



# LEKARZ L<sup>W</sup> WOJSKOWY

PISMO NAUKOWE WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO  
ukazuje się od 3 stycznia 1920 r.

1920  
2010



90

JUBILEUSZ  
LEKARZA WOJSKOWEGO  
lat

Gość Honorowy:  
prof. Andrzej Szczeklik



## SYMPOZJUM 90 - LAT LEKARZA WOJSKOWEGO

MIEJSCE: AULA GŁÓWNA WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY (V PIĘTRO) DN. 29.09.2010, GODZ. 10.00-13.00

ISSN 0024-0745  
nakład 700 egz.  
cena 14 zł

**90 lat „Lekarza Wojskowego”**

**Wydatek energetyczny załóg wybranych okrętów  
Marynarki Wojennej RP**

**Postępowanie chirurgiczne w dializie ciątka rzęskowego**

**Henri Duant – twórca Międzynarodowego Prawa  
Humanitarnego i neutralności personelu medycznego**



# LEKARZ WOJSKOWY

## Lekarz Wojskowy

Kwartalnik

Oficjalny Organ Sekcji Lekarzy Wojskowych  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Official Organ of the Section of Military Physicians  
at the Polish Medical Society

Pismo Naukowe Wojskowego Instytutu Medycznego  
Scientific Journal of the Military Institute of Health Service

ukazuje się od 3 stycznia 1920 roku

MNiSW 6 punktów

## Redakcja

**Redaktor Naczelny**

prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski

**Zastępcy Redaktora Naczelnego**

plk dr hab. n. med. Ireneusz Kantor

plk dr hab. n. med. Krzysztof Korzeniewski

plk dr n. med. Piotr Rapiejko

**Sekretarz**

mgr Ewa Jędrzejczak

**Adres Redakcji**

Wojskowy Instytut Medyczny  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44

tel./faks: +48 22 681 73 80

e-mail: lekarzwojskowy@wim.mil.pl

[www.lekarzwojskowy.pl](http://www.lekarzwojskowy.pl)

© Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Wydawnictwo Medycyna Praktyczna

ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków

tel. +48 12 29 34 020, faks: +48 12 29 34 030

e-mail: listy@mp.pl

**Opracowanie redakcyjne**

Iwona Sarota (redaktor prowadzący),

Grażyna Stuczyńska

**Projekt okładki**

Krzysztof Gontarski

**Typografia**

Łukasz Łukasiewicz

**DTP**

Zofia Łucka

**Dział Reklam**

lek. Piotr Lorens

tel. +48 663 430 191; e-mail: piotr.lorens@mp.pl

**Druk**

TECHNET, Kraków

Nakład 700 egz.

Cena 14 zł

ISSN 0024-0745

## Skład Rady Programowej i Kolegium Recenzenckiego

**Przewodniczący**

gen. bryg. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

**Członkowie**

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

dr hab. n. med. Romana Bogusławska-Walecka

plk dr hab. n. med. Andrzej Chciałowski

dr hab. n. med. Andrzej Cwetsch

prof. dr hab. n. med. Sylwester Czaplicki

prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk

prof. dr hab. n. med. Jerzy Gil

dr hab. n. med. Piotr Hendzel

dr hab. n. med. Stanisław Ilnicki

prof. dr hab. n. med. Wiesław W. Jędrzejczak

prof. dr hab. n. med. Anna Jung

plk prof. dr hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz

plk dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński

dr hab. n. med. Jolanta Korsak

prof. dr hab. n. med. Wojciech Kozłowski

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Krzymański

dr hab. n. med. Włodzisław Kuliński

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kwiatkowski

prof. dr hab. med. Marek Maruszyński

dr hab. n. med. Stanisław Niemczyk

dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik

dr hab. n. med. Wiesław Piechota

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

plk dr hab. n. med. Janusz Płomiński

prof. dr hab. n. med. Jan Podgórski

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Rybicki

dr hab. n. med. Piotr Rzepecki

prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

prof. dr hab. n. med. Adam Stępień

prof. dr hab. n. med. Kazimierz Sułek

prof. dr hab. n. med. Cezary Szczylik

prof. dr hab. n. med. Witold Tlustochowicz

prof. dr hab. n. med. Zofia Wańkowicz

gen. bryg. dr n. med. Andrzej Wiśniewski

prof. dr hab. n. med. Stanisław Zabielski

prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski

dr hab. n. med. Henryk Zieliński

### Informacje ogólne

„Lekarz Wojskowy” jest czasopismem ukazującym się nieprzerwanie od 1920 roku, obecnie jako kwartalnik wydawany przez Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie.

1. „Lekarz Wojskowy” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne i kliniczne), prace poglądowe, doniesienia dotyczące zagadnień wojskowych, opracowania deontologiczne, opracowania ciekawych przypadków klinicznych, artykuły z historii medycyny, opisy wyników racjonalizatorskich, wspomnienia pośmiertne, listy do Redakcji, oceny książek, streszczenia (przełamy) artykułów z czasopism zagranicznych dotyczących szczególnie wojskowej służby zdrowia, sprawozdania ze zjazdów i konferencji naukowych, komunikaty o zjazdach.
2. Każda praca przed przyjęciem do druku jest oceniana przez 2 niezależnych recenzentów z zachowaniem anonimowości.
3. „Lekarz Wojskowy” jest indeksowany w MNiSW – liczba punktów 6.
4. W związku z odstąpieniem przez Redakcję od wypłacania honorarium za prace niezamówione – fakt nadesłania pracy z prośbą o jej opublikowanie będzie się wiązać z dorozumianą zgodą Autora(ów) na rezygnację z honorarium autorskiego oraz scedowanie praw autorskich (copyright) na Wojskowy Instytut Medyczny.
5. Przesyłając pracę kliniczną, należy zadbać o jej zgodność z wymogami Deklaracji Helsińskiej, w szczególności o podanie w rozdziale „Materiał i metody” informacji o zgodzie Komisji Bioetycznej, jak również o świadomej zgodzie chorych na udział w badaniu. W przypadku wykorzystania wyników badań z innych ośrodków należy to zaznaczyć w tekście lub podziękowaniu.
6. Autorzy badań klinicznych dotyczących leków (nazwa międzynarodowa) i procedur medycznych powinni przedstawić opis finansowania badań i wpływu sponsora na treść publikacji.
7. Prace należy nadsyłać pod adresem pocztowym: Redakcja „Lekarza Wojskowego”, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44 lub pod adresem elektronicznym: lekarzwojskowy@wim.mil.pl
8. Redakcja zwraca się z prośbą do wszystkich Autorów pragnących zamieścić swe prace na łamach „Lekarza Wojskowego” o dokładne zapoznanie się z niniejszymi zasadami i ściśle ich przestrzeganie. Niestosowanie się do wymagań Redakcji utrudnia redagowanie, zwiększa koszty i opóźnia ukazywanie się prac. Prace napisane niezgodnie z niniejszymi zasadami nie będą publikowane, a przygotowane niewłaściwie będą zwracane Autorom w celu ich ponownego opracowania.

### Maszynopis wydawniczy

1. Artykuły należy przygotować w edytorze tekstu WORD i przesłać pocztą elektroniczną albo pocztą na dyskietce 3,5” lub na płycie CD.
2. Liczba stron maszynopisu (łącznie z tabelami, rycinami i piśmiennictwem) nie może przekraczać w przypadku prac: oryginalnych – 30, poglądowych – 30, kazuistycznych – 20, z historii medycyny – 30, racjonalizatorskich – 15 stron. Streszczenia ze zjazdów, kongresów itp. powinny być zwięzłe, do 5 stron, i zawierać tylko rzeczy istotne.
3. Publikacja oryginalna może mieć także formę krótkiego doniesienia tymczasowego.
4. Materiały do druku
  - 1) Tekst (z piśmiennictwem, tabelami i podpisami pod rysunki) umieszcza się w odrębnym pliku. Jedna strona maszynopisu powinna zawierać 30 wierszy po około 60 znaków każdy (ok. 1800 znaków). Tekst musi być napisany czcionką Times New Roman 12 pkt, z podwójnym odstępem między wierszami (dotyczy to też piśmiennictwa, tabel, podpisów itd.), z lewym marginesem o szerokości 2,5 cm, ale bez prawego marginesu, czyli z tzw. chorągiewką. Nie formatuje się, tzn. nie wypośrodkowuje się tytułów, nie justuje, nie używa się tabulatora, nie korzysta się z możliwości automatycznego numerowania (ani w piśmiennictwie, ani w tekście). Nowy akapit zaczyna się od lewego marginesu bez wcięcia akapitowego. Nie wstawia się pustych wierszy między akapitami lub wycieczkami. Z wyróżnień maszynowych można stosować czcionkę wytłuszczoną (półgrubą) i pochyłą (kursywę) do wyrażen obcojęzycznych.
  - 2) Nie wstawia się ilustracji do tekstu WORD-a. W tekście głównym trzeba zaznaczyć miejsca wstawienia rycin i tabel, np.: „na rycinie 1”, „(tab. 1)”. Liczbę

tabel należy ograniczyć do minimum. Tytuł tabeli musi być podany w języku polskim i angielskim czcionką wytłuszczoną w pierwszej rubryce poziomej. Ryciny (w tym mapy) i zdjęcia umieszcza się w osobnym pliku. Zdjęcia cyfrowe powinny mieć rozdzielczość 300 dpi w formacie tiff. Zdjęcia tradycyjne dobrej jakości powinny być dostarczone na papierze fotograficznym. Na materiałach ilustracyjnych dostarczonych na papierze na odwrocie każdej ryciny należy podać nazwisko autora, tytuł pracy i kolejny numer oraz zaznaczyć górę zdjęcia.

5. Prace powinny być przygotowane starannie, zgodnie z zasadami pisowni polskiej, ze szczególną dbałością o komunikatywność i polskie mianownictwo medyczne. Tłumaczenia na język angielski streszczeń, słów kluczowych i opisów do rysunków winny być tożsame z wersją polską oraz przygotowane na odpowiednim poziomie językowym. Teksty niespełniające tych kryteriów będą odsyłane do poprawy.

6. Każda praca powinna zawierać:

1) na pierwszej stronie tytuł główny w języku polskim i angielskim, imię i nazwisko Autora (Autorów) z tytułami naukowymi, pełną nazwą zakładu (zakładów) pracy z danymi kierownika (tytuł naukowy, imię i nazwisko), poniżej jedno streszczenie (do 15 wierszy) ze słowami kluczowymi w języku polskim oraz drugie streszczenie ze słowami kluczowymi w języku angielskim, wskazanie autora do korespondencji, jego adres pocztowy z kodem, telefon (faks) i adres elektroniczny.

2) Tekst główny

Prace oryginalne powinny być przygotowane zgodnie z układem: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo; prace kazuistyczne: wstęp, opis przypadku, omówienie, podsumowanie (wnioski), piśmiennictwo.

Skróty i akronimy powinny być objaśnione w tekście przy pierwszym użyciu, a potem konsekwentnie stosowane.

3) Piśmiennictwo powinno być ułożone według kolejności pojawiania się w tekście (nazwiska autorów lub tytuł pracy zbiorowej wydawnictwa zwanego). Jeśli jest kilku autorów – należy podać trzech pierwszych „i wsp.”, jeśli jest czterech autorów – podać wszystkich. Numerację piśmiennictwa należy wprowadzać z klawiatury, nie korzystając z możliwości automatycznego numerowania. Przykłady cytowań:

artykuły z czasopism:

Calpin C., Macarthur C., Stephens D. i wsp.: Effectiveness of prophylactic inhaled steroids in childhood asthma: a systemic review of the literature. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1997; 100: 452–457

książki:

Rudzki E.: Alergia na leki: z uwzględnieniem odczynów anafilaktycznych i idiosynkrazji. Lublin, Wydaw. Czelej, 2002: 338–340

rozdziały książki:

Wantz G.E.: Groin hernia. [W:] Cameron J.J., (red.): *Current surgical therapy*. Wyd. 6. St Louis, Mosby, 1998: 557–561

W wykazie piśmiennictwa należy uwzględnić tylko te prace, z których Autor korzystał, a ich liczbę należy ograniczyć do 20. W tekście artykułu należy się powołać na wszystkie wykorzystane pozycje piśmiennictwa, a numer piśmiennictwa umieścić w nawiasie kwadratowym. Tytuły należy kopiować z medycznych baz danych w celu uniknięcia pomyłek.

7. Do pracy należy dołączyć: a) prośbę autorów o opublikowanie pracy z oświadczeniem, że praca nie została wcześniej opublikowana i nie jest złożona do innego czasopisma, b) zgodę kierownika kliniki, ordynatora oddziału lub kierownika zakładu, w którym praca została wykonana, a w przypadku pracy pochodzącej z kilku ośrodków zgodę wszystkich wymienionych, c) oświadczenie o sprzeczności interesów, d) ewentualne podziękowanie.

8. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia mianownictwa i usterek stylistycznych oraz dokonanie skrótów bez uzgodnienia z Autorem.

9. Autor otrzymuje bezpłatnie 1 egzemplarz zeszytu, w którym wydrukowana została praca. Na dodatkowe egzemplarze Autor powinien złożyć zamówienie w Redakcji.

