



|   |    |
|---|----|
| Rozhovor s profesorem Cyrilem Höschlem, předsedou České lékařské akademie .....                         | 3  |
| Interview with Professor Cyril Höschl, Chairman of the Czech Medical Academy .....                      |    |
| Setkání přípravné skupiny České lékařské akademie .....   | 7  |
| Meeting of the preparatory group of the Czech Medical Academy .....                                     |    |
| Proč přijímám členství v České lékařské akademii? .....   | 8  |
| Why am I accepting membership to the Czech Medical Academy? .....                                       |    |
| Tisková konference k zahájení činnosti ČLA .....  | 10 |
| Press conference on the establishment of the CMA .....  |    |
| Koncert České filharmonie zahájil činnost České lékařské akademie .....                                 | 11 |
| CMA activities inaugurated with a concert by the Czech Philharmonic .....                               |    |
| Lékařská akademie Francie a Ruska (Jaroslav Blahoš) .....   | 14 |
| Medical Academies of France and Russia .....  |    |
| O humoru, medicínském zvláště (Ctirad John) .....   | 17 |
| On Humour, Especially in Medicine .....   |    |
| Minulost, současnost a budoucnost medicíny (Radana Königová) .....                                      | 21 |
| The past, the present and the future of medicine .....  |    |
| Chorea svatého Víta v Lexicon medicum anno 1696 (Ivan Rektor) .....                                     | 24 |
| Chorea sancti Viti in Lexicon medicum anno 1696 .....   |    |
| Globalizace medicíny (Zdeněk Mařatka) .....   | 27 |
| Globalisation in Medicine .....   |    |
| Bolest (Richard Rokyta, Jiří Kozák) .....   | 29 |
| Pain .....  |    |
| Chirurg jako vysokoškolský učitel a věda (Pavel Pafko) .....  | 33 |
| The surgeon as a University Professor and Science .....   |    |
| Chirurgie a věda (Otázka pro Bohuslava Ošřádal) .....   | 36 |
| Surgery and Science (The question for Bohuslav Ošřádal) .....   |    |
| Zpráva ze zasedání Federace národních lékařských akademii v Římě 22. května 2004 (Richard Rokyta) ..... | 38 |
| Report from the Meeting of the Federation of National Medical Academies in Rome on May 22, 2004 .....   |    |
| Přílišná specializace škodí .....   | 41 |
| Over-specialisation is bad for your health .....  |    |
| Chystané akce České lékařské akademie v roce 2005 .....   | 45 |
| Events organised by the Czech Medical Academy in 2005 .....   |    |
| Poděkování našim předním partnerům a sponzorům .....  | 46 |
| Thanks to our major partners and sponsors .....   |    |



Vážené dámy a vážení pánové, milí čtenáři,

dostáváte do rukou první číslo Revue České lékařské akademie. Po krátkou dobu své existence (ČLA zahájila svou činnost pod záštitou a za účasti prezidenta republiky dne 13. února 2004 slavnostním koncertem v Rudolfinu, z něhož je snímek na titulní straně) stihla akademie vydat několik tiskových prohlášení, připomínkovat zákon o lékařském vzdělávání, návrh zákona o kmenových buňkách, navázat kontakty s lékařskými akademiemi v zahraničí (což vyústilo v přijetí České lékařské akademie do Evropské federace lékařských akademií v Bruselu dne 13. 11. 2004 za účasti vyslance České republiky), zaštitit vydávání knižní série „Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu“, vypracovat systém přijímání nových členů a ve spolupráci s Mezinárodní asociací farmaceutických společností (MAFS) a dalšími subjekty iniciovat práci na formulování etických zásad vztahu lékařů a farmaceutického průmyslu. Tato činnost, kterou členové ČLA nejen vykonávají zcela dobrovolně a nezištně, ale dokonce na ni sami významně finančně přispívají, je viditelná pouze částečně, při různých příležitostech a v různých médiích. Během několika měsíců proto vznikla v rámci ČLA spontánně potřeba vydávání jakéhosi cirkuláře, informačního bulletinu, který by napomáhal členům akademie rozvíjet vědomí sounáležitosti, umožňoval sledovat a hodnotit práci akademie, jejímž jsou členy, který by je seznamoval s plánem činnosti a s daty jednotlivých akcí a představoval by pospolitost akademie a její význam i navenek. Jako kompromis mezi obyčejným informativním dopisem („newsletter“) a pravidelným odborným časopisem jsme po projednání v Radě ČLA zvolili formu Revue, jejíž první číslo držíte v ruce. Jde o publikaci především informativní a inspirativní, která si neklade za cíl zacházet do přílišných odborných detailů, ale přesto aspiruje na možnost osvětlování problémů v určité oblasti medicíny odborníkům v oblastech jiných, a která má důležitou složku společenskou, dokumentační, inspirativní a motivační nejen pro členy ČLA, nýbrž i pro její příznivce a podporovatele. Věřím, že první číslo Revue nastíní akademické medicíně u nás možnosti, které vytvoří dobrý základ pro další dolaďování, zjemňování a vylepšování nejen tohoto bulletinu, ale smyslu a činnosti ČLA vůbec.

*Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.  
předseda České lékařské akademie*

---

Dear readers,

You see before you the first issue of the Czech Medical Academy Review. During its brief existence (activities were launched under the auspices of the President at an inaugural concert in the Rudolfinum on February 13<sup>th</sup> of this year, a photo of which appears on the cover page) the Academy has managed to issue several press releases; to comment on government bills concerning medical education and stem cell research; to establish contact with medical academies abroad, resulting in the Czech Medical Academy's admission to the European Federation of Medical Academies in Brussels on November 13, 2004 in the presence of the Czech delegate; to support the publication of the *Nobel prizes for Physiology and Medicine* book series; to prepare a system for the induction of new members; and, in cooperation with the International Association of Pharmaceutical Companies and other entities, to begin an endeavor to formulate ethical principles for the interaction between physicians and the pharmaceutical industry. These activities, in which CMA members not only participate as unpaid volunteers but even support with their own financial contributions, is only partially visible through various events and various media. For this reason, the need has arisen in the past few months to establish a circular, an information bulletin that would help CMA members to cultivate a sense of fellowship, that would enable them to follow and evaluate the work of the Academy, that would inform them about the program of events, and that would present the Academy community and its contributions to the outside world. After much discussion within the CMA board, we have decided on the Review format as a compromise between a common newsletter and a more specialized journal – the first issue of which you now hold in your hands. This is a publication which seeks to be informative and inspiring, which does not deliberate the more specialized professional details, but which aims to explain material issues within the field of medicine to experts from other disciplines. This is a publication which brings important social commentary, documentation, inspiration and motivation not only to CMA members but also to their supporters and patrons. I believe that the first issue of the Review will suggest possibilities to the academic medical community which may form a strong foundation for further refinement, not only of this publication but of the CMA in general.

*Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.  
Chairman  
Czech Medical Academy*



## Rozhovor s profesorem Cyrilem Höschlem, předsedou České lékařské akademie

### Interview with Professor Cyril Höschl, Chairman of the Czech Medical Academy

■ **Kde, kdy a proč vlastně vznikla myšlenka České lékařské akademie (ČLA)?**

Potřeba ČLA vznikla již počátkem 90. let minulého století, kdy zaniklo kolegium lékařských věd tehdejší akademie věd. Když vzdělávací instituce Academia Medica Pragensis založila v roce 2002 z podnětu předních představitelů naší medicíny Nadaci Academia Medica Pragensis, dala jí do statutu též Českou lékařskou akademii jako reprezentativní sbor těch, kteří se zasloužili o českou medicínu, ať už ve výzkumu, ve výchově nových generací lékařů nebo mimořádným přínosem lékařské diagnostice a léčbě. Dalším důvodem založení ČLA v ČR byla absence autoritativního tělesa, které by mohlo být partnerem lékařským akademiím v Evropě i jinde ve světě. Jedním z úkolů – vedle odborných stanovisek ke společensky závažným otázkám lékařské vědy – je také styk s lékařskými akademiemi v zahraničí. Akademie je navíc místem, které poskytuje určitou společenskou satisfakci těm, kdož se o naši medicínu mimořádně zasloužili i v době, kdy již nejsou v aktivních manažerských či pedagogických pozicích.

■ **Existuje ve veřejnosti poptávka po instituci typu ČLA? Komu instituce typu ČLA chybí nebo komu by měla chybět a proč?**

Lékařská věda není v očích veřejnosti reprezentována odpovídajícím způsobem. Medicínu na jedné straně zastupují v médiích známí jednotlivci, na druhé straně lékařská komora, která je ovšem profesní organizací a plní zcela jiné funkce, ačkoli má také samozřejmě vědeckou radu. Tím dochází při zprostředkování

výsledků lékařské vědy širší veřejnosti a v objasňování východisek a potřeb lékařského vzdělávání a vědy k významnému zkreslení, které je ku škodě rozvoje prakticky všech oborů medicíny. ČLA tedy chybí především medicíně jako takové, ale chybí i veřejnosti (a tudíž médiím) jako autoritativní subjekt při vytváření názorů a postojů k zásadním otázkám lékařského výzkumu, k vědě a k medicíně obecně.

■ **Jaké konkrétní aktivity měla ČLA naplánovány pro rok 2004 a které z nich již splnila?**

První rok činnosti byl rokem práce na stanovách a prováděcích předpisech. Byly rozděleny úkoly a agenda, vytvořily se zásady přijímání nových členů, byly navázány kontakty se zahraničními akademiemi a zmapována problémová oblast, kterou by akademie měla pokrývat.

■ **Chcete v budoucnu v převážné míře přebírat záštitu nad akcemi jiných organizací, nebo organizovat akce vlastní?**

Snažíme se převážně organizovat akce vlastní, včetně informací na Internetu apod. Nicméně spolupráce s jinými subjekty s podobným zaměřením bude důležitou součástí činnosti ČLA. Rádi bychom byli dobrými partnery univerzitám, Nadaci Academia Medica Pragensis, která má rozsáhlý poradní sbor a má možnost ovlivňovat vývoj českého lékařství podporou vědy, udílením cen a stipendií a v blízké době i grantů. To vše záleží na podpoře jak ze strany veřejnosti, tak ze strany podnikatelské sféry a průmyslu. Tam, kde prosperuje vzdělání a výzkum, prosperuje i ekonomika.

■ **Je záměrem ČLA konkurovat České lékařské komoře (ČLK)? Jaký je vztah mezi ČLA a ČLK?**

V žádném případě nejde a ani nemůže jít o konkurenci. ČLK je sdružením profesním, má povinné členství, řeší mnoho právních otázek a zodpovědností lékařského stavu a jeho kompetencí. ČLA je sdružením prestižním a reprezentativním, s velmi omezeným a předchozí vědeckou a pedagogickou aktivitou podmíněným členstvím. Řeší otázky koncepční v oblasti vědy a výzkumu, je jakýmsi převodníkem mezi tím, co se děje v lékařské vědě, a tím, co je možno aplikovat v praxi, co se učí na školách a co je prezentováno veřejnosti.

■ **Nemáte dojem, že podobných institucí v medicínské oblasti je dostatek a vznik nových dělá oblast nepřehlednou?**

Podobná instituce u nás neexistuje. Pokud jde o Českou lékařskou společnost, ta má členství dobrovolné, ale může se do ní přihlásit každý lékař, je rozdrobena podle oborů a zaměřuje se zejména na práci zájmovou (schůze odborných společností), organizační (konference), a vydavatelskou. Věda není prioritní oblastí její činnosti, i když jedno od druhého samozřejmě dnes oddělit nelze.

■ **Jaká je role ČLA vůči Ministerstvu zdravotnictví, SÚKLu a dalším podobným institucím?**

ČLA nemá roli vyjednávací, neúčastní se přímo v „tripartitách“ a podobně, ale představuje silnou názorovou lobby pro utváření odborných stanovisek, která její členové hájí navenek a která také jsou obsahem „position statements“, jež ČLA

může na tu kterou zakázku přímo vypracovat.

■ **Podle jakých standardů (parametrů) jste vybírali zakládající členy – krystalizační jádro?**

Přípravná skupina ČLA – krystalizační jádro – vznikla na bázi členů poradního sboru Academia Medica Pragensis. Požadavkem bylo splnění alespoň dvou z kritérií:

- vysoká citovanost ve vědě vztažená k situaci v oboru;
- založení „školy“ nebo směru (příkladem může být Josef Charvát jako zakladatel endokrinologické školy, abych nejmenoval nikoho z žijících);
- mimořádný přínos diagnostice anebo léčbě, protože to nemusí být vždy totéž, co vědecký výzkum;
- vynikající renomé v cizině, například členství v prestižních akademiích v zahraničí (doma bývá méně vděku než venku).

K tomu přistupovala ochota dotyčného aktivně pracovat. Toto krystalizační jádro přijalo stanovy, jejichž součástí je procedura přijímání členů, jejich práva a povinnosti. V zásadě každý potenciální člen musí být navržen několika kolegy se zdůvodněním, které bude mít své oponenty (zpochybňovače) a výsledek bude předmětem tajné volby.

■ **Mohl byste uvést nějaké konkrétní příležitosti, při kterých ČLA reprezentovala českou lékařskou veřejnost (1) doma, (2) v zahraničí?**

První, na kterou jsme byli již v samém začátku své činnosti vyzváni, byla konference Federace národních lékařských akademií EU 21.–23. května 2004 v Římě, které se zúčastnil pan profesor Richard Rokyta a kde bylo ČLA přislíbeno stát se členy této federace (13. listopadu 2004 v Bruselu). Další naši ctizádství potom bude uspořádat jarní setkání Federace národních lékařských akademií EU v Praze.

■ **Máte už představu, za jaké výkony bude ČLA vyhlašovat ceny?**

Nepochybně to bude za nejlepší vědecké práce, zejména mladým výzkumníkům. Zřizovatelka ČLA Nadace Academia Medica Pragensis již v tomto směru zahájila určitou tradici a udělila stipendium mladým vědcům z Brna a z Hrad-

ce Králové, které jim umožnilo dostat se na prestižní pracoviště v USA a vycvičit se ve výzkumu Alzheimerovy demence či Parkinsonovy choroby. Navíc byly již uděleny ceny za nejlepší vědecké práce v oblasti výzkumu Alzheimerovy choroby, publikované v časopisech s mezinárodním dopadem. Jde totiž zejména o to emancipovat českou vědu a vytvořit nejen podmínky pro pobyt našich talentů v cizině, ale také napomoci vytvořit zde prostředí, které by lékařskému výzkumu a vzdělání „nabízelo stůl k hostině připravený“.

■ **Plánujete pracovat i se studenty? Jakým způsobem? Existuje nějaký odhad, kolik stipendií bude ČLA vyhlašovat?**

Rozhodně se studenty pracovat budeme, a to zejména na úrovni postgraduální a v rámci celoživotního vzdělávání. Pregraduální studenti studují na univerzitách. Počet stipendií lze zatím vypočítat na prstech, ale do budoucna závisí jak na kvalitě (nebudeme podporu rozměňovat, nýbrž podpoříme to, co přinese další rozvoj), tak na prostředcích, které budeme mít k dispozici, což nedovedu v této chvíli odhadnout, neboť to do značné míry záleží na tom, jak se Nadaci podaří získat pro tyto cíle podporu jiných subjektů i jednotlivců.

■ **Chcete být členy nějaké mezinárodní skupiny akademií? Jak se jmenuje, kde se lze dozvědět více informací?**

Viz výše: Federace národních lékařských akademií EU – Federation of the National Academies of Medicine EU (General Secretary Professor Andre Govaerts).

■ **Dnes existuje Academia Medica Pragensis jako společnost s ručením omezeným, Nadace Academia Medica Pragensis a teď vzniká ČLA jako o.s.? Proč tak komplikovaný systém? Neztrácí se transparentnost?**

Tento věvec institucí má svou jasnou logiku i transparentci a je zcela záměrný: Academia Medica Pragensis s.r.o. je výkonnou, na státní podpoře nezávislou vzdělávací organizací, která má na starosti servisní činnost, organizaci akcí, vydavatelskou činnost, konzultační činnost, přípravu materiálů, prezentací a výukových pomůcek, pronájem sálů, péči o posluchače a klienty, styk s lékař-

skou komorou při udělování kreditů celoživotního vzdělávání zdravotníků, a je prakticky pro celou oblast medicíny k tomuto akreditována. Všechny informace o ní jsou na [www.amepra.cz](http://www.amepra.cz).

Nadace Academia Medica Pragensis je neziskovou organizací, která má na starosti získávat podporu pro lékařské vzdělávání a vědu a dbát na to, aby získané prostředky plnily výhradně účel, kterému jsou určeny. O aktivity Nadace se starají bezplatně nadšenci a dobrovolníci, kterým jsou její cíle blízké. Členové ČLA nejen že z ní nebudou a nemohou ve smyslu hmotného prospěchu nic mít, ale naopak do ní budou své peníze vkládat. Nadace je přísně vnitřně i zevně audítovaná a podléhá velmi striktním pravidlům, jako dnes ostatně každá „velká“ nadace. Informace o ní lze najít jak v nadačním rejstříku, tak na [www.amepra.com](http://www.amepra.com). Nadaci řídí tříčlenná správní rada ve složení prof. Helena Illnerová, předsedkyně Akademie věd České republiky („věda“), prof. Vladimír Beneš, přednosta Neurochirurgické kliniky v Ústřední vojenské nemocnici („diagnostika a léčba“), a já („vzdělávání“). Navíc Nadaci slouží rozsáhlý poradní sbor napříč celým odborným i názorovým spektrem české medicíny.

■ **Z čeho jsou aktivity ČLA financovány?**

Jaký je vztah ČLA a komerčních partnerů a na jakých principech funguje? Provoz ČLA je financován z příspěvků vlastních členů, předmět činnosti (stipendia, ceny, publikace aj.) pak z nadačních darů a benefičních akcí.

■ **Děkujeme za rozhovor.**

■ **What is the origin of the Czech Medical Academy (CMA)? Why was the CMA established?**

The need for the CMA arose at the beginning of 1990s, at a time when the existing college of medicine of the Academy of Sciences had been canceled. When the educational institution Academia Medica Pragensis established the Academia Medica Pragensis Foundation in 2002 as a reaction to the demands of an leading medical representatives, it was entrusted with the Czech Medical Academy as a representative body of

those who contributed to Czech medicine in the field of research, the education of new generations of doctors, or by an outstanding contribution to medical diagnostics and treatment. Another reason for establishing the CMA in the Czech Republic was the absence of an authoritative institution that could be a partner for medical academies in Europe and elsewhere. One of its tasks, aside from taking a professional standpoint on socially significant issues of the medical science, is to make contact with medical academies abroad. On top of this the academy is a place that provides a certain social satisfaction for those who have made exceptional contributions to our medicine at a time when they were no longer active managers or professors.

- Is there a public demand for institutions such as the CMA? Who has the greatest need for an institution such as the CMA, and why?

The medical sciences are not presented to the public in an adequate manner. In the media, medicine is represented by well-known individuals on the one side and on the other by the Czech Medical Chamber, which is a professional union fulfilling completely different functions even though it also has a scientific board. This is why the outcome of the medical sciences and the solutions and needs of medical education and science are distorted when presented to the public; this harms basically all medical disciplines. Therefore it is medicine as such that lacks the CMA but it is always needed by the public (and the media) as an authority for forming opinions and attitudes on the principal issues of medical research, science and medicine in general.

- What particular activities did the CMA plan for 2004 and what has been accomplished?

The first year was spent working on the articles of association and rules of procedure. We distributed assignments and agendas, formed the principles for admitting new members, made contacts with foreign academies and surveyed the topical areas that the academy ought to cover.

- In the future, will you seek to participate in the sponsorship of existing events, or would you rather organize your own?

We would like to organise mostly our own events including information on the Internet, etc. Nevertheless, cooperation with other similarly orientated institutions will be an important part of the CMA's work. We wish to be a good partner for universities and the Academia Medica Pragensis Foundation, which has an extensive community of consultants and the possibility to influence the development of Czech medicine by supporting science, awarding prizes and scholarships and, soon, even grants. All this depends on the support from the public as well as from the business and industrial spheres. Economies flourish in those places where education and research flourish.

- Does the CMA intend to compete with the Czech Medical Chamber (CMC)? What is the relationship between the CMA and the CMC?

We are not and cannot be a competitor of the CMC. The CMC is a professional union, their membership is obligatory, and they address many legal issues and responsibilities of the medical profession and its competences. The CMA is a prestigious and representative association with a limited membership conditioned by previous scientific and pedagogical work. It addresses conceptual issues in research and development, it is a kind of mediator between what happens in the medical sciences and what can be applied in practice, what is taught at schools and what is presented to the public.

- Don't you think that there is a sufficient number of such institutions in the medical field, and that establishment of new ones makes the situation confused?

This is not the situation in this country. As regards the Czech Medical Association, the membership is voluntary but any doctor can enrol, it is scattered by disciplines and it concentrates on special interest (meetings of specialised associations), organisation (conferences), and publishing. Science is not a priority, even though nowadays you can never separate one from the other.

- What is the role of the CMA toward the Ministry of Health, SÚKL (State In-

stitution for Medicine Testing), and other similar institutions?

The CMA has no negotiating role, it does not participate in "tripartites" and so on, but is a strong lobby for forming professional views held by its members that become the contents of position statements, which the CMA can prepare to a particular order.

- What were the standards (criteria) for selecting the founding members – the core?

The CMA preparatory group – the core – was formed on the basis of members of the advisory body of the Academia Medica Pragensis. The requirement was to fulfil at least two of the following criteria:

- to be well-versed in the sciences which pertain to the situation in a given field;
- to have established a "school" or a movement (an example being the late Josef Charvát, founder of the endocrinology school);
- major achievements in diagnostics treatment, which is not always the same thing as scientific research;
- to have gained an excellent reputation abroad, for example membership in a prestigious society (at home there tends to be less gratitude than abroad).

We have approached this due to the willingness of those responsible to actively work towards these aims. The core accepted the terms, one of which is the procedure for receiving members, their rights and obligations. In principle each potential member must be proposed by several colleagues and then reviewed, and the result will be the subject of a secret vote.

- Could you provide some current examples in which the CMA has represented the Czech medical public home and abroad?

The first event that we were invited at the very beginning of our existence was the conference of the Federation of the National Academies of Medicine EU from 21–23 May 2004 in Rome, which was attended by Professor Richard Rokyta. At this event the CMA was promised membership in this Federation on 13 November 2004 in Brussels. A further aspiration that we have is to hold a spring



conference of the Federation of the National Academies of Medicine EU.

■ **Have you any idea as to what sort of achievements will be rewarded by the CMA?**

Without doubt it will be for the best scientific work, especially by young researchers. The founding body of the CMA, the Academia Medica Pragensis Foundation, has already taken steps in this direction and has begun a tradition by awarding grants to young scientists from Brno and Hradec Králové, which has allowed them to obtain prestigious positions in the USA and to continue their research into Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. In addition they have been given awards for the best scientific work in the field of Alzheimer's Disease, which has been published in world-renowned journals. The purpose is not only to emancipate Czech science and to create conditions whereby our talent can find work abroad, but also to create an environment in this country which could "set the table" for medical research and education.

■ **Do you also plan to work with students? In what way? Can you estimate how many grants will be awarded by the CMA?**

We shall certainly work with students, in particular at a post-graduate level and as part of continuing education. Pre-graduate students study at universities. The number of grants can at present be counted on the fingers of one hand, but in the future this depends both on the quality (we are not going to atomise the support, but rather support that which

brings further development), and the means that are available to us, which currently I cannot guess at, for it depends largely on how the Foundation manages to obtain support from other subjects and individuals for these aims to become reality.

■ **Do you wish to become a member of an international group of academies? Where can one find more information?**

See above; the Federation of the National Academies of Medicine EU (General Secretary Professor Andre Govaerts).

■ **Today the Academia Medica Pragensis exists in the form of a limited company, the Academia Medica Pragensis Foundation and now the CMA is o.s. (civil association). Why such a complicated system? Does it not lose transparency?**

This set of institutions has its own clear logic and is completely deliberate: the Academia Medica Pragensis s.r.o. is an executive educational organisation which is independent from state support, and which is responsible for service activities, the organisation of events, publishing, consultation, preparation of materials, presentation and educational materials, rental of halls, care for audiences and clients, relationships with the medical chamber in the awarding of credits for the life-long education of health workers, and is accredited in this respect for almost the entire medical field. All information can be found at [www.amepra.cz](http://www.amepra.cz).

