více

a více dobrovolné, má být účelné, užitečné a přitažlivé. Musí dávat, ne zdržovat. Pro svědomité lékaře nemá platit to defetistické „ars longa, vita brevis est“, ale spíše výrok „život není tak krátký, není-li promarněn!“

Hlavním vychovatelem se ovšem po promoci každému lékaři stává život sám. Učí psychologii, hromadí zkušenosti a formuje lékaře jeho vlastními úspěchy a neúspěchy.

Úspěchy – ty ověřují naše schopnosti, povzbuzují a dodávají sebedůvěru. Ale je třeba určité mravní síly, aby sebedůvěra nesklouzlo v domýšlivost. Chirurg nesmí dát na chvalozpěvy. Když se operace zdařila a vše dobře dopadlo, má vždy kriticky posoudit, nakolik v tom bylo kus štěstí a kolik opravdu vlastní zásluhy. Nikdy se nemá jen ze samolibé touhy pouštět do zcela neindikovaných heroických výkonů nebo do operací, pro něž nemá sám nebo jeho pracoviště předpoklady. – Ješitnost ho však může svádět i ke zbabělosti, kdy má jiné, mírnější indikace i postupy, jde-li o významnou osobnost, nebo když pro udržení dobré pověsti přesouvá ohrožené nemocné na jiná oddělení, nebo když ze statistických důvodů zveličuje počet úspěšných případů jejich prostým násobením. – Tedy kritičnost, ne pýcha, – skromnost a ne namyšlené „ego“.

A jak je tomu s nezdary?

Při každém neúspěchu nebo i jen komplikaci má chirurg hledat nejprve příčinu u sebe, ne ji a priori odmítat, a pak teprve zvažovat jiné vlivy a okolnosti. Zde nejde jen o sebekritiku, ale o zpytování. – Je neblahé, když se o lékařově vině či nevině uvažuje až na podkladě stížnosti. Vyšetřuje se tu nejen skutková podstata věci, ale velmi tvrdě se posuzuje, zda lékař dostal své odpovědnosti mravní a odborné. A ta má řadu odstínů. U chirurga je to odpovědnost za diagnózu, za indikaci, provedení operace i sledování nemocného, tedy nejen odpovědnost věcná, za znalosti, a technická za manuální dovednost, ale i intelektuální, za bystrost a logické myšlení.

Odpovědnost se tedy stává jedním z hlavních měřítek lékařovy úrovně. Její stupeň je však různý: Jinak se posuzuje u lékaře obecného, jinak u odborníka a jinak u pracovníka subalternního, než u vedoucího. V některých zemích se mimořádně přísně posuzují a trestají ti, kteří požadují vysoké až přemrštěné honoráře, protože se od nich pochopitelně očekává dokonalý výkon i odpovědnost. Strach před postižením nutí takové lékaře k mimořádně odborné ostražitosti a přece žijí pod stálou hrozbou častých žalob.

Je až paradoxní, že u nás v minulých letech, kdy bezohledné jednání a nedbalost byly na denním pořádku a stále častěji docházelo k chybám, nebyl počet skutečných žalob velký. Nejspíše proto, že se

o některých závadách veřejnost ani nesměla dozvědět, k mnohému také již otupěla a k výsledkům stížností byla stále skeptičtější. Mnohý pacient se i bál stěžovat, protože stejně zůstával vázán na svého stanoveného lékaře, na svou nemocnici.

Počet stížností tedy nemusí být spolehlivým ukazatelem úrovně zdravotnictví. Je jím vedle pracovních výsledků spíše počet chyb, ať už k nim dochází z jakýchkoli příčin. – Je věcí a povinností každého pracoviště, aby pátralo po každé závadě, projednalo sebemenší pochybení a hledalo jeho příčiny. Objeví se tak najednou i chyby těch, kteří nejsou v přímém styku s nemocným, a proto snáze unikají pozornosti i trestu. Bývají to většinou pracovníci některých laboratoří, kteří si dobře organizují svou práci, ale necítí tolik svou odpovědnost k nemocnému. Poškodí jej nikoli nepřesným vyšetřením, ale jeho neodpovědným zpožděním, takže výsledky již ztratí význam.

Přes veškerou snahu postihnout všechny chyby a předcházet jim mnohé uniknou, jsou špatně vykládány nebo zůstanou nevysvětleny; a nejednou

i soud, v nejistotě, z viny uvolní. Mnohé tedy zůstanou utajeno, netrestáno. Pak je tu již jen odpovědnost před vlastním svědomím. Necítí ji každý stejně, ale bývá těžší než odpovědnost před zákonem.

Odpovědnost před vlastním svědomím je vlastně poslední záštitou nemocného, někdy už jen poslední výčitkou. Právem nedává spát. Nedá se jí naučit. Mravnost a vzdělání jsou jen jejími předpoklady, ale svědomí musí vycházet a sílit z lékaře samého. Bývá výrazné u lékaře, který umí lidi nejen léčit, ale má je rád. Pro takové svědomí nenalézám lepší slova, než kterými se před půl stoletím obrátil k medicům můj učitel akademik Jirásek:

„Na vás je, abyste si vybudovali to lékařské svědomí co nejlépe... leží v něm mír a klid vašeho nitra a života, nejlepší služba nemocnému a čest našeho stavu.“

Výchova a povolání lékaře jsou náročné. Vrcholí v jeho odpovědnosti mravní, odborné a té lidské. Jsou pro každého lékaře jeho povinností, povinností nejtěžší, ale dobrému lékaři i jeho „chrámem a tvrzí.“

„Položil jsem si zásadu při svém nástupu na katedru, nic netajit před svými žáky a ukazovat jim chyby, kterých jsem se dopustil ať už v diagnóze, nebo při léčbě nemoci.“

[NIK IVANOVIČ PIROGOV]

„Dobrý učitel nerozlišuje celý svůj život od chvíle, kdy učí. Má učit celým svým počínáním.“

[ARNOLD JIRÁSEK]

Jak vyučovat lékařství

Doc. MUDr. JAN VAVŘINEC, CSc.

Hledání optimálního způsobu výuky je problém, kterým se zabývají snad všechny lékařské fakulty ve světě. Způsobu, jenž by pomáhal formovat profil moderního absolventa lékařské fakulty akcentací klíčových problémů moderní společnosti a zároveň by mladým lékařům umožňoval rychlou a správnou orientaci při jejich řešení.

Při respektování individuálních povahových a charakterových vlastností jednotlivých posluchačů, mnohotvárnosti jejich myšlení a vnímání, motivací a životních cílů, je třeba konstatovat, že ideální způsob výuky pravděpodobně nalézt nelze. Nicméně nesmírně dynamický rozvoj moderní společnosti se všemi klady i zápory, pozitivní i negativní změny v hodnotových systémech individua a snad i posun v úrovni celospolečenského myšlení a chápání nás nutí přizpůsobovat obsah i formu výuky těmto novým skutečnostem.

V moderní společnosti se výrazně mění charakter medicíny i postavení lékaře. Posláním lékaře není jen řešení medicínských problémů a pouhá koncentrace na úzce odborná témata, moderní absolvent lékařské fakulty musí být schopen řešit problémy svých pacientů a jejich rodin i v kontextu otázek etických, psychologických, ekonomických i sociálně-právních.

Z lékaře, který mnohdy ve vztahu k pacientovi vystupoval v roli autoritativní, se tak stává jeho rádce a spoluřešitel problémů.

Moderní medicína přináší nepřeberné množství nových technologií, diagnostických i terapeutických metod a postupů. Tato skutečnost umožňuje realizovat stále větší podíl komplexní péče v ambulantní složce a přímo v rodině. Konečný výsledek vzájemné spolupráce lékaře a zdravotnického týmu s pacientem a jeho rodinou je však podstatnou měrou závislý na kvalitě zpětné vazby. Lékař tak mimoděk vstupuje přímo do rodiny (v moderním

systému péče jako rodinný lékař) a stává se spolunositelům denních problémů pacienta. Vyrovnat se s touto skutečností, obstat jako pomocník a rádce při vytváření nových hodnotových systémů člověka, jehož dosavadní život může být od základu změněn například závažným chronickým onemocněním, není jistě jednoduché.

Současní absolventi našich lékařských fakult jsou konfrontováni i se skutečností nízkého finančního ohodnocení jejich práce, s nedostatkem pracovních míst, se složitou situací při řešení vlastních sociálně-ekonomických problémů spojených se základáním rodiny, obstaráváním bytu, zabezpečením důstojné životní úrovně a podobně. Práce lékařů je ovlivňována i působením nových oborů a směrů alternativní medicíny a činností mnoha lidových léčitelů a „pseudoléčitelů“. Osobní ekonomické a sociální problémy lékařů pak mohou významně ovlivnit i kvalitu jejich výkonů v povolání, které patří sice k nejkrásnějším, zároveň však i k nejsložitějším a nejobtížnějším mezi lidskými činnostmi vůbec.

Výuka na lékařských fakultách by měla být koncipována tak, aby vycházela ze skutečných problémů a potřeb moderní společnosti.

Významným rysem výukových systémů našich lékařských fakult v nedávné minulosti byl direktivní, jednosměrný způsob výuky. Poměrně velký podíl přednášek ve výukových programech, značný počet studentů v jednotlivých studijních skupinách a malý počet učitelů na lékařských fakultách byl zákonitě doprovázen převážně pasivním charakterem výuky. Při výuce klinických předmětů byly málo akcentovány velmi důležité praktické aspekty výuky, studenti byli často zatěžováni nepodstatnými a podružnými detaily, které by v lepším případě měly být zařazeny snad až do postgraduální přípravy specialistů.

Výukové systémy byly poměrně statické, málo prostoru bylo věnováno procvičování analytických a syntetických schopností posluchačů, jednotlivé problémy byly řešeny často izolovaně, takže studentům chyběl integrovaný pohled na danou problematiku. Učitelé kladli především důraz na znalosti („knowledge“) studentů, menší pozornost byla věnována jejich zkušenostem a dovednostem („skills“) a postožím („attitudes“).

Ne vždy byly voleny optimální pedagogické postupy při řešení jednotlivých problémů, poměrně málo byly na našich fakultách využívány například demonstrační či diagnostické semináře, audiovizuální pomůcky, interaktivní formy výuky apod.

Většina z výše uvedených nedostatků však nepatří pouze do minulosti, ale ve větší či menší míře přetrvávají na lékařských fakultách dosud a negativně ovlivňují kvalitu pedagogického procesu. Proto je třeba hledat odpověď na dvě základní otázky:

1. Lze vůbec v současné složité ekonomické situaci významně zkvalitnit výuku na naší lékařské fakultě?

2. Pokud ano, jakým způsobem?

Různá kvalita výuky na základních a středních školách a rozdílná úroveň jednotlivých škol, nízká kvalita jazykové přípravy studentů, nízký věk uchazečů o studium na lékařských fakultách – to jsou skutečnosti, které sice mohou nepřímo ovlivnit i kvalitu výuky na lékařských fakultách, nicméně přímo je ovlivnit nemůžeme. Můžeme však ovlivnit obsah i formu přijímacího řízení na naší fakultu. Přijímací řízení by mělo prověřit všeobecné předpoklady uchazeče pro studium medicíny. Neměli bychom pouze testovat a přezkoušovat úroveň znalostí středoškolské látky, ale měli bychom se pokusit analyzovat osobnost uchazeče, jeho názory, schopnosti, postoje a úroveň všeobecné vzdělanosti. Tak jako o úrovni a kvalitě lékaře nerozhoduje znalost toho či onoho syndromu, neměla by (při vší úctě ke středoškolským předmětům) rozhodovat o přijetí či nepřijetí studenta na lékařskou fakultu schopnost správné interpretace fyzikálního zákona či znalost vzorce určité kyseliny. Proto je přijímacímu řízení na naší fakultě věnována mimořádná pozornost. Jestliže v současnosti můžeme na fakultu přijmout každého desátého až dvanáctého přihlášeného uchazeče, měli bychom být schopni vybrat z velkého počtu přihlášených studentů, kteří mají předpoklady pro úspěšné zvládnutí tohoto náročného studia.

Výuka některých předmětů byla v minulosti charakterizována tzv. „učitelským způsobem výuky“ – to znamená, že ze strany studentů převažoval pasivní, konzumní přístup k pedagogickému pro-

cesu. Většina studentů sice byla schopna zvládnout značné množství probírané látky a při zkouškách interpretovat ohromná množství dat, menší pozornost však byla věnována procvičování analyticko-syntetického myšlení studentů, vytváření správných logických závěrů a získávání potřebných praktických znalostí a dovedností.

Množství údajů a dat, které je studentům lékařských fakult předkládána, je ohromné a při současném dynamickém rozvoji medicíny se stále zvyšuje. Je zřejmé, že není v silách lidského mozku zapamatovat si všechny nové údaje a poznatky. Je proto nezbytné, aby se student naučil potřebná data vyhledávat, aby uměl pracovat s moderními informačními systémy a aby věděl, kde a jak potřebná data vyhledat.

Tento způsob práce však předpokládá schopnost správné a přesné analýzy daného problému, vytvoření pracovní hypotézy a efektivní a cílený sběr potřebných dat. Student musí být schopen pracovat daleko samostatněji, musí se učit samostatně, správně a často rychle rozhodovat. Učitelský způsob výuky je nahrazován formou orientovanou především na studenta a z posluchačů lékařských fakult se stávají spolupracovníci a spoluřešitelé problémů. Je zřejmé, že velmi důležitou roli při změně systému výuky hrají sami studenti. Rozdíl mezi pojmy „učit – teaching“ a „učit se – learning“ je i přes značný významový rozdíl omezen v češtině pouze na zvrtné zájmeno. Pro modernizaci výuky na lékařských fakultách má však přidání tohoto zájmena klíčový význam.

Při klasickém způsobu výuky je dělicí hranice mezi jednotlivými předměty poměrně ostrá a výuka probíhá formou přednášek, seminářů a praktik či stáží. Pro interaktivní způsob výuky lze však využít i další metody a způsoby – přednášky s participací posluchačů – obsah přednášky je modifikován spoluprací s posluchači, například jejich přáním,
– demonstrační semináře,
– diagnostické semináře,
– simulace diagnostických a terapeutických postupů,
– simulace problémových situací – tento typ seminářů umožňuje testovat postoje (attitudes) posluchačů apod.

Tyto a další moderní výukové metody pochopitelně umožňují rozsáhlé využívání audiovizuálních pomůcek a výpočetní techniky.

Jedním ze základních problémů moderní medicíny v éře „specializací a superspecializací“ je schopnost či neschopnost integrovaného pohledu na problémy jednotlivých pacientů a jejich rodin. Problémy pacienta nejsou dány pouhým součtem funkcí či dysfunkcí jednotlivých orgánů či systé-

mů. Vytváření ostrých a přesně definovaných hranic mezi jednotlivými předměty vede ve svých důsledcích k neschopnosti studentů a mladých absolventů pochopit význam jednotlivých získaných poznatků pro komplexní řešení daného problému, k neschopnosti projekce poznatků z teoretických a preklinických oborů do klinické praxe.

Proto se moderní lékařské fakulty snaží systém výuky integrovat a hledají nové formy a možnosti vzájemného propojení výuky jednotlivých předmětů a oborů. Pro pacienta není totiž důležité zredukování jeho problémů na poruchy a defekty různých orgánů či systémů, důležité však je, aby jeho problémy byly řešeny komplexně – v kontextu problematiky medicínské, psychologické, sociální, etické i ekonomické. Postupně horizontální propojování jednotlivých oborů a zajištění kontinuální péče o nemocného od narození až do konce jeho života by mělo být prvořadým úkolem lékařských fakult a fakultních nemocnic.

Integrace výuky nejen mezi jednotlivými teoretickými, preklinickými a klinickými předměty, ale mezi všemi předměty a obory medicíny navzájem je zřejmě jedinou cestou, která může pomoci při řešení výše uvedených problémů. Je zřejmé, že nároky na počet a zejména na kvalitu pedagogů na lékařských fakultách a rovněž nároky na kvalitu, aktivitu a samostatnost studentů jsou při tomto způsobu studia značné. Fungující zpětné vazby mezi pedagogy a studenty jsou nezbytnou podmínkou pro zajištění funkčnosti celého systému moderní výuky. Proto jsou ankety studentů o kvalitě výuky, vzájemné diskuse a společná hledání optimálních řešení na půdě Akademického senátu či pedagogických skupin nezbytné.

Cílem výuky na naší fakultě je výchova absolventů, kteří najdou uplatnění ve všech oborech medicíny. Při přípravě studijních programů vycházíme ze skutečnosti, že většina absolventů fakulty bude pracovat v oblasti primární péče, proto by měly být praktické aspekty výuky maximálně akcentovány. Výhodou naší fakulty je skutečnost, že část výuky většiny klinických předmětů může probíhat na specializovaných dětských klinických pracoviš-

tích a druhá část na ekvivalentních pracovištích pro dospělé pacienty. Tuto možnost považujeme za velmi výhodnou pro přípravu budoucích rodinných lékařů. Lze předpokládat, že dobudováním teoretických a preklinických ústavů fakulty, jejich postupným přesunem do areálu FN v Motole a otevřením nové dospělé části naší nemocnice, se podmínky pro další integraci výuky na 2. LF podstatně zlepší.

Rozdílné zájmy, individuální schopnosti a předpoklady by studenti měli mít možnost uplatnit i v rámci pregraduálního studia. Proto jsou do studijních programů vyšších ročníků zařazovány volitelné a volitelné povinné předměty, jejichž výběrem mohou studenti rozšířit a prohloubit svoje znalosti v oborech, které je zajímají. Studenti, kteří mají předpoklady pro vědeckou práci, by měli mít možnost vědecky pracovat již během studia. Současný grantový systém by měl umožnit i honorování nejlepších a nejuspěšnějších jedinců. Posluchači vyšších ročníků se mohou na fakultě zapojit do přípravy počítačových výukových programů.

Zcela v souladu se současnými trendy rozvoje lékařských fakult je i počet studentů přijímaných v posledních letech každoročně na naši fakultu. Většina předních lékařských škol ve světě vypracovala poměrně náročné systémy přijímacího řízení, které zajišťují, že většina přijatých posluchačů může studium úspěšně dokončit, aniž se kvalita absolventů sníží. Podobně jako na naší fakultě je na většinu těchto fakult přijímáno každoročně 100 až 150 posluchačů.

Rozšíření prvku konkurence, porovnání aktivity a přístupu ke studiu a rozšíření jazykových znalostí může napomoci i zavedení studia zahraničních studentů a studentů samoplátců na naší fakultě. Neméně významná je i skutečnost, že řada našich posluchačů má možnost absolvovat část studia v zahraničí.

Lze si jen přát, aby v době co nejdříve přešla na lékařské fakulty i podstatná část postgraduální přípravy lékařů. Současná příprava studijních programů pro pregraduální i postgraduální studium by totiž umožnila lépe diferencovat obsah obou způsobů výuky.

„Gaudeamus igitur
iuvenes dum sumus...“

[STARÁ STUDENTSKÁ PÍSEŇ]

„Člověk musí mnoho studovat,
aby málo věděl.“

[MONTESQUIEN]

„Doba, do níž se člověk narodí, ovlivňuje, do jaké míry bude s to využít
svých schopností a síl.“

[MARIE BELLONCIOVÁ]

Fakulta z pohledu studenta

PAVEL HROBOŇ

Snad jako každý student jsem po příchodu na univerzitu zažil báječný pocit rozšiřujících se obzorů. Zdálo se mi, že jsem se ocitl ve svobodnějším a intelektuálně bohatším prostředí, které skýtá na rozdíl od ostatního světa ohromné možnosti. Tento příslib byl však rychle zahrán nalezením nových, jen o trochu prostornějších hranic. Jako ještě mnohokrát jsem pouze podcenil moc a rozsah totalitního systému. Stereotyp výuky a pevně vymezené postavení studentů a učitelů spolu s všudypřítomnou nedůvěrou často znemožňovaly základní komunikaci. Fakulta v roce 1986 připomínala neosobní stroj, téměř neovlivnitelný vůlí jednotlivce řídit si své vzdělání a svůj osud. Pouze příklad těch učitelů, kteří dokázali překročit jim vymezené role, a mimoškolní aktivity umožnily zachovat lidské prostředí a nestat se zcela pasívní součástí bývalého systému.

Konec roku 1989 pro mne nebyl jen dobou fascinujících celospolečenských změn. Prolomení umělých bariér přineslo nečekané možnosti a objevení nových, dosud neznámých světů. S překvapením jsem potkával živé, brilantní a podnětné osobnosti, o jejichž existenci na škole domněle plné nudy a šedi jsem neměl ani tušení. Svobodné diskuse mezi studenty a mezi studenty a učiteli naplňovaly obsahem dříve prázdné pojmy akademických svobod a univerzitního života. Vzájemně jsme si otevírali oči a nepřestávali jsme žasnout nad probouzejícím se pocitem sounáležitosti. Postupně se před námi formovala idea akademické obce jako svobodného společenství lidí spojených touhou vnímat a hledat rozdíl mezi zdáním a skutečností.

Po euforii nutně přišlo vystřízlivění a rozpad jednoty zájmů. Zjistili jsme, jak snadno všichni upadáme do vyjetých kolejí a jak těžce a pomalu se mění konkrétní záležitosti. Nabízí se otázka, co zbylo z tehdejších předsevzetí. Věřím, že 2. lékařská fakulta je dnes zcela jiným místem než před šesti lety a že tuto změnu lze při příchodu na školu poznat. Existuje základní možnost uplatnit svůj názor, otevřeně diskutovat o problémech a hledat řešení. Curriculum se posunulo více k potřebám budoucí praxe, výuka je často kvalitnější, studenti mají určitý prostor k uplatnění vlastní orientace a zájmů. Rada z nich studovala v zahraničí a vrátili se s mnoha novými podněty. Svě místo si našly zcela nové věci, například studentské hodnocení učitelů a výuky. Díky velikosti školy nepřevládá neosobnost, lze se vzájemně poznat a domluvit a vytvořit si pocit příslušnosti k fakultě. Máme své vlastní budovy, které alespoň částečně nahrazují opravdový campus. Studentský klub se pomalu stává novým centrem fakultního života.

Samozejmě vše nejde tou cestou a tak rychle, jak bychom si přáli. Osobně mě mrzí dvě věci. Myslím, že jsme si ještě úplně nepřiznali existenci některých otázek a váháme před opravdu komplexním a hlubokým zamyšlením nad výukou medicíny a úlohou lékařské fakulty uvnitř univerzity a v celé dnešní společnosti. Druhým problémem je nedostatečně rozšířený pocit společných zájmů a sounáležitosti mezi studenty a učiteli, mezi fakultou a nemocnicí. Jak chceme postoupit ve vědění bez vzájemné výměny názorů? Jak si mají studenti osvojit budoucí povolání, když ne společnou prací

s lékaři? Vědecká a léčebná činnost a výuka se stále pojmají jako dvě nesouvisející věci. Studenti často čekají, až je někdo něco naučí, místo aby se učili sami za pomoci svých učitelů. Přestože cesta již není uzavřena a první kroky byly udělány, je někdy třeba

bránit víru ve vytvoření opravdové akademické obce. Musím však říci, že stagnace nebo návratu starých způsobů na fakultu se vůbec neobávám. Přestala by pak totiž být sama sebou a v otevřené společnosti by se stala pouhou řadovou institucí.



„Protože člověk nemůže být univerzální a vědět vše, co se může vědět o všem, je nutné vědět něco málo o všem. Je totiž daleko krásnější vědět něco o všem než vědět všechno o jediné věci.“

[BLAISE PASCAL]

Univerzita 3. věku na 2. lékařské fakultě UK

Prof. MUDr. ZDENĚK SVOBODA, DrSc.

Lidský život bývá rozdělován do tří etap: první je získávání vědomostí a zkušeností, druhým produktivní činnost a třetím důchodový věk. První dvě období jsou přesně účelově determinována, zatímco třetí věk je u většiny obyvatel velmi chudý. Výjimku tvoří jedinci, kteří mají své vyhraněné koníčky a lidé svobodných povolání, umělci, podnikatelé a v osvícených zemích i vědci, jejichž odchodu do důchodu by bylo škoda pro vědu i národ (a někdy svět). Bylo by proto velice žádoucí, abychom dokázali (s určitou korigující pojistkou) posuzovat věk biologický od klamného věku kalendářního. Goethe psal Fausta v osmdesáti, obrazy osmdesátiletého Tiziana jsou vrcholem jeho génia, stejně tak jako vědecká invence osmdesátiletého profesora Wichterleho. Odchod na takzvaný „zasloužený odpočinek“, který se prakticky rovná nicnedělání, znamená potlačení základních principů tvořivosti, eliminování pocitu plnosti života a vyřazení ze společnosti. Nemožnost individuální realizace doléhá na většinu občanů tohoto věku a vyvolává nejen nežádoucí sociální a psychické, ale i fyzické změny.

Tento problém je pochopitelně celosvětový a jako takový byl poprvé řešen ve Francii, kde na Univerzitě společenských věd v Toulouse vznikla v roce 1972 z podnětu profesora Vellase první „Univerzita třetího věku“, určená pro uspokojování vzdělávacích potřeb na nejvyšší úrovni pro osoby, které již přestaly výdělečně pracovat ve své profesi.

Během necelých deseti let se vytvořily univerzity 3. věku na šedesáti dalších univerzitách ve Francii a v řadě dalších evropských i zámořských zemí. První univerzita 3. věku v České republice vznikla v roce 1987 na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Jaké jsou cíle univerzity 3. věku? Základním záměrem je vytvořit bazi pro zájmové vzdělávání lidí důchodového věku, která plně odpovídá a koresponduje s novou koncepcí celoživotního vzdělávání, rozšiřovat ji a zpřístupnit tak vhodnou formou nové poznatky, které studující mohou využít jak pro svůj osobní rozvoj, tak i ve prospěch celé společnosti. Neméně významnou úlohu sehrává i aspekt možnosti kontaktu s blízkým okolím po-

dobně smýšlejících lidí, navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti, izolovanosti či nepotřebnosti, vědomé zpomalování procesu stárnutí, udržování psychické svěžesti, vhodné a kvalitní vyplňování volného času.

Na 2. lékařské fakultě UK zahájila univerzita 3. věku svoji činnost ve školním roce 1992–93. Naše fakulta se tak přidala k několika dalším vysokým školám v České republice, kde je tento způsob vzdělávání realizován. Studium je určeno pro důchodce, kteří mají ukončenou střední nebo vysokou školu a je bezplatné. Snažíme se tak stimulovat psychickou aktivitu a umožnit individuální seberealizaci lidí, kteří odešli ze zaměstnání do důchodu a mají zájem o další vzdělávání.

Na naší fakultě bylo přijato do prvního ročníku šedesát posluchačů, jejichž průměrný věk je 69 let. Pětadvacet z nich má vysokoškolské vzdělání v různých oborech. Studium, které je dvouleté, bylo zahájeno slavnostní imatrikulací v Karolinu. Přednášky se konají jednou týdně v rozsahu dvou hodin. Byl vypracován jejich podrobný syllabus. Soustřeďují se na historické aspekty naší i světové medicíny, na otázky hygieny a epidemiologie, obecné zdravotnické problémy, civilizační choroby, prevenci onemocnění a podobně. O tom, že fakulta přikládá této formě výuky velkou důležitost, svědčí, že přednášejí profesori a docenti, tedy nejlepší pedagogové naší školy. Na závěr školního roku jsou vhodnou formou prověřovány vědomosti a po skončení dvouletého cyklu je slavnostní zakončení studia v Karolinu, kde jsou absolventům předána osvědčení. Zájem posluchačů je veliký, o čemž svědčí více než 80% účast na přednáškách.

Letošní rok 1993 byl OSN vyhlášen rokem stáří. Jsme přesvědčeni, že touto nabídkou kvalitního využití volného času občanů „třetího věku“, poskytnutím možnosti získat informace na nejvyšší úrovni přístupnou formou a zároveň umožněním účastnit se specifickým způsobem vzdělávacích činností na vysoké škole přispějeme nejlépe k pocitu plnosti života našich starších spoluobčanů a jejich rovnoprávnému zařazení se do naší společnosti.

„Věda žádá celého člověka bez postranních myšlenek, ochotného obětovat všechno a dostat za to jako odměnu těžký kříž střízlivého poznání.“

[ALEXANDER IVANOVIČ GERGEN]

Vědecká práce na fakultě

Prof. MUDr. J A N H E R G E T, DrSc.

Vědecká práce byla vždy významnou složkou činnosti fakulty. Toto tvrzení se však případ od případu pohybovalo v různých odstínech od konstatování skutečného stavu až k pouhému deklarujícímu klišé. Na fakultě pracovaly nesporně, jak ukáží dále, vědecké osobnosti mezinárodního významu. Je velmi těžké hodnotit vědu, která žila špatně a požívala jen velmi malé akademické svéprávnosti. Politická i ekonomická omezení mezinárodních vědeckých vazeb byla příčinou neustálého střetu s provincionalitou. Solidní hodnocení bylo nahrazováno subjektivní verbální oslavou úspěchů. Některé obory byly zcela potlačeny, jiné zas preferovány. Někteří vědci v rozkvětu svých sil byli donuceni odejít, jiní prostě odešli. Tomu navzdory však byla dokončena celá řada kvalitních vědeckých projektů, publikována řada prací i monografií zásadního významu a vyrostla i nová vědecká generace.

Fakulta byla pediatriká a vývojový aspekt si jako základ svého dalšího zaměření zachovala i do budoucnosti. Většina výzkumu byla tehdy vázána na studium jedince, jeho zdraví, nemoci a léčby nemocí. Vývojový pohled v medicíně má v Čechách kvalitní „babákovskou“ tradici a ovlivnil medicínské bádání nejen na naší fakultě. Je to totiž neobvykle plodná koncepce s velkou perspektivou. Je i základem pro výzkum pediatriký, ve kterém byla fakulta po celou dobu existence vedoucím pracovištěm.

Založení fakulty se zaměřením na vývoj a medicínu dětského věku bylo počínem unikátním. Taková fakulta nikde neexistovala. Proto jednotlivé obory musely nejdříve vypracovat základy své náplně. Nemohlo jít jen o pouhou aplikaci stávajících medicínských principů na dětský věk, nové obory musely být vybudovány od základu a stejně tak musela být vypracována jejich koncepce jako vědních oborů.

Klinický výzkum se od počátku soustřeďoval do několika oblastí a ty se pak na naší fakultě staly tradičními.

Od samého začátku se velmi plodně rozvíjela hematologie a tak během let skupina dětské hemato-

logie, zabývající se zejména výzkumem léčby zhoubných onemocnění krve v dětském věku, dosáhla mezinárodního standardu, což vyústilo v současné založení jednotky transplantace kostní dřeně u dětí. Obdobně vysokou úroveň si udržovala dětská onkologie. Dětská onkologie byla uznána jako samostatný obor. Tradiční byl i výzkum v oblasti metabolismu vody a minerálů, později se začala prosazovat i dětská nefrologie. I zde vyústilo úsilí v konstituci moderní dětské nefrologie, která dosahuje úrovně mezinárodní. Pochopitelně byla od samého vzniku důležitá výživa dětí různého věku. Fakulta měla a má významné osobnosti v dětské endokrinologii a diabetologii. Tradiční je i vysoká úroveň neonatologie. Světového standardu dosáhla soustavná práce v oblasti cystické fibrózy a dětské kardiologie. Ta se v 70. letech, po spojení s fakultními kardiocirurgy, oddělila do samostatného kardiologického centra, to však pochopitelně s fakultou v oblasti výzkumné a nověji i pedagogické úzce spolupracuje. Kvalitních výsledků bylo dosaženo i v ostatních oborech dětské medicíny, v dětské oftalmologii, otorinolaryngologii, ortopedii, psychiatrii a v tělovýchovném lékařství. Rozmachu doznala klinická biochemie a patobiochemie. Na fakultě byl založen obor dětské gynekologie a dětské neurologie. Slavná byla a je dětská chirurgie.

Pěstovali jsme výzkum vrozených vývojových vad ať již z hlediska morfologického či z hlediska klinické genetiky, jejíž pracoviště se dnes řadí ke světové špičce. Klinický výzkum měl vždy pevné zázemí v solidně vedeném patologickoanatomickém ústavu.

Výzkum dětských nemocí byl na fakultě řízen celou řadou vrcholných vědeckých osobností, které založily vědecké školy i celé medicínské obory. Takovými jistě byli profesori Hněvkovský, Peter, Lesný, Kafka, Poláček, Švejcár, Tošovský, Poupá, Popelka, Komínek, Benešová, Padovcová, Mydlil, Lomíčková, Houštek, Máček. I když na fakultě nevznikly objevy zásadního významu, které by dosáhly ocenění nejvyšších, můžeme se právem chlubit právě vznikem životaschopných vědeckých

škol a komplexním řešením projektů ve spolupráci celé řady oborů. Bylo publikováno mnoho vědeckých prací v respektovaných zahraničních časopisech, z fakulty vyšla celá řada monografií, které se staly základem oborů. To určuje současnou kvalitu fakulty nejen v oblasti vědecké, ale i v oblasti pedagogické a léčebné. Dlouhodobý pohled plně dává za pravdu tvrzení: Není dobré výuky medicíny tam, kde se nepřestuje kvalitní věda.

Méně podporován byl výzkum v oblastech medicíny pro dospělé. To souvisí i s poměrně násilným vznikem provizoria po přestěhování do motolského areálu. Tradiční byl výzkum sekundárního diabetu dospělých, mezinárodního věhlasu se dostalo studiu metabolismu vápníku a problematice chorob štítné žlázy. Renesanci prožívá kardiologie dospělých, kvalitní byl i výzkum neurologický. S otevřením nové části Motolské nemocnice pro dospělé získáme nové možnosti. Je nutné propracovat koncepci vzájemné vědecké interakce mezi dospělou a dětskou medicínou, která je tolik žádoucí a zatím jen málo pěstovaná.

Až do roku 1990 neměla fakulta ke své škodě vlastní teoretické ústavy. Jejich úlohu v oblasti vědecké nahrazovaly specializované výzkumné ústavy (Ústav výzkumu vývoje dítěte, laboratoř infekčních nemocí a laboratoř fyziologie a patologie těhotenství). Toto řešení však ani z hlediska vědecké práce nebylo dokonalé. Věda na vysoké škole je charakteristická právě svým obohacujícím spojením s pregraduální a postgraduální výukou. To byl jeden z hlavních důvodů, proč byl Ústav výzkumu vývoje dítěte přebudován tak, že mohly vzniknout samostatné teoretické ústavy fakulty, které jsou odpovědné nejen za vědeckou práci, ale i za výuku svého oboru. Vytvoření teoretických ústavů bylo mezníkem života fakulty. Vzniklo teoretické a experimentální zázemí, z kterého může profitovat nejen klinický výzkum, ale i práce pedagogická.

I v oblasti teoretického výzkumu se na fakultě rozvinuly oblasti, které se při mezinárodním srovnání nemusejí stydět. Takový byl výzkum vývoje myokardu a jeho resistance, který přešel do AV České republiky, takové jsou i studium mechanismů placentárního transportu, regulace dýchání

a studium regulace plicního oběhu a studium biochemie plicní tkáně.

Osobnosti fakulty vychovaly řadu žáků, kteří v jejich díle se cítí pokračující. Ať byly oficiální formy výchovy vědeckých pracovníků jakékoliv, určující vždy byla a bude kvalita a zanícení učitelů. Podmínky pro začínající vědecké pracovníky jsou dobré. Vznikl nový systém postgraduálního vědeckého vzdělávání, je přítomno intelektuální zázemí v řadě oborů. Jsou netušené možnosti kontaktů mezinárodních, zlepšuje se i dostupnost vědeckých informací. Je však nutno řešit otázky ekonomické.

Během čtyřiceti let byla na fakultě habilitována dlouhá řada docentů, inaugurováni mnozí profesori. Někteří jména zapadla, jiná zazářila. Ke cti fakulty lze přičíst skutečnost, že na fakultě nikdy nebylo zrušeno habilitační řízení před vědeckou radou, i když to zákon nevyžadoval.

Podmínkou komplexnosti vědecké práce je spolupráce s pracovišti mimo fakultu. Již v šedesátých letech vznikala společná pracoviště s ČSAV, spolupráce se oživuje opět v posledních letech, a to k oboustrannému prospěchu. Přes všechny překážky existovala i spolupráce mezinárodní. Pracovníci fakulty organizovali významná vědecká zasedání evropského i světového charakteru (dětská neurologie, dětská onkologie, genetika, plicní cirkulace). Členové fakulty byli voleni do výkonných výborů prestižních mezinárodních odborných společností. Jen s potěšením lze sledovat nebývalý rozmach mezinárodních kontaktů v posledních letech. I to je ukazatelem kvality. Netrpělivě je očekáváno zúčastnění v jednotlivých oborech.

Závěrem lze tedy říci, že věda na fakultě prošla minulými čtyřiceti lety se ctí, i když možná se šrámy. Rány, které utrpěla odchodem některých, se budou zacelovat dlouho. Jistě, mohli jsme být dále, ale máme solidní základ a co považuji za hlavní, víme jak dále pokračovat. Věda na vysokých školách již nikde na světě není na takovém výsluní, jako byla v šedesátých a sedmdesátých letech. Této příznivé doby jsme však, bohužel, nemohli využít a to je příčinou našeho zpoždění. Velmi rychlá adaptabilita našich studentů, kteří jsou nyní školeni v zahraničí, mne však naplňuje oprávněným optimismem.

„Ale pravdou zůstává, že vyhrává ten, kdo uprostřed ještě nevyřešených problémů už myslí na příští krizi.“

[THOMAS J. SCORTIA – FRANK M. ROBISON]

Quo vadis facultas medica secunda (Pragensis)?

Prof. MUDr. JAROSLAV MASOPUST, DrSc.

Stará a stále platná latinská sentence „habent fata sua libelli“ (knížky mají své osudy) neplatí jen o knížkách. Svě zvláštní osudy mají četná umělecká díla, mnoho vynálezů a objevů, budovy, obce, ale i lidé a instituce, které zřídili. Svůj jedinečný osud má i 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

Při svém založení (v roce 1953) byla fakulta umístěna v provizorních prostorech na více místech Prahy. Její základní část (děkanát a několik specializovaných dětských klinik) sídlila v bývalé Dětské nemocnici v Sokolské ulici a v ulici Ke Karlovu. Její rozsáhlá část byla zbourána v souvislosti se stavbou Nuselského mostu a proto ještě dříve, než se tak stalo, bylo nutné zajistit pro kliniky, které v ní byly umístěné, odpovídající náhradu. Tou se stala nová moderní Fakultní nemocnice s poliklinikou v Praze 5 – Motole, která začala vyrůstat v sousedství staré motolské barákové nemocnice pro dospělé. Stavba motolského komplexu byla zahájena v roce 1964 a pokračuje budováním dalších částí dodnes. Od roku 1971 v první fázi výstavby, byly zprovozněny kliniky pro dětské pacienty a dětská poliklinika. Současně byl do motolského areálu přemístěn děkanát a výuka studentů byla zahájena v nových, moderních posluchárnách a sázových při dětských klinikách. Část nemocnice pro dospělé pacienty je před dokončením a jednotlivé kliniky zahájí postupně provoz od jara 1994.

Není bez zajímavosti, že i když původní plán fakultní nemocnice kalkuloval s 1600 lůžky (800 pro dospělé a 800 pro děti), stane se po dostavbě nová kompletní nemocnice obrovským zdravotnickým komplexem s 3 600 lůžky. Ten bude samozřejmě skýtát jedinečnou možnost pro rozsáhlou, hlavně však kvalitní pregraduální i postgraduální výuku lékařství. Tím spíše, že 2. lékařská fakulta je a chce zůstat i v budoucnu fakultou menší. Široké nemocniční zázemí umožní studentům ojedinelou možnost obsáhlé klinické praxe, která je už nyní jedinečná začleněním četných specializovaných dětských pracovišť do výukového procesu.

V roce 1990 se nejen změnil název fakulty – z fakulty dětského lékařství se stala 2. lékařská fakulta

Univerzity Karlovy v Praze, ale podařilo se fakultu zkompletizovat. Díky získání objektu bývalé vojenské katedry pražských vysokých škol, který je v blízkosti nemocnice (na Plzeňské ulici), jsme mohli vybudovat vlastní teoretické a preklinické ústavy (s výjimkou anatomie) a zahájit v nich výuku, o jejíž úrovni jsme se už dobře přesvědčili. Základem učitelského sboru pro teoretické obory se stali pracovníci bývalého Ústavu výzkumu vývoje dítěte.

Je pravdou, že vybudované ústavy by potřebovaly pro veškerou rozsáhlou činnost, kterou uskutečňují, větší laboratorní prostory. Z toho důvodu fakulta plánuje výstavbu moderních teoretických a preklinických ústavů, které by sloužily nejen pro výuku studentů medicíny, ale též pro vědeckovýzkumnou práci, eventuálně pro rozvoj různých diagnostických metod. Tím by se tyto ústavy napojily na diagnostickou a léčebnou péči univerzitní nemocnice, tedy zařízení, ve kterém nebude rozdíl mezi školskými a zdravotnickými pracovníky a kde vzájemná propojenost umožní optimálním způsobem plnit jak úkoly zdravotnické, tak pedagogické a vědeckovýzkumné.

Kompletizovat fakultu do instituce, která bude v jediném rozsáhlém areálu zajišťovat veškeré možnosti moderní výuky lékařství, není jednoduché. Po dokonalých rozvahách, kterých se účastnili odborníci příslušných profesí, schválily vedení fakulty a akademický senát v roce 1990 generel 2. lékařské fakulty, který vychází z požadavků objemové a zastavovací studie pro výstavbu teoretických a preklinických ústavů. Tato studie byla zpracována ve třech variantách (A, B, C), z nichž varianta A je optimální jak ve způsobu stavby (nízkopodlažní budovy umístěné do zeleně lesoparku), tak lokalizací (prostor v těsné blízkosti nové stavby nemocnice severozápadně od ulice Kukulovy v tzv. Třešňovce). Bohužel je tato varianta nepřijatelná pro Útvar hlavního architekta hlavního města Prahy, který v tomto prostoru plánuje tzv. zelený pás kolem Prahy. V současné době se proto zpracovává nová studie, která bude vycházet z redukových požadavků a kde objekty teoretických a preklinic-

kých ústavů budou z největší části umístěny přímo v areálu nemocnice.

Nejdříve by měla být vystavěna budova anatomických ústavů (patologická anatomie, soudní lékařství, normální anatomie, histologie a embryologie), a to v blízkosti (jihozápadně) od jižního křídla lůžkové části nemocnice pro dospělé (návaznost bioptických laboratoří na chirurgické kliniky). Uvažuje se o realizačním horizontu 2 – 3 let. Monoblok dalších preklinických a teoretických ústavů by byl umístěn podél Weberovy ulice.

Ve zkultivovaném prostoru bývalé Třešňovky (v současné době je to skládka zeminy a materiálu ze staveb) hodláme vytvořit spolu s městským úřadem Prahy 5 „areál zdraví“, tedy jednoduché tělovýchovné a sportovní zařízení pro oddech a kondiční sport jak pro studenty a zaměstnance univerzitní nemocnice, tak i pro občany z blízkého i vzdáleného okolí.

Prostor za nemocnicí na Homolce (západní část Košířského údolí), který byl Útvarem hlavního architekta vyčleněn pro variantu B a C, bude využit pro výstavbu vědeckovýzkumných pracovišť, která nebudou vyžadovat bezprostřední návaznost na kliniky.

Současné vedení fakulty tak využilo možností, které „zdědilo“, které mu však umožňují vybudovat lékařskou fakultu vysoké kvality. Fakulta začala „z ničeho“, ale vytrvalým úsilím a kvalitou odváděné práce přesvědčuje nejen českou společnost, ale i odbornou veřejnost v zahraničí o právu své existence a svého dalšího rozvoje. Je až neuvěřitelné, jak tzv. „malé“ fakulty hájil už v roce 1933 Karel Čapek:

„Nebylo by správné, kdyby vznikl dojem, že to jsou jen university a jen lokálně interesované vrstvy, kdož se znepokojeně brání proti plánům zrušit z úsporných důvodů některé universitní fakulty. Především se zdá pochybné, že by se tím pro nejbližší léta, o která nejvíc běží, získaly vůbec jaké vážné úspory pro státní pokladnu; personální náklady by neklesly, pro nejbližší dobu by se dokonce zvýšily stěhováním osob, knihoven atd. na jiná učiliště – zkrátka není jasno, co by se tím ušetřilo.

Vedle toho jsou námitky jiné. Zrušením několika fakult by neklesl počet posluchačů; byly by jen více přeplněny ty fakulty, které by zůstaly otevřeny, což

ovšem znamená, že by se snížila kvalita výuky. Přednášky sice může poslouchat neomezený počet posluchačů, ale v seminářích, praktických cvičeních, laboratořích a podobně se nemůže pracovat s davy, nýbrž s kroužky žáků. Úspora, která by zhoršila vysokoškolskou výuku, by nám přišla drahou.

Do třetice: university neslouží jen odborné výuce posluchačů, nýbrž jsou také jedinou (u nás) organizací vědecké práce. Je naprosto bezpečně v pozitivním zájmu vědy, aby vědecké bádání nebylo monopolem *jedné* školy nebo *jednoho* ústavu. To téměř vylučuje možnost, aby se pracovalo na různých vědeckých problémech různou metodou; tím by naší vědě byl vzat ten skoro nejdůležitější předpoklad vývoje, hybnosti a všestrannosti. Tady nejsou ve hře jen hodnoty ideální, nýbrž v mnoha případech srchované hodnoty praktické a veřejné.

Pokud jde o úspory vůbec, vítali bychom především úspory produktivní: ty, které by racionalizovaly těžkopádnou a nákladnou službu veřejnou; které by udělaly konec prebendám a žlabům, okázalému přepychu, politickým prezentům a všelikým sustentacím špatného hospodaření. Je-li nutno šetřit i za cenu újmy na zájmech veřejných, tedy lze spíše se smířit s újmou dočasnou, kterou by bylo možno v normálních časech restituovat, nežli s úsporami, které by definitivně škrtly z našeho života některé pozitivní a tvořivé faktory. Zrušit fakulty znamená zničit je; už by nešlo je po čase obnovit, musely by se znovu zakládat od začátku. Kdybychom viděli majitele panství, který by vysázel za těžké peníze les a za dvě léta by řekl: to mlází nic nenese, vysekejte je, – řekli bychom, že to je blázen nebo barbar. Takto se nenakládá s věcmi, které jsou dělány pro budoucnost.“

Lidové noviny 22. 10. 1933

Děkujeme Vám Mistře Čapku, že jste naši „malou“ fakultu podpořil už v roce 1933, dávno před jejím založením. Ono totiž opravdu stále platí, že „tam, kde všichni myslí totéž, se toho mnoho nena-myšlí“ (Walter Lippman). Jsme přesvědčeni, že právě tak jako neexistuje dělení vědy na „velkou a malou“, ale jen na dobrou a špatnou, ani fakulty nejsou hodnoceny podle velikosti, ale podle kvality. Právě zvyšování kvality je cílem našich současných i budoucích snah.

*„Učenec žije čínorodým životem státu, neuzavírá se do neproniknutelné
schránky své vědecké moudrosti, ale přispívá k všeobecnému blahu.“*

[COLUCCIO SALLUTATI]

Koncorcium 2. lékařské fakulty UK v Praze

JUDr. VLADIMÍR NECHANICKÝ

V lednu roku 1993 bylo z podnětu vedení 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ustaveno její koncorcium jako poradní orgán této fakulty.

Účast v něm přijaly vážené osobnosti veřejného nelékařského života v hlavním městě Praze s cílem napomoci fakultě obecným, neprofesním pohledem na různé složky činnosti, a to zejména v otázkách obecného koncepčního zaměření, vztahu k jiným institucím, účinného řízení a rozvoje fakulty a jejího finančního zabezpečení, jak stanovuje její přijatý statut. Sešli se tu představitelé ekonomické, pedagogické, kulturní, publicistické, správní, náboženské a právní sféry a projevíli ochotu nezištně napomoci řešit problémy fakulty zejména v oblasti dimenze duchovní, ekonomické a organizační.

U příležitosti čtyřicátého výročí vzniku fakulty se koncorcium organizačně podílelo na vydání informačního almanachu fakulty, na uspořádání benefičního koncertu předních umělců v Rudolfinu a aukce výtvarných děl současných autorů a dalších akcí kulturně-propagační a vědecké povahy.

Koncorcium ovšem chápe své poslání jako dlouhodobý proces pomoci k dosažení ušlechtilých cílů pedagogického sboru fakulty a jejich petrifikaci v obecném povědomí nejen pracovníků a studentů fakulty, ale i široké veřejnosti. Proto se vlastními cestami pokouší účinně napomoci vytvoření vhodných mimořádných finančních zdrojů, nezbytných

pro plnění úkolů fakulty nejen v běžném pedagogicko-provozním, případně vědeckém smyslu, ale i ve smyslu vlasteneckém, humanitním a etickém. Výchovu lékařského dorostu, ale i široké veřejnosti, ke konstruktivní iniciativní účasti na demokratickému nově vzniklému státu, na humanizaci vztahů mezi lékařskými pracovišti a pacienty a na významném a dosud málo výrazném růstu vědomí mladé inteligence jako jednoho z nositelů kultury a duchovní mravnosti, pokládá za nedílnou součást svého skromného poradensko-organizačního působení.

K tomu účelu koncorcium iniciuje založení nadace, která by zákonem předvídanými cestami za maximální osobní snahy jeho členů shromáždila finanční prostředky k plnění již zmíněných zadání fakulty s výhledem nahradit alespoň z významné části nedostávající se rozpočtové zdroje na vybudování takových nezbytných fakultních zařízení, jako například vlastní anatomický ústav.

Koncorcium v té souvislosti bytostně cítí, že jeho úsilí zřejmě napomůže zcela výjimečné snaze vedení 2. lékařské fakulty UK v Praze o zasazení účinku vědecko-pedagogického působení do oblasti v současné překotné době neprávem opomíjených, a proto hodlá i nadále ve svém díle, v době sepsu této skromné informace sotva započatém, poctivě a důsledně pokračovat.

Vztahy mezi nemocnicí v Motole a 2. LF UK

MUDr. PAVEL KRYL

Minulý režim rozdělil zaměstnance fakulty a fakultní nemocnice na školské a zdravotnické. Školští byli povětšinou ti vybraní, zdravotníci ti tažní. O tom, kdo bude asistentem a kdo bude dále profilován akademickým směrem, často rozhodovali funkcionáři KSČ. Ani já jsem pro svoji neloajalnost vůči tehdejší politice nemohl být asistentem. Musím přiznat, že jsem to nikdy nebral jako tragédii, neboť každý je svým založením buď více praktik nebo více méně badatelský typ. Já patřím k těm prvním. Mé vztahy ke školství jsou dobré, velká většina asistentů jsou mými praktickými spolupracovníky v péči o pacienty.

Mou touhou v závěru roku 1989 bylo zrušit dvoukolejnost ve fakultní nemocnici. Společně s děkanem 2. lékařské fakulty UK jsme o to za minulé vlády usilovali, ale nepodařilo se to. Náš problém nebyl tak důležitý. Snad se to podaří v krátké budoucnosti.

Vztahy této nemocnice i fakulty jsou dobré, alespoň já je za takové považuji. Považuji všechny činnosti provozované ve fakultní nemocnici – léčebně preventivní, pedagogickou i vědeckou – za stejně důležité, neboť jsou velmi úzce provázány a svou úroveň vzájemně silně ovlivňují. Mám za to,

že všichni – každý lékař či vysokoškolák a jistě i velká část středně zdravotnického personálu – by měli být nejen dobrými zdravotníky, ale i pedagogy či vědci. Alespoň poslední dva roky se při přijímání nových lékařů těmito kritérii snažíme v nemocnici řídit.

Nevím, jak dlouho mi bude souzeno být ředitelem, ale jednoho bych se chtěl dožít v jakémkoliv postavení. Aby Univerzitní nemocnice Motol byla evropským pojmem, aby měla svůj den, svůj klub, svoje fanoušky, abychom byli hrdí na Motol právě tak, jako jinde jsou hrdí na to, že jsou z Cambridge, Oxfordu, Mayo kliniky či z Tübingenu, a aby pocit souznělosti a patriotství k němu v nás ve všech takové pouto zpevnil. Chtěl bych, aby pocit, že pracuje v Motolské nemocnici, naplňoval každého pracovníka hrdostí, aby se jeden nevyvyšoval nad druhého jenom proto, že je asistent, primář či něco více.

Chtěl bych, abychom mohli říci jako úspěšní zaměstnanci úspěšných japonských podniků: „i chi ban“ – my jsme jedničky. Chtěl bych, aby naše instituce nesla jméno, které i v cizině znají a lehce se vyslovuje UNIVERZITNÍ NEMOCNICE MOTOL, LÉKAŘSKÁ FAKULTA MOTOL – OK.

„Jediný objev, hodný našeho úsilí, je budování budoucnosti.“

[KAROL IRZYKOWSKI]

„Hodnotu člověka nevytváří pravda, kterou někdo má, nebo si myslí, že ji má, nýbrž poctivá snaha kterou věnoval tomu, aby se k pravdě dopracoval.“

[GOTTHOLD EPHRAIM LESSING]

Přispěla alchymie ke vzniku farmakologie?

Prof. RNDr. JOSEF PACÁK, DrSc.

Současná civilizace je založena na poznacích mnoha vědeckých oborů, jejichž aplikaci přijímáme v našem životě s naprostou samozřejmostí a bez hlubšího zamyšlení a většinou si ani neuvědomujeme, jak je na nich náš život závislý.

Jedním z nich, a to na předním místě, je chemie, která dnešní lidskou společnost ovlivňuje tou měrou, že se bez ní či lépe řečeno bez produktů, které vycházejí z chemických laboratoří a továren, neobejde. Kdo si dokáže představit, jak bychom žili, kdybychom neměli k dispozici nejrůznější uměle vyrobené materiály, které nás ve formě nepřeberného množství spotřebního zboží obklopují na každém kroku. Jak bychom žili bez petrochemického průmyslu, který nám nejen dodává milióny tun pohonných hmot a nemenší množství surovin pro výrobu plastů, detergentů, pesticidů, léčiv? Že to všechno má samozřejmě i rub, že se zhoršuje životní prostředí, že ubývá ozónu či že nás otravují polychlorované bifenylly, dioxydy nebo dusík a koroďují oxidy uhlíku, dusíku či síry, to všichni víme velmi dobře. Tyto a další neblahé skutečnosti způsobují, že mnozí lidé z toho přímo obviňují a zatracují chemii. Ale je tato krásná a romantická věda skutečně na vině? Rozhodně ne, protože je to člověk, který se dosud nenaučil s chemickými produkty správně zacházet a teprve to začíná zvolna umět. Je to člověk, který drží v ruce zbraň, jíž dosud dobře neovládá a kterou způsobuje sobě i svému okolí mnohá, často velmi těžká a snad nezhojitelná zranění. Ale to neznamená, že by se jí měl zbavit, zbraně, která jej může proti mnohému účinně ochránit, naučí-li se s ní vhodně manipulovat místo aby ji obviňoval.

Vraťme se ale zpět k jednomu již zmíněnému odvětví chemie, k léčivům. Jejich paleta je tak velice rozsáhlá, že jen těžko lze najít choroby, proti nimž nějaký více či méně účinný chemický lék neexistuje. Jednou z nemnoha výjimek je AIDS, ale i zde lze oprávněně předpokládat, že ve spolupráci chemiků,

farmakologů, lékařů, biologů a dalších odborníků se podaří i tento moderní mor lidstva potíť.

Chceme-li pochopit cesty, kterými se ubíralo lidské poznání od tisíciletí zastřené minulosti do dneška, nemůžeme jen studovat výsledky, kterých bylo dosaženo za uplynulá desetiletí či posledních staletí, ale musíme se vrátit až do vzdálené minulosti. A tak je tomu i v případě hledání souvislosti mezi alchymii a moderní farmakologií. Stojíme-li v úžasu nad rozsáhlými katalogy moderních léčiv, bylo by i nespravedlivé nevzpomenout starověkých či středověkých, známých i neznámých učenců a nadšenců, kteří – poplatní svým chápáním době, v níž žili – se přes všechny své omyly zasloužili o to, že se původně nesmělé plaménky postupně rozhořely v jasné planoucí pochoďné vědy.

Je dobře známo, že antičtí, především před Sokratovští filozofové se zabývali úvahami, z kolika již dále nedělitelných prvků je složen svět. Pro Thaletu byla prvkem voda, pro Anaximena vzduch, pro Parmenida oheň a země, pro Herakla jen oheň, tedy energie, z níž mohl vzniknout vzduch, voda, a země. Platón a Aristoteles vedle výše zmíněných čtyř elementů zavedli ještě pátý, ether. Empedokles se domníval, že čtyři výše jmenované prvky se skládají z neměnných a nezaniknutelných částíček, zatímco atomisté zastávali buď teorii jednotných částíček (Leukippos) nebo částíček různých (Demokritos), jejichž kombinací a pohybem je vytvořena právě ona pestrá mnohotvárnost skutečnosti.

Ale obraťme naši pozornost do období, kdy se krůčky velmi nesmělými a cestami mnohdy slepými, z nichž bylo nutno se vracet zpět, začaly neurčitě rýsovat kontury dnešní chemické vědy a kdy přes nepředstavitelné množství omylů, magických představ a podle našich současných měřítek zcela nesmyslných teorií si racionální vývoj razil cestu vpřed. Toto období, v němž kralovala předchůdkyně dnešní chemie, alchymie, se v historii rozprostí-

rá po dobu asi 6 století, zhruba od století dvanáctého do osmnáctého.

I když hlavní cíl evropské alchymie spočíval – na rozdíl od alchymie dálného Orientu, zaměřené především na dosažení nesmrtnosti – v transmutaci minerálů či neušlechtilých kovů ve zlato a v hledání kamene mudrců, vyvíjelo se i také odvětví alchymie, které bychom mohli označit, i když ne příliš přesně, jako alchymii lékařskou. Logickým důvodem pro vznik tohoto odvětví byly nesporně různé infekční pandemie, kdy alchymisté, lékaři, ranhojiči či lazebníci včetně nejruznějších šarlatánů a podvodníků hledali prostředky proti jejich šíření a k uzdravování nemocných. Nezanedbatelným podnětem pro toto jejich úsilí byly beze sporu i požadavky vládařů a šlechticů, kteří si je vydržovali, aby jim pomáhali v předcházení i v odstraňování jejich chorob a neduhů.

Porozumět středověké alchymii na základě dochovaných dokladů je velmi obtížné. Je to jednak proto, že výsledky alchymistických transmutačních badání byly z pochopitelných důvodů přísně utajovány, takže počet dostupných dokumentů není rozsáhlý, jednak pro bizarní alchymistický slovník se všemi jeho tajemnými a často záměrně zašifrovanými hesly, což silně ztěžuje možnost vyznat se v jednotlivých pracovních postupech v dokladech popisovaných.

Všimněme si ještě jedné zajímavé skutečnosti, a to vztahu křesťanského náboženství k alchymii. Alchymistické teorie, na rozdíl od teorií astronomických, se nedostaly s náboženstvím do vážnějšího konfliktu, i když zde teoretické předpoklady pro to byly. Alchymie mohla být snadno obviněna z toho, že ve svých dílnách vyrábí materie přírodě neznámé a podle tehdejších náboženských doktrin mohla být tato činnost posuzována jako porušování toho, co přísluší jen Bohu. Avšak z pragmatických důvodů se očekávalo, že alchymie přinese lidstvu bohatství a zdraví, takže její příznivci nebyli církví nijak cílevědomě pronásledováni. Alchymie tak koexistovala s náboženstvím a k tomu přispěla i skutečnost, že hledání nesmrtnosti – na což byla především zaměřena alchymie čínská – nebylo evropskými alchymisty vytyčováno jako prvotní cíl, protože to by mohlo přimět inkvizitory k zásahu proti alchymistům jako kacířům.

Zrození lékařské alchymie nelze určit s definitivní platností. Souvisí nicméně s tím, že zlato bylo považováno za extrémně stálé – a také skutečně je – a tedy jaksi nesmrtelné, na čemž byla založena i myšlenka zlatem či jeho sloučeninami léčit. Tedy jakési přenesení nesmrtnosti zlata na člověka. Tato idea byla ale postupně opuštěna a přenášena na další sloučeniny, i když se lékaři anglického krále

Karla II. pokoušeli jej ještě v 17. století takto léčit. Nicméně se pokračovalo v hledání kamene mudrců, který měl mít schopnost měnit minerály či málo ušlechtilé kovy ve zlato, i elixír života, mysteriózní substance s údajně dramatickými omlazujícími účinky na lidský organismus.

Rozvoj evropské alchymie je neoddělitelně spojen se dvěma osobnostmi. Jednou z nich je Arnald z Villanova, žijící pravděpodobně v letech 1235 – 1311, který je někdy pokládán za lékaře, jindy za alchymistu, ale nejčastěji za obojího. Lze historicky prokázat, že jeho lékařské umění bylo na tehdejší dobu na značné výši, nicméně byl – přes své racionální myšlení – poplatný i historické etapě, v níž žil, a tak ve své praxi používal i magických amuletů. Za zásluhu se mu však klade využívání alchymistických prvků v léčení nemocí, jeho osobností je datován vstup evropské alchymie do medicíny.

V druhé polovině 14. století proběhla celou Evropou vlna morové epidemie, která započala v Itálii. Takové epidemie se pak v Evropě opakovaly i v dalších staletích a protože úmrtnost při nich byla vysoká a alchymistické prostředky nepomáhaly, není divu, že to zpochybnilo věrohodnost spojení alchymie s medicínou. Tehdy došlo i k znevažování víry v kámen mudrců i elixír života, i když tato víra v ně definitivně zanikla teprve s rozvojem chemie jako skutečné vědy koncem 18. století.

Jinou významnou osobností, jež ovlivnila rozvoj alchymie i medicíny na počátku novověku, byl Aureolus Theophrastus Paracelsus (1493–1541), vlastním jménem Bombast von Hohenheim. Tento muž, lékař, alchymista a filozof švýcarského původu, byl za doby svého života označován za „Lutera medicíny“. Podle Paracelsa je medicína vědní oblast, založená na fyzice, chemii, fyziologii a vyúsťující ve filozofii a teologii. Zavedl teorii tria prima, tří základních principů, které stimulovaly další alchymistická badání, a současně přišel s novými léčebnými postupy (používal k léčení minerální prameny, síru, rtuť, opium). Lze jej označit za zakladatele iatrochemie (fec. iatreia, léčení), tedy jakési předchůdkyně dnešní farmakologie.

Rozkvět alchymie v Čechách dosáhl svého vrcholu koncem 16. století na dvoře Rudolfa II., ale k rozvoji lékařské alchymie významně nepřispěl.

Pokusíme-li se závěrem shrnout, jaký vliv měla evropská alchymie na rozvoj evropského lékařství, můžeme nejspíš konstatovat, že tento vliv, ač znamenal položení základů k budoucí farmakologii, nebyl nijak významný. Medicína musela čekat na účinná farmaka až do doby, kdy se alchymie změnila v opravdovou vědeckou disciplínu, v chemii, která pak svým dalším rozvojem vytvořila příznivé podmínky pro účinnou medikamentózní terapii.

„K porozumění vědě je zapotřebí znát její historii.“

[A. COMTE]

„Dějiny vědy jsou skutečnými dějinami lidstva.“

[DU BOIS REYMOND]

Křivolaké cesty onkologie

Prof. MUDr. JOSEF KOUTECKÝ, DrSc.

Osudy jedinců, rodin, obcí i národů odedávna ovlivňují rozmanité nemoci. Provázejí lidstvo po celé dlouhé (opravdu dlouhé?) období jeho vývoje. Jejich spektrum se mění, mění se názory na příčiny jejich vzniku i na jejich podstatu, zlepšují se možnosti jejich poznávání i léčby. Bylo by nepřirozené a nevděčné k pohnuté minulosti, kdyby mezi rozmanitými pohledy na lékařství, obsaženými v této knížce, scházel alespoň jeden příklad, který by doložil, jak spleťtými cestami plnými úsilí a omylů, ale i postupných úspěchů, se ubíralo medicínské poznání. Takový pohled vzbuzuje nejen úctu k minulosti a k tradici, ale přináší také pocit náležité vlastní pokory při vědomí, že za nějaký čas bude patřit minulosti i to, čím se dnes pyšníme. Příklad onkologie je toho výmluvným dokladem.

Mezi první známou písemnou zprávou o nádorech, kterou je papyrus Edwina Smithe, a vznikem samostatného oboru onkologie, uplynulo zhruba 4 000 let, naplněných mnoha periodami nejružnějšího nazírání na podstatu, rozpoznávání a léčbu nádorových onemocnění. Ke vzniku onkologie jako samostatného oboru nepřispěl ovšem jen všeobecný pokrok lidstva a medicíny, ale také současně mimořádně vysoký výskyt nádorů a jejich jakási mytická moc, která vyvolává všeobecný strach a v myslích většiny lidí i pocit bezmoci a také beznaděje.

Dějiny onkologie, pokud jsme schopni je doložit, jsou jen zlomkem v dlouhém období existence nádorových onemocnění na Zemi. Nádorová onemocnění existují mnohem déle než lidstvo. Pocity takové nezměrnosti nabádá uvědomit si, že každý poctivý klinický pracovník by nejen měl, ale v podstatě musí dosáhnout po létech usilovné práce s nemocnými, nemocemi a při klinické experimentální práci určitých myšlenkových dimenzí, které mu nejen vymezují stávající rozměry vlastního oboru a jeho perspektivy, ale umožňují nalézt souvislosti s obory ostatními a děním obecným, i s minulostí, bez které by přítomnosti nebylo. Jen takový

náhled mu umožní dosáhnout určité syntézy alespoň postřehnutelné části onoho neobyčejně složitého dění, které provází život, a zvláště život narušený. To vede k tomu, že se zkušený lékař vrací – sice v odlišném pojetí, ale přece jenom k oboru, kterým zahajoval svá medicínská studia, totiž k biologii v její nejvlastnější podstatě, k otázkám podstaty života, o který tak často úporně bojuje, a smrti, před kterou se tak často sklání, aby je doplnil o vlastní poznání a aplikace a pokusil se najít potřebnou syntézu ve změti podnětů, kterými je zaplavován. Platí to pro biologicky uvažujícího lékaře tím spíše, přijme-li za svůj názor profesora Charváta, že „lidské myšlení se pohybuje v lineárních kategoriích, které nás nutí do kauzality. Chceme znát začátek a konec, příčinu a následek.“ V onkologii je ovšem tento požadavek splnitelný zatím jen částečně, nepochybně proto, že řešení onkologických otázek je ve srovnání s mnoha problémy všech možných oborů obtížnější.

Naléhavost situace a jejího řešení charakterizoval při zahájení 13. mezinárodního kongresu 9. září 1982 tehdejší prezident Mezinárodní onkologické společnosti profesor Veronesi takto: „Úhelným bodem je dát na vědomí vládám, že onkologický výzkum je bojem proti nepříteli, který zaviní ročně 10 miliónů úmrtí. Vyhrát tuto bitvu předpokládá potřebu stejných finančních prostředků a lidských sil jako každá jiná válka“. Druhá světová válka má na svědomí týž počet mrtvých – 60 miliónů za 6 let.

V rámci zmíněné touhy po kauzalitě chceme vědět, kdy se nádory na naší planetě objevily a jaké formy života postihují, proč a jak vznikají, čím vlastně jsou, jaký je mechanismus jejich bytí a jaká je jejich struktura, jaké vlivy a v jakém směru na ně působí, jak se projevují a dají poznat i jak je možné je léčit a v optimální situaci jim předcházet. Sledovat vývoj odpovědí na některé ze zmíněných otázek od dávné minulosti je fascinující a poučné. Navíc nás přivádí k poznání, jak nutné a vhodné je být ve vědě skromný. Vždyť všichni ti před námi, kteří na

zmíněné otázky odpovídali, byli přesvědčeni, že mají pravdu. Většinou ji neměli. Máme tedy právo apodiktické pravdy my? Myslím, že nemáme a že naším jediným právem je snaha, usilovná snaha k postupnému poznávání pravdy přispět.

Zahajme stručnou historii onkologického poznávání krátkou zprostředkovanou exkurzí: Zemské těleso vzniklo asi před 4 600 miliony let. Nejstarší rostliny – prokaryonta (bezjaderné organismy) a následná fotosyntéza před 3 600 – 3 000 miliony let. Zhruba před 2 000 miliony let se objevila eukaryonta (organismy, které mají ve svých buňkách diferencované jádro). Asi před tisícem milionů let vznikli prvoci. Tyto časové dimenze jsou pro nás jen těžko představitelné. Proto používají biologové nápaditého schématu „roku“ biologické evoluce, v němž jeden den našeho roku představuje 11 milionů let (jedna sekunda trvá 127 let). Podle něj „Země vznikla spolu se sluneční soustavou kondenzací mezihvězdných plynů a částiček někdy v polovině září předminulého roku a vývoj života začal na Nový rok. První stadium, v němž neživé koacerváty získaly schopnost autoreprodukce, trvalo asi do poloviny února. Pak se začaly objevovat bezjaderné malé buňky podobné dnešním bakteriím. S příchodem jara vznikla fotosyntéza. Až v květnu převládaly větší buňky, podobné dnešním sinicím, schopné využívat vody jako redukčního činidla. Tím začaly – velmi pozvolna – uvolňovat kyslík. Jeho malé množství dovolilo teprve koncem listopadu výstup organismů na pevninu. Revolučním zlomem tohoto vývoje byl vznik diferencovaného buněčného jádra, tedy nástup eukaryontních organismů – někdy v polovině srpna. Některé z nich už vytvářely shluky.

Ovšem první skutečně mnohobuněčné organismy se objevily až v druhé polovině října a teprve po 20. listopadu začaly opouštět vodní prostředí, aby začátkem prosince dospěly k prvním obratlovcům a typickým suchozemským rostlinám. První savci se objevili kolem 10. prosince a žili s pověstnými druhohorními ještěry do vánoc, kdy brontosauři vymřeli a nastoupili primáty. Vzpřímený předek člověka zahájil jeho další vývoj kolem deváté večer a hodinu před půlnocí se našim předkům podařilo poprvé rozdělat oheň. S prvními údery hodin oznamujícími půlnoc vrcholí moc faraonů v Egyptě a čtvrt sekundy před posledním úderem se většina z nás narodila“. Snad ještě dodám, že „to, co odlišuje živé od neživého – autoreprodukce, trvá déle než polovina celého vývoje a že, ač zdokonalována, zůstává završena. A také to, že pro evoluci není směrodatný čas astronomický, ale generační, tj. doba od zrodu jedince k narození jeho dětí.“ (Život, MF 1987).