10. W przypadku nieprzyjęcia pracy do druku Redakcja zwraca Autorowi nadesłany artykuł.

---

**90 LAT „LEKARZA WOJSKOWEGO”**

---

- 11      **90 lat „Lekarza Wojskowego”**  
J. Kruszewski
- 14      **Różne oblicza „Lekarza Wojskowego”**  
M. Gawrysiak
- 18      **„Lekarz Wojskowy” – jako czasopismo wojskowo-medyczne**  
M. Abramowicz, Maria Danuta Gawrysiak, Jerzy Kruszewski
- 20      **90 lat „Lekarza Wojskowego” – jak zaczęliśmy?**  
D. Augustynowicz

---

**PRACE ORYGINALNE**

---

- 26      **Rozpoznawanie i leczenie obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych**  
K. Kwiatkowski, A. Kalewski, P. Piekarczyk, D. Bojanowski, K. Borcz, Ł. Chojecki, B. Grabik, J. Ziótek
- 36      **Wydatek energetyczny załóg wybranych okrętów Marynarki Wojennej RP**  
J. Bertrandt, R. Łakomy, A. Kłos
- 40      **Zachorowania na półpasiec wśród pacjentów leczonych w Klinice Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM w latach 2005–2009**  
K. Warda, A. Bant, J. Perkowska

---

**PRACE KAZUISTYCZNE**

---

- 44      **Nerwiakowłóknik wyrostka robaczkowego – opis przypadku**  
M. Orłowski, P. Sroczyński, K. Paśnik
- 46      **Appendektomia laparoskopowa z powodu rakowiaka wyrostka robaczkowego powikłanego jego ostrym zapaleniem**  
A. Kwiatkowski, M. Kwiatkowski, P. Furga, K. Paśnik
- 49      **Współistniejąca perforacja żołądka i pęcherza moczowego – opis przypadku**  
R. Brzozowski, J. Narloch, K. Paśnik

52 **Przypadek wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z siateczkowatym bliznowaceniem**

P. Brzeziński

## PRACE POGLĄDOWE

56 **Drugi poziom pomocy medycznej – ocena potrzeb w zakresie zabezpieczenia medycznego działań bojowych**

M. Skalski, A. Jankowski, J. Abramowicz

60 **Henri Dunant – twórca Międzynarodowego Prawa Humanitarnego i neutralności personelu medycznego**

J. Abramowicz, A. Jankowski, M. Skalski

67 **Postępowanie chirurgiczne w dializie ciała rzęskowego**

J. Rudowicz, M. Rękas, A. Klus

71 **Przyczynek do biografii Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego i historii badań antropologicznych w wojsku**

S. Ilnicki

## Zasady prenumeraty

- Prenumeratę najłatwiej zamówić, przysyłając do Wydawnictwa wypełniony formularz zgody na obciążenie rachunku (polecenie zapłaty) dostępny na stronie internetowej [www.mp.pl/ksiegarnia](http://www.mp.pl/ksiegarnia)
  - Prenumeratę i książki można też zamówić w następujący sposób:
    - **telefonicznie pod bezpłatnym numerem 800 888 000** – należność za zamówione w ten sposób pozycje można uiścić:
      - a) **przy odbiorze przesyłki,**
      - b) **za pomocą karty kredytowej,**
    - **używając oryginalnych blankietów Medycyny Praktycznej** – w tym przypadku możliwe są następujące formy dokonywania opłat:
      - a) **przekaz pocztowy/przelew bankowy** – należy opłacić na pocztocie (przekaz) lub dokonać przelewu z własnego konta bankowego (ROR), wypełniając wszystkie odcinki blankietu,
      - b) **przy odbiorze przesyłki** – zamówienie (wypełniony blankiet) należy przesłać listownie do wydawnictwa pod adresem: Medycyna Praktyczna, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków,
    - **przez Internet** – w ten sposób można składać zamówienia płatne **przy odbiorze przesyłki lub kartą kredytową** (należy wypełnić formularz znajdujący się pod adresem <http://ksiegarnia.mp.pl>).
  - **Jednorazowa opłata pocztowa za prenumeratę płatną przy odbiorze przesyłki wynosi 5 zł (Wydawca ponosi 50% kosztów przesyłki). Koszty przesyłki kolejnych zeszytów ponosi w całości Wydawca. Przy pozostałych formach płatności koszty przesyłek w całości pokrywa Wydawnictwo.**
  - **Jednorazowa opłata pocztowa związana z zamówieniem książek wynosi 12 zł** (Poczta Polska, przesyłka zwykła). Dokonując wpłaty do wartości zamówienia należy doliczyć powyższą kwotę.
  - **Przy równoczesnym zamówieniu prenumeraty i książek płatnym przy odbiorze przesyłki jednorazowa opłata pocztowa wynosi 5 zł. Przy pozostałych formach płatności koszty przesyłek w całości pokrywa Wydawnictwo.**
  - **Wszystkie powyższe ceny obowiązują wyłącznie na terenie Polski.**
  - Członkowie Klubu Czytelników Medycyny Praktycznej (prenumeratorzy czasopism wydawnictwa) mają prawo do zniżki przy zakupie jednego egzemplarza każdej książki i wydania specjalnego.
  - W razie wątpliwości prosimy o zgłaszanie pytań telefonicznie (800 888 000), pocztą elektroniczną ([prenumerata@mp.pl](mailto:prenumerata@mp.pl)) lub na kartach pocztowych.
- Na naklejce adresowej znajdują się informacje dotyczące:**
- 1) zawartości przesyłki,
  - 2) kwoty informującej o ewentualnej nadpłacie lub niedopłacie w stosunku do zamówienia,
  - 3) ostatniego opłaconego numeru każdego z zamówionych czasopism.

**MISCELLANEA**

- 
- 78      **Wspomnienie pośmiertne – kontradmirał w st. spocz. prof. dr med. Wiesław Łasiński (1915–2010)**  
S. Orkisz
- 
- 80      **Wspomnienie pośmiertne – kpt. dr n. med. Bartosz Gruszczyński (1973–2010)**  
A. Florkowski

**Errata**

W numerze 4/2010 „Lekarza Wojskowego” w artykule pt. „Ocena wpływu stanu zapalnego na stężenia adipocytokin u pacjentów przewlekle dializowanych” błędnie podano afiliację Autorki Ewy Paklerskiej. Prawidłowa afiliacja: Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W artykule „Zmiany stężeń leptyny i neuropeptydu Y w próbie 4-godzinnej głodzenia u chorych hemodializowanych niedożywionych i otyłych w porównaniu z grupą kontrolną” błędnie podano afiliację Autorki Joanny Matuszkiewicz-Rowińskiej. Prawidłowa afiliacja: Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Redakcja przeprasza za pomyłkę.

---

**90 YEARS OF *LEKARZ WOJSKOWY***

---

- 11      **90 years of *Lekarz Wojskowy***  
J. Kruszewski
- 
- 14      **Different aspects of *Lekarz Wojskowy***  
M. Gawrysiak
- 
- 18      ***Lekarz Wojskowy* as a medical-military periodical**  
M. Abramowicz, Maria Danuta Gawrysiak, Jerzy Kruszewski
- 
- 20      **90 years of *Lekarz Wojskowy* – how we started?**  
D. Augustynowicz

---

**ORIGINAL ARTICLES**

---

- 26      **Diagnosis and treatment of injuries to multiple sites and organs**  
K. Kwiatkowski, A. Kalewski, P. Piekarczyk, D. Bojanowski, K. Borcz, Ł. Chojecki, B. Grabik, J. Ziótek
- 
- 36      **Energy expenditure of selected Polish Navy warship crews**  
J. Bertrandt, R. Łakomy, A. Kłós
- 
- 40      **Morbidity due to herpes zoster among patients treated  
in the Department of Infectious Diseases and Allergology  
Military Institute of Health Service in 2005–2009**  
K. Warda, A. Bant, J. Perkowska

---

**CASE REPORTS**

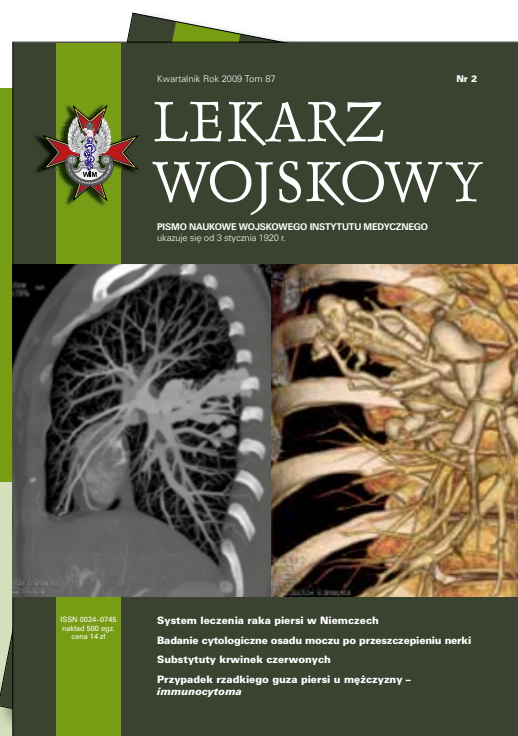
---

- 44      **Neurofibromas of the appendix – a case report**  
M. Orłowski, P. Sroczyński, K. Paśnik
- 
- 46      **Laparoscopic appendectomy for carcinoid tumor of the appendix  
and acute appendicitis**  
A. Kwiatkowski, M. Kwiatkowski, P. Furga, K. Paśnik
- 
- 49      **Simultaneous gastric and vesical perforation – a case report**  
R. Brzozowski, J. Narloch, K. Paśnik

- 52 **Case of congenital vesicular erosive dermatosis supple reticulated scar**  
P. Brzeziński

## REVIEW ARTICLES

- 56 **Second level of medical treatment – the review of needs in the range of medical protection during combat action**  
M. Skalski, A. Jankowski, J. Abramowicz
- 60 **Henry Dunant – the author of the International Humanitarian Law and neutrality of medical personnel**  
J. Abramowicz, A. Jankowski, M. Skalski
- 67 **Surgical management of a cyclodialysis cleft**  
J. Rudowicz, M. Rękas, A. Kluś
- 71 **A contribution to the biography of Konstanty Ildefons Gałczyński and the history of anthropology studies in the armed forces**  
S. Ilnicki



## Zamów prenumeratę kwartalnika Lekarz Wojskowy!

Prenumerata roczna – 56 zł  
 Prenumerata z Kompendium MP – 116 zł  
 Zamówienia można składać:  
 – pod bezpłatnym numerem **800 888 000**  
 – pod numerem **+48 12 293 40 80**  
 (z tel. komórkowego)  
 – na stronie [www.ksiegarnia.mp.pl](http://www.ksiegarnia.mp.pl)  
 Można również dokonać wpłaty  
 w wysokości 56 zł/116 zł na konto  
 nr 35 1600 1039 0002 0033 3552 6001

---

**MISCELLANEA**

- 
- 78      **Obituary – Counter-admiral emeritus, Professor of medicine  
Wiesław Łasiński (1915–2010)**  
S. Orkisz
- 
- 80      **In memory of Captain Bartosz (1973–2010)**  
A. Florkowski

Do końca kwietnia 2011 roku placówki medyczne i indywidualne praktyki lekarskie są zobowiązane do zainstalowania kas fiskalnych, czyli do ich zgłoszenia, sfiskalizowania i zarejestrowania w Urzędzie Skarbowym. Dotyczy to podmiotów, których roczne przychody od indywidualnych pacjentów przekraczają 40 000 zł (średnio 3300 zł miesięcznie). Limit ten nie obejmuje innych przychodów, np. faktur wystawianych przez lekarzy szpitalom lub przychodniom oraz rozliczeń z NFZ.

Po przeanalizowaniu rynku i ocenie dostępnych w Polsce kas fiskalnych uznaliśmy, że optymalna dla lekarzy będzie kasa Nano E Med firmy Novitus – największego w Polsce producenta.

#### **Dlaczego wybraliśmy kasę Nano E Med?**

- **najniższa cena na rynku** (100 zł taniej niż u producenta)
- **bezpłatna** usługa serwisowa (instalacja, fiskalizacja i szkolenie z obsługi kasy)
- **gwarancja przedłużona do 3 lat**
  - 3-letnia gwarancja wyłącznie dla zamówień złożonych za pośrednictwem MP do 31 stycznia 2011 roku
  - 2-letnia gwarancja wyłącznie dla zamówień złożonych za pośrednictwem MP po 31 stycznia 2011 roku
  - roczna gwarancja dla kas zakupionych bez pośrednictwa MP
- niewielka waga (0,65 kg)
- jedyna przenośna kasa **z elektroniczną kopią** (tylko jedna rolka papieru)
- bardzo wydajny akumulator wewnętrzny
- obudowa zaprojektowana specjalnie dla lekarzy
- bardzo łatwy sposób wymiany papieru
- podświetlana, precyzyjnie działająca klawiatura pokryta silikonową nakładką zabezpieczającą przed zalaniem
- współpraca urządzenia z terminalem do obsługi kart płatniczych

Cena 1190 zł + 23% VAT\* (zamówienie płatne przy instalacji kasy)  
Urząd Skarbowy zwraca kwotę 700 zł\*\*

#### **Koszt dla lekarza wyniesie nie więcej niż 764 zł**

Wprowadzanie kas w innych grupach zawodowych było związane w przeszłości z kumulacją zamówień przekraczających zdolności produkcyjne wszystkich dostawców w okresie bezpośrednio poprzedzającym wejście w życie nowych przepisów.