The Academia Medica Pragensis Foundation is a not-for-profit organisati-

on which is responsible for fund raising for medical education and science, and for judging whether the funds raised have fulfilled the role for which they were assigned. Unpaid enthusiasts and volunteers, who share the same goals, look after the activities of the Foundation. Members of the CMA will never and may never receive tangible rewards from the Foundation; on the contrary, they will put their money in via membership contributions. The Foundation is strictly audited, both internally and externally, and is subject to strict rules, as is every other large Foundation today. Information about it can be found both in the Foundation Register, and also at [www.amepra.com](http://www.amepra.com). The Foundation is governed by a three-member supervisory board consisting of prof. Helena Illnerová, President of the Czech Republic Academy of Science ("science"), Prof. Vladimír Beneš, Director of the neurosurgical clinic at the Central Military Hospital ("diagnostics and treatment") and myself ("education"). In addition, the Foundation has an extensive advisory body from across the entire expert spectrum of Czech medicine.

■ **How are the activities of the CMA financed? What is the relationship between the CMA and its commercial partners and by what principles does it function?**

The functioning of the CMA is financed by the contributions of its members; the subject of its activities (grants, awards, publications, etc.) from Foundation gifts and beneficial event.

■ **Thank you for the interview.**

## Setkání přípravné skupiny České lékařské akademie

### Meeting of the preparatory group of the Czech Medical Academy

Přípravná skupina předních představitelů české medicíny se sešla dne 19. ledna 2004 v odpoledních hodinách v malém Španělském sále ve Španělské ulici číslo 10 v Praze na Vinohradech.

Jednání ve 14 hodin zahájil profesor Cyril Höschl. Vysvětlil přítomným poslání ČLA a její vztah k Nadaci Academia Medica Pragensis (dále Nadace). „Nadace je nonprofitní nezávislá organizace, jejíž činnost kontroluje správní rada Nadace (pozn.: předseda správní rady prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., členové prof. RNDr. Helena Illnerová, DrSc., a prof. MUDr. Vladimír Beneš jr., DrSc.). Hlavním posláním Nadace je získávat prostředky pro vzdělávání lékařů, pracovníků ve zdravotnictví a veřejnosti, vypisování cen a stipendií.“ Dále profesor Höschl informoval o hlavních zásadách a cílech ČLA.

Nejdůležitějším bodem programu, který následoval po úvodní řeči, bylo zvolení členů ČLA, kterými se stalo 53 předních odborníků české medicíny, kteří splňovali alespoň dvě z následujících kritérií:

1. vědecké renomé, např. vysoká citovanost v odborné literatuře, vztažená k situaci v oboru;
2. mimořádné pedagogické zásluhy, např. výchova generací následovníků, založení „školy“ nebo směru;
3. mimořádný přínos k diagnostice a léčbě;
4. vynikající renomé v cizině a také devítičlenná výkonná Rada ČLA (prof. Beneš jr., prof. Grim, prof. Höschl, prof. Martásek, prof. Ošťádal, prof. Pařko, prof. Rokyta, prof. Syková, prof. Ošťádal a prof. Zeman).

Důležité bylo jednání o Stanovách České lékařské akademie. Jako podklad sta-

novám ČLA posloužily stanovy dalších akademií (např. z Velké Británie) a stanovy Učené společnosti ČR. Po bouřlivé diskusi bylo ke stanovám přijato několik připomínek. Poté na otázku předsedajícího: „Kdo je pro znění stanov po všech úpravách?“, hlasovali všichni zúčastnění pro, nikdo nebyl proti a nikdo se nezdržel hlasování.

Účastníci prvního jednání České lékařské akademie se také shodli na tom, že členem ČLA se mohou stát i nelékaři (přírodovědci, psychologové atd.), pokud se zasloužili o rozvoj medicíny, resp. lékařských věd.

Dále byli přítomní informováni o tom, že činnost ČLA bude slavnostně zahájena koncertem České filharmonie v Rudolfinu 13. února 2004 pod záštitou prezidenta republiky Václava Klause.

Závěrem proběhla volba předsedy České lékařské akademie, jímž se stal ve veřejném hlasování Rady ČLA jednohlasně prof. Cyril Höschl.

A preparatory group consisting of leading representatives of Czech Medicine met on the afternoon of 19<sup>th</sup> January 2004 in the small Spanish Hall at 10 Španělská Street in Prague-Vinohrady.

The two-o'clock meeting was opened by Professor Cyril Höschl. He explained to those present the *raison d'être* of the CMA and its relationship with the Academia Medica Pragensis Foundation (here after referred to as 'the Foundation'). "The Foundation is a not-for-profit independent organisation, whose activities are governed by the administrative board of the Foundation (note: the Chairman of the board Prof. MUDr. Cyril Hö-

schl, DrSc., members Prof. RNDr. Helena Illnerová, DrSc. and Prof. MUDr. Vladimír Beneš jr., DrSc.). The main aim of the Foundation is to find finance for the education of doctors, health workers and public sector workers, and the awarding of bursaries and grants." In addition Professor Höschl informed the group on the primary goals and principles of the CMA.

The most important part of the programme, which followed the opening speech, was the election of members of the CMA. 53 leading experts from Czech medicine who fulfil at least two of the following criteria were duly elected:

1. Scientific renown, for example a high-level citation in professional literature, related to issues within their given field;
2. Extraordinary teaching merit, for example the education of generations of successors, the establishment of „schools“ or movements;
3. Extraordinary contribution to diagnostics and medical treatment;
4. Excellent renown abroad and also the Executive Committee of the CMA (Prof. Höschl, Prof. Rokyta, Prof. Beneš jr., Prof. Grim, Prof. Martásek, Prof. Ošťádal, Prof. Pařko, Prof. Syková and Prof. Zeman).

The meeting on the Articles of the Czech Medical Academy was also important. The articles of other such academies (e.g. in Great Britain) and the articles of The Learned Society of the Czech Republic were used as a basis for those of the CMA. After a stormy discussion several comments were made on the articles. Following this came the Chairman's motion: "Who is in favour of the Articles following the amendments?" and



## O České lékařské akademii / About the Czech Medical Academy

a vote was held. All those present were for; there were no votes against the motion, and no abstentions.

Participants at the first meeting of the Czech Medical Academy also agreed that non-physicians may become members (natural scientists, psychologists,

etc.), as long as they have contributed to the development of medicine or medical science.

In addition those present were informed that the activities of the CMA would be ceremonially opened at a concert by the Czech Philharmonic Orchestra at the

Rudolfinum on February 13, 2004 under the auspices of President Václav Klaus.

At the close the election of the Chairman of the Czech Medical Academy took place: Professor Cyril Höschl was elected unanimously after an open vote by the Board of the CMA.

### Proč přijímám členství v České lékařské akademii?

Why am I accepting membership to the Czech Medical Academy?

Nabídku na členství s radostí přijímám a považuji ji za velkou čest. Jsem přesvědčen, že Česká lékařská akademie přispěje k obnovování bohužel poněkud pokleslé reputace našeho lékařského stavu.

*Prof. MUDr. Richard Jelínek, DrSc.*

*Vedoucí Oddělení histologie a embryologie Centra biomedicinských oborů 3. lékařské fakulty UK v Praze*

Domnívám se, že toto společenství lékařů, kteří již v životě něčeho dobrého ve své profesi dosáhli, může v rámci pracovních výstupů z možných úkolů na počátku formulovaných dokázat oprávněnost své existence a přispět k dalšímu jak odbornému, tak i společenskému obohacení naší medicíny.

*Prof. MUDr. Miroslav Fára, DrSc.*

*Emeritní profesor Kliniky plastické chirurgie 3. lékařské fakulty UK v Praze*

Děkuji za nabídku členství v České lékařské akademii. Rád se zapojím do práce přípravné skupiny. Domnívám se, že spojení akademie s Nadací Academia Medica Pragensis je zárukou funkčnosti zakládané akademie.

*Prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc.*

*Přednosta Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty UK v Praze*

Velmi si vážím nabídky stát se zakládající členkou České lékařské akademie. Jelikož jsou mi uvedené cíle ČLA velmi blízké a považuji její vznik za velmi pozitivní a důležitý krok veřejného a profesního života, tuto nabídku s díky přijímám.

*Prof. MUDr. Eva Syková, DrSc.*

*Ředitelka Ústavu experimentální medicíny v Praze*

Uvedená nabídka je pro mne velkou ctí. Cítím, že v současné beznaději je nutné

učinit alespoň něco, co by napomohlo nutné budoucí formulaci koncepce lékařského pre- a postgraduálního vzdělávání a na ně navazující vědy a výzkumu. A také zlepšení prestiže lékařského stavu.

*Prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc.*

*Emeritní profesor Lékařské fakulty MU, I. interní kardiologické kliniky FN u sv. Anny v Brně*

Nabídka členství v České lékařské akademii mě potěšila, vážím si jí a nevím, zda si ji tak plně zasloužím, a pokorně ji přijímám. Věřím, že přispěje k duchu kontinuity a kontemplace, spojené s diskusí, který v dnešním rytmu života i vědy postrádám.

*Prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.*

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Nabídka členství mě velice potěšila. Velmi rád se zúčastním práce v této instituci a doufám, že se mi podaří přispět k aktivitám této akademie v oblasti, která je mi vlastní, a to v základním lékařském výzkumu.

*Prof. MUDr. Pavel Mareš, DrSc.*

*Vedoucí Oddělení růstu a diference buněčných populací, Fyziologický ústav AV ČR Praha*

It is with great pleasure that I accept membership, and I consider it a great honour. I am convinced that the Czech Medical Academy will work towards the renewal of the unfortunately somewhat tarnished reputation of our medical community.

*Prof. MUDr. Richard Jelínek, DrSc.*

*Head of the Department of Histology and Embryology at the Centre for Biomedical Fields at the 3<sup>rd</sup> Medical Faculty at Charles University Prague*

It is my opinion that this society for physicians, who have all achieved something good in their profession, can as a part of the work outputs of potential initially formulated tasks may prove the justification of its existence and contribute to further enrichment of our medicine, both professionally and socially.

*Prof. MUDr. Miroslav Fára, DrSc.*

*Chairman Emeritus of the Plastic Surgery Clinic at the 3<sup>rd</sup> Medical Faculty at Charles University Prague*

Thank you for your offer of membership in the Czech Medical Academy. I will be happy to take part in the work carried out by the preparatory group. I believe that the combination of the Academy with the Academia Medica Pragensis Foundation is a guarantee that the newly-established Academy will be able to function well.

*Prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc.*

*Chairman of the Anatomical Institute at the 1<sup>st</sup> Medical Faculty at Charles University Prague*

I greatly appreciate the offer to become a founding member of the Czech Medical Academy. Because the aims of the CMA are very close to me, and I consider its establishment to be highly positive and an important step in public and professional life, I accept this offer with gratitude.

*Prof. MUDr. Eva Syková, DrSc.*

*Director of Institute of Experimental Medicine in Prague*

This offer is a great honour for me. I feel that in the current atmosphere of despair it is necessary to do at least something that would aid the necessary future formulation of a concept for medical undergraduate and postgraduate education, as



## O České lékařské akademii / About the Czech Medical Academy



well as the related science and research. It will also serve to improve the level of prestige within the medical community.

*Prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc.  
Professor Emeritus, Medical Faculty at  
Masaryk University, 1<sup>st</sup> Internal Cardio-  
angiological Clinic at St. Anna's  
Hospital in Brno*

This offer of membership in the Czech Medical Academy has greatly pleased me; I do appreciate it and I do not know

whether I fully deserve it, yet I humbly accept. I believe that it will contribute to the spirit of continuity and contemplation, together with discussion, which is missing in today's tempo of life and science.

*Prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.  
Psychiatric Clinic, 1<sup>st</sup> Medical Faculty  
at Charles University and VFN  
in Prague*

This offer of membership has pleased me greatly. I will be most happy to take

part in the work of this institution and I hope that I will be able to contribute to the activities of this Academy in my field, in particular basic medical research.

*Prof. MUDr. Pavel Mareš, DrSc.  
Head of Department of Growth and  
Variance of Cell Populations, Physiological  
Institution at the Czech Academy  
of Sciences, Prague*



Foto: archiv ČLA

## Tisková konference k zahájení činnosti ČLA

### Press conference on the establishment of the CMA

Dne 13.2. 2004 v dopoledních hodinách se uskutečnila tisková konference ke vzniku České lékařské akademie v Hotelu Paříž. Založení České lékařské akademie, jak zaznělo úvodem, je z pohledu české lékařské vědy událostí historického významu.

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., jako jeden ze zakladatelů projektu a předseda České lékařské akademie přítomným novinářům za účasti čestného hosta prof. Sira Johna Skehela, viceprezidenta britské Akademie lékařských věd, a prof. MUDr. Vladimíra Beneše, DrSc. jr. člena správní rady Nadace Academia Medica Pragensis, mimo jiné vysvětlil, proč Česká republika potřebuje Českou lékařskou akademii, jaké role bude plnit a jaké budou její aktivity, kdo a s jakými otázkami se na ni bude moci obracet, jaký bude její vztah k Ministerstvu zdravotnictví a k České lékařské komoře atd. Více informací naleznete v rozhovoru s předsedou České lékařské akademie prof. C. Höschlem v tomto čísle Revue.

Na snímku z tiskové konference (zleva) prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., prof. Sir John Skehel a prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc. jr.

Chairman of the Czech Medical Academy; the honorary guest, Prof. Sir John Skehel, vice-president of the British Academy of Medical Sciences; and Prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc. jr. a member of the board of directors of the Academia Medica Pragensis Foundation, all explained to the journalists why the Czech Republic needs a Czech Medical Academy;

what role it will fulfil and what will activities be, who will be able to turn to the Academy and with what type of questions, what its relationship will be with the Ministry of Health and the Czech Medical Chamber, etc. More information available in the interview with the Chairman of the Czech Medical Academy in this issue.



Foto: Radka Dubanská

On the morning of 13. 2. 2004 a press conference took place on the establishment of the Czech Medical Academy at Hotel Paříž. The press conference was opened with brief information regarding the fact that the establishment of the Czech Medical Academy is, from the viewpoint of Czech science, an event of historical importance.

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., as one of the founders of the project and

## Koncert České filharmonie zahájil činnost České lékařské akademie

### CMA activities inaugurated with a concert by the Czech Philharmonic

Koncert České filharmonie v pražském Rudolfinu se konal při příležitosti slavnostního zahájení činnosti České lékařské akademie pod záštitou prezidenta České republiky prof. Václava Klause dne 13. února 2004. Česká filharmonie vystoupila s díly Brahmsa, Suka a Beethovena pod taktovkou Libora Peška a se sólisty Pavlem Šafaříkem, Jaroslavem Matějkou a Petrem Jiříkovským (Beethovenův Trojkoncert). Večerem provázela Jana Štěpánková a činnost České lékařské akademie zahájil její předseda prof. Cyril Höschl.

A concert by the Czech Philharmonic Orchestra at the Rudolfinum took place on the occasion of the ceremonial opening of the activities of the Czech Medical Academy, under the auspices of the President of the Czech Republic Václav Klaus on 13th February 2004. Leading representatives of Czech medicine were invited to the concert.

The Czech Philharmonic Orchestra had the honour of performing works by Brahms, Suk and Beethoven conducted by Libor Pešek and with soloists Pavel Šafařík, Jaroslav Matějka and Petr Jiříkovský (Beethoven Triple Concerto). The evening of 13<sup>th</sup> February 2004 was hosted by Jana Štěpánková. The President of the newly-established Academy, professor Cyril Höschl, inaugurated the CMA.

Na koncert byli pozváni nejen členové České lékařské akademie (na snímcích [1] prof. Doležal s prof. Jiráskem, [2] prof. Anděl s prof. Höschlem, [3] prof. Blahoš)...  
*Attendees at the concert were invited not only the members of the CMA (like [1] prof. Doležal and prof. Jirásek, [2] prof. Anděl and prof. Höschl, [3] prof. Blahoš)...*



Foto: Petr Šolar



## O České lékařské akademii / About the Czech Medical Academy

...ale i významné osobnosti našeho kulturního a politického života v čele s prezidentem České republiky prof. V. Klausem.  
...but also leading figures from Czech cultural and political life in front with the President of the Czech Republic prof. V. Klaus.



Foto: Vladimír Brada



Foto: Radka Dubanská

Účastníky koncertu přivítala paní Jana Štěpánková...  
The opening speech was made by Mrs. Jana Štěpánková...



Foto: Petr Šolar

...která pak předala slovo (přesněji taktovku) dirigentu Liboru Peškovi...  
*She and the conductor Libor Pešek were well-suited to each other. The musical section of the evening was overtaken by the charisma of Libor Pešek*



Foto: Petr Šolar



Foto: Radka Dubanská



Foto: Radka Dubanská

...a Triu Martinů.  
*...and the young verve of the Trio Martinů.*



Foto: Radka Dubanská



## Lékařská akademie Francie a Ruska

Jaroslav Blahoš

### Medical Academies of France and Russia

Národní lékařská akademie Francie je vysoce prestižní akademická instituce se slavnou minulostí, spjatá s významnými jmény medicíny. Akademie byla založena královským dekretem z 20. prosince 1820. Jako důvod založení je uvedena nutnost „sloužit vládě ve všem, co se týká veřejného zdraví, hlavně ve zvládání epidemií, závažných chorob v různých zemích, epizoonóz, v rozvoji soudního lékařství, vakcinace, zkoušení nových léků a tajných léčiv a přírodních i umělých minerálů“. Akademie převzala agendu Sociétés royales de médecine a Académie de chirurgie, které byly zrušeny Konventem v roce 1793. Vytvořením Akademie tak skončily rozbroje mezi dvěma předchozími akademii, lékařskou a chirurgickou. Jejich spojením získala Akademie na prestiži. Ta byla ještě zvýšena pozdějším rozšířením o sekce veterinární medicíny a farmacie.

Akademie byla původně rozdělena na tři sekce: lékařskou, chirurgickou a farmaceutickou. Členové každé z nich se scházeli dvakrát do měsíce. Jedenkrát za tři měsíce se konalo valné shromáždění celé Akademie. Jedenkrát ročně se konalo veřejné zasedání.

Složení akademie bylo několikrát změněno (1829, 1835, 1856, 1923, 1935, 1947, 1952, 1955). Titulární akademici (pouze Francouzi), v celkovém neměnném počtu 130 členů, jsou nyní rozděleni do osmi sekcí:

1. sekce: vnitřní lékařství a interní obory – 28 členů
2. sekce: chirurgie, porodnictví a další chirurgické obory – 24 členů
3. sekce: hygiena a epidemiologie – 10 členů
4. sekce: biologické vědy, fyzika, chemie a jiné přírodní vědy – 22 členů

5. sekce: zvěrolékařství – 6 členů
  6. sekce: farmacie – 10 členů
  7. sekce: sociální lékařství a sociologie – 15 členů
  8. sekce: ostatní – 15 členů
- Tzv. přidružených cizích členů je dvacet. Dalších 212 členů jsou korespondující členové národní (120) a zahraniční (92); jsou rozděleni do šesti divizí, podobně jako prvních šest sekcí akademiků. Rovněž počet korespondujících členů je stálý a nový člen může být zvolen pouze v případě, uvolní-li se místo úmrtím.

V roce 1947 byl změněn název Académie Royale na Académie Nationale de Médecine. V čele Akademie jsou prezident a tzv. trvalý sekretář (Secrétaire Perpétuel), volený na 5 let, ale s obnovitelnou funkcí na neurčito. Prvním prezidentem Akademie byl baron Antoine Portal, osobní lékař krále Ludvíka XVIII.

Návrhy na nové členy podávají dva titulární akademici a volba je tajná. Kandidát musí přednést odbornou přednášku ve francouzštině a odpovědět v diskusi na dotazy a připomínky. Práce je otištěna v Bulletin de l'Académie, který vychází devětkrát do roka a je distribuován zdarma všem členům Akademie. Schůze Akademie se nyní konají každé úterý. Schůze bývá zahájena vzpomínkou na zesnulé členy. Tyto vzpomínky jsou vždy ukázkou vrcholného řečnického umění i brilantnosti francouzského jazyka. Jsou publikovány v Bulletinu.

Akademie sídlí v monumentální budově v rue Bonaparte č. 16 v šestém pařížském okrese, v sousedství konzulátu ČR. Uvnitř budovy jsou kromě starobyle zdobeného sálu knihovna, studovny a společenské místnosti. Atmosféra při zasedání je těžko popsatelná. Titulární akademici sedí v dřevěných la-

vicích na místech, která jsou označena jejich jménem vrytým do měděného štítu. Pozorovatel se neubrání dojmu grandiózního milieu, v němž duch Akademie ožívá skvělým dědictvím, který dala Francie světu. Vládne tu vzájemná úcta, slušnost, diskretnost a moudrost většinou bělovlasých pánů, jejichž intelektuální kvality jsou umocňovány věkem.

Akademie není symbolem medicínského l'art pour l'artismu. Na programu jsou kromě vědeckých témat i praktická doporučení, jichž využívají relevantní francouzské úřady i vláda.

Měl jsem tu čest být přijat do Académie Nationale de Médecine jako Membre correspondant étranger dne 14. dubna 1992 na návrh akademiků P. Guineta, endokrinologa z Lyonu, a J. Mirouze, diabetologa z Montpellier, a po zvolení v tajných volbách. Diplom zahraničním korespondentům je zpravidla předáván na slavnostním zasedání Akademie za přítomnosti diplomatů z příslušných zemí (v mém případě to byl velvyslanec p. Jaroslav Šedivý). Každoročně je vydáván seznam členů Akademie. Jména členů Akademie, označená deseticípou hvězdičkou, značí jejich příslušnost k Řádu čestné legie. V bibliografickém seznamu členů je na str. 172 uvedeno: Purkinje (Johanes Evangelista von) – Né á Libochovice (Autriche) (Tchécoslovaquie) le 17 décembre 1787. – Elu correspondant étranger pour la division de médecine le 24 février 1835. – Mort á Prague (Autriche-Hongrie) (Tchécoslovaquie) le 28 juillet 1869. – Correspondant de l'Académie des sciences.

Ruská Akademie lékařských věd (RAMS) doznala v období Sovětského svazu několik organizačních změn. Po změně politického systému se stala de-

mokratickou státní organizací, která je přímo řízena vládou Ruské federace a je jí také financována. Aktuálně pracuje v rámci RAMS 68 lékařských výzkumných pracovišť. Prezidentem RAMS je akademik Valentin Pokrovskij, přednostou fyziologického ústavu RAMS.

Letošní 13. (a od založení 76.) valné shromáždění se konalo ve dnech 17. až 20. února 2004 v Moskvě a mělo na programu mimo odborná sdělení i zprávy z jednotlivých oblastí Ruska a volby nových členů v jednotlivých oblastních divizích. Oblastní divize jsou čtyři, a to Lékařsko-biologická (v Moskvě), Divize klinické medicíny (v Moskvě), Sibiřská divize (Krasnojarsk) a Severozápadní divize (Sankt Petěrburg).

Valné shromáždění se na letošním sjezdu zabývalo i návrhem na zahraniční členy RAMS. Návrh k přijetí do RAMS podal prezident RAMS prof. Pokrovskij na základě doporučení generálního tajemníka Ruské lékařské společnosti dr. L. Michailova. K navrženým patřili: dr. D. Human (Jižní Afrika – sociální lékařství), E. Accorsi (Chile – pediatrie), Y. Blachar (Izrael – nefrologie), A. Milton (Švédsko – nefrologie), J. Blahoš (ČR – interní lékařství). Všichni navržení členové byli po vystoupení v Akademii v tajných volbách přijati.

Prof. V. Pokrovskij je také předsedou Ruské lékařské společnosti, se kterou má ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) dlouholetou spolupráci. Naskytuje se tedy možnost dalších styků mezi RAMS, ČLS JEP a ČLA (Českou lékařskou akademií).

The French National Medical Academy is a highly prestigious academic institution with a glamorous past, connected with outstanding names in medicine. The Academy was founded by royal decree on the 20 December 1820. As the mission of its foundation it states the necessity "to serve the government in all that concerns public health, namely epidemics, serious diseases in various countries, epizootic diseases, forensic medicine, vaccination, testing of new drugs and secret medications, and natural as well as artificial mineral waters". The Academy took over the agenda from the Société royale de médecine and Aca-

démie de chirurgie, which were abolished by the Convention in 1793. The establishment of the Academy put an end to the conflicts between the two previously mentioned academies, medical and surgical. By merging them the Academy gained prestige. This was enhanced by later expansion with the veterinary and pharmaceutical sections.