Důvodem uvedeného extempore je upozornit na dnes všeobecně přijímanou hypotézu, že všechny vícebuněčné organismy byly a jsou ohroženy vznikem nádorů – rostliny i zvířata, obratlovci i bezobratlí a že tedy nádory provázejí život na Zemi v celém zmíněném nesmírně dlouhém vývojovém období prakticky ve všech jeho formách.

Na mnoha rostlinách se tvoří útvary velmi podobné živočišným nádorům. Známe nádory brambor, řepy, kořenové zeleniny, cukrovky, ovocných stromů, tabáku a mnoha dalších rostlin. Některé jsou vyvolávány plísněmi, jiné bakteriemi a viry a i když se od živočišných nádorů v jednotlivostech liší, je principiální shoda zřejmá.

Přítomnost nádorů můžeme doložit u všech kmenů, tříd, řádů, čeledí a druhů živočišné říše. Je pochopitelné, že jejich frekvenci není možné hodnotit spolehlivě; zejména u divoce žijících zvířat chybí korelace. Známý je vysoký výskyt nádorů u laboratorních zvířat. Problematické je hodnocení u zvířat zoologických zahrad, jednak pro relativně malý počet jedinců, ale hlavně pro zcela změněné a navzájem odlišné životní podmínky. Ví se, že tak jako u lidí i u zvířat stoupá počet nádorů s věkem. A je jisté pozoruhodné, že mezi domácími zvířaty mají druhy živící se přirozeně (ovce, skot) nádorů méně než druhy živěné přímo člověkem (pes, kočka).

Nádory byly prokázány už u bezobratlých, např. u vzácné banánové mušky (*Drosophila melanogaster*), ploštěnek, u mnoha měkkýšů (ústřice, škeble rybníčné, hlemýžďe jablečného) a mnoha druhů brouků. Velmi dokonale jsou prostudovány nádory u ryb, které jsou tak významné z hlediska výživy lidí a které mají velmi mnoho druhů nádorů. Postižení bývají i obojživelníci a plazi.

Nádory jsou pak samozřejmě prokazovány u všech druhů ptáků a savců, i když jsou tu významné druhové diference. Tak např. u drůbeže jsou nejčastější spontánní nádory nádory z bílé krevní řady (zejména leukémie), karcinom ovaria a vejcovodu, adenokarcinom střeva a různé typy sarkomů. Kromě domácích kuřů, holubů, hus a kachen onemocní nádory nejčastěji papoušci a z nich nejvíce andulka (4,5 – 6,7% všech pitvaných). Výskyt nádorů u savců je všeobecně značný, i když druhově diferentní. U primátů, a to je s podivem, je nádorů málo. Zato velmi časté jsou u šelem. Téměř 8% pitvaných psů má nádor a velké kočkovité šelmy v zoologických zahradách hynou ve vysokém procentu na karcinomy. Asi proto, že mají ve změněných podmínkách čas se svého nádoru dožít. Sluší poznamenat, že nádorová onemocnění postihují nejen všechny živočišné druhy, ale i všechny jejich orgány, a to nejružnějšími druhy nádorů.

Zaměříme nyní pozornost k minulosti nádorů u lidí. Körbler uvádí svoji monografii *Geschichte der Krebskrankheit* výstižným konstatováním: „Každá epocha lidských dějin má svoje dominující choroby. Specifické podmínky doby jim dají vzniknout, podporují jejich šíření, aby spolu s jejich změnami nemoce ustoupily nebo dokonce zmizely a nahradily je nemoce jiné.

Tak můžeme retrospektivně sledovat, že nemocí starověku, který charakterizuje přísné rozčlenění na svobodné a otroky, bylo malomocenství. Likvidací otroctví choroba ustoupila, aniž byl tehdy proti ní nalezen úspěšný lék. Mor, tzv. černý mor, byl chorobou gotického středověku. Šířil se jeho nehygienickými městy v přesvědčení obyvatel, že je boží metlou, před níž musí zůstat každá obrana bezúspěšnou. Lehkomyslný a smyslný svět renesance, která hledala a nacházela radost v tělesných požitcích, ovládla syfilis. Okázalý barok charakterizuje tanec sv. Víta. Tuberkulózy (tzv. bílého moru) přibývalo v 19. století, ve kterém vývoj průmyslu přivodil hromadné přesídlování venkovského obyvatelstva do těsných dělnických čtvrtí velkoměst. Nemocemi 20. století, zejména jeho 2. poloviny, jsou choroby kardiovaskulární a nádorové.“ Poslední léta přinesla AIDS.

Už jsme se zmínili o tom, že i u lidí jsou známy nádory odedávna. Ovšem až do přelomu 19. a 20. století nezavdávaly příčinu, aby se vtiskly do kolektivního vědomí lidí. Je třeba si uvědomit, že ještě v Goethově době byl průměrný věk lidí sotva třicet pět let, že mnoho nádorů nebylo dobře rozpoznáno (zejména nádorů vnitřních orgánů) a že byly zaměňovány za různé jiné choroby. Těm, a eventuálně nádorům nezhoubným, také patřila popisovaná vyšetření.

Mýtus nevyléčitelnosti získaly nádory až koncem 19. století. Zmíněná epidemická infekční onemocnění, zejména mory, ohrožovala lidi masově. Co byl ojedinělý pacient s nádorem proti masovému neštěstí, které vyvolala morová lavina? Jeden smutný osobní osud – nic víc a nic méně. A tak teprve v tomto století se staly nádory masovou záležitostí, typickou civilizační chorobou způsobenou hříchy lidstva, spáchanými na životním prostředí. Tě byly minulé, proti přírodě zdaleka ne tak agresivní epochy, uchráněny.

O výskytu nádorů u lidí už ve starověku se dozvídáme jak z písemných zpráv (indická Ramajana i už zmíněný Ebersův papyrus z Théb, ve kterém je uvedeno 21 diagnóz různých nádorů), tak ze starověké, velice realistické ikonografie. Realistické pojetí skulptur a maleb pokrývajících stavby, chrámy, hroby i nábytek starých kultur jsou přesvědčivými doklady existence nádorů.

Třetím zdrojem našich informací jsou nálezy na mumifiích. Náš přední egyptolog Dr. Strouhal, který se zabývá paleopatologií, sice usuzuje, že incidence nádorových onemocnění ve Starém Egyptě byla podstatně nižší než současná, avšak spektrum zjištěných nádorů zahrnuje nezhoubné i zhoubné nádory různých tkání, pochopitelně nejčastěji nádorů kostí (dochovatelnost anorganické složky kostní tkáně), nádory nosohltanu, nádorové metastázy a další. Ovšem doklad o existenci karcinomu hrtnu ještě dávno předtím – u neolitického člověka (zhruba 5000 let před Kristem) našli Goodman a Morant a skelet uložili v Britském muzeu.

Mezi různými druhy vědů označil kolem roku 400 př. Kr. Hippokrates nádor termínem „karkinoma“. Hippokratovo karkinoma byl velmi široký klinický pojem označující zhoubnost vůbec. Vynikající český patolog Ferdinand Škorpil se domníval, že „vystihoval obraz pokročilého karcinomu prsu, v němž zatvrdlý, nádorovou tkání prorostlý prs, společně s radiárními pruhy šíření kožními mizními cévami připomíná kraba“. Ne tedy raka! To je hrubá nesrovnalost, která dává do příkrého rozporu slovní označení zhoubného nádoru s ikonografickým znázorněním. Ikonograficky je totiž rakovina (od slova rak) vyjadřována siluetou kraba jak v odborném, tak populárně vědeckém a propagačním tisku. Škorpil a mnoho jiných tyto zoologické jednotky zaměňují či je ztotožňují. Termín rakovina by se neměl z více důvodů, a také právě z ikonografického, vůbec používat, protože v ikonografickém pojetí by se rakovina měla nazývat krabovinou. Je možné, že Hippokratovi, který prožil takřka celý život (459–377 př. Kr.) ve Středomořské oblasti, připomínal krab, který požírá mršinu, nádorové ložisko, z něhož se chorobné bujení šíří v podobě končetin, kusadel a klepet do okolí. Nejhojnějším krabem evropských břehů je krab pobřežní (*Carcinides meanas*) a jemu se také užívají schémata nejvíce podobají. Znalost nádorů pak dokumentuje celá další medicína – ve starém Římu např. Celsus, který popisuje karcinom jako zhoubný, tuhý a nezvredovatělý nádor.

Středověké období nepřineslo onkologii pokrok. Zato dostali nemocní nádory svého patrona. Stal se jím sv. Peregrinus, který se narodil roku 1265 ve Forlì v severní Itálii, kde také roku 1345 v 80 letech zemřel. Kanonisován byl v roce 1726.

Dovolte mi uvést legendu o sv. Peregrinovi: Peregrine Laziosi byl synem moudrého muže, který odvozoval svůj původ od proslulé latinské rodiny a který oplýval více talentem než materiálními statky. Peregrine se podílel aktivně na politice rodného města, které stálo proti papeži. Papež vyslal do Forlì jako prostředníka pozdějšího svatého – Filipa

Benizho. Ten byl při jakési manifestaci tělesně atakován a Peregrine sám ho udeřil do tváře. Benezi reagoval nastavením druhé. Peregrin byl pokorou a snášenlivostí tohoto muže konsternován a s pláčem ho prosil za odpuštění. Od té doby se oddal náboženskému životu. Mnoho hodin se modlil v kapli, až jednoho dne se mu zjevila Panna Maria se slovy: „Tvé jméno je Peregrine, proto naplníš obojí jeho význam – v samotném jménu i v putování (peregrinare – putovati, peregrinazione – putování). Proto odejdi hned do Sieny a vyhledej modlíci se svatě muže a sblíž se s nimi!“ (Jednalo se o řád Služebníků P. Marie). Stalo se a Peregrine byl přijat do sienského řádu tímtež Filipem Benizim, kterého kdysi udeřil. Po několika letech se vrátil do Forli, kde založil klášter pro stejný řád. Říkalo se o něm, že je horlivým knězem, který se po třicet let neposadil, jedl vstojе, modlil se v kleče a ve spánku se opíral o kamennou zeď či kostelní lavici. Traduje se, že uzdravoval slepé, pomatené a poraněné. V řádu strávil 62 let života. Byl čtyřikrát exhumován a jeho tělo prý zůstalo nepoškozené.

A nyní důvod jeho patronství. V posledním období života onemocněl. Chátral a objevilo se rozsáhlé zduření bérce, které zapáchalo tak, že u něho nikdo déle nevydržel. Ošetřující lékař – jakýsi Paulus Salatius – se domníval, že se jedná o nádor, a doporučil amputaci. Noc před operací se Peregrin dovlekl do refektáře a modlil se před nástěnnou freskou zobrazující ukřižování. K ránu usnul a po probuzení shledal, že zduření jeho bérce je pryč. Zvěst o zázračném uzdravení letěla do dálek a Peregrinus se později stal populárním svatým nejen v Itálii, ale také v dalších státech, Rakousku a Španělsku.

Není snadné exaktně posoudit podstatu Peregrinovy choroby. V jeho době se pojem karcinom užíval střídavě pro nádory, boláky a vředy i gangrénu. Podle Roberta Jacksona přichází v úvahu vřetenobuněčný karcinom, který je známý vzácnou spontánní regresí či určitým vyrovnáním mezi invazivitou nádoru a hostitelovou rezistencí, bércový vřed s městnáním či gangréna z nedokrevnosti. Loreti, který ohledával exhumovanou mrtvolu v roce 1959 uzavřel, že se jednalo o varikózní syndrom (varixy = městky, křečové žíly), zhoršující se zvykem dlouhého stání. Potud tedy jedna středověká onkologická legenda.

Zprávy o nádorech nalézáme tedy trvale a počátkem novověku např. francouzský lékař Jean Fernel charakterizuje v roce 1497 sarkom takto: „Sarkom je masitý výrůstek na způsob hrboleu nebo nádoru. Tak se často vytvoří masitý výrůstek ve špatně hojených vředech, polyp v pohmožděných nozdrách, nádor na dásních u zubních kořenů, flíček v řiti.“

V lékařských knížkách našeho Mistra Křišťana z Prachatic z roku 1553 najdeme toto doporučení: „Proti raku na nádobí mužském nebo ženském. Vezmi prach alounový (aloun kalcinový – ledek) a posypej na shnilé místo, neb ten prach vysuší shnilé místo. A potom vezmi mast učiněnou z žloutkův a obvazuj vuokol nádobí. A budeš zdráv.“

Hodnotným svědectvím o výskytu nádorů jsou i v novověku umělecká díla. Tak např. na rytině Domenika Custose z roku 1600, která je ve vlastnictví kabinetu rytin Státního muzea v Berlíně, vidíme Helenu Antonii, které narostl vous v 18. roce života. Nejznámější je Riberův obraz Magdaleny Ventury z roku 1631 ve sbírce hraběnky de Lerne v Toledu. Ženě na zobrazeném manželském páru, která kojí své třetí dítě, narostl mohutný plnovous v 37 letech. A do třetice portrét Rosiny Margarety Müllerové z Drážďan, ke kterému existuje lékařská zpráva drážďanského městského fyzika s názvem „De virgine barbata Dresdensi“ (O vousaté panně drážďanské). Také tato dáma, u níž se začaly známky mužského habitu projevovat již v mládí, porodila dítě. Nádor nadledvinové kůry je ve všech těchto příkladech téměř jistým podkladem změn.

Zejména začátek 19. století přinesl už podstatně dokonalejší popisy nádorů, jejichž úroveň se zvyšovala spolu s vědeckým zájmem. Dokonalým příkladem jsou obrázky z anatomického atlasu Matthew Baillieho z roku 1812. Rozvoj onkologie – i v dokumentaci byl rezervován 2. polovině 19. století, a to jak novými názory, tak novými léčebnými možnostmi, ale i zájmem veřejnosti, např. zvidavě sledující skutečnost, že německý císař Bedřich III. zemřel po pouhých 99 dnech vlády na nádor hrtanu v roce 1888.

A tak ve slavné učebnici „Lehrbuch der Chirurgie“ našeho slavného krajana, který působil ve Vídni – Eduarda Alberta z roku 1890-91, je věnována nádorům značná pozornost a jejich zobrazení je až přehnaně realistické, což už potlačil ve své „Patologické anatomii a bakteriologii“ z roku 1897 zakladatel moderní české patologie Jaroslav Hlava.

Nepochybně zajímavé a hodné pozornosti je, že pojem „onkologie“ se prvně objevil v lékařském slovníku z roku 1860, ale prakticky byl poprvé použit až v roce 1904 při otevření The American Oncologic Hospital ve Filadelfii. A také, že údaje o nádorech lidí (i těch vývojově nejstarších) překonal nález Američana Roy Lee Moodiho, který nalezl v roce 1923 nádorové kostní změny na skeletu dinosaura z období druhohorní jury, tedy z doby před 245–66 miliony let. Jak nezměrně dlouhý je to časový úsek proti tisíciletému trvání nádorové medicíny!

O sotvakteré chorobě bylo v průběhu oněch 4 000 let tolik přemítáno a léčebně experimentováno. Zastavme se u vysvětlování příčiny vzniku nádorů. Hippokrates považoval za příčinu vzniku nádorů přebytek černé žluče. To odpovídalo jeho v té době všeobecně přijatému učení, naroubovanému na koncepci Empedokla z Akragantu o čtyřech prvcích – teple, chladu, suchu a vlhkosti, totiž učení o čtyřech tekutinách, které se měly nalézat v těle – o krvi, slizu, žluté a černé žluči. Toto učení o poměru šťáv v organismu, tedy humorální doktrína, ovládalo medicínu a biologické myšlení až do novověku. A ještě dlouho – v renesanci – byla s ním spojená i astrologie. Korespondence anatomických a astronomických útvarů podle alchymistické teorie přírody byla hluboce zakořeněna. Alchymisté věřili, že mikrokosmos lidského těla a makrokosmos přírody si odpovídají, že vesmír i lidské tělo jsou stvořeny ze stejných látek (principů či elementů). Alchymisté rozeznávali dva takové principy: rtuť, ztělesňující vše nezbytné a trvalé, a síru, ztělesňující vše hořlavé a nestálé. Všechna hmotná tělesa (včetně lidského těla) se skládají z těchto dvou principů a mohou z nich být znovu vytvořena. Alchymistickou značkou pro ženský rod je měkká měď (symbolem je Venuše), pro mužský železo (Mars). Alchymisté vnesli do lékařství minerály (do té doby existovaly jen léky rostlinné). Jeden teoretik alchymie učinil třetím principem či prvkem sůl a také vymyslel lék na chorobu řádící kolem roku 1500 po celé Evropě. Tím teoretikem byl Paracelsus, lékem rtuť a nemocí syfilis. Odvedl alchymii na cestu chemie, k chemii léků, biochemii, k chemii života.

600 let po Hippokratovi už diferencoval Galen rezistence na nádory sledující přírodu (tedy fyziologické zvětšování orgánů), nádory, které předčí přírodu (zbytňení, např. svalek po zlomenině) a nádory proti přírodě (tedy nádory vlastní). Je zajímavé, že toto 1800 let staré dělení v podstatě platí dodnes. Koncept Hippokrata a Galena ovládal praxi středověku. Až příchodem renesance, a později v 17. a 18. století, byla teorie „černé žluče“ zpochybňována. Je to období mnoha někdy až neuvěřitelně znejících teorií, z nichž alespoň některé pro zajímavost zmiňuji.

Prvním, kdo zaútočil na Hippokratovu teorii černé žluče, byl Paracelsus (1493 – 1541). Za příčinu nádorů považoval „tělesnou sůl“, která se po rozpuštění v kyselém prostředí „prožere“ celým tělem. Jen heslovitě zmiňme některé z dalších uvažovaných příčin nádorů: zdivočelý „životní duch“ Archeus, hmyzí vajíčko průnikem do mízních cév, ostré hroty zubů, pohnutí myslí. Descartesem (1596 – 1650) postulovaná mízní teorie, charakte-

rizovaná větou „když lymfa kvasí a stane se kyselou, vznikne nádor,“ se rozvíjela jako školní názor až do konce 18. století. Za příčinu vzniku nádorů dělohy byl považován intenzivní koitus a za příčinu vzniku karcinomu žaludku abusus alkoholu, za vznik nádorů obličejce zanedbané šňupání. Dalšími příčinnými okolnostmi byly podle lékařů 18. století „nádorový choroš“ a specifický nádorový jed. Roku 1812 vybudovali francouzští lékaři Delpech, Cayol a Bayle teorii diathesy. Podle ní mají potenciální nádoroví pacienti zvýšenou pohotovost pro nádorovou chorobu, která vznikne teprve sdružením s dalšími příležitostnými celkovými (alkoholismus, celibát) nebo lokálními příčinami (trauma, tlak korsetu, hemorhoidy, chronické dráždění). Ramazzini připisoval vysoký výskyt karcinomu prsu u jeptišek právě celibátu. Zásadním pro další vývoj teorií vzniku nádorů je rok 1775, kdy Percival Pott dal do souvislosti častý výskyt karcinomu skrota s povoláním kominíka. Tím byla poprvé obrácena pozornost k vlivu prostředí jako příčině vzniku nádoru. Dalšími pozorování postupně přibývalo – např. roku 1822 popsal John Ayrton Paris nádory u lidí (a zvířat) v kotlárnách Cornwallu a Wallisu, způsobené arsenem.

Anatom Bichat rozšířil zmíněné Galenovy principy dělení nádorů a roku 1821 popsal mnoho druhů nádorů u lidí s přesvědčením, že nádor je „nahodilá formace“ tkání vytvořená tímž mechanismem jako ostatní části organismu. 17 let nato (1838) rozmnožil Bichatovy nálezy pomocí mikroskopu Johannes Müller. Po významných předběžných studiích Schleidena, Browna a Schwanna zahájil v práci „Über den feineren Bau und die Form der krankhaften Geschwülste,“ nezávisle na již existující buněčné teorii, vědeckou revoluci ve výzkumu nádorů. Prokázal, že nádorová tkáň je z buněk, i když se o dělení buněk vědělo málo a dosud nebyla vyslovena zásadní doktrína „omnis cellula e cellula“ (každá buňka vychází z buňky). Müllerův student Rudolf Virchow pak rozšířil dramaticky popisné znalosti, a to zvláště v roce 1858 publikované monografií „Cellulopathologie.“ Znamenala zánik humorální patologie. Ačkoliv řada Virchowem vyslovených teorií byla později vyvrácena, byl prvním, kdo zdůraznil vztah mezi chronickým drážděním a vznikem některých nádorů (irritační teorie).

V této časně fázi vývoje celulární patologie byly zvažovány dvě možné cesty vzniku nádorů. První předpokládala zvrát normální buňky v nádorovou, druhá existenci nádorových buněk z období embryonálního života s různou latencí jejich manifestace. Müller podporoval druhou z nich, právě tak jako Julius Cohnheim, který v roce 1877 vyslovil teorii „embryonálního zbytku“ (dysontogenetická teo-

rie). Řada patologů měla názor opačný, např. Laennec, a tvrdili, že je „tolik nádorů jako tkání.“ Laennec rozpoznal, že mnoho nádorů nemá žádnou příomou podobnost s normálními tkáněmi dospělých, nicméně podpořil a doplnil buněčnou teorii myšlenkou „eiusdem naturae,“ tj. každá buňka vzniká z buňky téhož druhu. Nová a nová poznání přicházela a není možné je všechny uvést. Přece jen však chci zmínit alespoň dvě zásadní. V roce 1829 popsal Recamier v knize „Recherches du cancer“ způsob šíření nádorů a poprvé uvedl termín metastáza. V roce 1872 dokázal Waldayer, že metastázy jsou výsledkem buněčné nádorové embolizace (vmetku) a demonstroval nádorové buňky v krevních a mízních cévách. Tak vznikala experimentální onkologie (transplantace nádorů zvířat byly zahájeny krátce po polovině 19. století), jejíž „zlatá doba“ vypukla ve století dvacátém.

A stejně tak, jak spletité byly cesty názorů na vznik nádorů, byly spletité ve všech epochách i experimenty léčebné. Již 2000 let př. Kr. léčili Egypťané nádory leptavou pastou a Babyloňané amputacemi. Hippokrates (400 let př. Kr.), zastával názor, že všechny, kteří trpí skrytými nádory, je nejlépe nechat neléčené; protože léčený rychle umírá, zatímco neléčený zůstane ještě dlouhý čas žít. Uznával jen léčbu povrchně uložených nádorů rozžhaveným železem. Celsus (kolem narození Krista) považoval nevléčitelnost nádorů za jejich specifickou vlastnost. Také Avicenna, nejslavnější lékař středověku (kolem r. 1000 po Kr.), byl přesvědčen o neúčinnosti operací při pokročilých stadiích nemoci. A totožný názor měli i slavní lékaři 16. století. Např. chirurg Ambroise Paré (1510 – 1598) napsal: „Proto odrazuji od operativní léčby v obavě tuto příseru rozzlobit, aby nevylezla zběsile ze své sluje,“ a Gabriele Fallopius (1510 – 1598) se domníval, že „pokud nádor odpočívá, má odpočívat také lékař.“ A pochopitelně i Paracelsus brojil proti operaci nádorů nožem i rozžhaveným železem a kolem roku 1530 doporučoval jejich chemickou léčbu, zvláště známou „Quinta essentia.“

Přesto se chirurgická léčba praktikovala a ve zhruba stejném období (1702) např. zkonstruoval amputační kleště na karcinom prsu Jan Adrian Helvetius. Nejrůznější metody, doporučované lékaři 16. až první poloviny 19. století, zahrnují nejrůznější doporučení, která ne právě zřídka připomínají metody lidových léčitelů a šarlatánů – paralelně s oficiální medicínou doporučující zázračné prostředky, zejména na trzích, už tenkrát. Jeden z ranhojičů doporučoval přikládat na nemocné místo safíry a smaragdy (1517) a také Paracelsus měl pozoruhodné doporučení – položit živé raky v plátěném pytlíku na místo nádoru a ponechat je tam tak dlou-

ho, než jsou mrtví, s předpokladem, že vytáhnou z těla nádorový jed. Jiný doporučoval tlakový ob vaz z olovených desek při léčbě nádorů prsu a uzdravení přiložením královniny ruky pozoroval osobní lékař anglické královniny Alžběty I. Profesor Le Comte léčil nádory rtu sluneční energií pomocí pálení čočkou, zatímco lipský profesor Johann Zacharias Platter (1694 – 1747) spatřoval účinný prostředek v obkladech s octem. Méně plausibilními prostředky byly obklady s kozími bobky nebo obklady petrolejové, napařování nádoru párou s kyselinou uhličitou pomocí papírového trychtýře, radikální hladovka, ale také muzikoterapie k úlevě od bolestí a náhlý úlek pacienta. Samozřejmě bylo všemožných doporučení mnohem více, ale v přehledu lze shrnout, že zhruba do poloviny 19. století se léčba nádorů točila kolem několika základních metod: Operace nožem, operace rozžhaveným železem, léčba leptajícími prostředky (arsen, vitriol, antimon, sanitr, nehašené vápno) a léčba léčivými bylinami, dietní léčba a zlepšení tělesných šťáv (dávivé víno, pouštění žilou, klystýr, víno, potní kúry).

Některé z popsanych metod mohly někdy ulevit, rozhodně však ne vyléčit a rozhodně neúspěšné byly i metody mastičkářů, mnohdy navíc neuvěřitelně drastické. Dokladem toho je smutný konec jednoho z mnoha slavných onkologických pacientů. Papež Inocenc VIII. trpěl velice bolestivým nádorem žaludku. Roku 1498 si nechal poradit mastičkářem: ráno a večer měl pít krev kojence. Papež skutečně hledal v tomto zázračném prostředku záchranu – ovšem nadarmo, zemřel ještě téhož roku.

Předvědecká nádorová medicína je značena divokým experimentováním spojujícím často příli učenců a vědecké ethos s pověrami lidového léčitelství a klasickými omyly medicíny. A tak je skutečností, že cesty onkologie byly opravdu křivolaké – nepochybně více než cesty ostatních oborů.

Jak už jsme zmínili, přešel názor na nádory v 19. století do sféry celulární patologie. Tradice Virchowovy „morbidní anatomie“ převažovala dlouho nad „funkčním“ přístupem Cohnheimovým. Výzkum nádorů byl v 19. století zaměřen vysloveně patologicko-anatomicky. A tak teprve jeho koncem a počátkem 20. století byla pochopena komplexní nádorová nemoc s mnoha diferentními manifestacemi v pojetí, které se začalo blížit současnému názírání. Nádory bylo možné diagnostikovat, léčit, někdy, byť ojediněle, vyléčit a zejména stále objektivněji studovat. Ryze morfologický pohled se měnil. Byly zahájeny experimentální studie s transplantací nádorů, jejich metabolismem in vitro (ve zkumavce), přišly tkáňové kultury a studium chemické karcinogeneze. Začala vznikat klinická pracoviště cíleně se zabývající nádorovými chorobami

a koncem 19. století i odborné společnosti. Orgánově zaměřený vývoj specializace lékařských oborů však zatím neumožňoval vznik onkologie jako svébytného oboru. Je to pochopitelné, protože pro vznik specializace jsou vždy nutné další okolnosti – příslušný technologický vývoj a nové vědecky podložené znalosti, kategorizace jednotných profesionálních schopností a vývoj zvláštních profesionálních činností, které definují podstatu úkolu.

Do poloviny 19. století velice problematická a výsledky naprosto neúspěšná léčba nádorů nastoupila ofenzivně v jeho druhé polovině. První klasickou metodou se stala operace. Byly to dvě zásadní okolnosti, které umožnily chirurgům zavést výkony, jejichž základní principy přetrvávají dodnes. První z nich je v roce 1846 Mortonem a Warrenem zavedená anestézie. Veřejně ji demonstroval při operaci krčního hemangiomu (nádoru z krevních cév) 16. 10. 1846 v Massachusetts General Hospital. Druhou Listerem objevená podstata antiseptiky. Pionýry chirurgické léčby byli zejména němečtí chirurgové. Druhou klasickou metodou se stala léčba ozařováním (radioterapie), zavedená rok po Roentgenově objevu (1885). Manželé Curieovi ji rozšířili objevem radia roku 1898. Vznikli noví lékaři nádorů – radioterapeuti. V roce 1899 zveřejnili Sjogren a Stenbeck úspěch radioterapie karcinomu kůže. V roce 1905 byl uspořádán první mezinárodní radiologický kongres, zatímco o rok později – v roce 1906 – první mezinárodní kongres o nádorech.

Pro vlastní klinickou praxi má ovšem zcela mimořádný význam éra rozvoje třetí metody protinádorové léčby – chemoterapie, zahájená během II. světové války objevem nitrogen mustardu jako vedlejšího produktu válečného chemického průmyslu, spojená se jmény Gilmana a Philipse, Goodmana, Wintropa, Damasheka a spol., Jacobsona a zejména se jménem Sidney Farbera, který v roce 1948 prvně dokumentoval klinické remise u dětí nemocných leukémií po léčbě aminopterinem.

Chemoterapie představuje první metodu systematické léčby, a stojí jistě za zmínku nejen její postupné úspěchy založené na objevech řady cytostatik, pochopení jejich farmakokinetiky a pochopení kinetiky nádorové buňky i na vypracovaných kombinacích – to všechno samozřejmě v rámci komplexní léčby. Předkládám také názor jednoho z nejpřednějších současných onkologů Henry Pitota, který v závěru vynikající monografie „Fundamentals of Oncology“ uvádí (v doslovném překladu), že „chemoterapie přináší pravděpodobně největší naději pro pacienta s pokročilým nádorem, dokonce i když nejsou v dohledu nové revoluční léky.“

V této fázi své vyprávění o vývoji onkologie přerušíme. Není možné uvést veškeré vědecké dění, které přinášelo zásadní objevy a tím i změny v názorech na úseku pohnutého bádání o nádorech, který trvá staletí a který nabyl v posledních desetiletích neobyčejného rozmachu. I v onkologii, a možná že dokonce více než v ostatních oborech lékařství, však stále přetrvává zásadní problém současné biomedicíny – totiž hluboká propast mezi vynikajícími objevy a jejich praktickým využitím v péči o nemocné. A i když se výsledky onkologické léčby stále zlepšují a začíná být patrný (bohužel zatím ne u nás) pozitivní efekt prevence, je stále ještě mnoho těch, které se nám zachránit nedaří, a dokonce i těch, kteří od určité fáze onemocnění krutě trpí.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace jejich na celém světě denně 3,5 milionu a velká část z nich není ošetřena odpovídajícím způsobem. Přitom už na počátku nového věku (1598) dobře cítil duchaplný chirurg Ambrois Paré, že „nic nezeslabuje sílu člověka jako bolest.“ Ale i ti onkologičtí nemocní, u kterých je léčba úspěšná a kteří nemají bolest somatickou, trpí bolestí duše. Proto se nedílnou součástí klinické onkologie, kromě léčby chirurgické, zářením, chemoterapií a experimentálně i imunoterapií, stala i léčba psychologická a úzce s ní související péče sociální.

Filozofie znamená ve starořečtině lásku k moudrosti a jako samostatná věda naplňuje potřebu vypracovat obecný pohled na svět, objevovat obecné principy a zákony, jimiž se svět řídí a budovat racionálně doloženou metodu poznání světa a jeho dominantní součásti – člověka samotného.

Klinická onkologie musí jít cestou prevence, časných varovných znamení a časné diagnózy. Na této cestě musí participovat všichni. Vždyť plně 2/3 onkologicky nemocných má rozsev už při stanovení základní diagnózy. Ve vlastní léčbě nepřijde převratný zázrak. Bude se vyvíjet a zlepšovat i dále rozporuplně, s oním známým a enervujícím syndromem „on-off.“ Přejít z neefektivní léčby k úspěšné nejde jedním rázem. Uvedený syndrom lze vyjádřit na příkladu léčby dětské akutní leukémie. Před rokem 1948 bylo průměrné přežití všech těchto dětí 2 – 3 měsíce, všechny zemřely do 1 roku (zkušenost „off“). Nasazením monoterapie bylo docilováno kompletních remisí (tedy „on“), ale krátkodobých. Všechny děti posléze zemřely („off“). Léčba vhodnou kombinací léků přivodila větší počet („on“) a hlavně delších remisí („on“), ale na jejím počátku také všechny děti nakonec zemřely („off“). Postupně se část dětí vyléčila („on“) a těch stále přibývá („on“). Současně lze vyléčit 60 – 70% dětí.

Tak je třeba hledět na další vědecký vývoj klinické onkologie. Zdůrazňuji adjektivum „vědecký“, protože ve vědě není diference jako v umění. Není něco jako klasická, romantická nebo impresionistická věda. Je jen dobrá, průměrná a špatná věda. Předmětem poznání si pak diferencovaně vytváří vlastní filozofii každý obor, aby její pomocí zobecňoval svá poznání a stanovil zásady svého konání. Tak známe také filozofii lékařství a filozofii onkologie. Definici filozofie jako takové na ně lze v podstatě přesně aplikovat. Bez vytváření obecné i osobní filozofie onkologie nelze najít správný přístup ke všemu, co obor spoluvytvářelo a čím se řídí.

Je vhodné zakončit esej sentencí, která je asi tou nejvhodnější filozofií onkologie současné a kterou vyjádřil své vlastní krédo americký dětský onkolog

Van Eys: „Léčení (a vyléčení) nádorové choroby je koncepčně komplexní. Má tři komponenty, které jsou samy o sobě jedinečné, ale vzájemně se podmiňují. Biologické vyléčení je pokračující komplexní remisí až do smrti jedince jinou příčinou. Psychologické vyléčení znamená akceptovat nádor jako minulou událost bez interference se současným a budoucím životem. Sociální vyléčení je začlenění jedince vyléčeného z nádorové choroby do společnosti bez vztahu k minulé historii choroby a její léčby. Souvislost je jasná. Je nemožné hovořit o psychickém vyléčení bez reálných možností biologického vyléčení. A stejně tak nemůže být psychický invalida resocializován.“ Právě o dodržení takového přístupu se my, onkologové, usilovně snažíme.

Vývojová medicína

Prof. MUDr. BOHUSLAV OŠŤÁDAL, DrSc.

Věda o vývoji je jednou z mála disciplín, u nichž lze relativně přesně určit období, kdy vznikla. I když představa o původu druhů přizpůsobením je velmi stará, vědecké základy evoluční teorie vytvořila teprve Darwinova práce „O vzniku druhů přirozeným výběrem.“ Základy nového vědního oboru je proto možno položit mezi konec roku 1834, kdy Darwin navštívil Galapágy a 24. listopad 1859, kdy spatřila světlo světa jeho geniální práce, která si rázem získala patřičný respekt vědecké obce. Darwin sám definoval evoluci jako „vývoj s přizpůsobením,“ jako vznik nových druhů (nebo vyšších skupin) rostlin a živočichů postupnou přeměnou druhů existujících. Význam Darwinova přínosu pro vědu, pro nějž je právem srovnáván s Koperníkem, Newtonem a dalšími nejvýznamnějšími postavami vědeckých dějin, je v tom, že důkazem přirozeného vývoje organismů a člověka postavil celou biologii na vědecký základ a osvobodil ji od mýtu stvoření.

Nedílnou součástí vědy o vývoji je nauka o dědičnosti. Jen šest let po vydání slavného díla Darwinova stanovil brněnský kněz a přírodovědec Johan Gregor Mendel obecně platné zákonitosti přenášení dědičných vloh z rodičů na potomstvo při křížení rostlin. Jeho práce zpadly a byly znovu objeveny až 16 let po jeho smrti, aby se později staly základem a východiskem rozvoje moderní genetiky. Je jen ironií osudu, že v počátcích své existence byly ve vědeckém povědomí často zdůrazňovány jako protiklad učení Darwinova.

Trvalo však drahnou řádku let, než si obě shora zmíněné teorie našly své nezapopíratelné místo ve fyziologii a medicíně. Ty totiž od poloviny minulého století daleko více profitovaly z práce dalšího z tehdejších vědeckých velikánů – Claude Bernarda. Tento francouzský fyziolog poprvé formuloval koncepci vnitřního prostředí jako „... organického média mezi zevním prostředím organismu a jeho žijícími molekulami, které slouží jako prostředník pro všechny zevní a vnitřní podněty.“ Bernardova idea o stálosti vnitřního prostředí (homeostase) se pak stala na dlouhá léta vůdčí myšlenkou fyziologického bádání. Bernard sám, když na teorii vnitřního prostředí pracoval, neměl na vývoj jasný názor a jeho původně vitalistické myšlení se začalo

v tomto směru měnit teprve ke konci jeho života; plánovaným evolučním experimentům však zabránila předčasná smrt.

Tak se stalo, že dvě nejvýznamnější moderní koncepce vědy o životě – myšlenka vnitřního prostředí a jeho stability a myšlenka evoluce a jejích mechanismů – byly po mnoho desetiletí studovány nezávisle na sobě. V této souvislosti je zajímavé poznamenat, že nelogičnost tohoto přístupu si dříve uvědomili badatelé – evolucionisté: teorie o významu vnitřního prostředí se mezi nimi postupně prozrazovala; naproti tomu fyziologům trvalo podstatně déle, než se začali zajímat o předchozí historii svých výzkumných objektů. Není proto divu, že klasická fyziologie, tak, jak se dosud často prezentuje ve standardních učebnicích, je především fyziologií okamžitého; vývojový pohled totálně chybí.

Začátek dvacátého století však přece jen přinesl nové podněty. Byly to například výzkumy v oblasti výživy, spojené se jménem F. G. Hopkinse: zavedly do rozvinuté fyziologie okamžiku časový faktor, neboť dlouhotrvající nutriční pokusy učili experimentátory čekat na výsledek týdny až měsíce a současně jasně demonstrovaly význam faktorů zevního prostředí pro vývoj organismu. Otvíraly se tak najednou nové problémy a je možno s radostí konstatovat, že mezi prvními nasedla do rychle se rozjíždějícího vlaku evolučních studií i experimentální medicína v českých zemích. Stalo se tak především zásluhou Edvarda Babáka a jeho školy.

V přístupu k řešení experimentálních otázek se projevovaly i regionální rozdíly: zatímco britská škola se ptala především na to, které mechanismy udržují architekturu životních funkcí, pak česká na to, které ji mění. Ve stejné době se objevil i další významný termín – adaptace – označující transformaci funkcí a posléze i struktur, vyvolanou dlouhodobým působením změněných podmínek zevního prostředí na organismus.

Klasickým případem evolučního přístupu jsou Babákovy pokusy, publikované v roce 1905, které ukázaly, že dieta významně ovlivňuje délku trávicí trubice u pulců: trávicí roura obojživelníků, krmných rostlinnou stravou, byla delší než trávicí roura pulců masožravých. Babák vysvětluje: „Rozdíl,

kteří jsem způsobil ve vývoji trávicí roury pulcí do délky, jsou vyvolány potravou. Neboť ostatní životní podmínky veskrz byly stejné... Máme v našich pokusech zjev účelné reakce živé bytosti: pulec vytvoří si trávicí rouru o takové ploše, jakou potřebuje k vyživení se danou potravou.“ O necelých dvaceti letech později uveřejňuje Drastich výsledky pokusů, ve kterých měnil povrch respiračního traktu mloka vzduchem o různém parciálním tlaku kyslíku.

Česká evoluční škola se prostě neztratila; našla své vynikající protagonisty i v letech poválečných. Otakar Poupá se svými spolupracovníky vytvořil ve druhé polovině šedesátých let pražskou školu adaptační a vývojové kardiologie. Jeho studie o zvýšení odolnosti srdečního svalu vůči nedostatku kyslíku adaptací na chronickou hypoxii byly prvními experimentálními pracemi v této oblasti vůbec. Práce o ontogenetickém a fylogenetickém vývoji srdečního svalu přispěly k pochopení mechanismů, uplatňujících se ve fetální a neonatální kardiologii. Jiří Křeček se spolupracovníky se zasloužil o rozpracování teorie kritických vývojových period; klasické jsou jeho práce o důsledcích předčasného odstavu pro další vývoj jedince. Poupův a Křečkův příklad našel hodně následovníků, roztroušených nyní opravdu po celém světě.

Význam evolučního přístupu pro teoretický i klinický výzkum je nesporný a v posledních letech neustále stoupá. Klinicko-epidemiologické studie totiž jednoznačně prokázaly, že příčiny vzniku závažných onemocnění je třeba hledat v časnějších fázích vývoje, než se původně předpokládalo. Závažné rizikové faktory, které se projevují například při vzniku arteriosklerózy a ischemické choroby srdeční, jako je nepřiměřená výživa a zvýšená hladina cholesterolu, začínají totiž působit již brzy po narození. Následují důsledky kouření, kde souvislost s ischemickou chorobou byla již jednoznačně prokázána, dále stres a malá pohybová aktivita. Arterioskleróza a ischemická choroba srdeční nejsou tedy zdaleka nemocemi páteho a vyšších dekenů, ale jejich vznik a závažnost mohou být zásadním způsobem ovlivněny působením rizikových faktorů v průběhu vývoje. To znamená, že i výzkum příčin těchto závažných stavů je nutno přesunout do časnějších stadií ontogeneze. Není proto překvapivé, že se výrazně zvýšil zájem teoretických i klinických pracovníků o vývojovou problematiku a že tento trend pokračuje.

Vývojová medicína je integrální součástí takzvané medicíny „dospělé“, má však své některé

charakteristické zvláštnosti. Výzkum této oblasti je možné rozdělit do čtyř vzájemně velmi úzce souvisejících okruhů:

- a) studium normálního strukturálního, funkčního a metabolického vývoje jednotlivých systémů organismu;
- b) studium citlivosti vyvíjejícího se systému k patogenním faktorům zevního prostředí;
- c) možnosti protektivního ovlivnění vyvíjejícího se organismu; zvláštní kapitolu zde tvoří měnící se citlivost nezralých tkání k působení farmak;
- d) studium pozdních důsledků změn, vzniklých v časných fázích vývoje.

Přitom je nutné zdůraznit, že vývojové změny je třeba sledovat vždy v průběhu jednotlivých, přesně definovaných vývojových období: prenatálním, kojeneckém, období odstavu, dospívání a dospělosti.

V literatuře se, bohužel, často setkáváme se studii, označovanými sice jako vývojové, ale srovnávací pouze dvě vybrané periody. To může samozřejmě vést k závažným zkreslením, neboť takový přístup přímo vylučuje pochopit zákonitosti vývoje sledovaného jevu.

Do vývojové medicíny v širším slova smyslu je nutno zařadit i studie fylogenetické, srovnávací různé třídy živočichů. I když s tvrzením, že ontogenetický vývoj je replikou vývoje fylogenetického není možno beze zbytku souhlasit, přinesly srovnávací práce (správnější termín než studie fylogenetické, protože v převážné většině případů nemá experimentátor k dispozici celou vývojovou řadu, ale jen jakési „pars pro toto“) řadu významných poznatků. Umožňují totiž studovat vybrané vývojové periody ve stacionární podobě, což studie ontogenetické pro velkou rychlost přeměn prakticky vylučují.

Z uvedeného je zřejmé, že vývojový přístup v lékařských vědách prošel dlouhou křivolakou cestou a ještě zdaleka nedorazil do cíle. Množství bílých míst by mělo být lákavým soustem pro jednotlivce a týmy, lačné dramatického boje o vědecké poznání. Rozvoj nových metodických postupů, především molekulové biologie a genetiky, by měl tuto mnohdy strastiplnou pouť co nejvíce usnadnit. Moderní věda však nemůže nic ponechat náhodě; potřebuje mladé, nadšené pracovníky, systematicky vzdělané v dynamickém, vývojovém chápání medicíny. A to může splnit pouze vysokoškolské pracoviště, které si vývoj jednou pro vždy vetklo do svého štítu.

„Nejkrásnější pocity vyplývají ze záhad. Jsou to pocity, které spojí a kolébají skutečného umění a skutečné vědy. Člověk, který tento pocit nezná, člověk, který se už neumí divit a který neumí žasnout, je prakticky mrtvý. Je jako zhasnutá svíce.“

[ALBERT EINSTEIN]

Molekulová biologie a medicína: naděje a rizika

Prof. MUDr. VLADIMÍR VONKA, DrSc.

Vznik molekulové biologie umožnily hlavně tři objevy z počátku druhé poloviny 20. století: poznání struktury a replikace DNA, rozluštění genetického kódu a poznání pochodů, jimiž se uskutečňuje genetická informace. Je asi správné nepovažovat molekulovou biologii za samostatnou vědní disciplínu, ale spíše za metodologii, jejímž základem je kombinace fyzikálních, chemických a biologických metod sladěných tak, aby postihly vztah struktury biologických molekul k jejich funkcím v životních dějích. Molekulová biologie je však něčím více než pouhou sumou pracovních postupů. Je i stylem myšlení, jehož vznik a uplatnění si nelze představit bez kybernetiky. Nebylo náhodou, že tíž lidé – teoretičtí fyzikové přeškolení v biologie – stáli u kolébek jak kybernetiky, tak molekulové biologie. Vývoj molekulové biologie byl velmi rychlý. Nejdříve se uplatnila tam, kde vznikla, tj. v oblasti mikrobiální genetiky. Odtud pronikla do studia eukaryotní buňky, v němž v krátké době prokázala svou vysokou informativní hodnotu a analytickou sílu a stala se neoddelitelnou součástí výzbroje buněčné biologie. Jedním z jejích největších objevů bylo poznání struktury eukaryotních genů, což vytvořilo podmínky pro jejich izolaci ve funkční formě. Izolace funkčních genů a pokroky enzymologie umožnily pak vznik genového inženýrství. Dnes je možné izolovat, namnožit – a to rychle, reprodukovatelně a v míře neomezené – jakýkoli gen, pozměnit ho, je-li to žádoucí, a po patřičných úpravách ho přesadit do cizího hostitele. V tomto směru neexistují mezidruhové bariéry, informace nesená lidským genem se může realizovat nejen v buňkách jiných savců, ale i v buňkách hmyzích a v jednobuněčných organismech, jakými jsou bakterie a kvasinky.

NADĚJE: JE TŘEBA JE NAPLNIT

Vstup molekulové biologie do medicíny je impozantní. Hluboká a zásadní proměna, kterou součas-

ná medicína prochází, je do značné míry právě důsledkem postupného pronikání – principů molekulové biologie. Uvědomění si, že zdraví i nemoc lze definovat na molekulové úrovni, mění koncepcie teoretické i praktické medicíny a dodává jim kvalitativně nové určitosti. Působení molekulové biologie na medicínu bývá srovnáváno s vlivem, jaký měly na rozvoj moderní fyziky kvantová teorie a teorie relativity. Dochází k tomu, o čem se lékařům v minulých desetiletích jen snilo: objasňuje se – a to vysokým tempem – role jednotlivých genů při vzniku širokého spektra nemocí. Postupně se odhalují nejen poruchy v genech, jež podmiňují vznik choroby, což vytváří nové možnosti pro rychlou a přesnou diagnostiku, ale i důvody, proč pozměněná bílkovina neplní svou funkci. Tím se otevírají nové možnosti pro terapeutické zásahy, jejichž cílem je chybějící funkce nahradit nebo patologické rušit. Nejzásadnější pokroky se však očekávají v oblasti prevence. Cílem probíhajícího výzkumu je nejen identifikace těch genů, jejichž poruchy jsou bezprostředními příčinami dědičných chorob, ale i těch, které jsou zodpovědné za vnímavost k chronickým chorobám, jako jsou arterioskleróza či zhoubné nádory. Svým významem poznání takových genů překoná asi vše, čeho doposud lékařský výzkum dosáhl. Včasné poznání dispozice k nemoci umožní její nástup oddálit či mu zcela zabránit navozením vhodného životního režimu či cílenými korekcemi vadných funkcí. V případě jiných nemocí mohou časté preventivní prohlídky zaručit, že se choroba zachytí v časně fázi svého vývoje, kdy je snadno a účinně léčitelná.

V medicíně se začíná ve vzrůstající míře uplatňovat genové inženýrství jako technologie přípravy nových prostředků pro prevenci, diagnostiku a léčbu lidských chorob. V oblasti prevence lze díky genovému inženýrství přikročit k imunoprofylaxi nemocí, vyvolaných těmi infekčními činiteli, které nelze kultivovat in vitro, a u nichž tudíž klasické způsoby přípravy vakcín selhaly. Z diagnostik, jejichž vývoji či rozsáhlému užití přispělo genové in-

ženýrství, jsou na prvním místě sondy DNA pro hybridizační testy. Umožňují diagnostikovat poruchy dříve nepoznatelné nebo zrychlují a zpřesňují diagnostická šetření, a to často s náklady podstatně nižšími než podobné testy prováděné biochemickými, imunologickými či jinými prostředky. Genové inženýrství dále umožňuje přípravu vzrůstajícího počtu bílkovin s výrazným farmakologickým účinkem. Je dáno jeho technologií, že dovoluje vytvořit prakticky neomezená množství jakékoli bílkoviny, kterou lze jinak získat jen v malém měřítku či jen s velkými náklady, nebo dokonce vůbec ne. Produkty genového inženýrství převyšují čistotou obdobné přípravky, získávané doposud z lidských či zvířecích tkání, a jejich použití není spojeno s rizikem přenosu nebezpečných infekčních činitelů jako jsou viry hepatitid, lidské imunodeficiency (AIDS) či původce Creutzfeldt-Jakobovy choroby. A samozřejmě vrcholným léčebným výkonem, které genové inženýrství nabízí, je genová terapie, tj. náhrada či oprava vadného genu, podmiňujícího vznik dědičné choroby.

V současné době je v běhu projekt Lidský genom, jehož vznik a uskutečnění umožnily genové inženýrství a pokroky v technických sekvencování DNA. Určitě jde o největší lékařský projekt všech dob. Jeho cílem je konstrukce úplné genetické a fyzikální mapy lidského genomu. Přeloženo do řeči čísel jde o lokalizaci všech 50–100 000 lidských genů a o určení pořadí 3 miliard nukleotidů, které tvoří lidský genom. Má se tak stát nejobzdivnější v roce 2005. Idea projektu vznikla v polovině 80. let, kdy část vědecké obce pochopila, že zmapování lidského genomu je technicky možné, a současně si uvědomila závažnost důsledků takového poznání pro lidstvo. Původně americký projekt se brzy zmezinárodnil. Vznikla organizace nazvaná HUGO (Human Genome Organization), jejímiž úkoly jsou mezinárodní koordinace veškerého úsilí o zmapování lidského genomu, poradenství vládním i mimovládním organizacím a také povzbuzování veřejného zájmu o projekt. I toho je totiž třeba, protože jde o projekt velmi nákladný. Kdyby veřejnost nerozuměla jeho smyslu, těžko by bylo možné opatřit potřebné prostředky.

Co vlastně znamená projekt Lidský genom pro medicínu? V čem je jeho převratný význam? Splnění projektu vytvoří optimální podmínky a pevný rámec pro rychlé uskutečnění všeho toho, co se od průlnutí medicíny molekulovou biologii očekává: určení podstaty všech genetických chorob člověka, osvětlení genetického základu vnímavosti k nejdůležitějším chorobám člověka, zkvalitnění diagnostiky nemocí a náchylnosti k nemocem a vytvoření předpokladů pro principiálně nové terapeutické po-

stupy. Rozsekvencování lidského genomu nebude automaticky znamenat objasnění fyziologie všech jednotlivých genů a složitých vzájemných vztahů, které mezi nimi existují. Úplné pochopení všech jednotlivých funkcí, jejich závislostí a konečně souhry si vyžádá desítky let, snad celé století. Nicméně je jisté, že již generace dnešních mladých lékařů bude využívat první část přínosů postupného poznávání lidského genomu.

RIZIKA – TŘEBA JIM ČELIT

Položme si však otázku: budou důsledky záplavy nových poznatků o biologii člověka pouze ku prospěchu lidstva? Nevyplnou z nich nějaká nová, dosud netušená rizika? Touto otázkou se zneklidňují sami hlavní protagonisté projektu Lidský genom. Je asi správné zauvažovat nad jeho možnými negativními dopady, i když ty v žádném případě nemohou zlehčit vznešené cíle, jež si kladou strůjci a uskutečňovatelé projektu.

První skupina nových rizik se dotýká etické sféry. Tak jako u jiných kategorií informací, i v případě údajů o genomu může dojít k jejich zneužití a poškození vyšetřované osoby. Nejakutnější je nebezpečí diskriminace při pracovním zařazení, ale lze si též snadno představit, že pojišťovny nebudou chtít uzavírat životní pojistky s nositeli genetických chorob a náchylností k nebezpečným nemocem. Nezbytnou podmínkou vyšetření by měl být proto souhlas vyšetřované osoby, jež by měla být před tím plně informována o jeho významu a možných důsledcích. Na druhé straně výsledky provedených testů by mohly být zneužity samotným vyšetřovaným (či jeho rodinnými příslušníky), například tím, že by – vědom si svého postižení – uzavřel vysokou životní pojistku. Ze všech těchto důvodů je nutné připravit s předstihem zákony, které přesně stanoví, jak budou získané poznatky uloženy, kdo k nim bude mít přístup, zda a za jakých okolností se s nimi seznámí osoba, o kterou jde, a také určí postihy pro ty, kteří by informace zneužili.

Jiným nebezpečím a eticky zcela nepřijatelným důsledkem jsou snahy o novou eugeniku, jež by mohla být scestná. Je proto třeba vytyčit zásady pro další vědeckou práci s lidským genomem a zákonem zajistit, že nedojde k jejich porušování. Část vědecké i laické veřejnosti začíná v poslední době zcela nezakřtě uvažovat o možnosti „vylepšovat“ pomocí genové terapie zdravé osoby za účelem zvýšení jejich mentálních či fyzických schopností. Odezva takových návrhů je značná, kdo nesní o tom být lepší, krásnější, výkonnější? V jednom velmi prestižním britském týdeníku se nedávno



objevil článek, který propagoval takové zásahy a zdůvodňoval je tvrzením, že přece lidé mají právo nakládat se svým životem podle svých představ... S něčím takovým nelze souhlasit. Nejbezprostřednější a jistě nejsilnější jsou námitky lékařské: při současných znalostech o tom, jak funguje lidský organismus, jakýkoli zásah do lidského genomu představuje riziko, jehož velikost nedovedeme odhadnout. Ale i kdyby bylo jasné, že k ohrožení zdraví nedojde, kdo rozhodne o tom, komu se dostane výsady být geneticky vylepšen a získat schopnosti, které ho učiní nadřazeným? Někdejší těžká rozhodnutí o tom, kdo má být léčen dialýzou, by asi byla dětskými hrátkami proti tomu, co by nastalo v boji o pořadí. Bylo by takové rozhodování v rukou zvláštních komisí či mocných jedinců, kteří by se vylepšením stali ještě mocnějšími a nebezpečnějšími a prosazujícími své další „vylepšení“? Sociální důsledky takového konání, kdyby se stalo skutečností, jsou naprosto nežádoucí. Jak kdosi nedávno napsal: do éry genového inženýrství se dá vstoupit jen s velkou dávkou zodpovědnosti.

S dalším etickým problémem se bude muset vyrovnat ošetřující lékař. Zjistí-li těžkou genetickou chorobu, pro kterou není léčba, v presymptomatickém období, má o ní uvědomit postiženého? A jakým způsobem ho má přesvědčit, aby neměl potomky? Jiným úskalím lékařské praxe bude přímět zdravého člověka, z jehož genetické výbavy vyplývá vysoké riziko vzniku závažné choroby v pozdějším věku, k tomu, aby upravit svůj životní styl a podroboval se častým nepřijemným prohlídkám a přitom neztratil radost ze života. V rámci výuky etiky na lékařských fakultách by se mělo na tento problém pamatovat a budoucí lékaři by se měli připravovat na to, jak ho decentně řešit. Medicína se bude muset stávat více poplatnou starému rčení že je uměním, založeným na vědě.

Na obzoru se rýsují i dvě další nebezpečí pro medicínu, která nelze přehlížet. První z nich vlastně souvisí s lékařskou etikou. Hrozí, že se rozevře propast mezi tím, *co si myslíme, že známe*, a tím, *co skutečně známe*. Vznikne jako následek nadměrného, prakticky nevstřebatelného množství informací a snahy rychle je využít. Uspořádání a kritické zhodnocení záplavy nových poznatků, které budou mít jiné kvality než na jaké byla lékařská veřejnost zvyklá, bude vyžadovat trpělivost, střizlivost a rovněž pokoru. Je však pravděpodobné, že mnohým lékařům se nebude dostávat žádné z těchto vlastností. Musíme proto očekávat špatné interpretace významných výsledků s nepřipustnými zjednodušeními, mylnými analogiemi a snad i zásadními omyly, které mohou kompromitovat vědecký pokrok. Na neblahých důsledcích takového konání nezmění

nic, budou-li podloženy dobrými úmysly. Historie medicíny zná úspěšné vědecké pracovníky, kteří se těžce zmýlili, když se pokoušeli uplatnit své skvělé objevy mimo oblast vlastního bádání. Realizace výsledků projektu Lidský genom musí s touto možností počítat, nesmí se připustit, aby došlo k rozkolu mezi vědou a moudrostí. Je nutné stanovit přesná pravidla pro využití nových poznatků v humánní medicíně a zákonem zajistit jejich dodržování. Bohudíky, již začaly vznikat instituce, které si to kladou za cíl. Současně je však třeba usilovat o to, aby rychle mizely existující bariéry mezi teoretickou a praktickou medicínou. Předpokládáný vznik nového typu absolventa lékařských fakult, který zvládne jak molekulovou genetiku, tak některý klinický obor, by mohl přispět k řešení problému účinněji než velepřísná zákonná opatření. Je na lékařských fakultách, aby urychleně vytvořily podmínky pro to, aby se část jejich posluchačstva mohla tímto způsobem profilovat.

Zatímco nebezpečí úspěchané aplikace nových poznatků lze účinnou prevencí minimalizovat, druhému jejich nepřijemnému dopadu do medicíny dost dobře zabránit nelze, protože vyplyne z logiky vývoje molekulové medicíny. Prohloubí se totiž propast mezi diagnostickými a terapeutickými možnostmi, protože zvýšená účinnost molekulové diagnostiky nebude bezprostředně uspokojena odpovídajícími léčebnými postupy. Zvýší se tak počet neléčitelných chorobných stavů, což nepotěší ani lékaře, ani pacienty. V důsledku toho se prohloubí skepse k medicíně i v samotné medicíně, a medicína, jejímž hlavním úkolem v očích veřejnosti je léčit, pozbyde možná část své společenské prestiže. Právem se však dá čekat, že takový pokles důvěry bude dočasný, protože z poznatkové základny, z níž vzešla zlepšená diagnostika, vzklíčí i nové léčebné postupy. Buďme však na problém připraveni a až nastane pravý čas, připravme na něj i veřejnost.

Konečně další hrozbou je vliv nových objevů molekulové medicíny na lidské myšlení. Jak se vyrovnáme se skutečností, že biologická jedinečnost každého jednotlivce se stane definovatelnou? A s tím, že mnohé naše geny se jen nepatrně liší od genů zvířecích? Nezmění se s poznáním toho, jak fungujeme jako lidské bytosti, naše pojetí smyslu a hodnoty lidského života? Jak budeme reagovat na to, že i duševní vlastnosti člověka jsou geneticky určené? Nebudou zločinci hledat omluvu ve svém genomu? A nebudou mazaní advokáti předkládat soudcům genové sekvence jako důkaz, že jejich klienti vlastně za nic nemohou? Před krátkou dobou se na Marylandské univerzitě měla konat vědecká konference na téma „Genetické faktory a zločinost,“ jejímž nezakrývaným cílem byl přenos zá-

jmu o řešení problému kriminality z oblasti psychosociální do oblasti genetiky. I když se nakonec z rozhodnutí kohosi moudrého konference nekona-la, bylo by iluzí předpokládat, že se podobné tendence neobjeví znovu. Poznatky o vztahu mezi zločinností a genovou výbavou, pokud budou mít vědeckou hodnotu, je jistě třeba respektovat, nicméně interpretovány musí být společně s faktory sociálními a psychologickými. Každém případě je třeba zabránit jejich zneužití, ať již v jakékoli podobě.

ZÁVĚR

V současné době probíhá v medicíně molekulově biologická revoluce, která zásadním způsobem zvýší výkonnost medicíny a blahodárně ovlivní život člověka. Současně však nastolí řadu problémů.

Z nich asi nejzávažnější je vliv na lidské vědomí. Nedávný, nepříliš šťastný výrok J. Watsona – nepochybně jednoho z největších žijících vědců – o tom, že si lidé kdysi mysleli, že jejich osudy jsou ve hvězdách, ale teď vědí, že jsou v jejich genech, je příznačný a varující. Lze očekávat vzplanutí moderní formy naturalisticko-fantastického determinismu, jenž svým odzbrojujícím vlivem na morálku může prohloubit krizi moderního člověka. Proti těmto proudům je třeba se včas a se vším důrazem postavit, což by v první řadě měli učinit muži a ženy vědy. Esence lidství je jinde než v realizaci genetické informace, a člověk je něčím vyšším než konglomerátem molekul. Vědecké poznatky nesmí narušit důstojnost člověka a lidského života. Bude úkolem filozofie – náboženské i nenáboženské – aby se vyrovnala s problémy, jež vzejdou z molekulově genetického výzkumu člověka.



„Nic není úctyhodnějšího než lékař, který provádí své umění s obezřetostí a věnuje stejnou pozornost bohatému i chudému.“

[VOLTAIRE]

Professio ac honor

Prof. PhDr. JOSEF PETRÁŇ, CSc.

Obyčejnému laikovi těžko poučně psát o věcech, jimž nerozumí, o profesi lékařů, kterým občas dodává živý materiál. Úcta k lékařům vznikala odedávna z důvěry v účinek jeho zvláštních schopností a znalostí. A to bez rozdílu, zda pacient v nemoci viděl porušení duchového řádu, při kterém do člověka vnikla zlá síla, nebo pouhé narušení organismu těla. Z toho odjakživa pramenil honor léčitele, odtud pak i společenská váha a vliv doktorů medicinae universae, jimiž univerzita dala výsadu a právo artem medicam exercendi.

Toho všeho se vrchovatě dostávalo skrovnému sboru doktorů středověké pražské fakulty se dvěma až osmi profesory, kteří vesměs zachytili odlesk slávy mocných jako osobní lékaři krále, jeho rodiny či dvora a coby klerici hmotně zabezpečovali nejčastěji kanovnickou prebendou to, co jim nemohly poskytnout univerzitní statky ani platy od nejvyššího dva a půl tuctu mediků. Budiž řečeno k jejich chvále, že honor učenců si vysloužili mnohaletým všestranným studijním úsilím. Než se stali doktory medicíny, dosáhli většinou nejprve gradu svobodných umění a rozhlédli se po cizích státních univerzitách (čím delší čas studí, tím lepší rekomandace), aby pak jako magistři in artibus a doktoři in medicina platili za odborníky v astrologii, botanice a mnoha jiných disciplínách, nikoli naposled i v anatomii člověka a therapeutice. Pomineme-li studenty z ciziny, kteří pomýšleli na kariéru v jiných říšských metropolích, přicházela pro budoucí doktory v úvahu jako místo působení Praha a vedle zaměstnání k obživě opět alma mater, jejíž sbor obnovovali a doplňovali.

Po krátkém, sotva půlstoletém rozkvětu středověké pražské medicíny, který lze spíše vytušit ve sporných pramenech, nastala začátkem husitských revolučních poryvů pauza, trvající plná dvě století. V poměrech již novověké civilizace měla obnovená fakulta v 17. věku stále zjevně blíž ke středověku než k moderní době. Jeden až dva doktoři v průměru ročně promovaní stačili do poloviny 18. století doplňovat stav lékařů v rezidencích významných aristokratů, v řeholních domech i někde i na naše poměry větších městech, která si

mohla vydržovat svého doktora. Hlavním vyhledávaným působištěm zůstávala ještě dlouho Praha, sama univerzita a její okolí s ohlašujícími se počátky klinické praxe.

Probuzený státní zájem o zdravotní stav obyvatel, vlastní věku společenských změn už nejen v epidemiích morů, přenesl na postátněnou lékařskou fakultu řadu úkolů a pravomocí, kterými ji zároveň upoutal k erární administrativě. Doktoři medicíny se postupně uplatnili v nových funkcích krajských a zemských fyziků či ve vojsku, to však by až natolik nerozmnožilo jejich sbor, statutem přimknutý k univerzitě. Třem až pěti tehdejšími profesorům fakulty však navíc připadalo examinovat praktiky dosud vylučované z profese doktorů, spíš odborné řemeslníky, nad jejichž povolání se vysoko povznášela teorie Hippokratových aforismů. Odedávna se kvůli větší vážnosti dávali na univerzitě zkoušet apotékaři. Čím blíž sklonku 17. věku, chtěli mít takové osvědčení veškerí ranlékaři, od lazebníků, bradýřů (jinak holičů), kýlořežců po dentisty, kteří se troufale pouštěli do operací lidského těla, v čem doktorům bránila hippokratovská přísaha. Časem k nim na státní popud přibýly i porodní báby.

Tenhle do všech koutů země sahající soubor profesí co do osob početně vysoko převážil nad poněkud výlučnou učeneckou elitou doktorů medicíny, obdařovaných tituly dvorních radů, šlechtickými predikáty i hodností palatinů Lateránského paláce. I když to nějakou chvíli v dějinách ještě trvalo, doba směřovala ke sblížení obou zdravotnických křídel, když našla v univerzitních výkladech víc místa nejen empirie, renesancí znovuobjevená anatomie, ale hlavně chirurgie; nejdřív nesměle, spíš v teoretické rovině, výkony na lidském těle bývaly ještě ponechány praktickým ranlékařům.

Dřív než se datem ohlásilo 19. století, měla pražská fakulta zformována výuku pro budoucí doktory medicíny i doktory chirurgie a v nové všeobecné nemocnici se otevřely dvě kliniky, interní a chirurgická, jako počinek k následování dalšími. Vůbec nechci tvrdit, že by se tím hned v první půli minulého věku a dlouho potom výrazně zlepšila lékař-

ská péče, pokud vůbec – zvlášť na venkově a všude mezi lidem – nějaká byla. Graduovaní doktoři víc než z třetiny ordinovali v Praze a vyhlídky slibovala snad jen lázeňská města. Zuby ještě několika dalším generacím, a to nejen na vsi, trhali kováři a porodní báby vedle své zkoušené profese dávaly flastry na bolesti a upínaly zlomeniny do dlah. Na jednoho z necelel dvoustovky graduovaných lékařů v Čechách počátkem minulého století vychází jednoduchým přepočtem asi dvacet dva a půl tisíce obyvatel. Uprostřed onoho věku revoluce moderní doby, kdy se úhrn doktorů v zemi víc než ztrojnásobil, činí to na jednoho asi polovinu zmíněného počtu možných pacientů, kdyby se ovšem svěřovali do péče lékařů, měli k nim důvěru a nevyhledávali někdy i z nedostatku peněz pomoc lidí nekvalifikovaných, u bylinkářů, mastičkářů a jarmarečních šarlatánů.

Potrvalo nějaký čas, než vymizelo z povědomí, že všeobecná zemská nemocnice je víceméně sběrným místem pro chudé nemocné a porodnice spolu s nalezcem ulevuje hříchu svobodných matek, zatímco každý trochu zámožnější obyvatel, když je nejhůř, si zve doktora domů a pocestná matka rodí ve svém manželském loži. Mezitím se – zvlášť co plynou roky 20. století – rozmohla jako ve všech oborech specializace i v medicíně, s ní pak stále spěšnější vědní a technický pokrok odbornosti, laikovi stále méně pochopitelný. Nemocnice a polikliniky se přiblížily na dosah, praktičtí doktoři začali hromadně léčit na nemocenskou pokladnu, zavedly se rentgeny a liga proti tuberkulóze, prevence a očkování, zdravotnická osvěta i nesčetné další symptomy moderní éry.

Bohudík i na počátku věku, svěřujícího pacienta coby příliš komplikovaný rébus počítáči, si lékař vesměs uchoval z časů poklepu a poslechu lidskou vlastnost, že neléčí jen neudh a nemocný orgán, ale člověka. A to je, oč tu běží. Doktoři, ať už podle příležitosti chodili za platícími pacienty do bytu, nebo jim ulehčovali v nemocnicích, geneticky spjatých se středověkými špitály, měli na očích lidské utrpení i vezdejší pomíjivost. Odkázava jim připadala úloha zpovědníků trpícího člověka, kde vyniká víc než kdekoli váha dobrých slov i skutků, rozpaky svědomí obohacují účastné chápání života v jeho sepětí s přírodou a kulturou.

Potom je vzájemně v souladu, když profesor Josef Bohumír Mikan, jenž se zasloužil v poslední čtvrtině 18. století o uvedení přednášek z chirurgie na pražskou fakultu, založil chemickou laboratoř a k tomu univerzitní botanickou zahradu, se též z hygienických důvodů vehementně zasazoval o zrušení hřbitovů uprostřed měst a vedle toho pořádal hudební akademie v městech chudých. Kdo

hledá souvislosti, nemůže pominout o generaci mladšího Jana Meliče, ve své době znamenitého porodníka a současně průkopníka nemocenského pojištění, organizované zdravotní péče, statistiky a osvěty. Našla by se pěkná řádka jmen i chvályhodných skutků, než se dobereme minulým stoletím před jeho sklonkem k Rudolfu Jedličkovi, chirurgu a rentgenologovi, jenž vybudoval ústav pro tělesně poškozené a otevřel sanatorium pro matky s novorozenci v Praze – Podolí.

Pochybuji, že je vůbec v lidských silách posbírat zprávy, co všechno lékaři vykonali ve prospěch zdejší kultury, národního organismu a obecního života. Kdo by dal dnes dohromady obraz jejich někdejších privátních knihoven, výtvarných galerií a sbírek, nemluvě o mecenášství, jež nejednou upadlo v zapomnění. Vzpomene někdo před sousším patronův medicíny sv. Kosmy a Damiána na Karlově mostě, že na ně vydatně přispěl profesor lékařské praxe Jan František Löw z Erlsfeldu, který k nám mimo jiné koncem 17. století zaváděl speciální obor dětského lékařství a jako rektor univerzity se zasloužil o důkladnou rekonstrukci Karolina? Mělo by smysl v mamonařském údivu počítat, kolik vynaložil chirurg Eduard Albert, sám básník a překladatel, na podporu českých literátů a politiků koncem minulého století? Totéž platí o lékařích – mecenáších vznikající České akademie věd a umění ve stejné době. Doktoři medicíny univerzity stáli mezi inteligencí odedávna na vysokém stupínku; bylo-li některým popřáno majetku, slouží jim tohle vše ke cti.