Ze względu na konieczność wcześniejszego zamówienia podzespołów i zaplanowania produkcji warto złożyć zamówienie jak najszybciej, tak aby Państwo zdążyli dokonać rejestracji kasy w Urzędzie Skarbowym i fiskalizacji najpóźniej w kwietniu, w dogodnym dla Państwa terminie.

#### **Zamówienia:**

- pod numerami telefonów (infolinia MP):  
**800 888 000**  
**12 293 40 80**
- oraz pod adresem **kasy.mp.pl**

\* standardowa sugerowana przez producenta cena netto kasy Nano E Med – 1290 zł; koszt wydłużenia gwarancji o 2 lata – 180 zł netto (przedłużenie o rok – 100 zł); średni koszt wdrożenia kasy (instalacja, fiskalizacja, przeszkolenie) – 100 zł netto; kupując kasę za pośrednictwem Medycyny Praktycznej, oszczędzasz od 300 zł do 467 zł  
\*\* zwrot pod warunkiem zgłoszenia kasy w Urzędzie Skarbowym w ustawowym terminie

# potrzebujesz kasy





PUNKTÓW  
EDUKACYJNYCH

## IV Konferencja Chirurgiczna Medycyny Praktycznej Kraków 2011

27–28 maja 2011 r.  
Auditorium Maximum UJ  
ul. Krupnicza 33

[mp.pl/chirurgia2011](http://mp.pl/chirurgia2011)

### Organizator

Medycyna Praktyczna

### Patronat naukowy

prof. dr hab. med. Jan Kulig  
Konsultant Krajowy w dziedzinie  
chirurgii ogólnej

### Biuro konferencji

Medycyna Praktyczna – Dział Szkoleń  
ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków  
tel. 12 2 934 004, fax 12 2 934 010  
e-mail: [chirurgia2011@mp.pl](mailto:chirurgia2011@mp.pl)

### Cennik dla uczestników

- prenumeratorzy Medycyny Praktycznej – Chirurgii:  
do 23.04.2011 r. – 270 zł  
po 23.04.2011 r. – 320 zł
- pozostali uczestnicy:  
do 23.04.2011 r. – 400 zł  
po 23.04.2011 r. – 450 zł
- pakiet specjalny (udział  
w konferencji + roczna prenumerata  
Medycyny Praktycznej – Chirurgii):  
do 23.04.2011 r. – 366 zł  
po 23.04.2011 r. – 416 zł
- warsztat specjalistyczny – 100 zł



**Zapraszamy do Krakowa**

konferencja chirurgiczna MP



# 90 lat „Lekarza Wojskowego”

## 90 years of *Lekarz Wojskowy*

Nasze czasopismo „Lekarz Wojskowy” będące zawsze najważniejszym naukowym czasopismem lekarzy wojskowych, obchodziło w 2010 roku swe 90-lecie. Pierwszy numer „Lekarza Wojskowego” ukazał się 3 stycznia 1920 roku. Było to wtedy trzecie co do kolejności powstania polskie czasopismo medyczne i pozostało jako jedyne z trzech, które przetrwało do dziś, zachowując niezmienną nazwę. Jest też jedynym czasopismem medycznym, które ukazuje się nieprzerwanie od 90 lat, również w okresie II wojny światowej.

W okresie 90 lat istnienia „Lekarza Wojskowego” kierowało nim wielu wybitnych lekarzy wojskowych, takich jak: Jan Koelichen, Władysław Osmólski, Stanisław Kopopka, Zygmunt Żołędziowski, Henryk Kompt, Michał Moguczy, Bolesław Szarecki, Stanisław Bober, Stanisław Czapliski, Edward Stanowski, Marian Cholewa, Tadeusz Płusa itd. Wielu z nich to nie tylko wybitni polscy lekarze wojskowi, ale też wybitni przedstawiciele polskiej medycyny. Ich działania złożyły się na trwanie tak pięknej i wyjątkowo długiej 90-letniej tradycji.

Przez cały okres istnienia „Lekarz Wojskowy” stwarzał dogodne warunki do publikacji osiągnięć polskich lekarzy, stanowił ważne forum wymiany myśli, poglądów i doświadczeń oraz dyskusji na tematy medyczne. Na długiej liście autorów publikujących w „Lekarzu Wojskowym”, w każdym czasie, można znaleźć nazwiska najwybitniejszych postaci polskiej medycyny. W okresie 90 lat na łamach „Lekarza Wojskowego” opublikowano ponad 11 tysięcy różnego rodzaju artykułów. Czasopismo wyróżniało się wśród innych tym, że publikowało artykuły o tematyce wojskowo-medycznej oraz określanej mianem sanitarnej, szczególnie z zakresu organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk, higieny, epidemiologii i chorób zakaźnych. Jest znamienne, że najwięcej artykułów o tej tematyce publikowano w okresie wojny, kiedy to „Lekarz Wojskowy”, dzięki wyjątkowej determinacji i zaangażowaniu lekarzy wojskowych, którzy znaleźli się poza granicami kraju, ukazywał się w Wielkiej Brytanii. Jednak podobnie jak w innych czasopismach medycznych w „Lekarzu Wojskowym” zawsze dominowały publikacje z zakresu medycyny niezabiegowej i zabiegowej, stanowiące cenne źródło wiedzy dla wszystkich lekarzy, nie tylko wojskowych. Było to w każdym okresie istnienia czasopisma powodem do ustawicznych narzekania na zbyt mały udział tematyki wojskowo-medycznej.

„Lekarz Wojskowy” w każdym okresie dobrze służył rozwojowi i kształceniu lekarzy w Polsce, zawsze propagując racjonalną wiedzę i nowe osiągnięcia medyczne

oraz zachowując wysoki poziom merytoryczny. „Lekarz Wojskowy” miał i ciągle ma szczególne znaczenie dla wojskowej służby zdrowia, zwłaszcza dla lekarzy wojskowych, dla których ciągle jest jednym z najważniejszych źródeł nowoczesnej wiedzy medycznej, uwzględniającym ważne dla nich aspekty przydatne w codziennym działaniu lekarza wojskowego. Obecny czas niesie wiele całkiem nowych wyzwań dla lekarzy wojskowych, którzy uczestniczą w misjach wojskowych i coraz częściej mają bezpośredni kontakt z zabezpieczeniem medycznym na najwyższym, światowym poziomie. Istotną część dorobku naukowego wszystkich wybitnych doktorów, docentów i profesorów wojskowych stanowią publikacje w „Lekarzu Wojskowym”. W dziale historycznym i wspomnieniowym czasopisma przedstawiano ważne fakty i wydarzenia składające się na określony, pozytywny do dziś wizerunek lekarza wojskowego. Przedstawiano też sylwetki wybitnych polskich lekarzy związanych z wojskową służbą zdrowia, których działanie w każdym okresie stanowiło istotny wkład w jej rozwój. Miało zawsze istotne znaczenie dla propagowania dobrych wzorców dla lekarzy wojskowych. „Lekarz Wojskowy” zawsze był czasopismem szczególnie przyjaznym i dobrą szkołą dla młodych lekarzy wojskowych, którzy chcieli publikować swe osiągnięcia naukowe.

Czasopismo przechodziło różne okresy. Redaktorom kierującym piśmie nigdy nie brakowało problemów. Nawet w trudnym czasie II wojny światowej znalazły się środki i odpowiednio zdeterminowane osoby, aby kontynuować tradycję wydawniczą. Radzono sobie też w ciężkich czasach powojennych. Paradoksalnie bardzo trudnym okresem okazało się ostatnie 20-lecie, kiedy to celowość ukazywania się czasopisma budziła różnego rodzaju wątpliwości decydentów wojskowej służby zdrowia. Ich decyzje groziły przerwaniem pięknej tradycji i zaprzestaniem wydawania czasopisma, co jak wiadomo stało się udziałem wielu innych czasopism medycznych. Zawsze jednak lekarze wojskowi znajdowali rozwiązanie, które ratowało czasopismo. Trzeba było szukać nowych patronów. Obecnie „Lekarz Wojskowy” jest czasopismem naukowym Wojskowego Instytutu Medycznego – instytucji odpowiedzialnej za kształcenie lekarzy wojskowych oraz organem Sekcji Lekarzy Wojskowych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Jest czasopismem w pełni profesjonalnym, zarządzanym nowoczesnie z uwzględnieniem formalnych wymogów. O jego obliczu decyduje Rada Programowa i Kolegium Recenzenckie. Wydawcą czasopisma jest renomowane, wyłonione w wyniku



**Rycina 1.** Awers i rewers medalu wydanego z okazji 90 lat „Lekarza Wojskowego”

**Figure 1.** The obverse and reverse of the medal issued to celebrate the 90th anniversary of *Lekarz Wojskowy*



**Rycina 2.** Wykład gościa honorowego sympozjum prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Szczeklika z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

**Figure 2.** Lecture of the honour guest, Professor Andrzej Szczekliak, from Jagiellonian University Medical College in Cracow

przetargu, wydawnictwo Medycyna Praktyczna. „Lekarz Wojskowy” obecnie ukazuje się w nakładzie 700 egzemplarzy. Ma też swoje wydanie internetowe, a w rankingu Ministerstwa Nauki i Informatyzacji oceniono je na 6 punktów.

Warto podkreślić, że w ostatnich czasach dużą rolę we wspieraniu czasopisma odgrywał i odgrywa samorząd lekarzy wojskowych. W Wojskowej Izbie Lekarskiej problemy „Lekarza Wojskowego” zawsze znajdowały życzliwe zrozumienie i Izba w istotny sposób wspiera nasze czasopismo w trudnych chwilach, m.in. pomagając w jego docieraniu do lekarzy wojskowych.

29 września 2010 roku w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie odbyło się okolicznościowe sympozjum poświęcone 90. rocznicy istnienia „Lekarza Wojskowego” pod patronatem: gen. bryg. lek. Sławomira Marata – szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, gen. bryg. dr. hab. n. med. Grzegorza Gieleraka – dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie i dr. Macieja Hamankiewicza – prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Gośćmi honorowymi sympozjum byli znakomici polscy lekarze – prof. dr hab. n. med. Sylwester Czaplicki, długoletni redaktor naczelny „Lekarza Wojskowego” oraz prof. dr hab. n. med. Andrzej Szczeklik – wybitny polski lekarz. Zaszczyciło je swą obecnością również wielu innych znaczących polskich lekarzy i przedstawicieli medycyny. Byli obecni poprzedni redaktorzy naczelni i pracownicy redakcji, których nazwiska na trwałe kojarzą się z „Lekarzem Wojskowym”. Wszyscy uczestnicy otrzymali wybitny na tę okoliczność pamiątkowy medal (ryc. 1). Z okazji rocznicy na ręce redaktora naczelnego wpłynęło wiele okolicznościowych adresów od przedstawicieli parlamentu RP, rektorów uczelni medycznych, prezesów towarzystw medycznych, redakcji innych czasopism medycznych, przedstawicieli samorządu lekarskiego oraz osób prywatnych. W dwóch krótkich wystąpieniach przedstawiono genezę powstania i 90-letnią historię czasopisma. Doktor hab. n. med. Stanisław Ilnicki przedstawił sylwetki wybitnych lekarzy, których działalność i zaangażowanie na trwałe wpisały się w tradycję tego czasopisma. Czytelnikom zainteresowanym 90-letnią historią „Lekarza Wojskowego” polecam kolejne artykuły tego numeru przygotowane na podstawie wystąpień ich autorów. Punktem kulminacyjnym sympozjum był wykład okolicznościowy pt. „Prometejski mit medycyny”, który wygłosił nasz gość honorowy prof. Andrzej Szczeklik (ryc. 2). Wykład Pana Profesora, nawiązujący do treści i refleksji zawartych w jego książkach „Kore” i „Kobe”, dotyczący też istotnych wyzwań etycznych i filozoficznych współczesnej medycyny, został entuzjastycznie przyjęty przez słuchaczy. Pan Profesor został uhonorowany pamiątkową szablą z dedykacją, którą wręczył dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. bryg. dr. hab. n. med. Grzegorz Gielerak.

Tak to więc „Lekarz Wojskowy” wkroczył w kolejne dziesięciolecie. Jest już w drodze do następnego, bardziej okrągłego jubileuszu. Jakie progi trzeba będzie pokonać na tej drodze – pokaże nadchodzący czas. Wszyscy obecni na sympozjum życzyli pismu jak najlepiej i bardzo im za te życzenia dziękujemy. Warto jednak pamiętać, że oblicze oraz poziom pisma i jego powodzenie w dużej części zależy od każdego z nas. Bo „Lekarz Wojskowy” był i jest dla nas.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski  
Redaktor naczelny „Lekarza Wojskowego”

# Różne oblicza „Lekarza Wojskowego”

Different aspects of *Lekarz Wojskowy*

**Maria Gawrysiak, Michał Abramowicz**

Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski

**Streszczenie.** W 2010 roku minęło 90 lat od ukazania się pierwszego zeszytu „Lekarza Wojskowego”. Wydawcą pisma była Wojskowa Rada Sanitarna – Sekcja Naukowa przy Ministerstwie Spraw Wojskowych. W założeniu „Lekarz Wojskowy” miał zaspokoić zapotrzebowanie na literaturę fachową w środowisku lekarzy wojskowych i zajmować się specyficznymi problemami medycyny wojskowej. W ciągu lat dodawano i modyfikowano zawartość czasopisma. W 20-leciu międzywojennym za sprawy organizacyjne i merytoryczne odpowiadał redaktor naczelny w porozumieniu z Komitetem Redakcyjnym. W latach powojennych rolę redaktora naczelnego przejął Komitet Redakcyjny, a obecnie redaktor naczelny działa w porozumieniu z Radą Programową i Kolegium Recenzenckim. Pierwszy zeszyc „Lekarza Wojskowego” sfinansowało Ministerstwo Spraw Wojskowych. W czasie wojny wydawany był w Edynburgu na Polskim Wydziale Lekarskim. Po II wojnie światowej edycją „Lekarza Wojskowego” zajmowały się jednostki organizacyjne w strukturze Ministerstwa Obrony Narodowej, a od 1999 roku Wojskowy Instytut Medyczny. W ciągu 90 lat „Lekarz Wojskowy” ewoluował w kierunku nowoczesnego, specjalistycznego czasopisma medycznego uwzględniającego specyfikę wojska, z którym w każdym czasie współpracowało wielu wybitnych polskich lekarzy naukowców.