Originally, the Academy was divided into three sections: medical, surgical and pharmaceutical. Their members met twice a month. Once in three months the entire Academy held a general meeting. A public meeting was held once a year.

The Academy's staffing changed several times (1829, 1835, 1856, 1923, 1935, 1947, 1952, and 1955). There is a constant number of 130 titular academics (only French) who are now divided into 8 sections:

- Section 1: internal medicine – 28 members
- Section 2: surgery, obstetrics and other surgical branches – 24 members
- Section 3: hygiene and epidemiology – 10 members
- Section 4: biological sciences, physics, chemistry and other natural sciences – 22 members
- Section 5: veterinary medicine – 6 members
- Section 6: pharmacy – 10 members
- Section 7: social medicine and sociology – 15 members
- Section 8: other – 15 members

There are 20 associated members. Another 212 members are corresponding members, both national (120 members) and international (92 members). These are also divided into 6 divisions like the first 6 sections of academics. The number of corresponding members is constant and a new member can be elected only if a position is made vacant through the death of a current member.

In 1947 the name of Académie Royale was changed to Académie Nationale de Médecine. The Academy is chaired by a president and a so-called permanent secretary (Secrétaire Perpétuel), elected for 5 years but with the renewal option for an unlimited period. The first President of the Academy was Baron Antoine Portal, personal physician of King Louis XVIII.

Two titular academics place proposals for new members and the vote is

secret. A candidate must present a specialised lecture in French and answer questions and comments in a discussion. The paper is printed in the Bulletin de l'Académie published nine times a year and circulated to all members of the Academy free of charge. Meetings of the Academy are presently held every Tuesday. The meeting is opened by a remembrance of deceased members. Such a remembrance is always an example of the top rhetorical art and brilliance of the French language. They are published in the Bulletin.

The Academy resides in a monument building in rue Bonaparte no. 16 in the 6<sup>th</sup> district of Paris, next to the Czech Consulate. Besides a hall decorated in antique fashion there are studies and social rooms in the building. The atmosphere of the meetings is hard to describe. Titular academics sit on wooden benches marked with their names engraved in copper nameplates. An observer cannot stop the impression of a grand milieu where the spirit of the Academy comes to life with the excellent heritage that France gave to the world. It is governed by mutual respect, decency, unobtrusiveness and wisdom of the mostly white-haired gentlemen whose intellectual qualities have multiplied with age.

The Academy is not a symbol of a medical "l'art pour l'artisme". Aside from scientific topics it deals with practical recommendations to relevant French authorities and the government.

I had the privilege to be admitted to the Académie Nationale de Médecine as membre correspondant étranger on 14 April 1992 following a proposal by academics P. Guinet, an endocrinologist from Lyon, and J. Mirouze, a diabetologist from Montpellier, and a secret vote. The diploma to foreign correspondents is usually awarded at a ceremonial meeting of the Academy in the presence of diplomats from the relevant country (Ambassador Jaroslav Šedivý in my case). The list of Academy members is published every year. Ten-point stars at the names of the Academy members mark their membership in the Honorary Legion Order. In the bibliographic list of members, page 172, there is an entry: Purkinje (Johanes Evangelista von) – Né á Li-bochovice (Autriche) (Tchécoslovaquie)

le 17 décembre 1787. – Elu correspondant étranger pour la division de médecine le 24 février 1835. – Mort à Prague (Autriche-Hongrie) (Tchécoslovaquie) le 28 juillet 1869. – Correspondant de l'Académie des sciences.

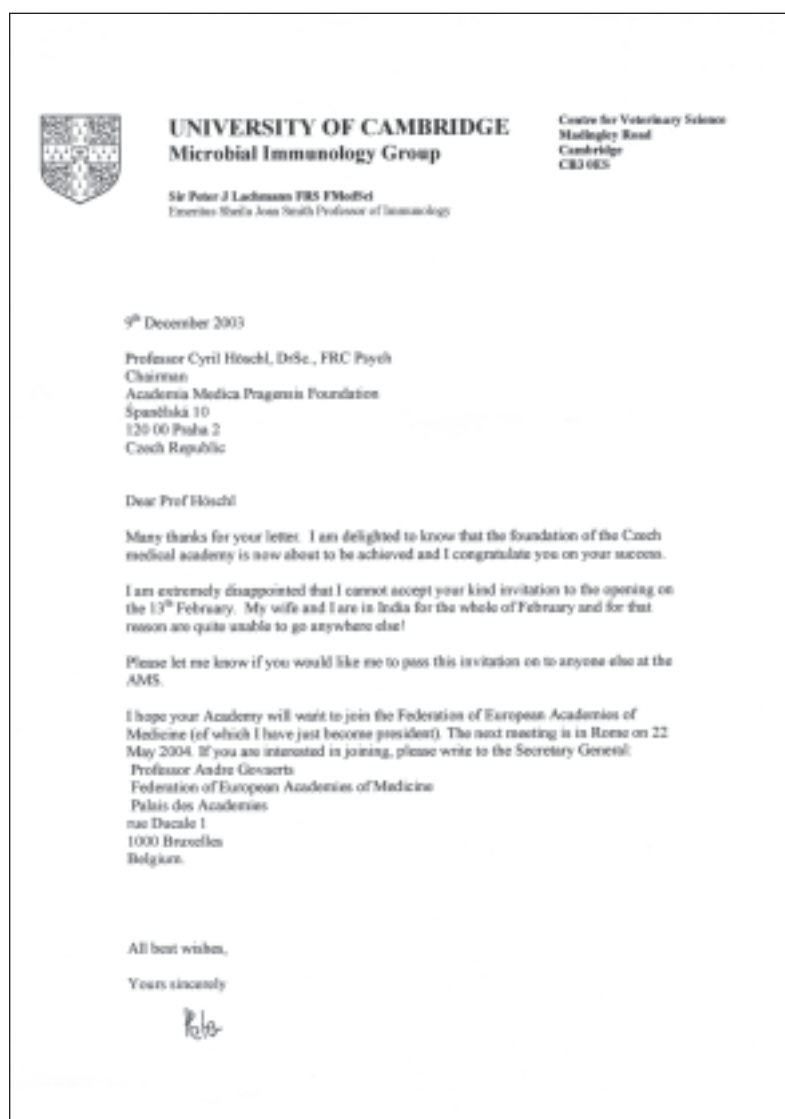
The Russian Academy of Medical Science (RAMS) went through several organisational changes during the Soviet period. Following the change in the political system it became a democratic state organisation that is directly controlled and also funded by the Russian Federation government. At the moment the RAMS hosts 68 medical research workplaces. The RAMS president is academic Valentin Pokrovski, chief doctor of the RAMS phthisiological institute.

This year's 13<sup>th</sup> general meeting (and the 76<sup>th</sup> since its foundation) took place in Moscow on 17–20 February 2004, and its agenda contained specialised papers as well as news from various parts of Russia and an election of new members for individual area divisions. There are four area divisions: the Medical-Biological Division (Moscow), the Clinical Medicine Division (Moscow), the Siberian Division (Krasnoyarsk) and the North-West Division (St. Peterburg).

This year's general meeting discussed the proposed foreign members of the RAMS. The president professor Pokrovski proposed the admission to the RAMS based on the recommendation of the secretary general of the Russian

Medical Society doctor L. Mikhailov. The candidates were: Doc. D. Human (South Africa – social medicine), E. Accorsi (Chille – pediatrics), Y. Blachar (Israel – nephrology), A. Milton (Sweden – nephrology), and J. Blahoš (Czech Republic – internal medicine). After their presentations in the Academy, all proposed candidates were elected in a secret vote.

Professor V. Pokrovski is also chairman of the Russian Medical Society with whom the Czech Medical Society Jan Evangelista Purkyně (ČLS JEP) has cooperated for a long time. Now there is an opportunity for further contacts between RAMS, ČLS JEP and ČLA (Czech Medical Academy).







## O humoru, medicínském zvláště

### Ctirad John

#### On Humour, Especially in Medicine

V jedenačtyřicátém válečném roce chystalo město Písek velkolepý projekt: „Prácheňské léto“. Jádrem mělo být divadelní představení na hradním nádvoří. Pro tu příležitost napsal Václav Renč členitou hru „Marnotratný syn“. O režii byl požádán Jiří Frejka. Přijel do letního Písku a byl okamžitě obklopen divadelní mládeží. Dychtivě jsme vnímali jeho představu divadelního souboru, který chce být bojovným celkem. Sílicí tlaky okupantů a zatčení generála Eliáše, který se pro projekt nadchl, jevištní realizaci zmařily. Ale chumel divadelních nadšenců měl v pauzách mezi divadelními zkouškami možnost nahlížet do Frejkovy intelektuální dílny. Frejka byl velmi zaujat zkoumáním směšnosti. Říkal, že vstupuje na neoranou půdu české divadelní typologie. Popsané lístky ze studijního zápisníku se mu bezděčně řadily do kapitol knížky „Smích a divadelní maska“, která vyšla za rok u Vilímků. Směsice nasbíraných nápadů, pozorování a drobných objevů směšnosti byla důkazem, že život přináší humorné prameny, které si dosud neprorazily cestu na jeviště. Jako jeden z dokladů pro své tvrzení Frejka uvedl „Medicína v županu“ doktora Hlaváče-Alaricha. „Sbírka Alarichových lékařských anekdot obsahuje sta postřehů o moderních lékařích, nejvšednější snůška vtípů je pokladnicí frazeologickou a charakteroslovnou – nesmíme si pro hrubost některého vtípu zastírat životnost figury, která se nám tak představuje.“ Medikovi, který se za války protáhl devaterem řemesel, se věta vryla hluboko do paměti.

V pětačtyřicátém roce se Alarichovy anekdoty staly v posluchárnách Pražské lékařské fakulty pedagogickou pomůckou. „Patřilo k módě sezóny“ prožíhat

přednáškový stereotyp humorem. Profesor Šikl dosahoval dynamické formy podání anekdoty sarkastickým přostřením a rafinovaně posazenou pauzou. Docela jinak zněly historiky vybírané s aristokratickou vytríbeností z úst literárně kultivovaného profesora Škorpila. V přednáškových vstupech připomínajících improvizované forbíny v Osvozeném divadle bohatě těžil z Alaricha profesor Laufberger (neopomenul podotknout, že medik Hlaváč kdysi fiškusoval na Fyziologickém ústavu). Svérázný postoj uplatňoval k anekdotám profesor Vondráček. Dotvářel je – i ty alarichovské – a s rozkoší vymýšlel nové. Při podání vtipného výroku či aforismu dbal na větnou retardaci a závěr cvmkl jen tak, do ztracena.

V padesátých letech se na našich lékařských fakultách „humoru příliš nepoužívalo.“ Ideologičtí pečovatelé věděli, že „otřásající smích dějin vždycky zaznívá zdola“. Tvrdošijně a nesmyslně se mátló vážné a vážené, jak říkával Miroslav Homiček. A nevážené se považovalo za znevažování. „Leč“ – to s potěšením cituji z Horníčкова úvodu ke Kášově antologii českého medicínského humoru – „pravý opak je pravdou. Ti, na které dopadne laskavý paprsek humoru, jsou polidštěni a povýšeni – alespoň v očích a srdcích těch, kdo povýšení a polidštění chápou jako vnitřní proces, ne jako služební postup.“

V polovině šedesátých let začala i v našich nakladatelských domech doba tání. V Mladé frontě si vzpomněli na Alaricha. Z podnětu Miroslava Holuba jsem dostal zadání: vybrat vše živé a životodárné z „Medicíny v županu“, z rukopisného torza sbírky anekdot dr. Josefa Káše, jednoho ze zakladatelů „kocour-

kovských učitelů“, a knížku doplnit anekdotami soudobými, prý nejlépe černým lékařským humorem. Začal jsem pracovat se zaujetím, později s láskou.

Při sestavování nové původní části, kterou jsem pojmenoval „Doderná“ v bláhovém domnění, že ukončuji řetěz medicínského humoru, jsem po letech otevřel Frejkovu knížku. Zdálo se mi inspirující protáhnout jejím filtrem medicínský humor. Hledal jsem paralely a našel někdy překvapivá propojení. Nový kontext, řečeno dnešním jazykem. Našel jsem smích Gogolův, „vážící svůj úder z hloubky truchlivého a milujícího srdce“. Smích, který byl podle Frejky rozlišením věcí a jejich hodnocením. Smích jako „zahořklou radost jasných barev“. Smích vyžadující pevný postoj uvnitř v sobě i ve společnosti, „protože chce být něčím víc, než rozhýbáním bránice“. I o medicínském smíchu a humoru lze říci, že je činností tvarotvornou a tvořivou, „která si z dějů a lidí vybírá podle plánu, docela jako si vybírá ve vyšším poli umělec“.

Frejka si volil literární spojení, kteří zaujímali postoje jako ušité pro objevení humoru v medicíně. „Smíchem se pranýřuje individuální nebo skupinová konvence, která si žádá bezprostřední opravu (Henri Bergson).“ Podle Romana Jakobsona je onou opravou právě smích. „Ruší automatismus zvyku a učí nás nově hmatat, chápat a hodnotit svět a znak.“ Že smích je zvrát naší úzkosti, z níž náhle přeskočíme do pocitu bezpečí, nám říkají příručky psychologie.

Medicínský humor se rodí tam, kde je člověk vypnut ze „standardní“ situace, kdy jako pacient přenáší uzlík tkání, nervů a cév přes práh ordinace. Co je jindy všední a uměřené, zvrátí se v humorné. Lékař s neotřelým viděním po-

sřehne záblesk komického a nazrávající situaci v duchu domodeluje. Zrodí se medicínská historka. Ústním podáním se dotváří a vyostřuje. Příběh je ozvláštňen a koluje. O leckteré anekdotě platí, že se „od svého matečného kmene oddělila poučením,“ jak napsal Karel Čapek. Zvláštní kategorií jsou obřadnou přísností přeplněné anekdoty o bláznech. Podle Frejky jsou postaveny na dadaistickém principu. Vždyť „dada“ je zesměšněním logiky, pranýřováním formalismu bez lidského rozměru.

Karel Čapek měl pravdu, když anekdotu považoval za mužský artikl. Tvrdý vtíp, který by bolel z ženských úst, nezabolí v chlapském provedení. I v medicíně známe chlupácký humor, „tlusté anekdoty“, které těží z lidských vratkostí a dvojsmyslnosti slov. Často znevažují věci kolem pohlaví. Čapek byl přesvědčen, že „právě rouhavé zlehčování má do jisté míry něco osvobozujícího, že se tu spíš vybjíjí pohlavní mlčení než pohlavní pud“. O věcech dětem nepřístupných však máme i anekdoty laskavé. Zúsměvňují to, co se leckdy prožívá těžce, ba i trýznivě.

Je pozoruhodné, že kolují anekdoty o lékařích a právnících, anekdoty o inženýrech však jsou zbožím nedostatkovým, jak postřehl Karel Čapek. Nám je nápadné, že nemáme humorné historky o badatelích oddaných molekulární biologii či genomice. Molekuly jsou pravděpodobně příliš vyčištěny a tím i odlidštěny. Naproti tomu modelovým protagonistou medicínské historky je patologický anatom. Obírá se nejsyrovější člověčinou. Proto mu lid kolem piteven přizdobuje jeho truchlivý úděl laskavě vyprávěnými drobnůstkami.

Alarichovy anekdoty patří do zlatého fondu českého humoru. Mají pro několik generací poezii, kterou jim propůjčuje pohled zpět a dálka. Voní starými časy, kdy život plynul zpomaloučka, jsou melancholicky staromilské. Asistenti a sekundáři v nemocnicích vzhlížejí k svým šéfům s vstřícným a pokorným obdivem. Svě Veliké Pepíky a Josefy Veliké rádi proměňují v charismatické postavy a snaží se je co nejvíc vyfešákovat.

Dnešní nemocnice a kliniky jsou i v anekdotách jiné, více občanské a demokratičtější. K šéfům se jen vzácně vzhlíží se zbožným obdivem. Jsou us-

mýkáni administrativními předpisy a poradováním, ztratili glanc. Zdaleka nejsou vědecky neinformovanější. Každý elév si může kliknout a internet mu vysype zásobu nových informací. Kdejaký nemocniční číman dnes vymýšlí žerty, které zasáhnou cíl naplno. Nikdo před nimi není chráněn. Mají však jedno společné: sentiment se v nich ukrývá do věčnosti.

Jiří Trnka kdysi popsal umění Jana Wericha slovy: „U něho není nikdo ztracen. Jeho herectví nesnese utrpení druhého a jeho řešení zlých situací je nejprostší a neúčinnější náhlým přátelským úsměvem nebo šibalským mrknutím.“ Zdá se mi, že tyto znaky má i humor nemocnic a ambulancí. Odráží totiž medicínu, která zvědavě zevljuje z kulis a vidí život na jevišti jinak než diváci v hledišti. Je trpělivá, laskavá k lidskému bytí a trochu rozpačitá ve smutku z míjení a ubývání.

In the war year of 1941 the town of Písek was preparing a grand project: “the Prácheň Summer”. The anticipated highlight was a theatre performance in the castle courtyard. Václav Renč wrote a complicated play for this occasion, “The Prodigal Son”. Jiří Frejka was asked to be the director. He came to summery Písek and was surrounded by the young theatre lovers. We hungrily savored his idea of a theatre ensemble aspiring to be a combat unit at the same time. The increasing pressure of the invaders and the arrest of General Eliáš who was enthusiastic about the project put an end to the stage production. But the group of theatre enthusiasts had a chance to peer into Frejka’s intellectual workshop during intervals between rehearsals. He was very interested in researching absurdity. He claimed he was entering the uncultivated field of Czech theatre typology. Sheets from his study notebook happened to arrange themselves into the chapters of the book “Laughter and the Theatrical Mask” that was published by Vilímek a year later. A medley of collected ideas, observations and revelations of small absurdities was proof that life brings sources of humour that have not yet made their way to the stage. As one of the proofs of his statements Frejka quoted “Medicine in a Robe” by doctor

Hlaváč-Alarich. “The collection of Alarich’s medical anecdotes contains hundreds of reflections on modern doctors, the most common pack of jokes is a treasure of phraseology and characterology – for the grossness of a certain joke we must not be blind to the true to life nature of the character being thus presented.” This sentence was deeply embedded in the memory of a medical student who tried many crafts during the war period.

In 1945 Alarich’s anecdotes became a teaching aid in the lecture halls of the Prague medical faculty. It was the fashion of the season to spice up the monotonous lectures with humour. Professor Šikl achieved a dynamic form by presenting the anecdote with sarcastic edges and an artfully placed pause. Stories chosen with an aristocratic taste from the mouth of the literary-educated Professor Škorpil sounded quite different. Professor Laufberger profited from Alarich in his lecture entries resembling the forestage improvisations in the “Liberated Theatre”. (He never forgot to mention that medical student Hlaváč used to go foxing at the Physiological Institute.) Professor Vondráček had a peculiar approach to anecdotes. He amended them – even those by Alarich – and took delight in making up new ones. When presenting a humorous quotation or aphorism he was very careful about the sentence retardation and he made the conclusion just by the way, into the void.

In 1950s “humour was not frequently applied” at our medical faculties. The ideological caretakers were aware that “the shattering laughter of history always resounded from below”. The serious was obstinately and absurdly confused with the worthy, as Miroslav Horníček used to say. And what was not serious was considered to be degrading. “However,” I like to quote from Horníček’s introduction to Káša’s anthology of the Czech medical humour, “the contrary is the truth. Those on whom humour rests its kind gaze are made more human and promoted – at least in the eyes and hearts of those who perceive promotion and humanization as an internal process, not a promotion in service.”

In the early 1960s the period of thaw began in our publishing houses. In the Mladá Fronta daily paper they remem-

bered Alarich. On the impulse by Miroslav Holub I was assigned a task: to select everything living and life-giving from "Medicine in a Robe", from the manuscript torso of the anecdote collection by Doctor Josef Káš, one of the founders of "the Kocourkov teachers", and complement the book with anecdotes from contemporary, best of all black medical humour. I embarked on this job with fascination, and later with love.

When preparing the new introductory part that I named "Dodemá" foolishly supposing that I was concluding the chain of medical humour, I opened Frejka's book after many years. It seemed inspiring for me to run the medical humour through its filter. I searched for parallels and sometimes surprising connections. A new context, as we would put it nowadays. I found the laughter of Gogol "weighting its impact from the depth of a sorrowful and loving heart". Laughter, which according to Frejka, made the difference between things and their evaluation. Laughter as "the bitter joy of bright colours". Laughter asking for a solid position in itself and in the society, "because it desires to be more than a mere movement of the diaphragm". We can say even about medical laughter and humour that they are morphological and creative activities, "that pick from the acts and people according to a plan just like an artist picks from them at a higher field".

Frejka chose such literary allies who took opinions tailored for revealing humour in medicine. "Laughter denounces individual or group conventions that request immediate corrections (Henri Bergson)." According to Roman Jakobson, laughter is such a correction. "It cancels the autonomy of habit and teaches us to touch, perceive and evaluate the world." Psychological manuals tell us that laughter is the opposite of the anxiety from which we flee into security.

Medical humour originates in those places where a man is switched-off from a "standard" situation when as a patient he brings his bunch of tissues, nerves and arteries over the threshold of the doctor's office. What is commonplace and adequate at other times, is upset to become humorous. A doctor with an original sight captures the glimpse of a comical situation and finishes the ripening situation in his mind. A medical story is born. By verbal interpretation it is amended and sharpened. The story becomes more interesting and circulates. It is true about many anecdotes that they are "separated through the telling from their parent tree" as Karel Čapek wrote. Anecdotes about lunatics overfilled with a ceremonial severity make a special category. According to Frejka, they are based on the dadaist principle. "Dada", after all, is the mockery of logic, denunciation of formalism without a human dimension.

Karel Čapek was right when considering an anecdote a masculine article. A harsh joke that would hurt from a lady's mouth does not hurt when presented by a man. Also in medicine we know the hefty humour, "fat anecdotes" that profit from human precariousness and double entendres. They frequently mock things surrounding sex. Čapek believed that "it is a blasphemous disparaging that has something liberating in it, that it is a ventilation of sexual abstinence rather than sexual instincts". But there are also kind anecdotes about x-rated issues. They ridicule things that are often experienced with difficulty, even torture.

It is remarkable that there are anecdotes about doctors and lawyers but that anecdotes about engineers are scarce commodities, as Karel Čapek reflects. For us it is striking that we have no funny stories about scientists devoted to molecular biology or genomy. The molecules are probably too clean and therefore dehumanized. On the other

hand, a pathological anatomist is a model protagonist of a medical story. He is occupied with the rawest humanity. This is why the folks around the autopsy rooms decorate his gloomy deal with kindly presented little stories.

Alarich's anecdotes belong in the golden fund of Czech humour. For several generations they have a poetry granted to them in retrospects, and from a distance. They smell of old times when life flowed slowly, they are melancholically conservative. Assistants and house physicians in hospitals look up to their bosses with an obliging and humble admiration. They like to turn their old men into charismatic characters and try their best to smarten them up.

The hospitals and clinics today are different in the anecdotes, more civil and democratic. Bosses are rarely looked up at with adoration. They are worn out by administration and meetings, they have lost their glamour. They are far from having the latest scientific information. Any student can click and the internet will pour a stock of new information. Nowadays, any smart lad in the hospital thinks up jokes that will have a full impact on the target. Nobody is protected from them. And yet they have one thing in common: their sentiment is disguised with practicality.

Jiří Trnka described the art of Jan Weirich with these words: "Nobody is lost for him. His acting cannot bear the suffering of another person and his solution to a bad situation is the simplest and most efficient one, a sudden friendly smile or a wicked wink". It seems to me that the hospital and doctor's office humour bears these signs, too. It reflects medicine that peers from the decorations and can see the life on the stage from an angle that is different from the audience. It is patient, kind to the human being and slightly sheepish in the sorrow of passing and diminution.