Na druhé straně by stálo zato spočítat, kolik praktických lékařů z nevelké ještě skupiny mimo pražskou metropoli, zvlášť ve městech, se v roce 1848 účastnilo veřejného dění v národních gardách či výborech občanů.

Odhaduji, že by výsledek mohl překvapit ty, kdo nepřemýšlejí o autoritě doktora v honoraci obce, jejíž chování a skutky reprezentovaly celek, měly proto větší váhu než činy ostatních obyvatel, přisněji se soudily a bily víc do očí. V těch časech a dlouho potom byla kultura produkována i podporována z patriotické povinnosti a její tendence i symbolické manipulace nahrazovaly místním honoracím často nezuživou politiku. Úkoly doktorů ve společnosti vzrůstaly poměrně s tím, jak jich – zvlášť od sedmdesátých let – přibývalo v pravidelném rozmístění okresních (zeměpanských) a městských (obecních) lékařů i v následujícím rozhojnění odborné zdravotní péče. Povstaly celé lékařské dynastie, jež po generace zůstaly v povědomí širokého okolí se znamenitými váženými kulturními osobnostmi jako veřejní činitelé zlaté doby spolků, obecních i jiných zastupitelstev.

Jak jen mohu hluboko smekám v pokoře a úctě před čínorodou pilností oněch generací, puzených ještě obrozeneckým duchem. Vůbec už si netroufám změřit rozsah činnosti Jana Evangelisty Purkyňe citačními a jinými kritérii, jak je z úzkoprsé pohodlnosti vymyslela naše doba. Nevím, do které rubriky bych zařadil u tohoto světově proslulého badatele v řadě biologických a lékařských oborů, zakladatele vědeckých časopisů a institucí, iniciátora odborné encyklopedie a projektanta moderní akademie, objem bohemikálního žaltáře z roku 1306 nebo dvou rukopisů z pozůstalosti J. A. Komenského. Dodávám, že začínal jako básník a v literatuře i českém jazyku nacházel trvale odborné zalíbení.

A když už jsme u toho, nelze pominout v novějším čase zakladatele vědecké internistické školy Josefa Thomayera, po Purkyňovi tvůrce české odborné terminologie a plodného beletristu. Vůbec bývalo zvykem, že zakladatelé škol v medicíně se tehdy víc projevovali veřejně jako občané, kteří berou velmi vážně povinnost k národu. Profesor vnitřního lékařství Ladislav Syllaba, jenž se angažoval v odboji za první světové války, se posléze stal členem Národního shromáždění samostatného československého státu. Někteří našli v politice dokonce uspokojení: profesor histologie a embryolo-

gie Otakar Srdínko, budovatel Purkyňova ústavu, vystřídal křesla ministra školství a zemědělství, fyziolog František Mareš pracoval v senátu republiky na vysokoškolském zákonodárství...

Činnost v národním organismu vedla nemálo lékařů do odboje proti nacistům. Porušili nedějinnost vlastní každodennosti a rozhodnutím i činem z něho vyplývajícím někteří z nich vešli tragicky do dějin jako hrdinové, popraveni a umučeni v koncentracích.

Oproti časům emancipace českého národa a době jeho stabilizace, kde vyniká úloha lékařů (od počátku našeho století rovněž lékařek) i jejich obecná autorita mezi inteligencí, ve druhé polovině tohoto věku jakoby na pohled víc splývali v šedé společenské zóně. Ne že by trátili respekt a přestávali být intelektuální elitou. Mnohé z vnucovaných věcí veřejných je však spíše odpuzovalo, namnoze sami nestáli o to, být mezi pologramotnou honorací totalitního systému, jež inteligencí opovrhovala.

Při pohledu nazpět trneme nad pohybem dějin, jímž je vymezena osobní perspektiva člověka. Nevedlo by nikam oživovat historický sentiment tam, kde jsme jaksi znejistěli vůči symbolům národního či jiného mýtu. Pokud však lékař zůstává a zůstane trpělivým hojitelem dobrých sil života, oddám se nade vše v pokorné důvěře jeho mýtu.



„Byl jsem nemocný...“ (Mt 25, 36)

Excellence PhDr. MILOSLAV VLK, arcibiskup pražský a primas český

Když jsem kdysi ležel delší dobu v nemocnici a pozoroval práci lékařů i sester, vyrostla ve mně vůči nim a jejich pomoci nová úcta. Nejen proto, že se pohybovali nehučně a tiše jako strážní andělé přinášející pomoc, ale pozoroval jsem jejich vztah k nemocným. Oslovovalo mě jejich nasazení pro každého trpícího. Cítil jsem, jak se mi tím moji ošetřovatelé stávali blízcí. Viděl jsem v jejich vztahu cosi, co přesahovalo jen prostou profesionalitu.

Když je člověk nemocný, ocitá se ve zvláštní situaci: cítí se ohrožen a vydán na pospas, do rukou druhých. Daleko více prožívá svou osamocenost. Je odloučen od svých drahých, je zranitelnější, potřebuje více lásky.

Člověk totiž není schopen trvale žít sám. Myslím tím bez vztahu a vazby k druhému člověku, k druhému „ty“. Bez něj se dostává jakoby do vzduchu-prázdná, vytržen z kořenů existenciálních vazeb – vždyť je „tvor společenský“ (Aristoteles). Potřebuje někomu patřit. Potřebuje mít oporu a jistotu v druhém. Potřebuje cítit: jsem přijat, někdo mě má rád, někdo se o mne stará. A to mu dává vnitřní pevnost a stabilitu. Lékaři to dobře znají, studují psychologii nemocného. Ale my ostatní, pokud jsme to nepoznali z vlastní zkušenosti, měli bychom to mít na zřeteli. Očekává se od nás ne nějaký postoj zraňujícího a ponižujícího soucitu, ale mužné a prosté: jsem tu s tebou ve tvé situaci.

Nikdy nezapomenu na jednu návštěvu u mé staré umírající tety. Šla se mnou dlouho životem. Dobře jsem ji znal. Měla druhé lidi nesmírně ráda a mně se zdálo, že pro sebe od druhých nikdy nic nežádala a nepotřebovala. Tehdy jsem ji chvilku vzal za ruku. Když jsem ji pustil, říká mi: „Drž mě ještě za ruku.“ Za dva dny zemřela...

Když jsem v době své nemoci četl různé úryvky z bible, upoutala mě zvláště 53. kapitola proroka Izaiáše. Četl jsem pomalu 4. verš: „Byly to naše nemoci, jež nesl, naše bolesti na sebe vzal.“ I ty moje, které nesu nyní, tehdy Ježíš na sebe vzal. Světlo mi, že utrpení nenesu sám. On – přes propast času – je nese se mnou. Moje oči hledaly v bílé stěně. Ne, nebyl tam! Bylo mi trochu smutno...

Nemocný je privilegovaný člověk. Myslím v pohledu Božím, v pohledu Ježíše Krista: „Byl jsem nemocen a navštívili jste mě... Cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nejmenších bratří, mně jste učinili.“ (Mt 25,25.40.) Musíme vzít slova vážně, do důsledku, nejen jako hlubokou motivaci svého vztahu k nemocným, ale jako postoj, obyčejný způsob, jak se setkat s Bohem – skrze bratra.

Na nemocničním lůžku se člověk dostává do větší blízkosti pravdy o vlastní identitě: je sice svobodný tvor, je korunou tvorstva, pán, ale – závislý. Poznává dvě strany mince té pravdy: ta jedna je krásná – co všechno člověk dokáže, čeho je schopen. Vezměte si důmyslné vyšetřovací metody či vrcholné nástroje medicíny, Leksellův gamma nůž, jimiž člověk – pán svedl nejednu vítěznou bitvu s přírodou: „Naplňte zemi a podmaňte si ji.“ (Gen 1,28.)

A ta druhá strana mince? Jsme jen správci, nikoliv pány života... Mám mnoho přátel mezi lékaři a znám trochu jejich duševní pochody po prohraných bitvách, kdy se člověk, ozbrojený vědou a špičkovou technikou, musí sklonit před svrchovaným Majestátem...

Ne, nejsme pány života, jsme jeho správci. Dostali jsme ho jako dar, každý z nás. Jsme jeho služebníky. Člověk ho v radosti věrně předává jako štafetu, opatruje, ale jednou i odevzdá.

Celý náš život je veden nadějí, která je s člověkem životně, bytostně, existenciálně spjata. Bez ní není život možný, protože naděje – to je cesta kupředu, to je perspektiva, budoucnost. Že by v tom rozhodujícím okamžiku zhasla? Že by se ztratila...?

Pro mne je tím světlem naděje, zářícím i v tak krajní situaci, život a smrt na Kalvárii, vložené do ruky Boží... Když pak člověk světuje svůj život, utrpení i bolest (ale i smrt) do ruky Dárce, kterým je všemohoucí láska, je vše zcela jistě proměněno – jako tehdy na Kalvárii – ve vzkříšení: „Otče, do tvých rukou světuji svůj život...“ (srv. Lk 23,46).

Každý dobrý skutek lásky vůči nemocným je rozžihání naděje. A tu nemocný potřebuje. Láska totiž léčí.

Přísaha Hippokratova

Přísahám při Apollónu, bohu lékařství, při Asklepiovi, Hygieii a Panakeii a všech bozích a bohyních a volám je za svědky, že budu podle svých možností a podle svého úsudku plnit tuto přísahu a toto písemné prohlášení:

Svého učitele lékařského umění budu ctít stejně jako své rodiče, budu ho pokládat za společníka svého majetku a v případě potřeby poskytnu mu vše, čeho mu bude třeba. Jeho syny budu pokládat za rovny svým bratrům, budu je učit lékařskému umění, budou-li si přát, aby se mu naučili, a nevezmu za to žádnou odměnu, ani dlužní úpis. Jak lékařskou vědu a ústní pokyny, tak i všechno ostatní, co k tomu patří, budu sdělovat svým synům a synům svého učitele, dále pak žákům, kteří se písemně zaváží k zachování lékařského zákona a složí naň přísahu, nikomu však jinému. Rady o správné životosprávě budu podle svých možností a svého úsudku udělovat nemocným tak, aby jim byly ku prospěchu, a budu je chránit před tím, co působí záhubu a škodu. Nikomu nikdy nedám lék působící smrt, i kdyby mne o to požádal, ani nikdy nikomu nedám radu tohoto druhu. Stejně i nikdy žádné ženě nezpůsobím potrat. Budu dbát o to, abych počestně a zbožně krácel cestou života a pěstoval tak i své umění. Nikdy nebudu sám provádět operaci močového měchýře, ale přenechám tuto práci mužům v tomto oboru zkušeným. Do všech domů, do kolika jich jen vstoupím, vejdu jen proto, abych byl ku prospěchu nemocným, a zdržím se každého vědomého přestupku a každého nepočestného skutku, především pohlavních styků jak se ženami či muži, tak se svobodnými či otroky. O všem, co při výkonu lékařské praxe nebo i mimo ni v běžném životě uvidím nebo uslyším a co se nehodí, aby se vypravovalo dále, zachovám mlčení a každou takovou věc budu pokládat za tajemství.

Splním-li tuto přísahu a neporuším-li ji, necht' sklízím zaslouženou odměnu za svůj způsob života a za své umění a požívám vážnosti všech lidí po všecken čas. Poruším-li ji však a stanu se křivopřísežníkem, necht' mne postihne opak toho.

Hippokrates (asi 460 – 370 před Kristem)



„Cítit s trpícím, říditi se poznanou pravdou vědeckou a poslouchati hlasu svědomí, tož jsou tři vůdčí hesla, jež podle mého přesvědčení zahrnují v sobě celou etiku lékařství.“

[JIŘÍ DIVIŠ]

Lékař a etika

Prof. MUDr. OTTO HRODEK, DrSc.

Generace lékařů vstupovaly do praxe vyzbrojeny vědomostmi z lékařského studia a zavázány k etickému výkonu povolání složením lékařského slibu, který vycházel z přísahy zachované ve sbírce hippokratovských spisů. Je možno lépe vyjádřit hluboce humanistický smysl a cíl života lékaře, než je obsažen v přísaze antických lékařů? „Svůj život povedu příkladně a zasvěťím ho podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno být navždy šťastným v životě i ve své praxi a požítvat úcty u všech lidí. Jestliže je však poruším a poskvrním, nechť se mi stane pravý opak.“ Mohli bychom pokračovat, vyzdvihovat a konfrontovat každou větu této přísahy s dnešní představou lékařské etiky, abychom došli k závěru, že Hippokratova přísaha zůstává vzorem chování lékaře ve všech dobách a na celém světě. Její pojetí lékařského poslání, její zásady lékařského myšlení a jednání si uchovaly trvalou platnost přes nepředvídatelný rozvoj vědy, techniky a praxe jak v dějinném rozvoji lidské společnosti jako celku, tak i v průběhu relativně krátkého života každého jednotlivce.

Naši současní lékaři a do praxe vstupující absolventi fakult jsou vázáni podrobnějším vyjádřením etických zásad v oblasti stavovských povinností. Jejich životní poslání učinit vše pro tělesné, duševní a sociální zdraví svěřených nemocných se integruje do cílů moderní lidské společnosti v celé složitosti vztahů sociálně-ekonomických, politických, ekologických, úkolů zdravotnických, požadavků podmínek profesních i mimoprofesionálních. Tyto zásady jsou shrnuty v „Etickém kodexu České lékařské komory“, jejichž dodržování vyplývá ze zákonem stanoveného povinného členství v České lékařské komoře. Nazírání na obsah a výstižnost jednotlivých částí, obsažených jak v obecných zásadách jednání lékaře, tak v kapitolách lékař a výkon povolání, lékař a nemocný, vztahy mezi lékaři, lékař a nelékař, může být různé. Je však zcela nesporné, že pochopení, přijetí za své a důsledné dodržování zde obsažených principů je kategorickou a neoddě-

litelnou součástí každé lékařské činnosti. Je předpokladem profesní cti a pověsti lékařského stavu, vychází-li ze souladu odborného přesvědčení a vlastního svědomí.

Při tom je jasné, že lékařská etika je jen částí obecné etiky, tedy obecně uznávaných pravidel etiky a morálky. Má též úzké vztahy a souvislosti s filozofickými a náboženskými názory na jedné straně a s právními normami, jejichž dodržování je dáno platným právním řádem, na druhé straně. Požadavky na optimální vykonávání lékařského povolání tedy vycházejí jak z dodržování mravních a etických hodnot, tak ze znalosti a respektování právních norem. Obě tyto složky jsou tak nedílnými atributy poskytované péče a je o nich uvažováno při hodnocení, zda postup lékaře byl v souladu s lékařskou vědou, lékařskou etikou a právní normou.

Společným morálně etickým úkolem celé společnosti je péče o důstojný průběh lidského života. Pro lékaře to znamená poskytovat nezištně vysoce kvalifikovanou specifickou pomoc lidskému jedinci od prvních známek života až do jeho přirozeného skonání nebo jeho předčasného ukončení způsobeného chorobnými stavy nebo zdraví a život ohrožujícími vlivy. Lékařský výzkum a klinická praxe se zaměřují na nitrouterinní vývoj od okamžiku početí přes úskalí příchodu na svět na všechna období postnatálního života až do pozdního věku. Etické aspekty lékařovy činnosti vztahující se ke zvláštnostem jednotlivých etap života jsou nesmírně pestré a rozsáhlé. Vzpomeňme jen na nedávné diskuse okolo fertilizace vajíčka in vitro a transferu časného stadia zárodku do dělohy, i na diskuse o dalších eugenických praktikách, založených na různých technologiích genetického inženýrství. Je nesporné, že etická hlediska při hledání argumentů pro a proti jsou zásadní, stejně tak při diskusi o dalších zásadách do reprodukce lidského rodu, vycházejících z poznatku vědy na poli „genetického zdraví“ ať ve směru pozitivních eugenických snah nebo negativních eugenických cílů, zaměřených na eliminaci geneticky jasně definovaných chorob. V této souvislosti bytostně přináleží hluboce etický

smysl veškeré péči, kterou lékař věnuje ženě – matce, dárkyni života, dětem od prvního vdechu přijímajícím podněty z dnešního technizovaného, ale citově ochuzeného světa, dětem postiženým a rodině jako základu dobře fungující lidské společnosti.

Je těžké vystihnout celý obsah vztahů, které se odvíjejí při každodenní činnosti lékaře v kterémkoliv oboru a kterémkoliv zařazení. V některých situacích se dostávají spíše do oblasti diskuse mezi lékaři, psychology a právníky. Rozhodovací i psychologické schopnosti lékaře zde sehrávají hlavní roli. Od racionálního rozhodnutí lékaře se pak odvozuje vlastní jednání lékaře s nemocným, počínaje vhodnou informací o zdravotním stavu, o nemoci a prognóze onemocnění, k souhlasu nemocného s diagnostickými a léčebnými postupy i opatřeními v oblasti prevence.

Rozhodování mezi několika možnostmi a navržení optimálních opatření v konkrétní situaci u konkrétního pacienta je jedním z nejzodpovědnějších článků lékařské činnosti. Proto má být celá výchova budoucích lékařů i jejich celoživotní praxe zaměřena k tomu, aby jejich rozhodování v sobě spojovalo plnou odbornou kompetenci založenou na znalosti současných možností lékařské vědy a praxe a na dimenzi etickou. Je jisté, že v běžných denních situacích může lékař postupovat v soulahu se svými stále rozšiřovanými zkušenostmi a stupněm a kvalitou komunikace s pacientem ev. jeho rodinou bezkonfliktním způsobem a může řešit situace v plném souladu svého odpovědného a hluboce lidského vztahu k nemocnému za jeho aktivní spolupráce. U zvlášť závažných stavů a onemocnění, například u těžkých vrozených vad, nervových a psychických onemocnění, při polytraumatismech, velkých, někdy mutilujících operacích, u zhoubných nádorů se špatnou prognózou, při potřebě invazivních vyšetření a zákroků s možným rizikem komplikací až ohrožení života, v terminálních stádiích onemocnění, dostává se lékař někdy do vyhraněných situací, které kladou velký nárok na etická rozhodnutí při vědomí plně zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí. Informovaný souhlas nemocného musí být založen na dobrém, laicky pochopitelném vysvětlení podstaty, bezprostředního podkladu a vzdálených následcích, vyváženém vysvětlení rizik a prospěchu („risk/benefit ratio“) a vysvětlením jiných terapeutických alternativ. Všechny otázky musí lékař řešit zcela individuálně tak, aby nevzniklo neúměrné stresové zatížení, nedůvěra v poskytovanou léčbu, vyúsťující buď ve vymáhání nepřiměřených způsobů léčby nebo v rezignaci a odmítání navrho-

vaných, plně odůvodněných opatření klasické medicíny, až po příklon k neadekvátním způsobům alternativní medicíny.

V posledních desetiletích se objevily nové etické problémy v souvislosti s rozšířením invazivních vyšetřovacích metod a se zavedením značně agresivních způsobů terapie. Příkladem oboru, který prodělal převratný rozvoj, avšak zůstává spojen s komplexem etických, právních a psychosociálních problémů, je transplantace orgánů. Jde o přenos orgánů a tkání od osob po úplném zániku mozkové činnosti, u části transplantací od živých příbuzenských dárců. Transplantační techniky se sice staly či stávají rutinní terapií nezvratných selhání mnoha orgánů, především ledvin, srdce a jater, jejich počet je však omezen dostupností dárcovských orgánů. Problémy související s dosud nedořešenými předpoklady od podpory a široké informovanosti veřejnosti o vysoce humánním poslání dárců, k získání souhlasu k odběru, k rozhodnutí o transportu, k jednoznačné diagnóze mozkové smrti s průkazem zástavy mozkové cirkulace, k vlastnímu odběru orgánů k transplantacím účelům, až k vlastní transplantaci a pooperační péči po této náročné operaci.

Jinou eticko-mravní otázkou je rozhodování lékaře a jeho pomoc nemocnému v terminální fázi jeho života při nevléčitelném onemocnění. Z hlediska medicínského, etického i právního je povinen poskytnout nemocnému všemožnou pomoc psychoterapeutickou a farmakoterapeutickou ke zmírnění jeho bolesti, nemá však právo cokoli vykonat pro jeho ukončení. Aktivní i pasivní euthanazie je u nás právně a podle etického kodexu nepřipustná. Jsme však svědky aktualizace problematiky euthanazie ve světě s rozdílnými názory a převažujícími obavami z nebezpečí jejího zneužití v případě legalizace. V hraničních situacích smrtelně nemocného a umírajícího je lékař postaven do situace, ve které musí ověřit své mravní hluboce lidské chápání končícího života, aniž by prodlužoval nepřiměřenými prostředky za každou cenu terminální vývoj, který již bez jakékoli pochybnosti nelze odvrátit. Každý nedostatek v posouzení nezvratné terminální situace by byl hrubým porušením etických principů.

Krátké omzyšlení nad některými aspekty lékařské etiky podtrhují její široký a zásadní význam pro rozvoj všech oborů lékařské vědy a pro plné využití jejich výsledků v lékařské praxi. Jen tak může lékař naplnit hluboce humanistický smysl lékařského poslání v plném souladu se svou lékařskou přísahou a se svým postavením ve společnosti.

„Než člověk něco udělá, vždycky je dobře uvážit, zda to někomu jinému neublíží víc, než je nezbytně třeba.“

[JOHN GALSWORTHY]

Etika klinického experimentu

Prof. MUDr. VRATISLAV SCHREIBER, DrSc.

Klinickým experimentem rozumíme zkoušení nové diagnostiky nebo léčby hospitalizovaných nemocných. Původně jsem měl vůči slovu experiment zábrany, ale pak jsem si uvědomil, že to, čím jsem ho chtěl nahradit – klinický výzkum – slovo experiment plně nenahrazuje. Klinický experiment je základní podmínkou pokroku lékařství. V tomto eseji se zabývám pouze etickými aspekty. Hlavní etická kritéria mají klinickému experimentu především zaručit:

- 1) aby směřoval ke zlepšení léčby a byl tak ku prospěchu všem nemocným s danou nemocí;
- 2) aby směřoval i ku prospěchu jednotlivých nemocných do experimentu zařazených nebo aby bylo alespoň vyloučeno jejich poškození;
- 3) aby nepoškozoval nemocné do experimentu nezahrnuté nebo placebovou skupinu;
- 4) aby byl proveden lege artis;
- 5) aby nebyl nepřiměřeně ovlivněn komerčními zájmy dodavatele nové technologie nebo léku.

Je zřejmé, že úplné splnění všech těchto pěti kritérií je skoro vždy nemožné. Nelze obvykle například provést experiment „lege artis“ a nemít placebovou skupinu. Nelze ani zcela zanedbat zájmy toho, kdo s velikými náklady lék až do stadia klinického zkoušení přivedl. Konečně, pokud se klinický experiment provádí ve fakultní nemocnici – tedy na univerzitě – nelze nedbat ani toho, že výzkum naplňuje obraz univerzity a měl by přispívat do světového vědního fondu.

Klinický výzkum – včetně klinických experimentů – přispívá k vytvoření prostředí pro dobrou výchovu studentů i pracovníků nemocnice, tak, aby byli – i když sami nic světového neobjeví – schopni výsledky světového výzkumu ku prospěchu svých nemocných aplikovat. Seriózní klinický experiment přispívá k vzbuzení zájmu i rozšíření obzoru: práce univerzity a tedy i její fakultní nemocnice nemůže směřovat jen k „naplnění sudů,“ ale hlavně k „zažehnutí ohňů (B. Rexed). To je etika par excellence. Nyní k jednotlivým svrchu uvedeným etickým postulátům:

- 1) Zlepšení léčby a prospěch všech nemocných s danou nemocí, příspěvek do světového vědního

fondu a vytvoření podmínek pro schopnost aplikace poznatků vytvořených jinde.

Etickým kritériem – jinými se zde nezabývám – je vztah mezi skutečnou potřebou výzkumu (experimentu) a prospěchem pro léčbu „celé nemoci“ – tedy u nás i jinde. Mohou být kvalitní léčebná zařízení, kde se žádný výzkum neprovádí a kde se jen, obvykle za vedení zahraničních odborníků, aplikují poznatky světové lékařské vědy. Tak je tomu ovšem jen v rozvojových zemích. Rozvinuté země, ke kterým patříme, by měly do světového fondu vědy přiměřeně svému počtu obyvatel a národnímu důchodu přispívat, ne pouze z něj brát. Kolik a kdy jsme přispívali do světového fondu vědy jsem rozebral jinde: koncem šedesátých let to bylo asi 1 %, v posledním desetiletí jen asi 0,5 %.

- 2) Prospěch jednotlivých do experimentu zahrnutých nemocných nebo alespoň vyloučení jejich poškození.

To je základní problém: vyžádání informovaného souhlasu nemocného (což by měla být *conditio sine qua non*) může být formulováno tak, že sice formálně exkulpuje v případě nouze pokus provádějícího lékaře, etické břemeno však na něm zůstává. Většinou je třeba se spokojit s druhou polovinou tohoto postulátu.

- 3) Nepoškozoval nemocné nezahrnuté do klinického experimentu.

Když se nyní ve světě dělají pokusy o léčbu AIDS, velmi často se uprostřed pokusu stane, že léčená skupina je na tom o něco lépe než skupina placebová a pokus se proto z etických důvodů přeruší: placebové skupině se začne podávat ten zkoušený lék, aby nemocní nebyli poškozeni. To ovšem pokus znehodnotí, je to ale eticky správné. To se stalo skutečným dilematem v USA při pokusech o léčbu AIDS, ale může se to projevit i u jiných nemocí. Vlastně by měl každý nemocný dostávat to, co mu skýtá – i malou – naději bez ohledu na pokrok vědy. To je ta otázka. Ale nastal by pak pokrok vědy? Bylo by to eticky správné?

- 4) Provádět klinické experimenty lege artis.

Sem patří „slepé“ a ještě lépe „dvojslepé“ experimenty, ve kterých ani nemocný ani lékař neví, kdo

dostává lék nebo placebo. Problém je variabilita nemocí, přítomnost jiných nemocí a rizikových faktorů, které eticky mohou „zaslepení“ pokusu zpochybnit. Je to bias nemocného i bias pozorovatele a všechny nás pronásledující placebo reakce, která ostatně u nás dnes patří k nezanedbatelným fenoménům lékařské i léčitelské péče. Třetí osoba, která může uvolnit kód, obvykle musí podle plánu experimentu čekat, až je celá skupina naplněna. Je to však vždy pro nemocné dobře? Proto v legislativě medicíny pokročilých států existují výjimky, jako je tomu v USA s IND (Investigational New Drug Exemption) a NDA (New Drug Application). A to ještě ponechávám stranou otázku vedlejších účinků. Takže do etiky klinických experimentů také patří to, aby léky, které do praxe byly puštěny „nedonošené,“ byly po řadu let úzkostlivě monitorovány co do vedlejších účinků.

Jestliže se má u nového léku prokázat neškodnost (a to je odpovědnost farmaceutických firem), musí být řadu let zkoušen u velkého počtu lidí. Jestliže kongenitální srdeční vady postihují asi 1/100 novorozenců, měl by být nový lék (aby se vyloučilo jeho působení na vznik vad) zkoušen u 1800 těhotných žen. Jestliže rozštěp patra postihuje asi 1/1000 novorozenců, měl by být lék zkoušen v 18.000 těhotenstvích. Jestliže atresie tricuspidalis postihuje

asi 1/10 000 novorozenců, měl by lék být co do tohoto rizika zkoušen v 180 000 těhotenstvích. To platí pro léky, používané u gravidních. Thalidomidová tragédie je stále silným varováním. Nežádoucí reakce mohou vyplynout nejen z potencovaného, nadměrného farmakologického účinku léku (tedy ve směru jeho působení), ale také z účinků bizarních, které jsou následkem imunitních nebo neznámých mechanismů.

5) Nepodlehnout komerčním zájmům.

Ve světě se vedou diskuse, co výrobce farmaceutického přípravku nebo lékařské technologie smí eticky poskytovat těm lékařům, kteří výrobek zkoumají (pokud možno provádějí lege artis klinický experiment). Kladou se takové otázky (krajní příklady):

– může firma na sympoziu o jejím novém léku, konaném v Hawaiském Honolulu, pozvat potenciálně lék ordinující lékaře s rodinami a platit jim pobyt i letenky?

– nebo může pozvat jen lékaře bez rodin?

– nebo už je neetické, když rozdává propisovačky se svým logem a lékař je viditelně nosí v kapse bílého pláště?

Co si budeme povídat: jejich etické starosti na naši hlavu! A to ještě nepřišla řeč na to, co to vše může stát pojistovnu.



„Hlavní schopnosti člověka jsou: rozum a vůle; rozum, který je nutno vést k pravdě; vůle, kterou je třeba podrobit ctnosti. První je cílem logiky; druhé cílem etiky.“

[DENIS DIDEROT]

Právo a medicína

Prof. JUDr. K A R E L M A L Ý, DrSc.

Psát úvahu o vztahu těchto dvou tak na první pohled odlišných odvětví vědy se mi zdá být povážlivé a opovržlivé zároveň. A snad o to víc, že jako občasný objekt medicínské péče jsem vždy projevoval ne-li pokornou úctu, tak zcela jistě strach a odevzdaně vždy spoléhal na to, že odborník ví přesně to, co je mi k užítku. To se ví, že s léty a zkušenostmi jsem začal ze své odevzdanosti slevovat, avšak imperativ „věř a lékař tě uzdraví“ vždy přece jenom přehluší skeptickou pochybnost o lidské omylnosti (tedy i lékaře). A tak přemýšlení o vztahu medicíny a práva či právnictví se proto může pohybovat jen v rovinách obecných, a to přesto, že už vznikla vážená a uznávaná disciplína lékařského práva, běžná ostatně i ve světě. A právě v ní se pokoušejí právníci s většími či menšími úspěchy, vždy však pod zkoumavě kritickými zraky lékařů, vměšovat do království medicíny. Celá řada lékařských rozhodnutí má totiž právní důsledky a může být také za určitých situací jako taková i posuzována: jde zvláště o problém právní odpovědnosti, zavinění a míry zavinění atd. V tom však, jak se domnívám, není specifická vztahu lékař – právník či medicína a právo. To je spíše „manželství“ z rozumu či donucení.

Hledáme-li, co opravdu vnitřně spojuje obě disciplíny, tak především to, že jejich objektem je člověk. Člověk jako předmět léčeni či prevence, objekt radikálních zásahů či konzervativních postupů, snad i dokonce lidská společnost, zvláště při překonávání sociálních chorob či epidemií. Pro právo je však tentýž člověk (či společnost) objektem či subjektem právních vztahů, který právo upravuje. Vytváří hranice, meze jednání člověka nejen vůči jiným členům lidské společnosti, ale i vůči společnosti a nakonec i vůči světu (kupř. při ochraně životního prostředí).

Lékař či právník si nemůže vybrat či dokonce vytvořit člověka podle svých představ, ačkoliv by to leckdy rád učinil (ovšem s výjimkou genového inženýrství, které samo o sobě nese zvláštní rizika a vyžaduje i zvláštní právní úpravu). Oba – lékař i právník – vědí velmi dobře, že přes obrovské po-

kroky ve vědě, postup civilizací, vývoj kultury i poznání, se stále ještě ve složitém světě plném nástrah a nebezpečí pohybuje člověk, který se nejen svou podstatou živočišnou, ale i svým chováním společenským (což je ostatně na sobě přímo závislé) jen málo liší od našich prapředků v počátcích lidské civilizace. A tak, chtě nechtě musí oba respektovat to, co je možno nazvat přirozenými právy člověka, tj. těmi, které tvoří přirozený, na jeho vůli nezávislý základ jeho bytí: právo na život a jeho ochranu, právo na zdraví, na štěstí, na bezpečí atd.

Lékař asi více než právník ví, že mnohá chování člověka jako živočišného druhu nejsou jen závislá na jeho vůli, ale vycházejí z mnoha hlubších kořenů. Jsou vlastní lidskému rodu, jsou genetickou výbavou druhu, jsou podmínkou jeho existence: sem patří ještě i takové základní fenomény, jako je vztah, pudové chování, agresivita atd.

Jak se však zdá, patří sem i složitý soubor pravidel chování, který, původně ritualizovaný, umožňuje existenci pospolitosti a jednotlivce. Setkáváme se s ním zejména u vyšších primátů, ale je prokázán i u ostatních živočichů, žijících společensky.

Je pak právník skutečně abstraktním myslitelem a tvůrcem složitých právních konstrukcí, nebo v podstatě jen moderátorem, usnadňujícím nalézáním či objevováním již existujícího kodexu koexistence a ochranu budoucnosti jedince či společnosti?

Je zřejmé, že právě tady se oba – lékař i právník – potkávají a podávají si ruce.

Odvážím se ve své úvaze dokonce ještě jednoho dalšího kroku. Vezměme si například tak často diskutovanou otázku, jakou je právo na život: jeho ochrana a služba této ochraně patří k základním formulacím lékařovy přísahy. Stejně tak však i právník přemýšlí o stejných otázkách, kupříkladu o euthanasii či o právu odejmout život lidskému plodu nebo pachateli, který se dopustí zločinu. Co vlastně opravňuje společnost aby dala právníkovi právo uložit trest nejvyšší – trest smrti? Je to původ ochrany společnosti vůči jedinci, který v duchu racionalistických úvah 18. století porušil společenskou smlouvu či právo na její nutnou obranu, kte-

rou ostatně dopřeje právo civilizované společnosti každému jednotlivci?

Právník ovšem neumí uzdravovat, konat onen zázrak vracení života či asistovat při jeho zrození. Na rozdíl od lékaře – a možno říci „zaplať Bůh“ – není, tak jako často lékař – poslední instancí. Zřejmě nedostatečnost lidského úsudku vyvolala v právním životě moudrá ustanovení o možnosti nápravy právníka vadného rozhodnutí, tedy zařízení a instituci, kterou by asi uvítali v medicíně nejen pacienti. Avšak lékař naopak musí často sám brát na sebe odpovědnost, která je obrovským břemenem jeho svědomí.

Tito téměř bozi jsou však také jen chybujícími lidmi a prastaré pokusy, které je měly donutit k bezchybným výkonům pohrůzkou tvrdých sankcí, se ukázaly nesmyslnými. Chamurapiho „oko za oko, zub za zub a syn za syna“ bylo asi těžko proveditelné a málo účinné, stejně jako zvláštní glejty panovníků, kteří pro případný neúspěch léčebného zákroku dávali lékařům jistotu nepostizitelnosti a právní odpovědnosti. A tak – u lékaře a právníka – se nakonec stává zárukou odpovědnosti opravdu jen vlastní svědomí, které mu nedovoluje překročit onu pomyslnou hranici, když léčba či rozsudek jsou ke škodě pacientovi nebo když ohrožují základní práva občana. Medicína i právo se tu zřetelně hlásí k etickým hodnotám spravedlnosti a morálky.

Je ostatně příznačné, že právě ztráta svědomí a odpovědnosti, víry v člověka a hodnoty lidství,

kteřá postihla v nacistickém Německu právníky (a ty přímo v masovém měřítku) i lékaře (alespoň některé), vedla nakonec k hrůzným projevům masového vyvražďování vlastního druhu. Ztrátou spravedlnosti, která ani zdaleka není jen přesným a přísným dodržením právního předpisu, ale obsahuje v sobě i principy rovnosti a úcty k lidství, přestalo být právo právem a stalo se spíše směrnicí k fyzické likvidaci politických odpůrců. Kam se asi podělo lidství a obsah přísahy Hippokratovy nacistických lékařů, kteří se stali přímými vykonavateli masových vražd?

Lékař i právník při veškeré své nedokonalosti činí mnohé pro to, aby se lidský tvor pohyboval na složitých křížovatkách života pokud možno bez vážných kolizí zdravotních i právních. K oběma se nakonec obrací občan až poté, když – řídí se spíše představami či instinkty – je ohrožen na zdraví, životě či právech a hledá u nich pomoc. Ne vždy ovšem včas a ne vždy je mu ji možno v účinné formě poskytnout a přízněji si, že ne vždy se mu dostane pomoci stoprocentní. A to je zřejmě a nepochybně to, co nás, teď už učitele medicíny a fakulty, která se v plném rozkvětu dožívá svých 40 let, a učitele práv, tedy fakulty, která sdílí osudy naší univerzity od jejího počátku, spojuje naprosto a bez výhrad: péče o to, aby služba vědě, člověku i národu, kterou každý z nás svou prací konáme, přinášela opravdový užitek a prospěch. A to ovšem platí nejen pro medicínu a právo.

„Stydět se za vlastního otce je snad nejtrpčí zkušenost, jež mladého člověka může potkat.“

[JOHN GALSWORTHY]

Medicína a rodina

Doc. MUDr. VLADIMÍR HORT, CSc.

Bilancuje-li dnes 2. lékařská fakulta svou činnost, může odůvodněně ukázat na svůj význam v těchto dvou, pro lidskou existenci tak důležitých oblastech – medicíně a vztahu k rodině. Toto ohlédnutí nám dovoluje najít jejich setkání a sblížení, přestože do obou pojmů je běžně vkládán tak odlišný obsah a význam. V medicíně jde o kondenzaci poznání základů lidského bytí a jeho vědeckou ochranu, u rodiny o nejdůvěrnější a citově nejbližší podobu lidského soukromí. V obecné rovině představuje medicína vědu, rodina domov. Oba tyto lidské tvory jako by byly určované jiným předivem lidské potřeby a zájmu, vznikly z jiných důvodů a naplňovaly odlišný smysl.

Medicína se sice formovala v bezprostřední otevřenosti člověku s jeho bolestmi a strádáním, její vývoj a zdokonalování však probíhá především v důsledku přírodovědného poznání a technického pokroku. Zde jakoby ztrácela své lidské zakotvení, svůj konkrétní humánní rozměr. Hovoří se o jejím odcizení, jejím oněmění – o tom, že není schopná a někdy ani ochotná – se svým pacientem srozumitelně hovořit. Schovaná za přístroje a zaštitěná laboratořemi stává se chladnou, anonymně neúčastnou, soustředěnou na technickou a látkovou stránku problému. Pokud pacienta vidí, bývá to často jen skrze izolované hledí jeho orgánů.

Je mnoho pacientů, kterým taková podoba „vztahu“, tedy i porozumění a pochopení nestačí. Nejčastěji to bývají ti, kterým jejich nemoc deformuje život, nebo kterým životní problémy deformují zdraví. Předpoklady nedorozumění zde přinášejí pochopitelné a nevyhnutelné tendence medicíny „jít“ za nemocí a své zákroky orientovat proti ní se stejně platnou logikou, že s nemocí orgánu onemocní „celý“ pacient. Přeneseně to znamená, že i nezhoubné onemocnění jaksi metastazuje do dalších, než jen původně nemocných oblastí a funkcí, a to i duševních a společenských. Tyto doprovázející, druhotné důsledky, bývají pro pacienta leckdy důležitější, než nemoc sama.

Medicínské řešení takových problémů akcentuje u řady nemocných jejich zvýšená náročnost, zejména u těch, kteří očekávají, že medicína bude

umět neutralizovat dopad životních svízeli a nespokojeností. Řada jich se domnívá, že medicína je odpovědná za kvalitu života ve velmi širokých hranicích a přenáší na ni odpovědnost i tam, kde vytváření životní pohody je, či mělo by být v režii klienta samotného.

Je vcelku jasné, že různorodá podoba medicíny i charakteru její klientely bude vyžadovat různé přístupy a jejich přiměřenou individualizaci. Od těch, které se odehrávají před majestátem vědy v komplikovaných přístrojích a zákrocích, po ty, které proběhnou v důvěrném a chápatelném rozhovoru při vhodném využití znalostí pacientova soukromí.

Zde zákonitě vystupuje úloha rodiny a s ní postulát, aby zde byla medicína zakotvena svým důležitým článkem – rodinným lékařem. Jde o lékařskou pozici jinde běžnou, ani v našich podmínkách ne neznámou. Zde byla překryta různými jinými přívlasky – lékař obvodní, první linie, praktický lékař. Rodinný lékař je lékař, který stojí na důležitém místě mezi medicínou a světem pacienta, v úseku, kde se formuje zakázka – pacientova potřeba medicínských intervencí a možnost či odůvodněnost její realizace. Vedle vlastní profesionální odborné kvalifikace je na tuto pozici vázaná i úloha prostředníka mezi pacientem a světem medicíny, jeho provázení jejími různými etážemi – laboratořemi, vyšetřovnými a postupy zejména tam, kde je nutné tlumočit jejich cizí, pacientovi případně i nepříjemný jazyk.

Mínulý vývoj u nás vedl k degradaci této lékařské pozice. Její medicínská i společenská prestiž byla nízká. Lékař v ní byl často považován za pouhého dispečera, který byl hodnocen podle ochoty a úplnosti vyhovění vznášeným požadavkům – vyhlášek, doporučení specialistů, i pacientů samotných. Mnozí lékaři taková očekávání akceptovali a ztráceli tak iniciativu, dále pak i sebejistotu a sebedůvěru. Ta čeká na své znovuoživení a nové naplnění. K tomu bude muset nutně patřit – podobně jako tomu je v zemích, které nám mohou být zdravotnickým vzorem, vedle obvyklé lékařské specializace (například interní, pediatrické a po-

dobně) i zvláštní nadstavba – specializace na lidský rozměr svého pacienta, jeho jedinečnost. V takové specializaci se odráží znalost rodinného pozadí, poznání a porozumění pacientovu světu. Není to specializace, která přichází direktivně a se seznamem hotových pouček, ale specializace, která rozumí, respektuje a společně hledá. V určitém rozsahu by měla patřit k výkonu medicíny ve všech klinických disciplínách, do ordinace rodinného lékaře však především. Cesta k medicínské praxi, která je „lidštitší,“ humánnější, vede skrze ní. Je také lacinější. Velká část pacientů v ordinacích lékařů nejsou ti, kteří skutečně potřebují „velké“ medicínské zákroky, a zdaleka ne všichni musí projít těmi odbornými a vyšetřovacími etážemi, které na počátku očekávají. Ve vyspělých státech je největší část zdravotní péče uskutečňována ambulantně, pilířem této péče je rodinný lékař (v Anglii se například dobrá polovina studentů medicíny stala rodinnými lékaři).

Pojem rodinný implikuje význam důvěrný, rozumějící mechanismu specifit, ve kterých se skutečný (ale i potenciální) pacient v tomto nejintimnějším svazku pohybuje, ve svazku, který ho do života vnesl, a přímo, či jen ozvěnou, řídí jeho kroky. Vlastní smysl rodiny, i našich úvah o ní, je naplněn tam, kde je přítomno dítě, které v ní vyrůstá. Rodina od nepaměti představuje základní organismus společnosti i nezákladnějšího tvůrce kvality sociálního života v ní. Zájem o ni je proto zákonitý – ať už z pozic, které jsou určené vstřícným poznáváním a nápomocností, nebo utilitárním, které se jí snaží využít pro různé, pochopitelně i ideologické cíle. Dlouhodobá pozorování i zaměřené výzkumy ukazují na podstatný a často i osudový význam rodiny pro zdraví jejích členů. Netýká se to jen různých, takzvaně nezdravých návyků a zdraví škodli-

vých stereotypů životosprávy, ale často ještě významnějších skrytých dopadů do formování psychických mechanismů zdraví a jejich adaptační schopnosti. Poznání všech těchto vlivových a významových rovin se může stát důležitým vodítkem při hodnocení eventuální patologie, se kterou se lékař setkává. Málokterý jiný profesionál než právě rodinný lékař má hodnotu a akceschopnou příležitost ke vstupu do onoho intimního přediva, se kterou rodina nepřímo svého člena do ordinace jako pacienta provází.

Rodinný lékař asistuje životu svého pacienta, setkává se s ním a provází ho v jeho nejdůležitějších životních rolích: jako dítě, syna či dceru, sourozence, časného i odstupujícího rodiče. Provází ho domovem, který se mění. Často tak více než konkrétními medicínskými intervencemi může jeho zralá asistence případným problémům napomoci lepšímu uspořádání a funkci toho kterého domova. Může posílit tam, kde domov chřadne, kde je nesrozumitelný. Také tam, kde tíží, a kde návraty domů, ty skutečné i ty pomyslné, do dřívějších a dávných domovů zasahují bolestivou ozvěnou.

Medicína se tak v různé podobě může setkávat s rodinou – domovem s různou blízkostí a pověřením. V průsečíku těchto setkání stojí rodinný lékař. Jeho poslání je odpovědné, je na něm, v jaké blízkosti a podobě takové setkání proběhne a bude se utvářet. Příprava na takové poslání je důležitá a patrně i složitější než u jiných lékařských disciplín. 2. lékařská fakulta UK více než která jiná se připravě na taková setkání – medicíny a rodiny – soustřeďuje. I při opuštění názvu pediatriká sleduje její medicínský zájem a vzdělávání výrazně rodinnou dimenzi existence člověka a snaží se být garantem jeho zdraví.

„Zdravím tě, město, smím-li pozdraviti ruce a kostky ze žuly. Praho, ty krásná prodavačko kvíttí, zlata a křivulí!..“

[JAROSLAV SEIFERT, POZDRAV MĚSTU]

Praga – caput regni, Jaroslav Seifert (a já)

Prof. MUDr. JOSEF KOUBECKÝ, DrSc.

Zpovídám se vám ze své lásky k Praze, k městu měst, které do sebe vplétá všechny mé ostatní lásky a dává vznět novým a které tím sprádá pevnou osnovu mého života. Praga caput Bohemiae, této tak často žehnané a stejně tak často zatracované země. Miluji ji pro všechno co zažila, co dokázala, čím trpěla a čím se proslavila, pro všechno co se v ní chvěje, pro její smutky a naděje, pro kamenné krajky jejích zdí a vzácné preludy, pro krásy, které sestavila staletí, pro poezii jejích zákoutí, proto, že:

Praha je poslední z těch starých měst
a ještě vlídněji nabízí
takový kout, kde nehýbe se čas
a stojí hodiny.
Ostatně jejich rafije
nemohou nikdy ukázat víc
než příští minulost.

Miluju to „poslední ze starých měst,“ jehož atmosféru jsem nadechl s prvním douškem vzduchu mého prvního vdechu a kterému věnovali své verše snad všichni čeští básníci, avšak jen jeden z nich to uměl nade všechny a celý svět mu za to vzdal hold. Oslavit Prahu bez jeho veršů není možné a proto se za to „zneužít“ vůbec neomlouvám a naopak vám je nabízím jako pohazení a dar.

Dlouho jsem žil v přesvědčení, že každý, kdo miluje Čechy, musí milovat i Prahu. Nebylo by jedno bez druhého. Každý? Občas teď slyším, že jsou i takoví, kteří ji nemilují. Jak nepohopitelné a nedůstojně mi zní nevráživé a ubohé zpochybňování města, o kterém Miloš Marten napsal: „Je krásná, svůdná jako žena, neurčitá jako žena v modrých závojích soumraku, v kterých se choulí pod kvetoucí stráně, opásané ocelovým pásem řeky, posetá smaragdy měděných kopulí...“

Vždyť právě tak jako Řecko má své Athény a Itálie svůj Řím, Francie Paříž a Rakousko Vídeň, má Česká země odedávna svoji Prahu. Vždycky, když prožívala svá slavná období, bylo dobře i v Čechách, zatímco v dobách pro Prahu zlých, v dobách, kdy byla zkrušena svévolím násilníků, bylo zle i v Čechách a celý národ se k Praze upínal v na-

ději a víře, že to bude ona, která se vzepře a znovu obhájí důstojenství české společnosti. Vždyť je to Praha a v jejím kontextu i Karlova univerzita, které jsou zosobněním české státnosti a kulturních i mravních hodnot českého národa.

Praha si mě podmanila už jako malého školáka. Pokaždé, když jsem se vracíval na konci prázdnin domů a když kodrcající vlak vjel mezi pražské domy, jsem slzel. Ne smutkem z konce prázdninové volnosti, ale láskou k městu. A tak už tenkrát, ač význam slova láska mi ještě dlouho neřikal vůbec nic, jsem se stal jejím milencem a jako každý milenec jsem ji vzýval a těšil se z ní a ona moji lásku přijímala a vracela mi ji všechna ta léta měrou vrchovatou. Tak přibývalo vzájemných důvěrností – pohledů, oslovení a dotyků, které by nebylo možné vypsát ani pro jejich množství, ani pro neschopnost vyjádřit slovy to, co je nesdělitelné. Procházel jsem její uličky a se zatajeným dechem jsem vstupoval na dvorky jejích malostranských domů, poznával jsem její kostely, bohaté knihovny, znal jsem důvěrně její řeku v její spanilosti i v jejím jarním běsu, plnou ker a nebezpečí. Poznával jsem ji zářivou i zahalenou do válečné tmy hrozících náletů. Stavěl jsem pro ni barikády a opájel jsem se její novou svobodou. Můj chlapecký vztah k ní sílil.

V jednom parném srpnovém odpoledni, snad dva roky po válce, jsem se – wertherovsky zamilovaný pražský gymnazista (tedy zamilovaný do o rok mladší studentky a do rodné Prahy) – procházel Seminářskou zahradou. Nevím už proč jsem byl o prázdninách v Praze, ale to nebylo podstatné, protože Praze jsem dával vždycky přednost před všemi ostatními místy světa. Zahrada byla krásná, tichá, bez lidí. Mohl jsem nerušeně přemýšlet a snít. Posléze mě kroky zavedly ke kostelu Strahovského kláštera. Z prudkého slunečního světla jsem vstoupil pod zastíněnou chrámovou klenbu, jejíž prostor protínaly jen kostelními okny pronikající ojedinělé šípky slunečních paprsků. Ze srpnového tetelícího se vedra jsem přišel do chládku, vystupujícího z kamene a mramoru, po vůni zeleně jsem cítil mystickou vůni kostela – směs kadidla, květin a zhasnutých svíců.



Ve zvláštním rozpoložení, kterým – jak jistě každý dobře zná – jsme obdarováni jen občas, jsem si sedl v úplně prázdném chrámu do staré kostelní lavice. Byla to chvíle zklidnění a kontemplace. A tu náhle, z ničeho nic, z velkého ticha, zavalil chrám bezbřehý příval hudby. Burácela a hřměla a hned zase šeptala a mizela v nedozírné dáli, hlásala vznešenost a vzápětí vyznávala pokoru, byla útočná a zase něžná a byla všude a já jsem seděl a seděl, u vytržení a u vědomí, že kráčíme po cestách, které si ne vždy volíme sami a že vůbec nevíme kam po nich dojdeme. A také že se ještě stále dějí zázraky! „...A ještě dodnes zázraky se dějí, tak jako kdysi v staré Galileji“ (Před branami ráje). Zaléval mě střídavě pocit lidské nepatrnosti a nadlidské vznešenosti a oba ty pocity se promítaly do mé vize Prahy.

Horké srpnové odpoledne, kontrast mystického, vonícího chrámového baroku, naléhavé poselství hudby. To všechno bylo přítomno v chrámu historicky dominantního kláštera, v němž k varhanám usedl pilný premonstrátský mnich v bílé sutaně, k varhanám, na které kdysi preludoval sám Wolfgang Amadeus Mozart, ve dvoře kláštera, který svými vzývajícími věžemi shlíží s jednoho pražského návrší na životodárné, nádherné, magické město, utvářené mořem střech a zpívající nakupením nejkrásnějších věží přerostaných tvarů. Netušil jsem vůbec jaký osud to město, vzdorující donedávna nacistické knutě a nadechující svobodu, v krátké době čeká.

Byl krásný den,
jaký jen někdy bývá nad Prahou,
a věže se zelenou kadeří,
svázanou v hladký účes na hlavách,
přiblížily se k svahům Petřína
a s domy utvořily polokruh,
ježž řeka proplétá,
zatím co dole kdesi pod mosty
pradleny zpívaly si u jezů
a přepíraly bílé prádlo vln.
A teď ať promluví!
Kdo? Řeka a věže? Most a kameny?

Avšak ty chvíle, které mi tehdy seslal Bůh, znábily znovu moji lásku k Praze, jedné z velkých a trvalých lásek mého života. Jí se oddávám, ona je pro mne jednou z měr hodnot, do ní přináším své úsilí a své touhy prostřednictvím práce, univerzity a fakulty, protože také jimi patřím k ní. A v ní a spolu s ní se raduji a těším. Snad tenkrát, v tom zvláštním pražském odpoledni, jsem začal chápat, že třemi projevy božství jsou umění, věda a víra, které se právě v Praze slučují. A později také, že je

rozdíl mezi svobodou politickou a svobodou intelektuální.

Za krátkou dobu poté jsem pak měl poznat pocity úzkosti, pokoření a hořkosti, hlubší než ty, které jsem znal a vnímal za nacistické války, tím horší, že jejich strůjci byli Češi. Často jsem vzpomínal na ono letní strahovské odpoledne a po další mnohá léta jsem sobě a ostatním osvědčoval, že také pro lásku k Praze

Z těch nebudu kdož opouštějí
buď ze strachu či přemíry
zoufalství nebo z nevíry
i to, zač mnohý děkuje jí.

Dobře jsem věděl, že bez Prahy bych nemohl žít, leda jen živořit s vědomím, že

To je ta Praha, město milenka,
hned naděje a pancíř víry mé,
srdce jež mělo stokrát ztichnouti,
a bije, bije, bije v horečce.
(Praha z Petřína)

Po celou tu dobu (která ovšem představuje převážnou část mého života) jsem si uvědomoval nezastupitelný význam Prahy pro přežití národa, věda, že se vždycky střídaly doby bohatství a chudoby, vážnosti a veselí, že po dnech slávy přicházejí dny svízeli a úpadku. Jen jsem nevěděl, jak hluboký ten úpadek bude a jak dlouho bude trvat. Co však jsem věděl bezpečně a co jsem si stále znovu předčítal, byla moudrost, sdělovaná verši mně neznámého básníka:

Tak mnohý Babylon pyšný už strměl
z ohbí stříbrné řeky – kde je?
A hliněná sláva Ninive mnohých,
skvělost visutých zahrad – kde je?
Jen nocí zpěvavé sloupy
vždy znova se nad námi klenou!
Jen víno je věčné!

Města kojená vlčicí zašla
a slunce zapadlo nad říše,
nad kterými svítilo stále.
Sloupoví chrámů kdys hrdých v prach kleslo,
jen stromů zpěvavé sloupy
vždy znova se nad námi klenou!
Jen víno je věčné!

Atlantidy se do tmy potápěly,
bůh ohně Pompeje popelem zasal,
nerostné ticho z měsíce sálá
a mnozí přešli už hranice dýchající.

Jen ptáci nad námi letí
jak dřívě, večer a víno
i nadále jsou věčné.

Jen víno zůstává stejné a Bože, i láska!
Vždy výš se po sloupu světla pne réva
a na keř své krve ji roubujem stále.
A naše kroky a hodiny odhodlání
jsou z těže látky jak hvězdy a víno.
Jak víno – los náš
je k proměně určen!

Jen takové vědomí přinášelo jistotu, že i to ostudné období, které svými ubohými představiteli zašlapává důstojnost a plije na všechny lidské hodnoty, jednou pomine. Jistotu, která pramenila z vědomí nezníčitelných hodnot víry, lásky, vědění a krásy, a které si právě Praha, ať sebevíce deptaná, v sobě uchovávala. A zase jednou a zase znovu se na ni národ spoléhal. I když záměrně i hloupostí poškozovaná, přechovávala v sobě Praha sílu odedávně vyspělé vzdělanosti klíčící z bohaté univerzitní tradice i nepřetržitého vlivu veškerého umění, které zůstaly i v tak zlých podmínkách neoddělitelnou složkou života české společnosti. A právě tak jako si neumím představit bez Prahy sebe, neumím si bez ní představit Karlovu univerzitu ani 2. lékařskou fakultu. Proto je úcta fakulty k univerzitě zákonitě i úctou fakulty k jejímu městu. Bylo tomu tak vždycky, i v oslavných projevech úctyhodných akademických hodnostářů. Tak Mistr Mikuláš Troilus Svatopolský, děkan filozofické fakulty na vysokém učení pražském, napsal léta Páně 1615 v úvodu k dílu Bartoloměje Martidinesa „Descriptio... regiae urbis Pragensis:“

Ať si slavný Řím, ať pověstí proslulá Paříž,
trojměstní Praha svou cti sahá až do říše hvězd.
Vládě je pevným sloupem a ubohým ochranou
spásou,
pocitív český lid v Praze má kolébku svou.
Chceš-li se poučit o tom, nuž učenou pročíte
knížku:
seznáš z ní národa mrav, šťastného města též
moc.

Ve chvílích vyznání Praze si uvědomuji, jak nedokonalý je tradičně užívaný dorozumívací prostředek – slovo. Umožňuje nám sdělit si navzájem to, co máme společného. Jakmile však chceme tuto hranici překročit a sdělit něco víc, jakmile chceme vyjádřit abstrakci a snové představy, běžná funkce slov selhává a překonat ji může jen slovo umělce, básníka – poezie. Proto je pro mne (a samozřejmě pro zástupy dalších) zosobněním Prahy Jaroslav

Seifert, nikdy nenabažený jejími krásami, nikdy neukojený její líbezností, znovu a znovu jí vyznávající obdiv a lásku i lítost a strach a bolest ve chvílích jejího utrpení. Právě teď, na tomto místě, bych pro vás chtěl opsat všechny jeho básně o Praze a nabídnout vám je bez jakéhokoliv třídění, protože vybrat z nich jen několik veršů je přetěžké a téměř hříšné.

Těch několik, které pro vás však přesto opisují, nechť jsou nejen výrazem jeho umění a jeho vztahu k Praze, ale současně projevem mé úcty k jeho pevnému, nesmlouvavému postoji proti těm, kteří ho chtěli zlomit a neměli ani na to, bojíce se jeho duchovní síly. Co vlastně chtěl, že jim tak vadil?

Já pro vás přece zpívat chtěl,
když už jen vítr naposledy
vedl si svou bez nápovědy
v té tmavé noci bez světla.

S tím jménem na rtech půjdu k ní
jak dítě, třeba do plamenů.
Já miloval ji jako ženu,
již choulíme se do sukní.

Tu rozmarmou, již v podpaží
zní luna jako mandolína,
i tu, která bdí na stráží

a drží ruku v orloji,
jenž jde a jde a nestojí.
Praha! To chutná jak hlt vína!

Nechť nic víc než svobodu pro svůj národ. Vyzvu k ní sděloval prostřednictvím své lásky k Praze, o kterou se chvěl v době, kdy ji dusili nacističtí okupanti. Novým utlačovatelům došlo, že totožné verše platí i obavám Čechů z jejich působení. To jim vadilo a proto je potlačovali.

A ve sluneční perspektivě
třpytí se město. V čase zlém
volali jsme je úpěnlivě,
přímknuti úzce k jeho zdem.

Je samo zpěv to jméno Praha,
úchvatně v duši českou sahá –
– ach, jak ten verš nám zněl!
Květ s květem plane na úbočích,
ale já měl jsem slzy v očích
a pro slzy jsem neviděl.

Vadily jim projevy krásy, něhy a citu, které jim byly cizí v jejich ubohé, zaslepené a kruté zlobě. Mnoho těch, kteří je chtěli ochraňovat, zavírali

a mučili – jaký paradox – v té krásné Praze, krásnější než Řím.

Jednoho dne šel jsem pozdě k šeru,
Praha byla krásnější než Řím,
měl jsem strach, že už se neproberu
z toho snu a že už neužijím
hvězdy, které ve dne schovávali
chrličí pod křídly v podpaží,
trčící tam jako na stráž
pod římsami katedrály.

Jednoho dne šel jsem časně zrána,
bylo téměř zbytečno už spát,
zavřena však byla ještě brána
a já jsem se bál tam zaklepat.
Běda poutníku, jenž u veřejí
čeká jarní jitro bez klíče,
chtěl jsem spatřiti tam chrliče,
když se hvězdy k ránu navracejí.

Stůj a stůj, můj sladký okamžiku,
chtěl bych znít jak vzpomínka a smích
a pak obléci se do hadříků
ptačích per a zmizet ve větvích.
Zeleň stromů úzce objímá Hrad
před oknem, jež skryto ve kvítí,
že se pták tam sotva zachytí,
než se spustí v šero pražských zahrad.

Co pro ně, internacionalisty, znamenaly prastaré české symboly, jejichž vyznavači byli „třídni nepřátelé“ hodní likvidace? Jakým symbolem pro ně mohla být pražská katedrála, připomínající vznešenost a lásku?

Den ze dne dívám se vděčně
na Pražský hrad
a jeho katedrálu
a nemohu oči odtrhnout
od toho obrazu.
Je můj
a také věřím, že je zázračný.

Aspoň mně přičknu můj osud.
A když se snáší soumrak
do pražských oken
s hvězdami v průsvitných tmách,
zaslechnu pokaždé její starý hlas
a slyším verše.

Nebýt toho hlasu, mlčel bych
jako pták,

kterému říkají kivi.

Jsou dny, kdy Hrad
a jeho katedrála
jsou ponuře vznešené
a zdá se,
že byly postaveny ze smutného kamení,
které přivezli z měsíce.

Vzápětí jsou však pražské věže
obetkány zas věnci z paprsků
a z růží
i ze sladkého šálení,
z kterého je utkána i láska.

Nenáviděli i snivou mlčenlivou, věčnou řeku:

Jedině voda v řece
a pak možná vítr
mají paměť.
A protože se znovu vracejí
snad znají tajemství, jak zaplašiti stesk.

Že má Vltava paměť? Pak i ji by bylo vhodné umlčet, soudruzi, a „větru poručit, tak jako dešti!“
To ale jaksi nešlo, právě tak jako najít klíče k bránám přeludů a naděje.

Jsem-li já stříbro – ptá se Vltava,
je krev má sestra? Ano, praví hlas.
Však jitro, kdy se Petřín probouzel
v hromadě svěžích kytic svatebních,
nadešlo přec a všechna nádvoří
proměnila se rázem ve hvězdy.
Hvězda a jitro, kytice a noc.

Sedmero klíčů poté zacvaklo
nad klenoty a jejich sláva žhne
pod vrstvou prachu. Ještě nezhasly.
A byl to chlapec, který si vždy přál
pohladit aspoň jeden zlatý list.
Jen chlapec, říkáš? A jsem v rozpacích.

Sedmero klíčů, prach a zlatý list.

Nehmotnou branou někdy vcházíme
ze skutečnosti do svých přeludů.
Nelze ji zamknout, neboť není klíč,
jenž uvězní by ústa myšlenky.
Jen smrt jej má a možná ani ta.
Hle, jak se třpytí v ranní rose práh!

A na něm tichá šlépěj naděje!

A JAK TO BYLO S PRAHOU?

V půvabném údolí kolem břehů Vltavy postavil v polovině 9. století kmen Čechů hrad. Koncem století se stal středem konzolidujícího se státu a v jeho okolí se začalo rozprostírat město jedinečné ve své nenapodobitelnosti – tajemné, záhadné a magické, vznešené, milostné a líbezné, zamyšlené a náladové, tragické a hrdinské, kamenné a zlaté, poetické a požehnané – Praha. Stala se středem života Čechů a z něho celá zem mohutněla, brala odvahu a posilu. Nikdy nebylo snadné žít v malém státě ve středu vířící Evropy, jehož hlavní město bylo „průsečíkem dávných os světa.“

Stát upevnili Přemyslovci, a nepochybně to nebylo snadné. Ovšem teprve genius nejslavnějšího obyvatele Prahy – Karla IV., ji obdařil hodnotami, které z ní učinily město naplňující hvězdnou věštbu bájně Libuše. Arcibiskupství pražské! Nové město, chrámy a kláštery a kamenný most! Ale také univerzita, naše milá Alma mater, které je Praha nejpevnějším zázemím a která na oplátku krásí Prahu důstojenstvím a vážností a mnoha učenými muži (a později i ženami). Spolu s bohatým životem šlechty, dvořanů, klášterníků, měšťanů a řemeslníků tak byla připravena půda pro vzestup vzdělanosti. Společně s přerozmanitými projevy umění, o které nebyla v Praze nikdy nouze, se stala univerzita a její fakulty neodmyslitelným prvkem života české společnosti. Intelkt tu splynul s uměleckou imaginací, učenost s uměleckou invencí, vynalézavý duch se zručností poctivých rukou. Spolu s geniem jejich obyvatel získala Praha i výlučně duchovno věcí a prostorů.

Čtyři původní fakulty pražské univerzity (bohoslovecká, právnická, lékařská a svobodných umění) se rozkošatily během staletí do fakult šestnácti. V logické souvislosti s tím, jak košatila tato země, její obyvatelé, vzdělanost a obecná kultura. Zcela přirozeně, tak jak to žádal vývoj a narůstající potřeba společnosti. Jistě nikdo neuvažuje, že ustrnutí na daném základu by bylo vůbec možné a správné. Ani město nezůstalo jen ve své první podobě, ani jeho chrám a most. Sám Karel IV. doložil založením Nového města, že Staré město nestačí. Proto není fakult velkých a malých, starých a nových, důstojných a ubohých. Jsou jen fakulty podle hodnot, které odevzdávají. Ostatně o tom psal Karel Čapek.

Od karolinské doby rozrůstalo se město v dalších epochách do jedinečné úrovně dokonalé mozaiky jednotlivých slohů, kterou obdivuje celý svět.

Jeho úroveň vyzvedl mezi ostatními metropolemi ve své době přední teoretik architektury Christian Norberg-Schulz a přiznal ji spolu s Prahou už jenom Římu.

Po slavném období karolinském následovaly výrazné epochy další a bez rozdílu každá z nich přidala Praze na jejím významu. Hodnotit je by bylo obtížné, protože každá doba a každý pohled shromažďují odlišné doklady, které si často protiřečí. To však není úkolem těchto řádků, ostatně určitě bychom ani mezi sebou nedosáhli shody. Jen v jednom se můžeme shodnout, že totiž toto „město alchymistů, astrologů, rabínů, básníků, barokních světců a andělů, arciboldovských příšerek, město krumplované výstředními náladami a příznivě nakloněné horoskopům, metafyzickým šaškům, závanům iracionálna, náhodným setkáním, shodám okolností, komplicitám mezi protichůdnými jevy“ (Angelo Maria Ripellino) je i městem mnoha nových poznatků v astronomii, mechanice, chemii, medicíně, psychologii, zoologii, botanice, mineralogii, metalurgii a v mnoha dalších oborech, a že v něm stále přetrvávají gotický duch doby Karlovy, humanistické ideje doby rudolfinské i nadšení osvícenců. A možná, že i rozkolísaný Rudolf II., který v samotě „vysoko nad městem, nad jeho střechami, bojoval se svým spleenem mezi španělskými jezuiti a italskými metresami, německými rytci a anglickými alchymisty, kolísaje neustále mezi národy a kulturami“, by s uspokojením přijal slova, která si hrdě vepsal do svého tiskařského signetu slovatný staroměstský měšťan, knihtiskař a vydavatel Jiří Melantrich z Aventina:

„Nec igni cedit nec ferro!“

(Nepodlehne ani ohni, ani meči.)

Skláním se před Tebou, mé úctyhodné, dávné město, moje Praho! Vzdávám Ti hold a poděkování za všechna ta staletí síly a krásy. Přeji Tobě, ale především všem nám a našim potomkům, abys i v budoucnosti co nejdelší košatila do velebnosti a krásy i při veškerém a tísnivém vědomí, jak křehké, nejisté a nestálé je lidské konání a uspořádání, i vědomí, že nic na této Zemi není věčné, že každý zrod v sobě nese od samého počátku i předzvěst zániku.

Praha!

Tomu, kdo ji uviděl jen jednou, její jméno aspoň zpívá navždy v srdci.

Je sama písní zapředenou v čase a my ji milujem.

Ať zní!

Jednou přitiskl jsem tvář na kámen staré zdi někde pod nádvořím Hradu a v uchu mi náhle zaznělo ponurě dunění.

To hřímala dávná staletí.

Ale vlahá, měkká opuka
z Bílé hory
šeptala mi vlídně do ucha:

Jdi, budeš očarován.
Zpívej, máš komu.

Chtěl bych toho, Praho, o Tobě ještě tolik napsat!
O Tvých tmavých gotických věžích a katedrále, ve
které odpočívají naši mrtví králové, o mostu lemo-
vaném galerií barokních soch, o rudolfínských
sbírkách hromadících jedinečná „naturalia, arte-
ficialia a scientifica“, i o tajuplném snažení astrolo-
gů a alchymistů, o mlýnech na březích Vltavy a zá-
meckých schodech, o nostalgii Tvého ghetta a šé-
mu rabbiho Loewa, královském letohrádku
a zpívající fontáně, o smutku Loretánských zvonků
i hřímavém dunění Tvých zvonů, o Tvých zahra-
dách a palácích, portálech a domovních zname-
ních, z nichž jedno, znamení bohaté rodiny Rotle-
vovy – červený lev, zdobí i arkýř Karolina. Chtěl
bych napsat o postavách, které procházely Tvoji
historií, o panovnících, ale i o učencích a umělcích,
kteří Tě svým dílem povyšovali. A také o hejnech
racků na Vltavě a květech na Tvých stráních, pada-
jícím žlutém listí Tvých podzimů a hvězdách, které
prší na Tvoji kamennou krásu. O všech pověstech,
které Tě provázejí a vzácných preludích a snech,
které probouzíš, o proměnlivosti Tvých nálad a im-
presí, kterými hýříš. A také o tvé hudbě, znějící
konejšivě nad proměnlivostí času a Bertramkou:

Addio, krásný plameni!
Nápěv se lehce dotkl čela
a ta, již patřil, zamlčela
to, co je k nevyslovení.

Nerozsvěcete! Při stmění
slova se nezdají tak smělá.
Addio, krásný plameni,
nápěv se lehce dotkl čela.

A oba byli zmateni.
Z rozpaků okno otevřela.
Svit noci padal na denní
a v dálce Praha zrůžověla.

Addio, krásný plameni!

O tom všem a ještě o mnohém jiném, co naplňu-
je mé sny, když do bludiště Tvých uliček zapadají
stíny a na prejzy Tvých střech se pokládá tma noci,
bych chtěl psát, protože se mi přihodilo právě to, co
o Tobě předpověděl Oskar Wiener: „Kdo jednou
pohleděl do jejích hlubokých, chvějivě tajemných

očí, zůstal po celý svůj život podmaněn kouzelní-
cí...“

Loučím se s Tebou, má Praho, mé město, které
bych nevyměnil za nic na světě, jak jinak než verši
Tvého básníka.