**Słowa kluczowe:** „Lekarz Wojskowy”, lekarze wojskowi, Komitet Redakcyjny, redaktorzy naczelni

**Abstract.** In 2010, 90 years have passed since the first issue of *Lekarz Wojskowy* was published. The publisher at that time was the Military Council of the Sanitary Section of Science at the Ministry of Military Affairs. The periodical was published to satisfy the demand for professional literature within the community of military doctors and to deal with specific issues of military medicine. Over the years, the contents of the journal were developed and modified. During the interwar years, the Editor-in-Chief and the Editorial Committee were responsible for the organization and contents. After the war, the role of the Editor-in-Chief was taken over by the Editorial Committee, and currently, the Editor-in-Chief works in agreement with the Advisory Board and Reviewer Board. The first issue of *Lekarz Wojskowy* was sponsored by the Ministry of National Affairs. During the Second World War, it was published in Edinburgh at the Polish Medical Faculty. After the Second World War, the organizational units within the Ministry of National Defense were responsible for the publication of *Lekarz Wojskowy*, and from 1999 – the Military Medical Institute. Over these 90 years, *Lekarz Wojskowy* has developed into a modern, specialized medical military journal that has always attracted many renown Polish scientists.

**Key words:** Editorial Committee, editors-in-chief, *Lekarz Wojskowy*, military doctors

Nadesłano: 05.11.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2011  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 14–17  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: mgr Maria Gawrysiak  
Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel./fax:  
+48 22 810 29 09; e-mail: amila.wozniak9@wp.pl

## Wstęp

Pierwszy numer „Lekarza Wojskowego” ukazał się 3 stycznia 1920 roku. Rok ten był szczególnym momentem w historii Polski. Z chwilą odzyskania niepodległości Polska stanęła wobec ogromu zadań związanych z odbudową państwa i struktur administracji państwowej. Strukturą odpowiadającą za wojskową służbę zdrowia był Departament Sanitarny Ministerstwa Spraw Wojskowych. Powołano Wojskową Radę Sanitarną, która odpowiadała m.in. za opracowywanie przepisów i regulaminów, organizację kształcenia lekarzy wojskowych oraz wydawanie czasopisma. Siedzibą Wojskowej Rady Sanitarnej był Szpital Ujazdowski mieszczący się w Zamku

Ujazdowskim, który w 1784 roku król Stanisław August Poniatowski udostępnił na cele wojskowe. Początkowo mieściły się tam koszary, później szpital wojskowy, w którym po działaniach wojennych (1914–1918) powstał pierwszy ośrodek szkolenia lekarzy wojskowych i pozostawał tam do wybuchu II wojny światowej.

W Europie od dawna ukazywały się czasopisma ogólnomedyczne, również w Polsce w czasie rozbiorów wydawano czasopisma w języku polskim skierowane do tej grupy zawodowej. Rzadko jednak adresowane były one wówczas do szczególnych grup: lekarzy, farmaceutów i dentystów pełniących służbę wojskową, niekiedy w odaleniu od jakichkolwiek placówek naukowych. W „Lekarzu Wojskowym” dominowały artykuły ogólnomedyczne,



**Rycina A.** Okładka „Lekarza Wojskowego” z 1920 roku. **B.** Okładka „Lekarza Wojskowego” z Edynburga. **C.** Okładki „Lekarza Wojskowego” w latach 1945–2010

**Figure A.** The cover of *Lekarz Wojskowy* from 1920. **B.** The cover of *Lekarz Wojskowy* from Edinburgh. **C.** The covers of *Lekarz Wojskowy* in the years 1945–2010

ale ważną część stanowiły specyficzne problemy medycyny wojskowej.

### Okres międzywojenny

Każdy zeszyt (numer) składał się z części prezentującej prace oryginalne, kazuistyczne i pogładowe, z działu sprawozdawczego, gdzie dokonywano analizy od autorstwa artykułów z prasy zagranicznej, informowano o konferencjach naukowych, sesjach i spotkaniach w szpitalach wojskowych, z których zamieszczano też sprawozdania. Czasopismo współpracowało z innymi europejskimi i polskimi pismami o tematyce medycznej. Ważną częścią był dział urzędowy, w którym przedstawiano awanse, przeniesienia i inne sprawy czysto wojskowe. Zamieszczano też ogłoszenia i reklamy. Na przestrzeni lat zawartość zeszytów modyfikowano, dodawano nowe działy, inne usuwano. W 1920 roku zeszyty liczyły po około 100 osobno numerowanych stron, od 1921 roku zastosowano numerację ciągłą dla rocznika. Szata graficzna zeszytów w tym czasie była dość skromna (ryc. A). Czasopismo utrzymywało się z darowizn i prenumeraty, cena jednego egzemplarza kształtowała się w zależności od sytuacji finansowej w Polsce, np. w 1920 roku wynosiła 4 marki polskie, a tuż przed wojną 3 złote. Redakcja i administracja mieściły się w Szpitalu Ujazdowskim. Zgodnie z wewnętrznym regulaminem Wojskowej Rady Sanitarnej za wszystkie problemy poruszane w „Lekarzu Wojskowym” odpowiadał powoływany przez nią redaktor naczelny. Miał dużą swobodę w doborze materiału i kolejności przedstawiania prac. Z grona członków Wojskowej Rady Sanitarnej dobierał Komitet Redakcyjny, który wspierał go głównie w sprawach organizacyjnych. Pierwszym redaktorem naczelnym w latach 1920–1922 był płk dr Jan Koelichen – wybitny neuropsychiatra. W latach 1922–1927 funkcję

te pełnił płk dr med. Władysław Osmólski – specjalista w dziedzinie higieny, wychowania fizycznego, autor wielu publikacji na temat kultury fizycznej, komendant Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Centrum Wykształcenia Sanitarnego w latach 1931–1933. W latach 1927–1934 redaktorem został mjr Gustaw Szulc (później płk, a w 1938 roku uzyskał tytuł profesora) – lekarz higienista i fizjolog, pionier higieny żywienia, autor pierwszego polskiego podręcznika z tej dziedziny: *Higiena Żywienia*, do 1942 roku dyrektor Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie. W 1934 roku redaktorem naczelnym został mjr Stanisław Konopka (później płk prof. dr hab.) – wybitny historyk, lekarz, założyciel i pierwszy dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej. Pełnił tę funkcję do 1939 roku.

W latach 1920–1921 „Lekarz Wojskowy” był tygodnikiem z podtytułem „Tygodnik poświęcony medycynie wojskowej i ogólnej”, w latach 1922–1929 miesięcznikiem poświęconym medycynie, higienie oraz wojskowej służbie zdrowia, 1929–1938 – dwutygodnikiem poświęconym medycynie, wojskowej służbie zdrowia i higienie, a od 1938 do 1939 roku – miesięcznikiem. Ostatni przed II wojną światową numer „Lekarza Wojskowego” ukazał się z datą 1 sierpnia 1939 roku.

### Czas II wojny światowej

W wyniku działań wojennych wiele polskich formacji wojskowych, lekarzy i naukowców znalazło się w Wielkiej Brytanii. Początkowo polskim lekarzom wojskowym zezwolono na zapoznanie się z organizacją i warunkami leczenia wojskowego w szpitalu w Edynburgu. Z czasem zaczęto rozważać możliwość zorganizowania kursów doszkalających, a potem utworzenia osobnego wydziału lekarskiego. Po kilkumiesięcznej korespondencji pomiędzy rządem polskim na uchodźctwie

a władzami brytyjskimi postanowiono powołać Polski Wydział Lekarski na Uniwersytecie w Edynburgu. Rok akademicki zainaugurowano 22 marca 1941 roku, a 1 lipca 1941 roku ukazał się pierwszy zeszyt „Lekarza Wojskowego” jako organ Towarzystwa Naukowego Lekarzy Wojska Polskiego w Zjednoczonym Królestwie na Polskim Wydziale Lekarskim w Edynburgu. Redaktorami naczelnymi byli kolejno – w latach 1941–1945 płk Zygmunt Żołędziowski, a w latach 1945–1946 płk dr Henryk Kompt. Redakcja i administracja mieściła się w Szpitalu im. Paderewskiego w Edynburgu. Łącznie ukazało się 10 zeszytów nawiązujących szatą graficzną do okresu międzywojennego (ryc. B).

### Czasy po II wojnie światowej

Zgodnie z rozkazem gen. bryg. Michała Moguczego 1.01.1945 roku ukazuje się pierwszy powojenny numer „Lekarza Wojskowego”. Układ czasopisma był podobny do przedwojennego, zignorowano wydawanie zeszytów edynburskich. Numeracja pierwszych numerów powojennych była kontynuacją numeracji przedwojennej i oznaczono je jako tom XXI. Dopiero w latach 80. zaczęto uwzględniać okres edynburski i podkreślać ciągłość wydawania „Lekarza Wojskowego”. Generał bryg. Michał Moguczy został też pierwszym redaktorem naczelnym, pełniąc tę funkcję w latach 1945–1946. Następnym redaktorem naczelnym, w latach 1946–1951, był gen. dyw. prof. dr med. Bolesław Szarecki – naczelny chirurg Wojska Polskiego, patron powołanej w 1958 roku Wojskowej Akademii Medycznej. Od 1955 do 1959 roku redagowanie „Lekarza Wojskowego” przejął Komitet Redakcyjny. W latach 1959–1970 przewodniczącym Komitetu Redakcyjnego był płk prof. dr hab. Stanisław Bober – naczelny internista WP, wieloletni kierownik naukowy oddziałów wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie, naczelny specjalista wojskowy ds. medycyny ogólnej. Od 1970 do 1990 roku przewodniczącym Komitetu Redakcyjnego był płk prof. dr hab. med. Sylwester Czaplicki – specjalista chorób wewnętrznych, naczelny internista WP.

W latach 1945–1947 „Lekarz Wojskowy” był dwumiesięcznikiem wydawanym przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, 1947–1949 – kwartalnikiem wydawanym przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, 1950–1978 – miesięcznikiem wydawanym przez: Departament Służby Zdrowia Głównego Zarządu Tyłów Wojska Polskiego, Departament Służby Zdrowia Głównego Kwatermistrzostwa Wojska Polskiego, Departament Służby Zdrowia WP, Szefostwo Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, 1978–1999 – dwumiesięcznikiem wydawanym przez Ministerstwo Obrony Narodowej, od 1999 roku do dziś – kwartalnikiem wydawanym przez Wojskowy Instytut Medyczny.

W okresie powojennym kilkakrotnie zmieniała się szata graficzna (ryc. C). Od lat 90. XX w. zmienił się też sposób administrowania i zarządzania czasopismem oraz dość gruntownie również szata graficzna. „Lekarz Wojskowy” stał się oficjalnym organem Sekcji Lekarzy Wojskowych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, pismem naukowym Wojskowego Instytutu Medycznego. Obecnie „Lekarzowi Wojskowemu” przyznano 6 punktów według Ministerstwa Nauki i Informatyzacji.

W ostatnim 20-leciu redaktorami naczelnymi byli: płk prof. dr hab. med. Edward Stanowski (1990–1997), płk prof. dr hab. med. Marian Cholewa (1997–1999), płk prof. dr hab. med. Tadeusz Płusa (1999–2009), a od 2009 roku do dziś płk prof. dr med. Jerzy Kruszewski.