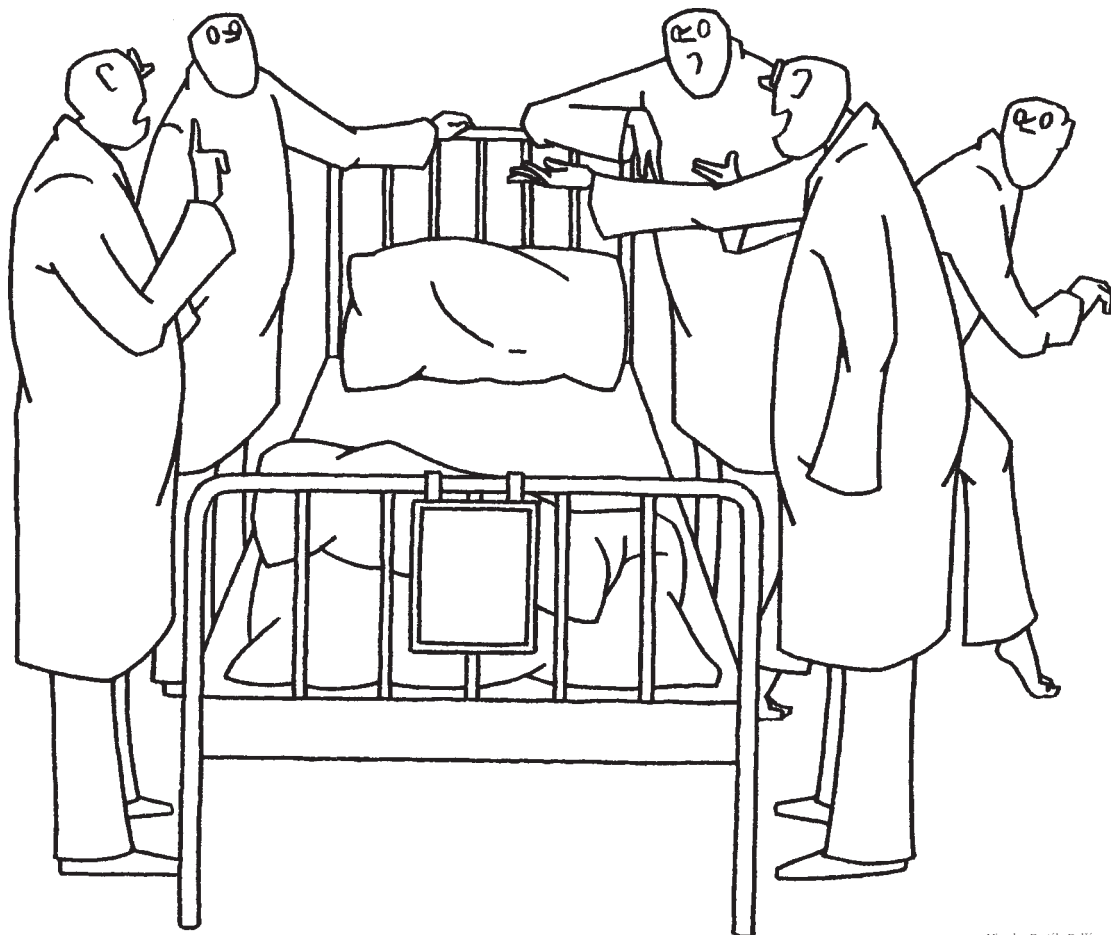
Navštívil jsem slavného pediatra, profesora Švejcara, když mu bylo 96 let, v jeho panelákovém bytě na Budějovickém náměstí. Ve dveřích jsem mu po uvítání vyprávěl, že od své matky vím, že jsem u něj vlastně podruhé, protože poprvé mne k němu maminka vzala před bezmála padesáti lety coby kojence, protože jsem měl průjem. Víím od ní, že mi tehdy velmi rychle pomohl. Na to profesor Švejcar opáčil: „Promiňte, že jsem vás hned nepoznal“.

Také se při té návštěvě řeč stočila na to, jak je ve vysokém věku sebezpečí stále obtížnější a na to, jak technické možnosti jako ježdění autem se stávají nedostupnými. Profesor Švejcar k tomu dodal, že řidičák sice už dvacet let nemá, ale stále jezdí na obědy autem. „A to vás nechytíli?“ „Ale kdepak. Já jen nasednu tady před domem, otočím se na ulici, jdu na oběd tady naproti do doškolováku, a pak se zase otočím zpátky před dům“. Já na to: „A to se Vám vyplatí startovat a jezdit autem kvůli těm pár metrům?“ Odpověď byla švejcarovská: „No to víte, když ono přecházet vozovku v tomhle věku pěšky je hrozně nebezpečný....“.

I was on a visit to the famous paediatrician, Professor Švejcar, who was 96 years of age, in his flat in a block on Budějovické náměstí. As I was entering I related to him that I knew from my mother that this was the second time that I had been to visit him, the first time being when my mother had taken me as a baby to him almost fifty years previously because I had diarrhoea. She told me that he had helped me very quickly. To this Professor Švejcar replied: “Please forgive me for not having recognised you immediately”.

During the same visit the conversation turned to the fact that taking care of oneself was becoming more and more difficult and how technological means, such as driving a car, were becoming increasingly inaccessible. Professor Švejcar added that he hadn't had a driving license for twenty years, but he still went by car for his lunch. “And you've never been caught?” “Not at all. I just get in the car outside the block, cross over the road to the college where I have my lunch, after which I turn around again and park in front of the block again.” To this I said “And is it worth your while starting the car and just going a few metres?” The response was typical Švejcar: “Well you know, crossing the road on foot at my age is so dangerous...”

Cyril Höschl



Miroslav Bariák: Další, prosím... (Galén 2003, s. 64)



## Minulost, současnost a budoucnost medicíny

Radana Königová

### The past, the present and the future of medicine

V roce 1850 hovořil v Paříži Armand Trousseau o fascinaci, která provází studium medicíny: „Literatura, malování či hudba neposkytují větší potěšení, než je to, které nabízí studium medicíny. Ti, kteří od samého počátku své kariéry nepociťují toto potěšení, tuto téměř neodolatelnou touhu, měli by se vzdát záměru v tomto povolání pokračovat.“

V roce 1902 určil sir William Osler úlohu medicíny: „Vyrvat přírodě tajemství, jež uváděla v úžas filozofy všech dob, sledovat až ke zdroji příčiny chorob, dát do souvislosti obrovské množství vědomostí tak, aby byly rychle k dispozici pro prevenci a léčení chorob – takové jsou naše ambice.“

Sledovat fenomén života ve všech jeho stupních, normálních i pokřivených, zdokonalit to nejtěžší ze všech umění, umění pozorování, povolávat na pomoc umění experimentu, kultivovat schopnost uvažování, abychom rozeznali pravé od nepravého – takové jsou naše metody. Zabraňovat chorobám, poskytovat úlevu od utrpení a léčit nemocné – to je naše práce.“

Rudyard Kipling o deset let později ve své knize slov vylíčil portrét lékaře: „Svět se před dávnou dobou rozhodl, že nemáte žádnou pracovní dobu, kterou by měl kdokoli respektovat, a nic na světě vás neomlouvá, odmítnete-li pomoc člověku, který se domnívá, že vaši pomoc potřebuje, ve kteroukoli denní i noční hodinu. V dobách povodní, požárů, hladovění, moru, bojů a vražd se po vás bude chtít, abyste byl okamžitě v pohotovosti a abyste zůstal v pohotovosti až do okamžiku úplného vysílení či ztráty vědomí.“

V roce 1928 zveřejnil sir Robert Hutchinson v Britském lékařském žurnálu

toto: „Každý lékař musí být soudcem. Musí hodnotit příznaky a znaky a při stanovení diagnózy každému z nich přisoudit patřičný význam. Svoje vědomosti můžeme rozšířit studiem a zkušenostmi, avšak úsudek se zdá býti vrozenou vlastností – pramenící z jednoty myslí a charakteru, kterou člověk buď oplývá či nikoli. Může být pěstěna pouze všeobecnou duchovní kulturou, nejen čistě vědeckým vzděláním...“

V historii se všichni zdravotničtí odborníci řídili mocnou tradicí Hippokratovou, jehož myšlenky lze shrnout následovně: „...zjistit minulost, rozpoznat současnost, předpovědět budoucnost, a takto vždy postupovat. Co se týká onemocnění, osvojte si dvě věci: pomáhat nebo alespoň nepoškozovat...“.

Důraz na nepoškozování byl opodstatněný v dobách, kdy většina léčebných postupů k ničemu nevedla a často byly i nebezpečné. Jakmile začala lékařská věda vyvíjet účinné léčebné postupy, lékaři museli při svém rozhodování porovnávat zátěž a užitek léčby – její výhody a nevýhody – co je nejlepší v zájmu pacienta. Volba na základě etiky je podstata medicínského rozhodování, avšak často je nutné volit mezi dvěma zdánlivě „dobrymi možnostmi“.

Povinnost lékaře je tradičně vázána k pacientovi a vůči rodinným příslušníkům je tato povinnost méně zřetelná a vzniká jen v případech, když pacient není schopen sám rozhodovat. Skutečnost, že mimořádně složité výkony udržující životní funkce se vkládají do rukou lékařů, vychází z toho, že lékaři mají vědomosti a schopnost úsudku, aby je využili teleologicky účinným způsobem. Podle tohoto předpokladu jsou taktéž odborně způsobilí k tomu, aby rozpo-

znali, kdy tyto technologie nepřinášejí žádné výhody a neměly by být užívány.

V nedávné době se právo pacienta odmítnout léčbu proměnilo v právo pacienta požadovat léčbu i v případech, kdy se lékaři domnívají, že je příslušná léčba marná. „Právo na péči“ je dalším krokem při určování hranic pacientovy autonomie. V těchto situacích dochází ke střetu hodnot, neboť rodiny se dožadují pokračování léčby i v případech, kdy není žádná naděje na uzdravení či plnohodnotné přežití pacienta.

Toto dilema, jež máme nyní před sebou, má ještě jeden aspekt. Byla nám svěřena významná část bohatství naší společnosti, dostatek k tomu, abychom vybudovali, vybavili a zajistili personálně významná zařízení moderní medicíny.

Technologický pokrok již umožňuje udržovat umírající pacienty a pacienty v kómatu ve stavu tzv. suspendované animace po dlouhá a někdy i nekonečná období. Péči o tyto pacienty prostřednictvím přístrojů podporujících životní funkce nelze označit za „medicínsky marnou“, neboť přístroje zachovávají známky života, i když nevracejí pacientovi vědomí.

Probíhá živá debata o tom, zda systém zdravotní péče, již dosti trpící rychle se zvyšujícími náklady, by měl nutit lékaře, aby postupovali proti svému odbornému úsudku tam, kde rodiny trvají na udržování dlouhodobého kómatu z důvodů pouze emocionálních. Nemocnice jsou odpovědné za prosazování eticky správného rozhodování prostřednictvím dobře zpracovaných plánů, jež informují pacienty a rodinné příslušníky o okolnostech, které opravňují nezahájení či ukončení neplodných postupů.

V přítomné době snaha zarazit nepřiměřené či přehnané výkony ve zdravotní péči, může být ekonomickým podnětem k omezení této péče, pokud nebude zřetelně prospěšná.

Zavedení ekonomických úvah do rozhodování o jednotlivých pacientech je nebezpečné, ale může být nutné v okamžiku, kdy společnost zahájí debatu o co nejefektivnějším využívání omezených finančních zdrojů.

Moderní medicína má charakter intervenční. „Agresivní podpůrná péče“ o pacienty v kómatu je na jednu stranu považována za rozporuplnou, na druhou stranu však La Puma a Schiedermayer v roce 1989 upozornili na to, proč bychom měli k pacientům v kómatu hovořit. Pokusy o zachování verbálního kontaktu s pacienty i v takových případech, kdy je prognóza „beznadějná“, posilují roli lékaře jako spolehlivého pečovatele o pacienta a i těch, kteří se na rozhodování o lékařské péči podílejí. Zdravotní sestry se učí a v naší praxi i doprovázející osoby (příbuzní) dostávají pokyny, aby svým pacientům v kómatu vytvářeli „program obohacující prostředí“. Multimodální „biofeedback“ včetně verbální stimulace může zdravotním sestrám pomoci při náročném úkolu poskytování celkové péče po osm nebo dvanáct hodin a může pomoci rodině zapojit se do péče.

Lékaři se obvykle rozhodnou ukončit kardiopulmonální resuscitaci, protože pacient na ni neodpovídá. To dokazuje, že ukončení péče může mít stejnou etickou hodnotu jako zahájení péče.

Ačkoli kardiopulmonální resuscitace nebo jiné úkony udržující životní funkce mohou být bezvýsledné, co se týká prodloužení života, mohly by nicméně jednotlivým pacientům a jejich rodinám pomoci svou symbolickou nebo psychologickou hodnotou (Crippen, 1992).

Dartmouth Medical School provedla pokus připravit budoucí lékaře na situaci, do níž se mohou při své praxi dostat, pomocí výuky sociálních a humanistických věd založené na případech (problémech). Tato výuka byla vybudována na předpokladu, že lékaři by se měli naučit používat vhodné pojmy z mnoha humanistických a sociálních oborů a včleňovat je do svého každodenního rozhodování ve prospěch svých pacientů, svého okolí a nakonec i celé společnosti.

Co se týká budoucnosti, lze ji označit za chaos tvořící novou vědu. Na konci 20. století se díky mikroskopům a teleskopům dříve netušené, nepochopitelně malé a nepředstavitelně obrovské obrazy staly součástí naší každodennosti.

Ve vývoji myslí každé osoby od dětského věku nastává nejen shromažďování informací, ale i jejich plození – vytváření ze souvislostí, které dříve nebyly známy. Tvary všech přírodních jevů jsou dynamické procesy vtěsnané do hmotných tvarů, a zvláštní spojení pořádku a nepořádku jsou pro ně typické. Nejlepším příkladem takto složitého dynamického systému je lidské tělo. Žádný jiný studovaný objekt nenabízí takovou kaskád protichůdných pohybů v makroskopickém až mikroskopickém měřítku (James Gleick, 1987).

Nový druh fyziologie – chaos – je založen na myšlence, že matematické nástroje by mohly vědcům pomoci pochopit globální složité systémy nezávisle na místních detailech. Vědci neustále hlouběji poznávají tělo jako místo pohybu a oscilace, nalézají rozměry a rytmy, které byly na zmrazených mikroskopických sklíčcích nebo denních vzorcích krve neviditelné. Dynamika je mnohem bohatší, než by si kdokoli při četbě učebnic mohl představit.

Vzorec zrozený v beztvorosti – to je základní krása biologie a medicíny, stejně jako jejich základní tajemství.

In 1850 Armand Trousseau spoke in Paris of the fascination which accompanies the study of MEDICINE: “Literature, painting, and music, do not yield an enjoyment more keen than that which is afforded by the study of medicine. Whoever does not find in it, from the commencement of his career, an almost irresistible attraction, ought to renounce the intention of following our profession.”

In 1902 Sir William Osler determined the task of medicine: “To wrest from nature the secrets which have perplexed philosophers in all ages, to track to their sources the causes of disease, to correlate vast stores of knowledge, that they may be quickly available for the prevention and cure of disease – these are our ambitions.

To observe the phenomena of life in all its phases, normal and perverted, to

make perfect that most difficult of all the art of observation, to call to aid the science of experimentation, to cultivate the reasoning faculty, so as to be able to know the true from the false – these are our methods. To prevent disease, to relieve suffering and to heal the sick – this is our work”.

Rudyard Kipling – 10 years later – in his Book of Words set forth a portrait of the Doctor: “The world has long ago decided that you have no working hours which anybody is bound to respect, and nothing will excuse you in its eyes from refusing to help a man, who thinks he may need your help, at any hour of the day or night. In all time of flood, fire, famine, plague, battle, murder it will be required of you that you go on duty at once, and that you stay on duty until your strength fails you or your conscience relieves you.

In 1928 Sir Robert Hutchinson published in the British Medical Journal: “Every doctor must be a judge. He has to weigh the evidence of symptoms and signs, and allot to each its proper value in making the diagnosis. We can increase our knowledge by study and experience, but judgement seems to be an inborn faculty – the result of a union of mind and character which a man either has or has not. It may be improved only by general mental culture, and not by purely scientific training...”

Historically, all health professionals have followed the powerful traditions of Hippocrates, whose thoughts may be summarised: “...declare the past, diagnose the present, foretell the future, practice these acts. As to disease, make a habit of two things: to help or at least to do no harm...”

This emphasis on doing no harm was justified at a time when most medical treatments were useless, and frequently dangerous. Once medical science began to develop effective treatment, physicians were forced to balance burdens and benefits as they decided what was in the best interests of the patient. Making moral choices is the basis of medical decision-making but the choice is often between two apparently “good options”.

Traditionally, the physician’s duty is to the patient and this duty only extends to the family in a diluted fashion when

the patient becomes incompetent. The strong point of entrusting the use of extremely complex life support systems to physicians is that the physicians have the knowledge and judgement to use them in a teleologically effective manner. This premise also implies that they have the expertise to know when this technology has no benefit and should not be used.

Recently, the focus on the patient's right to refuse treatment has shifted to the patient's right to demand treatment even if doctors believe that such treatment is futile. "Right to care" cases are the next step in defining the boundaries of patient autonomy. These situations involve a conflict of values as families demand continuation of care even if there is no chance of recovery or meaningful survival for the patient.

There is another aspect to the dilemma we now face. We have been given a significant proportion of our society's wealth, enough to build, equip and staff substantial structures for modern medicine.

Technological advances have made it possible to maintain moribund and comatose patients in a state of suspended animation for prolonged and sometimes indefinite periods. The treatment of such patients by life support systems cannot strictly be said to be "medically futile" as it maintains vital signs even though it does not restore the patient to consciousness.

There is a great dispute whether a health care system already affected by rapidly increasing costs should force physicians to go against their expert judgement when families insist on maintaining prolonged coma for reasons that are defensible only in emotional terms. Hospitals have the responsibility to promote ethically sound decision – making through well drafted policies which will inform patients and families regarding the circumstances for withholding or with-

drawing futile procedures in the institution. Moves to curtail excesses in health care delivery may now provide financial incentives to limit health care unless it is clearly beneficial.

The introduction of economic considerations in individual patient decision-making is clearly perilous, but may be necessary as society begins its debate on the most effective use of its limited health resources.

The nature of modern medicine is interventionist. "Aggressive supportive care" for comatose patients has been considered a contradiction in terms on one the hand, but on the other hand La Puma and Schiedermayer in 1989 pointed out why we should talk to comatose patients. Attempts to maintain verbal contact with patients even when the prognosis for recovery is "hopeless", reinforces the physician's role as dependable caregiver both for the patient and for those who are able to participate in health care decision-making. Nurses are taught and – in our practise – accompanying persons (family members) instructed to offer their comatose patients "environmental enrichment program". The multimode biofeedback – including verbal stimulation – may help the nurses in the difficult task of spending eight or twelve hours giving "total care" and may help the family in becoming involved in the care.

Doctors usually decide to terminate CPR because the patient is not responsive. This demonstrates that withdrawal of care can have the same moral quality as initiating care.

Even though CPR or other life-sustaining maneuvers may be futile in terms of prolonging life, they could help individual patients and their families if they were of symbolic or psychologic value (Crippen, 1992).

Dartmouth Medical School has made an attempt to prepare future doctors for

situations likely to be encountered in practice using Problem-based Learning of the Social Sciences and Humanities. It was developed on the premise that doctors should learn to borrow relevant concepts from many humanistic and social disciplines and to integrate them into their daily decision-making process for the benefit of their patients, their communities, and eventually society as a whole.

Regarding the future – it may be featured as chaos making a new science. By the late 20<sup>th</sup> century in ways never before conceivable, images of the incomprehensibly small and the unimaginably large became part of everyone's experience, thanks to microscopes and telescopes.

In the development of one person's mind from Childhood, information is clearly not just accumulated but also generated – created from connections that were not there before. The shapes of all natural objects are dynamic processes jelled into physical forms, and particular combinations of order and disorder are typical for them. The paragon of a complex dynamic system is the human body – no object of study available offers such a cacophony of counterhythmic motion on scales from macroscopic to microscopic (James Gleick, 1987).

A new kind of physiology – chaos – is built on the idea that mathematical tools could help scientists understand global complex systems independent of local detail. Researchers increasingly recognized the body as a place of motion and oscillation, they found rhythms that were invisible on frozen microscope slides or daily blood samples. The dynamics are much richer than anybody would guess from reading textbooks.

Pattern born amid formlessness – that is biology's and medicine's basic beauty and its basic mystery.



## Chorea svatého Víta v Lexicon medicum anno 1696

Ivan Rektor

### Chorea sancti Viti in Lexicon medicum anno 1696

Práce je upravena podle: I. Rektor, Chorea Sancti Viti in Lexicon medicum anno 1696. J. Neurol. 2003, 250: 7–9.

LEXICON MEDICUM GRECO-LATINO-GERMANICUM,<sup>1</sup> jehož autorem byl doktor Stephanus Blancardus, byl publikován v Lipsku a v Erfurtu v roce 1696 (obr. 1). Autorem byl holandský lékař Steven Blankaart, Blancardus je jeho polatinštěné jméno (1650–1704). Jeho životopisné údaje se podle různých zdrojů mírně liší. Svou praxi provozoval v Amsterdamu. Vydal několik publikací a redigoval první holandský lékařský časopis. Lexikon patří k jeho nejznámějším knihám. Záměrem autora bylo, aby tento lexikon postihoval medicínu jako celek a vysvětloval termíny užitečné jak pro teorii, tak pro praxi. Po krátkém latinském úvodu následuje 453 stran lexikálního textu pojednávajícího asi o 4 000 medicínských termínech. Téměř všechny popisovky spočívají ve stručných definicích na dva až pět řádků. Tato referenční část obsahuje jména klasických řeckých a římských autorů, například Hippokrata a Celsa, jakož i novodobějších osobností, jako byl například Paracelsus, i v té době současných vědců, jako byl Boyle. Naprostá většina definic je stručná a přesná. Jedním z příkladů je definice tremoru.

Tromos – tremor; narušení volního pohybu končetin neustálými drobnými pohyby. Řecky: threo; německy: das Beben, Zittern der Glieder.

Popis chorea Sancti Viti neboli tance svatého Víta v této knize patří k jednomu z nejdelších. Její definice se vyznačuje obzvláštní historickou zajímavostí, protože překračuje původní autorův záměr sestavit slovník termínů a nabízí současný pohled na choreu.

Chorea Sancti Viti v Lexikonu (obr. 2) „Tanec svatého Víta je typ dlouhodobého duševního onemocnění, jehož oběti se nedokáží udržet v klidu, avšak ... (nečitelné řecké slovo) jak napsal Hippokrates, pobíhají, poskakují a tančí, pokud jim v tom není násilím zabráněno, až do naprostého vyčerpání ducha. Horstius uvádí, že hovořil s několika ženami, které každoročně navštěvují v ulmském kraji kapličku svatého Víta, aby tam dnem i nocí tančily, dokud u nich nedojde k takové poruše myslí, že upadnou do jakési extáze. Když se vzpamatují, vypadá to, jako by z této nemoci procitaly. Normální stav trvá po celý rok až do následujícího května před svátkem svatého Víta, kdy tyto ženy začnou být údajně sužovány nepokojem svých končetin do té míry, že se musejí odebrat na toto posvátné místo, aby se tam opět oddávaly svému frenetickému tanci.“

(Překlad prof. Nechutová)

Na rozdíl od jiných definic obsažených v tomto lexikonu nebyl tanec svatého Víta uváděn jako symptom, nýbrž byl jen popsán. Ačkoli je tato kniha slovníkem, Blancardus se vyhnul jakékoli definici. Namísto toho použil Hippokratovu definici a vyobrazil průběh onemocnění s anekdotickým popisem. Citovaná Horstiova zpráva pochopitelně nepopisuje choreu tak, jak ji známe dnes, ale spíše skupinovou hysterii. Jakob Horst, v polatinštěné verzi Horstius (1537–1600) působil jako lékař v Rakousku. Od roku 1584 byl profesorem lékařství v Helmstedtu. Napsal několik lékařských pojednání, dílo o bylinách a o astrologii.