To město znám i domy v ulicích
i každý kout tak dobře, jako znám
kapsy a švy na vlastním kabátě,
a jedna z chvil, až budu umírat,
ať patří jemu: Sbohem nastokrát,

má Praho! Sbohem! Šedí holubi
ať mají večer plná volátka,
beztoho zobou někde na římse
zrníčka zlata, která sype jim
marnivý podzim, když tě převléká.

Sto měst jsem viděl. Byla bohatší.
A byla? Nevím. Možná. Patrně.
Ale když spěchám u podnoží soch
a věže města rostou přede mnou
jak krystaly, jež staví ametyst,

když svítí almandin tvých okenic,
malachit věží a když Vltava,
na jejímž toku někdo uvázel
veliký uzel, aby zdržoval
věčně uplývající amalgám,
promění se mi v housle, jež se chví
na dívčím prsu, všechna všednost dne,
tak obludná a pustá, zoufalá,
ustoupí naráz krokům umělců,
kteří tu kdysi žili osudy,

když snili plátna, plány kreslili,
drtící ještě podnes velikosti.
A stoupám nahoru po cestě královské,
kolem těch zdí, na kterých dozrával
burgundský hrozn, na něž močí dnes

kdejaký pes. A vidím sloupoví,
na jehož hlavách leží klenutí,
jež oči mít, jistě se usměje
těm rozvěšeným cárům kalika,
do kterých můžem utřít leda pláč.

Kdo kladl kámen těchto strmých zdí,
jistě si zpíval nebo rozprávěl
tu s vlastovkami, které při práci
kroužily jako ocelový hrot
kružídel rýsuječích kopule,

o jejichž pancíř, věky tepaný,
jenž mate ptáky svěží zelení,

zlomí se šíp, až bude vystřelen.
Když naše víra neměla už sil,
čekávali jsme s hrůzou přes půlnoc,

však ráno opět vyhouply se z mlh
prospalé věže, bily hodiny
a růže rozkvétaly pokojně,
krásnější ještě než ty ze zlata,
rozdávané kdys římským papežem.

Však cizinec, jenž chvátal zdaleka,
přichází pozdě. Kdyby přišel dřív,

kdyby byl býval přišel na jaře,
viděl by ještě, jak straň Petřína
je celá postříkaná od vápna.

Pak nemusel by hledat v příručkách
jména a data, jež neřeknou nic,
a zaslechl by ještě anděly,
jak zavěšují znaky domovní
a navíjejí šňůry olovníc.

Neboť to město vystavěl tu Bůh.



Medicína a kultura

MUDr. PETR PŘÍHODA

„MEDICÍNA – SOUČÁST KULTURY“

Při prvním čtení budeme tento výrok vnímat nejspíše jako pouhý slogan, jakých je všude plno. Proto o nich nepřemýšlíme. A pokud se o tom rozhodneme uvažovat, budeme asi v rozpacích. Neboť co je v našem každodenním životě – kultura? Nedejme tentokrát na výpovědi intelektuálů, věcně jistě nějak správné. Naším skutečným poměrem je více práva sobotní příloha toho či onoho deníku a její rubrika „Kam za kulturou“. Tedy divadla, koncerty, výstavy apod. Do takové společnosti však medicína očividně nepatří. K lékaři chodíváme ve všední den a většinou neradi.

Běžně je kultura pojímána jako ušlechtilé rozptýlení. Jako určitý luxus, zasluhující možná uznání, bez kterého se však lze přinejhorším obejít stejně dobře, jako bez tělesné hygieny. A když už jsme začali souvislostí medicíny a kultury, co vlastně znamená v běžném úzu „medicína“? Iluze stranou, medicína je většinou chápána jako specifický odborný – možno snad i říci – technický servis. „Dali mě tam (případně „nedali,“) do pořádku“, říkává se.

Medicína i kultura mají tedy přinejmenším jedno společné: jedna i druhá je většinou pojímána ve své pokleslé podobě.

KULTURA A JEJÍ ANTITÉZE

Výraz „kultura“ znamenal původně pěstování, vzdělávání pole (vzpomeňme „agrikultury“ či „lesní kultury“). Ale už stará latina znala jeho přenesený význam, totiž zušlechtování těla, ducha, způsobu života i pěstování úcty (cultus). Kultura tedy od nepaměti znamená snahu aktualizovat možnosti, které jsou předem („přirozeně“) dány, žádoucím směrem; směrem, který odpovídá představě určité hodnoty.

Je to vskutku luxus, bez něhož se lze v krajním případě obejít? Nespěchejme s odpovědí a zaostřeme svůj pohled na oblast poněkud menší, v níž se nám podstata problému vyjeví názorněji. Tou budiž život jedinečné lidské bytosti, konkrétního člově-

ka. I on je takovým „polem“, které lze vzdělávat. Rozumějme tomu úsilí v tom širším smyslu: jako aktualizaci možností, pokládaných za hodnotné.

Počátkem tohoto vzdělávání je matčina výzva, její úsměv, který vykouzlí na dětské tváři úsměv vstřícný. Příběh pokračuje: první slůvko, první krůžek, nabývání autonomie, osvojování vzorů, zvládnutí agresivity a její přetavení v aktivitu, překonání sebestřednosti, procitnutí smyslu pro realitu, který umožňuje otevřít se světu a jeho horizontální i vertikální dimenzi a objevovat v druhém člověku své TY... toto je přece obrovský kultivační výkon.

Přítom to není žádný „proces“, obdobný organogenezi nebo klíčení rostliny. Tímto reterminem jsme si zvykli označovat determinovaný děj, poháněný nějakou „vis a tergo“, jíž může být jednou příroda, jindy technolog. Mnohem spíše jde o *příběh* usilování, o rytmus výzvy a odezvy, lásky (dávání) a důvěry (přijímání). Také to není žádný luxus, nýbrž stávání se člověka sebou samým. Antitézi tohoto příběhu, tedy tím, co bude, když se nestane, jsou neaktualizované možnosti, přesněji zakrnělost nebo pokřivenost.

Podobně se to má s kulturou. I ona je ustavičnou výzvou a ustavičnou odezvou, usilováním, zvládáním, spěním, jímž se možnosti uskutečňují a beztvářost nabývá tvaru. „Kultura je založena na tom, co se od lidí vyžaduje, ne na tom, co se jim poskytuje,“ píše Antoine de Saint-Exupéry ve své Citadele.

Jako je celoroční práce na vinici završena vnošením, je i kulturotvorné dílo korunováno díky vzdáním, oslavou. V evropské kontinentální tradici se stalo zvykem obojí příliš rozpojovat. Proto máme pojmovou dvojici „civilizace – kultura“. Asi to není nejšťastnější distinkce; pokud vím, anglosaská tradice ji tolik nezdůrazňuje. Má zajisté své oprávnění v oblasti duchovní patologie, kde se vyskytuje usilování bez zřetele k tomu, co má být oslaveno. Civilizace bez kultury, to jsou například naše panelová sídliště, naše severozápadní Čechy. Také oslava může ztratit spojení s usilováním, s prací, a stát se samoúčelnou. Pak lze snadno upadnout v omyl a pokládat kulturu za ušlechtilé rozptýlení, za kon-

zum, za to, co se – řečeno s Exupéřem – toliko poskytuje.

Příkladem nerozpojeného úsilí i oslavy je kulturní krajina. Tvar jí vtiskla dvojediná péče o užitek a krásu. Kde se to podařilo, unese taková krajina i „civilizační“ komponenty včetně silnice nebo továrny. Nejedna civilizační vymoženost je i významným kulturním dílem, například fungující parlament, burza, občanská společnost. Pokaždé jde o výsledek usilování, nejednou staletého, často konfliktního, v jehož průběhu bylo třeba krotit pudovost, překonávat narcismus (individuální i skupinový egocentrismus), rozšiřovat náhled, nově rozumět.

Také kultura má svou antitézou. Stejnou je ta v individuálním plánu lidského zrání: zakrnělost a pokřivenost.

Vraťme se však k výchozí tézi „Medicína – součást kultury“ . Intence medicíny – snaha čelit destruktivním silám, kompenzovat nedostatečnosti, uvolňovat cestu biofilním tíhnutím, osvědčovat solidaritu, to jsou přece intence vlastní kterémukoli kulturnímu snažení. Chápeme-li medicínu jako poslání, vidíme, že je mimo kulturní kontext nemyslitelná.

I kultura má však svá pokušení. Medicína ostatně též.

SVÍZELE KULTURY A VPÁD VĚDY

Zrod moderní vědy a její triumfální rozmach byly popsány nejméně tisíckrát. I ony jsou příběhem, který se dlouho zdál úchvatným. Mýtus Pokroku, oné hybné síly dějin, bezvýhradně uctívané dobrých dvě stě let, začíná být dnes občas zpochybňován (dříve by cosi takového bylo tmářstvím nebo aspoň neslušností). Stále se však lze dovolat jisté skutečnosti, která jako by dokazovala, že nejde o pouhý mýtus. Je jí pokrok vědy. Neprožíváme snad vědeckotechnickou revoluci? Neprobojovala se lékařská věda až na molekulově biologickou úroveň?

Toto sebevědomé traktování vítězného příběhu opomíjí zprvu nenápadnou okolnost: úchvatný pokrok vědy byl umožněn – a zaplacen – rozpadem kultury. Není tak důležité, že to byla kultura, s jakou bychom dnes nevstačili.

Aby byl rozvoj vůbec možný, bylo třeba rozpojit mnohé, co předtím spolu souviselo. Bylo třeba osvobodit lidského ducha, říkají vědečtí entuziasté. Ano, bylo třeba překonat mnohou absenci a pověru a zejména bylo třeba zjednat prostor autonomii lidského svědomí a odvaze k tázání; utéci od tohoto úkolu nebylo možno. Ku prospěchu vědy, jejího

rozvoje a využití toho však bylo třeba víc. Zejména bylo třeba:

– psychologicky umožnit, t.j. odstranit příslušné zábrany, aby byl stvořený svět nahlížen jakožto vyvážaný ze vztahů k svému Stvořiteli;

– rozbít strukturu dosavadního („předvědeckého“) vědění a zrušit to, co se zdálo být kuratelou filozofie;

– rozložit kdysi stabilní agrární společnost a její životní sloh.

Teprve pak bylo možno, aby si věda určila svou předmětnou oblast a provedla příslušnou tématickou redukci. Teprve od té doby může vědec suverénně prohlásit: „Toto mě jako fyzika (jako chemika, jako biologa, psychologa, sociologa, ekonoma...) zajímá a tamto mě už nezajímá.“ S touto suverenitou se můžeme setkat v podobě odbornického narcismu i dnes.

Předvojem této vědy byla nadlouho přírodověda, především fyzika. Ona určila paradigma vědy a stala se modelem ostatním vědám včetně těch lékařských. Okouzlení mechanikou a mechanismy jim vstřípilo důraz na smyslovou empirii, analytickou racionalitu, kauzální souvislosti, víru v kvantifikovatelnost a respekt k objektivitě. Tato výbava se velmi zdařila a osvědčila v oblasti techniky, která od té doby pokračuje ve vítězném tažení za dobytím světa.

Táž výbava se však ukázala zcela nedostatečnou pro porozumění samotnému člověku. Umožnila mu pořádat převratným způsobem věci, ale naučila ho, aby na všechno pohlízel právě jen jako na věc. I na sebe samého. Tím spíše na toho druhého.

Proces, nazývaný dnes modernizací – jeho aspekty jsou například industrializace, urbanizace, sekularizace, scientizace, technizace atd. – probíhá zahalen dýmem humanistické rétoriky (v kterém století se mluvilo o humanismu víc než právě ve dvacátém?). Jeho důsledkem je však dalekosáhlá depersonalizace čili odosobnění. Zaniklá pospolitost, obec, vytváří se masová společnost. A kultura? Ve své rozbité podobě už nemůže nic po nikom požadovat. Pouze poskytuje. Elitám ušlechtilé rozptýlení, masám zábavu.

Tím, kdo požaduje, je technověda či vědotechnika se svými manažery. Žádá si od nás přizpůsobení. Je tu ještě kdosi další, kdo také požaduje: místo zaujímané kdysi integrální kulturou, která bývala moudrostí plus mravností, se uprázdnilo. Vstupuje tam ideologie se svými aparátníky a žádá si fascinaci, odevzdanost a posléze také přizpůsobení.

Ad marginem poznámku a současně upozornění: nelze říci, že by modernizace přinesla lidstvu štěstí, spíše nové návyky, jimiž je těžko odvykat. Mezi těmi, kdo si nezvykli a cítí se jí poškozeni, si

někteří kladou otázku „kdo za to může“? Ze zkušenosti víme, že takto se ptávají děti i ti, kdo nejsou trpěliví ani moudří. Sami si pak podle svých sklonů odpovídají. Jednou z obviňujících odpovědí je i novodobý antisemitismus.

MEDICÍNA: SCIENTIA CONTRA PROFES-SIONEM

Řekli jsme, že si věda vytýčila svou předmětnou oblast tematickou redukcí. Fyzik, chemik, biolog a každý další vědec shledal v celku univerza onu část, v níž byl kompetentní a kterou si tedy vzal na starost. A kdo si „vzal na starost“ celek? Vlastně nikdo. Rozpad někdejší *Universitas* byl dokonán.

Akt, jímž z nějakého celku bereme v úvahu pouze jeho část, nazýváme *redukcí*. Ta je najednou v požadována samotnou povahou úkolu. Ekonom musí uvažovat o člověku především jako o výrobcí a spotřebiteli, průvodčí jako o cestujících apod. Vyskytují se dokonce takové situace, kdy je třeba u člověka vyloučit všechny lidské role a omezit se na základní biologické funkce a na stav operačního pole, třeba i na několik hodin. Často je však redukce zcela nežádoucí, a přesto k ní dochází pro nenáležitý postoj vykonavatele úkolu. Postoj toho, kdo provádí redukci navzdory povaze úkolu, nazýváme *reduccionismem*.

Reduccionismus lze přistihnout „in flagranti“, je-li skutečnost duchovní povahy vydávána za psychologickou respektive sociologickou, je-li sociopsychologická skutečnost vydávána za biologickou, biologická za fyzikálně chemickou. A zejména je-li člověk, především člověk in concreto, pojímán jako objekt, jako věc.

Zvěcnění člověka má ovšem neblahé důsledky. Preference objektivujícího přístupu vede k znevážení subjektivity. Důraz na zobecněné poznatky svádí k přehlížení jedinečnosti (lidské bytosti, vztahu, situace, životního příběhu). Člověk in concreto se pak stává pouhou exemplifikací obecně platného schématu, přesněji reduktivního modelu. Lze to doložit rozšířeným stylem diagnostického myšlení, hledajícího odpověď na otázku, do jaké obecné třídy ten který „případ“ patří.

Profesionální lékařský reduccionismus je projevem fascinace empirických věd, tedy i těch lékařských, fyzikou. Uvážíme-li navíc, že specializační tlak přivodil i rozpad medicíny, oné *Universitas* v malém, porozumíme i osobivému postoji mnohých lékařských specialistů, kteří vyznávají krédo: můj obor je vše... Známe je důvěrně, protože jsme je rozpoznávali mezi svými pedagogy už za studentských let. Připadali nám despotičtí a sklíčoivali

nás. Odstup času a zejména korektivní životní zkušenost nám dovoluje chápat: jednooborový dogmatismus je narcistickou obranou proti chaosu; absence syntézy vědění volá po diktatuře jediné vědy. Obdobnou situací je rozklad politického konsensu, kdy někteří volají po vládě silné ruky. Rozpad syntézy na půdě medicíny se snáší obtížně a často nutí toho, kdo se chce věnovat lékařství, aby na syntézu rezignoval a stal se expertem.

Expert je však reduccionistou par excellence. Preferuje vysvětlení, protože se mu nedaří rozumění. O léčbě uvažuje v termínech předem pojatého cíle i tam, kde by měl uvažovat v termínech cesty. Vůči pacientovi jako člověku zaujímá odstup a svou úlohu spatřuje v manipulaci, jakkoli prospěšné, protože neobstojí v dialogu. Zapomíná, že do takto redukovaného vztahu lékař – pacient vstupuje ten druhý pokaždé „celý“ a nikoli jako nositel dílčí funkce, třebaže se tak sám – předem indoktrinován – mnohdy tváří. Expert nepostřehne, že tváří v tvář nemocnému je „řeč o něčem jiném“. Nutí pacienta, aby se připodobnil reduktivnímu modelu, s nímž se mu pracuje snáze. Tím ho depersonalizuje, odosobňuje. *Depersonalizace* se tak stává nejčastějším jatrogenním poškozením. Proč vlastně? Protože lékař, který byl předtím přinucen stát se pouhým expertem (leckdy k tomu sám vydatně přispěl), není schopen stát se pacientovým *účastným průvodcem*.

Jinak tomu snad ani nemůže být, nemá-li medicína vůli k syntéze a trvá-li jen v podobě konglomerátu specializovaných disciplín, z nichž každá se shlédla v ideálu moderní „technovědy“. Řekli jsme prve, že jako poslání je medicína mimo kontext kultury nemyslitelná. Není-li takového kontextu, nezbyvá jí než existovat právě jen ve stávající roztržité podobě.

NÁVRAT NEMOŽNÝ – ZBÝVÁ NOVÝ POČÁTEK

Nečekejme, že se mohou některá ze soudobých technověd nebo i jejich konglomerát stát východiskem tvorby kultury v původním smyslu, jak jsme si jej osvětlili. Mohou zajisté ovlivnit atmosféru či mikroklima odborného týmu a jeho pracoviště. Diaspora těchto mikrosvětů může vytvořit jakýsi exkluzivní „svět vědy“, v němž může člověk existovat přechodně, případně i dlouhodobě za cenu hypertrofie některé ze svých dílčích rolí. „Svět vědy“ se pak může stát i azylem, kam se lze utíkat, je-li ten „skutečný“ svět příliš nevlidný. Poučnou karikaturou takto výlučného mikrosvěta byl tzv. akademický gorodok, obklíčený koldokola zcela ne-

exkluzivním, zato velmi skutečným sovětským světem. Jaký rozdíl oproti původní Universitas, která se podobala mnohem více tržišti než pevnosti!

Absenci kulturogenní funkce technovydky dokládá i způsob, jakým je člověk do jejího světa uváděn. Ilustrací může být dosavadní strategie našeho vysokoškolského vzdělání, bohužel i medicínského. Výrazu „vzdělání“ tu lze použít jen s velkou rezervou, protože o proces kultivace zpravidla nejde. Protějškem osvojování speciálních znalostí a dovedností je i nepodporování, ba potlačování „širokospektre“ senzitivity a potřeby celostního rozumnění. Kromě chvályhodné pozitivní selekce studentů s určitou intelektuální a volní kapacitou probíhá nepozorovaně i neblahá selekce negativní, která nepřeje všestrannější vnímavosti a jí odpovídající tázavosti, nebo ji v lepším případě nepodporuje. Tuto nepovzbudivou skutečnost lze doložit srovnáním poměrů na našich vysokých školách s těmi zahraničními (vesměs západními), které ne-rezignovaly na svou kulturogenní funkci: naši studenti nebývají motivováni k tázání a ke kritické rozpravě, naopak. A ještě doklad, týkající se speciálně naší lékařské obce: že má medicína svůj neopominutelný psychotherapeutický rozměr, je u nás čímsi nesamozřejmým.

Stav naší společnosti se po roce 1989 dosti zviditelnil. Je znát, že jsme se od té doby příliš nezmenili, spíše jsme v mnohém ohledu zůstali takovými, jakými jsme byli předtím. Lepší viditelnost umožňuje zahlédnout i nelichotivý fakt: naši dosti malou

rezistenci vůči působení totalitní moci, přílišnou adaptaci na silové pole, které tu nadlouho vytvořila, a také nevydatný inspirativní potenciál naší kultury. Nikoli exkluzivní kultury těch, kdo se cítili být elitami, ale té, „která se počítá“, která je – řečeno poněkud obhrouble –sumou kultury připadající na (každou) hlavu. Nekultivovanost naší současné politiky je důsledkem právě těchto poměrů.

Jak vytvářet kulturu ve společnosti dosud atomizované, která přitom musí ze sebezáchovných důvodů preferovat péči o obnovu normální ekonomiky? Neexistuje žádná instituce, zákonodárná či výkonná, žádné ministerstvo či Akademie, kterou by tím bylo možno pověřit. Kultura vzniká pouze „zdola“; z vnitřního nezbytí, řečeno s F. X. Šaldou. Tedy ze spontánní iniciativy jednotlivců či skupin, velkých i malých. Instituce pak nemá příliš na vybranou: může takovouto iniciativu podpořit, nemůže ji nebránit, nebo ji může dusit.

Ani duchovní revitalizaci naší společnosti nelze zajistit nějakým opatřením. Lze se spolehnout pouze na ni samotnou, na to, že takovéto iniciativy prostě vzniknou a že jich bude dostatečně mnoho. Ony bohudíky vznikají, stačí je podpořit, nebo jim aspoň nebránit. Příznivým prostředím v tomto smyslu může být i škola, včetně vysoké, pokud v jejím pedagogickém sboru nepřevažují lidé vyprahlí. Potenciálně iniciativním živlem jsou studenti. Nikoli všichni, asi pětina až třetina, to stačí, další pětina až třetina se časem přidá. Pak už je třeba pouze vytvořit pravidla hry. A dodržovat je.

„Hudba je jako živel, stejně nás vzrušuje i uchvacuje, děsí, opájí i uklidňuje... Jak bych byl chudý bez těchto zážitků!“

[ZDENĚK ŠTĚPÁNEK]

Mýtus o Orfeovi

Prof. PhDr. J A R O S L A V M I H U L E, CSc.

Mýtus v sobě skrývá vzpomínky na mládí lidstva.

Je vzpomínkou a ta postrádá přesný obrys. Mění se od jednoho „vzpomínání“ k druhému – ve vzpomínkách převažuje emoční přídech a osobní zaujetí vypravěče.

Mýtus vede naši představivost do minulosti lidského rodu, a tedy jeho svět je v očích dospělého současníka zatížen naivitou a nevědomostí dětského věku.

Je však také klíčovou výpovědí o záhadách lidské duše – klíčovou ve smyslu jistého utajení významů a smyslu. Je třeba hledat k nim klíč. Proto přitahuje pozornost Freuda, Junga, Fromma: mýtus je jakýmsi samoznakem, který může zapůsobit analogicky jako „nesmyslná“ inkoustová skvrna „bez významu“ v Rohrschachově testu, uvolňující v podvědomí jedince skryté děje a souvislosti do té doby uzamčené v komnatě démonů. Ovšem že ani on, ani ona skvrna nejsou ani bez smyslu, ani bez významu, neboť nelze nekomunikovat.

Podobně i mýtus vypovídá o skrytých věcech – o přirozeném a současně i o nadpřirozeném světě: je mu dáno osvětlovat věci z netušených úhlů v podivné celistvosti a imaginární proměnlivosti kosmu. „Jestliže vědecké myšlení chce popsat a vysvětlit skutečnost,“ říká Ernst Cassirer v Eseji o člověku, „musí se uchýlit ke své všeobecné metodě, k metodě klasifikace a systematizace. Dělí život na jednotlivé oblasti, které se navzájem ostře odlišují. Hranice mezi říší rostlin, zvířat, člověka – rozdíl mezi druhy, rody, čeleděmi – jsou zásadní a nezrušitelné.“

Primitivní mysl je však všechny ignoruje a odmítá. Její pohled na život je syntetický, ne analytický. Život nedělí na třídy a podtřídy. Cítí ho jako nepřerušovaný celek, který nepřipouští žádné výrazné a ostré rozdíly. Hranice mezi různými sférami nejsou nepřeklenutelné, ale plynulé a pohyblivé. Není žádného druhového rozdílu mezi jednotlivými oblastmi života. Nic nemá definitivní, neměnný, statický tvar. V náhlé metamorfóze se člověk může změnit na cokoli jiného. Jestliže existuje nějaký charakteristický a význačný rys mýtického světa, pak je to právě vzpomenuť zákon metamorfózy.

Takto popsaný svět „primitivní myslí“ zná psychiatrie a zná ho důvěrně i umění.

Primitivní mysl není mysl primitiva: sídlí v našem imaginativním světě, v magickém a mýtickém v nás – v Třetím světě, jak ho nazval Karl Popper.

Mýtus o Orfeovi pak jistě mluví i o tom, co hledá hudba v hájemství medicíny. Je to výpověď obrazná, mýtická. Orfea obklopuje na mnoha zobrazeních – počínaje nejstaršími antickými kresbami – dětsky čistá „hudební“ či „múzická“ atmosféra, z níž vystupuje do popředí harmonie přírodního, „neodcizeného“ světa životní plnosti, kde intelekt dosud spí. Kresby připomínají ztracený ráj: Orfeus hraje na harfu zkontrolé důvěřivé zvěři a svým zpěvem vnáší nadpřirozený řád do přirozeného světa.

Euripidova Ifigenie v Aulidě obdivuje moc, která pramení z jeho umění:

Já, otče, kdybych měla jazyk Orfeův
a zpěvem mohla dojmout, vábit kamení
a očarovat slovem, koho chtěla bych,
pak šla bych touto cestou. Takto mohu však
jen slzy poskytnout, své celé umění.

Euripides zde připisuje ústy Ifigenie Orfeovi schopnosti, jež se později staly jeho tradičními atributy. Již v 5. století př. n. l. se o něm vyprávělo, že svým múzickým uměním dokázal okouzlovat a přivábit i zvířata.

Ovidius (Proměny, kniha desátá) vypráví jeho příběh s Eurydikou, do kterého se zamilovali operní libretisté a do nekonečna jej začali vyprávět znova a znova – v podobě operního libreta se vynořil od roku 1600 již více než čtyřicetkrát. Ovidius jej uzavírá neobyčejně působivou scénou: jeho Orfeus rozechvívá struny lyry a zoufá si nad ztrátou Eurydiky, která má zůstat navždy v podsvětí. Teskný zpěv dojme stromy, keře, květiny – i mohutné duby sestoupí k němu s hor, aby ho utěšily.

Orfeus takový les když písněmi přivábil k sobě,
seděl uprostřed šelem a v hejnu přilétlých ptáků.
Rozechvěl struny: když dost je vyzkoušel pal-
cema poznal,

že ty rozličné tóny, ač znějí docela různě,
dávají lahodný souzvuk, hlas pozvedl k písni
a zpíval.

U Horatia (Ódy, 1 – 12) k tomu přibývá další jedinečná schopnost mýtického pěvce:

... odkud lesy
vykročily mimoděk za Orfeem,
za oním pěvcem,

který díky umění rodné matky
zdržoval běh vánků i vodopádů
a jenž svůdným zvukem svých strun i duby
upoutat uměl.

Ztratily se hranice mezi lidským, zvířecím, neživým. Zhroutily se pod Orfeovým zpěvem.

Není v té jedinečné orfeovské mohutnosti skryta též apoteóza lékařského umění, jež usiluje vrátit člověka do vyrovnaného stavu zdraví fyzického i duševního, krotit v něm zvířecí zběsilost a vodopády nespoutaných vášní?

Každý mýtus nabízí jedinečný kosmos, v němž platí zákony svého druhu a vše tu má své jedinečné místo. Není to ani tak Popperův Třetí svět (vedle Prvního světa – univerza fyzických předmětů – a Druhého světa – zhruba řečeno světa psychických stavů), do něhož podle něho patří obsahy myšlení a produkty lidského ducha. Náš svět je pro nás jen jeden a všude zde jde o odlišné dimenze přirozeného a společně sdíleného jednoho a téhož světa. V něm se lidská bytost svobodně pohybuje od pólu primárních potřeb po pól fantazie, imaginace, mýtů, umění. Potřebuje komunikovat, mít společné lary a penáty, společné mýty. Nemoc ji vylučuje do ústraní a deformuje člověku jeho kosmos.

Mýtus o Orfeovi je svázán s dědictvím po bohu Apollónovi, který vrací zdraví a ochraňuje vítězství dobra nad zlem. Apollón byl podle staré tradice Orfeovým otcem – týž Apollón, jenž bude v helénistické době zván Iatros, latinsky Medicus – to jest

Apollón Léčitel. Odpradáva byl vyzbrojen lukem, jehož střely zaháněly nemoci – luk je ovšem i nástroj hudební a předchůdce lyry; ostatně ji Apollónovi výslovně světil do užívání bůh Hermés. Do Apollónovy družiny patří múzy, proto je nazýván Músagetés, tedy ten, kdo vodí, provází Múzy, jak to připomíná název proslulého baletu Igora Stravinského.

Při léčení mělo v nejstarších dobách významnou úlohu zařikávání a odtud se mohl stát Apollón ochráncem činností vznikajících v enthusiasmu (en – má význam latinské přeložky „in“ a vlastní základ tohoto slova je theos, bůh, božstvo – tedy jde o stav božského vytržení) – mezi ně patřilo například lékařství, básnictví, hudba či věštění. Orfeovské síly sjednocující muzikoterapeutickou techniku se zařikáváním, magickými kouzly, hudbou, poezií, mají zřejmý zdroj v slunečním bohu Apollónovi.

Jedinečnost mýtu o Orfeovi nemohla nalézt pronikavější ohlas nad jeho posthelénistickým životem: raně křesťanské období jej již bere jako (ještě relativně mladou) mýtickou vzpomínku a Orfeova zobrazení se začnou objevovat v římských katakombách. Klement Alexandrijský to vyjádří explicitě: jako totiž tišil Orfeus svým zpěvem divokou zvěř, tak Kristus zkroutil nejobtížnější ze zvířat – lidi. Kristus je pravým Orfeem, zatímco pohanská antická tradice se váže k Orfeovi, jenž byl podvodným čarodějem. Je vidět, že Klement Alexandrijský tu cítil v osobě Orfea jakýsi reálný historický základ – tak jak to platí o každém mýtickém vyprávění (na rozdíl například od pohádky). Imaginativní transfer mýtu šel tak daleko, že sám kříž Kristův někdy proměňovala symbolika christianismu v (Orfeovu) lyru...

„Čistě racionální myšlení, zbavené emocí a motivací, by zplodilo dehumanizovanou osobnost, bez etiky, bez umění, bez lidské důstojnosti,“ napsal Josef Charvát.

Také proto potřebuje i moderní lékařství mít blízko k umění a k hudbě.



Medicína a umění

Prof. MUDr. JOSEF KOUBECKÝ, DrSc.

Domníval jsem se, vycházejí ze subjektivního vnímání umění, že bude snadné stvořit esej o vztahu medicíny a umění. Přepočítal jsem se. Je to velmi nesnadné. Sdělovat subjektivní dojmy hrozí sklouznutím do sentimentality. Zobecňovat osobní vjemy a pocity je troufalé. Vnímat umění je právem svrchovaně individuálním. Čerpal jsem poučení z literárních pramenů o estetice, teorii i historii umění a přesto zůstávám i dál jen jeho amatérským obdivovatelem a ctitelem a vím, že život bez něj by byl ubohý, možnosti práce lékaře omezené a že ať už je to jakkoliv, jsou vztahy medicíny a umění, lékařů a umělců pravzhlátní – v tom nejlepší významu, oboustranně vítané a všeobecně uznávané. A protože přesahují do života jiných, zasluhují zamýšlení, které ovšem nemůže být ničím víc než kompilátem subjektivních vjemů a pocitů, všeho možného, co jsem během svého života viděl, slyšel a četl.

Nejdříve ale poznámku k té subjektivitě vnímání. V červnu 1990 dirigoval Leonard Bernstein benefiční koncert České filharmonie pro pražskou kliniku dětské onkologie. Opakoval se závěrečný koncert Pražského jara – Beethovenova IX. symfonie. Filharmonici byli báječní, Bernstein fascinující a navýsost spokojený (za několik týdnů nato zemřel) a já jsem byl vzrušený nejen výjimečným zážitkem, ale i představou, že mě slavný dirigent, který si zakázal po koncertu návštěvy, přijme. V jednom okamžiku, kdy Smetanovou síní bouřilo to nejfortissimovatejší fortissimo, jsem „slyšel absolutní ticho“. Neumím to lépe popsat, neumím to vysvětlit (byl jsem při vědomí, soustředěný, to ticho jsem „slyšel“ mozky, bylo to ticho „věčnosti“), nemusíte mi věřit. Nikdy na ty vteřiny nezapomenu. Nikomu je nemohu předat, nikomu vnutit. Patří jen mně. Je to také příklad toho, proč nemám rád programní hudbu. I když každé umění vnímáme „po svém“, přece jen hudba nabízí nejvíce – nesvazuje obrazem, tvarem, ani slovem. Trvám však na tom, že analogie mého „absolutního ticha“ nabízí každé umění, nezávisle na tom (a možná, že je to tak lépe), že podstatu krásy nelze slovy vůbec zachytit.

Vzájemný vztah medicíny a umění má více podob. Tou první je společný zájem o lidské tělo. Anatomii se učí studenti lékařství i výtvarníci. Učebnice výtvarné anatomie lidského těla píší anatomové. Na oplátku kreslí malíři rozmanité kresby do lékařských učebnic a monografií. A sochařství? To je umění, které ztělesňuje, které zaznamenává tělo v jeho funkčnosti – ve stání, sezení, ležení i pohybu. Jak velkolepým příkladem jsou anatomické studie Leonardovy, které přecházejí lehce od vědecky přesného pozorování k umělecké obraznosti!

Další rozsáhlou styčnou oblastí je historie. Z obrazů, soch, reliéfů a kreseb čerpá medicína poznatky o své vlastní minulosti. O chorobách, vyšetřovacích a léčebných metodách, pomůckách i špitálech, ale i o mnoha dalších okolnostech, které ovlivňovaly zdraví a péči o něj v dávných dobách.

Je pozoruhodné, že právě tyto tematické okruhy byly tak často námětem umělecké tvorby už od nejstarších období, kolika zdravotnickými otázkami se zabývá např. bible! Zdá se, že v moderní době zájmu přibývá, zejména v tvorbě literární, v dramatech a filmech. Lékaři se tu stávají odbornými rádci umělců.

Blahodárné působení umění jako součást léčby nejrůznějších chorob a patologických stavů je dobře známé – arteterapie v různých formách se šíří po celém světě.

Opominout nelze ani skutečnost, že mnozí lékaři byli či jsou současně profesionálními umělci a jen obtížně mezi obojím volí. Ruisdael, největší holandský krajinář 17. století, byl na caenské univerzitě promován na doktora medicíny. A co Keats, Rabelais, Čechov, Doyle, Vančura, Vondrovič, Trýb či Holub a mnoho dalších? Co „pověsit na hřebík?“ – medicínu nebo umění? Jen málokterý zvládnou na dobré úrovni obojí.

A pak je tu ještě další podstatná shoda, kterou pro medicínu vystihuje ve velmi populárním románu „Doktoři“ Eric Segal: „Při lékařském vyšetření neexistuje žádná technika, ať je to stetoskop, rentgen nebo mikroskop, která by plně nahradila lidské smysly. Základními nástroji vyšetření budou vždy oči, uši, nos a ruce.“ Já sám dodávám – ovládané

vždy rozvážným myšlením a citem. V čem se odlišují „nástroje“ umělců? A v přirovnání k hudbě Segal pokračuje: „Tělo je symfonií zvuků, které –jestliže jsou sladěné – hrají živou melodii, a jsou-li disharmonické, naznačují, že někde v orchestru těla je nástroj, který hraje falešně.“ Co dodat k vzájemné příbuznosti? Tím nejpodstatnějším ze všech vztahů je ovšem ten, že lékaři, rozhodně více než jiní odborníci, mají o umění nejnítěrnější zájem, že ho potřebují ke svým životům i ke své práci, že je přitahuje a nemohou bez něj být, že ho alespoň pasivně (ale lze amatérské provozování umění, tedy provozování pro sebe a nejbližší přátele, považovat za pasivní?) spotřebovávají více než pracovníci všech jiných oborů. Asi proto, že je potřebují přetavit ve svých myslích, srdcích či duších v životodárnou radost, útěchu, sílu i štěstí. Potřebují to všechno více než ostatní? Omlouvám se za to, že ještě jednou budu citovat ze Segalova románu. Možná, že motto, které celou knihu uvádí, něco napoví:

„Proměnili jsme lékaře v bohy a jejich božství uctíváme tím, že jim nabízíme svá těla a duše –nemluvě o světých státcích. (Pozn. – zmiňovány jsou poměry v USA, nikoliv v ČR.)

A oni přitom, zcela paradoxně, jsou nejzranitelnějšími lidskými bytostmi. Jejich sebevraždnost osmkrát přesahuje celostátní průměr. Narkomanů je mezi nimi stokrát víc. (Pozn. – v USA, nikoliv v ČR.)

A protože si jsou bolestně vědomi, že nejsou schopni žít podle našich představ, jejich úzkost je nevýslovně silná. Říká se jim výstižně zranění léčitelé.“ (Pozn.: v ČR jsou mnohými okolnostmi zraňování podstatně víc.)

Je tomu opravdu tak? Asi se shodneme v tom, že lékaři představují zvláštní společenskou kastu. Zdaleka ovšem ne jedinou. Čím je obdařena? Mimořádnou pozorností v dobrém i zlém. Jsou zbožňováni, zatracováni, jsou terčem nemilosrdné kritiky, ale i četných anekdot a přisuzují se jim četné a často rozporuplné vlastnosti. Připisuje se jim profesionální otrlost, návyk snášet bolest a utrpení bližních.

Ne, ne, stokrát ne! Předně jsou lidmi jako všichni ostatní, se vším, co k tomu náleží. Jsou mezi nimi průměrní, horší, ale v úhrnu je většina dobrých a mnozí jsou vynikající. Nejen jako lékaři. Také jako lidé. Jsou osobnostmi, které musí splnit mnoho předpokladů, které si většina těch, kteří jejich služeb používají, neuvědomují. Musí mít určitý stupeň nadání a široké odborné znalosti. Musí se hodně a stále učit. Musí mít dokonalou výdrž tělesnou a velkou sílu psychickou. Musí mít vztah k lidem – nemocným i zdravým, který převyšuje obecné lidské vztahy (politiků, právníků, odborníků a dalších

a dalších). To proto, že jejich postoje jsou často provázené vnitřními rozpory rozumu a citu, že jejich svědomí jsou v trvalém napětí a že pocit provinění je dusí. Chybují také – v lidské činnosti to jinak nejde, ale nesmějí chybovat vědomě. Ti, kteří tak činí, by lékaři být neměli. Většina z nich je však citlivých k trápení druhých, což ostatně dokazují tím, že nemají právo být neochotní a unavení (i po mnohahodinových službách bez spánku a odpočinku a při vyčerpávajícím tělesném i duševním vypětí), že musí být stále pohotoví, pozorní, soustředění a usměvaví, a to i přes přecasto (alespoň v našich poměrech) neodpovídající chování pacientů, kteří od nich vyžadují pomoc, nebo jejich příbuzných. Lékaři naši, na rozdíl od většiny lékařů ostatního světa, jsou kromě toho společensky i hmotně hluboce podhodnoceni. Bylo publikováno a je všeobecně známo, že hodinová „mzda“ psa, který hlídá nemocnici, je větší než finanční ocenění operujícího chirurga.

Malé extempore, které jsem si nemohl odpustit, mě vrací k základnímu tématu. Umění lékaře posiluje a povznáší, přetváří složité a nepříznivé skutečnosti v jejich unavených nitrech, dovoluje jim alespoň na chvíli se od nich odpoutat, stává se prostředníkem obrody ducha, rozsvěcuje světla neviditelná očím, ale vnímaná duchem. Navíc i proto, že – řečeno obecně – nejsou mezi vědou a uměním zásadní rozdíly. Liší se navzájem jen metodami, které používají. Věda vysvětluje totéž, co umění zpodobuje, a společně otevírají cesty hodnotnému životu, jsou bytostnou potřebou ducha, obohacují jedince i společnost. Jsou schopné se navzájem pochopit, protože zcela shodně vyžadují dokonalou oddanost, zaujetí, osobní odvalu, odhodlanost a úsilí, odpovědnost, fantazii a intelekt, které uzrávají v samotě ducha a ne právě zřídka se zevnímu pozorovateli jeví jako posedlost. Znáám mnoho „posedlých“ vědců – lékařů, a právě tolik „posedlých“ umělců.

Ani to ovšem není všechno co je na medicíně a umění společného. Lékaři i umělec hledají mosty mezi třemi základními elementy bytí – vlastním já, bližními a vesmírem. Výstižně to vyjádřil Marcel Proust v „Čase opět nalezeném“: „Jen prostřednictvím umění můžeme vyjít ze sebe a dozvědět se, co vidí někdo druhý ze světa, jenž není stejný jako náš a jehož krajiny by nám byly zůstaly právě tak neznámé jako krajiny na měsíci. Místo toho, abychom viděli svět jediný, svět náš, vidíme ho díky umění zmnohonásobený, a kolik je originálních umělců, tolik máme k dispozici světů, které jsou navzájem odlišnější než světy, otáčející se v nekonečnu a které k nám vysílají své zvláštní světlo ještě dlouhá staletí po tom, co vyhasl jeho zdroj, ať už

se jmenoval Rembrandt nebo Vermeer (Bach nebo Dvořák, Shakespeare či Dante, Parléř nebo Bramante).“ Ale stejnou snahu (jen zdánlivě praktičtější, a proto vědnější) má i medicína. Dešifrovat umělecké dílo a jeho lidský obsah chce víc než povrchní pozorování. V každém uměleckém díle je možné objevit právě tak jako v lidské tváři (navíc ustrašené a trpící) kromě podobnosti a krásy i stopy duše. Krásné se nezotožňuje s příjemným. Může přinést i velké hoře.

Na počátku činnosti lékaře i umělce je prvotní údiv, jakási zvědavost. Tou vyvolává vzrušení a já jsem opravdu přesvědčen, že duše dobrých lékařů jsou stejně vzrušivé jako duše umělců. Bez vzrušení, které zakládá cit umělce, by nebylo dokonalého umění. Bez vzrušení, které zakládá vztah k celistvému člověku, by nebylo dobré medicíny. Právě přítomností citu se liší medicína i umění od většiny ostatních lidských činností, jejichž úspěchy zakládá téměř výhradně myšlení. Chybí v nich cit. Ne sentimentalita. Ta se má k citu jako brutalita k síle.

Jeden základní rozdíl však mezi vědou a uměním přece jenom existuje. Věda staví na poznání druhých. Ta mají často jen dočasnou nebo alespoň stále doplňovanou platnost. Naproti tomu dosahuje umění ve svých vrcholných dílech cíle trvalého. Proto může být „staré“ v umění působením na lidský cit „mladé“ a stále platné. Takže zatímco vědecké poznání je neustále překonáváno novým, může být účinek uměleckého díla stále znovu jen opětován. To nutí posuzovat umění velmi opatrně. Minulá extravagance se stává klasikou současnosti.

Poslední období vývoje lidstva však zdůrazňuje zejména rozvoj intelektu. Život se stává praktičtější a příležitost získávají aktivní, úzce vzdělaní jedinci, dokonale vyškolení pro určité povolání. Ideál širokého všeobecného vzdělání se vytratil, i když je zřejmá žalostná ubohost jednostranně zaměřeného ducha. Omezený rozhled snižuje nazírání a staví do života nevímavé jedince. Poškozuje to i jejich vlastní osudy.

Ostatně už o tom napsal G. B. Shaw: „Nikdo nemůže být toliko specialistou, aniž to přitom není v pravém smyslu slova idiot.“ Ono totiž ducha a smysly od sebe oddělit bez poškození osobnosti nejde. Nejen intelekt, ale i vnímavost. Pro lékaře i umělce to platí dvojnásob. „Když porozumíte všemu, co se týká Slunce, ovzduší a otáčení Země, přece jen vám může ujít záře zapadajícího Slunce“

(Whitehead). Jak silně právě lékař potřebuje vnímat takové „západy!“

Proto by bylo třeba naléhavě se zamyslet nad tím, že nejen průměrný gymnazista, ale i průměrný absolvent lékařské fakulty zůstává v odsouzeně nevědomosti o jednom z úhelných základů lidské kultury – umění, které je pro jeho práci nepostradatelné. Už Platón soudil, že umění má být základem výchovy. Neměli bychom právě v tomto směru doplnit vzdělání studentů lékařských fakult tak, aby dovedli umění vnímat a jeho prostřednictvím aby vnímali pestrost projevů života, aby pochopili, že tvůrčí výkon osloví pouze ty, kteří mají vlastní volní a citové schopnosti a že právě umění dokáže někdy otevřít prostory pro jiný život jejich i jejich budoucích pacientů? Stali by se tím osobnostmi, kterým nic lidského není cizí (a pro které před několika stoletími našel Ariosto nové slovo – humanisté), pro které existují jen ony věčné zákony, které na sebe berou stále nové podoby a dávají obsah a řád jejich bytí a konání i pochopení, že nejen věda, ale i umění hraje podstatnou úlohu v utváření našich individuálních, jedinečných životů i v utváření souhrnného vývoje našich společností. Nevyplatilo by se to alespoň do té doby, než takovou úlohu splní gymnázia? A nevyplatilo by se to pro osobní životy lékařů samých?

Asi bychom měli nabídnout studentům přednášky o vzájemném ovlivňování vědy a umění a překonání „lhostejnosti k umění, která je totiž téměř barbarstvím“ (volně podle Schinkela). Snad bychom se pak dočkali toho, že by ze slovníku lékařů vymizelo ono neustálé „na nic nemám čas“, že by, tak jako kdysi, nečítali minuty ani kilometry a udělali si rádi velkou zacházku, jen aby si mohli prohlédnout slavný obraz či sochu, pohovořit se zajímavým vzdělavcem či umělcem. Že by v hostinských pokojích jejich bytů a domů zase znovu stály klavíry a notové pulty, u kterých by se scházela amatérská komorní sdružení k radostnému muzicírování a že by se jejich pokoje, naplněné podmanivými výtvarnými díly, staly „salony“, ve kterých by se pravidelně scházeli mužové a ženy vědy a umění, aby spolu „probírali“ svět. Že by jejich knihovny byly dychtivě používanými sbírkami hodnotných a krásně vázaných knih a nahradily spolu s ostatním uměním čas ztracený sledováním často plytkých televizních pořadů. Pak by nastala renesance onoho odedávna posvátného vztahu medicíny a umění.

Dopis členů Kocianova kvarteta

2. lékařské fakultě UK

VÁCLAV BERNÁŠEK – jménem kolegů z Kocianova kvarteta

Vážené dámy a pánové, slovatní lékaři, filozofové a Mistři!

Vstupovat na půdu Karlovy univerzity a být s ní nějakým způsobem spjat, určitě vyvolává v každém z vás rozzechvění, obohacené pocitem důstojnosti chvíle zde strávené. Tím spíše, že dnes je Karolinum jednou z nejstarších univerzitních budov na evropském kontinentu. Aula Karolina, historické dějiště rituálů univerzitních slavností ve chvíli, kdy tu akademičtí funkcionáři dokumentují vysoký stupeň vzdělanosti v Čechách, a kdy mnozí významní vědci – humanisté – přijímají nejvyšší počty z rukou rektora univerzity, je světově proslulá právem.

V nedaleké blízkosti stojí další kulturní stánek, jež dokumentuje veliké kulturní dědictví našeho národa; je jím Rudolfinum. Tam jsme do generální rekonstrukce byli tak říkajíc doma zase my, hudebníci. A byli jste tu právě vy, kteří jste za námi přicházeli, abyste se potěšili hudbou našich či světových klasiků. Komerční tlaky a vzrušení, které tu v poslední době panuje, nic neubírají na kráse tohoto architektonického skvostu a my všichni doufáme, že tu jednou provždy zvítězí hudba.

Jednoho dne nás děkan 2. lékařské fakulty Karlovy univerzity – pan profesor MUDr. Josef Koucký, DrSc. vyzval ... „co takhle, pánové Kocianovci, zahrát pro nás v aule Karolina?“ Přišli jsme, a od té doby chodíme pravidelně – je na světě nový koncertní cyklus, aula se stává svědkem dalšího z rituálů. Úvodní slova pana děkana před koncerty s přesně cílenými tématy a následné tóny dravě námi všemi pronikají. Dramaturgie koncertů je nezávislá a přece má svoji kontinuitu. Mrazí mne při pocitu, s čím přijdeme příště, po letošním květnovém koncertu s Místrem Josefem Sukem. Mrazí a zároveň zavazuje. Vždyť v aule jsou přítomni studenti,

a to je pro nás na podiu zjištění jedno z nejradostnějších.

Vy, sympatičtí mladí lidé, studenti, brzy z vás budou lékaři. Současné tendence a zásadní systematické změny nenechávají nikoho klidným. Jak nás – současné, či příští vaše pacienty, tak vás – budoucí lékaře. Šťastná a hlavně zdravá populace při všech stávajících souvislostech nebude vzhledem ke zjištěnému stavu jednoduchým oříškem k rozlousknutí. Ke spravedlivému zhodnocení vaší práce a zodpovědnosti v zájmu všech celospolečenských změn musí zákonitě dojít. Pokuste se hned od začátku přistupovat ke své práci jako k poslání, nenásledujte špatných příkladů, jak se kdesi zpívá – „kompromisy to jsou krysy“ a vůbec: zpívejte si, staňte se ve svých oborech špičkovými odborníky a nikdy nezapomínejte – laskavost nade vše. Jestli vám někdy v budoucnu, ve chvílích pro vás těžkých, vzpomínka na naše koncerty pozvedne mysl, pak jsme i my, členové Kocianova kvarteta, splnili naše poslání.

A tak je před námi říjnový koncert, my po něm absolvujeme velice náročné koncerty v Anglii, abychom se v prosinci opět setkali a znovu si připomněli atmosféru koncertů pro 2. lékařskou fakultu.

Konečně, podívejte se někdy během koncertu, vážení přátelé, do tváře v pozadí stojícího Karla IV. Nestalo se ještě, že by se zamračil. Má z nás vespolek zřejmě radost, neboť se mu naplňuje jím vyslovené přání v zakládající listině: „... aby obyvatelé Království českého nemuseli se v cizině doprošovati almužny, ale aby nalézali v království stůl k pohoštění připravený... aby sobě měli za slávu, že mohou jiné z ciziny zvát k lahodnosti vůně a k účasti na takovém vděku...“

Kocianovu kvartetu s díky, vděčností a úctou

Vážení pánové,

v životech jedinců i v životech institucí máme pomyslné milníky, které nás nabádají ke krátkému zastavení a zamyšlení. Na delší zastávku, bohužel, nemáme čas, a až ho jednou mít budeme, bude už pozdě. Ale i při tom krátkém zastavení nejde jen o to uvážit, co jsme od posledního zastavení udělali dobře, a ještě naléhavěji co jsme pokazili, ale také o to uvědomit si, kdo nám vědomě i nevědomě prospěl, kdo nám rozdával dobro a radost, kdo nás posílil a potěšil. Proto vám píšu, i když ani zdaleka (a to mě už v této chvíli trápí) nevyjádřím to, co prochází mojí myslí a co tak naléhavě naplňuje mé nitro, když naslouchám vaší hře.

Milníky, které mě vybízejí k vyznání, nejsou zanedbatelné. Prvním z nich je čtyřicetileté jubileum naší fakulty, tím druhým pozvolna (nebo spíše rychle?) uplývajících třileté období mého čestného, ale stejně tak náročného akademického úřadu. Když hodnotím těch čtyřicet let, které jsem v různém přiblížení s fakultou prožíval, myslím si, že přes veškeré klopýtání to byla přece jen cesta vzhůru. Zejména v posledních letech, která vzkřísila všechno to „akademické“, co bylo vysokému učení (a ovšem i celému národu) bezostyšně upíráno.

Posoudit tři léta mého „děkanského“ úsilí musí jiní – členové akademické obce fakulty, ale i dlouhá řada všech, kteří našli k fakultě nejrůznější vztah. Je jich mnoho – univerzita a její fakulty, ostatní vysoké školy a vědecké instituce, fakultní nemocnice, ale v neposlední řadě také všichni nemocní, kteří nám s důvěrou svěřili svá trápení a své úzkosti.

Když mi senátoři svěřili vedení fakulty, předse vzal jsem si, že budu usilovat nejen o lepší medicínu a o její lepší výuku, ale také o to, aby Karlova univerzita zaujala znovu, i přičiňením naší fakulty, postavení, které jí právem náleží v kontextu evropské a světové vzdělanosti. Ale také o povýšení naší všeobecné kulturnosti, která v minulých desetiletích tolik utrpěla. A právě v tomto úsilí, které je po mém soudu neodmyslitelnou součástí činnosti každé odborně zaměřené vysoké školy, jsem měl velké štěstí. Setkal jsem se s vámi. Našel jsem u vás pochopení a ochotu. Vztah, který mezi námi vyzrál, dal vzniknout něčemu, co nemá nejen v historii fakulty, ale celé univerzity obdoby. Zrodil se cyklus komorních koncertů, který se stal pojmem: „Karo-

lovské koncerty 2. lékařské fakulty univerzity Karlovy.“ Celý cyklus jste prosvítali svrchovaným uměním, krásou a líbezností, která nás povznáší k uvědomění hodnot, pro které stojí za to žít a usilovat o lepší bytí na této krásné, ale tak rozporuplné Zemi. Uvažte, jak právě v takovém úsilí jsou si umění a medicína blízké!

Tenkrát, před téměř třemi roky, měl váš první koncert pro naši fakultu velký úspěch. Když jsem jej uváděl, řekl jsem jeho hostům, že jim chceme darovat radost a krásu bez jakýchkoliv podmínek a záměrů, protože dávat je víc než brát. Bezprostředně po koncertu mi bylo zřejmé, že v započatém záměru musíme pokračovat. Inspirací pro utváření ročního cyklu se mi stalo Vivaldiho „Čtvero ročních dob“. A tak po koncertu podzimním, kterým to všechno začalo, následoval koncert zimní, jarní a letní. Byl to jeden váš úspěch za druhým. Povědomí o koncertech se šířilo, přibývalo posluchačů a uznání. Co mohlo následovat? Vždyť přece v následujícím akademickém roce budou zase čtyři roční doby a jejich atmosféra by byla bez Karolinských koncertů chudší. To jsem přece nemohl dopustit. A kdo by měl po Kocianovu kvartetu hrát? Nebylo mi zatěžko rozhodnout – přece znovu Kocianovo kvarteto! Kéž by ta mnohá rozhodování, která mě potkávají, byla tak snadná jako tehdejší! Nemohlo to pak skončit jinak. I v třetím roce mého děkanování se budou střídat roční období. Proto jsem vás poprosil, abyste vydrželi spolu se mnou. Bylo to báječné. Ani nevíte, jak jste mi ulehčovali překonávání všech obtíží, jak jste z nich vytvářeli spíše radostné a povznášející poslání, kolik podnětů jste vnesli pro další úsilí, kolik zklidňujících a povznášejících pohody.

Po vašich koncertech, které se staly celopražskou společenskou záležitostí navštěvovanou úctyhodnými osobnostmi i nadšenými studenty (bohudíky!), jejichž zájmu starobylá aula Karolina jen stěží skýtá prostor, slyším často výrazy vděku a uznání vaší dokonalosti. Jak s nimi souhlasím! Upozorňuji mě na ošidnost některých přísloví. Říká se přece, že „žádný z nás nemůže být dokonalý.“ Víím, každý si uvědomujeme (jsme-li pokorní) vlastní nedokonalost. Dokonalost však přesto existuje a v historii i v současnosti se s ní pořád setká-

váme. Co je to dokonalost? I když si ji každý představuje trochu jinak, je podle mne dokonalostí každá „řemeslně“ zvládnutá činnost, která obsahem i formou přináší dobro a prospěch druhým, radost a pocit pohody. Vážení pánové, vy dokonalí jste a moc bych si přál, aby dokonalost vaší úrovně ovládla všechny sféry našeho konání – i v medicíně. Aby toho, co „spadne pod pult,“ stále ubývalo.

Myslím, že se vám také musím omluvit za své promluvy k hostům před koncerty, které vás asi rozptylují a ruší v soustředění. Uvést prvý koncert jsem považoval za nezbytné. Cítil jsem, že musím říci, o co mi jde, že musím nabídnout ten ojedinělý celek prožitku, který skýtá majestát starobylé univerzitní tradice, nádherná architektura Karolína, vámi sdělované poslání hudby a snad i moje naléhavé myšlenky. Někteří z těch, kteří tehdy „přišli, viděli a slyšeli,“ mě přímo (i nepřímo sdělovanými ohlasy) nabádali, abych v promluvách pokračoval. Nevím, zda je dobře, že jsem je poslechl. Tak i z mých „předkoncertních“ úvah vznikla jakási tradice, která se stala součástí Karolinských koncertů (byť na koncertech poněkud neobvyklou), bez které by se asi mnozí cítili o něco oduzpeni. Chci vás ujistit, že to není projev mého předvádění se ve-

řejnosti, ale niterná potřeba sdělit těm, kteří nejen poslouchají, ale opravdu slyší, myslí i srdcem, alespoň část z toho, co řídí můj život a moje skutky. A při jaké znamenitější konstelaci, než jakou skýtají naše společné večery, by to bylo možné? Takže se na mne pro to nezlobte.

Čím ukončit dopis, který je výrazem mé úcty k vám a mých děků? Několik dnů po jednom z Karolinských koncertů mi poslal jejich věrný návštěvník, pan doktor Seifert, syn mého milovaného básníka, překrásnou knížku vzpomínek svého otce. Mistr ji nazval „Všecky krásy světa“ (ostatně jistě ji znáte) a laskavý pan doktor mi do ní vepsal jímavé věnování:

Vážený pane profesore Koutecký!

Hudební večery v Karolinu bezpochyby patří ke „Všem krásám světa.“

S pozdravem Váš J. Seifert

Ta dedikce, moji milí, patří víc vám než mně, protože ty všechny „Karolinské krásy světa“ nám snášíte vy. Svým zaujetím, nasazením, nebývalým spojením intelektu, citu a oduševnělou dovedností rukou.

Díky vám za všechny, které jste obdarovali. Díky za všechno, čím jste obdarovali mne!

Upřímně váš
Josef Koutecký



P. S. Prosím vás, pánové, abyste poděkovali všem vámí pozvaným umělcům, kteří se spolu s vámi podíleli na nebývalé úrovni našich společných večerů. Mně dovolte, abych upřímně poděkoval všem, kteří je umožnili uspořádat – panu rektoru

prof. PhDr. Radimu Paloušovi a členům jeho kolegia, sponzorovi koncertů panu prezidentu VOA – radio metropolis Vlkovi, dámám z organizačního oddělení rektorátu a pracovníkům děkanátu. Ono není vůbec snadné takový cyklus uskutečnit.

„Učiníte-li řeč zpěvnou a líbeznou, nebo dáte-li jí zvuk zvonu či děloviny, nebo učiníte-li ji jasnou a moudrou, pružnou, věcnou, lehkou, logickou nebo vzletnou, vnukli jste tyto ctnosti samotné duši národa, ale je-li vaše mluva těžká, zmatená, bezvará, obnošená a falešná, budete zlořečení, neboť jste se prohřešili na duchovním bytí národa.“

[KAREL ČAPEK]

(*Marsyas čili na okraj literatury, Praha, Fr. Borový, str. 260.*)

Lékařský jazyk, jazyk lékaře?

PhDr. IVANA MOKROŠOVÁ

V českých zemích i na Slovensku bývalo svého času samozřejmostí předpokládat u vysokoškolsky, byť nefilologicky vzdělaného odborníka, spolehlivou znalost přinejmenším jednoho světového jazyka a odpovídající kulturu písemného i ústního projevu. Dnes je naprosto nutné na tuto tradici navázat, chceme-li být rovnocennými partnery ostatních států ve světě, zvláště pak když si plně uvědomíme, že český jazyk je jazykem početně malého národa; vědomí tohoto aspektu však nesmí v žádném případě vést až k těžce léčitelnému komplexu méněcennosti, nýbrž ke správnému pochopení všech souvislostí včetně geopolitických, a proto k vlastnímu úsilí o trvalé a důstojné vytváření již zmíněného partnerství. Pokud tento problém správně pochopíme – v našem případě se jedná o lékařství a jeho kvalitní studium – můžeme těchto cílů dosáhnout, protože podmínky pro to dnes na fakultě máme.

Znalost světových jazyků a kultivovaný projev v jazyce mateřském nejsou pouhým důkazem duchovní úrovně jedince a samozřejmým předpokladem pro vědeckou a jinou odbornou práci, ale i nutnou podmínkou pro soustavnou orientaci v trvale se měnícím politickém a kulturním světě. „Každá korupce jazyka porušuje národní vědomí. Zdokonaluje-li se národ, musí se zdokonalovat i jazyk, neboť je živý a vyvíjí se s námi všemi, stále nesen výškou duševního napětí národního.“ (K. Čapek, *Marsyas čili na okraj literatury, Praha, Fr. Borový 1948, str. 259*)

Lékařský jazyk, jímž samozřejmě nerozumíme jen odborné názvosloví, patří v současné době k nejobsáhlejším odborným jazykům, což dokumentují zhruba tři aspekty:

1. Člověk je patrně nejsložitějším předmětem výzkumu, u něhož se vedle jevů zcela zřejmých a postizitelných vyskytuje i řada jevů, které jsou zjištění, diagnóze a případnému zásahu odborníků přístupné jen zprostředkovaně nebo dokonce vůbec ne. Jako trvale přírodní, oduševnělá, sociální a historická bytost je článkem četných souvislostí

a předmětem mnoha vlivů. Člověka jako předmět zájmu lékařské vědy lze rozčlenit, analyzovat a poté syntetizovat a interpretovat pouze abstraktně, a to ještě v omezené míře. Za ironii medicíny dnešní doby lze považovat to, že jediným odborníkem, od něhož se ještě požaduje, aby viděl člověka jako celek, je patolog, který provádí autopsii.

2. Dále to je tisíciletý vývoj medicíny a lékařského jazyka, rychlý rozvoj základních a pomocných věd včetně účelového využívání nejnovějších poznatků jiných oborů a v neposlední řadě i skutečnost, že předmětem medicíny je již zmíněný člověk. Také lékařský jazyk byl po všechna historická období ústředním bodem lékařství, protože podstatnou měrou určoval teoretické předpoklady medicíny a vztah mezi lékařem a pacientem. Připomeňme si jeho širokou fundovanost v době hippokratiků, první velkorysou systemizaci v alexandrijské době, jeho úplné začlenění do arabského kulturního světa, jeho kanonizaci v latinské scholastice, renesanci v období humanismu i jeho funkci jako osvíceného prostředku v době novější, přičemž nesmíme zapomínat, že i jazyk preferované angloamerické medicíny má ještě dnes z devadesáti procent latinské a řecké kořeny.

3. Vývoj základních a pomocných věd vedl v posledních 200 letech k získání, šíření a hlavně uplatňování velkého množství znalostí o vzniku, příčinách, projevech, lokalizaci, léčení a někdy – bohužel – i následcích nemocí. K tomu přistupují ještě přístrojová a nástrojová technika včetně implantátů a zavádění nových technologií do medicíny. Přitom nutně vzniká mnoho nových pojmů, které je třeba odborně pojmenovat, uvést do organické a logické souvislosti s jinými pojmy a přesně je pak začlenit do celého systému daného oboru.

Současné snahy o sjednocení lékařského jazyka, jeho internacionalizaci a možnosti využití ve výpočetní technice, jsou spojeny s určitou nivelizací, která dnes hrozí každému profilovanému jazyku. Toto úsilí však v žádném případě neznamená ztrátu

významu jazyka jako prostředku komunikace mezi lidmi, především v medicíně, a už vůbec ne jeho zanedbávání či lhostejnost vůči verbálnímu projevu.

Lékařský jazyk je totiž zároveň i nepominutelným úvodem do studia medicíny. Ne náhodou se připravuje studium lékařství k jazykovému kurzu sui generis. Mnozí mohou namítnout, že nejpřirozenější a nejjistější cestou přístupu k medicíně je samozřejmě cesta vedoucí pouze přes odborné předměty, které stanovuje studijní plán. Jsou však i jiné cesty, např. dnes nejen u nás opomíjené dějiny lékařství, které by pomohly objasnit filozofický podtext a pozadí medicíny, nebo poměrně „elegantní“ způsob, jak ozřejmit „záležitosti“ medicíny prostřednictvím lékařského jazyka. Každý vědec, v kterémkoli oboru, se nutně setká s otázkou, do jaké míry je obecný jazyk vhodný pro získávání a fixování poznatků a jejich následné sdělování a uplatňování v praxi. Jako systém znaků plní každý jazyk základní poznávací, komunikativní a informační funkci. V této funkci mají obecné jazyky více či méně patrné nedostatky. Jejich formální a obsahovou přesnost často značně oslabuje homonymie, synonymie, redundance a další fenomény. V dlouhodobém vývojovém procesu byly prakticky všechny vědní obory včetně lékařství nuceny si na základě obecného jazyka vybudovat tzv. informační jazyk. Lékařský jazyk vznikl z nutnosti pojmenovávat nové poznatky v medicíně a vyvíjel se v souladu s jejími potřebami. Je to stále živý jazyk oboru, o který je nutno v rámci studia lékařství trvale pečovat, snažit se pochopit jeho strukturu a se zvyšujícím se počtem nových poznatků ho zdokonalovat a tím přispívat k dobré znalosti jazyka i ke kultivovanému projevu našich současných i budoucích lékařů.

O tom, že tento problém netrápí pouze nás a pouze v současné době, svědčí i známý spor a následný soudní proces, který se konal v Paříži v roce 1597 a týkal se jazyka lékaře, byl vysoce postaveného. Zástupcem obžalovy v této „kauze“ byla lékařská fakulta pařížské univerzity, obžalovaným pak učenec Riviere, jeden z osobních lékařů francouzského krále Jindřicha IV. (1598 – 1610). Riviere, stoupenec slavného Paracelsa (1493 – 1541), tvrdil – podobně jako před ním Paracelsus – že nepotřebuje znát latinu ani řečtinu k tomu, aby dokázal léčit nemoc. Pařížská fakulta zastávala naopak názor, že bez humanitního základu je člověk nejen nevzdělaný, ale i hloupý a bezcharakterní, což v té době potvrdzovaly případy řady „léčitelů“. Zrůsudek proto zněl: „Co si má fakulta počít s mužem, který ani nepozná shodný přívlastek, který neví, co znamená pensio a který neumí zacházet se sylogismem, totiž logickým trias pojem – úsudek – provedení

důkazu?“ Neodvažují se ani domyslet, kolik dnešních odborníků by muselo být odsouzeno za svůj jazykový projev a neznalost logických postupů, a to nejen v jazyce latinském.

Z výše uvedené historky je patrné, že v kultivovaném projevu vědce, učitele i lékaře se odborný a obecný jazyk navzájem podmiňují. Nelze se neustále omlouvat tím, že naše přítomnost se stává „optickou érou“, v níž panuje představa, že zobrazení je jednoznačné a navíc jasnější než jakýkoliv popis. Musíme si uvědomit, že každé zobrazení zachycuje nebo dokumentuje předmět v jeho okamžité jedinečnosti a zůstává pouhou re – produkcí, kdežto jazyk v procesu transformace reálného do pojmů abstrahuje, stanovuje obecné a odhlédá od zvláštností jednotlivých předmětů a jevů. Pro vysokoškolského pedagoga i pro studenty si psané či mluvené slovo trvale ponechává a uchovává svůj primát, protože při studiu jde především o poznávání a vytváření specifických odborných myšlenkových struktur, které jsou prezentovány převážně jazykovou formou. Jde o to naučit se zprostředkovat abstraktní jevy a myšlenkové operace jako správné a pokud možno přesné řešení problémů a používání principů. Odklon od verbálního a aktivního projevu a příklon k nominálnímu, pasivnímu formulování, je typický pro celou oblast medicíny a vysvětluje, proč mnoho jednoduchých věcí se zdá být složitými. Chceme-li vychovávat studenty k myšlení v plném smyslu tohoto slova, pak je musíme naučit používat lehce a správně příslušný nástroj – jazyk. I takto lze chápat Wittgensteinův výrok: „Hranice mého jazyka jsou hranicemi mého světa.“

Správný psaný i mluvený projev je proto víc než pouhé dodržování a uspokojování estetických požadavků. Správný projev je pomocníkem, jehož se dobrý pedagog ani vědec nesmějí vzdát. Jeho pomocí uspořádávají své vlastní myšlení a pak přenášejí tuto schopnost i na studenty.

Vědomé používání jazyka vede ke zlepšení vnitřní struktury oboru, je ekonomickým faktorem a umožňuje odlehčení jazykového potenciálu. To má i společenské souvislosti – uspořádaný odborný jazyk je nejen předpokladem pro systemizaci a zobrazení oboru, ale je současně rozhodující možností přístupu k danému oboru. Jazyk lékaře i lékařský jazyk budou i v budoucnu formovat všechny teoretické a praktické oblasti zdravotnictví a zároveň vytvářet ono u nás tak často opomíjené „humanum“ v medicíně. Jedinou nevýhodou zformuloval zcela lapidárně Friedrich Schlegel, když prohlásil, že člověk, který chce být vzdělaný, se musí vzdělávat sám. Zní to sice tvrdě, ale nelze na tom nic změnit.

*„Chirurgie je věčná, je pramenem nekonečné zbožnosti, poskytuje slávu,
svým učedníkům otvírá brány nebeské,
prodlužuje lidský život pozemský a lidem pomáhá, aby zdárně zvládli své
úkoly...“*

[SUŠRUTA, 6. stol. př. Kr.]

Od ranhojičství k chirurgii

Doc. MUDr. JOSEF DVOŘÁK, CSc.

Souhrnné lékařské dílo sepsané ve středověké Indii, Sušruta-samhita, staví chirurgii na vrchol medicíny. Indická chirurgie dosáhla v té době i při neznalosti anatomie mimořádných úspěchů a respektem u ostatních lékařských oborů. Bylo prováděno osm základních zákroků (šastra) nebo tupých nástrojů (jantra) – incize, excize, skarifikace, punkce, sondování, extrakce, vytlačování a šití nitěmi ze lnu, vlasů a šlach.