Z „Lekarzem Wojskowym” zawsze współpracowali wybitni wojskowi lekarze i naukowcy. Poczynając od lat przedwojennych, można wymienić:

- gen. bryg. prof. dr. med. Zdzisława Dmochowskiego – pierwszego Prezesa Wojskowej Rady Sanitarnej, specjalistę interny i laryngologii, anatomopatologa, autora *Diagnostyki anatomopatologicznej*,
- prof. dr. med. Odon Bujwida – mikrobiologa, autora pierwszego polskiego podręcznika mikrobiologii *Pięć odczytów o bakteriach*, filantropa i nauczyciela,
- gen. bryg. dr. med. Stanisława Roupperta – specjalistę medycyny sportowej, Lekarza Naczelnego Pierwszej Brygady Legionów i osobistego lekarza Marszałka Piłsudskiego, szefa Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych w latach 1933–1939,
- płk prof. dr. med. Antoniego Jurasza – wybitnego chirurga, pierwszego dziekana Polskiego Wydziału w Edynburgu,
- prof. dr. med. Edwarda Rużyło – specjalistę medycyny wewnętrznej, uhonorowanego tytułem doktora *honoris causa* Polskiej Akademii Medycyny i Akademii Medycznej w Poznaniu,
- płk dr. med. Antoniego Fiumela – specjalistę medycyny wewnętrznej i lotniczej, kierownika Centrum Badań Lekarskich Lotnictwa w latach 1934–1939, w czasie wojny szefa Sekcji Inspektoratu Polskich Sił Powietrznych,
- gen. bryg. prof. dr. hab. n. med. Dymitra Aleksandrowa – specjalistę medycyny wewnętrznej, komendanta Instytutu Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie,
- płk prof. dr. hab. Tadeusza Orłowskiego – wybitnego chirurga, komendanta Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie,
- prof. dr. hab. med. Donalda Tylmana – wybitnego specjalistę ortopedii i traumatologii,
- płk prof. dr. hab. med. Stanisława Pokrzywnickiego – anestezjologa, twórcę polskiej szkoły anestezjologii. „Lekarz Wojskowy” od 90 lat jest wiodącym

czasopismem wojskowej służby zdrowia. Wiele pokoleń lekarzy wojskowych i cywilnych ma możliwość publikacji na jego łamach swojego dorobku naukowego. Jest czasopismem liczącym się w międzynarodowym i krajowym rankingu pism o tematyce medycznej. Był i jest czasopismem lekarzy, oficerów i pracowników naukowych wojska.

---

## **Piśmiennictwo**

1. Brodzki J.: Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu. Edynburg, 1942
2. Lekarz Wojskowy 1920 i lata następne
3. Medycyna nowożytna. Warszawa 1999, PAN, tom VI; zeszyt 2
4. Praca zbiorowa: 80 lat Wyższego Szkolnictwa Medycznego w Wojsku Polskim. Łódź, 2002, WAM
5. Rużyłło E.: Ujazdów, WIM, 2008
6. Wojtkowiak S.: Lancet i karabin. Warszawa, 1973, MON

# „Lekarz Wojskowy” – jako czasopismo wojskowo-medyczne

*Lekarz Wojskowy* as a medical-military periodical

**Michał Abramowicz, Maria Danuta Gawrysiak, Jerzy Kruszewski**

Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski

**Streszczenie.** „Lekarz Wojskowy” należy do niewielu czasopism medycznych w Polsce o najdłuższej tradycji sięgającej 1920 roku. Jest jednym z pięciu ważnych czasopism medycznych pod względem kolejności ukazania się. Poświęcony medycynie, w tym medycynie wojskowej, higienie, zawierający artykuły oryginalne, sprawozdania, streszczenia z posiedzeń kół naukowych lekarzy wojskowych, wiadomości urzędowe, wspomnienia pośmiertne. W okresie międzywojennym liczba i jakość artykułów medycznych nie odbiegała znacząco od innych czasopism o podobnym charakterze z wyjątkiem tematyki wojskowo-medycznej. Najwięcej artykułów o tematyce zabiegowej i wojskowo-medycznej publikowano w okresie wojennym. „Lekarz Wojskowy” na każdym etapie rozwoju dobrze zasłużył się kształceniu lekarzy w Polsce z uwzględnieniem lekarzy wojskowych.

**Słowa kluczowe:** czasopismo wojskowo-medyczne, „Lekarz Wojskowy”

**Abstract.** *Lekarz Wojskowy* is one of the few periodicals in Poland with a long tradition, starting from 1920. It is one of the five main periodicals according to the order of appearance. It is dedicated to medicine, including military medicine, and hygiene; it contains original articles, reports from the scientific meetings of military doctors, official news, and obituaries. During the interwar period, there was no difference in the quantity and quality of medical articles compared with other medical periodicals, except for medical-military subjects. The highest publication rate of the articles on surgery and military medicine was observed during the war. *Lekarz Wojskowy* helped educate Polish doctors, including military doctors, at each stage of its development.

**Key words:** medical-military periodical, *Lekarz Wojskowy*

Nadesłano: 28.10.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 18–19  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: lek. Michał Abramowicz  
Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel./faks:  
+48 22 810 29 09, e-mail: klin.alergologii@wim.mil.pl

Pierwszy numer czasopisma „Lekarz Wojskowy” ukazał się 3 stycznia 1920 roku. „Lekarz Wojskowy” był wtedy jednym z ważniejszych polskich czasopism medycznych, piątym pod względem kolejności powstania. Redakcją czasopisma przez pierwsze 2 lata zajmował się Jan Koelichen. Był to wówczas tygodnik poświęcony szczególnie medycynie wojskowej, higienie i sprawom sanitarnym, w którym można było publikować artykuły oryginalne, poglądy, sprawozdania i streszczenia z posiedzeń kół naukowych lekarzy wojskowych, listy do redakcji, wiadomości urzędowe, wspomnienia pośmiertne itp.

W okresie 90 lat istnienia „Lekarza Wojskowego” na jego łamach opublikowano około 11 000 różnego typu artykułów, z czego na okres międzywojenny przypadało 25% (około 2700 artykułów), na okres wojny – 2% (ponad 300 artykułów), na lata powojenne do 1990 roku – 56% (około 6000 artykułów), a w ciągu ostatniego dwudziestolecia – 17% (1800 artykułów) [1]. Wymienione

okresy decydowały o obliczu czasopisma i wpływały na rozwój „Lekarza Wojskowego” nie tylko pod względem szaty graficznej, ale też treści merytorycznych. Czasopismo zawsze nawiązywało do najlepszych tradycji polskiego czasopiśmiennictwa medycznego, odzwierciedlając charakterystyczne dla danego okresu trendy w naukach medycznych. Było miejscem publikacji najnowszych dokonań nie tylko luminarzy polskiej medycyny, ale też młodych lekarzy, zwłaszcza wojskowych. Niewątpliwie przyczyniło się do rozwoju naukowego wielu polskich lekarzy naukowców. Stanowiło też ważne narzędzie edukacji medycznej i przekazywania informacji szczególnie istotnych dla wojskowej służby zdrowia.

Jak wynika z ogólnej analizy, na łamach „Lekarza Wojskowego” publikowano średnio 100 artykułów rocznie, jednak poszczególne okresy różniły się w tym zakresie. Na przykład najczęściej, bo ponad 140 artykułów rocznie, przypadało na okres międzywojenny. Wynikało to z faktu, że „Lekarz

Wojskowy” ukazywał się wówczas najpierw jako tygodnik, potem dwutygodnik i miesięcznik. Świadczy to też o ogromnym entuzjazmie osób zaangażowanych w redagowanie pisma i dużej aktywności autorów w okresie tuż po jego powstaniu. Najmniej artykułów, co nie budzi zdziwienia, bo około 50 rocznie, publikowano w latach II wojny światowej. Dzięki aktywności polskich lekarzy wojskowych, którzy znaleźli się w tym czasie w Wielkiej Brytanii, „Lekarz Wojskowy” był jedynym polskim czasopismem medycznym, które ukazywało się również w czasie II wojny światowej.

Zdecydowana większość artykułów publikowanych w różnych okresach podejmowała problematykę medycyny niezabiegowej, szczególnie szeroko pojętej interny. Stanowiły one wśród tzw. artykułów klinicznych aż 77% w okresie międzywojennym i latach powojennych, 53% w latach wojny oraz 72% w ostatnim dwudziestoleciu. Problematyka medycyny zabiegowej (chirurgia, ortopedia, urologia, stomatologia) zajmowała mniej miejsca, w okresie międzywojennym stanowiąc 18%, w latach wojny 22%, w latach powojennych 12%, w ostatnim dwudziestoleciu 19%. Artykuły podejmujące problematykę wojskowo-medyczną, dotyczące zwłaszcza higieny i epidemiologii, dominowały w latach wojny, stanowiąc aż 26% publikacji.

W całym okresie wydawania, wśród artykułów klinicznych, proporcje były zbliżone, choć przeważały publikacje oryginalne nad poglądowymi, streszczeniami, opisami przypadków oraz przedrukami z zachodnich czasopism, w tym niemieckich, francuskich, angielskich, co praktykowano szczególnie we wczesnych okresach wydawania „Lekarza Wojskowego”. Na takie ukształtowanie się proporcji wpływały lata powojenne, w których 54% stanowiły publikacje oryginalne. W okresie międzywojennym artykuły oryginalne stanowiły 43%, a w latach wojny 51% treści. Rozróżnienie artykułów poglądowych od opisów przypadków w okresie międzywojennym i wojny było często niemożliwe, co wynikało z ich kompozycji, ponieważ większość publikacji poglądowych była zilustrowana kilkoma opisami przypadków lub odwrotnie.

Porównując treści merytoryczne „Lekarza Wojskowego” z okresu międzywojennego z innym ówczesnym wiodącym tygodnikiem medycznym, jakim była „Polska Gazeta Lekarska” (czasopismo medyczne utworzone w 1921 r. z połączenia „Czasopisma Lekarskiego”, „Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego” i najstarszego polskiego czasopisma medycznego, jakim był „Przegląd Lekarski”) wyraźnie widać, że „Lekarz Wojskowy” jako dwutygodnik, a po 2 latach jako miesięcznik, nie odbiega znacząco od swojej konkurencji [2]. Porównując liczbę artykułów w „Lekarzu Wojskowym” (około 3000) z liczbą w „Polskiej Gazecie Lekarskiej” (około 5000), jak również odsetki publikacji z zakresu poszczególnych wąskich dziedzin medycyny (np. kardiologii dla „Lekarza Wojskowego” 0,3–1,1% w „Polskiej Gazecie Lekarskiej”, gastrologii odpowiednio 0,8–1%, chorób zakaźnych 5,8–3,1%, dermatologii 0,3–1% oraz problematyki wojskowo-medycznej 3,7–0%) wynika, że nie było między nimi

znaczących różnic z wyjątkiem publikacji dotyczących problematyki wojskowo-medycznej. Sumując artykuły z dziedziny chorób zakaźnych i dermatologii, czyli specjalności, z którymi ówczesny lekarz borykał się na co dzień, okazuje się, iż „Lekarz Wojskowy” w podobnym stopniu jak inne tego rodzaju czasopisma medyczne podejmował problematykę interesującą wszystkich lekarzy praktyków, do których niewątpliwie należy zaliczyć lekarzy wojskowych.

Podobnie jak obecnie, w każdym okresie narzekano, że tematyka wojskowo-medyczna zajmuje zbyt mało miejsca na łamach „Lekarza Wojskowego”. Zastrzeżenia te otwiera opublikowany dopiero ostatnio list płk. dr. med. Stefana Hubickiego przesłany w 1922 roku do redakcji, który ówczesnie zlekceważono [3]. Autor postuluje, by zgodnie z nazwą czasopisma, tematyka wojskowa, która zgodnie z przedmiotem swych zainteresowań dotyczy przede wszystkim zdrowego człowieka, znalazła właściwe miejsce na łamach czasopisma, które ma w nazwie słowo „wojskowy”. Obecnie redakcja, kierując się zaleceniami Rady Programowej i Kolegium Recenzenckiego czasopisma, stara się wcielać w życie te postulaty, zwłaszcza że nasza armia jest zaangażowana w misje poza granicami kraju, które stwarzają organizatorom wojskowej służby zdrowia i lekarzy wojskowych nowe wyzwania. Będąc jednak pismem dla lekarzy wojskowych, „Lekarz Wojskowy” musi także uwzględniać ich inne potrzeby – w zakresie edukacji i informacji o postępie w różnych specjalnościach medycznych, jak również tworzyć warunki do publikowania wyników swych badań i osiągnięć. Zewnętrzna ocena poziomu czasopisma jest wysoka, czego dowodem jest uzyskanie 6 punktów w rankingu Ministerstwa Nauki i Informatyzacji.

Warto na koniec podkreślić, że „Lekarz Wojskowy” jest jednym z niewielu polskich czasopism medycznych o najdłuższej tradycji, które przetrwały do dziś w niezmienionej nazwie, obok „Przeglądu Lekarskiego”, „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej” i „Wiadomości Lekarskich”. Jest jednak jedynym polskim czasopismem medycznym, które nie łącząc się z innym czasopismem, nie zmieniając nazwy, ukazuje się ciągle, bez przerwy w okresie II wojny światowej, przez ostatnie 90 lat. Warto zatem i z tego powodu kontynuować tę piękną 90-letnią tradycję. Jakże trafne i ciągle aktualne pozostaje wezwanie naszych kolegów sprzed lat: „Zapraszamy i wzywamy wszystkich kolegów do rychłej i energicznej współpracy. Za poziom naszego pisma odpowiedzialni jesteśmy wszyscy. Będziemy mieli takie pismo, jakie stworzyć zechcemy, jakie stworzyć potrafimy” [4].

## Piśmiennictwo

1. Lek. Wojsk., 1920 i lata następne
2. Przegl. Lek., 1862 i lata następne
3. Ilnicki S.: Niepublikowany list płk dr. med. Stefana Hubickiego do redakcji „Lekarza Wojskowego”. Lek. Wojsk., 2010; 88: 83–86
4. Lek. Wojsk., 1920; I (8): 1–2

# 90 lat „Lekarza Wojskowego” – jak zaczęliśmy?

90 years of *Lekarz Wojskowy* – how we started?