Přestože Blancardus svůj lexikon dokončil 24. srpna 1696, ve svém příspěvku nepřihlédl k práci Thomase Sy-

denhama. Thomas Sydenham (1624–1689) obohatil lékařské učení klinickým popisem chorey minor ve své Schedula Monitoria z roku 1686.<sup>2</sup> Zajímavé je, že ve své Dissertatio Epistolaris z roku 1682 taktéž popsal hysterii. Z tehdejšího hlediska pokrývaly Sydenhamovy publikace několik oblastí medicíny. Ve svém Methodus Febres Propriis Observationibus Structura (1666) se snažil klasifikovat onemocnění. V Observationes Medicae circa Morborum Acutarum Historiam et Curationem (1676) studoval mnohá onemocnění, včetně infekčních. Dnu popsal v Tractatus de Podagra et Hydrope (1683). Důvodem, proč nebyl Sydenhamův popis uveden v Blancardově lexikonu, je pravděpodobně skutečnost, že vědecké informace se šířily nepravidelně, nesystematicky. Sotva byla problémem geografická vzdálenost Anglie od Nizozemí. V Blancardově lexikonu je citován Sydenhamův anglický současník Thomase Wharton (1614–1673), který byl cenzorem Královské lékařské koleje, lékařem v Nemocnici svatého Tomáše v Londýně a autorem knihy o žlázách.

Většina hesel je v Blancardově lexikonu uvedena v latině, která byla v 17. století běžně používaným vědeckým jazykem. Od latiny coby jazyka vědy bylo upuštěno až v první polovině 19. století. Kromě latinských obsahuje lexikon i německé vysvětlivky latinských definic (například výše uvedený popis hesla “tremor”). Užití němčiny je důkazem častějšího užití národních jazyků v komunikaci univerzitně vzdělaných kruhů. Některé lékařské knihy, například Paracelsovy, byly publikovány v němčině už v 16. století. Národní jazyk byl používán pro informaci laiků, postupně však i odborníků. V 18. století už byla lékařská periodika



vydávána hlavně v národních jazycích.<sup>4</sup> Lexikon tudíž slouží jako významné dílo přechodného období, neboť byl sepsán v latině, avšak s použitím doprovodné terminologie v národním jazyce.

Potřeba vydávání lékařských slovníků, jako byl Blancardův lexikon, byla vyvolána progresivním nárůstem objemu a kvality lékařských informací v 17. století. Důkazem tohoto překotného rozvoje je několik jmen, která se v lékařské terminologii stále používají a která pocházejí z tohoto období.<sup>3</sup> Thomas Willis (1621–1675) vydal v roce 1664 svoji *Cerebri anatome* s ilustracemi Sira Christophera Wrena, což byla ve své době nejúplnější anatomie nervové soustavy. Popsal také tepenný systém, jenž dodnes nese jeho jméno. Marcello Malpighi (1628–1694) popsal mozkovou kůru a prokázal, že nervy vždy buď vycházejí z mozkové kůry, nebo jsou v ní zakončeny. Antonio Pacchioni (1665–1726) popsal anatomii tvrdé pleny mozkové a tzv. Pacchioniho tělíška. Giovanni Morgagni (1682–1771) přesně popsal cerebrální léze a prokázal, že umístění apopletické léze je v hemisféře protilehlé paralyzované straně. Morgagni žil v 18. století, které je typické dalším nárůstkem a rozšiřováním lékařských informací. Lékařské texty, jako je Blancardův lexikon, pomohly dláždít cestu rozvoji medicíny.

Poděkování: Autor děkuje doktoru Christopheru G. Goetzovi za pomoc a důležité komentáře, paní Vekerdýové za informace o Horstiovi a profesorce Nechutové za překlad z latiny (řečtiny). Podporu poskytl Výzkumný program MŠCR 112801.

#### Reference:

1. Stephanus Blancardus (1696) *Lexicon medicum Greco-Latino-Germanicum*, Lipsia, Erfurt: Bibliopolae Sondershufani, Sumtibus Joh. Goerg Starckii.
2. Firkin BG, Whitworth JA (1996) *Dictionary of medical eponyms*. Basel: Editiones Roches.
3. Wechsler IS (1955) *A textbook of clinical neurology. With an introduction to the history of neurology*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 726–727.
4. Rektor I, Rektorová I, Suchý V. How to treat tremor – A 1729 opinion. *J Neurol* 2004; 251: 525–528.

The LEXICON MEDICUM GRECO-LATINO-GERMANICUM,<sup>1</sup> by Stephanus Blan-

cardus, MD, was published in Leipzig and Erfurt in 1696 (Figure 1). The author was the Dutch physician Steven Blancardus, Blancardus being the Latinized form of his name (1650–1704). His biographical data differs slightly in various sources. He practised in Amsterdam. He published several books and edited the first Dutch medical journal. The Lexicon belonged to his best known books. The author intended for this lexicon to cover medicine in its entirety and to explain terms useful in theory as well as in practice. A short introduction in Latin is followed by 453 pages of lexical text on about 4000 medical terms. Nearly all the descriptions are brief definitions, consisting of two to five lines. The final four pages of the book are comparable to modern references – a list of the names of authors quoted. This reference section includes the names of classical Greek and Roman authors such as Hippocrates and Celsus, as well as of more recent authorities such as Paracelsus, and even of then-contemporary scientists such as Boyle. The overwhelming majority of the definitions are concise and accurate. One example is the definition of the tremor:

Tromos – tremor; the disturbance of the voluntary movement of a limb by continuous alternating movements. *Greek threo*; German: das Beben, Zittern der Glieder.

Beyond general phenomenology, Blancardus did not discuss subclasses of tremor or propose etiologies. In contrast, the description of chorea Sancti Viti or St. Vitus' dance is one of the longest in the book. This early medical description is of particular historical interest because it extends beyond the author's primary mission of a dictionary of terms and further provides a contemporary view of chorea outside the influence of Sydenham.

Chorea Sancti Viti in the Lexicon (Fig. 2)

St. Vitus' dance is a type of long-lasting mental illness afflicting victims who find themselves unable to remain still, but... (*an illegible Greek word*) as Hippocrates has written, run and jump and dance about, unless they are restrained by force, until complete psychic exhaustion occurs. Horstius reports having spoken to several women who visited a little

chapel of St. Vitus in the Ulm area every year to perform dances there, day and night, until their minds became so disturbed that they collapsed in a form of ecstasy. When they recovered, it seems they suffered very little or nothing at all in terms of this illness. Normality lasted for a whole year, until the following May before the feast of St. Vitus when, according to the women, they became tortured by their restless limbs to the point that they again had to set off to the same place in order to resume in their frenzied dance.

Unlike other definitions in this lexicon, St. Vitus' dance was not considered a general symptom, but rather a vague nosologic entity. Although the book is a dictionary, Blancardus avoided a definition. Instead, he used Hippocrates' description of chorea, and illustrated the course of the disease with an anecdotal report. Of course, the quoted report by Horstius describes not chorea as it is known today, but rather a group hysteria. Jakob Horst, in the Latinized version Horstius (1537–1600), worked as a physician in Austria. From 1584 he was Professor of Medicine in Helmstedt. He wrote several medical treatises, an herbal and an astrological work.

Although Blancardus finished this lexicon on August 24, 1696, he apparently wrote his entry on chorea Sancti Viti without access to Thomas Sydenham's description of chorea. Thomas Sydenham (1624–1689) had already enriched medical knowledge with the clinical description of chorea minor in his *Schedula Monitoria* in 1686.<sup>2</sup> Interestingly, he also described hysteria in his *Dissertatio Epistolaris* in 1682. From a contemporary point of view, Sydenham's publications covered several medical fields. He tried to classify disease in his *Methodus Febres Propriis Observationibus Structura* (1666). In his *Observationes Medicae circa Morborum Acutarum Historiam et Curationem* (1676) he studied many diseases, including infectious diseases. He described the gout in *Tractatus de Podagra et Hydrope* (1683). The reason Sydenham's description was not included in Blancardus' lexicon was probably the irregular spread of scientific information, and not the geographical distance to England. An English contemporary of Sydenham is quoted in Blan-





## Globalizace medicíny

### Zdeněk Mařatka

## Globalisation in Medicine

Jedním z problémů dnešní medicíny, o němž se hovoří, je její *atomizace*, tj. specializace vedoucí k fragmentaci do podoborů a ke ztrátě celostního pohledu na nemocného. Nemluví se však o tom, že současně probíhá i proces opačný, tj. *globalizace*, česky *sjednocování*, *ucelstvování*. Globalizace je středem pozornosti v mezinárodní politice, u nás pak v důsledku našeho vstupu do sjednocené Evropy. Jako každá idea má globalizace své příznivce i své odpůrce. Příznivci si od ní slibují úpravu sousedských vztahů, bezpečnost, zkvalitnění legislativy, potlačení korupce atd. Odpůrci se obávají ztráty národní suverenity a identity. Globalizace však probíhá i v partikulárních oblastech, tedy i v medicíně a také zde má své klady a své zápory.

Nejnápadnějším projevem globalizace medicíny je její *anglifikace*; angličtina nahradila v mezinárodním styku středověkou latinu. Avšak globalizace se netýká jen jazyka, promítá se i do myšlení a do ideologických koncepcí. Centrum výzkumu se přesunulo z Evropy do Ameriky, a s tím i ideje a praktiky udávající směrnice pro diagnostiku a terapii. Anglofonní časopisy ovládly lékařskou literaturu a vytvořily hodnotící systém, jehož základem je „*impact factor*“, určující na základě kvality časopisu kvalitu příspěvku a profesní zařazení autora. Tomuto trendu podlely i velké národy se starou tradicí – medicína německá a francouzská.

Kladem tohoto vývoje je, že nové vědecké poznatky jsou rychle zpřístupněny světové veřejnosti a obohacují celý svět. Díky globalizaci došlo k ohromnému pokroku v medicíně teoretické i praktické, a proto náš zásadní postoj k ní by měl být kladný.

Avšak stejně jako v politice i v medicíně má globalizace také svá rizika a své zápory, a to především v otázce jazykové. Anglifikace medicínské literatury neznamená, že by měly zmizet knihy a časopisy v češtině. Každý národ by měl mít národní časopis, který přináší významné informace pro okruh svých čtenářů. Na druhé straně by měl mít také časopis v angličtině, který je naopak určen pro zahraniční čtenáře. Protože si menší národy nemohou takový časopis dovolit, sdružují se za tímto účelem v regiony. Úspěšným příkladem jsou společné časopisy států skandinávských. Takový časopis, který by umožňoval publikaci hodnotných prací, které je těžké prosadit v exkluzivních časopisech zahraničních, bychom měli mít i my ve středoevropském regionu.

Nežádoucím průvodním jevem globalizace je pronikání anglických termínů do češtiny tam, kde jsou k dispozici vhodné termíny české. Je věcí vkusu rozhodnout, které anglické termíny jsou nezastupitelné a které jsou zbytečným hanobením mateřštiny.

Za druhé: kromě nedozírného významu anglifikace pro šíření poznatků se s užitečnými informacemi šíří i takové, které jsou projevem módy a odporují místním poznatkům a zkušenostem. Kontrolované zkoušky a přísná hodnocení recenzenty v impaktovaných časopisech ještě nezaručují, že jejich výsledky lze automaticky přejímat. Některé zprávy uveřejněné v prestižních časopisech odporují zkušenostem jiných regionů.

Se stejnou kritičností je třeba přijímat i nové koncepce, jako je evidence-based medicine. Tato idea, v základě správná a v mnohém ohledu užitečná, je při neúměrné generalizaci příčinou podceňová-

ní anamnézy, ztráty empatie a dehumanizace medicíny.

Za třetí: soustředění medicínského výzkumu do anglofonní oblasti a její literatury způsobuje, že tamější autoři, neznalí jiného jazyka než angličtiny, nevnímají poznatky a názory uveřejněné mimo tuto oblast a nezajímají se o výsledky získané jinde než ve vlastních institucích. I když vědecká produkce v USA je řádově větší než v celém ostatním světě, neznamená to, že se mimo ni občas neobjeví něco, co je originální, a jen pro svou nezvyklost není mezinárodní komunitou vzato v úvahu. Nelze též přehlížet národní tradice, na nichž je dnešní medicína postavena – a to nejen tradice velkých národů jako je Francie a Německo, nýbrž i tradice národů menších, tedy i českou. Není to vždy většina, která má pravdu, to platí v medicíně stejně jako v politice.

Závěrem shrnuji, že globalizace medicíny je v základě správná a užitečná, přináší nesporné výhody. Avšak nesmí být přijímána automaticky a otrocky, nýbrž kriticky. Musí se varovat epigonství a holdování efemérním módním trendům. Tradice české medicíny od doby J. E. Purkyně po dnešek přinesla poznatky a zkušenosti, které si zaslouží být respektovány aspoň doma, když už se to nedaří v cizině.

One of the problems of contemporary medicine being currently discussed is its *atomisation*, i.e. specialisation aimed toward fragmentation into sub-disciplines, and the loss of an holistic view of the patient. There is no discussion, however, that at the same time there the

opposite risk, i.e. *globalisation* or *unification*. Globalisation is the focal point in international politics, in our country it is the result of our joining the united Europe. As any other idea, globalisation has its supporters and adversaries. The supporters expect it to straighten up relationships with the neighbours, security to improve legislation, suppress corruption, etc. The adversaries are concerned about the loss of national sovereignty and identity. Globalisation, however, takes place also in particular areas, such as medicine, and it has its pros and cons in this area as well.

The most visible manifestation of medicine's globalisation is its *anglicization*; English has replaced the Medieval Latin in international contacts. But globalisation does not apply only to the language, it is reflected in the thinking and ideological concepts. The centre of research has drifted from Europe to America and along with it the ideas and practices which set the standard for diagnostics and therapy. English-language magazines have taken over the medical literature and created an evaluation system based on determining the quality of the contribution and the professional rank of the author. Even great nations with old traditions – German and French medicines – have given way to this trend. The positive aspect of this development is that new scientific information is readily available to the international community and enriches the entire world. Thanks to globalisation, great progress has been made in theoretical as well as in practical medicine, and this is why our attitude to it ought to be positive.

Like in politics, globalisation in medicine also brings about some risks and

disadvantages, mainly in the area of language. The anglicization of medical literature does not mean that books and magazines in Czech should disappear. Each nation should have a national magazine that brings important information to its circle of readers. On the other hand, it should also have a magazine in English, which is meant for foreign readers. As smaller nations cannot afford such magazines, regions get together for this purpose. Successful examples of such cooperation are the jointly published Scandinavian magazines. We should also have a magazine providing a platform for publishing valuable papers, which have difficulties finding their way to exclusive foreign magazines, here in the Central European region.

An adverse effect of globalisation is the penetration of English terms into Czech where suitable Czech terms are available. It is up to one's taste to recognise English terms that cannot be replaced and those which unnecessarily defame the native language.

Secondly, besides the priceless importance of anglicization for the spreading of information, along with useful information there is plenty of other information that reflects fashion while contradicting local knowledge and experience. Controlled tests and strict evaluation by reviewers in the impacted magazines do not guarantee that their results can be automatically transferred. Some reports published in prestigious magazines conflict with experience in other regions.

The same level of criticism must be applied to new concepts, such as evidence-based medicine. This idea, basically correct and useful in many respects,

if inappropriately generalised can result in the underestimation of anamnesis, loss of empathy and dehumanisation of medicine.

Thirdly: the concentration of medical research in English-speaking countries and literature means that authors from those areas, not knowing any other language than English, do not perceive information and opinions published outside their territory and are not interested in results obtained somewhere other than in their own institutions. Even though scientific production in the US is much larger than in the rest of the world, this does not mean that from time to time something may not appear outside the US that is original and be acknowledged by the international community due to its peculiarity. We cannot omit national traditions on which contemporary medicine is based, not only the traditions of large nations such as France and Germany, but also the tradition of smaller nations, such as the Czech Republic. It is not always the majority that is right: this applies in medicine as much as it does in politics.

In conclusion, the globalisation of medicine in principle is good and useful, as it brings about unquestionable advantages. However, it must not be accepted automatically and literally but with criticism. We must steer clear of the imitation and admiration of ephemeral fashion trends. The tradition of Czech medicine since the time of J. E. Purkyně until the present day has brought knowledge and experience that deserve respect at least at home, if they are not respected abroad.



## Bolest

Richard Rokyta, Jiří Kozák

### Pain

Podle definice bolesti IASP (Mezinárodní společnosti pro studium bolesti) je bolest nepříjemná, senzorická a emoční zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání anebo je výrazy takového poškození popisována. Bolest je vždy subjektivní.

Bolest je obecný fenomén, který provází většinu onemocnění člověka. Je málo chorob, při kterých člověk nic nebolí. A to jak u onemocnění somatických, psychických. Téměř vždy se objevuje bolest. Proto také bolest patří k nejstarším popisovaným patologickým jevům. Z toho, že při každé nemoci se objevuje nějaký bolestivý fenomén, vyplývá podstata bolesti a její klasifikace. Bolest podle délky trvání a projevu dělíme na akutní a chronickou. Akutní bolest má význam příznaku a je symptomem určitých onemocnění. Uplatňuje se její signální podstata; udává, že něco v organismu je v nepořádku nebo je ohroženo, tedy že něco je špatně a musíme s tím bojovat. Signální význam bolesti je velmi důležitý a patří mezi ty fenomény a symptomy, které nás informují o nějakém patologickém stavu v organismu; podobným fenoménem je horečka. To ovšem neznamená, že akutní bolest nás nemůže sužovat zbytečně. Její přehnaná intenzita je stejně nepříjemná jako bolest chronická.

Akutní bolest obecně charakterizujeme především tím, odkud pochází (a většinou po odstranění primární příčiny také mizí). Arbitrárně bylo dohodnuto, že každá bolest, která trvá méně než 3–6 měsíců, je bolest akutní. Samozřejmě, že takto formulovaná definice není přesná. Druhým typem bolesti je bolest chronická, která trvá déle než 3–6 měsíců. Většinou nemá jasný původ a ani její

intenzita většinou neodpovídá somatickému nálezu. Chronická bolest je proto také považována za nemoc *sui generis*. Vytváří nosologickou jednotku a jako taková se musí léčit. Není tedy jenom příznakem nějaké jiné choroby, ale je sama o sobě nemocí. Chronická bolest je často doprovázena psychickými příznaky. Tím, že její intenzita je větší, než se zdá podle objektivního nálezu, lékaři často pacientům nevěří, že jejich bolest je takto intenzivní. O to více pak tato bolest narušuje kvalitu života. Proto se musí intenzivně léčit.

Léčení akutní bolesti náleží do rukou odborníků všech specializací, a pokud je dodržován správný algoritmus léčby, vidíme úspěšné řešení bolestivého stavu. U akutní bolesti se doporučuje použití maximálně účinných preparátů včetně opioidů k potlačení bolestivého stavu v co nejkratším časovém úseku. Nemusíme se obávat návyku ani významnějších nežádoucích účinků již vzhledem k tomu, že tato léčba je krátkodobá a postupujeme v medikaci od maximálně účinných preparátů ke slabším, resp. můžeme je náhle vysadit při úlevě od bolesti. Pro tento postup léčby akutní bolesti se používá termín „step-down“, tj. medikace od silnějších analgetik ke slabším. Opačný postup, tedy „step-up“ je naopak doporučován při léčbě bolesti chronické, kde je již tradičně ve farmakoterapii doporučován trojstupňový žebříček vypracovaný Světovou zdravotnickou organizací: dávkování medikace od nejslabších preparátů až po silné opioidy ve třetím stupni analgetického žebříčku.

V léčbě bolesti však nepoužíváme pouze farmakoterapii. Zejména u chronické bolesti víme, že má své bio-psycho-

-sociální souvislosti, a proto bychom měli využívat v léčbě chronického onemocnění multidisciplinární přístup, tak jak se provádí ve specializovaných centrech léčby bolesti. Mimo farmakoterapie se využívají i postupy psychofyziologické a psychiatrické (biologická zpětná vazba, audiovizuální stimulace, testové metody a psychoterapeutické postupy). V léčbě bolesti mají své místo i postupy invazivní (nervové blokády) nebo přímo neuromodulační, jako je míšní či korová stimulace a dávkovací implantabilní systémy. V léčbě bolesti mají samozřejmě své místo i specializované postupy neurochirurgické, kde však zaznamenáváme v posledních letech odklon od destruktivních metod k technikám šetrnějším a cíleněji zaměřeným, které se rozvíjejí i díky velkému technickému pokroku v diagnostické i terapeutické oblasti.

V souvislosti s bolestí je třeba se zmínit o placebo efektu, který je velmi silný a který spočívá v aktivizaci vnitřních rezerv organismu, zejména endorfinů. Zásadní ale je, že placebo efekt je krátkodobý a nelze jej využít např. k léčbě chronické bolesti.

Bolest má čtyři složky:

- 1) **Senzoricko-diskriminační.** O té víme nejvíce. Víme, kde bolest začíná, známe její receptory (nocisenzory, nociceptory), jak se dostává bolestivý vjem do míchy, z míchy do thalamu a z thalamu do mozkové kůry. Jsou tři druhy nocisenzorů: a) vysokoprahové mechanoreceptory, b) polymodální nocisenzory, c) vlastní receptory bolesti, což jsou volná zakončení nervová na primárních aferentních neuronech. Z nocisenzorů vede bolestivá informace do míchy slabě myelinizovanými A $\delta$  a nemye-

linizovanými C vlákny. Transmisí mezi míchou a podkorovými strukturami zajišťuje pět drah: a) *tractus spinothalamicus* (anterolaterální dráha), b) *tractus spinoreticulohalamicus*, c) *tractus spinoparabrachialis amygdalaris*, d) *tractus spinoparabrachialis hypothalamicus*, e) dráhy zadních provazců. Různé dráhy vedou různé modalitě bolesti, např. dráhy zadních provazců jsou specializovány pro transmisí bolesti viscerální.

V thalamu je bolest percipována skupinami laterálních a mediálních jader. Odtud se projikuje do mozkové kůry, především do *gyrus postcentralis* a limbických struktur. Jak thalamická, tak korová projekce je rovněž specializována pro jednotlivé typy bolesti. To bylo prokázáno neuroanatomickými, elektrofyziologickými a zobrazovacími metodami. Existují rovněž sestupné dráhy bolesti, které začínají především v oblasti periaqueductální šedi a v rafeálních jádrech prodloužené míchy. V těchto místech se uvolňují látky, které tlumí bolest, především endorfiny, dynorfin a enkefaliny.

- 2) Vegetativní. Bolest, a to známe všichni z vlastní zkušenosti, je vždy doprovázena vegetativními příznaky. Při bolestivém vjemu se zvyšuje dechová frekvence, tepová frekvence, zvyšuje se anebo se naopak snižuje krevní tlak. Člověk se potí, je častější nutkání na močení, zvyšuje se motilita gastrointestinálního traktu. Vznikají průjmy, ale při dlouho trvající bolesti může vzniknout i zácpa.
- 3) Afektivně emocionální. Bolest je vždy provázena psychickými fenomény, i když jde o bolest somatickou. Samostatnou kapitolu tvoří psychogenní bolest. U ní jsou rozhodující fenomény psychické. Pro afektivně emoční složku již byly objeveny a popsány dráhy z míchy do *nucleus parabrachialis* v prodloužené míše a z něj do orgánů, které ovlivňují děje vegetativní a emocionální – do amygdaly a hypothalamu.
- 4) Motorická. Ta umožňuje únik z bolestivého působení. To je podobné jako při stresu, poněvadž bolest patří k širšímu fenoménu stresu; jde o zásadu *fight or flight* (bojuj nebo uteč).

Chronická bolest má ještě dvě zvláštní formy, a to bolest nenádorovou (non-

malignant pain) a nádorovou (malignant pain). To je jedna z nejhorších bolestí, která existuje, a týká se hlavně viscerálních složek. Podle lokalizace můžeme dělit bolest na povrchovou a hlubokou. Povrchová bolest je zejména bolest kožní nebo slizniční. Je charakterizována tím, že je vnímána několika typy nociceptorů (nociceptorů).

Zásadní patofyziologické poznatky vedly k tomu, že podle mechanismu vzniku bolesti jsou připravovány léky, které bolest dokáží odstranit. Působíme buď na periférii, kdy tlumíme bolest už na nociceptorech, dále můžeme ovlivňovat bolest v průběhu drah spinothalamických, spinoretikulárních a dalších, a konečně můžeme ovlivňovat centrální složku bolesti působením na mozkovou kůru a limbický systém. Ovlivňujeme tak všechny typy bolesti, ale zejména bolest psychogenní. Ta je generována přímo na úrovni mozkové kůry nebo limbického systému.