Počátky primitivní chirurgické činnosti založené na empirizmu sahají do doby prvobytně společné společnosti. Ve starověku se v oblastech s vyspělou vědou a kulturou vyvíjejí z nejjednoduššího, více méně instinktivního ošetřování ran, poměrně složité způsoby operačního léčení poranění i některých chirurgických onemocnění. Kromě výše uvedené chirurgie indické jsou zprávy o peracním léčení nemocí z Palestiny, Babylonu, Asyrie a Persie. Americký egyptolog James Henry Breasted oznámil v roce 1922 rozluštění papyru Edwina Smithe, který obsahoval popis 48 chirurgických případů, jejich diagnózu, léčení i prognózu. Papyrus byl sepsán 1700 let př. Kr. neznámým autorem jako kopie knihy pocházející z doby asi 2500 let př. Kr. Jde o dosud nejstarší známou učebnici chirurgie na světě, ukazující vysokou úroveň oboru ve Starém Egyptě. Přibližně ze stejné doby pochází i druhý egyptský papyrus - Eberseův, který se nevěnuje pouze poraněním, jako papyrus E. Smithe, ale též léčení abscesů, nádorů a zvětšených uzlin. Ani v jednom papyru nejsou podrobně uvedeny přesné popisy jednotlivých chirurgických výkonů a předpokládá se, že řemeslná zkušenost ranhojičů se předávala z otce na syna.

Vážnost, jíž se těšila chirurgie v Egyptě a v Řecku, kontrastovala se způsoby léčení v Číně. Pro odpor ke krvi a ze strachu před zmračením se chirurgická praxe - až na ojedinělé výjimky - omezovala na vyplaování ran, převazy a velmi primitivní ošetřování zlomenin.

Další povznesení úrovně chirurgie nastalo ve Starém Řecku a později v Římě. Hippokrates (460-

377 př. Kr.) a jeho žáci vynikali velkou znalostí anatomie a jejich chirurgické spisy byly řadu let návodem k léčení úrazových i neúrazových onemocnění. Nejvýraznější osobnost medicíny na sklonku starověku - Claudius Galenus - přispěl jen málo k rozvoji chirurgie, ale považoval chirurgickou léčbu za samozřejmou součást lékařství.

Nastupující středověk žil z tradic galenského medicíny, a když v roce 1163 turinské konzilium vydalo církevní edikt zakazující kněžím účast na ranhojičských a chirurgických výkonech, prováděli veškeré zákroky vojenští ranhojiči, bradýři, lazebníci, gymnasté, ale také i kati, tedy příslušníci tzv. nepočestných řemesel.

Vznikající lékařské fakulty nesměly vyučovat chirurgii, s výjimkou lékařské fakulty v Bologni, založené roku 1219. I přes vyloučení chirurgie z oficiální medicíny měla tato doba své význačné chirurgy, mezi které patřili arabský lékař Albucasis, Abú Alí ibn Sína (Avicena), G. Lanfranchi a Guy de Chauliac.

Ve 14. a 15. století chirurgové začali vytvářet samostatné cechy, kde úředníci museli skládat před svými představenými zkoušky. V roce 1311 založil chirurgický cech v Paříži i vlastní školu - koleje sv. Kosmy a Damiána. Postavení původních bradýřů a lazebníků se dostalo na úroveň ostatních řemesel a začali se nazývat ranhojiči nebo chirurgy.

Do založení univerzity Karlovy je minulost české chirurgie téměř neznámá. Sporé znalosti mistrů na univerzitě nevedly ani později k jejímu rozvoji. Teprve v první polovině 15. století byla z podnětu Křišťana z Prachatic přeložena do češtiny význačná chirurgická díla Rhazese, Saliceta a Ar. Fugarda.

Renesance, která odpoutala medicínu od tradičních teorií a prosazovala nové objevy a hypotézy, měla pozitivní vliv na rozvoj a nazírání na anatomii a chirurgii. Jeden z nejvýznamnějších chirurgů - Ambroise Paré - vyžadoval pro chirurgy kromě řemeslné zručnosti též odborné lékařské vzdělání a vědecké myšlení.

Jen krátké bylo období, kdy příchodem Jana Jeseňského do Prahy se začala rozvíjet i česká chirurgie. Jeho poprava na Staroměstském náměstí v roce 1621 a doba pobělohorská, tolik tragická pro náš národ, byla neblahým osudem nejen naší chirurgie, ale celé lékařské vědy.

Řada přírodovědných objevů a pokroky v lékařství vyústily v 18. století v definitivní uznání chirurgie jako základní součásti medicíny. Na pražské lékařské fakultě, která byla založena roku 1773, sloučil Josef II. studium chirurgie se studiem lékařství. Na fakultě se školili v oboru chirurgie ranhojiči, magistři a doktoři chirurgie. Bradýřům a lazebníkům byla zakázána operační činnost a v roce 1848 bylo na pražské lékařské fakultě zrušeno i nižší studium chirurgie, tj. ranhojičů. Doktorát chirurgie však zůstal oddělen od doktorátu lékařství až do roku 1873, kdy došlo k jejich sloučení.

A tak chirurgie, která před desítkami tisíc let měla ve své primitivní formě základní úlohu v pravěkém léčitelství a ranhojičství a která pak v různých údobích a na různých místech Země střídavě upadala i vzkvétala, dosáhla svého trvalého důležitého místa mezi lékařskými obory. Její další vývoj je vázán na rozvoj všech vědních oborů. (Jean Jacques Rousseau: Má-li člověk opravdovou zálibu ve vědách, první, co pocítí, když se jim věnuje, je jejich spojitost, která působí, že se navzájem přitahují, podporují, objasňují a že jedna se neobejde bez druhé.)

A motto chirurga? Snad by jím mohla být část věty A. Einsteina: „...víme, že tu jsme pro druhé - především pro ty, na jejichž úsměvu, na jejichž zdraví zcela závisí naše štěstí, ale i pro nejednoho člověka, kterého neznáme a s jehož soudem jsme spjati pouty soucítění.“

*„Jeť Petřín z nejkrásnějších míst – i když znáš kraje širošira.
Na každém stromě visí lyra a veršem popsán každý list.*

[JAROSLAV SEIFERT]
Romance o králi Václavu IV.

*„Jaké to krásné, vonné lože je však ten Petřín! V dlani dlaň jdou milenci.
Ty jarní Bože, tuhleť lásku neporaň!“*

[JAROSLAV SEIFERT]
Jaro na Petříně

Na rozloučenou s fakultní nemocnicí Pod Petřínem

Prof. MUDr. ZDENĚK SVOBODA, DrSc.

Návštěvník Malé Strany, který se vydá z Malostranského náměstí Karmelitskou ulicí směrem na Újezd a odbočí doprava, začne pomalu stoupat ulicí Na tržišti podle velvyslanectví USA a dále Vlašskou ulicí podél Lobkovického paláce – nynější ambasády Spolkové republiky Německo – vzhůru a náhle stane před branou areálu Fakultní nemocnice Pod Petřínem. Je-li v těchto místech poprvé, je překvapen. Před ním se rozkládá komplex budov harmonicky začleněných do okolní krajiny v úžlabině pod Seminářskou zahradou, nad níž se majestátně tyčí Strahovský klášter. Na levé straně jsou zalesněné svahy Petřína, vpravo pak se zvedá úbočí k Pohořelci a směrem ku Praze se rýsuje silueta Pražského hradu. Chtělo by se říci – ideální místo pro nemocnici, kde více než kde jinde klid pomáhá léčit.

Nemocnice má mnohaletou tradici. Byla založena v roce 1852 Kongregací sester sv. Karla Boromejského a tři roky nato byla dokončena i stavba přílehlého kostela sv. Karla Boromejského. Nemocnice měla od počátku oddělení interní a chirurgické, k nimž později přibýlo ještě oddělení tuberkulózní. Ve 20. století byl tento ústav znám pod pojmem „Nemocnice U panen“. Služba Boromejek tu byla násilně přerušena v roce 1952, kdy za asistence StB musely během jediného dne nemocnici opustit.

2. lékařská fakulta UK (tehdy fakulta dětského lékařství) potřebovala při svém vzniku v roce 1953 výukovou bázi pro obory medicíny dospělých, protože v nemocnici Na Karlově a později ve fakultní nemocnici v Motole byly soustředěny jen kliniky pro dětské pacienty. Při rozhodování mezi nemocnicí Na Františku a nemocnicí Pod Petřínem padla volba na druhé pracoviště. Byly zde konstituovány dvě interní kliniky, klinika chirurgická a dětská. Nejprve probíhala výuka na chirurgii a od roku

1957/58 i na zbývajících třech klinikách. Celkový počet lůžek byl kolem čtyř set.

Začátky nebyly snadné. Nemocnice do té doby plnila běžné léčebně – preventivní povinnosti a byla tradičně zaměřena spíše charitativním směrem. Postupem času se však podařilo především velkým úsilím pracovníků fakulty vybudovat stavebními úpravami a modernizací přístrojového vybavení klinická pracoviště odpovídající úrovni. Také personální obsazení klinik bylo na vysoké úrovni. Na chirurgické klinice byl přednostou doc. Dr. Zdeněk Vahala, výborný operátor a diagnostik, žák profesora Diviše, který však jako signatář „2000 slov“ musel v roce 1968 kliniku předčasně opustit a jmenování profesorem se dočkal až po listopadu 1989. Jeho nástupci byli docent Dr. Augustin Charvát, CSc., docent Dr. Zdeněk Slezák, CSc. a posledním docent Dr. Jiří Meduna, CSc. Na klinice se prováděla veškerá všeobecná chirurgie a navíc vysoce specializované operace břišní, cévní, a operace žláz s vnitřní sekrecí.

První interní kliniku vedl profesor Dr. Vladimír Jedlička, DrSc., mezinárodně uznávaný hematolog, a po jeho odchodu profesor Dr. Ota Gregor, DrSc., který byl specialistou v oboru gastroenterologie. Tato klinika zanikla v roce 1976, kdy byla připojena k II. interní klinice. Jejím přednostou byl od roku 1958 do roku 1971 další významný lékař – profesor Dr. Richard Foit, DrSc., jeden ze zakladatelů československé diabetologie. Ten vybudoval z kliniky centrum pro léčení cukrovky, zřídil Oddělení pro výzkum a kontrolu inzulínu, které spolupracovalo s farmaceutickým průmyslem při vývoji a výrobě českých inzulínů. V jeho díle pokračoval i jeho žák a nástupce profesor Dr. Zdeněk Svoboda, DrSc., za nějž vzniklo při klinice izotopové pracoviště a který rozvíjel dále klinickou i vědecko-výzkumnou problematiku diabetu. Ve stejných inten-

cích pokračoval i poslední přednosta kliniky profesor Dr. Jaroslav Blahoš, DrSc. (od roku 1989), který je navíc významným endokrinologem a zřizovatelem laboratoře pro výzkum pojiva.

Na dětské klinice se za uplynulých 40 let vystřídalo rovněž několik přednostů. Profesor Dr. Kamil Kubát, který byl jedním z prvních děkanů fakulty, se zabýval longitudiálním a epidemiologickým sledováním dětí, dále profesorka Dr. Zdena Hloušková, DrSc., která se zabývala zvláště problematikou respiračních chorob, po ní profesor Dr. Jiří Švorc, DrSc., významný dětský nefrolog a posléze profesor Dr. Jiří Jodl, CSc., který je známým odborníkem v oboru dětské gastroenterologie a výživy.

2. lékařská fakulta měla vždy ve fakultní nemocnici Pod Petřínem pevnou a spolehlivou základnu pro pedagogickou činnost. I přes poměrně malý počet vyučujících a velký počet mediků byla výuce věnována prvořadá pozornost, což bylo ze strany mediků oceňováno. Ještě po letech vzpomínají mnozí lékaři vyšší z fakulty s vděčností, při pravidelných setkáních absolventů, na péči, která jim zde byla během studia věnována.

Ale nemocnice měla i své problémy. Jako jediná fakultní nemocnice v republice byla začleněna do tehdejšího Obvodního ústavu národního zdraví, jehož ředitel neměl zájem o rozvoj výuky na klinikách a preferoval pouze léčebně-preventivní činnost, přestože to byli právě pracovníci fakulty, kteří zabezpečovali vysokou odbornou úroveň a velmi dobrou pověst nemocnice. Teprve v roce 1984, kdy byla fakultní nemocnice osamostatněna v rámci Národního výboru hlavního města Prahy, tento nežádoucí anachronismus zanikl.

Nemocnice nebyla neosobním konglomerátem, jakými jsou často velká zdravotnická zařízení, ale bylo v ní rodinné, přátelské prostředí, ve kterém se všichni dobře znají a vzájemně respektují. Taková atmosféra se pak přenáší na pacienty a studenty.

Nemocnice má i svoji zvláštní poezii. Za letních večerů a nocí, kdy zdálo se, že jen tlumený ruch velkoměsta a otevřenými okny vniká do starých nemocničních pokojů a chodeb svěží vzduch z petřínských strání, je slyšet šepot milenců, procházejících podle nemocnice vzhůru na Petřín (někdy

ovšem i hlasitý zpěv nočních návštěvníků, odcházejících z Lobkovické vinámy). K sluchu doléhala občas i komorní hudba, to když mistr Cyril Bouda, jehož domek stojí v těsné blízkosti nemocnice, muzicíroval se svými přáteli – profesorem Žilkou a spisovatelem Neffem. I dnes zaznívá do ticha každou hodinu jímavá zvonkohra z Lorety a údery hodin z chrámu sv. Víta na Hradčanech. Každé roční období má v tomto líbezném koutu Prahy své kouzlo. Snad nejkrásnějším měsícem tu je máj, kdy se Seminářská zahrada promění v kvetoucí zátrak a opojná vůně přehluší aspoň na čas zdevastované městské ovzduší.

V historii nemocnice se vyskytly i dramatické situace. Kromě násilného odchodu Boromejek to byl v květnové revoluci 1945 požár po dopadu granátu a na podzim 1989 několikadenní blokáda nemocnice, kdy stovky uprchlíků z tehdejší NDR obléhaly vyslanectví Spolkové republiky Německo.

Za zmínku stojí i to, že se v nemocnici léčilo mnoho významných osobností našeho veřejného a kulturního života.

Od roku 1990 se začaly na klinická pracoviště postupně vracet řádové sestry. Pracuje se na opravě kostela, který dosud sloužil jako depozitář Státní lékařské knihovny. Nemocnice se vrací rádu a přestala být nemocnicí fakultní. Čtyřicet let úzkého spojení s 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy zůstane v její historii významnou epochou, která se nesmazatelně zapsala do dějin celé české medicíny. Bylo to čtyřicet let onoho paradoxu, který prožíval vzhledem k politickým okolnostem celý náš stát. Snad násilnost a krutost roku 1952, která postihla řád, byla vykoupena deseti tisíci vyléčených pacientů, tisíci dobře vyškolených lékařů a hodnotnými výsledky práce vědecké.

Pracovníci fakulty, kteří nemocnici opustili, vzpomínají na uplynulá léta s nostalgií – ale cožpak izolace (od osob, míst, idejí a mnoha dalších okolností, ze kterých jsou utkány naše životy) není naším přirozeným údělem? Odešli s přáním, aby nemocnice – i bez vazby k fakultě – naplnila svá předsevzetí a své ušlechtilé poslání. 2. lékařská fakulta na nemocnici Pod Petřínem bude vděčně vzpomínat.



Vyprávění o 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Podle literárních údajů
a na základě podkladů
poskytnutých přednosty
ústavů a klinik
2. lékařské fakulty UK v Praze
sestavil

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.

Prolog

Čtyřicet let trvání 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy je pouhým příležitostným podnětem, který vybízí k zamyšlení se nad její dosavadní poutí. Nabídnuté vyprávění proto není historií fakulty se snůškou dat a výčtem jmen, chce být jakýmsi citovým zamyšlením nad jejím původem a dosavadní anabází. „Anabasis“ ve starořeckém významu totiž znamená „cestu vzhůru“ (význam pojmu se průběhem staletí zásadně změnil), a těch uplynulých čtyřicet let opravdu cestou vzhůru bylo. A co víc – těch uplynulých čtyřicet let přineslo veškeré předpoklady pro anabázi budoucí.

Vyprávění vychází ze dvou premis. První je úcta k minulosti, k tradici.

Žádná instituce nevznikne „z ničeho.“ Je výslednou mozaikou mnoha okolností a dějů, které neprobíhají samy o sobě. Vytvářejí je lidé, na které se tak snadno zapomíná, a jsou situovány do míst, jimiž procházíme, aniž bychom si uvědomovali jejich význam a nepomíjitelnou hodnotu. Jen pokud si své zapomínání uvědomíme, můžeme zamezit narůstající lhostejnosti ke skutečnému životnímu prostředí, které neurčuje jen vzduch, voda, půda, strava a civilizační vymoženosti (které někdy více škodí než prospívají), ale také březinový „duchovní pohyb“, který představuje nejen vývoj živé a neživé přírody (a jejích lidských artefaktů), chápaný a vytvářený rozumem, ale také vývoj citových vztahů k minulým lidským příběhům i k minulým dějům a místům, ve kterých žijeme. Mýtus je často víc než strohá historie.

Proto upřímně souhlasím s názory Václava Cílka, že:

- součástí životního prostředí je citový místopis;
- ten je vytvářen a udržován lidmi, nikoliv organizacemi;
- jeho základem jsou názvy a příběhy;
- společnost, která nezná svou minulost, nedokáže uvažovat o budoucnosti a ani ji vzdálenější budoucnost nezajímá;
- lhostejná společnost ničí své životní prostředí, proto v dlouhodobé perspektivě chudne, nebo v horším případě zaniká.

Druhým důležitým předpokladem vyprávění je snaha dodržet při něm princip „sine ira et studio.“ Tento slib psát dějiny nedávného období „bez hněvu a přízně“ vůči osobám a dějům, bez záměrů, a tedy pravdivě, postuloval Tacitus v úvodu ke svém „Letopisům.“ Pokusíme se jej dodržet i my a prosíme, aby i čtenáři přijímali naše vyprávění „sine ira et studio.“

2. lékařská fakulta je fakultou mladou, ostatně jako mnoho jiných fakult na Karlově univerzitě i na ostatních vysokých školách u nás i ve světě. Neznamená to vůbec nic jiného než konstituci přirozeným rozvojem národa a narůstající potřebou jeho vzdělanosti nové, na starých tradicích vybudované kulturní instituce, která ožívuje a rozhojňuje novými proudy kulturní potřeby státu. Lze si představit strom bez nových, čerstvých větví, či učitele, jehož žák není zdatnější než on sám? Ostatně není dost dobře možné srovnávat požadavky kladené na středověkou medicínu v době založení pražské univerzity ani v době jejího znovuosamostatnění na konci minulého století s požadavky dnešními (kvalitativně i kvantitativně – v nárocích pacientů, studentů i vědy). A nové, mladé fakulty naplňují navíc po výtce ověřenou a ve světě uskutečňovanou preferenci více fakult počtem studentů malých či nejvýše středních, před jednou fakultou velikánskou. V kapitole o rozvoji fakulty, uvedené v první části této knížky, to lapidárně dokládá použitý a nadmíru jasnozřivý fejeton Karla Čapka.

Takovou fakultou je 2. lékařská fakulta, obdařená četnými a zhusta nejen v našem státě jedinečnými specifiky. Hlásí se k minulosti i současnosti Univerzity Karlovy i její původní lékařské fakulty. Minulost ctí a přítomnost rozmnožuje. Proto se vyprávění o ní, také ve smyslu zmíněného citového vývoje, nemůže obejít bez zmínek o místech (a lidech) určujících její vznik a vývoj. Alespoň o těch hlavních. Omezení textu není záměrem, ale nezbytnou nutností, která někdy mrzí. Věříme, že nechtěné mezery (jde přece jen o vyprávění bez nároků na historickou úplnost) přijmou všichni „sine ira et studio.“

UNIVERSITAS CAROLINA PRAGENSIS KAROLINUM

Už Václav II. se pokoušel založit v Praze vysoké učení. Členové sněmu, v obavě před převahou duchovního stavu (nebo snad ducha nad statky?) jeho záměru nepřáli. Podařilo se to teprve otci vlasti, geniálnímu králi a císaři Karlu IV.

Už čtyři roky před založením univerzity zřídil (30. dubna 1344) pražský metropolitní stolec (arcibiskupství), což byl mimořádný státoprávní čin, který nepochybně usnadnil zříditi i univerzitu – zakládací listinou ze 7. dubna 1348. I když účelem tohoto vyprávění není vypisovat děje nejpřednější české kulturní instituce, chceme připomenout, že také naše fakulta naplňuje odkaz myšlenek vyjádřených při jejím založení. A protože stejně tak jako málokdo zná znění Hippokratovy přísahy (proto jsme ji začlenili do první části knížky), nezná většina z nás ani text zakládací listiny vysokého učení pražského, jednoho z nejvýznamnějších dokumentů české historie:

PŮVODNÍ TEXT LATINSKÝ

Karolus dei gracia Romanorum... rex semper augustus et Boemie... rex ad perpetuam rei memoriam.

Inter desiderabilia cordis nostri et que *cogitationi regali* iugiter occurrunt, animi precipua reddimur anxietate solliciti, specialiter convertentes aciem mentis nostre, qualiter *regnum nostrum Boemie*, quod pre ceteris hereditariis aut eufortune acquisitionis honoribus et possessionibus prerogativa mentis affectione complectimur, cuius exaltationem omni, qua possumus diligentia procurantes, ipsius honori intendimus totis conatibus et salutis, sicut rerum victualium ad dispensationem divini nominis natura profluente tripudiat, sic ad nostre provisionis edictum prudentum virorum copia nostris artificialiter temporibus decoretur, ut *fideles nostri regnicole* qui scienciarum fructus indensinenter esuriunt, per aliena mendicare suffragia non coacti paratam in *regno* sibi mensam propinacionis inveniant et quos ingeniorum nativa subtilitas ad consilia reddit conspicuos, litterarum sciencia faciat eruditos, nec solum compellantur aut supervacuum reputent ad investigandas gyrum terre sciencias circuire, nationes expetere peregrinas aut, ut ipsorum aviditibus satisfaciatis, in alienis regionibus mendicare, sed gloriosum estiment, extraneos alios

ad suavitatem odoris et gratitudinis huiusmodi participium evocare.

Sane ut tam salubris et laudabilis animi pareat conceptio fructus dignos, *regni* ipsius fastigia tripudialibus novitatis volentes primiciis augmentari, *in nostra Pragensi metropolitana et amenissima civitate*, quam terrene fertilitatis fecunditas et plenitudine rerum amenitas localis reddunt utiliter tanto negotio congruentem, instituendum, ordinandum et de novo creandum consulta utique deliberacione previa duximus *studium generale*, in quo siquidem studio doctores, magistri et scolares erunt in qualibet facultate, quibus bona magnifica promittimus et eis, quos dignos viderimus, regalia donaria conferemus, omnes et singulos doctores, magistros et scolares ion profecione et qualibet facultate ac, undecumque venerint, veniendo, morando et redivendo sub nostre maiestatis speciali protectione et salva gardia retinentes, firmam singulis fiduciam oblaturi quod privilegia, immunitates et libertates omnes, quibus tam in Parisiensi, quam Bononiensi studiis doctores et scolares auctoritate regia uti et gaudere sunt soliti, omnibus et singulis illuc accedere volentibus liberaliter impertimur et faciemus ab omnibus et singulis inviolabiliter observari.

In quorum omnium testimonium et ad certitudinem pleniorem presentes fieri iussimus et bulla aurea typario nostre maiestatis impressa precepimus communiri.

Datum Prague anno Domini millesimo trecentesimo quadragesimo octavo, indictione prima, VIIo Idus Aprilis, regnorum nostrorum anno secundo.

ČESKÝ PŘEKLAD

Karel, z Boží milosti král římský, vždy rozmnožitel, a král český na věčnou paměť.

Ze záležitostí, po jichž uskutečnění touží naše srdce a jež se proto neustále vnučují naší královské úvaze, jedna doléhá na naši mysl a působí nám zvláštní starost. Náš duch totiž obrací svůj zřetel především k tomu, jak by *naše království České*, jemuž přízeň myslí naší dává zvláštní přednost před ostatními, ať dědičnými, ať šťastně získanými důstojenstvími a državami, o jehož povznesení pečujeme všemožnou snahou a k jehož cti a blahu pracujeme veškerým úsilím, jak by za našich časů bylo podle rozkazu naší prozíravosti náležitě ozdobeno

řadou moudrých mužů, podobně jako se řízením Božím od přírody raduje z hojnosti plodů země; a to proto, aby *věrní obyvatelé našeho království*, kteří neustále lačnější po plodech věděni, nebyli nuceni doprošovati se cizí pomoci, nýbrž aby v *království* našli stůl již prostřený a aby se znalostí věd vzdělali ti, jež vrozené bystré nadání činí zralými k zdravému úsudku, a nejen nebyli již nuceni, ba mohli pokládati za zbytečné obcházeti za účelem bádání ve vědách kraj světa, vyhledávati cizí národy nebo doprošovati se ukojení svých tužeb v neznámých krajích, nýbrž aby dokonce mohli býti hrdi na to, že mohou jiné z ciziny zváti k této půvabné vůni a k účasti na takovém vděku.

A aby věru tak prospěšné a chvalitebné početí myslí vydalo důstojné plody, tu hodlajíce obohatiti vznešenost toho *království* radostnými prvotinami nové věci, rozhodli jsme se po předchozí zralé úvaze zříditi, upravití a od základu založiti *obecné učení v našem metropolitním a nejpůvabnějším městě Pražském*, které jest bohatstvím zemské úrody, jakož i neobyčejně půvabnou polohou nadměru vhodné k tak velikému podniku. A na něm budou doktoři, mistři a žáci všech fakult. Jim slibujeme znamenité statky a královské dary udělíme těm z nich, jež uznáme toho hodnými. Doktory, mistry a žáky jakéhokoli původu a kterékoli fakulty, a to všechny vespolek a každého zvlášť, ať přijdou odkudkoliv, chceme jak na cestě sem, tak i za zdejšího pobytu, jakož i při návratu odtud, zachovati pod zvláštní ochranou a záštitou naší vznešenosti a každému zvlášť nabídnouti pevnou záruku, že těm, kdož by sem chtěli přijíti, a to všem vespolek a každému zvlášť, udělíme štedře všechny výsady, immunity a svobody, jichž z moci královské užívají a z nichž se těší doktoři a žáci na učení v Paříži a Bologni, a že se postaráme, aby tyto výsady, milosti a svobody byly ode všech vespolek a od každého zvlášť zachovány bez porušení.

A na svědectví a plnější jistotu toho všeho dali jsme vyhotoviti tento list a nařídili jsme opatřiti jej Zlatou bulou, do které je vtištěno pečetidlo naší vznešenosti.

Dáno v Praze léta Páně tisícího třístého čtyřicátého osmého, v indikci prvé, 7. dne měsíce dubna, v druhém roce našeho kralování.

(Převzato z publikace Dr. Františka Kopa: Založení univerzity Karlovy v Praze. Atlas, Praha 1945.)

Teprve když se podíváme na mapu Evropy Karlovy doby, na které jsou zakresleny v té době už existující univerzity, pochopíme dosah vladařova činu. Všechny (s výjimkou dvou univerzit v Anglii) zabíraly výhradně její jižní a západní část. Bylo jich

jednatřicet – a ve středu Evropy i na jejím severu a východu nebyla žádná.

(Z publikace A. Kubíček, A. Petráňová, J. Petráň: Karolinum. SNKLU, Praha 1961.)

Symbolický výjev na univerzitním pečetidle, které dal král pořídit, dokládá úctu Karlovi k cyrilometodějské a zvláště svatováclavské tradici (rád se prohlašoval za potomka Přemyslovců):

V kruhovém nápisu „*Sigillum Universitatis Scolariū Studii Pragensis*“ (Pečeť obce členů učení pražského), který pečetidlo lemuje, stojí kníže sv. Václav s mečem a praporem zdobeným přemyslovskou orlicí a u jeho nohou v pokoře klečí Karel IV. s královskou (svatováclavskou) korunou a povznáší k němu zakládací listinu Univerzity se Zlatou bulou. Český král odevzdává budoucnost české kultury do ochrany českého světce. Výmluvný výjev doplňují dva po stranách zobrazené erby – říšské (tedy římské, a ne německé) orlice a českého lva. Tím se stala tato pečeť symbolem podstaty Univerzity – jejích práv a svobod. Zdůrazněním „říšské“ chceme naznačit, že právě Český stát byl jádrem svatě říše římské, ke které dále patřilo Německo, největší část Itálie, část dnešní Francie, Nizozemsko a Švýcarsko a že proto někdy uplatňované nároky Němců na pražskou Univerzitu jsou liché. Který jiný stát než Český, v době Karlově největší a nejvýznamnější státní útvar ve střední Evropě, by měl zaplnit mezeru ve studiu generale s oprávněním udělovat grady mistrů a doktorů?

Zříditi univerzitu je jednou stránkou mince. Druhou je zajistit její provoz. (To pocítujeme na všech našich vysokých školách i v současnosti.) Na samém počátku existence Univerzity bydleli studenti společně s mistry v klášterních konventech hradní kapituly a týnské hradní školy. Takovým obydlím se říkalo burzy. Teprve za několik let začaly po vzoru zahraničních univerzit vznikat *collegia* – koleje. První z nich – dům žida Lazara (v dnešní Široké ulici na Starém Městě) – věnoval dvanácti mistrům svobodných umění Karel IV. 30. července roku 1366. Podle jeho přání se nazývala kolejí Karlovou. Protože univerzitní učitelé v té době (až do roku 1612) museli žít v celibátu, žili s nimi v koleji i studenti, kteří jim posluhovali (*bursarii*). V koleji byly i posluchárny a knihovna. Základ k ní dal sám Karel IV. darem 35 svazků. Kolegiáti žili z poddanských platů šesti králem darovaných vesnic. Dlužno poznamenat, že ze všech čtyř fakult byla lékařská fakulta vybavena nejskromněji – žila burzovním systémem výuky v bytech mistrů. Přece jen, však měla něco „navíc“ – velikou botanickou zahradu, kterou založil osobní císařův lékař Angelo z Florencie. Rozprostírala se přibližně v místech

dnešní pražské hlavní pošty a byla (kromě Itálie) jedinou v Evropě.

Po koleji Karlově byly zanedlouho zřízeny dvě další. Pro teology kolej Všech svatých, zvaná později Andělskou a pro právníky a lékaře kolej krále Václava – Císařská. Právnická fakulta se v roce 1372 osamostatnila. Ke koleji medicínské se váže jedna ze staropražských pověstí:

„V koleji platil přísný domácí řád, kterého studenti – jak jinak – příliš nedbali. Starý kolejní vrátný nepatřil k přejícím. Stále hartusil a stále žaloval na studenty správci, zejména když opozdílci přicházeli domů po zavírací hodině. Pro studenty to znamenalo dlouhé dny zákazu vycházek nebo noci strávené v kolejním vězení o chlebu a vodě. Když se jednou zpozdlila celá skupina o minutu a vinici strávili několik nocí ve vězení, jejich míra trpělivosti přetekla. Několik dnů po události příběhl k vrátnému „vyděšený“ student s historkou, že slyšel ve sklepe hluk a nárek, jako kdyby někdo spadl a poranil se. Když vrátný sešel po schodech do sklepení, obklopilo ho několik postav, byl svázán a doveden na konec chodby. Při stěnách pod klenutým stropem, osvětleným čadivou pochodní, stáli všichni studenti, uprostřed kat v červené kápi a popravicí špalek s mohutnou širočinou. Jeden ze studentů předstoupil s rozžehnutou svící a pergamenem. Svíci přelomil a přečetl rozsudek – vrátný byl odsouzen ke ztrátě hrdla stětím. Zavázali mu oči, musel si kleknout a položit hlavu na špalek. Poté přitiskli dva studenti na krk staříka napnutý okraj šátku – místo ostří sekery. Vrátný se svezl na zem a už se neprobral. Od té doby v koleji strašilo – ozývaly se tu v noci šouravé kroky, chřestily klíče, klepadlo samo od sebe bouřilo a bylo slyšet hněvivé mumláni. Říkalo se, že strašidlo může dojít osvození od potupné smrti (stětí bylo vyhrazeno nejtěžším a hrdelním zločincům) jen tím, když mu nějaký odvažlivce setne hlavu. Dříve než se tak stalo, se kolej rozpadla a spolu s ní zmizelo i jedno staropražské strašidlo.“

O pražskou univerzitu se nestaral jen její zakladatel, ale i jeho syn král Václav IV. Léta páně 1383 získal nákladný dům Johlina Rotleva (vlastně jeho dědice – syna Martina) a po příslušné úpravě do něho roku 1386 přestěhoval Karlovu kolej. Nebyl to dům ledajaký. Vznikl přestavbou několika zakoupených domů v Havelské čtvrti – na nárožním bloku Nového tržiště (dnes Ovocný trh) a ulic Železné a Kamzíkové. A právě to je dnešní námi všemi uctívané Karolinum, sídlo rektorátu a reprezentačních místností Univerzity. Prošlo pohnutou historií, hrozila mu likvidace, některé jeho části doslova spadly, ale přece všechny strážně přečkalo. Úsilím Václava IV., který ke stávající rezidenci přikoupil další dva

sousední domy, aby vybuodoval reprezentativní čtyřtrakt, vznikla posléze kolej, kterou humanista Bohuslav Hasištejský z Lobkovic nazval „domem zvláště vznešeným.“ Z původních stavení zbyla některá gotická klenutí a hlavně kaple s pětibokým arkýřem, nepochybně nejkrásnějším pozůstatkem stavby, dokladem umění kamenické hutě vrcholného parléřovského období. Je vzrušující představit si, jak těmito prostorami procházeli bakaláři v řasnatých bílých pláštích (říkalo se jim tabardy) a čapkách (biretech), mistři v tabardech červených a se zlatým prstenem i studenti v sukních, v úzkých barevných nohavicích a s kuklami na hlavách.

Osobnost Johlina Rotleva stojí nepochybně za povšimnutí. Byl hlavou německé patricijské rodiny, mincmistrem a obchodníkem s drahými kovy. Rod měl ve znaku červeného lva krácejícího na stupních. (Kdo ze současníků ví, že skutečně původní znak je umístěn na parapetu karolinského arkýře?) Rotlev patřil do okruhu krále a byl rozhodně člověkem kultivovaným. Byl iniciátorem šestisvazkového německého překladu Bible, dnes druhého nejstaršího z dochovaných překladů. Král Václav IV. si ho dal přepsat a bohatě obrazově vyzdobit. Není proto divu, že také k osobě bohatého měšťana se váže další staropražská pověst (v různém podání):

„Podle jednoho zchudl bohatý Rotlev nepřízní osudu, podle druhého chtěl zbohatnout ještě více. Pojal úmysl hledat v už opuštěném zlatém dole v Jílovém u Prahy bohatství. Rodinného jmění bezvýsledně ubývalo, narůstaly dluhy, horníci odmítli dřit zadarmo. Podle jedné pověsti dostal Rotlev před jednou z posledních cest do Jílového od manželky do té doby pečlivě uschovávaný a cenný svačební šlojř. Prodal ho a získal ještě jednu peníze. Druhá verze pověsti vypráví, že se důlnímu správci zdál sen, ve kterém se mu zjevil stařeček v hornickém šatu s kahanem v ruce, který jej zavedl na místo v šachtě, kde by zlato mělo být. Zoufalý Rotlev snu uvěřil, manželce šlojř vzal a poslal s ním správce do zastavárny k židovi Jáchymovi, který mu na něj půjčil sto kop. Ať tak či onak, odjel Rotlev do Jílového a vytožené zlato našel. Zastavený šlojř vyplatil nebo dokonce pořídil ženě nový, krásnější. Dům, který pak za získané zlato postavil, patřil k nejkrásnějším domům nejen v Praze. Říká se, že v průčelí dvoupatrový a po stranách třípatrový palác měl čtrnáct set čtrnáct oken. Na památku šťastné životní chvíle dal Rotlev jílovskému dolu jméno Šlojř.“

Karlova kolej, to nebylo jen z Rotlevovy hodovní síně přestavené lektorium, ale také přízemní chodby vzniklé zástavbou původních domovních loubí, pod kterými se procházeli středověcí Pražané

(v patrech je nahradily dřevěné pavlače kolem dvora, vysunuté na kamenných krakorcích), dvě Václavem IV. nově přistavené posluchárny pro artistickou fakultu (jedna pro výklad Aristotela, druhá pro výklad Platóna), pokoje pro mistry a studenty a úřední místnosti pro rektora, probošta a jeho pomocníky, vrátného i místnosti provozní – sklady, kuchyně a jídelna, zbrojnice, parní lázeň a světnice pro čeleď a nemocné. Ale také dvě vězení – pro vesnické poddané a pro nezbedné studenty (tomu studentskému se říkalo kurník).

Spolu s bouřlivou a rozporuplnou dobou husitskou ustoupil na Univerzitě vliv církve a vrchu nabyl dohled státní. Jak v ýstižně poznamenává Petrůň „nestala se univerzita Sorbonnou říše a střední Evropy, ale podněcujícím ohništěm revoluce.“ Roku 1409 přečetl ve dvoře Karolina mistr Jan Hus pověstný Dekret kutnohorský. Na podzim L. P. 1416 vyšel z Univerzity slavnostně protest proti upálení Mistra Jana a Jeronýma Pražského. Na jaře roku 1417 zbalil církevní koncil pražskou Univerzitu práv a svobod (a v únoru 1418 to papež potvrdil). I když Univerzita sloužila dále, začalo její slávy valem ubývat. Ztenčil se počet žáků, přednášek i zkoušek, v době revolučních bouří utekli z ní mistři bohoslovecké a právnické fakulty a postupně ustávala výuka medicíny – v podstatě se vytratila na plných 200 let! Mistři zpolitizované Univerzity vyhlásili roku 1420 čtyři pražské artikuly, husitský program, který však byl revolučním Táboritům málo. Mistři odsoudili jejich kritické názory jako bludy. Univerzita setrvala na konzervativním utrakvistickém křídle hnutí až do roku 1620. Stála na straně českých stavů, v letech 1609–1618 se dokonce stalo Karolinum jejich shromaždištěm. Roku 1609 v něm byl vyhlášen Rudolfov majestát, roku 1618 se tu konaly oba stavovské sjezdy, které dospěly do úplné roztržky s mocí panovníka a 23. května téhož roku odešla z Karolina skupina radikálů na Pražský hrad, aby jejich cesta skončila druhou pražskou defenestrací. Univerzita té doby nebyla svobodným učením – spravovali ji defensoři.

Stavové sice Karolinum bohatě užívali, ale nechali je bez rozpaků chátrat. Po roce 1600 zahájená rekonstrukce byla přerušena stavovským povstáním. Ale to už od roku 1556 postavil Ferdinand I., který postoj tehdejší univerzity dobře znal, významnou protiváhu jejímu vlivu ustavením jezuitské koleje v Klementinu. Po defenestraci byli sice jezuité z Klementina vykázáni, ale brzy po bitvě na Bílé hoře se vrátili (1622) a panovník jim předal do správy i Karolinum. Až dokonce v roce 1654 Ferdinandem III. vydaný „unijní dekret“ spojil na půltřetího století obě učení v jednotnou Karlo-Ferdinan-

dovu univerzitu (název se udržel až do roku 1918). Nicméně se jezuitům podařilo obnovit po dlouhá léta nefungující fakulty lékařskou a právnickou.

Oněch ne právě pro Univerzitu příznivých 200 let bylo oživeno v druhé polovině 16. století. Prvním, kdo vyvolal mezi univerzitními mistry zájem o tehdy se šířící humanistické ideje, byl Matouš Kolín z Chotěřiny, kterému byla na Univerzitě svěřena stolice řeckého jazyka. Jeho žák, učený řecký humanista Jakub Palaiologos mu věnoval renesanční mramorový památník (1568), který je v současné době vsazen do stěny Velké auly Karolina vedle gotického arkýře. Byla to doba Rudolfa II., mecenáše věd a umění, která i Univerzitě přinesla osobnosti úrovně Tadeáše Hájka z Hájku, Martina Bacháčka z Nauměřic, Adama Hubera z Risenbachu, Adama Zalužanského ze Zalužan a na Staroměstském popravisti státého posledního rektora Univerzity – Jana Jesenského. V tomto humanistickém období byl dvakrát velmi prostě obnoven mobiliár auly (1570 a 1598) a provedena nástěnná výzdoba místností (s filozoficko-báseňskou a heraldickou tematikou).

Zásadně však Karolinum chátralo. Už v 16. století bylo jeho přízemí nájemním prostorem pro krámy. Jistě důstojnými pro univerzitní půdu bylo knihkupectví mistra univerzity Adama z Veleslavína a lékárna mistra Adama Zalužanského. Byly tam však i krámy jiné – v konci 18. století kožešnický, sklenářský, židovské vetešnictví, hospody pochybné pověsti a dokonce i policejní stanice (na akademické půdě, která ovšem už akademickou půdou nebyla). A v témže 16. století do Karolina zatékalo a byl strach, že se dřevěné podlahy pavlačí propadnou. Zkáza pokračovala několika menšími požáry. Na sklonku 17. století byly už některé části karolinských budov neobyvatelné a roku 1744 odmítli rektor a profesori právnické a lékařské fakulty z bezpečnostních důvodů v Karolinu vůbec učit.

Teprve tak kritický stav vedl k částečné rekonstrukci, kterou v letech 1715–1718 provedl stavitel František Max Kaňka. Kromě jiného tehdy vznikly i dvě nové posluchárny – právnické a lékařské fakulty. Druhá ze jmenovaných, nazývaná „Theatrum anatomicum“, byla součástí prvního a tehdy jediného z medicínských ústavů, který v Karolinu setrval až do roku 1880.

„Vykládalo se, že jeden z profesorů anatomie byl vášnivým sběratelem raritních koster. Stály právě v onom theatrum anatomicum. Pomocníkem při jejich sestavování mu byl mimořádně vysoký sluha. Profesor ho přemlouval, aby mu svou vlastní kostru prodal, se slibem, že ji po jeho smrti postaví ke dveřím theatra s vrátnickou holí v ruce, tak aby ještě po smrti byl hlídačem tak zvláštního muzea. Sluhovi

se nechtělo, ale láska k dobrému pití a vědomí, že profesor postonává, a že sám tedy má šanci se nejen dobře napít, ale také profesora přečkat, ho přesvědčila. Smlouvu podepsal a týž večer, kdy honorář zapíjel, ho ranila při nedopitém džbánku mrtvice. Profesor slib splnil a vysoká kostra stávala dlouhá léta v pitevním sále, aby byla zdrojem žertů bujných studentů.“

Nehroutily se však jen zdi Karolina (v roce 1809 propadla část zrcadlové klenby někdejšího knihovnického sálu v prvním poschodí), hroutilo se i postavení Univerzity. Koncem 18. století byla převzata zcela do státní správy (její statky si stát přivlastnil v roce 1783), roku 1784 zrušil císař soudní pravomoc jejího akademického senátu. Jediným kladem bylo, že roku 1802 rozhodl o tom, že Karolinum přece jen zůstane Univerzitě.

Za zmínku nepochybně stojí, že v letech 1879–1881 byl podle návrhu architekta Josefa Mockera opraven a doplněn původní gotický arkýř Karolina. Pětisté výročí založení Univerzity proběhlo bez veškeré slávy. Při pražském povstání „osmačtyřicátého“ roku dokonce obsadila Karolinum armáda. Napjatá situace mezi českými a německými zástupci Univerzity a studenty v následných letech vyústily konečně roku 1882 k rozdělení Univerzity na českou a německou. Velkou aulu používaly při slavnostních příležitostech univerzity obě.

V samostatném Československu získala Karolinum zákonem z 19. února 1920 univerzita česká, nicméně německá univerzita v něm působila až do roku 1945. Do roku 1930 používala Karolinum pro výuku ještě právnická fakulta české Karlovy univerzity. Pro plánovanou rekonstrukci Karolina byla po nálezů gotických prvků ustavena komise pro ob-

novu Karolina, ale její činnost přerušila II. světová válka.

Další osudy Karolina jsou už dobře známy. 17. listopadu 1939 nacisté české vysoké školy uzavřeli, a tak teprve po skončení války bylo Karolinum zrekonstruováno v letech 1945–1959 podle vynikajícího, vyváženého projektu architekta Jaroslava Fragnera. Bylo tragédií nejen Karlovy univerzity, ale celého národa, že po krátkých třech letech poválečné svobody následovalo více než čtyřicet let dalšího útlaku a ztráty akademických svobod a práv. Po roce 1948, a znovu po roce 1968, byli mnozí učitelé a studenti Karlovy univerzity perzekvováni. Bylo to o to horší, že zatímco při útlaku nacistickým stáli proti Čechům Němci, škodili v komunistickém režimu Čechům Češi.

I když je zapomínání na nepříjemnosti přirozenou lidskou vlastností, prožitá skutečnost by nám zapomenout dát neměla. Nacisté připravili univerzitu o řadu vynikajících Čechů, originály univerzitních insignií a o Karlovu zakládací bulu. Komunisté poškodili neodpuštělným způsobem nejen mnoho s univerzitou spjatých jedinců a institucí, ale co víc – narušili nevídaným způsobem morální principy. O jejich nápravu usiluje v širokém rámci univerzity Karlovy i její 2. lékařská fakulta. Její akademická obec se hlásí ke staré univerzitní tradici i k novému úsilí o povznesení všeobecné kulturnosti národa a s úctou vzhlíží k symbolickému gobelínu v průčelí Velké auly i k monumentální bronzové soše zakladatele vysokého učení pražského. Je šťastná a věří, že „vysady, milosti a svobody budou ode všech vespolek a od každého zvláště zachovány bez porušení,“ už navěky.

Quod bonum, felix, faustum fortunatum que sit!

KARLOV

Místem 2. lékařské fakultě (a českému dětskému lékařství) zvláště drahým a vzácným je nevelká pražská lokalita, situovaná na pahorcích východní části Horního Nového města pražského, odedávna jmenovaná Karlovem. Dnes už málokdo ví, že Karlov není jen malým předmostím Nuselského mostu, ale částí Prahy, založenou podle velkorysých představ velkého tvůrce, stavitele a panovníka gotiky – Karla IV. (a proto také jeho jménem pojmenovaná).

Prostor Karlova, jakési „čtvrť ve čtvrti“ vymezují vzácné a zajímavé stavební útvary, představované kruhovou šňůrou karolinských kostelů – sv. Kateřiny, sv. Apolináře, Nanebevzetí Panny Marie a sv. Karla Velikého, P. Marie Na trávníčku a P. Marie Bolesné, které vytvářejí pomyslnými spojnecmi symbol kříže. Kostel sv. Jana Nepomuckého Na skalce už z kruhu vybočuje a je součástí komplexu Karlova náměstí, nicméně dokresluje plynulým pokračováním zásady promyšleného stavebního gotického plánu.

Z původní gotické stavby kostela sv. Kateřiny, která dominuje zahradnímu prostranství vymezenému českému lékařstvu dobře známými ulicemi Viničnou, Kateřinskou, Apolinářskou a ulicí Ke Karlovu (co jsme se jimi nachodili!), zůstal jen bělavý stvol věže. V husitských válkách poničený chrám nahradila barokní dostavba (1737–1741) nepochybně přítažlivým kostelním prostorem, vyzdobeným freskami Václava Vavřince Reinera. Vzepjatou věž, tak typickou pro gotiku Horního Nového Města, šťastně doplňují bohaté barokní formy střechy někdejšího kláštera (architekt F. M. Kaňka 1718–1730), jehož zahrada dnes patří psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty, usídlené v přilehlých budovách.

Ve sledované ohraničující linii (od kostela ke kostelu), pokračující ulicí Ke Karlovu, vyrostl géniem slavného Kiliána Ignáce Dientzenhofera v roce 1726 michnovský letohrádek zvaný Amerika, se sochou v zahradě připisovanou Antonínu Braunovi.

Ulicí přijdeme k samotnému okraji vrchu Větrova, který se svažuje na tři světové strany. A právě sem umístili gotičtí urbanisté další dva kostely.

Okny kostela sv. Apolináře, ze všech kostelů, které vrobí Karlov, nejjednoduššího, vějou větry od hradčanské i vyšehradské skály. Stojí na hraně západního a jižního svahu Větrova od třetí čtvrtiny 14. století a stěny jeho úzké, nedlouhé lodě zdobí stejně staré malby. I když jej vidíme na všech starých prospektech Prahy a jeví se tím významným

pro celkové vzezření města, je daleko více reminiscencí vytříbeného vkusu jeho tvůrců, kteří ho dovedli mistrně zasadit do snivého výklenku jakési návsi, která tu vznikla, do citlivě drobné zástavby se smyslem pro celek i detail, dokumentovaný na náměstíčku mj. i sloupkem a sochou sv. Vojtěcha z roku 1697. Jakou ostudu naší době dělá vedle kostela postavený pseudomoderní dům! A jak jinak a noblesně se s krajinnou minulostí dokázal vyrovnat v minulém století architekt Josef Hlávka! V roce 1869 tu postavil na větrovské stráni neogotickou stavbu zemské porodnice. Charakterem stavby i jejím začleněním do okolí – připomíná staré anglické opatství – obraz čtvrti zkrášlil.

Na protější straně vrchu Větrova stojí kostel, který jako kdyby z „Karlovy hory“ vyrůstal. Má dvojí zasvěcení – Nanebevzetí Panny Marie a sv. Karlu Velikému. Smělým rozpětím klenby se mu nevyrovná žádný gotický chrám v celé střední Evropě. Roku 1350 ho nařídil stavět sám Karel IV. Stavba byla ukončena roku 1377 a císař tu při kostele založil klášter augustiniánů – řeholních kanovníků lateránských, kteří patřili k nejvyšší církevní řádové hierarchii. Stavitel chrámu zůstal neznámý. Uvažovalo se, že by jím mohl být sám Petr Parléř, ale nádherná hvězdicovitá klenba byla sklenuta až v roce 1575, za doby Vladislavovy, kdy bylo třeba kostel, poničený husitskými válkami, opravit. Žebra klenby vytvářejí hvězdu, která ji rozděluje na čtyřicet pravidelných ploch.

„Všechno staré a neznámé bývá opředeno legendami, a není tomu jinak ani při tomto chrámu. Pověst vypráví o mladém, zamilovaném, ale chudém staviteli, který měl příležitost nabídnout císaři smělý plán proponovaného kostela. Karel IV. plán přijal a mládenec žil nadějí na slávu a bohatství, které potřeboval k tomu, aby získal dceru staroměstského purkmistra Václava z Rokycan. Žil však i pochybnostmi o úspěchu nevidané stavby, živěnými, jak tomu tak často bývá, nepřejícím okolím. Podle jedné verze legendy se ve slabé chvíli upsal ďáblu, ve verzi druhé ďábel chybí, ale na konci obou je smutné zakončení. Když po dokončení stavby odmítli zedníci ze strachu před zřícením klenby odstranit lešení, stavitel sám je podpálil. Hrutící se lešení způsobilo velký rachot a v kouři a prachu, který jej provázely, propadl rozčilený stavitel domněnce, že se zřítíla chrámová klenba. Utekl a podle jednoho vyprávění ho ten den pozdě večer našli lidé utopeného při staroměstském břehu Vltavy. Ve druhém, odlišném a romantičtějším vyprávění, se po

více než třiceti letech objevil za májového večera v karlovské svatyni podivný poutník. Stařeček nad hrobem s dlouhým sněhobílým vousem, v šedém poutnickém hábitu a poutnickou holí v ruce. Děkoval Bohu, že mohl uvidět chrámovou klenbu. Při řeči s kostelníkem se dozvěděl o historii stavby i o ztraceném staviteli a navíc o tom, že několik kroků od chrámu je hrob stavitelovy nevěsty, která vstoupila po jeho zmizení do kláštera dominikánek na Starém Městě, kde zanedlouho umřela. Přála si být pochovaná na hřbitově při kostele. Poutník se nechal k hrobu, na kterém kvetly neznámé květy, doprovodit, poklekl k němu, objal náhrobní kámen a zemřel. Teprve když mniši prohlédli chudý obsah jeho poutnické mošny, zjistili podle zápisků, že oním poutníkem byl stavitel jejich kostela, tvůrce nejmělejší klenby na světě.“

Kostel byl zejména v době třicetileté války několikrát poškozen. Při jedné z oprav na začátku 18. století byly k jeho jižní straně přistaveny tzv. „svaté schody“, napodobenina schodů lateránského kostela v Římě, a pod nimi vystavili betlémskou jeskyni. Barokní tvar dal chrámu Kilián Ignác Dientzenhofer a barokní doba z něj učinila i významné poutní místo, zvláště když jeho oltář vyzdobil roku 1697 Mistr J. J. Heintsch novým obrazem P. Marie Karlovské.

Léta Páně 1757 ostřelovalo vojsko pruského krále Bedřicha při obléhání Prahy Karlov. Kostel byl poškozen, ale klenba vydržela. Horší však bylo, že k umění a tradici necitlivý Josef II. roku 1784 kostel zrušil a mnichy vypověděl. Bohatou knihovnu dal prodat do Židů a v budově kláštera dal v roce 1790 zřídit chorobinec. Teprve pak, když kostel byl už vydrancovaný, ho napadlo, že by mohl sloužit bohoslužbám pro chovance chorobince. Tak pak tomu bylo až do roku 1930.

Kostel je evropským architektonickým skvostem. Jak centrální dispozicí chrámové lodě a zcela zvláštním půdorysným principem, založeným na oktagonu, tak nezvyklou ideou vysunout tak nádherný chrám do okrajového prostoru města, přitom však v ojedinělé krajinné konfiguraci. (To ostatně je patrné na Sadelerově vedutě Prahy, která v té době ještě zdaleka nebyla tak zastavěná). Vzorem pro

stavbu byl pravděpodobně kostel, ve kterém je v Cáchách pochován Karel Veliký. Ostatně proto ho dal Karel IV. zasvětit svému patronovi sv. Karlu Velikému a velice si ho vážil. Po rekonstrukci, ukončené po husitských válkách, byl kostel znovu zasvěcen Panně Marii.

Od Karlovského kostela vede hranice Karlova po barokním parkánu nad bývalou klášterní vinicí, nad údolím Botiče (tomuto romantickému koutu se říká Na ztracence) Horskou uličkou ke kostelu P. Marie Na trávníčku. Tady, v konci ulice Na Slupi (podle slupů na chytání ryb), končí Nové Město a příčné údolí Botiče je odděluje od Nuslí a Vyšehradu. Někdy po roce 1360 tu postavili na místě kaple při klášteře servitů ze 14. století malý gotický kostel s vysokou, honosnou věží. Něhu chrámové lodi, sklenuté později na střední sloup, ani jeho podmanivý zevní celek, nenarušilo ani nové zakletí z konce 15. století.

Stranou ulice Na slupi směrem ke Karlovu náměstí je enkláva studentům medicíny a přírodních věd dobře známého Albertova (má jméno po slavném českém chirurgovi Eduardu Albertovi, který působil ve Vídni), zaplněného vědeckými ústavami. V jeho pokračování stojí dlouhý masiv klášterního průčelí zakončený posledním z kostelů vymezujících prostor Karlova. Je to klášter a nemocnice alžbětinek s barokním mariánským kostelíkem P. Marie Bolestné (a rokokovou kaplí zasvěcenou svatě Tekle). Kostel postavil v roce 1731 Kilián Ignác Dientzenhofer a uzavřel kontrastem jeho vertikály karlovský okruh.

Za zmínku jistě stojí, že ze stavebních celků, které na Novém Městě v běžících staletích zanikly, jsou na prvním místě městské hradby. Pod Karlovem však přece jen zůstal hradební pás s velikou věží malířů a štítařů, aby v nás vyvolal představu dávného gotického opevnění města.

Všichni, kteří jsme na Karlově prožili část svých životů, nostalgicky vzpomínáme na jeho podmanivou atmosféru, na klid, který tu panoval, na jeho ulice spoře večer a v noci osvětlené starými plynovými lampami, které den po dni rozsvěcel a zase zhasínal svou dlouhou tyčí lampář. Byla to „doba her a malin nezralých.“

NALEZINEC A ČESKÁ DĚTSKÁ NEMOCNICE NA KARLOVĚ

Když roku 1789 zrušil Josef II. bezmála 200 let sloužící Vlašský špitál pod Jánským vrškem ve Vlašské ulici na Malé Straně a zabavil jeho majetek, vznikla otázka, kam umístit původní pražský nalezinec, který v něm byl zřízen. Volba padla na nadační budovu pro duchovní při kostele sv. Apolináře. V něm měl být zřízen porodinec (jak se tehdy říkalo) a nalezinec.

Weitenweber (cit. Brdlík, Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval, St. zdravotnické nakladatelství Praha, 1957) popisuje spojenou porodnici, nalezinec a sirotčinec takto: „Ústavy tyto jsou umístěny v dosti odlehlé končině Prahy za Dobytčím trhem (Karlovo náměstí, pozn. aut.) na Větrné hoře či Větrově nebo Větrníku, kteréžto místo právem nese svoje jméno (již od XIV. století). K těmto účelům přeměněný klášter sv. Apolináře leží na nejvyšším bodě Nového Města, obklopen kol dokola úrodnými poli a příjemnými zahradami, odkudž jest překrásná vyhlídka na velmi malebné, stověžaté město.“ A pokračuje: „Tento ústav měl několika-násobné určení. Za prvé to byla porodnice a útlek pro padlé dívky a výjimkou pro vdané ženy, které zaplatily normální ošetrovací taxu, za druhé byl to nalezinec, který přijímal, pečoval a staral se o vychování nemanželských kojenců až do dosáhnutí 10 let. Přijímaly se též manželské děti chudých nemocných rodičů až do jejich uzdravení, popřípadě i děti rodičů odsouzených do vězení. Dále byl to neveliký sirotčinec a za čtvrté zemský ústav pro očkovaní proti neštovicím, v němž byla stále zásoba dobré, čerstvé očkovací látky, sloužící ostatní Praze a celým Čechách. Konečně tu byl tzv. Ammen-comptoir pro ženy, které chtěly nastoupiti jako kojné. Byly tu vyšetřeny po každé stránce a jestliže vyhovovaly, bylo jim vystaveno zdravotní vysvědčení.“

V dalším ještě podotýká Weitenweber, že žádná z žen přijímaných do porodnice není dotazována ani na své, ani otcovo jméno. „Ostatně měly ženy, které hledaly útočiště v porodnici na platebním oddělení, možnost v závoji, masce nebo jakkoli k nepoznání zahaleny, býti přijaty v kterémkoli měsíci těhotenství.“

A tak jednoho dne roku 1789 převezli vozkové za úsvitu děti a těhotné ženy na Karlov. Prostory pro všechny potřebné zdaleka nestačily a bylo nutné pronajímat sousední domy. Proto za tři čtvrté století (1863) padlo konečné rozhodnutí, aby stavi-

tel Josef Hlávka vypracoval plány nové porodnice. Roku 1875 byla dokončena a svému účelu slouží podnes. Otázku nalezince ovšem nevyřešila. Ten živořil ve dvou blízkých domech, které byly předtím barvírnou. Teprve v roce 1895 rozhodl zemský výbor o stavbě nového nalezince. Jeho první část byla zprovozněna v roce 1897, dokončen byl v roce 1902. Stojí dodnes tak jako tenkrát (s malými dostavbami) a česká pediatrie v jeho budovách urazila notný kus cesty svého vývoje.

Kojenecká klinika existovala v nalezinci už od roku 1875 (a kojenecké oddělení dokonce od roku 1865). Vedl ji velmi úspěšně profesor Dr. Gottfried Ritter von Rittershain, který byl nejen dobrým klinikem, ale i učitelem a badatelem. Jeho jménem je pojmenována závažná kojenecká kožní choroba – dermatitis exfoliativa (popsal ji v roce 1878). Jeho nástupci – profesor Alois Epstein, profesor Karel Schwing, profesor František Scherer, Dr. Quido Mann a profesor Karel Švehla patřili vesměs k významným pediatrům.

Je podstatné, že v té době neexistovala česká dětská nemocnice, že podporovány byly jen ústavy německé a že jen na ně byly odkázány české děti. České dětské lékařství vznikalo s velkými obtížemi a se značným úsilím několika nadšenců. Dovolím si tu ještě jednou citovat ze vzpomínek Brdlíkových: „A přece vzpomínáme těch dob s láskou, neboť menšina znamenala tehdy semknutí, soudržnost, která držela všechny pohromadě, k sobě, kdy nebylo tolik závisti, naopak úspěch jednoho byl radostí všech, kdy podporoval jeden druhého u vědomí, že se jen společnou prací domůžeme rovnoprávnosti a rovnocennosti.“

A tak malá hrstka lékařů, menšina, která se hodlala věnovat dětskému lékařství, seskupila se kolem svého učitele, prvního představitele a zakladatele české pediatrie Med. Dr. Bohdana Neureuttera (1829–1899).“

Ač byl Neureutter profesorem, neměl nejen kliniku, ale ani kde přednášet. Na jeho naléhání konečně zakoupila vláda dům na rohu Kateřinské a Viničné ulice, na tzv. „Křižovatce“ (dnes je součástí neurologické kliniky 1. lékařské fakulty UK). Po jeho adaptaci, nedostatečně ekonomicky zajištěné, tu bylo otevřeno 9. května 1888 ambulatorium dětských nemocných, kde Neureutter také přednášel. Tak skromné byly počátky českého dětského lékařství!

Abychom čtenáře nezatežovali historií více než se sluší, shrnuli jsme časové rozpětí úsilí o vybudování české dětské nemocnice do několika dat:

1885 – podnět profesora Dr. Bohdana Neureuttera k založení Spolku pro zřízení a vydržování české dětské nemocnice a chorobince v Praze

1881 – první anonymní vklad 1000 zlatých (anonymem byl nepochybně sám profesor Neureutter)

1885 – starostou města Prahy pořádaná schůze přátel založení Spolku – program, stanovy, svolání k veřejnosti

1888 – otevřeno ambulatorium pro děti v domě Na křižovatce (roh ulic Viničné a Benátské, dnes část neurologické kliniky 1. lékařské fakulty UK)

1888 – zahájeno jednání s vídeňským ministerstvem kultury a vyučování

1891 – otevřena česká dětská klinika Na křižovatce (10 lůžek)

1891 – bezvýsledné upozornění pražského magistrátu na volný, obci patřící pozemek na Karlově

1896 – přípravy oslav 50letého jubilea korunovace císaře Františka Josefa, které mělo být oslaveno nějakým veřejně prospěšným činem, revokace žádosti o pozemek, souhlas, že Spolek pořídí rozpočet výstavby a plány na vlastní náklady

1896 – 12. prosince věnovalo obecní zastupitelstvo pozemek a zavázalo se vystavit svým nákladem dva pavilony a zřídit okolní sad

1896 – na přímluvy kanovníka vyšehradské kapituly Dr. Karlacha se uvolila Pražská městská společenstva postavit tři nemocniční budovy

1896 – Spolek převzal výstavbu šestého pavillonu, zajištění vnitřního zařízení, správu nemocnice po dobu 30 let, její vydržování a přizvání dvou zástupců pražské obce do nemocničního kuratoria

1898 – 27. července slavnost kladení základního kamene: 9,00 tichá mše svatá v kostele na Karlově, pak na staveništi zpíval slavný Hlahol, slavnostní projevy přednesli starosta Prahy Dr. Jan Podlipný a jednatel Spolku prof. MUDr. František Michl, do základů byly vloženy pamětní listiny a stavenišť bylo vysvěceno arcibiskupem hrabětem Schönbornem, slavnost ukončil Hlahol

1899 – zemřel profesor Neureutter a veškeré jmění odkázal Spolku

1902 – 7. února otevřena nová Česká dětská nemocnice s 270 lůžky a čtyřmi ambulancemi, ovšem dětská klinika v ní měla jen 30 lůžek pro větší děti (kojenecká klinika byla v nalezinci), po převratu pak 45 a posléze 55.

I když v následujících letech až do roku 1951 resp. 1953 prožila Česká dětská nemocnice mnoho osudů (spolu s celým národem), můžeme souhlasit s názorem, že to byla ona, která předurčila vznik 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Bez ní by fakulta nevznikla.

MOTOL A JEHO OKOLÍ

Citově místopisné putování fakultní historie jsme začali ve Starém Městě pražském, pokračovali jsme na Novém Městě pražském a zakončíme je až na samém okraji Prahy – v centru města vzdáleném Motole. Když se dnes řekne Motol, vybaví se naprosté většině lidí velká fakultní nemocnice a v ní sídlící lékařská fakulta, vysoce specializovaná fakultní a zdravotnická zařízení, výborné pracovní výsledky a nadějná budoucnost. Motol však byl ještě na počátku tohoto století obcí, která k Praze vůbec nepatřila, byl samotnou osadou ležící na západním obvodu města a patřil mezi nejmenší v pražském okolí. A během historicky krátkého času se z někdejší málo známé periferní vesnice stalo centrum, které je známé široko daleko po celých Čechách, ale i po celém širém světě.

Ve snaze dostat se hlouběji pod povrch všednosti a uvědomit si minulost, hodnotu věků a smysl dějů, zamyslet se nad osudy lidí, kteří kdysi dnes užívané prostory zabývali a zhodnocovali, s překvapením zjistíme, že Motol není jen nakupením nespočetných tun betonu, železa a skla, ale že osada, jejíž jméno používáme, je nese už po dlouhých osm a půl století, že je obklopena zajímavým a historicky významným okolím, že i ona ovlivňovala odedávna osudy Prahy a že naopak i Pražané měli podíl na jejích osudech. V tom je osud Motola podobný osudům většiny ostatních osad na okraji Prahy, a to až do chvíle, kdy se spolu s nimi stal na rozhraní první a druhé čtvrtiny tohoto století její nedílnou a rovnoprávnou částí.

Přiblížit a oživit historii Motola zvědavému čtenáři ovšem předpokládá dovolit si alespoň krátkou exkurzi do minulosti Prahy a jejího dávného uspořádání. Až do 20. století představovala totiž Praha útvar úplně jiný a i při veškerém nárůstu podstatně menší, než jakým je Praha dneška.

I když v pražské vltavské kotlině kypěl život už podstatně dříve, založil Pražské město, zvané později Větším a posléze Starým Městem pražským, teprve roku 1230 Václav I. Léta Páně 1257 k němu připojil jeho nástupce Přemysl Otakar II. část druhou – Menší Město pražské, později nazývané Malou Stranou. Hradčany, historicky třetí pražské město, nezaložil král, ale pražský purkrabí, aby zvýšil vlastní důchody. Stalo se tak ve 20. letech 14. století. Bylo to tedy, na rozdíl od prvních dvou měst královských, město poddanské. Čtvrtým se pak stalo Nové Město pražské, které začal stavět rozhodnutím z roku 1348 císař a král Karel IV. Tak představovala Praha od té doby po dlouhé další období

skupinu samostatných měst. Těm třem královským se říkalo „triurbs pragensis“, všem dohromady pak pražské čtyřměstí. Teprve josefínská doba z něj vytvořila jednotný městský celek o čtyřech čtvrtích. Až ve druhé polovině 19. století byl pátou čtvrtí ustanoven tajuplný a pověstmi opředený Josefov (Židovské město) a šestou bájný Vyšehrad. Všechny obce, které v té době obklopovaly Prahu, k ní po všechna uplynulá staletí nepatřily. A jak už jsme zmínili, nepatřil k ní ani Motol.

Ve všech složkách přirozeně se rozrůstající Praze se ovšem vyměřený prostor stával malý. Praha potřebovala víc místa. Až roku 1875 však byly zbourány městské hradby a Praha byla prohlášena otevřeným městem. Od té chvíle se snažila rozšířit se o okolní osady, dlouho však bez úspěchu. Do vypuknutí I. světové války získala pouhé dvě další čtvrti (1901), a to Holešovice – Bubny jako čtvrt sedmou a Libeň jako osmou. I když se do roku 1909 dohodly o připojení k Praze Bubeneč, Dejvice, Střešovice, Podolí, Braník a Nusle a roku 1911 ještě několik dalších obcí, pražskými čtvrtěmi se v té době nestaly. Vídeňská vláda totiž rozšiřování Prahy nepřála.

A tak až po roce 1918, v samostatném státu, přinesl zákon č. 114 ze dne 6. února 1920, který ovšem nabyl platnosti až 1. ledna 1922, vznik hlavního města Prahy s přičleněním 37 obcí. Byly mezi nimi Motol i obce s ním sousedící – Břevnov, Liboc a Košře. Tolik tedy na vysvětlenou, jak pomalu Praha rostla, i kdy a jak se stal jednou její částí také Motol.

Minulost samotného Motola sahá ovšem do dávných dob. Už v 1. a 2. století před Kristem byl Motol jedním z trvalých, byť menších sídlišť Germánů, kteří tehdy vytlačovali z našeho území Kelty. Zanechali tu památky na kulturu žárových hrobů. Po nich se tu usadili Slované známí vyspělou kulturou hradištní. Obydlí i opevnění stavěli z roubených kmenů, své mrtvé spalovali a nad jejich pozůstatky vršili mohyly. První písemná zmínka o Motolu je z roku 1146, kdy jeho část patřila svatojiřským benediktinám, později také maltézským rytířům, na počátku 13. věku plaskému klášteru a pak strahovským premonstrátům. Po husitských válkách se majetku církevních řádů zmocnila Pražská obec, aby se později už jen jeho část vrátila původním majitelům.

I když motolské území, které se rozprostíralo kolem Motolského potoka, bylo velké rozlohou, sama obec patřila k nejmenším. Bylo to několik dvorů.

Gotické období změnilo výrazně ráz celého tehdejšího okolí Prahy. Tenkrát, léta Páně 1358, nařídil prozíravý panovník, aby na všech svazích pražského okolí byly založeny vinice. Táhl se jich dlouhý pás po levém břehu Vltavy od nynější Seminářské zahrady až k Motolu, kde jich vzniklo několik, a mezi nimi (až po dobu barokní) byly rozsety viničné domky. Ve 14. století stál za Košfíremi při silnici k Motolu hrádek Kugelweit.

V 18. století začaly vyrůstat v okolí Prahy výstavné barokní dvory a veliké selské usedlosti, mezi nimi i v Motole Maltézský dvůr, Šafránka a Landronka. V jeho polovině tu postavil jednu ze svých posledních staveb – kapli svatého Kříže – Kilián Ignác Dientzenhofer. Už v roce 1786 ji sice zrušili, ale koncem 19. století, přesně roku 1892, se dočkala obnovy.

Milou, půvabem i poezií starých časů oplývající památkou, je motolská Poštovka, první poštovní stanice na cestě z Prahy do Plzně, stojící při staré „Plzeňské“ na začátku proslulé motolské Kaštánky. Je poslední ze starých postilionských zastávek. Sloužila v dobách, kdy starodávni postilionci, kteří se navzájem titulovali „švagře“, měli pestrobarevné uniformy a opravdu vytrubovali na poštovské trubky intrádu, kterou ohlašovali příjezd. Nejezdili po silnicích sami. Spolu s nimi tudy projížděli kurýři i dostavníky a diligence. Poštovka byla důležitým místem, ale přesto je zapomenuta, tak jako mnohé jiné, v propadlišti času.