**Danuta Augustynowicz**

Sekcja Strategii i Rozwoju Badań Naukowych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie;  
kierownik: mgr Danuta Augustynowicz

**Streszczenie.** Przedmiotem artykułu jest omówienie dorobku edytorskiego i merytorycznego 1. rocznika „Lekarza Wojskowego”, wydawanego od 03.01.1920 roku w Warszawie. W opracowaniu podkreślono wielokierunkowy charakter publikacji: od prac oryginalnych, prac klinicznych, opisów przypadków, aż do spraw związanych z organizacją służby zdrowia II RP.

**Słowa kluczowe:** czasopisma – historia; historia medycyny XX wieku

**Abstract.** The subject of this article is the editorial and styling content of the first volume of *Lekarz Wojskowy*, published from January 3, 1920. We focus on the multidirectional character of the publication including original articles, clinical papers, case studies, and reports on the organization of medical care in Poland (1918–1939).

**Key words:** periodicals – history; 20th-century history of medicine

Nadesłano: 07.09.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 20–25  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: mgr Danuta Augustynowicz  
Sekcja Strategii i Rozwoju Badań Naukowych WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel.: +48 22 68 16 705;  
665 707 460, e-mail: daugustynowicz@wim.mil.pl

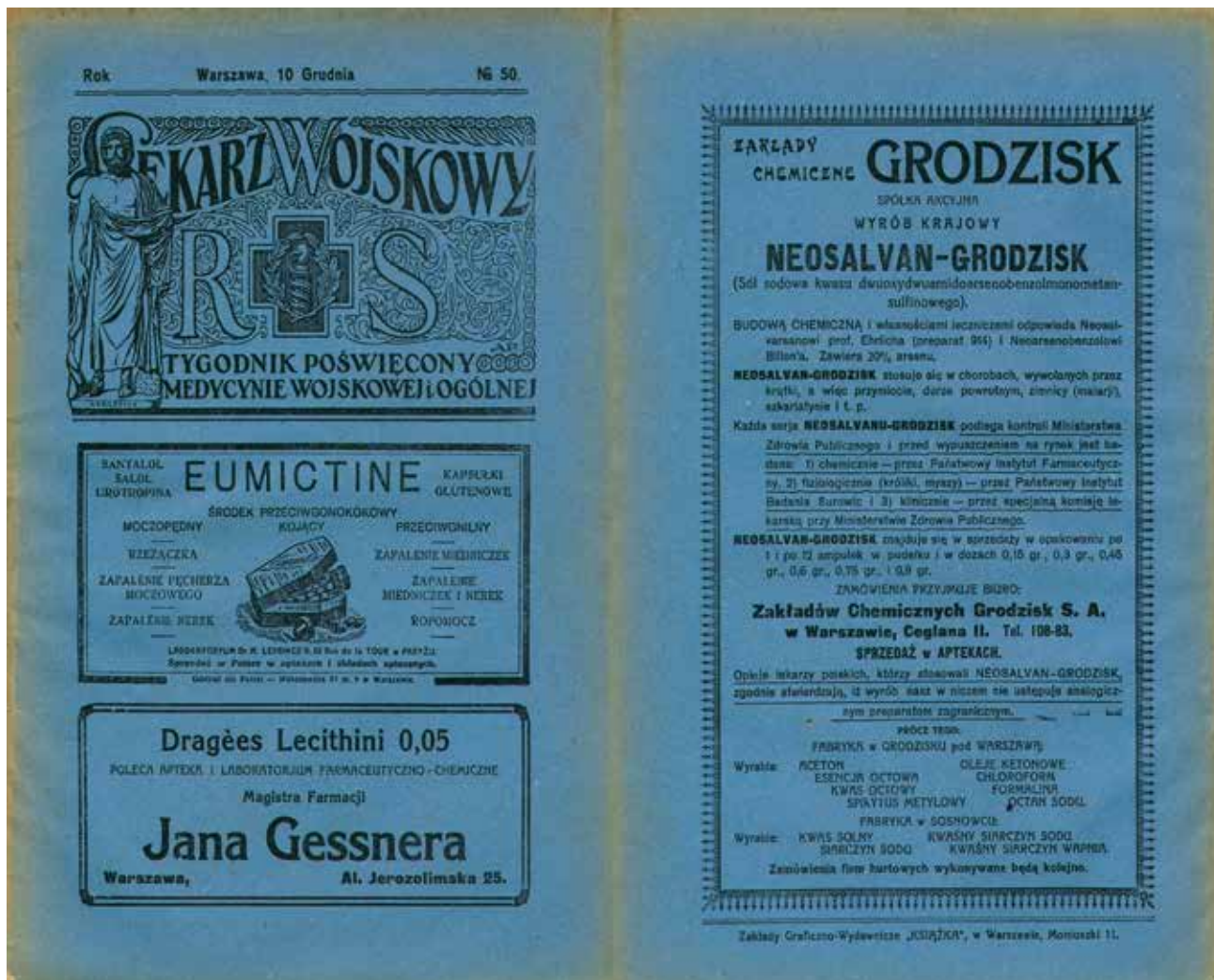
3 stycznia 1920 roku ukazał się 1. numer pisma „Lekarz Wojskowy” pod redakcją Jana Koelichena<sup>1</sup>. Był to początek dziewięćdziesięcioletniej działalności naukowo-dydaktycznej czasopisma ukazującego się do dziś. Przeżyło ono kryzys lat 30. XX wieku, pożogę wojenną (pismo wydawano na emigracji w Edynburgu) i trudności lat powojennych. Niewiele czasopism ma tak wspaniałą historię.

O zadaniach nowo powstałego czasopisma pisał w artykule wstępnym 1. numeru Prezes Wojskowej Rady Sanitarnej, Zdzisław Dmochowski<sup>2</sup> „(...) Lekarz wojskowy armii naszej musi być i będzie na poziomie lekarza, którego praca naukowa, praktyka i szlachetne współzawodnictwo utrzymują w stałym napięciu, a zatem na znacznej wysokości moralnej i naukowej. Lekarz wojskowy nie może stać się biernym urzędnikiem, którego nic nie obchodzi poza ilością godzin biurowych. Lekarz wojskowy nawet w najmniejszej mieścinie i wiosce musi mieć nieprzerwaną styczność ze źródłami wiedzy i musi ani na chwilę nie zapominać, że będąc czasowo pozbawionym większego materiału specjalnego, stoi jednak ciągle u źródła badań antropologicznych, etnograficznych, kultury narodowej i nareszcie – czysto przyrodniczych. Pragnieniem naszym najgorętszym jest, by nie pozwolić nikomu ani na chwilę zdrzemnąć, gdyż stąd do odrętwienia jeden krok.

(...) Obecnie przystępujemy do wydawnictwa tygodnika lekarskiego, któremu nadaliśmy nazwę „Lekarz Wojskowy”. (...) Pragniemy dać lekarzowi naszemu całokształt najnowszych postępów wiedzy lekarskiej, (...) pragniemy dojść do tego, by lekarz wojskowy uważał sobie za zaszczyt, że w armii naszej pracuje”[1].

Przygotowując się do pracy nad niniejszym opracowaniem dokładnie zapoznałam się z szatą graficzną i treścią 1. rocznika naszego czasopisma. Zeszyty prezentują się bardzo skromnie: miękka okładka w kolorze szaroniebieskim, 32 strony drukowane w jednym kolorze na papierze gazetowym, oprawa szyta, zeszytowa. Uwagę przyciąga winieta, która będzie ozdobą także następnego rocznika. Na pierwszej i na ostatniej stronie okładki zamieszczono ogłoszenia firm farmaceutycznych, a także reklamy produktów leczniczych. Dzisiaj papier jest już pożółkły, łamliwy i kruchy. Karta tytułowa pierwszego zeszytu informuje, że jest to „tygodnik poświęcony medycynie wojskowej i ogólnej”. W 1. roku każdy numer miał własną paginację, numerację ciągłą wprowadzono w 1921 roku (ryc. 1).

Z założenia na zeszyt składały się dwa arkusze wydawnicze, tj. 32 strony, które podzielono na dwie części; pierwsza zawierała artykuły naukowe, wojskowo-lekarskie oraz obyczajowe z życia lekarzy, drugą wypełniały streszczenia



Rycina 1. Okładka „Lekarza Wojskowego”

Figure 1. The cover of *Lekarz Wojskowy*

prac zagranicznych, a także z dziedziny historii medycyny, dział sprawozdawczy i wiadomości bieżące. Kilka numerów, szczególnie w drugim półroczu, zostało połączonych, co prawdopodobnie wiązało się z narastającą dewaluacją marki. W stopce redakcyjnej 1. numeru podana jest cena rocznej prenumeraty: „dla lekarzy wojskowych z przesyłką rocznie 26 mk (marka polska<sup>3</sup> [2] – *dopisek Autora*) dla lekarzy cywilnych w Warszawie rocznie 120 mk”, w numerze 52. zaś: „dla lekarzy wojskowych z przesyłką rocznie 84 mk, dla lekarzy cywilnych w Warszawie rocznie 126 mk”. Numer 6 podaje cenę jednego zeszytu – 4 mk (w 1923 r. – 2000 mk). 1. rocznik zawiera 52 numery.

Każdy zeszyt zawierał od 2 do 3 prac, głównie oryginalnych, przy nazwisku autora podawano jego miejsce pracy oraz stopień wojskowy.

Wydawcą „Lekarza Wojskowego” była Wojskowa Rada Sanitarna powołana pod koniec 1918 roku przez szefa

Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych (M.S. Wojsk.) gen. bryg. dr. med. Zdzisława Juchnowicza-Horodyńskiego, jako naukowy wojskowo-sanitarny organ pomocniczy z siedzibą w Szpitalu Ujazdowskim. Na łamach 1. numeru prezes Zdzisław Dmochowski tak pisał o jej zadaniach: „(...) są bardzo liczne, a zakres jej działalności naukowej i doradczej niezmiernie obszerny (...). Z różnorodności zadań oraz wielkiego zakresu działania musi wynikać rozmaity stopień umiłowania pewnych poszczególnych działów pracy. (...) Otóż tą naszą troską najserdeczniejszą, zadaniem, którym najgoręcej zając się pragniemy, jest troska o poziom naukowy lekarzy wojskowych. Nie myślimy tu o ludziach wybitnych, którzy w armii naszej pracują i pracować będą; im pomoc jest niepotrzebna, oni sami pracą i nauką szerokim kołom lekarskim przyświecać będą. Myślimy o tej wielkiej liczbie lekarzy pracujących w oddziałach wojskowych, porzucanych na głębokiej prowincji,

odciętych od szpitali i źródeł literackich, ginących powoli w kole trosk codziennych i życia klubowego (...)” [1].

„Lekarz Wojskowy” pozostał wierny tym celom do dzisiejszych czasów.

Pierwszym redaktorem czasopisma był wybitny neurolog Jan Koelichen, a w skład Komitetu Redakcyjnego weszli: Zdzisław Dmochowski, Leon Karwacki<sup>4</sup>, Zygmunt Radliński<sup>5</sup>, Zygmunt Szymanowski<sup>6</sup>, Stefan Franciszek Różycki<sup>7</sup>, Zygmunt Raźniewski i Remigiusz Stankiewicz. Druk powierzono firmie „A. Konarzewski S-ka” mieszczącej się w Warszawie przy ul. Wielkiej nr 49, natomiast od numeru 11. drukowanie przejęła Sekcja Opieki Ministerstwa Spraw Wojskowych w Warszawie, ul. Tłomackie 9. W numerze 21. z 22.05.1920 nastąpiła zmiana składu redakcji, redaktorem pozostał Jan Koelichen, ale odeszli: Zygmunt Szymanowski, Zygmunt Raźniewski, Franciszek Różycki i Remigiusz Stankiewicz, zastąpieni przez Mariana Eigera<sup>8</sup>, Sławoja Składkowskiego<sup>9</sup>, Ludwika Zembrzuskiego<sup>10</sup>, Zdzisława Sowińskiego, Romana Sobańskiego i Edwarda Żebrowskiego, a od numeru 31. skład redakcji zasilili Stanisław Rudzki.

Prace zamieszczone w 1. zeszytce napisali profesoria: Antoni Gluziński<sup>11</sup> z Kliniki Chorób Wewnętrznych UW („O stosunku zmian w gruczolach o wewnętrznym wydzielaniu do schorzeń układu mięśniowego”), Bronisław Sawicki<sup>12</sup> z I Kliniki Chirurgicznej Szpitala Dzieciątka Jezus („Dwa rzadkie przypadki złośliwych guzów tarczycy”), pionier ftyzjatrii – profesor Alfred Sokołowski<sup>13</sup> („Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów”). Artykuły zawierały ilustracje przedstawiające zmiany chorobowe. Drugą część pisma wypełniły: recenzja książki autorów Louisa Ombredaune’a i Renego Ledoux-Lebarda „Localisation et extraction des projectiles”, II wyd. Paryż 1918 roku, wspomnienie o zmarłych lekarzach (ryc. 2), sprawozdanie z pierwszego posiedzenia wojskowo-lekarskiego w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie z 6 czerwca 1919 roku. Wspomnienie to oddaje atmosferę ówczesnych dni: „(...) Krwią rozlaną na wszystkich pobojowiskach okupili nasi żołnierze i bohaterzy dowódcy wolność i swobodę naszej ojczyzny i umożliwili nam poświęcić teraz siły nasze w dalszej pracy dla dobra i rozwoju Polski. Świat lekarski wojskowy w pierwszym rządzie zmagał się nad ratowaniem życia i zdrowia walecznych żołnierzy. My byliśmy im najbliżsi sercem i pomocą, ratując tyle istnień ludzkich (...). Wielkie mamy przed sobą zadania (...)” [3].