Studium mechanismů a léčby bolesti začalo ve druhé polovině 20. století. První klinika bolesti byla založena v Seattlu v USA v roce 1961 prof. J. Bonicou. V roce 1973 byla založena Mezinárodní organizace pro studium bolesti – IASP (International Association for the Study of Pain). První prezidentkou této Asociace se stala francouzská neurofyzioložka a badatelka v oblasti bolesti prof. Denise Albe-Fessard (v roce 1998 obdržela čestný doktorát Karlovy Univerzity). První kongres IASP se konal pod jejím předsednictvím ve Florencii v roce 1975. Druhým prezidentem IASP byl právě prof. John Bonica ze Seattlu ve státě Washington v USA.

Od té doby se kongresy IASP konají každé tři roky. Na kongresu ve Vídni v roce 1999 byla za člena IASP přijata i Česká republika. V roce 1993 byla založena organizace EFIC (European Federation of IASP Chapters). Česká republika patřila mezi zakládající členy této organizace. Také EFIC pořádá každé tři roky kongresy. Bylo velkou ctí pro českou Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP (SSLB), že pořádala v roce 2003 IV. kongres EFIC v Praze, kterého se zúčastnilo přes 3 000 algeziologů z Evropy i ze světa.

SSLB byla založena v roce 1990; bylo to úsilím i předchozích algeziologů a vědců, z nichž je třeba jmenovat ze-

jména MUDr. Ladislava Vyklického, DrSc., který byl po několik období členem exekutivy IASP, dále neurochirurg prof. Kunce a prof. Šourka a anesteziologa prim. MUDr. Miloschewského.

Prvním předsedou SSLB se stal prim. MUDr. František Neradilek, kterého v roce 1997 vystřídal prim. MUDr. Jiří Kozák.

V roce 1998 byl založen časopis *Bolest*, vydávaný nakladatelstvím Tigris, jehož šéfredaktorem je prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

V roce 2005 plánuje Česká lékařská akademie lékařský kongres s tématem bolest jako fenomén, jehož důležitost, studium a zvládání se týká prakticky všech oborů medicíny. Tento fenomén by měl být probrán ze všech aspektů včetně multidisciplinárního přístupu k jeho léčení.

---

The International Association for the Study of Pain defines pain as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage... Pain is always subjective.

Pain is a general phenomenon accompanying most human diseases. There are only a few diseases that do not cause any pain. This applies to both somatic and psychical diseases. Almost every time there is pain. This is also why pain is one of the oldest pathological phenomena to be described. The essence of pain and its classification is based on the fact that each disease is associated with some painful phenomenon.

Pain is divided into acute and chronic, depending on its length and symptoms. Acute pain bears the importance of a symptom and is a symptom of certain diseases. It works as a signal; it indicates that there is something wrong in the organism or that something is threatened; in a word, that harm is taking place and we have to fight it. The signal faculty of pain is very important and is one of those phenomena and symptoms that give us information about the pathological condition of an organism; a fever is a similar phenomenon. This does not mean, however, that an acute pain cannot trouble us without a reason. Its exorbitant intensity is as unpleasant as chronic pain.

In general, acute pain is characterised mainly by its origin (and after the removal of the primary cause it usually disappears). It has been agreed that any pain that lasts less than 3–6 months is acute. Such a definition is clearly not accurate. Another type of pain is chronic pain, which lasts *longer than* 3–6 months. It usually has no clear origin. Mostly the intensity of chronic pain does not correspond with the somatic findings. Chronic pain is therefore considered a disease *sui generis*. It forms a nosologic unit and needs to be treated as such. The fact that its intensity is greater than objective findings suggests that doctors frequently do not believe that their patients' pain could be as intense as claimed. Then this pain disturbs the quality of life even more. This is why it must be treated intensively.

The treatment of acute pain ought to be performed by specialists in all fields of medicine and if the correct algorithm of treatment is observed, we can observe a successful solution to a painful condition. In acute pain it is recommended to use the most efficient preparations including opioids to suppress the painful condition within the shortest possible period of time. We do not need to be concerned about addiction or more significant side effects as this treatment is short; and in medication we choose the most efficient ones at the beginning and either step down or discontinue medication once the pain ceases. "Step down" is the term used for this process of treating acute pain. The reverse process, "step up" is recommended for the treatment of chronic pain where the three-step chart recommended by the World Health Organisation is traditionally applied in pharmacotherapy: dosing medication from the weakest preparations all the way to strong opioids on the third level in the analgetic chart.

Pharmacotherapy is not the only means for treating pain. Especially in chronic pain we know that it has a bio-psycho-social background, and for this reason we should use a multi-disciplinary approach to treating a chronic disease just as they do in special pain treatment centres. Apart from pharmacotherapy they use psychophysiological and psychiatric procedures (biological feedback, audiovisual stimulation, test methods

and psychotherapeutical procedures). The pain treatment uses also invasive treatment (nerve blocking) or neuromodulation such as spinal cord or cortex stimulation and dosing implanted systems. Specialised neurosurgical procedures have their place in the treatment of pain but recently we have recorded a deviation from destructive methods to considerate and target-oriented techniques that are in development thanks to great technological progress in diagnostics and therapy.

When discussing pain we have to mention the placebo effect, which is very strong and rests with the activation of the internal reserves of the organism, mainly endorphins. The key issue is, however, that the placebo effect is a short-term solution that cannot be used for the treatment of chronic pain, for example.

Pain consists of four elements:

1) **Sensory-discriminative.** We know most about it. We know where the pain originates, we know the receptors (nocisensors, nociceptors), how the perception of pain penetrates into the spinal cord, from the spinal cord to the thalamus and from the thalamus to the brain cortex.

There are three types of nocisensors:

a) high-threshold mechanoreceptors, b) polymodal nocisensors, c) receptors of pain, which are free nerve endings on primary afferent neurons. From nocisensors the painful information travels to spinal cord by slightly myelinated and non-myelinated C fibres. The transmission between the spinal cord and the subcortical structure is provided by 5 tracks: a) *tractus spinothalamicus* (anterolateral track), b) *tractus spinoreticulothalamicus*, c) *tractus spinoparabrachialis amygdalaris*, d) *tractus spinoparabrachialis hypothalamici*, and the e) *dorsal column spinal cord*. Different tracks transmit different modalities of pain: for example, the dorsal columns are specialised in the transmission of visceral pain.

In the thalamus pain is perceived by groups of lateral and medial nuclei. From here it is projected into the brain cortex, mainly into *gyrus postcentralis* and limbic structures. Both thalamic and cortical projections differ in various types of pain. This has been

proved by neuroanatomical, electrophysiological and imaging methods. There are also descending tracks of pain beginning in the area of periaqueductal grey and the rafeal nucleus of the medulla oblongata. In these places substances are released that suppress pain, mainly endorphins, dynorphin and enkephalins.

- 2) **Vegetative.** Pain, and we all have this experience, is always associated with vegetative symptoms. The perception of pain increases as the frequency of breath, pulse, blood pressure increases or decreases. A person perspires, the impulse to urinate is more frequent, motility of the gastrointestinal tract increases. This leads to diarrhea but long-lasting pain may also lead to constipation.
- 3) **Affectively emotional.** Pain is always associated with psychological phenomena, even though it is somatic pain. Psychogenic pain is another chapter. Psychological phenomena are decisive in such case. Tracks from the spinal cord to the *nucleus parabrachialis in medulla oblongata* and from there to the organs influencing vegetative and emotional actions, the amygdala and the hypothalamus, have been discovered and described for the affective-emotional element.
- 4) **Motor.** This enables an escape from the cause of pain. This is similar as in stress because pain belongs to the broader phenomenon of stress; it is the principle of *fight or flight*.

Chronic pain has another two special forms, non-malignant pain and malignant pain. It is one of the worst types of pain that exist and affects mainly the visceral elements. Depending on the location we distinguish superficial and deep pain. The superficial pain is mainly the pain of skin or mucous membranes. It is typical for being perceived by several types of nocisensors (nociceptors).

Thanks to important pathophysiological knowledge, medication has been prepared that can remove pain depending on the mechanism of the pain origin. We affect either the periphery where we mitigate pain at nocisensors, then we can affect pain on the spinothalamic, spinoreticular and other tracks, and we can also influence the central element of pain

by affecting the cortex and limbic system. Thereby we can affect all types of pain but mainly psychogenic pain, which is generated directly at the level of the cortex or limbic system.

The study of pain mechanisms and treatment began in the second half of the 20<sup>th</sup> century. The first clinic for the treatment of pain was founded by Professor J. Bonica in Seattle in 1961. The International Association for the Study of Pain (IASP) was founded in 1973. The first president of this Association was the French neurophysiologist and pain researcher Professor Denise Albe-Fessard (in 1998 she was awarded an honorary doctorate at Charles University). The first IASP congress took place under her chairmanship in Florence in 1975. The second president of IASP was Professor

John Bonica from Seattle, Washington, USA. Since then IASP congresses take place every three years. The Czech Republic was inducted as a IASP member in Vienna in 1999. In 1993 the European Federation of IASP Chapters (EFIC) was established. The Czech Republic was one of the founding members of this organisation. EFIC holds a congress every three years as well. The Czech Association for the Study and Treatment of Pain (ČLS JEP) had the privilege of hosting the IV EFIC congress in Prague in 2003, which was attended by more than 3,000 algesiologists from Europe and the world.

The Czech Association for the Study and Treatment of Pain (SSLB) was founded in 1990; it was the result of the work of previous algesiologists and scientists,

namely MUDr. Ladislav Vyklický, DrSc., who was a member of the IASP executive for several terms, neurosurgeons Professors Kunc and Šourek and anesthesiologist MUDr. Miloschewský.

The first chairman of SSLB was MUDr. František Neradilek who was replaced by MUDr. Jiří Kozák in 1997.

The magazine **Bolest (Pain)** was founded in 1998 and is published by Tigis; the editor-in-chief is Professor MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

In 2005 the Czech Medical Academy is planning to organise a medical congress on pain as a phenomenon whose importance, study and management touches upon all branches of medicine. This phenomenon ought to be discussed from all aspects, including the multidisciplinary approach to its treatment.



## LINKA PROTI BOLESTI

224 435 587

*LINKA PROTI BOLESTI. Anonymní telefonní linku, která je především určena pacientům trpícím silnou chronickou bolestí, využilo od jejího vzniku v roce 2000 již okolo 5 000 lidí. K nejčastějším potížím patřily bolesti zad, kloubů a neuropatické bolesti. Linka je umístěna v jednom z nejkompexnějších pracovišť léčby bolesti v České republice, v Centru pro léčbu a výzkum bolestivých stavů Fakultní nemocnice v Praze-Motole, vedeném primářem MUDr. Jiřím Kozákem. Pracoviště se zabývá léčením chronické bolesti onkologického i neonkologického původu. Linka je v provozu každý všední den od 14 do 19 hodin. Informace o chronické bolesti lze také nalézt na [www.linkaprotiboleti.cz](http://www.linkaprotiboleti.cz).*





## Chirurg jako vysokoškolský učitel a věda

### Pavel Pafko

#### The surgeon as a University Professor and Science

Každý vysokoškolský učitel, který vyučuje klinický předmět, by měl být v první řadě dobrým klinikem, který ovládá obor, jenž vyučuje. Dále by měl být dobrým pedagogem, aby byl schopen svými znalostmi obohatit myšlenkový svět svých žáků, a měl by vědecky pracovat a výsledky své práce publikovat.

Ze tří výše uvedených činností je dle mého názoru základní ta první. Obtížně může někdo učit obor, který sám neovládá. Pouze učebnicové vlastnosti nemohou vysokoškolskému učiteli – lékaři stačit. Při pohledu zpět na slavná jména českých klinických učitelů (profesorů) vidíme, že to byli uznávaní a vyhledávaní lékaři a okolí hodnotilo zejména jejich medicínskou znalost a málo vědělo o jejich pedagogické či vědecké práci. Ostatně i dnes v případě, že sami budeme potřebovat zdravotní péči, obrátíme se na toho, kdo obor ovládá.

Pedagogická činnost se již hodnotí obtížněji. Hodnocení učitele ze strany žáků má mnohá úskalí a studenti teprve zpětně vzpomínají na dobré pedagogy. Kvantifikovat pedagogický výkon obecně je obtížné. Jediným ukazatelem, který lze kvantifikovat podle současných kritérií, je paradoxně činnost vědecká, která se promítá do počtu publikací. Zde si různé fakulty stanovily kvantitativní kritéria, která musí mladý adept splnit při svém vzestupu po pomyslném schodišti pedagogické kariéry na škole. A tak se počítají přednášky, články publikované v odborných časopisech domácích i zahraničních. Jsou stanoveny počty článků v časopisech, které mají odpovídající „impact factor“ – prostě jsme v zajetí scientometrie.

Mnozí rozumně uvažující jedinci, kteří stáli a dnes stojí v čele lékařských fa-

kult, si uvědomovali a uvědomují, že není možné hodnotit identickými kritérii vědeckou práci pedagoga pracujícího v teoretickém ústavu a učitele klinického oboru. Důvod je prostý. Teoretik poté, co odučí předepsaný počet hodin, se věnuje vědecké práci, klinik musí vykonávat zdravotnickou činnost, a na vědu již mnoho času a energie nezbývá. Vnímám jsem i jisté snahy o další diferenciaci požadavků na publikační činnost při získávání pedagogických titulů mezi kliniky interních a operačních oborů. Zastánci těchto myšlenek věděli o fyzické a časové zátěži operujících. Stanovit ale v moderní medicíně jasný předěl mezi operačními a neoperačními obory není podle mého soudu dobře možné.

V mnoha klasických interních oborech (gastroenterologie, kardiologie atd.) došlo k rozvoji invazivních postupů a vytížení lékařů zabývajících se touto problematikou je blízké operujícím.

Pokud jde o publikační činnost, pak kromě několika nadšenců, které najdeme ostatně v každém společenství, se většina jejich členů chová utilitárně. Nejinak je tomu i ve vztahu lékařů k publikační činnosti, která má být obrazem vědecké potence publikujícího. Těm ve většině případů jde v první řadě o splnění kritérií nutných k získání určitého titulu a s tím spojeného postavení a prestiže. Nikoli nezajímavé je to, že po získání všech titulů obecně klesá publikační činnost jednotlivců.

Vědecká činnost je hodnocena zejména kvantitativně – podle toho, kolik publikací, kapitol v učebnicích, nebo monografií autor napsal. Lékař připomíná sportovce. Výkon sportovce však je snadné kvantifikovat, a tím jej exaktně posoudit (a ani tam to není možné

u všech – viz kolektivní sporty). Samozřejmě, že stejně jako u sportovců je „lepší“, a to v každém ohledu, závodit na mezinárodní scéně než doma. Jistě, mezinárodní účast je nutná, a tak se mnozí snaží o publikace v zahraničních časopisech, zejména v těch, které mají co nejvyšší „impact factor“. Zapomíná se ale na domácí prostředí, které se stává druhořadým. Vzniká paradoxní situace, kdy univerzitní učitelé, kteří budou vyučovat české studenty medicíny a lékařů, nemohou získat vědecko-pedagogické tituly, budou-li publikovat pouze v českém medicínském písemnictví.

Jenom pro zajímavost – známému českému chirurgovi akademiku Arnoldu Jiráskovi stačilo k habilitaci pět (!) publikací. Všechny byly otištěny v Časopise lékařů českých. Zdálo by se úsměvně dívat se téměř o 80 let zpátky. Je ale třeba připomenout, že již v této době existovaly chirurgické časopisy v Anglii, Německu, Francii, USA atd.

Pohled na vědeckou potenci (publikační činnost) jednotlivce je dán osobností pozorovatele. Zatímco teoretičtí pracovníci požadují, aby „akademický titul byl udělován osobnostem, které se především zasloužily o zásadní rozvoj poznání“, uvědomuje si autor příspěvku, že mezi českými chirurgy po 2. světové válce se stěží najde někdo, kdo by se o tento zásadní rozvoj zasloužil. Také ve vyhláše České komise pro vědecké hodnosti v době, kdy se tyto udělovaly (CSc., DrSc.), byl požadavek, aby kandidát „přinesl nové poznatky“ a doktor věd vytvořil závažné, vědecky originální práce, důležité pro rozvoj bádání nebo pro společenskou praxi. Avšak autoři zmíněné vyhlášky – podobně jako mnozí dnes – nedefinovali, pro koho mají být poža-

dované poznatky nové. Ty, kteří uvažovali o novém ve smyslu „lidstvem zatím nepoznaném“, by tedy stěží uspokojili čeští chirurgové v posledních šedesáti letech. Tito však byli neocenitelní svými publikacemi v českém písemnictví, jimiž ukazovali cestu vývoje české chirurgie, a patří jim za to náš dík. Je totiž velmi obtížné přinášet nové poznatky v problematice, které se na světě věnují tisíce či dokonce desetitisíce jednotlivců, a tak chirurg zabývající se kolorektální chirurgií či zlomeninami bérce má jinou možnost zasloužit se o rozvoj poznání než lékař řešící problematiku, kterou se ve světě zabývá několik desítek jedinců, kteří se často osobně znají.

Samozřejmě, že je třeba usilovat o publikační činnost v zahraničních časopisech. Pro úroveň naší klinické medicíny a její výuky na vysokých školách však nedosahují ojedinělé publikace v zahraničí významu publikací domácích, které jsou zdrojem poznání české lékařské veřejnosti. O ojedinělých článkách v zahraniční literatuře většina české lékařské veřejnosti neví. Samozřejmě mají význam pro pisatele.

Ostatně podmínky k vědecko-výzkumné činnosti klinických pracovníků v chirurgii při současném stavu financování zdravotnictví, kdy rozhodující je „počet bodů, které pracoviště vyrobí“, omezují prostor k vlastní vědecké činnosti.

Hledíme-li na „Západ“, přemýšlejme současně o tom, že většina českých lékařů, kteří tam pracovali, byli rovnocennými partnery svých zahraničních kolegů – a to proto, že pracovali a tvořili ve stejných podmínkách. U nás se grantovými projekty snažíme dovybavit naše pracoviště tak, abychom se těmto podmínkám přiblížili. Tedy přemýšlejme u výrazu „bibliometrie“ i o jejím vztahu k publikacím v cizině. Je mnoho úskalí hodnocení samotné hodnoty, jakou má „impact factor“, citační ohlas a podobně. Je to ostatně dostatečně známo. Proč je mezi kliniky zájem o vědeckou činnost (až na výjimky – samozřejmě) utilitární? Myslím si, že v našem státě obecně nejsou zejména ekonomické podmínky k tomu, aby lékaři (a nejen lékaři) neztráceli mnoho energie při vědecké práci různými „servisními činnostmi“, které jejich kolegové ve vyspělých zemích mají zajištěné a s kterými při nerovnosti

podmínek obtížně soutěží. Ostatně billboard o české vědě a čistíci bot, který můžeme v ulicích vidět, varuje. Z pohledu výkonného chirurga vnímám současnou realitu tak, že ze tří povinností chirurga – vysokoškolského učitele jsou na prvních dvou místech základní znalost oboru a schopnost dobře učit, a teprve na třetím místě vědecká práce.

Bohužel v našem oboru jsem byl opakovaně svědkem zisku pedagogických titulů u jedinců, o jejichž chirurgické zdatnosti pochybovalo i nejbližší okolí kandidáta – nicméně splňoval vědecká (publikační) kritéria.

Uvažujme, s čím by měl být spojen pedagogický titul přednostně – zda s dokonalou znalostí oboru, nebo s vědeckou činností. Jistě nejsnazší odpověď je, že s obojím – ale nejsem si jist, zda pro to v chirurgii máme dnes odpovídající podmínky. Učitele na lékařských fakultách potřebujeme a o vazbě pedagogických a vědeckých titulů by se mělo diskutovat.

Pouze pro zamyšlení:

Nevím, zda v Číně mají docenty a profesory chirurgie. Když uvážíme, že každý pátý až šestý občan naší planety je Číňan, a že počet článků čínských autorů v časopisech, jež mají vysoký „impact factor“, je tak malý, jistě by nebylo správné si myslet, že čínská chirurgie není na úrovni států, kde se mluví anglicky.

---

Any university teacher who lectures on a clinical subject should be a good clinician with a good command of the subject in which he is lecturing. Furthermore, he should be a good teacher so as to be able to enrich the minds of the students; he should be an active scientist and publish the results of his work.

Of the three aforementioned activities I suppose that the first is essential. One can hardly teach a subject he has not mastered himself. Textbook knowledge cannot be sufficient for an academic. Looking back at the famous names of Czech clinical academics we can see that they were recognised and sought-after doctors, and that the community appreciated mainly their medical knowledge and knew little about their teaching or scientific work. Nowadays,

if we need medical treatment we also go to someone who is good at the profession.

It is more complicated to evaluate the pedagogical work. Evaluation by students has its difficulties and the students remember good professors only when they look back years later. It is not easy to quantify pedagogical performance, either. Paradoxically, the only indicator that can be quantified with the use of the present criteria is the scientific work reflected in the number of publications. In this respect various faculties set quantitative criteria, which a young candidate must meet when ascending the imaginary stairs of the teaching career at school. What counts are lectures and articles published in local and international professional journals. Numbers of articles in impacted magazines are defined. We are simply under the sway of “scientometry”.

Many reasonably thinking individuals who were and presently are at the forefront of medical faculties have realised that it is impossible to use identical criteria to evaluate the scientific output of a professor working in a theoretical institute and a professor lecturing on a clinical subject. The reason is simple. While a theoretician, after having taught the prescribed number of lessons, dedicates his time to scientific work; a clinician must provide medical services and has not much time and energy left for science. I noticed a certain drive for the further differentiation of requirements for publishing when achieving pedagogical titles among clinicians of internal and surgical disciplines. Those who promoted these ideas were aware of the physical and time load of surgeons. I do not think it possible to draw a clear line between surgical and non-surgical disciplines in modern medicine.

Invasive treatment (gastroenterology, cardiology, etc.) has developed in many typically internal disciplines and the workload of doctors working in this field is similar to that of surgeons.

As regards the publishing, apart from a couple of enthusiasts that can be found in any community whatsoever, most members behave in a utilitarian way. The same applies to the approach of doctors to publishing, which is supposed to be the reflection of the scientific potential of

the author. In most cases the author's priority is to meet the criteria for achieving a certain title, and the position and prestige connected with it. It is of some interest that after achieving all titles the publishing activity of an individual generally ceases.

Scientific work is evaluated mainly by volume, i.e. how many publications, chapters in textbooks or monographs the author has written. A doctor resembles an athlete. The performance of an athlete is easy to quantify and assess in an exact way (but even this is not possible in all sports, as there are team sports). And of course, as in sports, it is "better" in all respects to compete on an international scene rather than at home. International involvement is obviously necessary, and many try to publish in international magazines, mainly those with an impact factor. But the local environment is then forgotten and becomes second-rate. A paradoxical situation occurs where university professors who wish to teach Czech medical students and doctors cannot secure scientific pedagogical titles, if they publish only in the Czech medical literature.

It is of some interest that a well-known Czech surgeon and academic Arnold Jirásek achieved his habilitation with 5 publications. All of them were published in "Časopis lékařů českých" (Czech Doctors Magazine). Looking eighty years back may bring a smile. Needless to say, however, that surgical magazines in England, Germany, France, US, etc. already existed at that time.

The opinion of the scientific potential (publishing activity) of an individual is determined by the observer's personality. While theoretical workers require that "academic titles be awarded to persons who contributed to the principal development of knowledge", this paper's author realises that we can hardly find anyone among Czech surgeons after World War II who contributed to this principal development. Also, the decree of the Czech commission for scientific titles at the time these were conferred (CSc., DrSc.) contained a requirement for the candidate

to "bring in new knowledge", and a doctor of science created important, scientifically original papers of an importance for the development of research or practice. However, the authors of the above-mentioned decree, like many authors nowadays, did not define to whom this knowledge should be new. Those who thought about "new" in the sense "not yet known to mankind" could hardly be satisfied by Czech surgeons of the past sixty years. They were valuable for their publications in Czech literature, with which they marked the development of the Czech surgery and they deserve our thanks for that. It is very difficult indeed to bring new knowledge into an area addressed by thousands or tens of thousands individuals all over the world, and a surgeon working in the field of colorectal surgery or shin bone fractures has wider possibilities to contribute to the development of knowledge than a doctor dealing with issues that only a few dozens individuals in the world work on, usually who know each other in person.

It is necessary to try to publish in foreign magazines, of course. Isolated publications abroad do not achieve an importance equal to the importance of local publications for the standard of our clinical medicine and its teaching at universities, as these are the sources of knowledge for the Czech medical community. Most of the community is not aware of isolated articles in foreign literature. They are obviously important to the authors.