Co ještě přidat? Snad to, že od počátku 19. věku patřila motolská Kalvárie (jak musela být krásná!) k vyhledávaným výletním místům pražských měšťanů, že motolští osadníci se zabývali zemědělstvím a později také ovocnářstvím (ostatně dodnes živoří nad motolskou nemocnicí rozsáhlá, zanedbaná Třešňovka), že jich však bylo po výtce málo. Vždyť v době spojení Motola s Prahou měla obec jen něco málo přes dvacet popisných čísel a necelých 350 obyvatel.

Motolská obec ovšem nežila osamocena od svého okolí. Její osudy se vždycky prolínaly s osudy obcí sousedních. A nebyly to obce ledajaké. Významným sousedem byl od nepaměti Břevnov. V hlubokých lesích, které se v románské době rozkládaly v údolí potoka Brusnice od Břevnova až k Hradčanům, vyrostlo hned několik osad na vymýcených místech. Jednou z vůbec nejstarších v pražském okolí je právě Břevnov. Není vyloučeno, že osada vyrostla dokonce ještě před založením slavného benediktinského kláštera, a to není jen tak. Vznikl ještě v prvním tisíciletí před Kristem, právě před tisíci lety roku 993. Na jeho pozemcích, ale i na zboží korunním, vznikly osady Třešovice (Střešovice) a Hluboc (Liboc), Vokovice a Velesla-

vín, ale i zaniklé osady Starý Týnec a Kuromrtvice či Kuromrtvy.

Při původním břevnovském klášteře stál kostelík zasvěcený svatým Benediktovi, Alexiovi a Bonifácovi. Ten ovšem zanedlouho vyhořel, a tak Břetislav I. dal postavit kolem 11. století nové opatství a větší kostel sv. Vojtěcha a sv. Benedikta. „U svaté Markéty“ se tu začalo říkat od roku 1269, kdy Přemysl Otakar II. věnoval kostelu ostatek svaté Markéty. Říká se tu tak podnes.

Následující dlouhé období bylo pro klášter příznivé. Nejprve mu přinesly ztrátu husitské války. Zůstal opuštěný až do roku 1449. Toho roku byl kostel opraven a bylo při něm zřízeno proboštví. Z pozemků, které si po husitském období přivlastnila Pražská obec, se mu vrátila jen část polí a vinic. Na tom však nebylo dost. Přehnal se přes něj třicetiletá válka a po ní vybudovaný nový klášter už po čtyřech letech vyhořel, na den sv. Markéty. Teprve po nuzném provizoriu tu postavil v letech 1708–1711 Kryštof Dientzenhofer nový okázalý barokní chrám, který byl už natrvalo zasvěcen sv. Markétě, přistavěl i klášter. Ten navštívil za pruských válek v tereziánském období dokonce dvakrát sám pruský král Bedřich – a udělal z něj pruskou nemocnici. Útrapy obyvatel okolní obce se opakovaly.

V prostoru mezi Strahovskou branou a Břevnovem vzniklo několik významných usedlostí. Dvůr, který patřival neslavně proslulým Slavatům z Martinic, získal řád theatinů, kterému tu postavil Bernard Ignác Martinic malý klášter. Josef II. ho roku 1783 (jak jinak?) zrušil. Dvorec s rybníkem a vzrostlými velkými stromy se pak nazýval Kajejtánka (Theatinka). Dnes tu je stejně pojmenovaná kolej studentů naší fakulty. Po roce 1650 vznikly na tomto území usedlosti Hubálka, Liborka, Petinka (pojmenovaná po majiteli Pöttingovi), Šlejfarka, Kylišmonka (Königsmanka), Vincentinum, Malovanka a Panenská. Nad klášterní zahradou stával větrný mlýn, ze kterého vedla tajná podzemní chodba do klášterního sklepa. Některá místní jména se užívají dodnes. Od poloviny 19. století zástavby břevnovské oblasti valem přibývalo, takže v roce 1907 byl Břevnov povýšen na město.

Ke vzniku Břevnova a jeho jména se váže stará pověst:

„Mezi malými osadami, které vznikly v hlubokých hvozdech kolem potoka Brusnice, byly i Kuromrtvy. Zanikly, tak jako jiné, a jejich poslední osadník s rodinou se přestěhoval do údolí Brusnice. Byl, tak jako ostatní zdejší obyvatelé, dřevorubcem. Když jednou přinesli jeho dva synové z Třešovic zprávu, že Pražané shánějí dřevo na velké stavby, připomenul jim otec rodnou obec a k ní přiléhající les Malejov, plný nejkrásnějších borovic.

Chlapci mu slíbili, že se kromě jiných lesů podívají i tam. Ten den pozdě večer, když všichni už spali, vzal starý dřevorubec sekuru a odešel do noci. Vrátil se až k ránu, ale o jeho cestě nikdo nevěděl. Mláďenci se druhý den vybrali na obhlídku, ale rozhodování, kde začít kácet stromy nebylo snadné. Někde nebyly stromy vhodné, jinde by je nebylo možné vytáhnout z hustého porostu. Teprve k poledni došli do Malejovského lesa. Stromy tu byly překrásné. Podle otcovy rady našli záhy studánku, u které si chtěli odpočinout a u ní – silný, otesaný a ohlazený trám z nejlepšího dřeva. Bylo rozhodnuto. Zanedlouho postavili na tom místě chalupu a brzy jich tu stál celý houf. Místo u studánky, na které stahovali a skládali břevna, nazvali Břevnov a stejně pak i celou osadu, která kolem něho záhy vyrostla. Nedaleko ní pak založil Boleslav II. klášter. V jeho zakládací listině je už Břevnov uveden »černé na bílém.«

Západně za Břevnovem se odvíjely osudy dalšího motolského souseda, stárobýlé osady Liboc. I ona je zmíněna v zakládací listině břevnovského kláštera. Říkávalo se jí také Luboc či Hluboc. Její původní románský kostelík se stal roku 1318 farním kostelem sv. Fabiána a Šebastiána. Také ten husitské války zpusťily. Byl obnoven až roku 1666. Na místě původního kostelíka pak postavili v letech 1842–1844 nový kostel v pozdně empírovém slohu. Od roku 1420 patřila Liboc Starému Městu pražskému, od kterého ji koncem 15. století břevnovští benediktini znovu odkoupili. Obec byla významná proto, že od poloviny 16. století byla dodavatelkou vody pro Pražský hrad. Pitná voda tekla potrubím z „Královské studánky“, která jí získávala ze sedmi pramenů, a užitková z libockého rybníka. Původně byly vlastně Liboce dvě – Horní a Dolní. Jejich obyvatelé se živili zemědělstvím, v 19. století také cvočkařstvím a byla tu také mlékárna.

Ovšem nejpozoruhodnější částí Horní Liboce byla od 16. věku obora Hvězda a v ní postavený renesanční zámek shodného jména. Oboru založil léta Páně 1530 v lese Malejově král Ferdinand I. a letohrádek dal postavit jeho syn, místodržitel arcivévoda Ferdinand Tyrolský pro svoji nerovnocennou manželku Filipínu, dceru bohatého augšpurského obchodníka Welsera. Základní kámen tohoto kuriózního zámečku položili 27. června 1555 a stavitelé Juan Maria de Specieccass, Hanuš Tirol a Bonifác Wohlmüt dokončili stavbu roku 1558. Už cestovatel Bergeron o ní s obdivem píše: „Zámek je vybudován v podobě hvězdy a má tři poschodí, z nichž prvé a druhé se navzájem podobají; je v nich po šesti místnostech se šesti chodbami, jež je spojují, kdežto poschodí třetí tvoří jediná velká síň bez jediného sloupu, rovněž ve tvaru hvězdy.“

Rozlehlá, krásná obora byla protkána širokými paprskovitými alejemi a byla v ní hojnost zvěře, především divokých černých turů. V ní i v letohrádku kypěl bohatý život, a to nejen v dobách jejich zakladatelů, ale i za císaře Maxmiliána a v prvních letech panování císaře Rudolfa II. Hony střídaly hostiny i politická jednání. Roku 1619 tu vítali direktori Bedřicha Falckého a jeho choť Alžbětu a traduje se také, že následujícího roku se tu Zimní král účastnil lidové slavnosti, tancoval s vesnickými děvčaty a pro povyražení všech lezl po nejvyšších stromech.

Pak však už přišly doby pro oboru i letohrádek povětšinou zlé. U její zdi skončila nešťastná bitva bělohorská (8. listopadu 1620), během třicetileté války byly obora i zámek několikrát vypleněny (1631, 1639 a 1648), kdy švédští vojáci dokonce strhli měděnou střechu a spolu s ostatním lupem ji odvezli do Švédska. Jen pomalu se pak obora zalesňovala a osazovala zvěří, obnovily se tu tradiční hony, někdy dokonce jako součást korunovačních slavností, od roku 1683 však už bez vysoké zvěře, která byla přemístěna do Jeleního příkopu Pražského hradu.

Osud však přivál další pohromy v letech 1740, 1742 a 1744, kdy německá a francouzská vojska zničila co se jen dalo. A brzy na to, v sedmileté válce, se v letohrádku a v oboře usadil pruský král Bedřich II. se svojí pěchotou (1757), která přeměnila les v mýtinu. Zeleň pozvolna dorůstala, ale zvěř od té doby v oboře už nebyla nikdy. Protože ztratila původní záměr, byla nakrátko otevřena veřejnosti. Znovu ji zavřelo „osvícené“ rozhodnutí Josefa II., zcela ignorujícího umělecké a historické památky. Ten totiž udělal po osobní návštěvě Hvězdy z letohrádku sklad střelného prachu. Ze správy zámeckého hejtmanství a před tím (1611) české komory přešla pod správu vojenského eráru a i když Leopold II. správu zámeckému hejtmanství vrátil, zůstal zámek, jedna z unikátních evropských renesančních staveb, prachárnou až do roku 1874.

Chvilkové slávy prožívala obora od počátku 19. století alespoň jednou za rok. Konala se v ní totiž nejznámější pražská pouť – svatomarkétská. Ale jak už to bývá, veselí a nevázanost se snadno změnila ve výtržnosti s násilím. Ty byly příčinou toho, že byla tato pověstná pouť počátkem našeho století zakázána. Naposled se konala slavnost ve Hvězdě roku 1910. V nové republice převzal správu Hvězdy Pražský hrad, během nacistické okupace v ní Němci vybuďovali velké vojenské kryty a opravnou vojenských vozidel. Až v roce 1952 se Hvězda dočkala rehabilitace. Architekt Janák ji dokonale rekonstruoval a z letohrádku se stalo muzeum Aloise Jiráska a Mikoláše Alše.

Zmíněná slavnost ve Hvězdě měla ovšem svůj začátek jinde – v Břevnově. Pověst uvádí, že „v onom roce 1260, kdy král Přemysl Otakar II. daroval po vítězství v bitvě u Kressenbrunu břevnovskému klášteru rameno sv. Markěty, bylo velice nepříznivé jaro. Silné deště a krupobití byly vystřídány úmorným suchem. Hrozil hladomor. Pražský biskup proto vyzval k prosebnému procesí do Břevnovského kláštera a – světe div se – ten večer začalo pršet a přšlo celých sedm dní. Od té doby se konala pouť do Břevnova každoročně. Její původní příčina byla ovšem za čas zapomenuta a z pouti se stala jarní veselice Pražanů. Od kláštera se stále vzdalovala, až skončila ve Hvězdě. Ukazovaly a nabízely se tu při ní všechny v té době možné atrakce – a těch nebylo málo.

„Svatomarkétská pouť se však zapsala také do historie pražské módy. Ještě dost dlouho poté, co francouzská revoluce odstranila z evropské módy krinolíny, je české paní stále nosily. Až do jedné pouti ve Hvězdě, při které se strhla prudká bouře. Ve zmatku a tlačenci krinolíny překázely, obruče v nich praskaly a ženy v nich nemohly dobře utíkat. Mnohé je ze sebe strhávaly a tak po pouti a bouři byla obora plná odhozených krinolín, klobouků a slunečníků. Pražští mládenci je pak nosili na tyčích po Praze a zpívali na ně posměšné popěvky. Tak odzvonilo krinolínám i v Praze, ve Hvězdě, a to doslova u sudu střelného prachu.“

Na své pouti po okolí Motola bychom mohli pokračovat vzpomínkami na další osady – Střešovice, Veleslavín, Vokovice, Stodůlky i významný Smíchov (do jehož jurisdikce v současné době Motol spadá). Nesousedí však s Motolem bezprostředně a s lýtostí je musíme pominout. Jedno sousedství v údolí Motolského potoka však opomenout nemůžeme – sousedství Košif.

Archeologické nálezy dokládají, že oblast Košif byla osídlena již v dávných dobách prehistorických. Lidé se tu usazovali podél rybnatého potoka lemovaného bohatě vrbinami. Ty vlastně daly jméno vzniklé osadě. Kosif (či kosief) byl zakřivený nůž, kterým se řezalo vrbové proutí, aby z něho usedlíci vyráběli všemožné proutěné zboží. První písemný doklad o osadě Košif pochází z roku 1185 a je v listině kláštera svatojirského. Ten byl domovem prvního pražského ženského kláštera. Další zápisy o majetku části Košif jsou tamtéž z let 1209 a 1228. Ostatní část košifského zboží patřila královské koruně a poslední Přemyslovna – královna Eliška – rozdělila nákupním právem asi 120 hektarů půdy košifským usedlíkům. Nařízení Karla IV. obdařilo vinicemi i Košife. Terén pro ně tu byl zvláště příhodný. Patřily místním usedlíkům i měšťanům pražských měst. Václav IV. pak zastavil Ko-

šife panu Vokovi z Valdštejna a ten odkázal z nich pocházející výtěžky chudým studentům.

Vzkvétající obec utrpěla vpádem Pasovských (1611), kteří si z ní udělali hlavní stan. Pak přišla Bílá Hora a po ní konfiskace majetku většinou protestantských pražských majitelů. Velkou část Košif získal lacino nechvalně známý Pavel Michna z Vacínova a spojil ji s úskočně nabytým zbožím smíchovským. Útrapy a nekřesťanské vydírání zuřovaly obyvatele Košif v průběhu třicetileté války. Nejtěžší byl rok 1648, kdy se staly znovu hlavním vojenským stanem – tentokrát pro Švédy obléhající Prahu. A za necelých sto let (1742) spojená francouzská, bavorská a saská vojska Košife vypálila. Ještě v roce 1785 měla obec jen 31 domů a 132 usedlíků.

Už ve 14. století byl v jihozápadním prostoru Košif dvorec, který od 16. století patřil rodu Cibulovských z Veleslavína. Je to dodnes známá Cibulka, kterou koupil na počátku 19. století pasovský biskup – kníže Leopold Thun – Hohenstein a vytvořil z ní originální romantickou enklávu (1817 – konec 20. let 19. století). V rozsáhlém sadu dal postavit empírový zámeček, při něm hospodářství s chlévy a kurníky, čínský pavilon, antikizující altán se sochou Diany a dokonce umělou zříceninou s věží, která sloužila i jako rozhledna. Reliéfní výzdobu oken zámečku provedl sochař Josef Malínský a památník biskupa v zahradě sochař Václav Prachner.

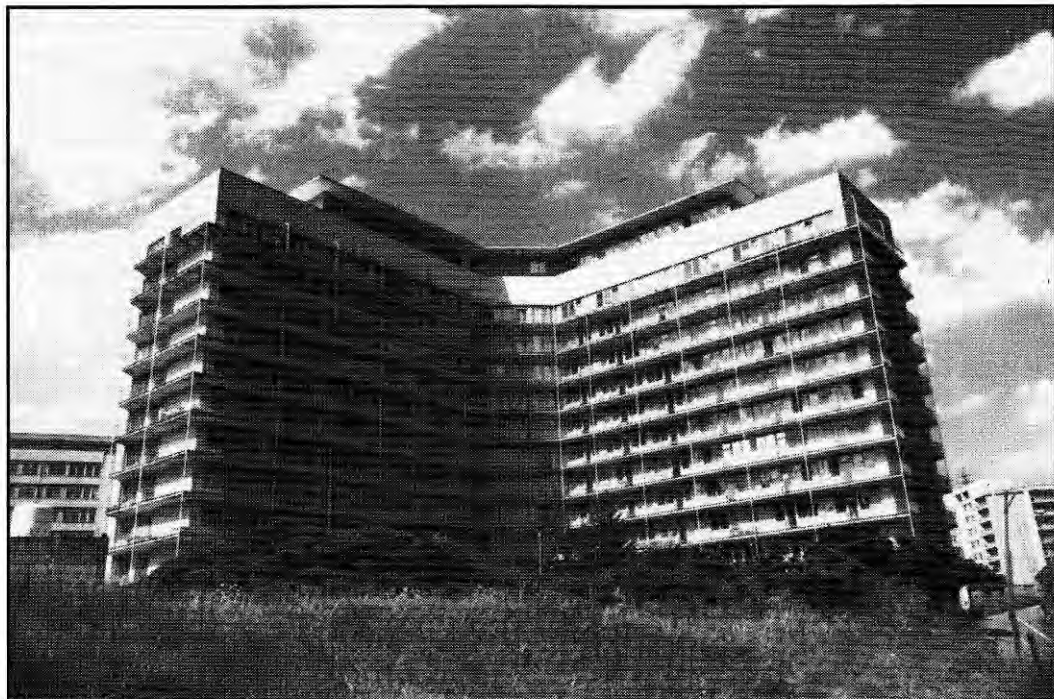
Košifské vinice patřily až do roku 1851 permistrovskému úřadu Viničních hor. Po jeho zrušení byly dány Košifům, ale ty celé byly připojeny ke Smíchovu. Ne na dlouho. Už po osmi letech (1859) se znovu osamostatnily. Ze starých dob zůstalo několik dvorců – Kavalírka, Dolní a Horní Kotlářka, Podhájí, ale také už zmíněná a s Motolem spojená Poštovka a Klamovka, původně Clam-Gallasovská zahrada (1760). Farní správou náležely Košife dlouho k Liboci, až roku 1801 byla zřízena farní expozitura při kostele Nejsvětější Trojice na Malostranském hřbitově. Jeho střed zdobí monumentální socha obnovitele Cibulky, dílo Václava Prachnera z roku 1830.

Obec, jejíž obyvatelé se živili převážně zemědělstvím a kultivovaným zahradnictvím, splývala zástavbou pozvolna se Smíchovem a koncem 19. století zprůmyslněla. Roku 1896 byla povýšena na město a 19. září téhož roku získala svůj městský znak: příčně rozdělený štít, který nese v horním modrém poli tři stříbrné sprovité nože a v dolním zlatém poli modrého lva ve skoku. Korunou je kamenná hradba s cimbuřím a čtyřmi věžemi.

V jen neuměle předložených a neúplných kompilačních odstavcích jsme se pokusili přiblížit

čtenáři místa a děje, která mají význam v historii 2. lékařské fakulty univerzity Karlovy a fakultní nemocnice v Motole, její klinické základny. Uběhlá staletí přinášela úspěchy i prohry, radosti i neštěstí a formovala v osudem přidělených místech přerozmanité děje i osudy jednotlivců. Jen těžko je

můžeme postihnout, ale přesto si zasluhují, abychom jimi procházeli nejen s otevřenýma očima, ale i s chápajícími myslími a vděčnými srdci. Ani my nejsme ničím více než chvilkovými poutníky, procházejícími stejnými místy. Měli bychom jimi procházet s vděčností a pokorou.



Fakultní nemocnice v Motole

Ojedinělou, šťastnou okolností, která zaručuje fakultě v optimální vzájemné spolupráci a podpoře možnost zajistit vysokou úroveň výuky klinických oborů, a která jí skýtá ty nejlepší vyhlídky do budoucnosti, je existence fakultní nemocnice v Motole (FNM). Její geneze je mnohem delší než současných čtyřicet let fakulty.

Všechno to začalo vlastně už dávno, s otevřením Všeobecné nemocnice v Praze na Karlově náměstí (1790). Už za rok, od školního roku 1791/92, se stala klinickou základnou pražské lékařské fakulty. Všechny nedostatky technického rázu, které ji provázely od samého počátku, se znásobily rozdělením univerzity a tedy i lékařské fakulty na českou a německou. Česká lékařská fakulta zahájila výuku v říjnu roku 1883 ve zcela nevyhovujících podmínkách. Samozřejmě, že přednost měla fakulta německá. A tak teprve po převratu roku 1918 se začalo poukazovat na potřebu vybudovat pro českou fakultu nová teoretická a zejména klinická pracoviště.

Profesorský sbor lékařské fakulty se touto otázkou zabýval poprvé na zasedání 27. března 1919. V první představě mělo vzniknout jakési fakultní městečko v prostoru Karlova, tak jak jsme jej vymezili v jedné z předcházejících kapitol. Žádná z uvažovaných variant tohoto koncepčně velkorysého záměru ovšem nebyla reálná (navíc hlavní mluvčí této představy – profesor Lhoták – na samém začátku úvah zemřel).

Druhý plán uvažoval o komplexní přestavbě všeobecné nemocnice. Schválila jej v roce 1932 dokonce vláda. Také ten ztroskotal – dělat ze starého nově se obvykle nevyplácí. Ostatně je všeobecně známé, že i tak je všeobecná nemocnice od samého vzniku nepřetržitě staveništem, aniž by výsledek odpovídal úsilí a nákladům.

16. března 1933 dospěl profesorský sbor k závěru, že celková rekonstrukce Všeobecné nemocnice nepřichází v dohledných letech v úvahu a doporučil výstavbu paralelních klinik a ústavů jako samostatného celku v rámci všeobecné nemocnice, ale na levém břehu Vltavy. Tento názor podporovala i neutěšená situace v počtu nemocničních lůžek v Praze. Světový průměr byl mezi 7 až 12 lůžky na 100 000 obyvatel, zatímco Praha jich měla jen šest.

Obě uvedené okolnosti vyvolaly jednání příslušných úřadů, které pro stavbu nové nemocnice vybraly pozemky v Motole. Od té chvíle se počíná motolská anabaze. Její hlavní události předkládáme ve stručném přehledu:

1934, léto: geologický průzkum motolských pozemků;

1934, říjen: první referát profesora Kristiána Hynka, stavebního referenta fakulty, o záměru a jeho časovém rozměru (1936 – 1952) na schůzi profesorského sboru;

1935, 31. ledna: jednomyslný souhlas profesorského sboru s návrhem;

1936, květen: trhová smlouva mezi pražskou obcí a pražským nemocničním fondem;

1936, 12. května: volba konzultační komise profesorského sboru pro vypracování plánů jednotlivých klinik a ústavů;

1936, jaro: vypsání „veřejné soutěže na ideové řešení stavby pobočky Všeobecné nemocnice s klinikami Karlovy univerzity v Motole“ (původní zadání 1309 lůžek); z 24 podaných projektů byly tři oceněny 3. cenou a čtvrtý projekt byl spolu s nimi přijat do užší soutěže – 1. a 2. cena nebyla udělena; porota pracovala velmi intenzivně, zasedala dvacetkrát;

1936, říjen: vypsání soutěže;

1937, květen: zvítězil projekt architektů Františka Čermáka a Gustava Paula: ve dvou etapách mělo být postaveno v monobloku 10 klinik a 6 ústavů se samostatným křídlem ambulantním, samostatně pak pavilon infekční, tuberkulózní, prosektura, ošetrovatelská škola a byty zaměstnanců (celkově 2 000 nemocničních lůžek);

1936, 19. listopadu: na schůzi profesorského sboru potvrdil profesor Hynek už schválené rozhodnutí, proti kterému se pak v diskusi ostře postavil profesor Jirásek;

1936 – 1938: období vášnivých diskusí o stavbě; do sporu se začlenila Společnost českých nemocnic, jejímž předsedou byl právě profesor Jirásek a která, zřejmě pod jeho vlivem, vydala k výstavbě motolské nemocnice v podstatě odmítavé memorandum;

1937, 3. června: profesorský sbor projednával memorandum Společnosti a k jeho posouzení ustavil dvacetičlennou komisi;

1937, 15. července: jednání zmíněné komise negovalo námítky memoranda;

1937, konec roku: vyšla brožura „Pražské fakultní nemocnice“ vypracovaná odpůrci motolského projektu a obsahující plán vlastního projektu rozšířené Všeobecné nemocnice pomocí výškových budov;

1938, 24. února: rozprava o novém projektu v profesorském sboru a jeho stavební komisi;

1938, 7. prosince: stavební komise doporučila vzhledem k politické situaci (2. republika) veškeré přípravné práce zastavit a vypracovat program jiný;

období protektorátu: stavba byla navzdory válce v roce 1940 zahájena, do podzimu roku 1941 byla dokončena řada přípravných prací; další výstavba však byla zastavena, protože už v květnu téhož roku rozhodlo ministerstvo sociální a zdravotní správy postavit provizorní barákovou nemocnici; původně plánovaných 300 lůžek se po jednání s Němci zvýšilo na 550;

1941, květen: zadání projektu na barákovou nemocnici architektům Čermákovi a Paulovi;

1941, srpen: zahájení stavby (hlavním odborným poradcem byl chirurg profesor Diviš, dalšími profesori Netoušek, Věšín, Jedlička (ftizeolog) a Šíkl);

1943, 4. ledna: zahájení částečného provozu; přednosta vybudovaných oddělení se stali renomovaní odborníci: chirurg prof. Diviš, internista prof. Netoušek, ftizeolog prof. Jedlička, rentgenolog prof. Věšín, gynekolog a porodník doc. Šebek a částečným úvazkem patoložka prof. Benešová;

1945, 30. listopadu: výnos ministerstva zdravotnictví o nemocnici v Motole jako samostatném hospodářském centru;

1946: osamostatnění nemocnice s názvem „Státní všeobecná veřejná nemocnice v Praze Motole;“

1948: změna názvu motolské nemocnice na „Státní oblastní nemocnice v Motole;“

1949, 20. ledna: poslední jednání profesorského sboru tehdy ještě jediné pražské lékařské fakulty

o Motolu se závěrem, že s další výstavbou Motola se zatím nepočítá;

1953–1955: organizační sloučení nemocnice s tehdejším Ústavem národního zdraví Prahy 5, které se neosvědčilo a bylo v roce 1955 zrušeno;

1958, květen: rozhodnutí rady Ústředního národního výboru hlavního města Prahy o společné výstavbě nemocnice v Motole (po dohodě s ministerstvy zdravotnictví a školství);

1958, 28. května: vypsání soutěže na projekt nemocnice; z 27 přijatých projektů získal 2. cenu (1. nebyla udělena) projekt architektů Rudolfa Podzemného a Antonína Tenzera;

1960: zahájení projektových prací;

1960, 10. května: rada ÚNV schválila konečnou verzi 1. projektu;

1961, 28. srpna: rada ÚNV schválila generální řešení;

1964, 23. dubna: položení základního kamene;

1964, listopad: zahájení stavebních prací, a to nejen pro nemocnici, ale také pro stavbu Nuselského mostu;

1970, 9. listopadu: slavnostní otevření první části motolské dětské nemocnice;

1971, 1. ledna: konečné spojení motolské nemocnice pro dospělé s Dětskou fakultní nemocnicí v Motole (včetně detašovaných pracovišť);

1971, 11. březen: ve 12,00 demolice posledního a největšího ze šesti pavilonů 68 let sloužící České dětské nemocnice;

1986: zahájení stavby monobloku pro dospělé;

1994, duben: postupné uvádění pracovišť pro dospělé v novém monobloku do provozu.

Období od vzniku České dětské nemocnice do vzniku fakulty dětského lékařství

Lčení o Karlovu jsme opustili rokem 1902. Je to rok pro českou pediatrii památný. V nalezcinci sloužila malá klinika pro novorozence, kojence a kojící ženy a nedaleko něho byla 7. února otevřena velká, moderní Česká dětská nemocnice. Měla v šesti pavilonech 270 lůžek a několik specializovaných ambulancí (už tenkrát!) – pro nemoce vnitřní, chirurgické, ortopedické, infekční, oční, ušní, zubní, kožní a syfyilitické.

V dnešním pojetí je nesnadno pochopitelné, že česká dětská klinika, která byla umístěna v přízemí hlavní budovy, měla pouhých 25 lůžek. Ještě nepochopitelnější je ovšem to, že se zabývala výlučně chorobami starších dětí. Když 13. dubna 1899 zemřel přednosta české dětské kliniky na „Křižovatce“ – profesor Bohdan Neureutter, stal se 1. listopadu téhož roku jeho nástupcem tehdejší docent MUDr. Matěj Pešina. Byl schopným internistou, žákem slavných profesorů Eiselta a Maixnera, ale s dětmi se prvně setkal až při nástupu na dětskou kliniku. Neměl pediatrické vzdělání a pediatrem se vlastně nikdy nestal. Jako přednosta přešel i na kliniku do České dětské nemocnice a své pojetí pediatrie jako vnitřního lékařství větších dětí nikdy neměnil. Kliniku novorozenců a kojenců, ve které pochopitelně v té době byly děti spíše zdravé a z nemocných jen ty, které tam jako chovanci onemocněly, podceňoval. Nemoce nejmenších dětí jako kdyby neexistovaly – nepřednášel o nich, ani je nezkoušel a přednosta kliniky v nalezcinci ani nikdy neschmýřel zkoušet. Také v univerzitním profesorském sboru byl reprezentantem jen části pediatrie. I když na německé pražské univerzitě bylo organizační uspořádání podobné, spočíval zásadní rozdíl v tom, že přednostové obou klinik se v přednáškách a zkoušeních střídali. A tak zatímco na německé fakultě existoval duch spolupráce, bylo tomu na fakultě české naopak, navíc potencováno antipatií osobní. Neutěšenou situaci dokresluje okolnost, že přednášky z pediatrie byly nepovinné, a tedy zařazené v krajně nevhodnou poobědňovou dobu, a že povinný byl pouze jeden semestr výuky v protineštovičném očkování. Praktika u lůžka vůbec nebyla.

Pro českou pediatrii tak bylo nešťastné, že i v cizině uznávaná Neureutterova škola neměla přímo na klinice návaznost. Nepřímo ji ovšem zajišťoval na mimouniverzitní půdě, v České dětské nemocnici, bývalý Neureutterův asistent (v letech 1890–1900), od roku 1901 její primář a posléze ředitel (do

roku 1936) MUDr. Antonín Dominik Haasz. On byl tím pravým duchem „České dětské“, vzdělaným, naplněným mimořádným zájmem a obětavostí, ryzejším charakterem a až chorobnou skromností. Jeho jistě důstojným spolupracovníkem byl MUDr. Václav Kafka sen., žák Maydlův, primář oddělení dětské chirurgie, který u nás tento obor založil a oddělení řídil plných 38 let (1901–1939). Po odchodu Haaszově byl poslední tři roky také ředitelem nemocnice.

Poměry na dětské klinice za Pešinoва vedení byly neutěšené. Klinika měla jen malou příruční laboratoř, byla bez rentgenového přístroje a disponovala jen jedním placeným a jedním neplaceným asistentem. Teprve po první světové válce se počet lůžek zvýšil postupně až na 55, k nimž patřila od roku 1923 konečně i čtyři(!) lůžka kojenecká a zřízení byla také mléčná kuchyně. Bylo zřejmé, že lékaři, který se chtěl obeznámit s celou pediatrií, nestačilo pobýt na klinice, ale musel projít celou Českou dětskou nemocnicí i nalezcincem.

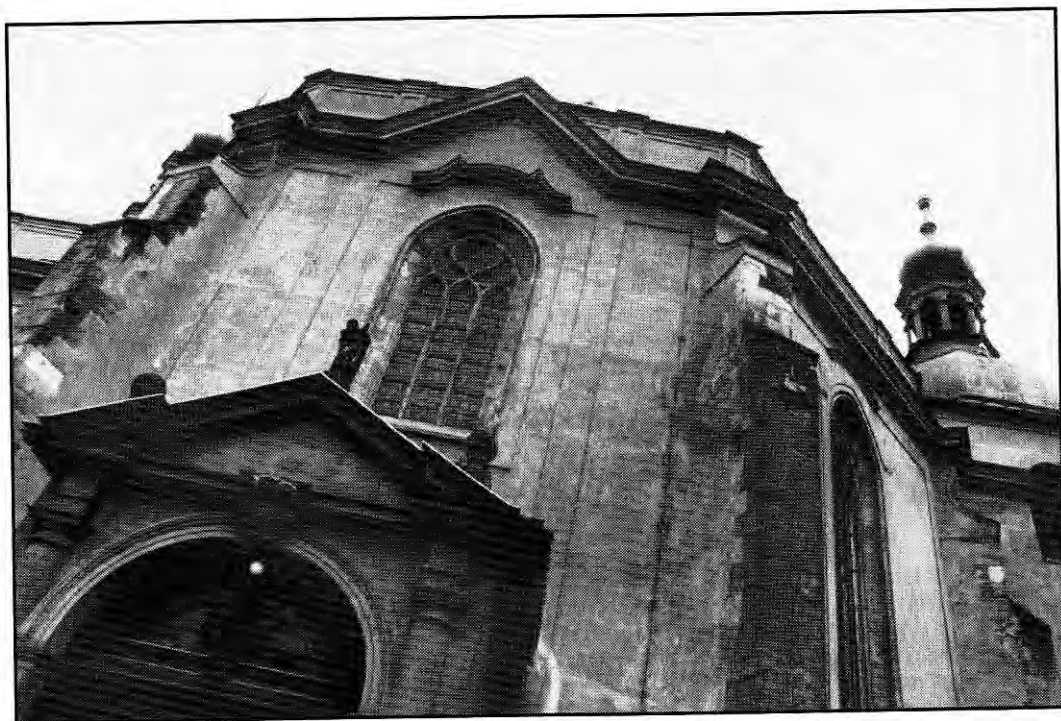
Významnou příležitostí se stalo pověření z roku 1928, aby klinika zajišťovala péči o dětské oddělení Masarykových domovů v Krči. Bylo to 500 lůžek kojeneckého oddělení a ozdravovny dětí do 6 let. Profesor Pešina tu zřídil „Bádací oddělení dětské kliniky“ u vědomí mimořádného potenciálu pro výzkum. V letech 1928–1932 jej vedl asistent kliniky MUDr. Ladislav Kučera, který měl k ruce dva pomocné lékaře, a po něm, od roku 1933 primář, pozdější profesor MUDr. František Blažek, který už měl lékaře čtyři.

V době, kdy řídil kliniku, habilitoval profesor Pešina tři lékaře – Brdlíka, Doskočila a Procházku. Docent MUDr. Jiří Brdlík se stal členem profesorského sboru vedeného internistou – profesorem Kristiánem Hynkem, který odjel na Slovensko vybudovat slovenskou univerzitu (a tedy lékařskou fakultu). Je jisté v kontextu současnosti výmluvné, že celá skupina odjela 15. září 1919 nočním vlakem, v němž měla pro sebe celý univerzitní vůz, do Bratislavy. Předsevzatého úkolu se zhostila více než dobře a tak se mohl profesor Brdlík vrátit koncem roku 1930 do Prahy. 1. ledna roku 1931 nastoupil Brdlík na místo přednosta kliniky novorozenců, kojenců a kojících žen. Když v roce 1932 odešel profesor Pešina do penze, vedli kliniku v České dětské nemocnici předchodně Procházka a Luska. Ale už v tom roce podal profesor Brdlík profesor-

skému sboru návrh na přejmenování kliniky v nalezinci na I. dětskou kliniku (protože vznikla dříve) a kliniky v České dětské nemocnici na II. dětskou kliniku. Roku 1934 byl profesor Brdlík ustanoven přednostou obou klinik. Jeho zástupce, kterého habilitoval už v Bratislavě a který s ním přišel do Prahy, docent MUDr. Josef Švejcar, ho převážně zastupoval ve vedení I. dětské kliniky (profesorem byl jmenován v roce 1937). Dlužno podotknout, že pražská pediatrická pracoviště byla pro oba rozčarováním – ve srovnání s poměry na dětské klinice v Bratislavě i s úrovní pediatrie ve světě.

Úsilí vybudovat moderní českou pediatrii přerušila 2. světová válka. Nejprve zavření českých vysokých škol a v roce 1943 zabránění České dětské nemocnice Němci, kteří si v ní zřídili německou říšskou dětskou kliniku. České pediatrii zůstal

nalezinec se všemi nevýhodami a omezeními, které situace přinášela. Bylo s podivem, že při předválečné nuzotě pražské pediatrie, nezájmu veřejnosti a časté nepřítomnosti kolegů ostatních oborů (v medicíně praktické i na fakultě) a přes válečné strasti (s potlačením práce vědecké), byli pražští pediatrii připraveni a schopni bezprostředně po skončení války takové aktivity, kterou v následných letech prokázali. Hned po válce byly obě dětské kliniky obnoveny a obě umístěny v České dětské nemocnici. Profesor Brdlík zůstal přednostou II. dětské kliniky, přednostou I. kliniky se stal profesor Švejcar. Někteří zařízení byla pro obě kliniky společná. Zájem o pediatrii překvapivě narůstal, ale ještě naléhavěji narůstala potřeba odborných dětských lékařů. Tyto skutečnosti byly příčinou dalšího vývoje oboru i pražské lékařské fakulty.



OD FAKULTY DĚTSKÉHO LÉKAŘSTVÍ KE 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Slibili jsme, že faktografie, tedy dat, čísel a jmen, bude co nejméně, a pokusíme se slib splnit. Ovšem založit novou fakultu není čin ledajaký, ale naopak nesnadný, náročný, rizikový a vzdáleným výsledkem nejistý. Ale je tím záslušnější, když můžeme po čtyřech desetiletích dokumentovat, že fakulta vznikla oprávněně, že slouží ku všeobecnému prospěchu a že získala v průběhu let náležitě renomé i veškeré předpoklady dalšího budoucího rozvoje.

Není předmětem této reminiscence analyzovat a zdůvodňovat čin našich předchůdců, kteří fakultu zakládali. Samotná její existence doložila, že to bylo rozhodnutí správné a že jim za ně i za veškeré úsilí, které jeho uskutečnění museli věnovat, náleží obdiv a dík. Pro zvědavé lze však přece jen shrnout, že hlavní důvody iniciátorů vzniku fakulty můžeme spatřovat v tom, že:

1. se ve světě poznalo a přistoupilo na to, že pediatrie není vnitřním lékařstvím transponovaným do dětství (nýbrž že je to velice komplikovaná medicína vyvíjejícího se organismu, včetně období dospívání),
2. zdravotní stav české dětské populace po 2. světové válce byl špatný (a novorozenecká i kojenecká úmrtnost byly vysoké),
3. obecná úroveň pediatrické péče v Čechách byla v té době nízká,
4. chyběly téměř úplně znalosti z fyziologie a patologie kojenců,
5. odborných dětských lékařů bylo neúnosně málo (a v některých okresech nebyli vůbec žádní),
6. laická veřejnost se stále naléhavěji domáhala toho, aby o děti pečoval vzdělaný „praktik pro děti“,“
7. v roce 1949 se stalo dětské oddělení ze zákona jedním ze základních oddělení každé nemocnice (a bylo třeba je personálně zajistit),
8. nepochybnou roli při rozhodování sehrál fascinující rozmach světové pediatrie, její přitažlivost a působivost, i skutečnost, že pražské dětské kliniky byly centrem vědeckého úsilí v oboru a disponovaly dostatečně velkou skupinou odborně zdatných pracovníků, obdařených navíc nevídaným elánem.

Zmíněné okolnosti byly přesvědčující a zakladatelé fakulty měli nepochybně ještě mnoho dalších důvodů, kterými mohli argumentovat. Je však více než výmluvné, že založením a koncepcí fakul-

ty antcipovali pozdější požadavek komise Světové zdravotnické organizace (Stockholm 1956), aby se pediatrie vyučovala v průběhu celého lékařského studia (včetně preklinického) a aby jí byla věnována čtvrtina z úhnného času určeného výuce klinických disciplin. Na fakultě dětského lékařství tomu tak skutečně bylo, vždycky se vyučovala medicína celá a navíc všechno možné o dětech.

Čtyřicetiletou existenci fakulty můžeme rozdělit do tří vývojových etap. První byl vznik tzv. pediatrické větve pražské lékařské fakulty (1951–1953), druhou osamostatnění fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze (1953–1990) a třetí, konečnou, její přeměna ve 2. lékařskou fakultu této univerzity, a tím i její formální zrovnoprávnění se všemi lékařskými fakultami v naší republice i v zahraničí (1990).

Ideu, která dozrávala v myslích vedoucích pražských pediátrů, podpořila nepochybně společenská atmosféra doby. Konkrétní podobu získala rozhodnutím tehdejšího Státního výboru pro vysoké školy. Začátkem roku 1951 zajistil přípravný výbor odborníků (v abecedním pořadí prof. Houštěk, Dr. Krůta, prof. Kubát, prof. Lukáš, prof. Procházka, prof. Švejcar) v dohodě s děkanátem pražské lékařské fakulty a příslušnými ministerstvy všechno tak, aby výuka na pediatrické větvi mohla začít 1. října téhož roku. Slavnostní zahájení se uskutečnilo 17. října ve velké posluchárně dětských klinik v České dětské nemocnici.

Studium, které v té době trvalo na všech československých lékařských fakultách 11 semestrů, začínalo ve 4. roce studií. Přihlásit se mohli studenti všech československých lékařských fakult, kteří na nich absolvovali úspěšně teoretické a preklinické semestry. To zdůrazňujeme proto, aby bylo zřejmé, že ti, kteří se k přechodu rozhodli (a bylo jich dost), tak učinili nikoliv z nouze, ale z přesvědčení a zájmu. Záhy to dokazovali dosaženými výsledky.

Zamýšlený cíl směřoval ovšem výše. A tak 23. března 1953 byl podán návrh na zřízení samostatné fakulty. Vládním nařízením z 27. listopadu 1953 (se zpětnou platností od 1. září 1953) byly pak z jediných pražských lékařských fakult vytvořeny fakulty tři – fakulta všeobecného lékařství, fakulta dětského lékařství a lékařská fakulta hygienická. Zahájení prvního studijního roku samostatné fakulty se ko-

nalo 1. října ve velkém sále Lékařského domu. Klinickou základnou fakulty se stala v roce 1952 zřízená Dětská fakultní nemocnice. Od roku 1953 byla fakulta schopná zajistit i výuku preklinických oborů ve třetím roce studií. Neměla ovšem ústavy teoretické, a tak po celá dlouhá léta vyučovali teoretické disciplíny i studenti fakulty dětského lékařství učitelé teoretických ústavů fakulty všeobecného lékařství a my nikdy nepřestaneme být vděční všem fyzikům, biologům, anatomům, histologům a embryologům, biochemikům, fyziologům a lingvistům, kteří svým úsilím fakultě pomáhali.

V počátečním období bylo nezbytné zajistit i výuku klinických oborů medicíny dospělých. A tak do té doby, než se staly klinickými základnami fakulty dětského lékařství fakultní nemocnice Pod Petřínem (1954) a zejména fakultní nemocnice v Motole (konečně spojení motolské nemocnice pro dospělé s nově postavenou dětskou fakultní nemocnicí v Motole, včetně detašovaných pracovišť, platilo od 1. ledna 1971), pomáhali fakultě i kliničtí pracovníci fakulty všeobecného lékařství a fakultní nemocnice na Bulovce. Ani bez jejich pomoci by to v prvních letech existence fakulty nešlo, a také jim jsme hluboce vděční. Uvádět všechny kliniky a všechny pracovníky, kteří „externě“ fakultě pomáhali, přesahuje obsahem i rozsahem (i daným slibem) možnosti této kapitoly.

Třetí současnou etapu vývoje fakulty zahájily listopadové události roku 1989. Přinesly mnoho zásadních změn, z nichž zejména dvě nelze rozhodně opomenout. 7. září 1990 schválil Akademický senát Univerzity Karlovy rozhodnutí jejího rektora, aby se fakulta dětského lékařství jmenovala nadále 2. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze. Návrh na tuto změnu předložilo kolegium fakulty

k vyjádření celé její akademické obci už na jaře roku 1990. Důvod byl zřejmý. Svět podobný název nezná a špatně si jej vykládal. Panovalo přesvědčení, že erudice studenta fakulty dětského lékařství je omezena na znalosti pediatrie. To pochopitelně absolventy fakulty ve světě diskriminovalo. Navíc to vůbec neodpovídalo skutečnosti, o které je zmínka na začátku této kapitoly. Změnou názvu se nezměnilo zaměření studia. Je proti studiu na všech ostatních lékařských fakultách i nadále specifické a je zaměřeno na vývojovou medicínu v celé její šíři, tj. od početí po vysoké stáří. Podmínky, které pro takový rozsah studia (ale i vědeckou práci) poskytují pracoviště fakultní nemocnice v Motole, jsou unikátní (i ve světovém měřítku). A tak jsme, tak jak to má být, doplnili obsah náležitou formou.

Druhou rozhodující změnu přinesla šťastná možnost fakultu kompletizovat zřízením teoretických ústavů – s jedinou výjimkou ústavu anatomického. Zrušením vojenské katedry pražských vysokých škol, umístěné v bezprostřední blízkosti fakulty a fakultní nemocnice v Motole, získala fakulta potřebné prostory a zrušením Ústavu výzkumu vývoje dítěte i potřebné pedagogy. A tak jediným „bílým místem“ 2. lékařské fakulty zůstává technicky i ekonomicky jen obtížně zvládnutelný ústav anatomický a jediným na 1. lékařské fakultě závislým předmětem normální anatomie. Ale i o vyřešení tohoto posledního nedostatku už velice konkrétně usilujeme.

Sluší se připomenout, že v období pediatriké větve byli v kolegiu lékařské fakulty jejími proděkanými profesori Houštek a Švejcar. Prvním děkanem samostatné fakulty dětského lékařství byl profesor Houštek a první promoce proběhly v prosinci roku 1953.

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Minulost, současnost (a trochu i budoucnost) jejich ústavů a klinik

Kdyby tato knížka byla vzhledem k dané příležitosti (čtyřicátému výročí založení fakulty) pojata tak, jak tomu obvykle bývá, pak by poslední kapitola byla jednou z prvních či dokonce jedinou. Jejím cílem je představit čtenáři opravdu jen stručně vývoj a současnou strukturu fakulty, tj. její ústavy, kliniky a ostatní odborná pracoviště. K jejich řazení v této kapitole by bylo možné použít různých klíčů, např. datum jejich vzniku nebo začlenění oboru v časovém sledu studia, velikost pracoviště nebo rozsah jeho pedagogické činnosti.

V našem pohledu však neexistují pracoviště stará a mladá, velká či malá, ale jen dobrá nebo špatná. Vyhnout se společenským omylům při řazení bylo snadné. Je totožné s tím, které uvádí poslední Seznam přednášek 2. lékařské fakulty univerzity Karlovy ve studijním roce 1992/1993, známém pod názvem „Karolinka.“ Ostatně předpokládáme, že pracovníci fakulty disponují jinými a lepšími vlastnostmi než ješitností.

Rozsah informací o jednotlivých pracovištích se dost liší. Nejmladší z nich začínají svoji historii teprve utvářet, takže informace o nich musí být zákonitě kratší než údaje o těch, která existují již čtyři desítky let nebo dokonce déle. Z tohoto důvodu také nejsou uvedeny u žádných z nich počty publikací, výzkumných úkolů, funkcí jejich pracovníků a podobně. Bylo by to nesrovnatelné, a tím nespravedlivé. Uplatnila se tu ovšem ještě další okolnost – obsahem i rozsahem se lišící údaje jednotlivých přednostů, kteří – ač vyzváni shodně – zpracovali informace různě.

Většinu teoretických ústavů 2. lékařské fakulty zřídil kompetenci, kterou stanovuje vysokoškolský zákon, děkan fakulty se souhlasem jejího Akademického senátu ke dni 17. listopadu 1990. Okolnosti, které umožnily jejich zřízení, už byly uvedeny. Význam těchto ústavů je pro fakultu zásadní. Přednostové i jejich spolupracovníci zahájili obtížnou práci s nevšedním úsilím a od samého počátku prokazovali, že jsou s to veškeré úkoly – organizační, pedagogické i vědecké zvládnout na vysoké úrovni. Bylo to o to těžší, že své ústavy budovali de novo a že už ve druhém roce jejich existence museli někteří z nich kromě výuky českých studentů zahájit i výuku zahraničních studentů v angličtině.

Život fakulty byl v uběhlých čtyřiceti letech pochopitelně mnohem pestřejší a složitější, než může vystihnout kusá a strohá následující informace. Probíhal ve známé sinusoidě úspěchů i proher – a po celou dobu, až do listopadu 1989, v útisku svobodných myšlenek a etických norem.

Fakultou prošlo mnoho lidí – lékařů, vědeckých pracovníků, laborantů, administrativních i pomocných pracovníků a nejvíce studentů. Přicházeli a odcházeli, někteří věnovali fakultě velkou část života, někteří odešli navždy. Nelze je všechny vyjmenovat. Život i fakulta jdou dál. Ale všem, kteří fakultě prospěli a kteří ji mají rádi, patří naše uznání a naše díky.

Ústav lékařské biofyziky 2. LF UK

(Doc. MUDr. Tomáš Blažek, CSc.)

Lékařská biofyzika je tradičně předmětem prvního roku studia. Pracovníci ústavu ovšem zajišťují také formou volitelně povinného předmětu výuku klinické biofyziky a přístrojové techniky ve 4. roce studií, participují v témž ročníku na výuce oboru nukleární medicíny a konečně se podílejí výukou fyziky na přípravném kurzu pořádaném fakultou pro zájemce o studium medicíny.

V oblasti výzkumu se zabývají matematickým modelováním (převážně v nukleární medicíně), zobrazovacími technikami (zpracováním obrazů, porovnáváním obrazů získaných různými technikami a jeho analýzou), sledováním účinků ionizačního záření na živý organismus a optimalizací léčebných dávek otevřených zářičů. Výhledově se uvedená výzkumná tematika rozšíří o sledování vývoje nových metod ve fyzice a v hledání možných cest jejich aplikace v klinické praxi. Plnění těchto úkolů zajišťují pracovníci ústavu lékařské biofyziky úzkou spoluprací s klinikou nukleární medicíny fakultní nemocnice v Motole (dále FNM) a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (dále 2. LF UK), s biofyzikálním ústavem a ústavem nukleární medicíny 1. LF UK, s motolskými klinickými pracovišti, zejména s klinikou zobrazovacích metod a také s Ústavem teorie informace AV ČR a Státním zdravotním ústavem. Snahou pracovníků je trvale

rozšiřovat spolupráci s ústavu i s klinickými pracovišti fakulty.

Ústav histologie a embryologie 2. LF UK

(Doc. MUDr. Václava Konrádová, DrSc.)

Základem ústavu se stala laboratoř elektronové mikroskopie, která jako součást ústavu výzkumu vývoje dítěte FDL UK existovala od roku 1961. Počátkem roku 1990 pověřilo vedení 2. LF UK vedoucí lékařku této laboratoře – doc. MUDr. Konrádovou, DrSc. přípravou výuky histologie a embryologie na fakultě. V areálu teoretických a preklinických ústavů 2. LF UK se podařilo vybudovat posluchárny pro semináře a praktická cvičení a do zahájení výuky v akademickém roce 1990/1991, tedy v neuvěřitelně krátkém období, zajistit i veškerou potřebnou výukovou dokumentaci. O rok později byla zahájena i výuka zahraničních studentů v angličtině. Také histologie a embryologie je náplní studia prvních dvou semestrů. Embryologii přednáší našim i zahraničním studentům v částečném pracovním úvazku profesor MUDr. J. E. Jirásek, DrSc.

Výzkumná práce ústavu se zaměřuje zejména na studium ultrastruktury dýchacích orgánů, zvláště na problematiku vlivu různých onemocnění, škodlivých látek, léků a terapeutických i experimentálních zásahů na epitel dýchacích cest. Výhledově se výzkumná témata nezmění.

Ústav lékařské chemie a biochemie 2. LF UK

(Doc. RNDr. Helena Tomášová, DrSc.)

Ústav je jednou z nástupnických institucí zrušeného Ústavu výzkumu vývoje dítěte FDL UK. Předmětem výuky v prvním semestru je lékařská chemie. Studenti jsou seznamováni se základy fyzikálně-chemických vlastností a strukturou sloučenin metabolizovaných v organismu (bílkovin, tuků, nukleových kyselin), součástí léků (aromatických a heterocyklických sloučenin) a sloučenin toxických. Náplní studia ve 3. a 4. semestru je biochemie buňky a její integrace do činnosti a specializované aktivity jednotlivých orgánů. Při praktických cvičeních stanovují studenti metabolity nebo aktivitu enzymů v návaznosti na právě přednášenou látku.

Při seminářích prezentují krátké referáty, které jsou sledovány diskusí. Pro individuální studium jsou v počítačové třídě k dispozici výukové programy a stovky otázek s vypracovanými odpověďmi, jejichž pomocí se může student sám dokonale přesvědčit o úrovni svých vědomostí.

Vědecká činnost pracovníků ústavu je zaměřena na problematiku zánětlivých respiračních onemocnění u dětí, ale i v experimentu na pokusných zvířatech (ve spolupráci s ústavem fyziologie). Pracovníci ústavu řeší dva grantové úkoly, které se týkají ochrany plicní tkáně před účinkem proteináz a vlivu hypoxie a hyperoxie. Spolupracují při řešení problematiky plicního surfaktantu podávaného dětem s poruchami dýchání po porodu a úkolu, který řeší nové léčebné postupy u dětí postižených mukoviscidózou. Ústav provádí pro potřeby zdravotnických zařízení některá specializovaná vyšetření (vyšetření plodové vody pro prenatalní diagnostiku rozštěpových vad neurální trubice, diagnostiku mikrovilárních enzymů v plodové vodě u rodin, které nejsou geneticky respondentní pro CF), analýzu bronchoalveolárních laváží, vyšetření funkce pankreatu u kojcenců a stanovuje aktivitu enzymů a izoenzymů (ALP, LD, CK, GMT, AST, Amy) pro diferenciální diagnostiku dětských onemocnění.

Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

(Doc. MUDr. Petr Goetz, Csc.)

První členové ústavu se rekrutovali z vědeckých, pedagogických a zdravotnických pracovníků zrušeného Ústavu výzkumu vývoje dítěte FDL UK, na kterém se zabývali experimentální a klinickou genetikou. Jejich základním úkolem bylo zahájit výuku lékařské biologie pro posluchače 1. a 2. ročníku fakulty a modifikovat původní výukový syllabus převzatý z biologického ústavu 1. LF UK. Další významnou povinností bylo vypracovat syllabus a zahájit výuku molekulové biologie a klinické genetiky pro studenty 5. ročníku. Výrazem snahy o dokonalou kvalitu výuky je i začlenění specializovaných externistů – docenta RNDr. V. Kořínka, DrSc. z přírodovědecké fakulty UK pro obor ekologie i MUDr. B. Novotné, CSc. a MUDr. V. Bednáře z Ústavu experimentální medicíny AVČR pro obor teratologie.

Výzkumná činnost ústavu obsahuje problematiku klinické genetiky, onkogenetiky a zavádění počítačových výukových programů. Smluvně je zajištěna spolupráce s ústavu klinické genetiky lékařských fakult v Hamburгу a ve Würzburgu.

Ústav fyziologie 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jan Herget, DrSc.)

Zakládajícími pracovníky nově vzniklého ústavu byli učitelé ústavu patologické fyziologie dřívější FDL UK. Základní snahou při budování instituce bylo pokračovat v úsilí o moderní výuku fyziologie, které bylo tak nadějně zahájeno na fakultě dětského lékařství (dále FDL) v sedmdesátých letech profesorem MUDr. Otakarem Poupou, DrSc. Ústav znovu navázal na účinnou spolupráci s fyziologickým ústavem AV ČR, jehož pracovníci se výuky fyziologie opět účastní.

Výuka je orientována na práci v malých skupinách a opírá se o vlastní aktivitu studentů. Ti sami připravují úvody k diskusi o jednotlivých tématech. K dispozici je sada výukových otázek zcela kompatibilních s těmi, které se používají jinde ve světě. Ty mají studenti po celý rok (obor se vyučuje ve 3. a 4. semestru) k dispozici v počítačové učebně. Díky darům ze zahraničí byla vybudována knihovna pro studenty, která je dobře vybavena základní literaturou i speciálními monografiemi. Praktická cvičení jsou orientována na humánní fyziologii a řada z nich se provádí ve spolupráci s klinikami fakulty. Experimenty na zvířatech jsou vzácné a užívají se jen tehdy, když jsou z pedagogických důvodů zcela nenahraditelné. Ústav vydává vlastní učební texty, které každý rok modernizuje a obměňuje podle výukových potřeb.

Vědecky se pracoviště zabývá fyziologií a patofyziologií plicního oběhu a v této oblasti dosáhlo jistého mezinárodního věhlasu. O tom svědčí i skutečnost, že na ústavu delší dobu pobývalo i několik zahraničních pracovníků z Evropy i zámoří, kteří se školili v problematice fyziologie plicního oběhu. Oblast výzkumu neurofyziologie vede doc. Gustav Brožek, DrSc. a zabývá se výzkumem paměti pomocí elektrofyziologických a behaviorálních metod u zvířat. Práce je zaměřena na tři hlavní problémy. Procedurální paměť je studována na modelu motorického učení, kdy se krysa učí synchronizovat aktivitu dvou funkčně i anatomicky vzdálených svalových skupin, v našem případě synchronizovat konzumaci lízání vody s instrumentálním mačkáním páčky. Deklarativní paměť je studována na modelu prostorového učení orientace krysy v Morrisově vodním traktu. Mechanismus etologicky významné formy paměti, zvané podmíněná chuťová averze, se studuje metodou náhrady přirozeného chuťového podnětu elektrickým drážděním jazyka, které umožňuje svým úsečným nástupem analýzu vyvolané elektrické aktivity v kritických oblastech mozku.

Ústav imunologie 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jana Kamínková, DrSc.)

Na rozdíl od ostatních teoretických ústavů 2. LF UK byl ústav imunologie založen o něco později (16. 2. 1992) a je tedy jedním z ústavů nejmladších. Jeho hlavní pracovní náplní je výuka imunologie. Ve 3. ročníku se posluchači seznamují se základy teoretické imunologie, ve 4. a 5. ročníku se v rámci volitelně povinného předmětu „klinická imunologie“ učí aplikovat teoretické znalosti do klinické praxe. Hlavní důraz se klade na imunopatogenezi různých chorob, na kliniko-imunologickou diagnostiku, na indikace a interpretaci výsledků imunologických vyšetření. Od samého začátku činnosti ústavu se důsledně zavádí integrovaná forma výuky, jejímž cílem je výchova studentů k analytickému a syntetickému myšlení. Studenti jsou vedeni k samostatné práci. Na výuce participují nejen teoretičtí imunologové, ale i lékaři a studenti s vyhraněným zájmem o obor. Ústav organizuje pravidelné nepovinné semináře, kterých se zúčastňují studenti z různých ročníků, ale i učitelé a kliničtí lékaři.

Mladý ústav zahájil i činnost výzkumnou. Je orientována na studium aktivace imunitního systému stresovými faktory se zvláštním zaměřením na úlohu cytokinů.

Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK

(Doc. MUDr. Anna Součková, CSc.)

Na rozdíl od dosud představených ústavů vznikl ústav lékařské mikrobiologie postupně v průběhu několika let ze dvou klinické praxi sloužících provozů – z diagnostické mikrobiologické laboratoře vybudované při dětských klinikách na Karlově (v roce založení FDL UK ji vedla Dr. Šťastná) a z mikrobiologické laboratoře motolské nemocnice (prim. Dr. Lexa). V roce 1959 se výuky mikrobiologie pro posluchače FDL UK ujal docent MUDr. Vladimír Kubelka, který byl pracovníkem ústavu pro lékařskou mikrobiologii a imunologii tehdejší FVL UK, jehož pracovníci zajišťovali i praktickou výuku. Při osamostatnění oboru, který spadl pod katedru patologické anatomie a mikrobiologie vedené prof. Benešovou, byl za přednášky i zkoušky odpovědný tehdy habilitovaný docent, později profesor Potužník, tehdy ještě externista. Praktická cvičení probíhala v prostorách biochemického oddělení fakultní nemocnice Pod Petřínem. V roce 1970 se laboratorní úsek mikrobiologického oddě-

lení přestěhoval do budovy nalezince a v roce 1976 do areálu motolské nemocnice. Roku 1983 se vedení ujal profesor Potužník, jeho zástupcem se stal v roce 1982 habilitovaný doc. MUDr. O. Lochmann, který se také podílel na výuce mediků. Ústavem se oddělení stalo v roce 1988, v roce 1990 k němu byla připojena i virologická laboratoř zaniklého Ústavu výzkumu vývoje dítěte. Téhož roku se přednostou ústavu stala doc. MUDr. A. Součková, CSc.

Je typické, že práce oddělení a později ústavu lékařské mikrobiologie má vysloveně klinickou orientaci. Trvalé a pevné spojení pedagogické práce učitelů s každodenní rutinní praxí je trvalým zdrojem zkvalitňování výuky. Původně směřovaná výuka k pediatričtější problematice se postupně rozšířila na celou bakteriologii a parazitologii a po připojení virologické laboratoře i na virologii, takže pokrývá obor v celém rozsahu. Porovnání práce ústavu s analogickými pracovišti ostatních lékařských fakult jednoznačně dokládá převahu koncepcí oboru jako klinické mikrobiologie s výrazným akcentem na úzkou spolupráci laboratorních pracovníků s pracovníky klinickými. Výukový a výchovný dosah tohoto pojetí oboru je zřejmý. Rozsah výuky rozšiřuje možnost vyučovat klinickou mikrobiologii jako volitelně povinný předmět ve 4. ročníku (mikrobiologie povinná se přednáší ve 4. a 5. semestru).

Výzkumnou práci limitovaly nedostatky prostorové i v laboratorním zařízení. I přesto se zásluhou budovatele ústavu prof. Potužníka a jeho zástupce doc. Lochmanna systematicky rozvíjela. Tradičně jsou v ústavu řešeny otázky patogenity různých kmenů *Escherichia coli*, velmi záhy se pracoviště zapojilo do řešení problematiky patogenního působení *Helicobacter pylori* při vzniku chronické gastritidy a vředové choroby. Zvláštní pozornost se věnuje otázce imunologické odpovědi na antibiotika a možnostem jejího včasného průzkumu metodami *in vitro*. Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK je všeobecně uznávaným pracovištěm, které zásadním způsobem ovlivňuje antibiotickou politiku v naší republice.

Virologické oddělení ústavu lékařské mikrobiologie

(Doc. MUDr. Karel Vaněček, DrSc.)

Vzniklo, jak už bylo uvedeno, z virologické laboratoře bývalého Ústavu výzkumu vývoje dítěte FDL UK. Ta byla jednou z prvních laboratoří tohoto ústavu vůbec (1956). MUDr. Jiří Holý se v ní tehdy

zabýval výzkumem syndromu náhlého úmrtí kojenčů a malých dětí. Při laboratoři vybudovaný dokonalý zviřetník pro menší laboratorní zvířata pak sloužil pracovníkům mnoha dalších pracovišť na Karlově. Další výzkumnou tematikou laboratoře byly otázky těžkých respiračních onemocnění a epidemiologie respiračních infekcí virového původu v uzavřených dětských kolektivech. Po přestěhování do motolské nemocnice se soustředil zájem laboratoře na studium výskytu herpetických virů u dětí a na jejich vztah k některým krevním onemocněním, zvláště lymfoblastické leukemii a chorobě Hodgkinově. Po Dr. Holém převzal vedení laboratoře Dr. Vaněček (1980), který se věnoval otázce tvorby endogenního interferonu u dětí za různých fyziologických i patologických stavů. Po spojení laboratoře s ústavem lékařské mikrobiologie se už jako jeho oddělení zapojilo do výuky mikrobiologie, ale také zavádí moderní vyšetřovací metody pro diagnostiku herpetických virů pro potřeby klinických pracovišť.

Ústav patologické anatomie 2. LF UK

(Doc. MUDr. Roman Kodet, CSc.)

Ústav byl založen v roce 1954, krátce po vzniku fakulty dětského lékařství. Byl součástí katedry zahrnující ještě oddělení mikrobiologie a později i oddělení soudního lékařství. Od počátku sídlí v budově Hlavova I. patologicko-anatomického ústavu 1. LF UK. První vedoucí ústavu byla prof. MUDr. Dagmar Benešová, DrSc., která katedru řídila do roku 1973. Hlavní zaměření se týkalo patologie dětského věku, zvláště perinatálního období. Soustředěním pitev v bývalého Pražského, později Středočeského kraje byl od roku 1952 získán materiál, který umožnil hlubší studium perinatální a kojenecké úmrtnosti a četnosti vrozených vývojových vad. Tato činnost přispěla, ve spolupráci s porodnickými a s pediatrickými pracovišti, ke snížení novorozenecké úmrtnosti nejen v rámci kraje, ale stala se modelovým příkladem v celostátním měřítku. Od roku 1973 do roku 1992 vedl ústav prof. MUDr. Josef Stejskal, CSc. V širokém měřítku rozvinul bioptickou nefropatologii v dětském věku. Přinesl cenné poznatky v imunopatologii renálních onemocnění a o hereditárních nefropatiích, hemolyticko-uremickém syndromu a diseminované intravaskulární koagulopatii. Původní byla pozorování střádání dextranu u hemodialyzovaných pacientů a experimentální činnost zabývající se rejekčními nefropatiemi (spolu s biologickým ústavem 1. LF UK). Ve spolupráci s klinikou dětské

onkologie se systematicky rozvíjela dětská onkopatologie s hlavním zaměřením na biotickou diagnostiku. Neméně významnými oblastmi bylo prohlubování znalostí vrozených vývojových vad se speciálním zaměřením na vady srdeční a znalostí v oboru gynekologické patologie dětského věku.

Od samého vzniku ústavu se kladl zásadní důraz na výuku studentů. Byly založeny rozsáhlé výukové sbírky preparátů umožňující systematickou praktickou výuku jak v patologii dospělých, tak dětského věku. Studium tohoto oboru je zařazeno do 3. ročníku.

V současné době pokrývá ústav komplexní diagnostickou činností téměř všechny oblasti dětské patologie. Zvýšená pozornost se věnuje klinicko-patologické korelací srdečních malformací, včetně prenatalně diagnostikovaných vad, všeobecné pedopatologii a dětské onkopatologii. Neopomíjí se ani povšechná patologická anatomie dospělých, která slouží jako základ pro pregraduální výuku. Je rozvíjena perspektivní oblast imunopatologické diagnostiky, zvláště v oboru onkopatologie.

Do budoucna se předpokládá prohloubení úzkého sepětí s jednotlivými klinikami začleněním ústavu do komplexu fakultní nemocnice v Motole. Tento krok umožní rozvoj peroperační a cytologické diagnostiky, a tím zlepšení bezprostřední péče o nemocné. Uvedené postupy spolu s průběžným rozvíjením moderních vyšetřovacích metod v patologii (imunohistochemie, in situ hybridizace) budou mít přímou návaznost i na poli aplikovaného výzkumu. Ve výuce studentů bude pokračovat integrace výuky patologické anatomie s ostatními preklinickými a klinickými obory.

Ústav patologické fyziologie 2. LF UK

(Doc. MUDr. Martin Vízek, CSc.)

Patofyziologický ústav byl konstituován hned při založení fakulty, byl ovšem rozsahem velice skromný, obsazený dvěma asistenty a dvěma externími pracovníky. Vědecké zaměření ústavu se teprve hledalo a experimentální práce z té doby se zabývaly endokrinologií a enterální insuflací kyslíku. Výraznou změnu v zaměření ústavu i v jeho úrovni znamenalo jmenování profesora MUDr. Otakara Poupy vedoucím ústavu v roce 1959. Ten ve velmi krátké době vytvořil na ústavu pracovní skupinu zaměřenou na experimentální kardiologii – rezistenci myokardu k hypoxii, hypertrofii srdečního svalu a experimentální nekrózy myokardu. Tato skupina tvořená pracovníky ústavu a pracovníky Fyziologického ústavu ČSAV velmi rychle získala uznání

odborné veřejnosti v Československu i zahraničí. Spolupráce s fyziologickými ústavu lékařských fakult Katolické univerzity v Nijmegen a ottawské univerzity přinesla opakované pobyty jednotlivých pracovníků v zahraničí. Světově uznávanými se staly práce o vývoji kapilarizace srdečního svalu a ovlivnění růstu srdečních kapilár v postnatálním období. Zlepšila se i výuka. Na přednáškách se kromě profesora Poupy podíleli i další přední českoslovenští fyziologové – Dr. Hahn, Dr. Koldovský, prof. Křeček, Dr. Pařízek, prof. Servít a další. Toto velmi úspěšné období přerušily události roku 1968. Do zahraničí odešli prof. Poupá (spoluautor 2000 slov), doc. Rakušan, Dr. Turek a Dr. Souhrada. Na ústavu zůstali pouze nejmladší pracovníci – Dr. Herget a Dr. Vízek. Ústav v té době fungoval především zásluhou schopností nástupce prof. Poupy, profesora MUDr. Jiřího Křečka, který kolem sebe dokázal soustředit zbytky fyziologické obce. Spolu s nimi udržel vysokou úroveň výuky a současně pokračoval ve výchově mladých učitelů. Když byl prof. Křeček pro svou politickou aktivitu donucen opustit vysokou školu, stal se jeho nástupcem Dr. Paleček. Prof. Dr. Paleček spolupracoval s ústavem již od svého příchodu na fakultu v roce 1969 a když byl v roce 1972 jmenován jeho vedoucím, začal budovat skupinu zaměřenou na experimentální studium dýchání a plicního oběhu. Díky jeho organizačním schopnostem, technickému nadání a invenci se této skupině brzy podařilo získat uznání československých a posléze i evropských respirologů. Z tohoto období pocházejí prioritní práce o změnách funkční reziduální kapacity plic při modelových plicních onemocněních a o vlivu opakovaných plicních zánětů na rozvoj plicní hypertenze. Prof. Paleček má nemalou zásluhu i na organizačním začlenění československé Společnosti fyziologie a patologie dýchání, jejímž předsedou byl po řadu let, do evropského kontextu v rámci Evropské společnosti klinické respirační fyziologie. I za jeho vedení pokračovala spolupráce ústavu s Fyziologickým ústavem ČSAV při výuce a výuka byla modernizována. Byly navázány odborné kontakty s předními fyziologickými pracovišti v oboru respirologie (Sheffield, Londýn, Denver, Galveston, Lovaň). Výuka patologické fyziologie je studenty vysoce hodnocena.