Ostatnie strony zajął Dział Urzędowy, a w nim „Krótki zarys działalności Departamentu Sanitarnego M.S. Wojsk.”

Artykuły miały charakter kliniczny, a ich tematyka obejmowała zagadnienia ogólnomedyczne; prace o charakterze wojskowo-medycznym i wojskowym zaczęły gościć na łamach czasopisma w następnych latach [4,5]. Zamieszczano również odczyty wygłaszane podczas spotkań naukowych, m.in. w Warszawskim Towarzystwie

Z uczuciem żalu podajemy dalszą listę Kolegów zmarłych na posterunku:

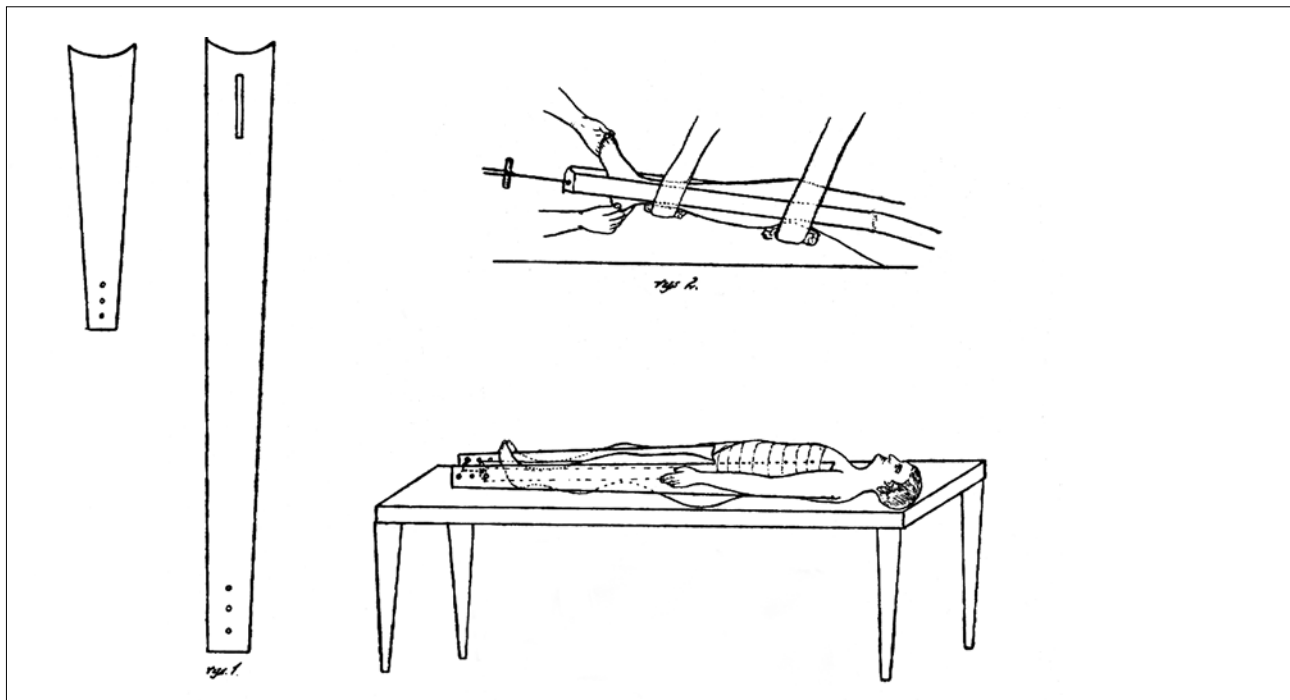
Por. *Lubierski Wacław*, Oddz. mjr. Dąbrowskiego, tyfus plamisty, 21.VI.19.  
Kpt. *Bobr Franciszek*, Dom chor. w Bochni, czerwonka, 24.IX.19.  
Kpt. *Gürsching Stan.*, szpit. wojsk. Kamionka, tyfus plamisty, kwiecień 20 r.  
Por. *Zagórski Henryk*, szpit. pol. 107, tyf. pl. 23.IV.10.  
Kpt. *Wespański Antoni*, szp. epid. Kraków, atak apoplek. 23.IV.20.  
Kpt. *Gorajski Jan*, Urz. gosp. Powązki, wrzód żołądka, 29.IV.20.  
Por. *Bieberstein Bernard*, 54 p. p. tyf. pl., 30.IV.20.  
Lek. kontr. *Kerbholz Rachel*, szp. wojsk. w Buczaczu, tyf. pl., 29.XII.19.  
Lek. kontr. *Poliwka*, szp. wojsk. Stanisławów, tyf. pl., grudzień 919.  
Por. *Gorsut Wawrzyniec*, szp. wojsk. Wilno, tyf. pl. 21.III.20.  
Por. *Howiecki Tadeusz*, 3 p. strz. Wielkop., poległ, 15.VIII.19.  
Kpt. *Śmieciuszewski Leon*, szp. epidem. Kamionka Str., tyf. pl., 9.IV.20.  
Por. *Zyss Otton*, I. p. a. c., tyf. pl., 27.III.20.  
Pulk. *Majewski Tadeusz*, Szef. San. D. O. G. Lublin, tyf. pl., 30.V.20.  
Ppor. san. *Gadziola Walenty*, 46 p. strzel. Kresow., Grzlica, 14.IV.20.  
Lek. kontr. *Awitów Aleksander*, D-wo tw. Brześć Lit., aneurizm serca, 30.III.20.

**Rycina 2.** Jeden z nekrologów zamieszczonych w 1. roczniku „Lekarza Wojskowego”

**Figure 2.** A death notice from the first year of *Lekarz Wojskowy*

Lekarskim w latach 1917–1920. Regularnie publikowane obszernie sprawozdania z posiedzeń naukowych poszczególnych zespołów szpitalnych zwracały uwagę lekarzy na różne aspekty leczenia szpitalnego. Na przykład w numerze 24. znalazło się sprawozdanie z posiedzenia wojskowo-lekarskiego w szpitalu w Zamościu z 28 października 1919 roku: „1. Kap. lek. Abramowicz przedstawił chorych z gruźlicą gruczolów szyjnych oraz chorego z zapaleniem szpiku kostnego kości długich; omówiwszy szczegółowo sprawę rozpoznania różniczkowego, prelegent pokazał odpowiednie zdjęcia Roentgenologiczne. W dyskusji brali udział kap. Dr. Adamski, Szwarcwasser, profesor Węglowski. 2. Prof. Węglowski wygłosił referat (...)” [6]. Bez wątplenia informacje zawarte w opublikowanych sprawozdaniach cieszyły się zainteresowaniem i wpływały na postęp wiedzy ogólnolekarskiej.

Zespół redakcyjny żywo interesował się rozwojem czasopisma. W zeszytce 8. z 21 lutego ukazał się apel „Do ogółu kolegów”, nawołujący do „rychłej i energicznej współpracy. (...) Za poziom naszego pisma odpowiedzialni jesteśmy wszyscy, będziemy mieli takie pismo jakie stworzyć zechcemy, jakie stworzyć potrafimy.” W numerze 23. z 5 czerwca znalazłam notkę od redakcji: „Wszystkie artykuły oraz sprawozdania są płatne. Honorarium autorskie za wiersz druku art. oryginal. lub sprawozdania wynosi 1 markę, za wiersz tłumaczenia 50 fen. Koszta odbitek obciążają autora”.



**Rycina 3.** Wyciąg ortopedyczny, przykładowa rycina z pracy B. Szareckiego „Kilka uwag praktycznych dla młodych kolegów, chirurgów, pracujących na froncie”

**Figure 3.** Traction, an example drawing from B. Szarecki's article "A Few Practical Notes for Young Colleagues Surgeons Working at Front Line"

Na łamach czasopisma drukowano nie tylko prace naukowe, np. w numerze 6 z 7 lutego zamieszczono „Rozkaz oficerski Nr. 2 No 3212/San. Pochwała lekarzy wojskowych” podpisany przez Józefa Piłsudskiego Naczelnego Wodza Armii Polskiej.

Spis treści pierwszego rocznika „Lekarza Wojskowego”, w oryginale podany jako „spis rzeczy”, został wydrukowany w łączonym zeszycie 51/52 i zawierał następujące działy:

- A – prace oryginalne – wymieniono nazwiska autorów i tytuły 94 artykułów,
- B – wspomnienia pośmiertne – 7,
- C – sprawozdania z prac – 159 streszczeń artykułów opublikowanych w innych czasopismach lub podręcznikach,
- D – Dział Urzędowy – 16 dokumentów, m.in. Dziennik personalny Nr. 18 Dekrety Naczelnego Wodza.

W spisie pominięto wykaz sprawozdań z posiedzeń naukowych lekarzy zamieszczanych w każdym zeszycie.

Tematyka artykułów była różnorodna, przeważały prace dotyczące chorób zakaźnych: gruźlicy, duru, włośnicy, czerwonki, zapalenia mózgu. Zagadnieniami tymi zajmowali się m.in.: Edward Flatau<sup>14</sup>, wybitny neurolog, pionier neurologii światowej, autorytet w dziedzinie fizjologii i patologii opon mózgowo-rdzeniowych. Jego artykuł „O panującej u nas epidemii zapalenia mózgu

i o trzech jej postaciach: letargicznej, dys i aletargicznej” ukazał się w numerze 18/19. Również w tym zeszycie zamieszczono pracę Samuela Goldflama<sup>15</sup> „Przyczynek do różnorodności postaci zapalenia mózgu pochodzenia nieropnego”. Eugeniusz Herman w „Historii neurologii polskiej”, pisząc o autorze, użył określenia „klasyk neurologii” [7].

Do 1. rocznika „Lekarza Wojskowego” pisali także m.in.: Tadeusz Bętkowski<sup>16</sup>, Antoni Gluźniński, Samuel Goldflam, Wiktor Grzywo-Dąbrowski, Władysław Melanowski, Jan Nelken, Zygmunt Radliński, Stefan Różycki, Alfred Sokołowski, Romuald Węglowski, a także przyszedł premier Polski Sławoj Składkowski. W numerze 21. zamieszczona została praca lekarza majora prof. Bronisława Szareckiego, późniejszego generała, pt. „Kilka uwag praktycznych dla młodych kolegów, chirurgów, pracujących na froncie”. Autor dzielił się swoimi doświadczeniami nabytymi podczas wojny rosyjsko-japońskiej i I wojny światowej, gdzie pracował jako chirurg (ryc. 3) [8].

Oto kilka tytułów prac zamieszczonych w omawianym roczniku: „Badanie nad antytoksyną błoniczą”, „Trzy przypadki amputacji przedniego odcinka oka”, „O zastopowaniu surowicy krwi żaby, jako dopełniacza (komplementu) przy odczynie Wassermanna”, „Appendicitis w szpitalu Ujazdowskim w 1906–1913 r.”, „O przeszczepianiu naczyń krwionośnych w rozległych urazach”.

„Lekarz Wojskowy” adresowany był głównie do lekarzy pracujących w szpitalach na prowincji, gdzie dostęp do literatury fachowej był często niemożliwy, dlatego obok artykułów naukowych drukowano recenzje i streszczenia publikacji zagranicznych, przede wszystkim z Francji i Niemiec. Opisy przypadków prezentowane podczas spotkań naukowych i zamieszczane w czasopiśmie również miały służyć celom edukacyjnym.

Roczniki czasopisma różniły się formatem, objętością, kolorem okładki, częstotliwością ukazywania się, zmieniali się jego wydawcy, ale czasopismo trwało. Zdzisław Dmochowski pisał: „Żadnego szczegółowego programu pisma tego nie ogłaszamy, nie obiecujemy nic, gdyż zbyt wielkie są dziś trudności redakcyjne i wydawnicze, zaznaczamy tylko jeszcze raz w jakim celu pracę tę podejmujemy. Pragniemy dać lekarzowi naszemu całość najnowszych postępów wiedzy lekarskiej, pragniemy dać mu możliwość wypowiedzenia się, pragniemy związać wszystkich lekarzy wojskowych w jedną żywą całość” [1].

W podsumowaniu 1. rocznik „Lekarza Wojskowego” z 1920 roku odniósł sukces merytoryczny i edytorski dzięki szerokiemu otwarciu się redakcji na grono wybitnych akademików, klinicystów oraz organizatorów wojskowej służby zdrowia II RP. Kontynuowanie tego kierunku przez obecną redakcję „Lekarza Wojskowego” stanowi gwarancję trwałego sukcesu czasopisma.

## Przypisy

<sup>1</sup> **Jan Koelichen** (1871–1952), neurolog, w 1899 r. ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, w 1901 r. wyjechał do Berlina, gdzie uczył się neurologii. Od 1903 do 1906 r. pracował na oddziale neurologicznym Edwarda Flatau. W latach 1915–1918 zajmował się badaniami histopatologicznymi, a w latach 1918–1928 był ordynatorem Oddziału Chorób Nerwowych w Wojskowym Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. Jeden z założycieli Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego i pisma „Neurologia Polska”.