The conditions for the scientific and research work of clinical workers in surgery, given the present funding situation in the health services where the decisive criterion is the "number of points produced by the workplace", limit the room for the scientific work.

When "looking west", let us at the same time try to think about the fact, that most Czech doctors who worked there were equal partners to their foreign colleagues because they worked and created in identical conditions. By means of grant projects we try to outfit out our workplaces so as to get closer to these

conditions. Let us then think about the term "bibliometry" as well as its relation to publications abroad. There are many difficulties in assessing the impact factor, the science citation index, etc. This is a well known fact. Why is the interest of clinicians in science purely utilitarian (with a few exceptions, of course)? I think that in this country in general there are not the economic conditions for doctors (and not only doctors) working in research not to waste their energy on various "service activities" science, which their colleagues in developed countries receive, and therefore it is hard to compete in unequal conditions. The billboard for Czech science, and the bootblack that we can see in our streets is a warning. As an executive surgeon I suppose that the current reality is that out of the three duties of a surgeon-professor the essential one is the knowledge of the subject, then comes the ability to teach well and the scientific work comes only third.

Unfortunately, many times I witnessed the granting of pedagogical titles to individuals in our branch whose qualities as surgeons were doubted by their colleagues but who met the scientific (publication) criteria.

Let us think what the pedagogical title ought to be preferably connected with, whether with a perfect knowledge of the subject or with scientific achievements. The easiest answer is with both, of course, but I am not certain whether we have adequate conditions for this in surgery nowadays. We do need professors at medical faculties and there should be a discussion about the connections of pedagogical and scientific titles.

Just a thought:

I do not know whether they have senior lecturers and professors of surgery in China. If we consider that every fifth or sixth person on this planet is Chinese, and that the number of Chinese authors in impacted magazines is so small, it would certainly not be correct to think that Chinese surgery does not achieve the standard of English-speaking countries.



## Chirurgie a věda

### Otázka pro Bohuslava Ošťádal

## Surgery and Science

(The question for Bohuslav Ošťádal)

■ V souvislosti s vědní politikou se v poslední době často hovoří o nerovných podmínkách různých vědeckých disciplín při hodnocení vědeckého výstupu. Obecně přijímaná kritéria SCI (Science Citation Index) a publikační „impact factor“ jsou například snáze aplikovatelná v chemii než v humanitních vědách, zejména jsou-li lokálně a kulturně vázané na úzkou problémovou oblast. V medicíně se tato nerovnováha projevuje při posuzování vědecké kvalifikace v rámci habilitačních a profesorských řízení, kde se někdy objevuje nepoměr takto zjišťované vědecké úrovně mezi teoretickými obory na jedné straně a klinickými obory na straně druhé. Výzkum v klinických oborech je často metodologicky nedostačující a málo mezinárodně kompetitivní. Naproti tomu klinická práce sama o sobě představuje náročnou oblast činností, kterých jsou teoretici ušetřeni. Jaké je podle vašeho soudu postavení chirurgie jako vědecké disciplíny mezi ostatními lékařskými obory a jak vy na tento problém nahlížíte? Jak by se měla chirurgie s touto nerovností vypořádávat a jak by se naopak univerzita měla bránit devalvací kritérií vědeckého výstupu, která by s sebou druhotně přinesla celkový pokles úrovně vědecké práce, na jehož vlně by se pak nesli i ostatní?

Hlavním kritériem hodnocení vědecké práce – bez ohledu na disciplínu – by měla být kvalita publikačního výstupu. Stávající oficiální databáze, tzv. RIV, tento požadavek nerespektuje, a je proto třeba nahradit ji jiným, pokud možno objektivním kritériem. To však není jedno-

duché: prostý „impact factor“ použít nelze, neboť se mezioborově velmi liší. Bude proto nutné vytvořit systém, který by „impact factor“ korigoval podle jednotlivých oborů; klinická medicína by měla tvořit jednu z těchto samostatných kategorií. Z hodnocení by samozřejmě neměly vypadnout monografie a kapitoly v monografiích, vyšlé v renomovaných nakladatelstvích. Mám samozřejmě na mysli autorské recenzované monografie, ne sborníky z konferencí. Tato kategorie vědeckých výstupů je ve vyspělých zemích vždy vysoce hodnocena a sám jsem se opakovaně sešel s názory zahraničních posuzovatelů, proč se u nás při různých hodnoceních této kategorii nedostává vážnosti. Problémem je jistě posouzení kvality, které v tomto případě nejde unifikovat; nevelké množství kvalitních knih lze však jistě posoudit individuálně. Domnívám se, že vědecká komunita je zásadním změněnám v hodnocení vědecké práce nakloněna a lze jen doufat, že se uskuteční v co nejkratší době. Z uvedeného vyplývá, že i chirurgie, podobně jako jiné klinické obory, by měla být hodnocena v kategorii, která bude spravedlivě reprezentovat příslušné klinické časopisy, jimž přísluší odpovídající „impact factor“.

A jaké je postavení chirurgie jako vědecké disciplíny mezi ostatními klinickými obory? Nejsem chirurg, a proto moje odpověď může být jen velmi obecná. Jsem přesvědčen, že nejen medicínské schopnosti a výuka, ale i vědecká práce odlišují univerzitní pracoviště od prakticky orientovaných zdravotnických zařízení. I mladý adept chirurgie jako vědecké disciplíny by měl proto projít základním školením na vybraném experimentálním pracovišti tak, jako je tomu

v postgraduálním doktorském studiu biomedicíny, organizovaném v Praze Univerzitou Karlovou a Akademií věd ČR. Oborová rada experimentální chirurgie zajišťuje kvalitní vědeckou přípravu pro všechny postgraduální studenty, pro něž se chirurgie jako vědecká disciplína stala vytouženou metou. Osvícený přednosta univerzitního pracoviště může na své klinice postupem času vytvořit skupinu mladých adeptů vědy, pro něž publikace v kvalitních časopisech nebude problémem. Dosavadní zkušenosti ukazují, že to funguje.

■ In terms of the scientific policy, there has recently been discussion about the unequal conditions for various branches of science when evaluating their scientific outputs.

The generally accepted criteria, the SCI (Science Citation Index) and the publication impact factor, for example, are easier to apply in chemistry than in the arts, especially if they are locally and culturally tied to a narrow topic area. In medicine this lack of balance is reflected in evaluating the scientific skills as part of the “habilitation” and professorial procedures where a disproportion appears at the scientific level, to be identified among the theoretical branches on one side and the clinical branches on the other. Research in clinical fields is often insufficient in methodology and not sufficiently competitive in the international context. On the other hand, the clinical work itself is a demanding area from which the theoreticians are saved from. In your opinion, what is the

position of surgery as a scientific discipline among other medical disciplines, and how do you view this issue from the perspective of a surgeon who is at the same time a university professor? How should surgery cope with this disproportion and, on the contrary, how should the university prevent the devaluation of the criteria for scientific output that could result in a general decline of scientific work quality, on the wave of which others would be swept?

The main criterion for evaluating scientific work – without regard to the discipline – should be the quality of the publication output. The existing official database, the so-called RIV, does not respect this requirement, and this is why it needs to be replaced by another criterion, a more objective one, if possible. This, however, is not simple: the simple “impact factor” cannot be used, as it is for different fields. A system must therefore be created that will adjust the “impact factor” to individual disciplines; cli-

nical medicine should form one of the independent categories thus formed. This evaluation should not omit monographs and chapters in monographs published by renowned publishers. By this I obviously mean reviewed monographs, not proceedings from conferences. This category of scientific output has always been highly praised in developed countries, and I have repeatedly encountered the concerns of foreign reviewers as to why various evaluations do not pay sufficient regard to this category. It certainly is a problem to assess the quality, which in this case cannot be unified; but a small number of quality books can surely be assessed individually. I suppose that the scientific community is in favour of principal changes in evaluating scientific work and we can only hope that they will take place as soon as possible. The above suggests that surgery, like other clinical branches, should be evaluated in a category that will fairly represent relevant clinical magazines with an impact factor. And what

is the position of surgery as a scientific discipline among other clinical disciplines? I am not a surgeon, and my answer can therefore only be a general one. I believe that not only the medical skills and teaching but also the research distinguish a university workplace from practically-oriented medical facilities. Even a young candidate of surgery as a scientific discipline should undergo basic training at a selected experimental workplace, as they do at the post-graduate doctor's studies of biomedicine organised by Charles University in Prague and the Czech Academy of Sciences. The disciplinary board of experimental surgery provides for a high-quality scientific preparation for all post-graduate students, for whom surgery as a scientific discipline has become the desired objective. An enlightened head physician of a university workplace can gradually form a group of young science candidates at his clinic for whom it will not be a problem to publish in respected magazines. So far, experience proves that it works.



**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.

PHARMACEUTICALS

**www.promed.cz**

**PRO.MED.CS Praha a.s.**  
Telčská 1, 140 00 Praha 4  
Tel.: +420 241 013 111 • Fax: +420 241 480 092  
e-mail: [promed@promed.cz](mailto:promed@promed.cz)



## Zpráva ze zasedání Federace národních lékařských akademií v Římě 22. května 2004

Richard Rokyta

### Report from the Meeting of the Federation of National Medical Academies in Rome on May 22, 2004

Výše uvedeného zasedání jsem se zúčastnil jako místopředseda České lékařské akademie (ČLA). Mým hlavním úkolem bylo pomoci ČLA zahájit proces přijetí do Federace národních lékařských akademií EU. Odborná část se konala v posluchárně Interní kliniky v poliklinice Umberto I, která je součástí římské university La Sapienza. Ta byla založena v roce 1303 a nedávno slavila své 700. výročí. Zasedání se zúčastnilo 24 delegátů, z toho dva z Velké Británie, tři z Belgie, čtyři z Itálie, čtyři z Portugalska, dva ze Španělska, pět z Francie, a po jednom z Německa, Řecka a Lucemburska. Nebyli přítomni všichni členové Federace, chybělo Maďarsko, které bylo přijato za člena v listopadu loňského roku jako první z nových členů Evropské unie. Obecně platí, že noví členové jsou přijímáni na listopadových zasedáních, která se konají vždy v Bruselu. Jarní zasedání jsou vždy organizována na různých místech dalších členských zemí Federace. Platí pravidlo, že každá země může na každé zasedání poslat po svém přijetí za člena čtyři delegáty.

Sekretariát Federace je v Bruselu, jejím sekretářem je prof. Govaerts. Významný je kontakt Federace na Evropskou komisi (ECU), jejímž je poradním sborem. Tato Federace akademií je i členem Světové lékařské akademie – Inter-Medical Academy, jejíž příští sjezd je v Šanghaji v Číně.

Co se týče členství České lékařské akademie ve Federaci, prezentoval jsem jejím představitelům dokument o České lékařské akademii, který mimo její aktivity obsahoval i výňatky ze Stanov. Dokument jsem poté věnoval současnému předsedovi Federace, jímž je Sir prof. Peter Lachman z Cambridge z Velké Bri-

tánie, dále sekretáři Federace prof. André Govaertsovi z Belgie a prof. Meulenovi z Würzburgu, který reprezentoval největší akademii Federace – Akademii Leopoldinu z Německa. Tato akademie má sídlo v Halle.

Naše prezentace byla velice pozitivně přijata. Bylo hlasováno o tom, že budeme přijati za člena Federace na příštím zasedání, které se bude konat 13. listopadu 2004 v Bruselu. Přestože se přijímá jen jednou za rok, prof. Lachman nechal již v Římě hlasovat a všichni přítomní delegáti jednomyslně a potleskem schválili to, že ČLA bude v listopadu za člena přijata, a to jako druhá z bývalých zemí východního bloku (po výše zmiňovaném Maďarsku).

Byl jsem rovněž požádán, abychom uspořádali v květnu příštího roku jarní zasedání Federace v Praze. Veškeré náklady, které jsou s tím spojeny, platí Federace akademií. Pořadatel musí zajistit pouze pořadatelskou službu. Jedná se o jednodenní vědecké zasedání zakončené business meetingem a společnou večeří.

Stručně k odborné části zasedání. Témata pro jednotlivá zasedání jsou vybírána z návrhů, které poskytují členské akademie Federace. Náměty, které se objevovaly pro další zasedání, byly následující:

- prevence srdečních onemocnění a používání léků na srdeční onemocnění,
- problematika klinického zkoušení léků a klinická evaluace onemocnění,
- problém HIV.

Také naše Akademie by mohla navrhnout problematiku, která by byla řešena. Proces je následující: po výběru tématu jsou pozváni příslušní odborníci

nejen z řad členů národních akademií, ale i členové bruselských komisí.

Na římském mítinku byly navrženy ke schválení dokument o kouření, a dokument o kmenových buňkách, které budou distribuovány členským zemím k vyjádření. Po určitých úpravách budou předány Evropské komisi.

Dopolední program byl věnován zasedání o kmenových buňkách. V této oblasti jsou důležité dvě tendence. Jednak vědecká problematika používání kmenových buněk, a to u svalové dystrofie, u srdečních onemocnění, a jednak legální přístupy k řešení právních aspektů aplikace kmenových buněk. Tímto problémem se zabýval zejména člen Evropské komise genetického výzkumu a ředitel zdravotnické sekce dr. Octavia Qvintana Trias z Portugalska, který provedl celkovou evaluaci dosavadního způsobu používání kmenových buněk a legislativy. Z dosavadních členů Federace jenom tři členské země z patnácti nemají legislativu týkající se používání kmenových buněk, a rovněž tak z nově vstupujících členů tři nemají příslušnou legislativu (mezi nimi i Česká republika). Legislativa je v tomto případě nesmírně složitým problémem. Přestože se Federace snaží o jednotná doporučení, i nadále bude platit, že za legislativu je zodpovědná každá země. Informoval jsem krátce o návrhu Zákona o kmenových buňkách, který pro naši vládu připomínkovala i Česká lékařská akademie. Český návrh patří k tolerantnějším návrhům používání kmenových buněk a pohybuje se mezi dvěma kategoriemi, reprezentovanými z jedné strany velmi liberální Velkou Británií a z druhé strany více legislativně omezenou Itálií a dalšími zeměmi. Poslední verze návrhu neprošla za-

tím vládou. Prof. Lachman se zavázal přivést závěrečný návrh. Protože zasedání nedospělo k jednomyslnému konsensu, bude tento materiál rozeslán všem členským akademiím (včetně naší) a budeme se k němu moci vyjádřit. Následovala tisková konference, která se věnovala problematice používání kmenových buněk.

Odpolední zasedání bylo věnováno zneužívání tabáku. Zasedání bylo velmi dobře uvedeno prof. Richardem Petem z Velké Británie, který popisoval situaci používání tabáku v různých evropských zemích. Je zajímavé, že ve Velké Británii se podařilo snížit závislost na tabáku a snížit jeho užívání podobně, jako se to podařilo v USA. Hlavním důvodem mimo masivní kampaně bylo i zvýšení cen cigaret. Tento příklad Velké Británie nenásledují a neplánují následovat některé další evropské země, reprezentované zejména Francií a Itálií. Závěr této odpolední sekce je takový, že ve většině evropských zemích propaganda škodlivosti kouření selhává, závislost na kouření se zvyšuje a zhoršuje se situace ve výskytu kardiovaskulárních chorob a karcinomu plic v souvislosti s kouřením. Zvyšuje se závislost i u žen, a přestože u nich zdravotní poruchy nastupují asi o 10 let později než u mužů kuřáků, ve vyšších věkových kategoriích se ženy začínají velmi přibližovat mužům. Prof. Fernando de Pado z Portugalska ukázal všechny metody, které se dají v boji proti tabakismu používat, zejména poukázal na masové kampaně v televizi a dalších sdělovacích prostředcích. Zajímavý byl španělský příspěvek prof. Le Carera o začátcích tabakismu. Je závažné, že mnoho mladistvých začíná kouřit a požívat alkohol již ve věku mezi 12–15 roky. Také z tohoto zasedání vznikl návrh materiálu, který bude předán národním akademiím.

Je zajímavé, že nejčastěji používaným jazykem setkání byla francouzština. Byla proto jistá výhoda, že i já jsem mohl používat v neformálních diskusích tento jazyk.

Pokud mohu sám hodnotit svoji misi, myslím, že jsem docílil toho, proč jsem do Říma jel, a to, že naše Akademie bude přijata za řádného člena Federace a že nám bylo dokonce neočekávaně nabídnuto organizování příštího setkání v Praze.

I attended this meeting as deputy chairman of the Czech Medical Academy (CMA). My main mission was to assist CMA in starting the admission process to the Federation of National Medical Academies of the European Union. The expert part of the programme took place in the lecture hall of the Internal Clinic of the Umberto I hospital, which is part of Roma University La Sapienza. It was founded in 1303 and recently celebrated its 700<sup>th</sup> anniversary. The meeting was attended by 24 delegates, of whom 2 were from the UK, 3 from Belgium, 4 from Italy, 4 from Portugal, 2 from Spain, 5 from France, 1 from Germany, 1 from Greece and 1 from Luxembourg. Not all members of the Federation were present; there was nobody from Hungary, which was admitted as a new member in November last year as the first member from the new EU member states. It is a general rule that new members are admitted at the November meetings held in Brussels. The spring meetings are held in various locations in other Federation member states. There is a rule that each country, after it has been admitted, can send four delegates to each meeting. Their mission is paid for by their respective national academy (travel expenses, for example), all expenses at the venue are borne by the Federation.

The Federation secretariat is located in Brussels, Belgium; the secretary is Professor Govaerts. The Federation has an important contact with the European Commission (ECU) for which it acts as an advisory body. The Federation of Academies is a member of the Inter-Medical Academy, whose next meeting will be held in Shanghai, China.

As regards the membership of the Czech Medical Academy in the Federation, I presented a paper on the Czech Medical Academy to the Federation's representatives, which contained, among other things, excerpts from the Articles of Association. Then I submitted this document to the present chairman of the Federation, Sir Professor Peter Lachman from Cambridge, UK, to the secretary of the Federation Professor André Govaerts from Belgium and Professor Meulen from Würzburg who represented the largest academy in the Federation – Leopoldina Academy in Germany. This Academy is situated in Halle.

Our presentation was received with a positive attitude. A vote was held that we would become a member of the Federation at the next meeting, which will be held in Brussels on 13 November 2004. Even though they admit members only once a year, Professor Lachman held a vote in Rome and all present delegates agreed unanimously and with ovation that CMA would be admitted in November as the second former eastern-bloc country (after Hungary, as mentioned above).

I was also asked to organise the spring meeting of the Federation in Prague in May next year. All costs related to the meeting are borne by the Federation of Academies. The organiser has to pay for the organisation only. It is a one-day scientific conference followed by a business meeting and a dinner party.

Few words about the specialised part of the meeting. The topics of individual meetings are selected from proposals placed by member academies of the Federation. The suggestions for the next meeting were the following:

- Prevention of heart conditions and use of cardiac drugs,
- Clinical testing of drugs and clinical evaluation of diseases,
- The problem of HIV.

Our Academy could also make a proposal for a topic to be discussed. The process is as follows: after the topic has been selected, experts from the members of national academies as well as Brussels commissions are invited.

The following documents were submitted for approval at the meeting in Rome:

- 1) A document on smoking,
- 2) A document on stem cells, which will be circulated to member states for comments. After adjustments they will be handed over to the European Commission.

The morning programme discussed the stem cells. There are two important tendencies in this area. At first, there is the scientific issue of the use of stem cells in muscle dystrophy, heart diseases and legal aspects of the application of stem cells. This issue was discussed mainly by Dr. Octavi Quintana Trias from Portugal, a member of the European Commission for Genetic Research and director of the medical section, who carried out



an overall evaluation of the methods of using stem cells and applicable legislation to date. Of the present members of the Federation, only three member states from the total of fifteen have no legislation in this area, the Czech Republic being one of them. Legislation in this case is an extremely complex problem. Even though the Federation tries to issue uniform recommendations, individual countries will continue to be responsible for the legislation. I briefly informed about the proposed act on stem cells that the Czech Medical Academy, among others, provided to the Czech government. The Czech proposal is rather tolerant toward the use of stem cells and oscillates between two categories, one represented by the very liberal UK and the other represented by Italy and other countries that are more limited by legislation. The last draft of the act has not passed the Czech government yet. Professor Lachman undertook to prepare the final proposal. As the conference was unable to reach a consensus, this document will be circulated to all member academies (including ours) and we

will have a chance to comment on it. A press conference followed that addressed issues related to the use of stem cells.

The afternoon session was dedicated to the abuse of tobacco. Professor Richard Pat from the UK made a very good opening of the meeting by describing the situation in the use of tobacco in various European countries. It is interesting that in the UK they have managed to reduce the addiction to tobacco and its abuse, just as in the US. The main reason, apart from a massive campaign, was the increase in the price of cigarettes. Other European countries, mainly France and Italy, do not follow this example and have no intention to do so. The conclusion of the afternoon session was that in most European countries the anti-smoking propaganda has been failing, addiction to nicotine has been growing and the incidence of smoking-related cardiovascular diseases and lung cancer has been increasing. Addiction in women has been increasing even though their health problems start 10 years earlier than in male smokers, in higher age cate-

gories women are getting very close to men. Professor Fernando de Pado from Portugal presented all methods that can be used in the battle against tobacco, in particular he referred to mass campaigns on TV and in other media. The Spanish paper by Professor Le Carera on the beginnings of smoking was very interesting. It is unbelievable that many young people begin to smoke and use alcohol as early as between 12–15 years of age. This session also produced a paper that will be circulated to national academies.

It is not without interest that French was the most frequently used language of the meeting. Aside from the 5 French and the Luxembourg member, the Spanish and Portugese members spoke French. It was an advantage for me that I was able to use this language in informal conversation.

If I should assess my mission, I suppose that I have reached the objective for which I went to Rome; our Academy will be admitted as a regular member of the Federation and, quite unexpectedly, we have been offered the organisation of the next meeting in Prague.

Milý Cyrile,  
Vážený pane profesore Rokyto,

Píši, abych vám sdělil, jak jsem potěšen, že Česká lékařská akademie vstupuje do Federace a že budete hostiteli zasedání Federace v květnu 2005. Je důležité, aby ve Federaci byli zastoupeni noví členové EU – zvláště pak takoví jako Češi, kteří mají silné zázemí lékařských věd. Určitě budete hrát aktivní roli a já se těším, až se s vámi setkám v listopadu v Bruselu. Už se také moc těším na pražské zasedání. Do tohoto města velmi rád jezdím, a to i z docela jiných než vědeckých důvodů. S přáním všeho dobrého vás zdraví

Peter  
Sir Peter Lachmann FRS FMedSci

Dear Cyril  
Dear Prof Rokyta

I have now seen your letter and Andre Govaerts' reply. I write to say how delighted I am that the Czech Medical Academy is joining the Federation and that you will host the Federation meeting in May 2005. It is very important for the Federation to have the new members of the EU represented – especially those like the Czechs who have strong medical sciences. I am sure that you will play an active role and much look forward to seeing you in Brussels in November.

I already much look forward to the Prague meeting. It is a town I greatly enjoy visiting, quite apart from the science.

All best wishes.  
Yours sincerely,  
Peter  
Sir Peter Lachmann FRS FMedSci



## Přílišná specializace škodí

### Over-specialisation is bad for your health

#### **Stanovisko Rady ČLA k Zákonu o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.**

Česká lékařská akademie považuje za svou povinnost vyjádřit se k Zákonu o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, zejména k výčtu jednotlivých specializací v tomto zákoně uvedených. Zatímco ostatní pasáže zákona považuje vedení České lékařské společnosti až na výjimky za uspokojivé, výčet specializací vzbudil mezi členy mnoho oprávněných otázek o koncepci takto nově vytvořené struktury vzdělávání českých lékařů. Počet 83 základních specializací (!) je na evropské poměry ohromující a je asi dvakrát větší než ve většině evropských zemí. ČLA se pozastavuje nad skutečností, že při formulaci zákona nebyly brány v potaz zásadní připomínky odborných společností, které reprezentují hlas kvalifikovaných odborníků jednotlivých oborů. Tak například byl zcela opomenut návrh na sloučení specializací diabetologie, endokrinologie, metabolismus a klinická výživa do jediné specializace tak, jak to navrhl Česká diabetologická společnost, Česká společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče a Česká endokrinologická společnost. Množství základních specializací, které jsou v příloze zákona vyjmenovány, je neobvyklé a budí rozpaky. Nepřijatelná je rovněž základní specializace dětská nefrologie (při tom ale z nepochopitelných důvodů není možné se školit v dětské endokrinologii nebo diabetolo-

gii) či gerontopsychiatrie. Ti, kteří takovou základní specializaci získají, budou omezeni pouze pro daný obor. To jim znesnadní jejich další školení, jejich možnost uplatnění a získání zaměstnání jak v České republice, tak v jiných zemích Evropské unie. Takovéto rozdrobení jednotlivých podoborů medicíny nutně povede k její dezintegraci se všemi negativními dopady na péči o naše nemocné. Přitom ve většině evropských zemí je situace jiná a počet základních oborů mnohem menší, než je tomu v právě přijatém zákoně.