Ústav soudního lékařství 2. LF UK

(Doc. MUDr. Ivan Bouška, CSc.)

Do roku 1964 zajišťoval výuku soudního lékařství příslušný ústav FVL UK. Ve školním roce 1964/65

zahájilo činnost v rámci FDL UK, resp. Dětské fakultní nemocnice, oddělení soudního lékařství, jehož vedením byl pověřen MUDr. Ladislav Řehánek, dlouholetý a zkušený pracovník ústavu soudního lékařství FVL UK a žák profesora Hájka. Činnost oddělení byla od počátku úzce spjata s činností ústavu patologické anatomie, zejména v rámci zdravotnického provozu. Na jaře roku 1993 se oddělení stalo rozhodnutím děkana fakulty ústavem. Pregraduální výuka (ve 4. ročníku) byla a je základní činností ústavu. Zdůrazňuje lékařskou odpovědnost, zabývá se přednostně i otázkami vicia artis iatrogenních vlivů. Obor je začleněn také do výuky veřejného zdravotnictví v 6. ročníku studií.

I když se pracoviště vždycky potýkalo s nedostatečnými prostorovými podmínkami, které limitovaly rozsah jeho aktivit, přesto se zabývá výzkumem, a to zejména problematikou náhlé smrti v dětském věku (v popředí zájmu je histochemie srdeční svaloviny a převodního systému srdce u náhlé smrti) a otázkami mykotoxikologie.

Farmakologický ústav 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.)

Vznik ústavu se datuje 1. lednem roku 1955. Od toho dne až do konce roku 1971 byl ústav spojen s laboratoří Ústavu organické chemie a biochemie ČSAV, kdy byla tato laboratoř přeměněna v samostatný Farmakologický ústav ČSAV. Pracoviště je od svého vzniku dosud umístěno v Purkyňově ústavu na Albertově. Jeho prvním přednostou byla profesorka MUDr. Helena Rašková, DrSc., druhým (1972 – říjen 1988) profesor MUDr. Jiří Vaněček, DrSc. Od listopadu roku 1988 vede ústav prof. Švihovec, DrSc. Ve výuce farmakologie ústav pokrývá jak obecnou farmakologii, která by měla studentům přiblížit základní principy účinku léčiv, tak i farmakologii speciální, zaměřenou na základní farmakoterapeutické principy. V celé výuce je prosazován terapeutický aspekt, který by měl položit základní znalosti potřebné pro racionální farmakoterapii. Výuka probíhá ve 4. ročníku studií (2 semestry). V budoucnu je nutno více prosazovat zásady klinické farmakologie v celém systému výuky.

Ve výzkumné činnosti se ústav soustředil počátku na farmakologii bakteriálních toxinů, v současné době na problematiku placentárního transportu, farmakologii kardiovaskulárního systému a na otázky klinické farmakologie. Na ústavu vyrostla řada významných farmakologů, a spolupracovalo s ním i více předních klinických pracovníků.

Ústav klinické biochemie a patobiochemie 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jaroslav Masopust, DrSc.)

Tento ústav patří k prvním svého druhu, který byl ustaven na lékařských fakultách v České republice. 2. lékařská fakulta je také první lékařskou školou, která má jasnou koncepci výuky klinické biochemie, a která pěstuje tento obor jako volitelný povinný předmět. Totéž se týká patobiochemie, kterou chápeme jako teoretickou přípravu pro klinickou biochemii. Oba předměty jsou vyučovány formou blokového studia: patobiochemie ve 4. ročníku po dobu 4 dnů (20 hodin), klinická biochemie v 5. ročníku 5 dnů (25 hodin). Jsou zakončeny zkouškou (písemný test zaškrťávající varianty odpovědí + ústní rozhovor). Studijní program patobiochemie navozuje na látku z biochemie (2. ročník s tím, že jsou vysvětleny jednak změny v základních metabolických pochodech u chorobných stavů, jednak rozebrány metabolické příčiny onemocnění a poruchy funkce jednotlivých orgánů. V klinické biochemii jsou pak rozebírány modelové příklady pacientů s poruchou vnitřního prostředí, hepatopatiemi, onemocněním ledvin, slinivky břišní, gastrointestinálního traktu, kardiovaskulárního ústrojí a nádorovým onemocněním. Je kladen důraz na vysvětlení patogeneze příčiny poruch, na možnosti biochemické laboratorní diagnostiky a posuzování zdravotního stavu pacienta, tedy znalost cílené ordinace biochemických (ev. laboratorních) testů a interpretace jejich výsledků. Posluchači jsou dále seznámeni s expertními počítačovými programy, které komentují biochemické výsledky. Klinickou základnou ústavu je velké, moderně vybavené oddělení klinické biochemie fakultní nemocnice s poliklinikou v Motole, jehož úkolem je přinášet ošetřujícím lékařům informace o zdravotním stavu pacienta (vyšetřované osoby) pomocí chemických, fyzikálně-chemických, biochemických a imunochemických metod. Vyučované předměty pak mají budoucí lékaře naučit hospodárnému a cílenému používání laboratorních testů a adekvátnímu a správnému hodnocení v praxi. Analýzy se provádějí na moderních typech automatických analyzátorů a jsou zpracovávány ve vnitřní síti laboratorního informačního systému.

Oddělení klinické biochemie (dříve Centrální laboratoř) založil prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc. v roce 1950 jako laboratoř I. dětské kliniky bývalé Dětské fakultní nemocnice v Praze na Karlově. Profesor Homolka začal také s výukou laboratorních vyšetřovacích metod v rámci výuky pediatrie. Po něm oddělení převzal prof. MUDr. Jaroslav Ma-

spupost, DrSc., který také spolu s doc. RNDr. Helenou Tomášovou, DrSc. vedl stáže z biochemických laboratorních metod rovněž v rámci výuky pediatrie. Výuka klinické biochemie a patobiochemie jako samostatných oborů začala až ve školním roce 1991/92.

Ústav hygieny 2. LF UK

(Doc. MUDr. Karel Dohnal, CSc.)

Pracoviště hygieny vzniklo v podstatě sloučením výuky školní hygieny a hygieny obecné. Školní hygiena byla původně vyučována v rámci preventivní pediatrie na dětské klinice fakultní nemocnice Pod Petřínem a vznikla z ní posléze hygiena dětí a dorostu. Výuku obecné hygieny zajišťovali zpočátku pracovníci Hygienické stanice Národního výboru hlavního města Prahy. V roce 1982 vznikl ústav hygieny při tehdejší katedře infekčních nemocí, hygieny a epidemiologie, v roce 1986 byla zřízena na fakultě katedra hygieny, sociálního lékařství a organizace zdravotnictví. Samostatným je ústav hygieny od roku 1990. Vedoucími pracoviště byli postupně doc. MUDr. Věra Krásná, CSc., doc. MUDr. Dagmar Soukupová, CSc., prof. MUDr. Jana Synková, DrSc., doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc. a současný přednosta. Obsahovou náplní oboru je sledování a hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva jako podklad pro preventivní opatření v ochraně a posilování zdraví. Preventivní opatření se pak týkají faktorů životního prostředí, prostředí pracovního a životního stylu člověka.

Výuka obsahuje tyto hlavní druhy: problematiku životního prostředí (ekologie člověka), výživy (kromě klasické náplně hygieny výživy sem patří i nutriční epidemiologie a využití výživy v primární i sekundární prevenci chorob), vývoje dětí a dorostu a komunitní lékařství, které je zaměřené na ochranu a posilování zdraví populačních skupin, zejména prostřednictvím primární a sekundární prevence. Pro zajištění komplexního pohledu na tuto problematiku je nutná těsná spolupráce s dalšími obory – sociálním lékařstvím, epidemiologií, statistikou, zdravotní výchovou, legislativou a s obory klinickými. Prvním krokem k předpokládané integraci je společný výukový blok s koordinovanou výukou, zakončený státní závěrečnou zkouškou.

Výzkumná činnost pracoviště se od samého počátku týkala převážně aktuálních problémů vztahu životního prostředí Prahy a zdravotního stavu občanů. V 70. letech to byla studie sledující psychomotorický stav obyvatel historických jader v souvislosti se stavebními úpravami a rekonstrukcemi.

Obdobná studie se prováděla na obyvatelích výškových budov a výsledky přinesly důkazy o zdravotní nevhodnosti těchto staveb pro některé skupiny obyvatel. Problematikou hluku se pracoviště začalo zabývat v době, kdy se hluk v Praze stal vážným zdravotním problémem a bylo zapotřebí přinášet argumenty proti dalším neuváženým projektům. Ve spolupráci s ORL klinikou a klinikou psychiatrickou byl vytvořen tým, který sledoval účinky hluku na školní mládež. V hlučném prostředí byl zjištěn vyšší počet jedinců s neurotickými příznaky, kteří vykazovali nižší výkonnost v testech i horší studijní výsledky. Hladiny hluku, kterými byly sledované kolektivy vystavovány, měly stresogenní účinek. Další zájem sledoval otázky duševního zdraví mládeže a faktory, které mohou jeho kvalitu ovlivnit. Souhrn nepříznivých faktorů životního prostředí velkoměstských center a značná psychická zátěž vyplývající ze současné koncepce studia ostře kontrastuje s možnostmi kompenzace této zátěže. Studie přispěla k zavádění ozdravných opatření na školách. V současnosti řeší pracovníci ústavu projekt „Olovo v prostředí a rizika humánní reprodukce.“

Ústav veřejného zdravotnictví 2. LF UK

(as. MUDr. Eva Pýchová)

Vznik a rozvoj nové zdravotnické soustavy v Československu, kodifikovaný zákonem z roku 1951, vymezil nové úkoly v oblasti zdravotní péče. Ty spočívaly v odklonu od výhradně biologického chápání medicíny směrem k chápání sociální podměněnosti zdraví a nemoci. V této souvislosti vzniklo na tehdejší Fakultě dětského lékařství UK v Praze v roce 1959 oddělení sociálního lékařství v rámci katedry preventivního lékařství. V čele oddělení stál po mnoho let doc. MUDr. Jan Jarolímek, CSc. Oddělení se podílelo jak na výuce, tak na řešení výzkumných úkolů zaměřených na zdravotně-sociální problematiku dětské populace a některé problémy výstavby a organizace významných zdravotnických zařízení, a to jak z hlediska moderních zásad provozu, tak s ohledem na jejich funkci jako výukových základen. Po schválení nové koncepce oboru sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (1984) se oddělení sociálního lékařství stalo součástí katedry hygieny, sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (1986). Toto oddělení vedl od roku 1988 doc. MUDr. Miroslav Veselý, CSc.

Po zrušení kateder fakulty (1990) se oddělení sociálního lékařství a organizace zdravotnictví stalo

samostatným ústavem sociálního lékařství a organizace zdravotnictví.

V souvislosti s realizací nové zdravotní politiky a transformací našeho zdravotnického systému byl od roku 1992 zařazen do výuky nově koncipovaný obor „veřejné zdravotnictví.“ Současné moderní pojetí veřejného zdravotnictví je těsně spjato se strategií Světové zdravotnické organizace (SZO) „Zdraví pro všechny do roku 2000.“

Na tomto podkladě také SZO vytvořila definici veřejného zdravotnictví: „Veřejné zdravotnictví je věda a umění zabývající se prevencí nemocí, prodlužováním života a posilováním zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.“ Na základě této definice je program pregraduální výuky veřejného zdravotnictví na 2. LF UK v Praze koncipován tak, aby studenti především porozuměli filozofii programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a aby byli schopni aplikovat tuto strategii ve své budoucí každodenní klinické praxi, aby získali základní informace o principech zdravotnické politiky i o fungování zdravotnického systému v daném regionu.

Absolventi musejí být připraveni na identifikaci a analýzu faktorů ovlivňujících zdraví, v návaznosti na tyto znalosti musejí mít základní informace o metodách a technikách podporujících a ochraňujících zdraví.

Absolventi musejí již při nástupu do praxe analyzovat a hodnotit důsledky sociálních, kulturních i ekonomických změn na zdraví, musejí být schopni plánovat zdravotní péči včetně péče preventivní ve svém regionu, musejí být schopni analyzovat a kontrolovat základní rizika vnějšího prostředí s vlivem na zdraví populace, musejí být schopni provádět jednoduchý epidemiologický výzkum ve svém regionu i umět organizovat účinnou zdravotní výchovu.

Je samozřejmé, že výchova kvalitních manažerů pro zdravotnictví není možná pouze na lékařské fakultě. Na ní budoucí lékař získá základní pohled na obsah široce koncipovaného oboru veřejného zdravotnictví tak, aby byl schopen využít tyto znalosti ve své klinické praxi či aby je při větším zájmu o obor prohloubil dalším studiem postgraduálním. Při tvorbě výukových programů spolupracuje ústav s dalšími pracovišti u nás i v zahraničí ve snaze vybudovat fungující systém výuky veřejného zdravotnictví tak, aby byla zajištěna kontinuita pre- a postgraduálního studia tohoto interdisciplinárního oboru.

V souvislosti s novým zaměřením výuky, výzkumu i potřebami zdravotnické praxe funguje od začátku roku 1993 ústav pod názvem „Ústav veřejného zdravotnictví.“

Ústav lékařské informatiky

(Doc. MUDr. Pavel Kasal, CSc.)

Lékařská informatika je zcela novým předmětem studia medicíny. Děkan 2. lékařské fakulty zřídil pro jeho výuku v roce 1990 samostatné pracoviště, jež se stalo prvním ústavem lékařské informatiky v tehdejší ČSFR. Od založení ústavu je jeho vedoucím docent MUDr. Pavel Kasal, CSc. Pracoviště je umístěno v budově děkanátu, sestává z pracoven a počítačové třídy, která je součástí lokální sítě. Má celkem pět stálých pracovníků a dalších šest zaměstnanců oddělení výukových systémů Ústavu výpočetní techniky UK, kteří pracují na půdě ústavu. Kromě toho zde trvale pracují na konkrétních úkolech stážisté z jiných pracovišť a medicí se zájmem o programování.

Na ostatních lékařských fakultách byl dosud tento předmět začleňován do výuky nejrůznějších oborů v závislosti na místních podmínkách. Na 2. LF UK probíhá výuka studentů v prvním a čtvrtém ročníku v podobě samostatného předmětu. Vzorem pro tvorbu výukových osnov byla především zahraniční pracoviště, zejména holandská, která mají v evropských podmínkách v této oblasti vedoucí postavení. Cílem moderní koncepce výuky je především osvojení základních principů práce s lékařskou informací a navození specifického způsobu myšlení. Zvládnutí rutiny práce s počítačem je chápáno jako pomocný prostředek v rámci praktických cvičení. Hlavními tematickými okruhy výuky jsou: metodologie řešení odborného problému, bibliografické lékařské informace a jejich zpracování, metody získávání údajů, typy a vlastnosti lékařských dat, metody hodnocení výsledků a jejich interpretace, formalizace lékařského problému, neurčitost a lékařské rozhodování, dynamické systémy a základy biokybernetiky, klinické informační systémy.

Nosným programem vědeckovýzkumné činnosti je tvorba znalostních systémů pro výuku a klinické aplikace. Pro účely výuky jsou rozvíjeny především edukační programy vyšších generací pro rozvoj rozhodování, myšlení a tvůrčího uvažování (simulační programy, interakce s volbou bází znalostí apod.), které jsou připravovány pro jednotlivá pracoviště 2. LF UK. Z klinických aplikací lze uvést různý stupeň integrace prvků umělé inteligence do klinických informačních systémů v oblasti diferenciální diagnostiky, optimalizace terapie, prognostického hodnocení apod. Do této problematiky patří pojmové zpracování lékařských textů zapsaných v přirozeném jazyce, s čímž těsně souvisí rozpracování různých typů klasifikací lékařských

pojmu a číselně kódovaných nomenklatur. Ústav má pracovní kontakty a společné výzkumné projekty se řadou zahraničních pracovišť lékařské informatiky (Vídeň, Berlín, Kodaň, Rotterdam, Ženeva, Montreal).

V návaznosti na jednotlivé specializované kvalifikace svých zaměstnanců provádí ústav konzultační činnost pro pracovníky 2. LF a FN v Motole. Jedná se zejména o poradenskou činnost v oblasti aplikace a interpretace statistických metod a dále pak v problematice uživatelských aspektů komerčního softwaru.

V počítačové třídě jsou pořádány kurzy pro zaměstnance různého zaměření a různé náročnosti podle stupně znalostí. Krom toho se ústav podílí na koordinaci racionálního využívání výpočetní techniky na 2. LF, vydává odborná vyjádření ke koncepčním problémům v oblasti vybavování jednotlivých pracovišť apod.

Ústav základů vzdělanosti a lékařské etiky

(as. MUDr. Petr Příhoda)

Také historie tohoto ústavu je krátká. Byl založen v lednu 1991 a zahájil činnost počátkem zimního semestru školního roku 1991/1992. Vznikl v uprázdněné nuce, neboť neexistovala žádná předcházející instituční forma, na níž by koncepčně navazoval. Všichni pracovníci přešli do ústavu z klinických pracovišť (psychiatrie nebo klinická psychologie), na nichž se věnovali především psychoterapii.

Těžištěm výuky tohoto oboru jsou čtyři tematické okruhy:

1. Všeobecná vzdělanost, uvedení do společenskovo-vědních, resp. humanitních oborů a výchova k občanství
2. Lékařská etika.
3. Psychosociální základy medicíny, psychologie zdraví a nemoci.
4. Otázky filozofické a světonázorové.

První okruh je prezentován v prvním, druhý ve druhém ročníku, zatímco třetí a čtvrtý jsou průběžně náplní ročníků obou. Z pedagogických důvodů bude část výuky oboru přesunuta z druhého ročníku do čtvrtého, kde se předpokládá větší profesionální zralost studentů. Povahou samotného oboru i uvedených tematických okruhů je dáno, že ústav má ambice spíše výchovně-didaktické než vědeckovýzkumné. Plány jeho budoucího rozvoje spočívají ve vyhledávání nových, didakticky působivých forem výuky.

I. dětská klinika FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jan Janda, CSc.)

Původ I. dětské kliniky byl zmíněn v jedné z předcházejících kapitol. V dnešní podobě vznikla v roce 1945 a jejím prvním přednostou se stal profesor MUDr. Jiří Švejcar, DrSc. Teprve v novém prostředí České dětské nemocnice se klinika o zhruba 100 lůžkách mohla rozvinout v plné šíři. Největší zásluhou profesora Švejcara byla schopnost rychle rozpoznat důležitost jednotlivých specializací v pediatrii a najít schopné a nadšené spolupracovníky. Švejcar byl také jedním z hlavních iniciátorů založení fakulty dětského lékařství a Ústavu výzkumu vývoje dítěte. Těžištěm práce na klinice zůstávala kojenecká problematika, výzkum umělé výživy a spolupráce s výrobcí sušeného mléka. Na klinice vzniklo oddělení péče o nedonošené děti, dobrá spolupráce byla s porodnickými klinikami na Karlově a později v Londýnské ulici. Velkým pokrokem bylo zavedení školní výuky na klinice, které později vyústilo v legalizaci řádné nemocniční školy. Z dalších pěstovaných oborů je nutné zmínit péči o alergiky, především o pacienty s bronchiálním astmatem. Profesor Poláček vypracoval na tehdejší dobu originální přístupy léčení dětských toxikóz a byl zakladatelem subspecializace dětské nefrologie. Dalšími obory rozpracovanými na klinice byla dětská endokrinologie a dětská gastroenterologie. Po odchodu prof. Švejcara na nově vzniklou dětskou kliniku ILF v Thomayerově nemocnici v Krči se přednostou stal profesor MUDr. Emil Poláček, DrSc. V roce 1971 se klinika přestěhovala do motolské nemocnice. Poláček kliniku vedl až do svého penzionování v roce 1973, kdy vedení převzal profesor MUDr. Kamil Kubát. Jeho zásluhou bylo především dlouholeté pečlivé vedení časopisu Čsl. pediatrie, jehož byl hlavním redaktorem. Po jeho penzionování v roce 1978 převzala kliniku docentka MUDr. Zdeňka Třesohlavá (profesorkou jmenována roku 1982). Zabývala se především problematikou dětských mozkových dysfunkcí. Od roku 1989 je přednostou docent MUDr. Jan Janda, CSc. Klinika má celkem 110 lůžek na 5 klinických odděleních, 2 vlastní laboratoře a kompletem. Nosným programem kliniky je péče o děti s nízkou porodní hmotností a patologické novorozence (doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.), o nejtěžší pacienty s bronchiálním astmatem a alergickými onemocněními (Doc. MUDr. Vít Petřů, CSc.), o děti s endokrinopatiemi (Doc. MUDr. Lidka Lisá, DrSc.). Děti s onemocněním ledvin jsou soustředěny na oddělení, na kterém byl v roce 1978 také zahájen chronický dialyzační

program a ve spolupráci s Kardiocentrem a dětskou chirurgickou klinikou program transplantací ledvin (as. MUDr. Vladimír Rambousek). Na smíšeném oddělení pro kojence, batolata i větší děti se řeší problematika výživy a onemocnění gastrointestinálního traktu (doc. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.). Má rozsáhlou aktivitu endoskopickou. Na posledním oddělení je věnována péče kojencům a batolatům s akutními onemocněními. Disponuje jednotkou intermediární péče (as. MUDr. Květa Bláhová, CSc.). Od roku 1991 je členem pracovního týmu kliniky také klinický antropolog. Pracovníci kliniky iniciovali založení zájmových klubů pro příznivce dětské dialýzy a transplantace a dívky s Turnerovým syndromem. Z imunologické laboratoře při I. dětské klinice vzniklo v roce 1991 samostatné oddělení klinické imunologie FNM.

Na klinice probíhá výuka studentů v oboru pediatrie a psychologie ve 3. – 6. ročníku. Je vyvíjena celá řada aktivit při tvorbě výukových programů (počítačové programy, videoprogramy atd.) a organizují se již tradiční výměnné zahraniční praxe studentů s pracovišti v Hannoveru, Erlangenu a Freiburgu. V jednotlivých subspecializacích je klinika školícím místem výchovy postgraduální.

Výzkumná činnost je zaměřena na uvedené specializace a probíhá jednak formou grantů přidělených interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR (6 grantů, z toho u dvou je klinika pracovištěm hlavního řešitele), jednak formou mezinárodní spolupráce (Heidelberg, Vídeň, Hannover, Lyon, Freiburg i. B.). V plánu jsou projekty spolupráce s interními klinikami 2. LF UK v oblasti gastroenterologie a nefrologie.

II. dětská klinika FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jan Vavřinec, CSc.)

Také geneze II. dětské kliniky už byla uvedena. Profesor MUDr. Jiří Brdlík byl jejím přednostou už od doby, kdy z jeho podnětu vznikly dvě dětské kliniky, tj. od roku 1934. Až do roku 1945 vedl kliniku obě (za okolností, které přinesla nacistická okupace), od roku 1945 do roku 1954 byl přednostou II. dětské kliniky, kdy na jeho místo nastoupil profesor MUDr. Josef Houšťek, DrSc. Prof. Brdlík učil dlouhá léta své činnosti pediatrii stovky mediků a lékařů, habilitoval 10 docentů, z jeho kliniky vyšli naši přední dětské lékaři. Byl opravdu velikou osobností naplněnou kritičností, tolerantností, kulturou, láskou k dětem a podporou novým směrům v pediatrii. Jeho zásluhy o rozvoj našeho dětského lékař-

ství jsou mimořádné. Profesora Houšťka vystřídal ve vedení kliniky na krátkou dobu docent MUDr. Bohuslav Mrzena, CSc. (1988–1990). V roce 1990 zastával místo zastupujícího přednosty profesor MUDr. Otto Hrodek, DrSc., a to až do konkurzního řízení, kterým byl do čela kliniky jmenován současný přednosta – docent MUDr. Jan Vavřinec, CSc. Klinika má v současnosti 109 lůžek rozmístěných na pěti odděleních.

Hlavní zaměření kliniky zahrnuje dětskou hematologii, dětskou diabetologii a endokrinologii, problematiku chronických respiračních onemocnění, dětskou kardiologii, otázky systémových autoimunitních onemocnění všech typů a akutních i chronických onemocnění kojenců. Při hematologickém oddělení, které vedl dlouhá léta prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc. a v současnosti je řídí jeho žák docent MUDr. Jan Starý, CSc., je zřízena jednotka transplantace kostní dřeně. Její aktivita probíhá v součinnosti s klinikou dětské onkologie FNM a 2. LF UK. Na hematologickém oddělení jsou léčena všechna hematologická onemocnění dětského věku, zejména leukémie, dřevňové útlumy, anémie a krvácivá onemocnění. Diabetologické pracoviště koordinuje péči o diabetické děti v celé ČR (doc. MUDr. Jan Vavřinec, CSc.), v rozsahu péče o veškeré endokrinopatie je zvláštní zájem zaměřen na poruchy růstu (as. MUDr. Jan Lébl, CSc.) a poruchy pohlavního vývoje (as. MUDr. Marta Šnajdrová, CSc.). Dlouhou tradici kliniky v péči o chronická respirační onemocnění (asthma bronchiale, vrozené vady dýchacího ústrojí, plicní fibrózy) založil prof. Houšťek a pokračovaly v ní docentky MUDr. Marta Čopová, CSc. a nyní MUDr. Blanka Suková, CSc. Komplexní zajištění dětí s cystickou plicní fibrózou zajišťuje po léta na vysoké úrovni docentka MUDr. Věra Vávřová, DrSc. Kardiologické pracoviště (Doc. MUDr. Věra Hroboňová, CSc.) se ve spolupráci s Kardiocentrem FNM stará o děti s vrozenými vývojovými vadami, chorobami myokardu a další.

I. interní klinika FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. František Kölbl, DrSc.)

V areálu FNM začala výuka vnitřního lékařství ve školním roce 1977/1978, klinika byla zřízena k 1. 7. 1978. (Na fakultě ovšem fungovala už od roku 1955 interní klinika ve fakultní nemocnici Pod Petřínem, předtím se interní lékařství učilo na I. interní klinice FVL a v nemocnici na Bulovce.) První přednostou byla jmenována docentka MUDr. Jaro-

slava Fišerová, CSc. Pedagogický sbor kliniky tvořili jednak učitelé, kteří do FNM přešli z nemocnice Pod Petřínem, jednak někteří pracovníci interních oddělení FNM. Už od počátku měla klinika koronární jednotku a kardiologie byla v popředí jejího zájmu i vzhledem k významné možnosti spolupráce se specializovaným pracovištěm pediatrické kardiologie a kardiochirurgie – pozdějším Kardio-centrem. Od roku 1981 převzala klinika funkci oblastního kardiostimulačního pracoviště. Kromě kardiologie se tu věnovala pozornost také gastroenterologii a nefrologii. Doc. Fišerová byla v roce 1983 jmenována profesorkou vnitřního lékařství. V roce 1990 ji ve funkci přednosty nahradil na základě konkurzního řízení docent MUDr. František Kölbl, DrSc., který se stal profesorem v roce 1992. Nové vedení (zdravotnickým zástupcem je doc. MUDr. Josef Osten, CSc.) dalo klinice pevnou organizační strukturu a pracovní řád a zavedlo systém diferencované péče o nemocné s poskytováním takové kvality a intenzity péče, jakou zdravotní stav nemocných vyžaduje. Základními oblastmi odborné orientace kliniky jsou kardiologie, gastroenterologie a diabetologie s intenzivní metabolickou péčí. V oblasti kardiologie se podařilo získat prostředky na nový monitorovací systém koronární jednotky, bylo plně rozvinuto Holterovo monitorování arytmií, kardiostimulační pracoviště provádí přes 200 implantací ročně, zavedlo moderní způsob kardiostimulace a elektrofyziologické vyšetřování nemocných s arytmiemi. Pro invazivní diagnostiku byla vybudována vlastní katetrizační laboratoř v těsné blízkosti koronární jednotky, počítá se i s prováděním koronárních angioplastik. Kromě péče o nemocné ischemickou chorobou srdeční setrvává klinika u zájmu o vrozené srdeční vady dospělých. Gastroenterologická pracovní skupina zavedla řadu endoskopických diagnostických a léčebných metod (endoskopická retrográdní cholechopankreatografie, papilosfinkterotomie, litotrypsie, polypektomie). Ve spolupráci s pracovníky chirurgické kliniky byla ve FNM zavedena trvalá služba urgentních endoskopií proximální i distální části trávicího ústrojí. Pro jednotku intenzivní metabolické péče, která pracuje od března 1990, jsou hlavními oblastmi zájmu diabetologie a poruchy výživy s potřebou umělé enterální i parenterální výživy. Pro tuto oblast se klinika stala konziliárním pracovištěm všech zařízení dospělé části FNM, a podílí se široce na pre- i postgraduální výuce.

Po reformě studia a změně náplně výuky oboru vyučuje klinika vnitřní lékařství ve 3. – 6. ročníku. Výuku trvale inovuje, v současné době je před zahájením provozu počítačová studovna s výukovým i zkušebním programem ze všech oblastí vnitřního

lékařství. Pracovníci kliniky připravují spolu s nakladatelstvím H+H kazuistické texty pro posluchače fakulty a budou se podílet na dalším vývoji počítačového programu ve spolupráci s 1. LF UK. Jednotlivá odborná pracoviště kliniky, zejména echokardiografická, sonografická a endoskopická laboratoř vyučují v postgraduálních programech.

Výzkumná činnost, zajišťovaná převážně formou grantů, se zaměřuje na zmíněné hlavní obory pěstované na klinice.

Chirurgická klinika dospělých FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Josef Dvořák, CSc.)

Chirurgické oddělení Městské nemocnice v Motole vzniklo během 2. světové války jako oddělení všeobecné chirurgie, které vedl jeden z nejvýznamnějších českých chirurgů – profesor MUDr. Jiří Diviš. Po skončení války nastoupil na místo primáře profesor (tehdy docent) MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc., syn vynikajícího chirurga, který mu byl vzorem. Přišel po 13 letech práce na I. chirurgické klinice v Praze (vedené profesorem Arnoldem Jiráskem) s jasnými představami a pevnými zásadami, kterým chtěl dosáhnout. Ve svízelných podmínkách, jen s hrstkou nadšenců, začal rozvíjet chirurgii v celé její šíři (včetně neurochirurgie a chirurgie hrudní). Na oddělení vznikly úseky, které na jiných chirurgických pracovištích dosud neexistovaly, např. stanice intenzivní péče a v roce 1957 založená stanice endoskopická. Do velké šíře a hloubky byla rozvíjena hlavně gastroenterochirurgie a v jejím rámci zejména chirurgie žlučových cest. Logickým důsledkem usilovné práce oddělení byl v roce 1967 vznik chirurgické kliniky. Zpočátku to byla IV. chirurgická klinika FVL a od roku 1971 chirurgická klinika dospělých FDL. Klinika měla vynikající pověst a osobnost prof. Dr. B. Niederleho, DrSc. ovlivnila vývoj mnoha jeho spolupracovníků, z nichž řada v motolské nemocnici stále pracuje.

V roce 1975 nastoupil do čela kliniky profesor MUDr. Vladimír Nahodil, DrSc. (zpočátku jako docent) a v návaznosti na gastroenterochirurgickou tradici rozvíjel se spolupracovníky další úseky chirurgie (otázky akutní ileofemorální trombózy, diabetické gangrény, lymfovenózní anastomózy při ascitické formě jaterní cirhózy, chirurgické léčby plicních nádorů, závažných poranění hrudníku a hlavně chirurgické léčby onemocnění štítné žlázy). Na klinice byla zřízena celá řada specializovaných ambulancí – cévní, mamologická, proktologická, gastroenterologická a pro onemocnění pan-

kreatu. V návaznosti na původní představy prof. Dr. B. Niederleho, DrSc. se rozvíjela práce endoskopické skupiny, běžně se prováděla a provádí akutní i plánovaná vyšetření horní i dolní části trávicí trubice včetně ERCP, endoskopické stinkterotomie s extrakcí kamenů ze žlučových cest, opichy jícnových varixů, polypektomie i dilatace stenóz neopyloru po resekčních výkonech. Zřízena byla lůžková jednotka intenzivní péče. Od listopadu 1990 je přednostou kliniky docent MUDr. Josef Dvořák, CSc. Pokračuje výborná spolupráce s klinikou nukleární medicíny profesora Němce, ale i s ušní, nosní a krční klinikou a klinikou oční při řešení onemocnění štítné žlázy (nádory, závažné formy tyreotoxikóz a orbitopatií, reoperace na štítné žláze). V roce 1992 byly zavedeny laparoskopické operace a užívání stapplerů v proktologii. Laparoskopické operace se užívají nejen pro odstranění kamenů ve žlučniku, ale také k odstranění červovitého výběžku slepého střeva a výhledově pro operace kýl a některých onemocnění žaludku a tlustého střeva. Rozvíjí se chirurgie jater (resekce, v krátké budoucnosti a ve spolupráci s klinikou dětské chirurgie FNM transplantace). Dostavbou nového plicního oddělení FNM se zvýšil počet operací plic, který bude nepochybně dále narůstat. Zlepšila se úroveň péče traumatologické.

Klinika zajišťuje výuku chirurgie pro posluchače 3. – 6. ročníku fakulty. Snahou učitelů je poskytnout studentům dobré základy pro lékařské povolání, což předpokládá:

1. velmi dobré znalosti z obecné chirurgie, které se promítají do každodenní činnosti každého lékaře;
2. znalosti indikací ke konzervativnímu či operačnímu postupu v oblasti speciální chirurgie, pochopení základních principů chirurgické léčby, úskalí a komplikací diferenciální diagnostiky, zejména při akutních chirurgických onemocněních;
3. získání zručnosti v určeném souboru základních praktických úkonů a dovedností;
4. získání správného vztahu k chirurgickým nemocným. Student by si měl z výuky chirurgie odnést i to, že teoretické poznatky a technický rozvoj mění přístupy k některým onemocněním daleko rychleji, než se obměňují skripta a celostátní učebnice.

Vědeckovýzkumná práce kliniky je zaměřena převážně na otázky chirurgie štítné žlázy, chirurgie biliární, zavádění laparoskopických metod do chirurgie, diagnostiku a léčbu akutní pankreatitidy, Crohnovy choroby, nádorů tlustého střeva, akutní střevní onemocnění, léčení diabetických gangrén, akutní ileofemorální trombózy a komplexní léčení nádorů prsu. V nové nemocnici pro dospělé ve FN Motol se plánuje zřízení chirurgické kliniky (kli-

nik) s 324 lůžky. Předpokládá se, že toto množství pokryje potřebu všeobecné chirurgických lůžek i všech nástavbových oborů včetně kardiochirurgie a transplantační jednotky.

Poznámka: Na chirurgické klinice byla původně přestována i urologie. V roce 1984 se vyčlenila vznikem samostatného urologického oddělení FNM pod vedením primáře MUDr. Ivana Kawaciuka, CSc., který se podílí na výuce urologie jako externí učitel fakulty.

Klinika dětské chirurgie FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc.)

Současně se vznikem samostatné fakulty byla v roce 1953 zřízena klinika dětské chirurgie. Do roku 1968 byl jejím přednostou dětský chirurg světového formátu – profesor MUDr. Václav Kafka, DrSc., který byl zakladatelem moderní dětské chirurgie v Československu. Pod jeho vedením se na klinice rozvíjela dětská chirurgie v plném rozsahu, včetně neurochirurgie, kardiochirurgie, urologie a onkochirurgie. V letech 1968 – 1979 byl přednostou kliniky prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc. V tomto období nastala úzká specializace i v dětské chirurgii, takže se z kliniky postupně odstěpila samostatná pracoviště dětské onkologie (prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.) a oddělení dětské neurochirurgie (prof. MUDr. V. Beneš, CSc., v současnosti prim. MUDr. M. Tichý), která v krátké době dosáhla vynikajících výsledků. Nástupcem prof. Tošovského se stal v letech 1979 – 1990 prof. MUDr. Miroslav Kabelka, DrSc., který vybudoval oddělení novorozenecké chirurgie a dále rozvíjel hlavně oblast hrudní, ale i břišní chirurgie. Od roku 1990 je přednostou kliniky doc. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc. V současnosti má klinika 86 lůžek na čtyřech základních odděleních. Kromě svého „officia“ z obecné chirurgie pro pět pražských obvodů se specializuje na novorozeneckou chirurgii, hrudní chirurgii, proktologii, onkochirurgii, urologii a traumatologii. Ročně je v průměru operováno 2 000 dětí. Na den (včetně sobot a nedělí) připadá šest operací. Těmito počty se řadí pracoviště mezi nejproduktivnější v Evropě. Na jednoho chirurga připadá ročně 130 operací. Jako jediná v České republice má klinika samostatné oddělení novorozenecké chirurgie, na které je ročně přijato 80 chirurgicky nemocných novorozenců. V oblasti hrudní chirurgie se zaměřuje na pacienty s vrozenými defekty hrudní stěny a ve velkém rozsahu vyšetřuje a léčí pacienty s vrozenými a funkčními vadami jícnu.

Na pracovišti je operována většina dětí s nádory mediastina. V oblasti hrudní chirurgie se zavedly nové operační techniky (laser, CUSA). Díky spolupráci s klinikou dětské onkologie, kde se koncentrují dětské onkologičtí pacienti prakticky z celých Čech, bylo možné získat velké zkušenosti s operacemi solidních nádorů hrudníku, dutiny břišní a retroperitonea. V letech 1980–1992 jsme operovali 1 154 dětí se solidními nádory. Jaterní chirurgie je cílena na problematiku rozšířených resekcí u maligních nádorů jater. Současné výsledky jsou srovnatelné s pracovišti v západním světě. V oblasti dětské urologie je hlavním zájmem problematika vasikoureterálního refluxu a subrenální obstrukce. Na klinice se koncentrují pacienti s rozštěpovou vadou močového měchýře. Ve spolupráci s I. dětskou klinikou se urologové podílejí na problematice transplantace ledvin. Další sférou zájmu je chirurgická léčba vrozené střešní aganglionózy (tzv. Hirschsprungovy choroby) a složitých anorektálních a kloakálních malformací a konečně i problematika těžkých polytraumat (spolu s anesteziologicko-resuscitační klinikou).

Na výuce chirurgie pro studenty 2. LF UK participuje klinika výukou obecné a dětské chirurgie (včetně státní závěrečné zkoušky). Rozsáhlá je i výuková činnost postgraduální.

V současném období připravují dětské chirurgové program transplantace jater v dětském věku.

Ortopedická klinika dětí a dospělých FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Václav Smetana)

Klinika byla založena v květnu 1945 profesorem MUDr. Otakarem Hněvkovským, DrSc. na základě rozhodnutí rektorátu UK v Praze jako II. klinika pro dětskou chirurgii a ortopedii LF UK v Praze. Se vznikem pediatrického směru (1951) a později fakulty dětského lékařství (1953) se účastnila klinika výuky mediků jak na fakultě všeobecného lékařství, tak na fakultě dětského lékařství. Od roku 1962 pak přešla plně pod FDL UK v Praze. Klinika profesora Hněvkovského, jak se této klinice po léta říkalo, vznikla ve staré historické budově založené čestným pražským občanem profesorem Dr. Josefem Löschnerem v roce 1854. Byla součástí německé univerzity do roku 1945. Posledním přednostou německé ortopedické kliniky byl profesor Dr. Springer, který je počítán mezi rakouské ortopedy. Stará historická budova byla určena v 80. letech k likvidaci, její dětská část byla přestěhována do nové budovy FNM a dospělá část byla v roce

1984 dočasně zrušena. Situace se však vyvinula jinak. V dnešní době je klinika součástí FNM a má dvě části. Padesátilůžková dětská část je umístěna v motolském monobloku, třiapadesátilůžková část pro dospělé je nadále ve staré historické, nyní zmodernizované budově na Karlově náměstí. Jak už bylo zmíněno, byl prvním přednostou kliniky v letech 1945–1971 prof. MUDr. Otakar Hněvkovský, DrSc. Druhým přednostou byl prof. MUDr. Stanislav Popelka, DrSc. (1971–1983), třetím prof. MUDr. Rudolf Kubát, DrSc. (1983–1990). Od roku 1990 je přednostou MUDr. Václav Smetana. Z ostatních osobností kliniky je nutno vzpomenout doc. MUDr. Emila Eise, CSc., který se z prvního asistenta prof. Hněvkovského stal koncem 60. let přednostou I. ortopedické kliniky. Kromě doc. Eise se na klinice habilitovali MUDr. Karel Mayer, CSc., MUDr. Eduard Holec, CSc., MUDr. Jaroslava Slačálková, DrSc. a MUDr. Petr Korbelař, CSc.

V období prof. Hněvkovského se pracovníci kliniky věnovali dětské chirurgii, především však problematice vrozených vývojových vad pohybového ústrojí, kostních nádorů a léčení následků dětské obrny. Stejně tak byla až do 60. let součástí klinické práce operativa vad páteře. Po celou dobu své existence se klinika zabývala traumatologií dětského věku, a to do 60. let nejen v oblasti pohybového ústrojí. Další náplní byla problematika kostních zánětů. Docent Eis se věnoval otázkám léčení paklobů dlouhých kostí. S nástupem profesora Popelky nastal rozvoj revmatochirurgie, za jejíhož zakladatele je druhý přednosta kliniky v rámci celého Československa právem považován. Ortopedická klinika byla jedním z pracovišť, kde byly prováděny první kloubní náhrady nejen kyčelního kloubu, ale i drobných kloubů ruky. Prioritní jsou některé operace prof. Popelky v oblasti revmatochirurgie ruky. Pod vedením druhého přednosty kliniky se rozvíjela operativa kostních zánětů a afekcí provázejících dětskou mozkovou obrnu. Profesor Kubát se zaměřil na vybudování nové dětské části kliniky v Motole a má zásluhy na rozvoji dětské traumatologie. Pod jeho vedením nastalo na klinice období renesance operativy páteře a výzkumu systémových onemocnění a vrozených vad. S nástupem posledního přednosty se na kliniku vrátila intenzivnější účast ortopedů na úseku následků dětské mozkové obrny a ostatních neurogenických onemocnění dětí. Na dospělé části nastal v posledních dvou letech prudký rozvoj operativy endoprotetických náhrad v oblasti kolenního kloubu.

Pracovníci kliniky zajišťují v rámci výuky chirurgie přednášky a praktická cvičení na úseku obecné chirurgie, ortopedie a traumatologie (včetně části při státní závěrečné zkoušce).

Dětská část kliniky je svým způsobem v českých zemích, vedle kliniky brněnské, vlastně jedinou specializovanou dětskou ortopedickou klinikou. V klinické, ale i výzkumné sféře se klinika věnuje tradičně pěstovaným úsekům oboru: traumatologii pohybového ústrojí, chirurgii vrozených vad a systémových onemocnění pohybového ústrojí, onkochirurgii, dětské revmatochirurgii a chirurgii neurogenních onemocnění pohybového aparátu, spondylochirurgii a léčbě zánětů kostí. Rozvíjí se sonografická diagnostika a operativa artroskopická. Další rozvoj dospělých částí kliniky souvisí s otevřením nového oddělení v dokončovaném mobilu pro dospělé v Motole.

Klinika porodnictví a gynekologie dospělých a dětí FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.)

Klinika vznikla současně se založením fakulty v budově bývalého soukromého sanatoria v Londýnské ulici č. 41 a byla tehdy poměrně malou porodnicí s ještě menší gynekologií. Jejím prvním přednostou se stal profesor Rudolf Peter, který byl také prvním profesorem gynekologie a porodnictví FDL UK, a který kliniku vedl až do své smrti v roce 1966. Objem léčebně-preventivní, pedagogické i vědeckovýzkumné práce kliniky vzrůstal a stará budova začínala být těsná. A tak se druhý přednosta kliniky, prof. Alfréd Kotásek (kliniku vedl od roku 1967 do roku 1984) snažil kliniku rozšířit připojením a přestavbou sousedního domu v Londýnské ulici č. 39. Přestavba postupovala socialistickým tempem a tak tato druhá budova začala klinice sloužit až za dalšího přednosty, prof. Břešťáka, v roce 1985. Prof. Břešťák byl přednostou kliniky od roku 1984 do roku 1990. Pokračoval v Kotáskových snahách rozšířit kliniku anexí a přestavbou dalších dvou budov v Bělehradské ulici. Tato část byla zprovozněna v říjnu 1990 a tak má dnes klinika 173 gynekologických a porodnických lůžek pro dospělé ženy, 20 lůžek pro dětskou gynekologii a 48 míst pro novorozence. Zlepšily se i podmínky pro výuku a pro laboratorní práci i kulturnost pracovního prostředí. Od roku 1990 je přednostou doc. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.

Profesor Peter byl nadšeným a fundovaným vědcem a stejně jako jeho následovníci podporoval výzkumnou práci na klinice. Ta se tradičně soustřeďovala především na dva tematické okruhy: perinatologii a dětskou gynekologii. V perinatologii se klinický výzkum zaměřoval nejprve na některé choroby v těhotenství, především na toxoplazmózu

(Peter a Fuchs), později na hepatopatie (Fuchs, Kotásek) a na genetickou prekoncepční a prenatalní péči (Červenka, Fuchs a spolupracovníci), dále pak na výzkum činnosti myometria (Břešťák) a první zavádění ultrasonografické diagnostiky (Suk). První diagnostická amniocentéza v Čechách byla provedena právě zde! Druhým nosným odborným programem kliniky byla a je dětská gynekologie. Peter, který v roce 1940 založil v Praze první samostatnou ambulanci pro dětskou gynekologii, je považován za otce dětské gynekologie v celé Evropě. V roce 1963 na své klinice otevřel i lůžkové oddělení pro dětskou gynekologii o 15 lůžkách. V současnosti má 20 lůžek v nově adaptované části kliniky. Peter vychoval na své klinice řadu odborníků v dětské gynekologii, mezi nimiž vynikl nejvíce doc. Veselý. Společně se zabývali fyziologií dětských rodidel, diagnostikou, problematikou zánětů rodidel, spolupracovali s pediatrie, s dětskými endokrinologi, chirurgy a urology ve smyslu moderní komplexní interdisciplinární péče. V roce 1981 převzal vedení úseku dětské gynekologie Dr. Hořejší a v duchu peterovských tradic rozšiřoval a rozšiřuje léčebně preventivní i vědeckovýzkumný profil kliniky v této subspecializaci. V současné době zde probíhá výzkum autoimunních protilátek proti ovariu v juvenilních poruchách jejich endokrinní funkce. Z tradic gynekologické péče o děti vzniklo na klinice i Centrum dorostové gynekologie, které mj. rozvíjí tři specializované poradny pro mladistvé: antikoncepční poradnu, poradnu pro mladistvé těhotné (včetně specializované péče porodnické) a poradnu pro patologii děložního hrdla a jejich prevenci. V oblasti gynekologie dospělých se léčebná i výzkumná činnost zaměřila především na prevenci a včasnou detekci prekanceróz děložního hrdla (Veselý, Rotta) a byly zavedeny i nové metody léčebné, zejména kryochirurgie (Rotta). Rozvíjí se i diagnostická i operační laparoskopie (Černý). Výzkum se zaměřuje na otázky premenstruačního syndromu (Rotta), na problematiku stresu v porodnictví (Fuchs) i v gynekologii (Fuchs, Rotta) a na endokrinologii ženského klimakteria (Matěchová). Řadu let probíhá výzkum a vývoj antikoncepce hormonální i intrauterinní (Houdek, Pelák). Jistě stojí za zmínku, že od vzniku kliniky tu bylo obhájeno 10 kandidátských prací, 7 lékařů získalo titul doktora lékařských věd, 8 lidí se habilitovalo, 2 byli jmenováni profesorem a prof. Kotásek se stal – jediný mezi gynekology – akademikem.

Léčebně-preventivní i vědeckovýzkumný profil kliniky se samozřejmě odráží i v pedagogice: Posluchači se seznamují v celé šíři s oborem gynekologie a porodnictví. Kromě hledisek odborných je

zdůrazňován i etický, psychosomatický a sexuologický přístup k těhotným ženám i k ženám s gynekologickými a nádorovými onemocněními. Tato výuka je dobře srovnatelná s úrovní a rozsahem výuky na 1. lékařské fakultě UK, jak si každoročně ověřujeme u studentů této fakulty, kteří kliniku rádi vyhledávají pro své prázdninové praxe. Navíc se na klinice již od Peterových dob přednáší dětská gynekologie, studenti se s ní seznamují na stážích a dostávají z ní otázku při státních závěrečných zkouškách. Z pera učitelů kliniky vyšla již dvojice skripta a dvě monografie dětské gynekologie. Výuka dětské gynekologie je specifikem kliniky i fakulty. Proto jsou současní čeští pediatri seznámeni s problematikou dětské gynekologie, dožadují se spolupráce s ní a tak zpětně přispívají k všeobecnému rozšíření tohoto oboru po celém státě. Přispívá k tomu ovšem i postgraduální výuka dětské gynekologie, která je další z peterovských tradic kliniky. Na klinice studovalo tento obor již více než 200 lékařů z naší vlasti a několik desítek odborníků ze zahraničí, takže pojem „pražská škola dětské gynekologie“ je v odborném písemnictví běžně tradován.

O perspektivách kliniky se v současné době hovoří obtížně, neboť ji v dohledné budoucnosti čekají zásadní změny, dané jejím přemístěním do Motola po dokončení výstavby nového monobloku.

Klinika anesteziologie a resuscitace ILF a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jan Pachl, CSc.)

Anesteziologicko-resuscitační klinika (ARK) vznikla v roce 1973 jako pracoviště Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. V roce 1988 se stala současně výukovou základnou pro pregraduální vzdělávání studentů tehdejší FLD UK pro obor anesteziologie a resuscitace. Přednostou byl v letech 1973 – 1990 profesor MUDr. Jiří Pokorný, DrSc., jeho nástupcem je od roku 1990 docent MUDr. Jan Pachl, CSc.

Do roku 1987 byla výuka studentů fakulty v oboru anesteziologie a resuscitace zajišťována v rámci výuky chirurgie, pediatrie a interního lékařství. V současné době probíhá výuka především v 5. ročníku studia formou týdenní blokové stáže. Kromě toho participuje klinika na výuce neodkladné péče s chirurgickou klinikou a s klinikami pediatrickými.

Výzkumná činnost kliniky byla dlouhodobě zaměřena na problematiku stavů bezprostředně ohrožujících život za mimořádných podmínek, na vývoj nových typů ventilátorů, zvláště generátorů vysoc-

kofrekvenční tryskové ventilace. V současném období jsou v rámci Interní grantové agentury ministerstva zdravotnictví ČR řešeny otázky léčby edému mozku, jaterního selhání, Reyova syndromu a výživy dětí v kritických stavech.

Klinika dětské onkologie FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.)

Klinika dětské onkologie (KDO) je prvním a jediným specializovaným pracovištěm oboru dětské onkologie v republice. Na její půdě vlastně obor dětské onkologie, v Československu neexistující, vznikl. Obor se začal rozvíjet na klinice dětské chirurgie Dětské fakultní nemocnice v roce 1964, kdy její tehdejší přednosta prof. Kafka pověřil MUDr. Kouteckého cílenou péčí o onkologicky nemocné děti přijaté na kliniku. 1. července 1971 byl po doležitelném pokroku jmenován Dr. Koutecký ordinářem. Byl to vůbec první ordinariát oboru klinické onkologie v tehdejší Československu. V říjnu 1974 byla rekonstrukcí části kliniky a dvou sklepů místností otevřena „Stanice dětské onkologie“ s 18 lůžky a spolu s ní onkologická laboratoř. Bylo to tehdy první onkologické pracoviště v republice, ostatní (pro dospělé) byla pracovišti radioterapeutickými. Vedoucím lékařem byl Dr. Koutecký. Po přestěhování kliniky z Karlova do motolského areálu bylo 1. listopadu 1978 otevřeno samostatné oddělení dětské onkologie FNM (primariát). Počátečních 18 lůžek oddělení se brzy rozšířilo na 25. 1. června 1983 získalo oddělení statut kliniky a stalo se současně základnou fakulty pro výuku onkologie. Přednostou byl jmenován docent a později profesor MUDr. Koutecký, DrSc. V únoru 1986 byla klinika druhým 25lůžkovým oddělením rozšířena na 50 lůžek a konečně 1. prosince téhož roku o dalších deset na 60. Umístění v suterénu motolského monobloku a značné prostorové omezení velmi znesnadňovala rozsáhlou činnost kliniky, a proto vedení FNM rozhodlo na jaře 1993 o jejím přestěhování do 1. poschodí, kde jsou podmínky pro nemocné děti i pracovníky nesrovnatelně lepší. Bylo možné zřídit laboratoře pro biologii nádorové buňky a jednotku transplantace kostní dřeně.

KDO zajišťuje péči o onkologicky nemocné děti a mladistvé z celé ČR se všemi druhy nádorových onemocnění s výjimkou leukemií. V posledním období zahájila v úzké spolupráci s II. dětskou klinikou transplantace kostní dřeně, zřízeno bylo pracoviště ambulantní chemoterapie. Motolský komplex umožňuje zajistit veškerou komplexní péči

prostřednictvím téměř všech specializovaných pracovišť. Radioterapii obstarávají radioterapeutické kliniky 1. a 3. lékařské fakulty, celotělové ozáření v rámci dřeňových transplantací Ústav radiční onkologie na Bulovce. V sousedství monobloku však už vyrůstá vlastní radioterapeutické pracoviště. Idea centralizované péče spočívá v tom, že relativně malý počet onkologicky nemocných dětí vyžaduje péči specializovaných dětských onkologů na superspecializovaném pracovišti, které disponuje pediatricky orientovaným zázemím mnoha odborných pracovišť diagnostického i terapeutického zaměření. To přináší při neodmyslitelné koncentraci pacientů (SZO doporučuje zřízení takového pracoviště pro oblast zhruba 5–6 mil. obyvatel) dostatek vědomostí, zkušeností i materiálního zajištění. Je prokázáno, že péče rozříznutá přináší o více než 100% horší výsledky. Předpoklady pro to od samého, a zpočátku velmi svízelného vývoje, splňuje pouze pracoviště ve FNM. Dokladem významu takového pojetí jsou docilované léčebné výsledky, které se 60%–70% řadí mezi výsledky docilované předními světovými pracovišti (kolísaly mezi 3%–5% v počátcích).

Výuka onkologie probíhala léta ve 4. ročníku blokovým systémem, zpočátku v „trojkombinaci“ s výukou radiodiagnostiky a nukleární medicíny. Studenti tomuto předmětu říkali „trojskok.“ Nyní je už několik let onkologie předmětem samostatným a od letošního roku je přesunuta do ročníku pátého. Dvoutýdenní blok je rozšířen o týden volitelně povinné klinické onkologie pro zájemce, jichž je hodně. Ve výuce onkologie dospělých pomáhají klinice pracovníci radioterapeutického oddělení FNM. Struktura výuky spočívá v seminářích, „velkých“ a rentgenových vizitách a práce u lůžka se snahou umožnit studentům provádět co nejvíce výkonů.

Dlouhou řadu let se pracovníci kliniky zabývají prací výzkumnou. I když má převážně charakter výzkumu klinického, začínají do ní pronikat prvky výzkumu základního, samozřejmě se zřetelem na jeho klinické využití. Současně dvě výzkumné oblasti dotované granty se týkají problematiky pozdních následků protinádorové léčby u dětí a otázek klinické onkologické imunologie. Významným způsobem se rozšířily styky a spolupráce se zahraničními partnery.

Podmínky, ve kterých KDO zajišťovala do listopadu 1989 pediatricko-onkologickou péči, byly tristní. Veřejnost se s touto situací seznámila během prosince 1989 a prvních měsíců 1990 prostřednictvím sdělovacích prostředků. Jejich pochopení a nadšení vyvolalo pozitivní reakci, která vedla k založení konta a posléze nadace „Národ dětem“ určených

pro KDO, resp. onkologicky nemocné děti ošetřované na KDO FNM. Její význam je pro zlepšení kvality komplexní péče nezměrný a prospívá navíc i mnoha ostatním pacientům a pracovištím FNM.

Klinika ušní, nosní, krční FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jaroslav Fajstavr, DrSc.)

Ušní, nosní, krční oddělení (dále ORL – otorinolaryngologické) pro dospělé vzniklo v motolské nemocnici roku 1943. Mělo 30 lůžek a jeho přednostou byl do konce února 1972 primář MUDr. Antonín Lukeš. 1. března 1972 se stal jeho přednostou tehdejší docent MUDr. Jaroslav Fajstavr, CSc. Od 1. května 1981 bylo toto ORL oddělení sloučeno s dětskou ORL klinikou (viz dále) v jedno pracoviště se statutem kliniky a stejným přednostou, který v roce 1982 obhájil doktorskou disertační práci a roku 1985 byl jmenován profesorem pro obor otorinolaryngologie.

Dětská ORL klinika datuje svůj počátek rokem 1946. Byla umístěna v nalezinci na Karlově. Jejím prvním přednostou byl profesor MUDr. B. Wiškovský, kterého v roce 1953 vystřídal docent MUDr. Jan Chvojka (později profesor ORL kliniky olomoucké lékařské fakulty). V letech 1960–1979 vedl kliniku docent MUDr. Jan Klos, DrSc. Do nových prostor nemocnice v Motole se klinika přestěhovala v roce 1978. V období let 1979–1981, kdy byla pracoviště dětí a dospělých sloučena, byl externím vedením dětské ORL kliniky pověřen Doc. Dr. Fajstavr.

I po sloučení (1981) byla autonomie obou pracovišť se všemi výhodami těsné spolupráce v klinické, pedagogické i vědeckovýzkumné činnosti zachována.

Jedním z nejlepších odborníků v dětské endoskopii ORL oblasti byl dlouholetý zdravotnický zástupce přednosty kliniky primář MUDr. Jiří Kanta, kterého po jeho odchodu do důchodu plně nahradil primář MUDr. Pavel Březovský. Díky koncentraci onkologicky nemocných dětí a mladistvých na klinice dětské onkologie se na ORL klinice vytvořil tým schopný diagnosticky i chirurgicky řešit onkologická onemocnění ORL oblasti na evropské úrovni. Významným úsekem činnosti obou částí kliniky je chirurgická léčba nedoslýchavosti.

Výuka oboru, rozšířená proti ostatním lékařským fakultám o fundovaný výklad ORL nemoci dětského věku, probíhá formou dvoutýdenního bloku v 5. roce studia.

Dětská oční klinika FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Blanka Brůnová, DrSc.)

V období existence pediatrické větve LF UK a v prvních letech po založení FDL UK vyučovaly oftalmologii tehdejší docentka MUDr. Věra Kadlecová, DrSc. a asistentka MUDr. Helena Lomíčková na II. oční klinice FVL. První učitelkou oftalmologie na FDL UK byla od září roku 1960 právě as. Dr. Lomíčková, stále však na jmenované klinice. Dětská oční klinika v rámci FNM byla ustavena k 17. září 1979 a její přednostkou byla jmenována už profesorka Lomíčková, DrSc., která ji vedla do konce června 1986. Její nástupkyní se stala profesorka MUDr. Blanka Brůnová, DrSc. Dobré přístrojové vybavení umožnilo rozvinout na klinice řadu speciálních operačních metod v mikrochirurgii dětského oka, zejména při kongenitálních patologických změnách.

Výuka oftalmologie získala založením kliniky podstatně příznivější podmínky. Zkvalitnila se i úzkou pospolitostí vysoce specializovaných pracovišť ve FNM. Probíhá ve formě 14denního bloku v 5. ročníku. Jako jediné specializované pracoviště pro dětskou oftalmologii se stala klinika i postgraduálním školicím pracovištěm.

Výzkumně se klinika zabývá problematikou komplexní terapie dětských glaukomů, dětskými uveitidami, strabologií, kontaktními čočkami (účast na vývoji nových typů, posuzování výsledků preklinických testů, koordinace klinického zkoušení, schvalování nových typů do výroby). Některé z uvedených studií řeší klinika ve spolupráci s I. a II. oční klinikou univerzity ve Vídni. Úzká spolupráce existuje s Ústavem experimentální medicíny a s Ústavem makromolekulární chemie AVČR.

Dětská stomatologická klinika FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Jiří Kozák, CSc.)

Historie dětské stomatologické kliniky (dále DSK) 2. LF UK začíná koncem padesátých let v bývalé dětské fakultní nemocnici na Karlově, kdy na fakultu dětského lékařství přišel prof. MUDr. Jaroslav Komínek, DrSc., tehdy ještě jako asistent. Jeho strhující nadšení, nezměrná péle, široký rozhled i důslednost v prosazování nejnnutnějších potřeb vedly k postupnému rozvoji oboru. 4. 12. 1970 byl zahájen provoz kliniky v nové nemocnici v Motole. Na rozvoji její lůžkové části má velkou zásluhu prim. MUDr. Aleš Křehlík, který tu působil deset let. Poliklinická část DSK byla otevřena v září

1978. Každý z dosavadních přednostů kliniky dal svojí osobností a prací klinice určitý vklad. Prof. MUDr. Jaroslav Komínek, DrSc. (prozatímní přednost od 1. 1. 1973 do 31. 12. 1975, přednost od 1. 1. 1976 do 2. 3. 1986), zakladatel kliniky, poskytl klinice teoretický základ a prakticky realizoval potřebu poskytovat dětským pacientům komplexní stomatologickou péči, která respektuje fyziologické i biologické zvláštnosti dětského organismu a odpovídá i moderním požadavkům na psychoprophylaxi. Doc. MUDr. Jan Handzel, CSc. (zastupující přednost 3. 3. 1986 – 30. 4. 1986, přednost od 1. 5. 1986 do 14. 11. 1990) zaměřil svůj vědecký zájem mimo jiné na kolagenolytickou aktivitu některých tkáňových dutin ústní a parodontopatie dětského věku. Doc. MUDr. Jiří Ramba, CSc. (přednostou od 15. 11. 1990 do 16. 9. 1992), stomatochirurg, popsal růstovou asymetrii obličeje a zabýval se remodelačními pochody obličejové kostry. Je spolupracovníkem prof. MUDr. E. Vlčka, DrSc. při výzkumu historických osobností naší minulosti. V konkurzním řízení na nového přednostu kliniky uspěl doc. MUDr. Jiří Kozák, CSc., chirurg z oddělení obličejové a čelistní chirurgie ÚVN Střešovice, jehož cílem je vybudovat centrum pro děti s kraniofaciálními malformacemi. V současné době má lůžkové oddělení 18 lůžek a 2 operační sály. Hospitalizováno je v průměru 550 pacientů ročně. Nejpočetnější skupinu hospitalizovaných tvoří děti, kterým je sanován chrup v celkové anestezii. Spektrum operací zahrnuje výkony ortodonticko-chirurgické, výkony dentoalveolární chirurgie, obličejové a čelistní traumatologie, korekce získaných a vrozených obličejových vad. Přijímány jsou také děti se závažným primárním systémovým onemocněním, u kterých je v rámci celkové léčby nutné stomatologické ošetření. Počet pacientů ošetřovaných na poliklinické části DSK se zvýšil z původních 6 800 na 15 000 ročně. Ambulantní lékaři zajišťují stomatologickou péči pro pacienty zasláné z terénu, včetně ošetření drobných orofaciálních a dentoalveolárních poranění. Na chirurgickém sálku, kde je průměrně ročně ošetřeno 500 dětí, je nejčastější indikací k ošetření v celkové anestezii kazivá destrukce chrupu pětiletých dětí. Dále se tu provádějí v lokální anestezii operace parodontologické a ortodonticko-chirurgické. V osmi specializovaných poradnách zajišťují diagnostiku a terapii odborní lékaři i z lůžkové části. V laboratoři, která zahájila činnost v roce 1978, se zhotovují veškeré ortodontické a protetické práce – terapeutické i rekonstrukční – zaměřené na dětský věk, včetně zpracování drahokovových i náhradních slitin.

Hlavním úkolem školských pracovníků DSK je pregraduální výuka stomatologie posluchačů

4. ročníku 2. LF UK. Výuka probíhá systémem blokových stáží. Lékaři, pod vedením Doc. MUDr. J. Hanzela, CSc., se také podílejí na postgraduální výuce pedostomatologů ve spolupráci s Institutem pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů. Na klinice také probíhají praktické i teoretické zkoušky pro získání nástavbové atestace z pedostomatologie. Výzkumná činnost sleduje řadu aktuálních problémů v pedostomatologii.

I. infekční klinika FN na Bulovce a 2. LF UK a laboratoř infekčních nemocí na Bulovce a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.)

Budova infekčních klinik ve FN Bulovka v Praze 8 patří stále k největším zařízením svého druhu v Evropě. Byla postavena v roce 1939 podle návrhu prof. Jaroslava Procházky, učitele naší fakulty a zakladatele samostatného oboru infekčních nemocí u nás. Osmiposchoďová budova je postavena na úpatí stráně, což umožňuje příjezd sanitních vozů na kterékoliv ze čtyř lůžkových podlaží kliniky. Původně se počítalo se 200 lůžky, ale nepříznivá epidemiologická situace za války i po ní si vynutila umístit v budově 522 lůžek. Snížením počtu přenosných nemocí po zavedení povinných očkování se postupně počet lůžek snižoval na současných 250.

Od roku 1954 se budova jako celek stala klinikou FDL UK, ale slouží jako výuková základna pro všechny pražské lékařské fakulty i ILF. V roce 1982 byla klinika rozdělena tak, že jedno lůžkové podlaží patří jedné ze tří fakult a čtvrté poschodí ILF. Pro všechny kliniky je společná administrativní, příjmové boxy v suterénu budovy, laboratoře EKG, EEG, jednotka intenzivní péče a lékařské služby. V budově jsou detašovaná pracoviště rentgeny, biochemie, hematologie a mléčné kuchyně. Každá z klinik má na svém podlaží operační sál s předšálím, čajovou kuchyň, umývací nádobí, ambulanci a všechna potřebná zařízení pro nemocné a hospitalizuje a dispenzárně sleduje nemocné podle svého výzkumného programu. 2. LF má lůžkovou část v I. patře kliniky se třemi odděleními: kojenci s průjmy, děti předškolního a školního věku s neuroinfekcemi a onemocněními dýchacích cest (jedno monitorované lůžko pro děti vyžadující intenzivní péči) a oddělení pro dospělé především s neuroinfekcemi.

Všichni učitelé kliniky se věnují intenzivně práci pedagogické. Obor je vyučován v pětidenním bloku v 5. roce studia. V současné době je vědecká pozornost u dospělých pacientů zaměřena zvláště na problematiku diagnostiky a léčby některých neuroinfekcí, zvláště lymské borreliózy, klíšťové a herpetické encefalitidy; v dětském věku pak na bakteriální meningitidy a průjmová onemocnění dětského věku. Na klinice se provádí závěrečné fáze klinických zkoušek nových antibiotik. Řešení uvedených úkolů bude i těžištěm výzkumné práce v nejbližším časovém údobí.

Činnost kliniky je úzce vázaná na aktivitu laboratoře pro výzkum infekčních nemocí v šestém patře budovy. Ta byla zřízena na jaře 1956 při klinice infekčních nemocí pod vedením prof. MUDr. Jaroslava Procházky jako Laboratoř pro výzkum poliomyelitidy. Toto pracoviště zajišťovalo v prvních letech klinickou i laboratorní kontrolu všech forem onemocnění dětskou obrnou. Spolu s hygienicko-epidemiologickou službou se podílelo na vytvoření podmínek pro hromadné očkování v roce 1960, jež vedlo k tomu, že jsme se stali jedním z prvních států, ve kterém byla tato nemoc zcela potlačena. Po její likvidaci pokračovalo sledování ostatních nemocí napodobujících dětskou obrnu a hlavní zájem se postupně zaměřil na parainfekční encefalomyelitidy. Změna problematiky si vynutila i změnu názvu laboratoře. Po zřízení farmakologického pracoviště se staly novým stěžejním problémem otázky antibiotické terapie. Další období činnosti laboratoře, jejíž vedení po smrti prof. Procházky převzal prof. Havlík, bylo charakterizováno rozšířením tematiky na problémy patogenese infekčních nemocí a do oblasti imunologické. Vyšetřování imunologických mechanismů u bacilonosičů salmonel vyústilo v návrh komplexní chirurgické a konzervativní terapie, který byl přijat a oceněn v roce 1977. Výzkum patogenese parainfekčních a postvakcinačních encefalitid se soustředil na autoimunitní mechanismy. Z dlouholeté spolupráce s Ústavem sér a očkovacích látek v této tematice vyšla i řada nových diagnostických přípravků. Díky spolupráci s infekční klinikou v Danderyd ve Švédsku bylo možné prokázat u nás již v roce 1984 první případy lymské borreliózy. Tím byla zahájena éra komplexního výzkumu této nemoci v Československu, který přinesl v krátké době řadu cenných poznatků. Umožnil pracovišti proniknout na světové fórum a navázat významné mezinárodní spolupráce. V současné době se dokončuje dvouletá mezinárodní studie vlivu Rocephinu na časné a pozdní formy lymské nemoci. Rozpracovány jsou metody zaměřené na dílčí patogenetické pochody, zvláště ve vztahu k autoimunitním mechanismům u nervo-

vých forem. Od roku 1987 pracuje skupina zabývající se soustavným imunologickým sledováním HIV pozitivních osob ve vztahu k průběhu infekčního procesu a chemoterapii. Obě zmíněné nové infekce tvoří v současné době i pro nejbližší budoucnost hlavní náplň výzkumného úkolu laboratoře.

Dermatovenerologická klinika FN na Bulovce a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Pavel Barták, CSc.)

Pavilon pro choroby kožní a pohlavní byl v areálu nemocnice na Bulovce otevřen roku 1937. V jeho čele stál profesor MUDr. Karel Hübschmann, kterého vystřídal roku 1954 docent MUDr. Jan Obrtel. 1. ledna toho roku se stalo toto pracoviště výukovou základnou katedry dermatovenerologie Ústavu pro doškolování lékařů a farmaceutů.

Po odchodu doc. Obrtela byla vedením oddělení pověřena as. MUDr. Anna Voldánová (1960), která předala v roce 1963 oddělení novému přednostovi – docentu MUDr. Adolfu Kútovi. Oddělení se stalo v roce 1967 kožní klinikou Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, jejímž přednostou se stal doc. Kúta. Po jeho emigraci v roce 1968 zastávala jeho funkci docentka MUDr. Anna Fadrhonočová, která se stala přednostkou v roce 1970 a setrvala jí až do roku 1990. Výukou studentů FLD byla klinika pověřena v říjnu roku 1984. Do té doby probíhaly stáže z dermatovenerologie na I. kožní klinice FVL UK. Klinikou pak přechodně řídil primář MUDr. Jiří Bílek, CSc. – do jmenování nového přednosty, kterým se stal v září 1990 docent MUDr. Pavel Barták, CSc., jmenovaný v prosinci 1991 profesorem.