Česká lékařská akademie se domnívá, že před posledním návrhem zákona neproběhla dostatečná a kvalifikovaná diskuse o této otázce, upozorňuje na možné velmi problematické dopady tohoto zákona a současně věří, že zákon by bylo možné v této části novelizovat.

ČLA považuje za naléhavé iniciovat odpovědnou diskusi o formulaci a dopadu zákona, včetně jeho celospolečenských a ekonomických důsledků. V první řadě je třeba definovat lékařské obory v souladu s přirozenou potřebou praxe, v souladu s většinovým zastoupením lékařských oborů v zemích EU a v zájmu mobility českých lékařů i pacientů. Důraz klademe také na zájmy cílové populace, které mohou být ohroženy, jestliže vinou přílišné specializace nebude možno zajistit kontinuitu péče (dětský psychiatr bez průpravy v obecné psychiatrii musí svého pacienta přestat léčit v den jeho 18. narozenin apod.). Dále je naprosto nevyhnutelné ještě před implementací zákona definovat a zajistit síť akreditovaných školicích pracovišť, která budou za výcvik budoucích specialistů zodpovídat. S tím souvisí i zásadní třetí požadavek na jasné určení způ-

sobu financování specializační přípravy na celostátní úrovni. Bez alokace zdrojů směrem ke školicím pracovištím nebude možno literu zákona vůbec dodržet. Způsob financování specializační přípravy je pro realizaci specializační přípravy nezbytnou podmínkou.

The position of the CMA Board towards the Law governing conditions for the attainment and recognition of professional competency and specialisation for the practice of internal medicine, dentistry and pharmacology.

The Czech Medical Academy considers it a duty to respond to the Law on conditions regarding the gaining and recognition of professional competence and specialist competence to operate as a doctor, dentist or pharmacist, and especially to the definition of each specialisation listed within this legislation. Whilst other passages of the Law consider the management of the Czech medical community to be satisfactory, with few exceptions, the definition of specialisations has caused our members to pose several justified questions about the concept behind this newly-created education a structure for Czech doctors. The total of eighty-three basic specialisations is, in European terms, almost twice the number that exist in the majority of European countries. The CMA is surprised by the fact that in the formulation of this Law, the basic comments of professional organisations which represent the voice of qualified specialists in each field were not taken into consideration. In this manner the recommendation to merge the specialisations of diabetology, endocrinolo-



gy, metabolics and clinical nutrition, as put forward by the Czech diabetic association, the Czech society for clinical nutrition and intensive metabolic care and the Czech endocrinological society, was entirely overlooked. The sheer number of basic specialisations listed in the appendix is highly unusual and discomfoting. The basic specialisation of paediatric nephrology is unacceptable (while for unexplained reasons there is no classification for paediatric endocrinology or diabetology), as is that of gerontopsychiatry. Those who have secured such a specialisation would be qualified to work only within that field, thereby adversely affecting their further education, their ability to apply themselves and their ability secure employment either in the Czech Republic or elsewhere in the European Union. Such splitting of each sub-branch of medicine inevitably leads to disintegration, with negative effects on the care of our patients. In the majority

of European countries the situation is different and the number of basic fields is much smaller than in this recently passed Law.

The Czech Medical Academy is of the opinion that prior to the final draft of the Law there was a lack of sufficient and qualified discussion on this matter, and sufficient consideration the possible highly problematic effects of this Law, yet it also believes that it would be possible to amend this section of the Law.

The CMA considers it essential to initiate a responsible discussion on the formulation and effects of the Law, including its effects on society as a whole and the economy. In the first instance it is necessary to define the medical fields in accordance with the natural requirements of practise, in accordance with the major representation of medical branches in EU countries, and in the interests of mobility for Czech doctors and pa-

tients. We also place an emphasis on those interests of the target population which might be placed in danger, should it not prove possible to ensure continuity of care because of over-specialisation (a child psychiatrist without training in general psychiatry, for example, will be forced to cease caring for a patient on the day of that patient's eighteenth birthday). In addition it is, absolutely essential, prior to the implementation of the Law, to define and create a network of accredited educational establishments that will be responsible for the training of future specialists. Related to this is the vital third requirement for the clear designation of the methods of financing specialist training at the national level. Without the allocation of resources to training workplaces it will not be possible to adhere to the letter of the Law. The method of financing specialist training is an essential requirement for the realisation of specialist preparation.

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky  
doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.  
předsedkyně úboru pro sociální politiku a zdravotnictví <http://www.emmerova.cz/>

V Plzni dne 28. 5. 2004 Č. j.: 367-2004/0

Vážený pane předsedo,

je přirozené, že reaguji na Vaše výhrady ohledně přijatého zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, který byl konečně schválen v letošním roce, před naším vstupem do EU, a je platný od 2.4.2004. Vaše oprávněné výhrady jsem si přečetla ve Zdravotnických novinách (ročník 53, 2004, č. 21, s. 12-13).

Dovolte mi, abych Vám stručně naznačila historii ohledně strastiplného najmenovávání lékařských oborů, zakončených jednou a jedinou atestací.

Zmíněný návrh zákona byl předložen Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky brzy po parlamentních volbách, které se uskutečnily v červnu 2002. Svědčí o tom již jenom nízké číslo parlamentního tisku – 53. Zatímco jiní kolegové se zabývali předlohou v jiných ohledech, já sama jsem se zabývala právě najmenováváním atestačních oborů, a to tak, aby seznam odpovídal novým podmínkám, které nás čekají v EU při volném pohybu osob, i když jsem si byla vědoma toho, že mimo jiné si nejsou ani v počtu oborů země EU rovné.

Výčet oborů v návrhu našeho zákona mě totiž šokoval. Jednak jich bylo 64, zatímco v některých jiných zemích kolem 20, jednak v položce 6–14 šlo o odborníky pro jediné dětské specializace. Samostatným oborem byla také např. „léčba bolesti a paliativní medicína“ anebo „popáleninová medicína“ atp. (viz příloha č. 1).

Můj přepracovaný návrh byl se souhlasem paní ministryně Součkové navržen jako „Příloha k zákonu“ s výčtem 24 oborů (viz příloha č. 2) s tím, že současně navržené podobory budou obsaženy ve vyhlášce. Tím měla být zajištěna bezproblémová jistá měnlivost náplně a tedy i názvů lékařských podoborů, zatímco klíčové obory byly zakotveny v zákoně, poněvadž jejich obměna není a nemůže být tak častá.

U všech oborů i pod oborů jsem navrhla po mnoha konzultacích i délku a druh vzdělávání, tj. z celkového počtu navržených let bylo uvažováno o jednoroční praxi ve všech hlavních oborech bez ohledu na zvolenou specializaci (tzv. „kolečko“), dále následoval „kmen“ oboru a konečně počet let vzdělávání v podoboru (viz příloha č. 3). Po absolvování „kmenu“ by měla následovat „postupová zkouška“. Svůj přístup ke koncipování této normy jsem zdůvodnila ve svém „pozměňovacím návrhu“ (příloha č. 4).

Vše mělo být rozvedeno v prováděcí vyhlášce. Citovaný zákon sice prošel Sněmovnou, avšak po připomínkách Senátu a po vrácení zpět do Sněmovny bylo málo fyzicky přítomných koaličních a zainteresovaných poslanců a návrh nakonec přijat nebyl.

V loňském létě jsem byla přizvána k jednání na Ministerstvo zdravotnictví, kde za přítomnosti senátora Julínka, který je v obdobné funkci jako já v Senátu, a pracovníků MZD uspořádal pan náměstek Špaček pracovní poradou, která se měla zabývat pouze najmenováním oborů. Dal mi k nahlédnutí „výsledek“ různých intervencí, kdy na můj vcelku logický řád (příloha č. 3) byly sukcesivně a ad hoc připisovány další „obory“ a „podobory“, dle mého soudu těžko přijatelné a zařaditelné. S ohledem na časovou tíseň při jasném termínu přistoupení do EU (tj. 1. 5. 2004) bylo naznačeno, že není možné se déle zabývat touto problematikou z pozice MZD, že můj původní návrh je z různých stran připomínkovan, a že tedy bude nejsnazší všechny žádané obory ponechat a abecedně je vyjmenovat. To byl tedy jediný „řád“, který byl zachován a který jsem já v rámci těžko přijímaného kompromisu navrhla. Bylo by těžko přijatelné, abych prohlásila, že v tom případě trvám na nepřijetí zákona a že se o to tzv. postarám!

Jako výraz špatného chápání mého návrhu např. ze stran neurochirurgů (oni prý nejsou žádným podoborem chirurgie...!) Vám zaslám kopii dopisu, který jsem v této souvislosti zaslala prim. Dr. Chocovi, plzeňskému neurochirurgovi. Jde přesně o problém, který v citovaném článku zmiňuje pan prof. MUDr. Michal Anděl, DrSc., se kterým jsem v minulosti několikrát vedla při příležitosti zlínských internistických dnů na toto téma debaty.

Tito kritizující odborníci nedomýšlí, kam povede atomizace medicíny bez výchovy široce vzdělaných odborníků v klíčových oborech. Běda nemocnému, který bude někam přijat pro teploty nejasné etiologie!

Uznávám, že je vhodná novelizace tohoto zákona z několika důvodů, přičemž výše diskutovaný je možná jeden z nejdůležitějších. Budu o této situaci znovu hovořit s panem ministrem Kubinyim a jistě bude velmi užitečné, když i Vy jej oslovíte z titulu funkce předsedy ČLA, aby se znovu ujistil, jak rychle je tuto změnu třeba provést.

S díky za pochopení a s pozdravem

Přílohy: kopie různých dokumentů z Parlamentu

Na vědomí:

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D., ministr zdravotnictví ČR  
prof. MUDr. Michal Anděl, DrSc., přednosta II. interní kliniky, 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda ČLS JEP, Praha  
prof. MUDr. Jarmila Boguszaková, DrSc., vedoucí katedry oftalmologie IPVZ, FN Královské Vinohrady  
prof. MUDr. Karel Opatrný jr., DrSc., přednosta I. interní kliniky FN v Plzni  
MUDr. Antonín Malina, Ph.D., ředitel IPVZ Praha  
prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., Česká lékařská akademie, Španělská 1073/10, 120 00 Praha 2



Chamber of Deputies of the Parliament of the Czech Republic  
doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.  
Chair of committee for social policy and health <http://www.emmerova.cz/>

Plzeň, 28. 5. 2004; Ref: 367-2004/0

Dear Prof. Höschl,

It is natural for me to respond to your reservations concerning the Law on conditions regarding the gaining and recognition of professional competence and specialist competence to operate as a doctor, dentist or pharmacist, which was finally passed this year prior to our accession to the EU, and which has been valid since 2. 4. 2004. I have read your justified reservations in the *Zdravotnické noviny* (year 53, 2004, no. 21, pps. 12–13).

Please allow me to briefly outline the history behind the stressful naming process of the medical fields, approved after a single attestation.

The aforementioned draft of the Law was put forward to the Chamber of Deputies of the Czech Republic shortly following the parliamentary elections that took place in June 2002. The low sequence number in the parliamentary press (53), provides evidence of this. Whilst other colleagues of mine were concerned with other aspects of the bill, I was concerned with the naming of the fields of attestation in such a way that the list conformed to the new conditions that faced us in the EU with regard to the free movement of labour, even though I was conscious of the fact that the number of fields are not the same in other EU countries. The number of fields in the draft of the Law shocked me. On the one hand there were sixty-four categories, whilst in certain other countries they number only twenty; on the other hand, appendices 6–14 concerned specialists in categories of paediatric specialisation. Only individual specialisation categories were also given, for example, “to the treatment of pain and palliative medicine” or “bum medicine” and others (see appendix no. 1).

My own draft was, with the agreement of Minister Součková, proposed as an “appendix to the Law” with a total of twenty-four categories of specialisation (see appendix no. 2) on the proviso that the currently-drafted list of sub-categories be included in the decree. In such a way this would provide a problem-free versatility to the content, and therefore also to the names of medical sub-categories, whilst fixing the key categories of specialisation within the wording of the Law, for any changes are not and may not take place on a regular basis.

For all categories and sub-categories I have, after much consultation, recommended the length and type of training required, i.e. of the total number of proposals we have considered one year practise for all main categories regardless of the chosen specialisation (so-called “slice”), followed by the “core” field and finally a number of years of training in the sub-category (see appendix no. 3). After completion of the “core” a “progress examination” should follow. I have given reasons for my approach to the conception of these norms in my “bill amendments” (appendix no. 4).

All of the above should have been included in the accompanying decree. The aforementioned Law went through Parliament but, after suggestions made in the Senate and on its return to the lower chamber, there were very few coalition and other interested members physically present, and in the end the bill was not passed.

Last year I was called for a meeting at the Ministry of Health where, in the presence of Senator Julínek, who is in the equivalent position to me in the Senate, and Ministry of Health staff, under-secretary Špaček held a working meeting, which was supposed to be purely concerned with the naming of categories. He gave me the task of overseeing the ‘results’ of various interpositions, whereby further ‘categories of specialisation’ and ‘sub-categories of specialisation’, which were in my opinion unacceptable and difficult to classify, were successively and on an ad hoc basis added to my list (appendix no. 3). Due to the time constraints of the approaching date of accession to the EU (1. 5. 2004) it was indicated that it would not be possible to continue with this matter any longer from a Ministry point of view, that my original draft had been expanded in various aspects, and that it would therefore be easier to keep all the requested categories and to list them alphabetically. This was therefore the only “list” to have been preserved and which I proposed in the framework of a compromise in the framework of a compromise I found difficult to accept. It would be inappropriate for me to state that in this case I am working to overturn this Law and that I stand by this position.

To illustrate the misinterpretation of my proposal by, for example, neurosurgeons (who apparently are not listed as a sub-category of surgery...), I am sending you a copy of a the letter which I sent to Dr. Choc, a Plzeň neurosurgeon, with regard to this question. It covers exactly the problem that is mentioned in an article by Prof. MUDr. Michal Anděl, DrSc., with whom I have debated this subject in the past at the specialist internal events in Zlín.

These specialist critics cannot conjecture as to where the atomisation of medicine may lead without training highly educated specialists in key fields. Woe to the patient who is admitted under the fever of an unclear aetiology!

I acknowledge that an amendment to this Law is desirable for various reasons, and the matter discussed above is probably one of the most important. I shall be speaking once more about this situation with Minister Kubinyi, and it would certainly be very useful if you could address him personally in your capacity as Chairman of the CMA, in order that he is further aware of how quickly this amendment needs to be implemented.

With thanks for your understanding,  
Best regards

Enclosures: copies of various parliamentary documents

To the attention of:

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D., Minister of Health of the Czech Republic  
Prof. MUDr. Michal Anděl, DrSc., Director, II internal clinic, 3<sup>rd</sup> Medical Faculty of Charles University Prague and the Královské Vinohrady in Prague  
Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., Director, ČLS JEP, Prague  
Prof. MUDr. Jarmila Boguszaková, DrSc., head of department of ophthalmology IPVZ, FN Královské Vinohrady  
Prof. MUDr. Karel Opatrný jr., DrSc., Director, I. Internal clinic FN in Plzeň  
MUDr. Antonín Malina, Ph.D., Director, IPVZ Prague  
Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. Czech Medical Academy Španělská 1073/10, 120 00 Prague 2

## Chystané akce České lékařské akademie v roce 2005

### Events organised by the Czech Medical Academy in 2005

Česká Lékařská Akademie připravuje v roce 2005 benefiční koncert uspořádaný k 1. výročí fungování této organizace. Koncert se bude konat 13. února 2005 v 19:30 v pražském Rudolfinu (Alšovo nábřeží 12, 110 00 Praha 1) pod záštitou prezidenta České republiky Václava Klause a vystoupí na něm klavírní virtuos Ivan Moravec a Pražská komorní filharmonie s dirigentem Jiřím Bělohlávkem.

Program:

- Rossini – Italka v Alžíru (předehra),
- Beethoven – Koncert pro klavír a orchestr č. 4
- Mendelssohn – Symfonie č. 3 „Skotská“

Pozváni budou členové ČLA a další významné osobnosti – rektori univerzit, děkani lékařských fakult, předsedové lékařských společností apod., významné osobnosti české kultury a politiky, lékaři a jiní pracovníci ve zdravotnictví a další.

Květen 2005 – konference Federace národních lékařských akademií EU v Praze.

Česká lékařská akademie dále připravuje na podzim roku 2005 mezioborovou „Konferenci o bolesti“ za účasti předních odborníků v této problematice. Záštitu nad touto akcí má ČLA a Společnost pro bolest ČLS JEP.

V průběhu roku 2005 jsou také plánovaná pravidelná setkání členů České lékařské akademie.

Veškeré informace o chystaných akcích budou zveřejněny na webových stránkách [www.amepra.com](http://www.amepra.com), nebo je získáte na telefonním čísle 221 180 266.

In 2005 the Czech Medical Academy is arranging a benefit concert on the occasion of the first anniversary of the establishment of the organisation. The concert will take place on the 13<sup>th</sup> of February 2005 at 7.30 pm at the Rudolfinum in Prague (Alšovo nábřeží 12, 110 00 Praha 1) under the auspices of the President of the Czech Republic, Václav Klaus.

The concert will include performances by the conductor Jiří Bělohlávek and the piano virtuoso Ivan Moravec.

Programme:

- Rossini – L'Italiana in Algeria (overture)
- Beethoven – Concerto for piano and orchestra no. 4
- Mendelssohn – Symphony no. 3 "Scottish"

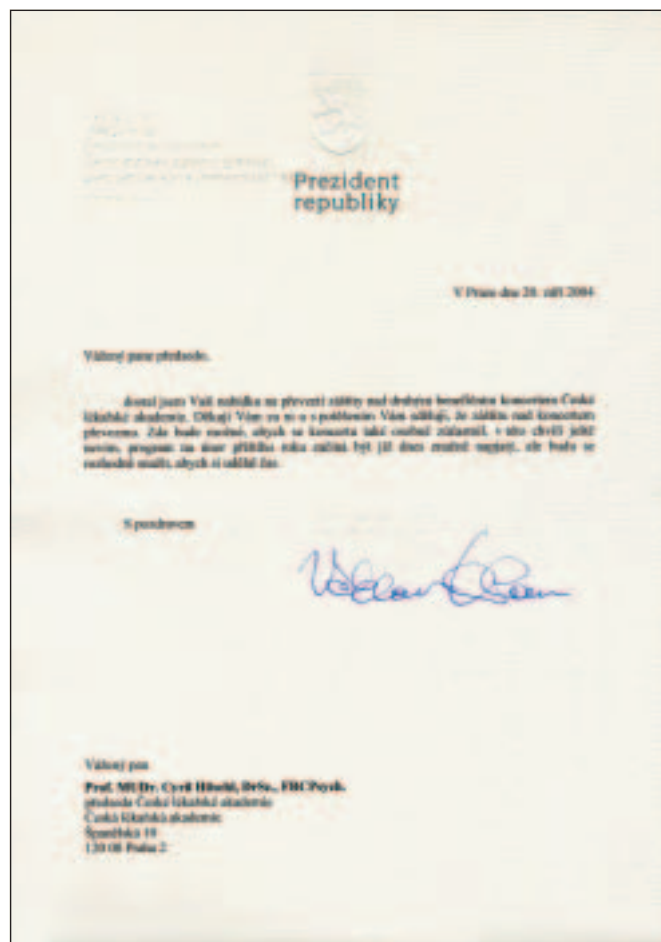
Members of the CMA and other important dignitaries will be invited – guests will include university rectors, deans of medical faculties, chairpersons of medical organisations, etc., leading dignitaries from Czech culture and politics, doctors and other health workers.

May 2005 – the conference of the Federation of National Medical Academies EU in Prague.

The Czech Medical Academy is also preparing an inter-branch "Conference on pain" for autumn 2005, to be attended by leading specialists in the field. It will be held under the auspices of the CMA and the Society for Pain ČLS JEP.

Regular meetings for members of the CMA are also planned throughout 2005.

All information you can find at [www.amepra.com](http://www.amepra.com) or get it on the phone number 221 180 266.





## Poděkování našim předním partnerům a sponzorům



---

Thanks to our major partners and sponsors



RWE Group

Generální sponzor Nadace Academia Medica Pragensis v roce 2004  
General sponsor of the Academia Medica Pragensis Foundation in 2004



Generální partner České lékařské akademie v roce 2004  
General partner of the Czech Medical Academy in 2004



Hlavní partner České lékařské akademie v období září 2004 – srpen 2005  
Head partner of the Czech Medical Academy in the September 2004 – August 2005 period



Partner Nadace Academia Medica Pragensis a České lékařské akademie v roce 2004  
Partner of the Academia Medica Pragensis Foundation and the Czech Medical Academy  
in 2004



Česká filharmonie – partner Nadace Academia Medica Pragensis a České lékařské akademie  
v roce 2004  
Czech Philharmonic Orchestra – partner of the Academia Medica Pragensis Foundation and  
the Czech Medical Academy in 2004



*Lilly*

Hlavní partner České lékařské akademie v období září 2004 – září 2005  
Významný sponzor projektu Změna (projekt zaměřený svou činností proti stigmatu a diskriminaci z důvodů psychiatrického onemocnění)  
Head partner of the Czech Medical Academy in the September 2004 – September 2005 period  
Leading sponsor of the Změna/Change project (a project aimed at combating the stigmatization of psychiatric illness)

 **NOVARTIS**

Partner Nadace Academia Medica Pragensis při udílení cen a stipendií v oblasti studia Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci  
Partner of the Academia Medica Pragensis Foundation in the award of bursaries and grants to the field of Alzheimer's and Parkinson's diseases

**ZENTIVA**

Významný sponzor Nadace Academia Medica Pragensis  
Leading sponsor of the Academia Medica Pragensis Foundation

**Medicína  
po promoci**

Mediální partner Nadace Academia Medica Pragensis a České lékařské akademie  
Media partner of the Academia Medica Pragensis Foundation and the Czech Medical Academy

Prof. MUDr. Miroslav Fára, DrSc., významný sponzor České lékařské akademie  
Prof. MUDr. Miroslav Fára, DrSc., leading sponsor of the Czech Medical Academy



Revue České lékařské akademie / Czech Medical Academy Review

Číslo / Issue 1

Ročník / Volume 1

Říjen–březen / October–March

Na obálce / On the cover

Prezident České republiky Václav Klaus, dirigent Ladislav Pešek a Jana Štěpánková na slavnostním koncertu v Rudolfinu 13. 2. 2004 k založení České lékařské akademie

President of the Czech Republic Václav Klaus, conductor Ladislav Pešek and Jana Štěpánková on the CMA inauguration concert in Prague Rudolfinum February 13, 2004

Foto Radka Dubanská

Vydavatel / Publisher

Česká lékařská akademie

Adresa / Address

Španělská 1073/10, 120 00 Praha 2

Internet: [www.amepra.com/cla](http://www.amepra.com/cla)

Tel.: +420 221 180 266, Fax: +420 221 180 280

e-mail: [cla@amepra.com](mailto:cla@amepra.com)

Odpovědný redaktor / Editor

Mgr. Petra Ježková

Anglický překlad / English translation

[www.motylek.cz](http://www.motylek.cz)

Redakce anglického textu / English text editing

Mick Swiney

Inzerce a předplatné / Advertising and subscriptions

+420 221180266

Grafická úprava titulní stránky / Graphic design of the front page

Patrik Höschl

Grafická úprava časopisu / Graphic design of the magazine

Blanka Halašková, Medical Tribune CZ, s. r. o.; Václav Zukal, Galén

Tisk / Print

GLOS, Špidlenova 437, 513 01 Semily

Redakční uzávěrka / Editorial deadline

22. 10. 2004

Registrace / Registration

MK ČR E 15513

ISSN 1214-8881