Na klinice jsou zřízeny specializované ambulance – dětská, alergologická, flebologická, pro lymfskou borreliózu, pigmentové névy a otoky končetin. Klinika disponuje histologickou a mykologickou laboratoří, dermatologickou operativou, fototerapií a kryoterapií. Nově byla otevřena specializovaná ambulance pro choroby pohlavní. Čtrnáctidenní bloková výuka oboru probíhá v 5. ročníku a podílí se na ní kromě kliniky i poliklinické kožní oddělení pro děti ve FNM.

Vědeckovýzkumná činnost kliniky je zaměřena na problematiku erysipelu (ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem řeší otázky jeho patogenese a recidiv) a lymfské borreliózy (ve spolupráci s několika klinikami 1., 2. i 3. LF UK a dermatologickou klinikou Vídeňské univerzity).

Klinika tělovýchovného lékařství FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Miroslav Kučera, DrSc.)

Z iniciativy profesora Švejcara, přednosty I. dětské kliniky FDL UK, bylo v roce 1960 zřízeno oddělení tělovýchovného lékařství v rámci tehdejší katedry nemocniční pediatrie. Jeho součástí bylo i pracoviště rehabilitace tehdejší Dětské nemocnice. Prvním vedoucím oddělení byl MUDr. Miloš Máček. Oddělení bylo od počátku zaměřeno na otázky léčebné rehabilitace, hodnocení reakce a adaptace na tělesnou zátěž se speciální pozorností na respirační, oběhový a pohybový systém. Oddělení bylo nejprve součástí I. dětské kliniky, od roku 1962 pak samostatným pracovištěm, které se později změnilo na katedru a v roce 1985 na kliniku. Tehdy se také oddělila rehabilitační část a stala se samostatným pracovištěm. Do roku 1988 je vedl prof. MUDr. Miloš Máček, DrSc. a pak prof. MUDr. Miroslav Kučera, DrSc. Klinika se podílela na pedagogické, výzkumné, ale i na organizační práci. Patří mezi první průkopníky zátěžových testů u nás. Z této oblasti byla také publikována jedna z prvních souborných prací o zdatnosti a výkonnosti v roce 1967. Vydané monografie i odborné práce pokrývaly zejména fyziologii a patofyziologii tělesné zátěže, zatěžování dětí a mládeže vhodnou pohybovou stimulací, sportovní traumatologii, analýzu pohybových projevů a volbu i doporučení adekvátní tělesné aktivity ve vztahu k věku i oslabení. Klinika se významně podílela na rozsáhlém celosvětovém výzkumu fyzické zdatnosti v rámci Mezinárodního biologického programu. Je též autorem kritérií pro zatěžování dětí a mládeže systematickým sportovním tréninkem, která vypracovala na žádost vedení Mezinárodního olympijského výboru a FIMS. Řada těchto prací byla oceněna jak doma, tak i v zahraničí (např. Cena M. Plancka, Prezidia Purkyňovy společnosti apod.).

V oblasti pedagogické pokrývá klinika od svého konstituování plně výuku tělovýchovného lékařství pro studenty 4. ročníku 2. LF UK a fakulty tělesné výchovy a sportu UK (na které vyučuje také klinickou fyziologii). Seznamuje studenty v rámci výuky fyziologie a patologické fyziologie se základy funkční diagnostiky, působí jako školicí pracoviště postgraduálního studia pro subkatedru tělovýchovného lékařství a konečně zajišťuje speciální témata ze zátěžové diagnostiky a fyzické zátěže pro obory léčebné rehabilitace, pediatrie, ortopedie, dorostového lékařství a dalších.

Vědeckovýzkumná činnost se zaměřuje hlavně na studium reakce a adaptace na inadekvátní pohybovou stimulaci se zvláštní pozorností na její nedostatečnost, dále na určování obecné indikace pohybových programů v úzké vazbě na různé profesionální, věkové a zdravotní skupiny.

Klinika rehabilitace FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Miroslav Kučera, DrSc., pověřený vedením)

Základy kliniky rehabilitace jsou, jak už bylo zmíněno, totožné se vznikem oddělení a později kliniky tělovýchovného lékařství. Už v roce 1952 začala malá skupina pracovníků při I. dětské klinice uplatňovat rehabilitační postupy (Máček, Štefanová, Švejcárová). Postupně se rozrůstala o další rehabilitační pracovníce a zanícené mediky, z nichž jeden se v pozdější době stal přednostou kliniky. První vědecký a klinický zájem byl soustředěn na dechovou reedukaci dětských pacientů a některé další problémy rehabilitace při vnitřních chorobách dětského věku. Z četných publikovaných prací pak vznikla monografie za hlavního autorství doc. MUDr. Miloše Máčka, CSc., která se dočkala nejen druhého přepracovaného vydání, ale také vydání v zahraničí. V roce 1962 vzniklo, jak už jsme se zmínili, samostatné oddělení tělovýchovného lékařství a rehabilitace, jehož zájem se soustředil na pracovní fyziologii v dětském věku. Oddělení vedl nadále prof. Máček. Postupně krystalizovaly dvě pracovní skupiny, jedna se zájmem o tělovýchovné lékařství (prof. Máček, DrSc.) a druhá se zájmem o rehabilitační problémy klinické (od roku 1976 prim. MUDr. Jan Javůrek, CSc.). V roce 1985 se obě skupiny oddělily, vznikla klinika tělovýchovného lékařství a samostatné rehabilitační oddělení FNM, které se stalo klinikou rehabilitačního lékařství v roce 1987. Prvním přednostou byl doc. MUDr. Jan Javůrek, DrSc. (až do konce roku 1992).

Postupně se rozvíjela také výuka rehabilitace na 2. LF UK. Od roku 1976 byly přednášky zařazovány do oborů neurologie a pediatrie. V roce 1987 začala klinika pořádat pro studenty mimořádné kurzy v pediatrické rehabilitaci, kterých se zúčastňují i studenti z ostatních lékařských fakult. V roce 1990 byl vypsán poprvé volitelně povinný předmět „fyzikální medicína a rehabilitace,“ který se od školního roku 1991/ 1992 stal povinným předmětem jako dvoutýdenní blok ve 4. ročníku. V roce 1981 bylo v naší republice zahájeno vysokoškolské studium rehabilitace. Až do roku 1992 se na něm

významnou měrou podílela také klinika rehabilitace 2. LF UK.

Klinika dětské neurologie FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Vladimír Komárek)

Dětská neurologická klinika byla založena 19. ledna 1971 jako první zařízení svého druhu v naší republice. Prvním přednostou byl zakladatel dětské neurologie v Československu profesor MUDr. Ivan Lesný, mezi přední osobnosti kliniky v té době patřili docent MUDr. Jaromír Svatý, docent MUDr. Miroslav Rössler, docent MUDr. Karel Brachfeld, asistent MUDr. Miloš Lehovský a primář MUDr. Pavel Kocura. Druhým přednostou kliniky se stal v květnu 1982 prof. MUDr. Jaromír Svatý, třetím v září 1983 docent MUDr. Miloš Lehovský, čtvrtým přednostou je od května 1991 MUDr. Vladimír Komárek.

Od svého vzniku zajišťuje klinika léčebně-preventivní péči o nervově nemocné děti od narození do 15 let, a to na 50 lůžkách rozdělených na dvě stánice. Významnou součástí kliniky byla vždy neurofyziologická laboratoř a později i laboratoř likvorologická, které poskytovaly možnost vyšetření dětí i dospělých z celé FNM. V rámci léčebné péče se klinika stala centrem léčby refrakterních epilepsií u dětí a dospívajících, soustřeďuje pacienty s neuromuskulárním a neurometabolickým postižením, umožňuje hospitalizaci matek s dětmi postiženými poruchami neuromotorického vývoje, pro které je připraven komplexní diagnostický a léčebný program včetně rehabilitace. Dále zajišťuje následnou a dlouhodobou péči o pacienty převzaté z anesteziologicko-resuscitační kliniky, podílí se na soustředěné péči o pacienty s myasthenia gravis, o pacienty postižené neuroborreliózou a demyelinizačními onemocněními.

Samostatnou problematiku tvoří oblast cerebrovaskulárních malformací v návaznosti na neuroradiologická pracoviště nemocnice Na Homolce. Likvorologická laboratoř, kromě kvantitativní a kvalitativní cytologie, vyšetřuje likvor elektroreticky s důrazem na hodnocení oligoklonálních proužků, stanovuje ELISA metodou IGM v likvoru a provádí spektrofotometrii mozkomíšního moku. V laboratoři klinické neurofyziologie je kromě standardních EEG metod k dispozici intenzivní dlouhodobé EEG monitorování jednak ambulatorní (prostřednictvím tzv. Oxford systému) a jednak pomocí semimobilní video – EEG telemetrie. Na klinice bylo až dosud hospitalizováno více než dva-

náct tisíc dětí, ročně bylo v průměru provedeno 2 500 EEG vyšetření, kolem 500 elektromyografických vyšetření, přibližně stejný počet vyšetření evokovaných potenciálů všech modalit, v likvorologické laboratoři je každým rokem zpracováno přibližně 1 000 likvorů.

Dětská neurologická klinika zajišťuje spolu s neurologickou klinikou výuku neurologie pro pátý ročník studentů 2. lékařské fakulty, výuku neurofyziologie pro druhý a třetí ročník a výuku vybraných problémů z urgentní neurologie pro ročník pátý. Ve školním roce 1993/1994 bude zavedena výuka vybraných kapitol z klinické neurofyziologie. Postupně se vytvářejí podmínky pro integrovanou výuku neurověd v souvislosti s vybudováním Centra neurověd při 2. lékařské fakultě a FN Motol, a to ve spolupráci s resortními ústavy Akademie věd České republiky.

Základním cílem naší výuky je naučit studenty chápat integrační roli nervového systému a logiku vztahů k systémům ostatním, objasnit jim význam vývojově podmíněných syndromů a onemocnění CNS, dále je seznámit s život zachraňujícími diagnostickými a léčebnými úkony u urgentních stavů v neurologii a v neposlední řadě jim umožnit vniknout do složitých medicínsko-sociálních problémů trvale neurologicky postižených dětí a jejich rodin. Součástí činnosti kliniky je i výchova dětských neurologů pro ambulantní péči.

Výzkumná aktivita kliniky cílila především k otázkám časné diagnostiky vývojových postižení nervové soustavy. Perspektivní je výzkum problematiky počítačového zpracování dlouhodobých záznamů a vyhodnocování změn dynamiky EEG při zátěžích, stejně tak jako hodnocení nálezů EMG sfinkterového komplexu pánevního dna u inkontinentních pacientů. Mezi další výzkumné projekty patří sledování neurofyziologických, likvorologických a imunologických parametrů u dětí postižených zánětlivými a autoimunními onemocněními nervového systému, stanovení kritérií pro včasnou diagnostiku neurometabolických a neurodegenerativních onemocnění (ve spolupráci s genetiky), včetně poradenství rodinám postižených dětí. V této oblasti se rozvíjí úzká spolupráce zaměřená na molekulární genetiku a biochemické přístupy. Mezi perspektivní programy patří sociálně orientované projekty zaměřené na prevenci, diagnostiku a rehabilitaci trvale postižených dětí se zvláštním důrazem na vyhodnocování efektivnosti jednotlivých metod rehabilitace kojenců s poruchami hybnosti. V tomto směru je klinika garantem multicentrálního projektu řízeného Centrem pro vývoj dítěte při Georgetown Univerzitě ve Spojených státech ve Washingtonu.

Neurologická klinika FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.)

Neurologické oddělení bylo v motolské nemocnici založeno v roce 1957. Jeho prvním přednostou byl doc. MUDr. Mathon a jeho dlouholetými spolupracovníky MUDr. Káš a MUDr. Országh. Oddělení se postupně rozrůstalo a plnilo stále zřetelněji funkce klinického pracoviště, což odpovídalo proměně motolské nemocnice v nemocnici fakultní. Na počátku sedmdesátých let se stal přednostou oddělení prof. MUDr. Hanzal, DrSc., jeden z nejvýznamnějších žáků akademika Henera, čelný odborník na likvorologii a zánětlivá onemocnění CNS. Významnou měrou přispěl ke vzniku skutečně klinického pracoviště, v němž se v roce 1972 oddělení proměnilo a stalo se neurologickou klinikou FNM. V té době mělo pracoviště již přes padesát lůžek, EEG laboratoř a postupně se rodící i laboratoř vestibulologickou. V roce 1976 odešel profesor MUDr. Hanzal na místo přednosta neurologické kliniky Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů do Thomayerovy nemocnice a přednostou kliniky byla jmenována prof. MUDr. Hana Krejčová, DrSc. Věnovala se po desetiletí výzkumu činnosti rovnovážného ústrojí a vybudovala moderně vybavenou vestibulologickou laboratoř evropské úrovně. Od počátku ledna roku 1993 je přednostou kliniky doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. Vestibulární laboratoř kliniky zajišťuje komplexní vyšetření funkce rovnovážného ústrojí a okulomotorických funkcí. Možnost elektronystagmografického a stabilometrického vyšetření včetně EMG i kvantitativního hodnocení vizuovestibulární interakce je v rámci České republiky zcela ojedinělá. Klinika díky rekonstrukci získala i prostory pro elektrofyziologické laboratoře. Pracovníci kliniky zajišťují vyšetření elektroencefalografická, elektromyografická i vyšetření evokovaných potenciálů různých modalit. Posledních pět let byly diagnostické možnosti rozšířeny i o ultrazvukové vyšetření extrakraniálních cév i intrakraniální Dopplerovu sonografii. Výsledky elektrofyziologických vyšetření jsou zčásti zpracovávány počítačově on-line a navazuje se na letitou spolupráci s pracovišti ČVUT. Epileptologický program je zaměřen jednak prakticky a je naplňován jak každodenní činností na ambulanci a v protizáchvatové poradně, tak diagnosticky a léčebně zaměřenými pobyty. Je využíván moderní EEG přístroj Brain Quick 100 umožňující brainmapping a frekvenční analýzu záznamů. Cená je provázanost na klinickou farmakologii a biochemii, využívající sledování hladin antiepileptik.

Na klinice je po řadu let prováděn klinický výzkum nových antiepileptik a je rozvíjena i mnoho let trávající spolupráce s teoretickými ústavu České akademie věd a fyziologickým ústavem 1. LF UK. Výzkum je zaměřen na objasnění vztahu struktury a funkce v procesu epileptogeneze. Vedle uvedeného výzkumného zaměření se pracovníci kliniky věnovali klinickému zkoušení nejrůznějších nově zaváděných preparátů – jak tuzemských, tak zahraničních. Od roku 1982 pak na klinice běží longitudinální studie zaměřená na zkoumání etiopatogeneze parainfekčních multifokálních postižení CNS podmíněných především herpetickými viry a *Borrelia burgdorferi*.

Klinika slouží jako superkonziliární pracoviště v oblasti vestibulologické, epileptologické, neuroinfekcí, vaskulárních onemocnění, a lékaři pracují v dalších poradnách. Provádí se i akupunktura a další reflexní a rehabilitační metody.

Klinika spolupracuje těsně s otorinolaryngologickými a oftalmologickými pracovišti. 5 let již trvá spolupráce v rámci skupiny pro studium lymfatické borreliózy s dermatovenerologickou klinikou 2. LF UK. Výzkumným ústavem chorob revmatických, IV. interní klinikou 1. LF UK, Státním zdravotním ústavem a infekční klinikou 2. LF UK.

O výuce posluchačů 2. LF UK, kterou zajišťují školští pracovníci kliniky společně s kolegy z kliniky dětské neurologie, byla zmínka v předešlé kapitole.

Dětská psychiatrická klinika FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.)

Obor psychiatrie má na 2. LF UK svou základnu na dětské psychiatrické klinice, která byla otevřena v říjnu 1971 – do té doby hostoval na psychiatrické klinice fakulty všeobecného lékařství UK. Prvým přednostou a vedoucím oboru na fakultě byl do své smrti v roce 1976 prof. MUDr. Jan Fischer, DrSc., dalším přednostou byl do roku 1986 doc. MUDr. Stanislav Drvota, DrSc., od té doby vede kliniku doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.

Klinika poskytuje diferencovanou péči v celém spektru biopsychosociálního přístupu ve vlastním 50lůžkovém pavilonu. Výraznou orientací je rodinný přístup a spolupráce s dalšími klinickými obory v oblasti psychosomatických poruch, pro kterou fakultní komplex poskytuje potřebné podmínky. Do této oblasti jsou zakotvené i výzkumné projekty kliniky.

Pedagogickým cílem je zprostředkovávání vhodného rozsahu znalostí a dovedností oborových poznatků a přístupů pro lékaře a další odborníky v klinicky orientované činnosti, zejména v pozici rodinných lékařů. Obor je vyučován blokově po dobu 2 týdnů v 5. ročníku. Mezi volitelně povinné předměty 5. ročníku je zařazena psychoterapeutická propedeutika.

Klinika zobrazovacích metod FNM a 2. LF UK

(Doc. MUDr. Stanislav Tůma, CSc.)

Klasické radiologické pracoviště bylo součástí motalské nemocnice od jejího vzniku. Vedl je významný odborník – profesor MUDr. Slavoj Věšín, který mu zajistil značný věhlas. Po jeho odchodu na katedru radiodiagnostiky Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů ve fakultní nemocnici na Bulovce v 60. letech, nastoupil na jeho místo zkušební diagnostik primář MUDr. J. Holík. Když počátkem 70. let přibyla v novostavbě dětské nemocnice část pracoviště určená pro diagnostiku onemocnění dětí (do té doby byla prováděna na malém pracovišti v nalezinci a na rentgenovém oddělení při dětských klinikách) a od radiologického pracoviště ve FNM se oddělilo radioterapeutické oddělení, vznikly předpoklady pro vytvoření Ústředního radiodiagnostického oddělení FNM. Jeho přednostkou se stala docentka MUDr. Eva Kolihová, CSc. Po jejím odchodu do důchodu je přednostou docent MUDr. Stanislav Tůma, CSc. Od 1. května 1992 je pracoviště klinikou zobrazovacích metod.

Dvě třetiny veškerých vyšetření (62%) se provádějí na dětské části kliniky. Ze všech vyšetření (dospělých i dětí) jsou nejčastějšími stále klasická vyšetření skiagrafičká (46%), sledovaná ovšem těsně ultrasonografií (43%). Skiaskopické výkony mají jen 4% podíl. V souvislosti s rozvíjející se paletou intervenčních výkonů stoupá a rozšiřuje se počet angiografických vyšetření. Je dokladem trvalého vývoje tohoto úseku oboru od klasické radiodiagnostiky k významnému terapeutickému využití. Zastaralý přístrojový park byl v roce 1991 vylepšen instalací přístroje pro výpočetní tomografii, zakoupeného nadací Národ dětem (tj. nadací kliniky dětské onkologie). Obrovský počet vyšetření provedených již v průběhu zkušebního roku provozu (4 000) dokládá jak naléhavou potřebu této metody, tak vysokou odbornou kvalitu prováděných vyšetření.

Ve výuce studentů 2. LF UK, která je zařazena společně s výukou nukleární medicíny do 4. roku

studia (blok 3 týdny), navázala doc. Koliňová na výukové metody zavedené ještě na Karlově doc. MUDr. Oldřichem Šnoblem, DrSc. a dále je rozšířila. Ve výuce radiodiagnostiky dospělých s klinikou spolupracuje docent MUDr. Milan Cholt, CSc. přednosta radiodiagnostického oddělení FN Pod Petřínem. Snahou kliniky je udržet vysoký standard pregraduální výuky studentů a získat akreditaci pro postgraduální výchovu rentgenologů v pediatrické radiodiagnostice, případně v jejich jednotlivých technických podoborech.

Budoucnost kliniky zobrazovacích metod (s uplatněním a rozvojem diagnostických a léčebných metod) je principiálně spojena s technickým rozvojem oboru. Naděje se tedy upíná k modernímu přístrojovému vybavení při dostavbě dospělé části FNM. Mezi budoucí požadavky patří rozšíření sonografických vyšetření, vyšetření počítačovou tomografií a magnetickou rezonancí, včetně trojrozměrného zobrazování a příslušného zpracování obrazu. Kvalitní rentgenové přístroje s digitálním zpracováním obrazu by měly být základem rozsáhlé poliklinické či ambulantní části nemocnice, věnované nemocným s urgentními stavy. Přenos digitálně zpracovaného obrazu počítačovou sítí prakticky až k lůžku nemocného usnadní práci všech kliniků a zrychlí a zkvalitní léčebnou péči o nemocného a umožní dosáhnout pracovištěm ve FNM současného světového standardu.

Klinika nukleární medicíny FNM a 2. LF UK

(Prof. MUDr. Jan Němec, DrSc.)

Klinika nukleární medicíny vznikla v roce 1959 jako radioizotopové oddělení lůžkového charakteru, které bylo vybudováno z iniciativy tehdejšího ředitele Výzkumného ústavu endokrinologického doc. MUDr. Karla Šilinka, DrSc. Ten navrhl zřízení pracoviště tehdejšímu řediteli Státní nemocnice v Motole MUDr. Oskaru Löwymu. Toto oddělení bylo určeno pro léčebné aplikace otevřených radionuklidů a bylo prvním pracovištěm tohoto typu v celém Československu. Hlavní náplní byla léčba tyreotoxikózy a karcinomu štítné žlázy. Oddělení navazovalo na zkušenosti radioizotopového provozu Výzkumného ústavu endokrinologického, u jehož zrodu stáli vedle doc. Šilinka RNDr. Svatopluk Röhling a Ing. Stanislav Vohnout. Oddělení v Motole bylo otevřeno v červenci 1959 a jeho prvním přednostou byl doc. Šilink. Oddělení bylo tehdy koncipováno jako samostatná jednotka, kde se počítalo s tím, že všechna vyšetření se budou dělat

ambulantně a nemocní budou přijati na lůžko přímo k aplikaci léčebných dávek. K zajištění péče o nemocné po léčebných aplikacích byla zřízena v prostorách oddělení vlastní hematologická a biochemická laboratoř a byl k dispozici pohotovostní rentgen. Oddělení mělo dvacet lůžek a ambulantní činnost nebyla předpokládána. Nemocní byli převáženi do endokrinologického ústavu k specializovaným vyšetřením, zvláště pak na scintigrafii. Postupně se ukázalo, že tento způsob není ideální, oddělení bylo dovybaveno pohybovým scintigrafem a nemocní byli postupně přijímáni již k diagnostickým pobytům a teprve poté jim byla aplikována potřebná léčebná dávka. Ale již v roce založení oddělení rozhodlo ministerstvo zdravotnictví, že funkce přednosta oddělení není slučitelná s funkcí ředitele výzkumného ústavu a proto funkce přednosta byla přenesena na MUDr. Jana Kubala. Doc. Šilink však provoz oddělení po odborné stránce vedl. Záhy navázali pracovníci oddělení těsnou spolupráci s dalšími pracovišti motolské nemocnice – ve spolupráci s chirurgickým oddělením, tehdy vedeným doc. Niederlem, byly prováděny operace nádorů štítné žlázy po předchozích aplikacích radionuklidů – tzv. „horké operace“, kdy před operací byla nemocnému aplikována léčebná dávka radiojódů, operace byla kontrolována dozimetricky a po operaci byl nemocný vrácen na lůžko na radioizotopové oddělení. Ve spolupráci s gynekologickým oddělením, tehdy vedeným doc. Šebkem, byla zahájena intrakavitární aplikace radioaktivního koloidu zlata u nádorů vaječníků. Oddělení začalo postupně fungovat jako konziliární a ambulantní endokrinologické pracoviště, jak pro motolskou nemocnici, tak i pro spádový obvod. Po onemocnění prim. Kubaly v roce 1964 převzal vedení oddělení MUDr. Jan Němec, který zůstal i vědeckým pracovníkem Výzkumného ústavu endokrinologického. Těsná spolupráce mezi VÚE a nemocnicí úspěšně pokračovala, rostl počet léčebných aplikací, i když distribuce nemocných se postupně měnila. Léčba radioaktivním zlatem byla v roce 1972 přenesena mimo motolskou nemocnici a začalo přibývat nemocných léčených pro nádory štítné žlázy. V posledních 15 až 20 letech je až 90% nemocných léčeno pro karcinom štítné žlázy. Oddělení se postupně rozšiřovalo, přibyla ambulantní část, tím se umožnilo rozšíření počtu lůžek, který stoupl nejprve na 25, později na 29 lůžek, počet hospitalizovaných nemocných i léčebných aplikací stoupal. (Spotřeba radiojódů se zvýšila proti roku 1960 pětinásobně.)

V roce 1985 se ukázalo, že je nezbytné zajistit pro nemocnici nejenom službu endokrinologickou, ale i diagnostické metody nukleární medicíny.

Z počátku byla zahájena vyšetřování mozkové scintigrafie na pohybovém scintigrafu. Rekonstrukce bylo vybudováno modernější pracoviště, které umožňuje diagnostiku v základním rozsahu nukleární medicíny a léčebné aplikace otevřených radionuklidů. Oddělení zajišťuje i potřeby diagnostické nukleární medicíny. Přednosta oddělení obhájil v roce 1990 habilitační docentskou práci, a na návrh děkana fakulty byla v roce 1992 zřízena klinika nukleární medicíny v dosavadních prostorách. Současně pokračují práce na výstavbě budoucí kliniky v prostorách nové fakultní nemocnice. Vedním kliniky byl pověřen doc. MUDr. Jan Němec, DrSc., který byl v roce 1993 jmenován profesorem. Oddělení se zapojilo i do pregraduální výchovy, od roku 1968 začalo zajišťovat stáže v oboru endokrinologie pro tehdejší FDL a roku 1978 byla zahájena i přednášková výuka pro obor endokrinologie. Od roku 1966 zajišťuje oddělení i výuku postgraduální a slouží jako pracoviště pro postgraduální výchovu lékařů oboru endokrinologie a nukleární medicíny. V posledním období se klinika zapojila do výuky nukleární medicíny – společně s klinikou zobrazovacích metod ji zajišťuje blokovým třítydenním způsobem ve 4. roce studia.

Ústav tělesné výchovy 2. a 3. LF UK

(as. Bohuslav Příhoda, CSc.)

Katedry tělesné výchovy v dnešní podobě vznikly v roce 1952 na základě zákona o vysokých školách z roku 1950 z dřívějších ústavů tělesné výchovy. Pro lékařské fakulty byla ustavena společná katedra v roce 1952, která se počátkem roku 1963 rozdělila na dvě samostatné katedry; jednu pro fakultu všeobecného lékařství a druhou pro fakultu pediatrickou a hygienickou. Od skromných začátků, kdy chyběly prostory, materiální vybavení i učitelé, se katedra rozvíjela v solidní tělovýchovné pracoviště, organicky včleněné do systému výuky na lékařských fakultách. Tělesná výchova se stala na vysokých školách součástí celkového vzdělávacího procesu a plní v něm své specifické úkoly. Úkol kondiční ovlivňuje především zdatnost a výkonnost studentů, má přispět k jejich regeneraci a sebe-realizaci. Na druhé straně úkol vzdělávací má studentům rozšířit okruh vědomostí v oblasti tělesné kultury, kladně ovlivnit jejich názory a postoje k pohybovým aktivitám, to vše s ohledem na jejich profesní zaměření.

Po zrušení kateder v roce 1990 vznikl znovu ústav, který se snaží poskytovat studentům dostatek

příležitostí k získávání osobních zkušeností s různými formami tělesných cvičení, tělovýchovných a sportovních aktivit v semestrální výuce, na zimních a letních kursech. Usiluje vytvořit systém tělesné výchovy, který by představoval plynulý přechod mezi tzv. povinnou a dobrovolnou tělesnou výchovou, a proto nabízí studentům možnosti sportování ve výběrových oddílech, při víkendových kondičních cvičeních, sportovních turnajích, zájezdech a v návaznosti na ně potom ve družstvech sportovního klubu Medicína Praha.

Vedle pedagogické a organizační práce se učitelé ústavu tělesné výchovy podíleli na řešení řady vědeckovýzkumných úkolů. Úkoly byly zaměřeny na problematiku tělesné kultury studentů lékařských fakult, na tělovýchovnou aktivitu oslabených dětí i na oblast vrcholového sportu. V současné době je zapojeno několik učitelů do vědeckovýzkumného úkolu týkajícího se problematiky pohybových režimů obyvatel vybraných lokalit. Učitelé ústavu publikovali několik monografií, řadu odborných článků v domácích i zahraničních časopisech, podíleli se na vypracování osnov tělesné výchovy pro vysoké školy, vypracovali řadu oponentních posudků, aktivně se účastnili našich i mezinárodních kongresů a sympozií. Ústav uspořádal několik tělovýchovných konferencí a mnoho odborných seminářů. Nezanedbatelná je i trenérská činnost učitelů ústavu. Několik jich bylo dlouholetými trenéry národních družstev a družstev našich nejvyšších sportovních soutěží. Dlouholetým vedoucím byl prof. L. Mlateček, CSc., uznávaný pedagog a odborník v oblasti teorie tělesné kultury. Současným vedoucím ústavu je B. Příhoda, CSc.

Ústav jazyků 2. LF UK

(PhDr. Ivana Mokrošová)

Ústav jazyků 2. LF UK vznikl v roce 1990. První období činnosti bylo zaměřeno na vybudování ústavu, tj. získání odborných pracovníků, vybavení pracoviště nezbytnými materiály, slovníky, technikou a navázáním pracovních kontaktů s našimi i zahraničními institucemi.

V současné době zajišťuje výuku sedmi jazyků (angličtina, němčina, francouzština, španělština, ruština, latina, čeština pro cizince, latina a čeština na anglické bázi). Vedle českých učitelů se na činnosti ústavu podílejí i aprobovaní zahraniční učitelé (angličtiny, němčiny, francouzštiny), čímž je zajištěna kontinuita jazykového vzdělávání. Výuka jazyků je (s výjimkou latiny a češtiny) fakultativní,

povinné jsou pouze zkoušky ze dvou cizích jazyků podle vlastní volby studenta, které je povinen složit do konce 5. ročníku. Kurzy cizích jazyků jsou organizovány podle stupně znalostí, nikoliv podle studijních skupin.

Vedle běžné výuky organizuje ústav konverzační a nástavbové kurzy odborného jazyka pro studenty i lékaře, jazykové kurzy v rámci postgraduálního studia, které budou zakončeny zkouškou k získání platného zahraničního certifikátu, zkoušky na zahraniční stáže, jazykovou poradnu atd. Oblast výzkumu se týká terminologické činnosti, konfrontativního zkoumání odborných jazyků a pravoisem českých lékařských termínů.

V příštích letech se bude postupně omezovat výuka obecného jazyka na úkor výuky odborného jazyka a reálií, které souvisejí se zdravotnictvím dané jazykové oblasti. Obsahem odborného jazykového vzdělávání je:

- a) mluvený projev (komunikace s pacientem, odborná komunikace, přednášky, diskuse ap.),
- b) písemný projev (dopisy, žádosti, životopisy, formuláře, přednášky, příspěvky do odborných časopisů, resumé, klíčová slova, zkratky atd.),
- c) práce s odbornou literaturou ve spojení s výukou odborných předmětů. Cílem je korektní jazykový projev na úrovni absolventa univerzity alespoň v jednom cizím jazyce a schopnost studia odborné literatury v dalších jazycích.

Výzkum bude pokračovat dalším pořizováním jazykového materiálu, postupným zpracováním a uveřejňováním dílčích výsledků, odbornou diskusí a snahou o prosazování normovaných výrazů do praxe.

Pracoviště epidemiologie

2. LF UK

(Doc. MUDr. Dana Göpfertová, CSc.)

Výuka epidemiologie jakožto samostatného vědního oboru má na 2. LF UK tradici sahající do první poloviny šedesátých let. Zakladatelem výuky a prvním „učitelem epidemiologie“ byl tehdejší přední odborník tohoto oboru prof. MUDr. Vilém Škovránek, který se zasloužil se svými spolupracovníky o zavedení vakcinace proti poliomyelitidě v naší republice, jako jedné z prvních zemí na světě. Jeho asistentem a později nástupcem se stal MUDr. Petr Kavan, který vedl výuku epidemiologie až do roku 1991, kdy zemřel. Od té doby působí na pracovišti epidemiologie doc. MUDr. Dana Göpfertová, CSc. a jako externího lektora se pro výuku podařilo získat jednoho z nejvýznamnějších

odborníků v oboru, prof. MUDr. Jana Šejdu, DrSc. Prof. Šejda se dlouhá léta věnuje pre- i postgraduální výuce v epidemiologii a v praxi se jako autor vakcinačního programu mimořádně zasloužil o eliminaci spalniček na našem území, která má ve světě stále prioritu. Statutárně bylo pracoviště v šedesátých a sedmdesátých letech součástí katedry infekčních nemocí, hygieny a epidemiologie, po vyčlenění samostatné katedry hygieny v počátku osmdesátých let součástí katedry infekčních nemocí, dermatovenerologie a epidemiologie. Od roku 1990 a vzniku jednotlivých ústavů má statut samostatného pracoviště.

Po stránce obsahového zaměření byla epidemiologie do nedávné doby orientována klasicky na problematiku infekčních nemocí, a proto vyučována v integrovaném předmětu infekčního lékařství a epidemiologie. Současně s novými trendy v medicíně by epidemiologie měla být více využívána při studiu a pozitivním ovlivnění výskytu hromadně se vyskytujících závažných nemocí neinfekční etiologie (především kardiovaskulárních, nádorových a metabolických onemocnění). Tento nový přístup je již přenesen do výuky a měl by přinést prohloubení znalostí v obecné epidemiologii a zejména metodologii epidemiologických studií.

Nově orientovaná výuka epidemiologie znamená úzkou spolupráci s příbuznými obory – sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, hygieny, i obory klinickými. Prvním krokem je vytvoření integrovaného předmětu (1992/93) obecné epidemiologie, biostatistiky a demografie a začlenění výuky speciální epidemiologie aplikované na problematiku vybraných nejzávažnějších nemocí v předmětu veřejné zdravotnictví. Přetrvávající epidemiologická problematika infekčních nemocí je nadále vyučována v předmětu infekční lékařství. V souladu se zahraničními zkušenostmi a trendy je reálný předpoklad stále širšího uplatnění epidemiologických metod v mnoha klinických oborech, což předpokládá i zajištění kvalitní výuky.

ADDENDUM

V době, kdy se tato knížka dostane do rukou čtenářů, bude právě ukončený výčet ústavů a klinik 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze úplný. Do konce školního roku 1992/93 však k fakultě patřily ještě tři další kliniky, které sídlily ve fakultní nemocnici Pod Petřínem. Její statut fakultní nemocnice byl ministrem zdravotnictví zrušen ke 30. září 1993 a nemocnice byla vrácena Milosrdným sestrám řádu sv. Karla Boromejského, kterému od samého vzniku patřila. Tím zanikly tři petřínské kliniky. Nová situace je důvodem, proč je krátká historie těchto klinik, která dlouhá léta věrně fakul-

tě sloužily, zařazena na samý konec. Už fakultě nepatří.

Chirurgická klinika FN Pod Petřínem a 2. LF UK

(poslední přednosta doc. MUDr. Jiří Meduna,
CSc.)

Chirurgické oddělení řádové církevní nemocnice se stalo klinikou poté, co tato nemocnice získala v roce 1954 statut nemocnice fakultní přidělené tehdejší fakultě dětského lékařství UK. Zasluhou prvního přednosty profesora MUDr. Zdeňka Vahaly, DrSc. a jeho nadšených spolupracovníků se postupně začlenila klinika především pracovní náplní, ale také realizací pokrokových chirurgických idejí, k nejlepším chirurgickým ústavům v Praze. Rozsáhlá stavební rekonstrukce přinesla pacientům i pracovníkům důstojnější prostředí. Na klinice vznikla v Praze první aseptická a septická jednotka chirurgické intenzivní péče a v Čechách první týmově koncipovaná poradna pro onemocnění mléčné žlázy.

Pracovní náplň kliniky se řídila Vahalovým heslem: Obecně chirurgická klinika musí zvládat veškerou chirurgickou problematiku, vyjma efektivních operací na mozku a srdci. Jen tak může být prospěšná nemocným, studentům i vlastním pracovníkům. Soustředěný zájem, jak po stránce diagnosticko-léčebné, tak klinicko-výzkumné i publikační byl věnován problematice chirurgických chorob trávicího ústrojí (zvláště pak chorobám žlučových cest a pankreatu), chirurgii štítné žlázy, traumatologii, urologii, pneumochirurgii, cévním chorobám a onkochirurgii. Neopakovatelným celoživotním zážitkem pro všechny pamětníky byla atmosféra kliniky, která byla i příčinou vpravdě pozitivně emotivního vztahu zaměstnanců ke svému pracovišti, vznikající na všemí respektovaném kultu týmové práce a kodexu morálně-etických a humanistických principů české medicíny, vyjádřené odborně i lidsky školou akademika Diviše, z níž prof. Vahala vyšel. Klinika vždy propagovala a pěstovala úzkou interdisciplinární spolupráci zainteresovaných jednotlivců i ústavů. Tento vpravdě „zlatý věk chirurgické kliniky“ – co odraz především velké osobnosti prof. Vahaly, pohasínal po jeho odvolání z funkce přednosty – jako signatáře „2000 slov.“ Kliniku vedli v následujících letech postupně docent MUDr. Augustin Charvát, CSc., profesor MUDr. Vladimír Nahodil, DrSc., docent MUDr.

Zdeněk Slezák, CSc. a od roku 1990 docent MUDr. Jiří Meduna, CSc.

V klinické i pedagogické činnosti byl vždy kladen důraz na patofyziologické chápání chirurgických chorob, operačního i pooperačního období a průběžné biochemické monitorování homeostázy a jejích odchylek. V období po listopadu 1989 se podařilo rozšířit léčebnou nabídku o moderní metody laparoskopických operací na žlučových cestách, o metody kryochirurgické a laserové techniky, o nové metody kostních osteosyntéz, o vyšetřovací i léčebné metody artroskopické i moderní rekanalizační či rekonstrukční postupy v cévní chirurgii, cílené především k záchraně ohrožených končetin. Fakulta a její studenti už nadále změněného pokroku nevyužijí.

Interní klinika FN Pod Petřínem a 2. LF UK

(poslední přednosta Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš,
DrSc.)

Interní klinika byla konstituována na nově vzniklé fakultě dětského lékařství UK v Praze v roce 1951. Jejím přednostou byl prof. MUDr. Richard Foit, DrSc. Do roku 1958 sídlila v nemocnici na Bulovce. Toho roku, po přechodu prof. Foita a několika jeho spolupracovníků do nemocnice Pod Petřínem, začalo budování nového pracoviště ve stísněných podmínkách staré nemocnice. Postupem doby se podařilo stavebními úpravami a modernizací přístrojového vybavení vybudovat odpovídající klinické pracoviště se 138 lůžky, jednotkou intenzivní péče, izotopovým pracovištěm, oddělením pro výzkum a klinickou kontrolu inzulínu a laboratoří pro výzkum pojiva.

V té době byla v nemocnici Pod Petřínem ještě druhá interní klinika vedená prof. MUDr. Vladimírem Jedličkou, DrSc. a později prof. MUDr. Otou Gregorem, DrSc., která se zabývala zvláště hematologií a gastroenterologií. V roce 1971, po odchodu prof. Foita do důchodu, převzal vedení kliniky prof. MUDr. Zdeněk Svoboda, DrSc. a v roce 1989 prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. V roce 1976, kdy byla zřízena interní klinika ve FN v Motole, byly obě interní kliniky Pod Petřínem spojeny pod vedením prof. Svobody. Na interní klinice byla věnována tradičně velká pozornost pedagogické činnosti. Vyučovala se jak interní propedeutika, tak speciální interna pro 3., 4., 5. a v poslední době i 6. ročník. Po stránce vědeckovýzkumné byly hlavní-

mi obory zájmu diabetologie a endokrinologie. Klinika se stala v tomto směru mezinárodně známým pracovištěm a centrem, kde se soustřeďovala péče o nemocné se zvláště komplikovanými stavy. Dlouhodobě se řešily významné vědecké úkoly na celostátní úrovni a realizovala i metodická vedení. Klinika spolupracovala s řadou domácích i zahraničních ústavů. Velmi plodná byla i spolupráce s farmaceutickým průmyslem při vývoji, výrobě a kontrole českých inzulinů.

Dětská klinika Pod Petřínem a 2. LF UK

(poslední přednosta Prof. MUDr. Jiří Jodl, CSc.)

Dětské oddělení, zřízené roku 1954, se stalo klinikou v roce 1958. Primářem oddělení byl MUDr. J. Krůta, přednosta kliniky postupně profesor MUDr. Kamil Kubát (1958–1973), profesorka MUDr. Zdena Hloušková, CSc. (1973–1983), profesor MUDr. Jiří Švorc, DrSc. (1983–1991) a profesor MUDr. Jiří Jodl, CSc. (1991 – zrušení kliniky).

Od svého založení byla klinika profilována jako vstupní pracoviště pro posluchače medicíny v rámci pediatrické propedeutiky. Akcent byl věnován problematice sociální pediatrie a organizace zdravotnictví (prof. Kubát). S rozvojem jednotlivých specializovaných oborů přicházejí pak na kliniku i posluchači vyšších ročníků v rámci výuky jednotlivých specializací. K těmto specializovaným úsekům patřila jednak problematika chronických plicních onemocnění, pro jejichž vyšetření byla klinika postupně vybavena (prof. Hloušková). Dalším specializačním oborem byla dětská nefrologie, která pokračovala v tradici 2. dětské kliniky v Motole (prof. Švorc, as. Dušek). Pro tuto činnost bylo založeno odd. léčebné hemodialýzy a byly vytvářeny předpoklady pro prohloubené vyšetřování pacientů. Všichni primáři kliniky měli široký pediatrický rozhled a orientovali se na doškolování terénních lékařů. Doplnujícími obory byla medicína kojenců, výživa a imunologická problematika, která doplňovala v oboru alergologie specializační obor – chronická respirační onemocnění. V posledním období existence dětské kliniky byly pěstovány zejména tři hlavní superspecializace; do těchto oblastí byly také směřovány výzkumné úkoly kliniky: 1. alergologie a chronická respirační onemocnění (doc. Puchmajerová, as. Tvrzníková), pěstované na klinice tradičně s možností kompletního funkčního vyšetření plic a základního vyšetření imunologické-

ho. 2. Nefrologie se zvláštním zaměřením na chronická infekční onemocnění močových cest (a hematurie nejasného původu – as. Dušek, prim. Ulrychová). 3. Kojenecká a dětská výživa a gastroenterologie dětského věku. Problematika výživy se týkala jak zdravých, tak nemocných dětí. Významná byla spolupráce s předními firmami vyrábějícími prostředky pro kojeneckou a dětskou výživu. Tak na klinice vzniklo nutričně rehabilitační centrum s nutným laboratorním zázemím. Nově se tu rozvinul obor dětské gastroenterologie se zajištěním vyšetřovacích metod biochemických, bioptických a endoskopických. V endoskopii spolupracovala klinika s gastroenterologickým oddělením interní kliniky FN Pod Petřínem (prof. Jodl, as. Valtrová, as. Zitek). Klinika samozřejmě zajišťovala i kompletní péči pro pacienty s akutním onemocněním. Pro nejtěžší pacienty bylo zřízeno oddělení dětské intenzivní péče, pro akutní choroby kojenců bylo náležitě vybaveno oddělení kojenců a batolat.

Epilog

Na konci každé poctivé tvůrčí činnosti přicházejí rozpaky a nejistota, pochybnosti, jestli to všechno nemělo vypadat úplně jinak a jestli výsledek splní původní záměr. Většinou se ale už nic nedá dělat, protože je nutné splnit termín odevzdání a nejistota zůstává až do chvíle odezvy veřejnosti.

Kniha, kterou jsme sestavili a vydali, je myšlenkovým poselstvím o tom, že medicína má charakterem své činnosti nejen možnost, ale přímo naléhavou povinnost starat se nejen o zdraví a hmoce, ale účinně ovlivňovat úhrnné životy jedinců i obce. (V tomto cíli se její poslání ztotožňuje s posláním umění.) Tím více to platí pro takovou instituci, jakou je lékařská fakulta. Ta o tom přesvědčuje především své studenty, ale má o tom přesvědčovat i všechny ostatní. Tím povznáší i sebe samu na úroveň, která jí ve vztahu k lidskému společenství náleží, kterou si ovšem musí dokonale zasloužit. O tom, že si 2. lékařská fakulta univerzity Karlovy přízeň a úctu veřejnosti zaslouží, jsme se snažili přesvědčit i touto knihou. Její dopad na obecné mínění by však měl být širší. Snažili jsme se ukázat, co medicína (nejen na naší fakultě) cítí, čím žije, o co se snaží a čím se trápí, a to nejen očima lékařů. Tak by mohla kniha oslovit všechny, kteří to s lidmi, státem, obcí, rodinou, přírodou, vědou i uměním, tedy s naším celkovým životem myslí dobře. Možná, že se alespoň některé kapitoly stanou podnětem k zamyšlení kohokoliv a k nabídce pomoci při hledání a nacházení správných budoucích cest.

Forma zpracování, kterou jsme zvolili, je ne-
zvyklá. Pokud víme, ještě žádná z fakult nevydala
při příležitosti svého výročí knihu podobnou. Teď
už to udělat dost dobře nemůže. Byla by nařčena
z „opičení.“ A tak je „Étos Hippokrates“ dalším do-
kladem zdravé tvůrčí konkurence lékařských fa-
kult. Ta naše je zase jednou v něčem zvláštní a prv-
ní (ač jinak 2.). Vycházeli jsme také z vědomí, že
„knihu nikdy nemůžeme chápat jako složky jednot-
livých stran, ale jako jednotně působící celek, který
se má přirozeně a plynule číst a který navíc má
emotivně, ale velice opatrně vyváženými prostřed-
ky dotvářet atmosféru obsahu díla. Podaří-li se po-

výšit účelovou funkci knihy i na esteticky dokonalý
předmět, k němuž se rádi vracíme, protože jsme
v něm našli zalíbení, pak byl asi splněn nejvyšší cíl
typografie“ (Bohuslav Blažej).

S vědomím, že „habent sua fata libelli,“ s pros-
bou o „captatio benevolentiae“ (která měla být vy-
jádřena ovšem už na začátku a ne až v konci knihy)
a s upřímným přáním dobré budoucnosti naší drahé
fakultě i vám všem, kteří jste dočetli až do úplného
konce, knihu uzavírám.

Profesor MUDr. Josef Koutecký, DrSc.
děkan

Stručné životopisné údaje o autorech esejů

Mistr Václav Bernášek

narozen 29. 10. 1944 v Kladně, vystudoval hudební fakultu AMU u prof. K. P. Sádla a prof. M. Sádla

Kocianovo kvarteto

Doc. MUDr. Josef Dvořák, CSc.

narozen 13. 8. 1943 v Praze, vystudoval fakultu všeobecného lékařství UK v Praze

přednosta chirurgické kliniky dospělých 2. LF UK a FNM

proděkan 2. lékařské fakulty UK pro personální záležitosti

Prof. MUDr. Jan Herget, DrSc.

narozen 16. 3. 1945 v Praze, vystudoval Fakultu dětského lékařství UK v Praze, profesor patologické fyziologie

přednosta Ústavu fyziologie 2. LF UK

proděkan 2. lékařské fakulty UK v Praze pro vědu, výzkum a zahraniční styky

Doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.

narozen 2. 8. 1930 v Praze, vystudoval lékařskou fakultu UK v Praze, docent psychiatrie

přednosta kliniky dětské psychiatrie 2. LF UK a FN

MUDr. Pavel Hroboň

narozen 18. 5. 1968 v Kutné Hoře, vystudoval 2. lékařskou fakultu UK v Praze, sekundární lékař interní kliniky 2. LF UK a FNM

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc.

narozen 8. 10. 1922 v Jihlavě, vystudoval lékařskou fakultu UK v Praze, profesor pediatrie

profesor II. dětské kliniky 2. LF UK a FNM

Doc. MUD. Pavel Kasal, CSc.

narozen 19. 3. 1942 v Praze, vystudoval Fakultu dětského lékařství UK v Praze, docent pediatrie

vedoucí Ústavu lékařské informatiky 2. LF UK v Praze

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.

narozen 31. 8. 1930 v Praze, vystudoval Fakultu dětského lékařství University Karlovy v Praze, profesor onkologie

přednosta kliniky dětské onkologie 2. LF UK a FNM

děkan 2. lékařské fakulty UK v Praze

MUDr. Pavel Kryl

narozen 19. 4. 1948 v Praze, vystudoval fakultu dětského lékařství UK v Praze

ředitel Fakultní nemocnice v Motole

Prof. JUDr. Karel Malý, DrSc.

narozen 26. 10. 1930 v Uherském Hradišti, vystudoval Právnickou fakultu UK v Praze, profesor právních dějin

prorektor Univerzity Karlovy v Praze pro vědeckou činnost a rehabilitace

(22. 10. 1993 byl zvolen Akademickým senátem UK do funkce rektora Univerzity Karlovy)

Prof. MUDr. Jaroslav Masopust, DrSc.

narozen 28. 1. 1929 v Liberci, vystudoval Lékařskou fakultu UK v Plzni, prof. klinické biochemie

přednosta Ústavu klinické biochemie a patobiochemie 2. LF UK a FNM

proděkan 2. lékařské fakulty UK v Praze pro rozvoj fakulty

Prof. PhDr. Jaroslav Mihule, CSc.

narozen 1. 12. 1930 v Praze, vystudoval filozofickou fakultu UK v Praze, pedagogickou fakultu UK v Praze a Státní konzervatoř hudby v Praze, profesor teorie tělesné kultury

prorektor Univ. Karlovy v Praze pro rozvoj UK

PhDr. Ivana Mokrošová

narozena 28. 7. 1946 v Pelhřimově, vystudovala filozofickou fakultu UK v Praze

vedoucí Ústavu jazyků 2. LF UK

JUDr. Vladimír Nechanický

narozen 28. 7. 1934 v Brně, vystudoval právnickou fakultu UK v Praze, soukromý advokát

prezident konsorcia 2. lékařské fakulty UK

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.

narozen 28. 3. 1907 v Kladně, vystudoval Lékařskou fakultu UK v Praze, profesor patologie a terapie nemocí chirurgických

bývalý přednosta chirurgické kliniky 2. LF UK a FNM

Prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc.

narozen 28. 1. 1940 ve Zlíně, vystudoval fakultu dětského lékařství UK v Praze, profesor normální fyziologie

ředitel Fyziologického ústavu AV ČR

Prof. RNDr. Josef Pacák, DrSc.

narozen 16. 7. 1927 ve Slaném, vystudoval přírodovědeckou fakultu UK v Praze, profesor organické chemie

prorektor UK v Praze pro pedagogickou činnost

Prof. PhDr. Radim Palouš, Dr. h. c. (8x)

narozen 6. 11. 1924 v Praze, vystudoval Filozofickou fakultu UK a Přírodovědeckou fakultu VŠP, profesor filosofie

rektor Univerzity Karlovy v Praze

Prof. PhDr. Josef Petráň, CSc.

narozen v Ouběnicích, vystudoval filozofickou fakultu UK v Praze, profesor Československých dějin

prorektor Univerzity Karlovy v Praze pro sociální zabezpečení

MUDr. Petr Příhoda

narozen 17. 1. 1939 v Netolicích okr. Prachatice, vystudoval lékařskou fakultu MU v Brně

vedoucí Ústavu základů vzdělanosti a lékařské etiky 2. LF UK

Prof. MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc.

narozen 29. 6. 1924 v Praze, vystudoval lékařskou fakultu UK v Praze, prof. klinické fyziologie profesor III. interní kliniky 1. LF UK

Prof. MUDr. Zdeněk Svoboda, DrSc.

narozen 26. 8. 1923 v Praze, vystudoval lékařskou fakultu UK v Praze, profesor vnitřního lékařství

bývalý přednosta interní kliniky 2. LF UK a FN PP v současné době profesor konzultant

Doc. MUDr. Jan Vavřínek, CSc.

narozen 23. 6. 1947 v Klatovech, vystudoval Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze, docent pediatrie

přednosta II. dětské kliniky 1. lékařské fakulty UK a FNM

proděkan 2. lékařské fakulty UK v Praze pro výuku a studijní záležitosti

Excellence Miloslav Vlk

narozen 17. 5. 1932 v Líšnici, okr. Písek, vystudoval filozofickou fakultu UK v Praze a Cyrilometodějskou bohosloveckou fakultu v Litoměřicích arcibiskup pražský a primas český

Prof. MUDr. Vladimír Vonka, DrSc.

narozen 31. 7. 1930 v Praze, vystudoval fakultu všeobecného lékařství UK v Praze, profesor mikrobiologie

vedoucí oddělení experimentální virologie Ústavu hematologie a krevní transfúze

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze děkuje za podporu při uspořádání oslav 40 let svého trvání následujícím institucím:

AWD

BOEHRINGER

BOEHRINGER INGELHEIM

BROCADES Pharma

CIBA GEIGY

CILAG AG International

CTG

České vinařské závody Starý Plzeňec

Československá obchodní banka

EUROCETUS

EWO Pharma s r. o.

FORD – Autocentrum Motol s r. o.

FARMITALIA

GLAXO

H + H

HOECHST – biotika s r. o.

IBI s r. o.

IMUNO AG

INLAB s r. o.

JOHNSON + JOHNSON

KAMENÍCI Praha v. d.

LÉČIVA a. s. Praha

LEON

LILLY

LUNDBECK

Mc DONALD'S

MEDISOFT INTERNATIONAL LTD

MERCK

MINERVA

MUCOS

NIPPON KAYAKU

NOVO NORDISK

NUTRICIA

Obchodní tiskárny a. s. Kolín

OLYMPUS

OPTION

PRINT & PUBLISHING

RADIO METROPOLIS

SANDOZ Pharma Service AG

SCANDIC

SB – SmithKline Beecham Pharmaceuticals

zast. ELEKTRIC s r. o.

SERONO

SOLVAY

STAROPRAMEN

VAMEX

The WELCOME Foundation Ltd.

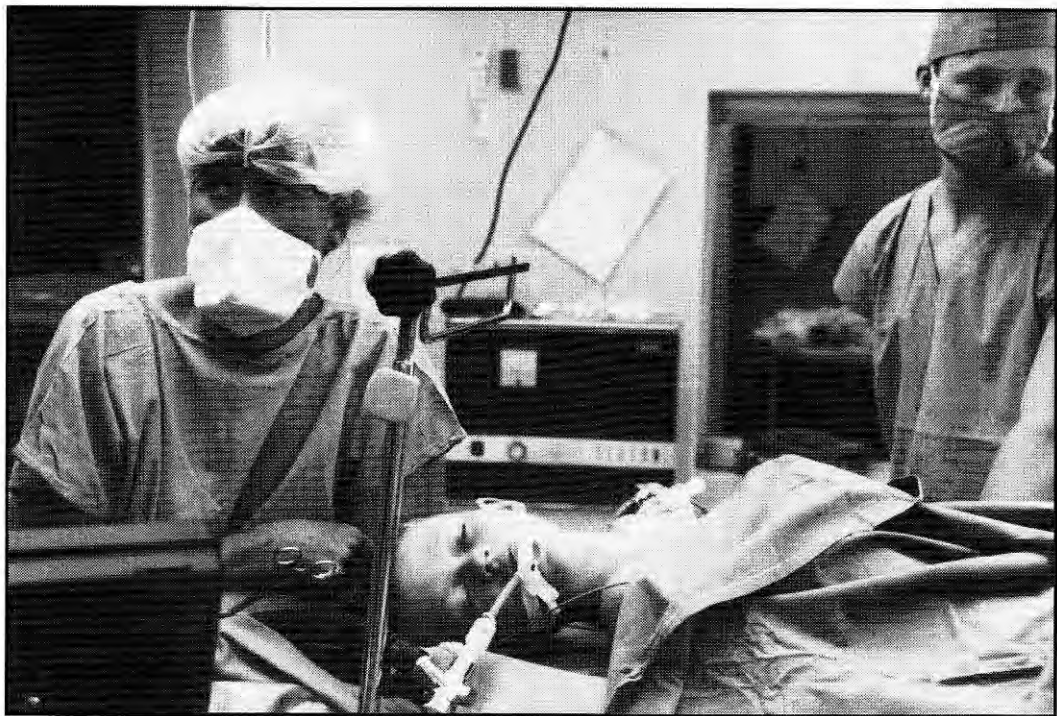
UPJOHN

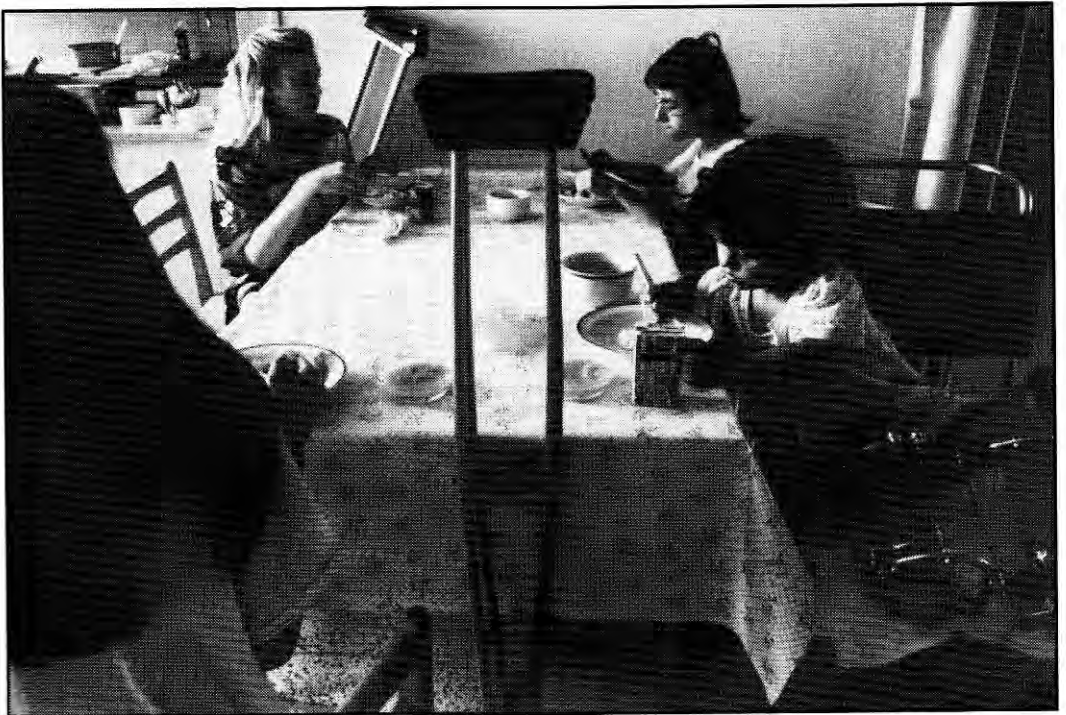
VICTORIA PUBLISHING a. s.

ZPA Čakovice

Obrazová část



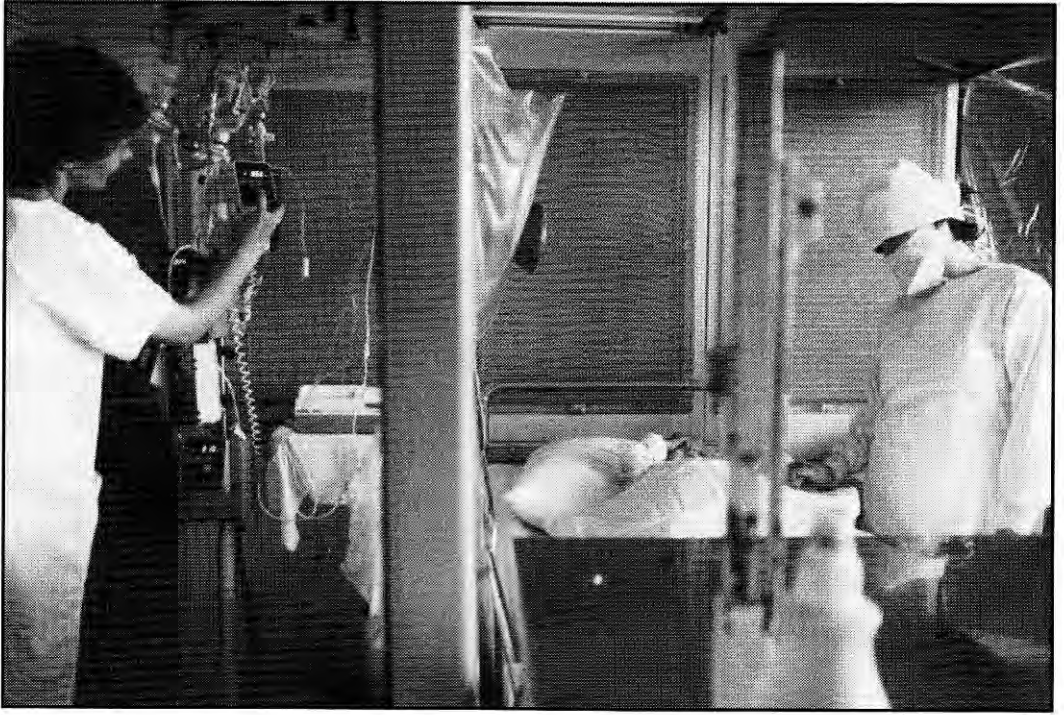


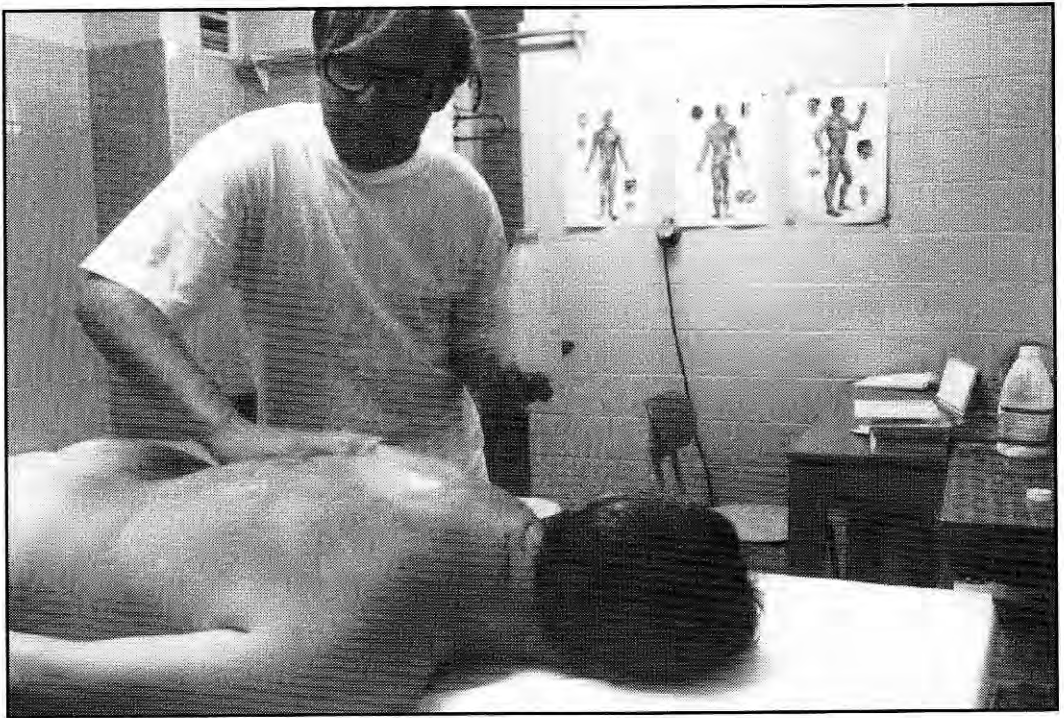
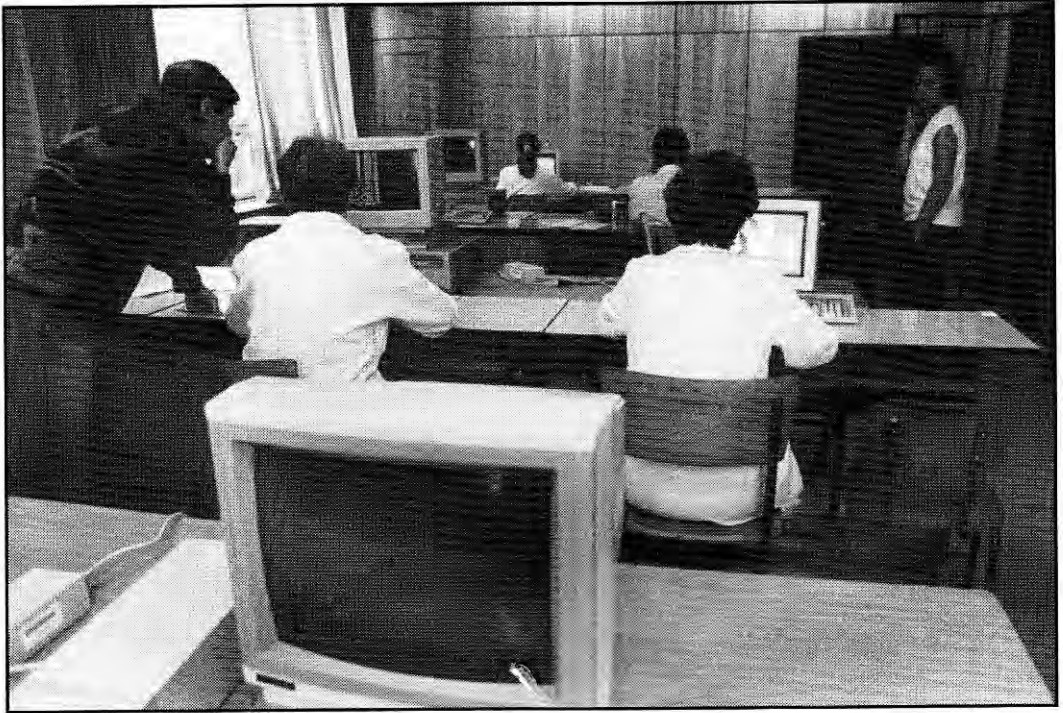


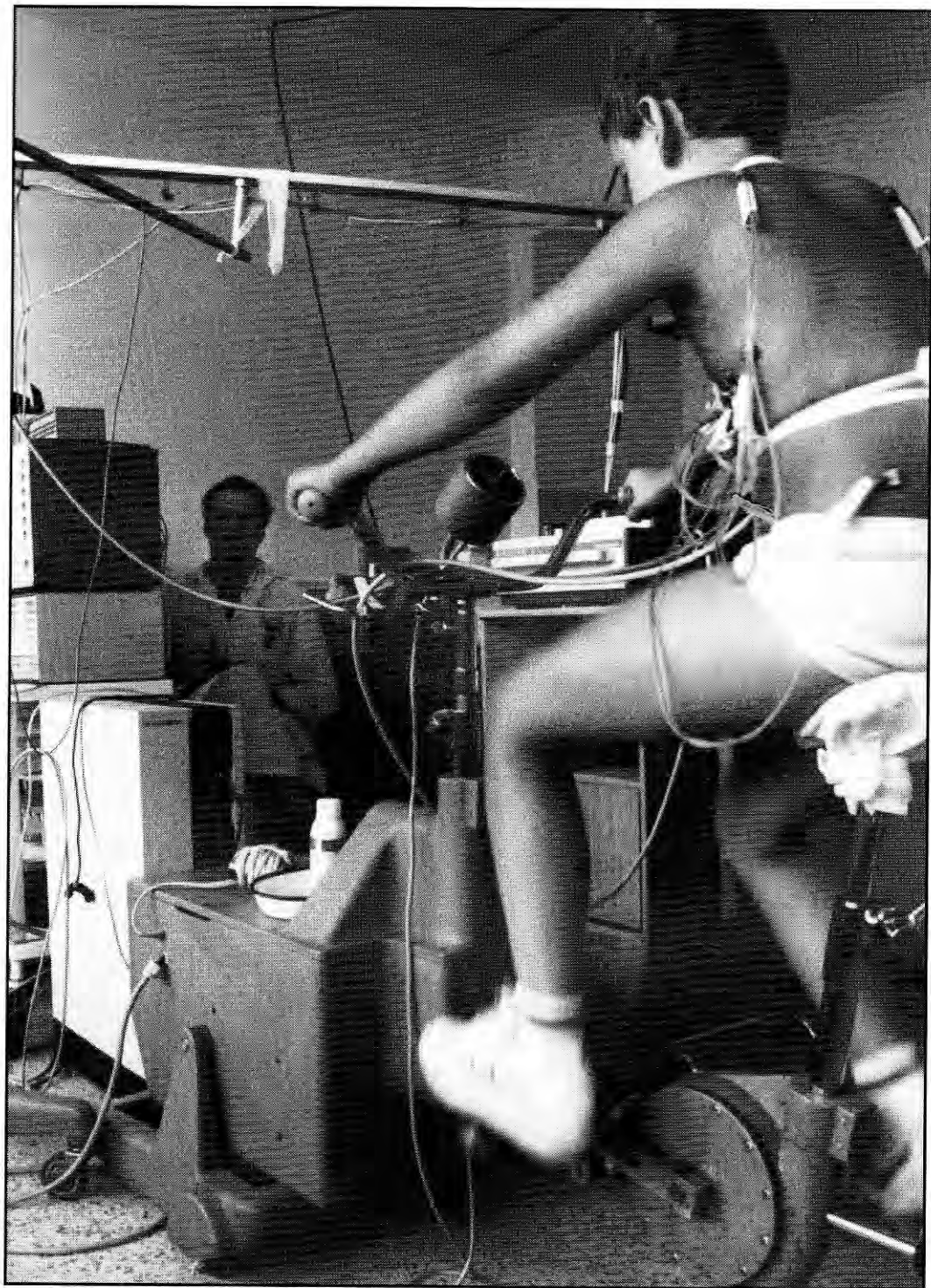
















ÉTOS HIPPOKRATES

Publikaci ke 40. výročí
2. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy v Praze
sestavil Prof. MUDr. Josef Koutecký DrSc.
Ilustrace Oldřich Kulhánek
Obálka a grafická úprava Pavel Hrach
Odpovědný redaktor Karel Marek
Fotografie Pavla Hrachová,
Ondřej Kocourek a Kateřina Simerová

Vydalo nakladatelství
VICTORIA PUBLISHING, a. s.,
Klimentská 30, Praha 1
Sazba Print & Publishing Praha
Tisk Tiskařské závody Praha

ISBN 80-85605-93-7