<sup>2</sup> **Zdzisław Dmochowski** (1864–1924), anatomopatolog i otolaryngolog, opisał mechanizm powstania ropienia i tworzenia się ropy. Od 1895 r. pracował w Zakładzie Leczniczym w Warszawie dla chorych na krtań, gardło i nos, od 1912 r. profesor zwyczajny na Uniwersytecie Lwowskim. 1 stycznia 1919 r. wstąpił w szeregi Wojska Polskiego i przyjął stanowisko prezesa Wojskowej Rady Sanitarnej, na którym pozostał do 27 października 1921 r., kiedy to Wojskową Radę Sanitarną przeistoczono w Wojskowy Instytut Sanitarny. Profesor generał brygady pozostał kierownikiem działu anatomii patologicznej. Autor „Dyagnostyki anatomopatologicznej” wydanej w Warszawie w 1903 r.

<sup>3</sup> Marka polska (mk) została wprowadzona do obiegu ustawą z 15 stycznia 1920 r. Zastąpiła markę niemiecką (dla przykładu: w sierpniu 1920 1 litr mleka kosztował 6 mk, w grudniu 1922 już 400–500 mk, a we wrześniu 1923 r. od 3000 do 5000 mk).

<sup>4</sup> **Leon Karwacki** (1871–1942), internista, od 1926 r. profesor bakteriologii i serologii w Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie. Od 1936 r. pracował na Uniwersytecie Warszawskim, prowadził badania nad chorobami zakaźnymi, m.in. dotyczące zmienności morfologicznej i biologicznej prątka gruźlicy. Autor 3. tomu „Chorób zakaźnych” (t. 1–3, 1937) poświęconego posocznicom.

<sup>5</sup> **Zbigniew Radliński** (1874–1941), chirurg. Od 1902 r. był chirurgiem asystentem w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. W 1905 r. zesłany na Syberię za działalność polityczną, w 1907 r. uciekł z zesłania i osiadł na stałe w Krakowie. W 1911 r. uzyskał habilitację w klinice profesora Bronisława Kadlera. Od 1920 r. profesor Uniwersytetu Warszawskiego, w latach 1936–1939 kierował I Kliniką Chirurgiczną UW. Wokół siebie skupił najzdolniejszych studentów i lekarzy, którzy w przyszłości stanowili trzon szkoły naukowej, zwanej szkołą Radlińskiego. Do jego osiągnięć należy m.in. postępowanie z ranami wojennymi i modyfikacja sposobu operacji nowotworu odbytnicy.

<sup>6</sup> **Zygmunt Szymanowski** (1873–1956), lekarz bakteriolog. Podczas I wojny światowej służył w Legionach Polskich. Od 1922 r. profesor Uniwersytetu Warszawskiego. Po II wojnie światowej organizował placówki naukowe w Lublinie (UMCS) oraz w Łodzi. Był współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów (1927 r.)

<sup>7</sup> **Stefan Franciszek Różycki** (1886–1953), anatom, profesor Uniwersytetu Poznańskiego, gdzie utworzył jedno z głównych muzeów anatomicznych w kraju. Autor m.in.: „Anatomii mózgowia i rdzenia kręgowego” oraz „Anatomii człowieka”, wydanych w Poznaniu w 1949 r.

<sup>8</sup> **Marian Meir Abraham Eiger** (1873–1939), fizjolog. Studiował medycynę na Uniwersytecie Warszawskim, Uniwersytecie w Dorpacie i Uniwersytecie Moskiewskim. Od 1907 do 1922 r. pracował w Warszawie w klinice Teodora Dunina i w Szpitalu Dzieciątka Jezus u Przewoskiego i Dmochowskiego. W 1922 r. objął Katedrę Fizjologii na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie. Prace Eigera dotyczyły m.in. automatyzmu serca, elektrokardiografii (której był jednym z pionierów), regulacji przewspółczulnej, wydzielenia żółci, endokrynnej czynności trzustki, nowotworzenia.

<sup>9</sup> **Stawoj Składkowski** (1885–1962), chirurg, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego (1911 r.). W latach 1911–1914 pracował w klinice uniwersyteckiej i lecznicy chirurgicznej w Sosnowcu. Od 14 sierpnia 1914 był lekarzem w Legionach Polskich, od listopada 1918 r. służył w Wojsku Polskim, 26 kwietnia 1924 r. został szefem Departamentu Sanitarnego M.S. Wojsk., w grudniu został awansowany na stopień gen. bryg. W latach 1926–1929 objął tękę ministra spraw wewnętrznych, w latach 1936–1939 był zastępcą szefa i szefem Administracji Armii – II wiceministrem spraw wojskowych. 1 stycznia 1936 r. został awansowany na stopień generała dywizji. W latach 1936–1939 był premierem rządu i ministrem spraw wewnętrznych.

<sup>10</sup> **Ludwik Zembrzusi** (1871–1962), chirurg, pułkownik, docent dr hab. n. med., absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Od 24 czerwca 1920 r. do 6 października 1922 r. był kierownikiem Wydziału Lecznictwa Departamentu Sanitarnego M.S. Wojsk., następnie dyrektorem nauk w Wojskowej Radzie Sanitarnej, od 23 grudnia 1925 r. pracował w Oficerskiej Szkole Sanitarnej. 17 marca 1928 r. przeszedł w stan spoczynku.

<sup>11</sup> **Władysław Antoni Gluziński** (1856–1935), internista, patolog. Od 1890 r. pełnił funkcję profesora na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1897 r. objął posadę we Lwowie, a w 1919 r. w Warszawie. Był autorem prac o fizjologii, patologii i diagnostyce przewodu pokarmowego. Był także jednym z założycieli Towarzystwa Internistów Polskich oraz Towarzystwa Walki z Gruźlicą.

<sup>12</sup> **Bronisław Sawicki** (1860–1932), chirurg, członek Polskiej Akademii Umiejętności. Zorganizował oddział chirurgii dziecięcej na I Oddziale Chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus. Z Edwardem Flatauem, wybitnym neurologiem, rozwinął chirurgię układu nerwowego.

<sup>13</sup> **Alfred Marcin Sokółowski** (1849–1924), internista, profesor Uniwersytetu Warszawskiego. Był jednym z pionierów nowoczesnego leczenia chorób układu oddechowego ftyzjatrii oraz polskiej laryngologii. W 1908 r. założył Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, współzałożyciel sanatoriów w Zakopanem, Rudce, Leśniczówce.

<sup>14</sup> **Edward Flatau** (1868–1932), neurolog. Absolwent uniwersytetu w Moskwie, od 1899 r. związany z Warszawą. Był twórcą nowoczesnej neurologii polskiej, autorytetem w dziedzinie fizjologii i patologii opon mózgowo-rdzeniowych, należał do pionierów neurologii światowej. Współtwórca czasopism medycznych „Neurologia Polska” i „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”. Był członkiem Polskiej Akademii Umiejętności. W medycynie z jego nazwiskiem wiąże się zespół Redlicha-Flataua, zespół Flataua-Sterlinga, choroba Flataua-Schidlera, a także objaw Flataua.

<sup>15</sup> **Samuel Goldflam** (1852–1932), neurolog. Ukończył Wydział Lekarski na Uniwersytecie Warszawskim w 1875 r. Pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych w Szpitalu św. Ducha. Fascynowała go neurologia i jej się poświęcił. Specjalności tej uczył się w Berlinie oraz Paryżu. Po powrocie do Warszawy wznowił pracę u Lambła, a następnie otworzył bezpłatną prywatną poliklinikę w swoim mieszkaniu przy ul. Granicznej 10 dla chorych niezamożnych. Opisany przez niego objaw wstrząsania nerek związane z jego nazwiskiem i przeszedł do światowego piśmiennictwa. Zajmował się przepuklinami, interesowała go także rola jodu w chorobie Basedowa. Chorobą szczegółowo opisaną przez niego jest miastenia. Wprawdzie najpierw opisał ją Thomas Willis w XVII w., a następnie Wilhelm Erb, ale objaw apokamnozy i obraz histologiczny to wkład Goldflama, stąd eponim „choroba Erba-Goldflama”. Goldflam udowodnił, że porażenie okresowe rodzinne opisane przez Westphala nie jest nerwicą i stwierdził w napadzie brak odruchów głębokich oraz brak reakcji mięśni na drażnienie prądem elektrycznym.

<sup>16</sup> **Tadeusz Józef Bętkowski** (1889–1966), chirurg, pułkownik Wojska Polskiego. W latach 1907–1913 studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego, następnie pracował w Klinice Chirurgicznej we Lwowie pod kierownictwem Ludwika Rydygiera. W niepodległej Polsce wstąpił do Wojska Polskiego, kierował oddziałami chirurgicznymi kilku szpitali wojskowych, m.in. w Krakowie i Rzeszowie oraz 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu. Po kampanii wrześniowej kilka miesięcy przebywał w niewoli. W marcu 1940 r. znalazł się w Warszawie, gdzie był naczelnym chirurgiem w Szpitalu Ujazdowskim. Po wojnie kierował Oddziałem Chirurgicznym Szpitala PCK w Toruniu i Szpitala Okręgowego w Warszawie. Pracował także na kierowniczych stanowiskach w szpitalach Ministerstwa Obrony Narodowej. Od 1958 r. był związany z Wojskową Akademią Medyczną. Przeszedł na emeryturę w 1962 r.

### Biogramy opracowano na podstawie

1. Bogusz J., Rudowski W. (red.): Sylwetki chirurgów polskich. Wrocław, Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1982
2. Domżał T.: Historia polskiej neurologii i neurochirurgii. *Neurochir. Pol.*, 2010; 1: 96
3. Ilnicki S., Nelken J.: Gen. bryg. dr med. Jan Władysław Nelken. Warszawa, WIM, 2009
4. Kierzek A., Pozowski A., Kuciel-Lewandowska J.: Alfred Marcin Sokółowski a Władysław Matlakowski. Przyczynek do historii sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc. *Ann. Acad. Med. Stetinensis*, 2007; 53 (2): 124–128
5. Wojtkowiak S.: Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim. Warszawa, Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, 1973
6. Wielka encyklopedia PWN, Warszawa PWN, 2001–2006

### Piśmiennictwo

1. Dmochowski Z.: Artykuł wstępny. *Lek. Wojsk.*, 1920; 1 (1): 1–3
2. Róg M.: Wartość pieniądza. [http://genealog.mrog.org/wartosc\\_pieniadza.html#cwierc](http://genealog.mrog.org/wartosc_pieniadza.html#cwierc) (dostęp 27 sierpnia 2010)
3. Protokół pierwszego posiedzenia wojskowo-lekarskiego w Szpitalu Ujazdowskim. *Lek. Wojsk.*, 1920; 1 (1): 28–29 (*pisownia oryginalna – dopisek Autora*)
4. Bober S., Roźniatowski T., Łangowoj J.: Historia naszego czasopisma. *Lek. Wojsk.*, 1964; 40 (10): 721–730
5. Bober S.: Nasze czterdziestolecie. *Lek. Wojsk.*, 1964; 40 (12): 871–878
6. Kożuchowski T.: Sprawozdanie z posiedzenia Wojskowo-lekarskiego w szpitalu zapasowym W.P. w Zamościu z dnia 28.XI.19 r. *Lek. Wojsk.*, 1920; 1 (24): 27–28
7. Herman E.: Historia neurologii polskiej. Wrocław, Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1975
8. Szarecki B.: Kilka uwag praktycznych dla młodych kolegów chirurgów, pracujących na froncie. *Lek. Wojsk.*, 1920; 1 (21): 7

# Rozpoznawanie i leczenie obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych

Diagnosis and treatment of injuries to multiple sites and organs

**Krzysztof Kwiatkowski, Andrzej Kalewski, Piotr Piekarczyk, Dariusz Bojanowski, Konrad Borcz, Łukasz Chojecki, Bogusz Grabik, Jakub Ziótek**

Klinika Traumatologii, Ortopedii i Oddziału Zakażeń Narządu Ruchu Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kwiatkowski

**Streszczenie.** Wstęp: Zasadą postępowania w obrażeniach wielomiejscowych i wielonarządowych jest leczenie zagrożenia życia, uszkodzeń struktur nerwowych i naczyń oraz operacyjne nastawienie i zespolenie złamań. Cel: Przedstawienie danych demograficznych chorych z tymi obrażeniami, ocena stanu świadomości i rokowania na przeżycie według ogólnie przyjętych skal oraz rozpoznania obrażeń i sposobów ich leczenia. Materiał i metody: Analiza retrospektywna na podstawie historii chorób 36 osób (M 29, K 7), przyjętych do WIM w 2008 roku z powodu tych obrażeń, które po leczeniu wypisano w stanie ogólnym dobrym. Średni wiek 37,5 roku (18–82 lata). Oceniono dane demograficzne, liczbę obrażeń według liczbowej skali obrażeń (LSO), stan świadomości wg Glasgow Coma Scale (GCS), rokowanie na przeżycie według Revised Trauma Score (RTS). Przedstawiono sposoby leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego. Wyniki: Wskaźnik GCS wahał się od 3 do 15 punktów. Wskaźnik RTS u 2 chorych określono na 4 punkty, wskazujący na małe szanse przeżycia. Stwierdzono 134 obrażenia różnych okolic ciała (średnio 3,7 na 1 chorego). Najczęściej obrażenia kończyn dolnych – 30 chorych (83,3%), najrzadziej jamy brzusznej – 6 chorych (16,7%). Czas pobytu chorych w szpitalu wahał się od 5 do 58 dni (średnio 24,5 dnia). Wnioski: Mężczyźni do 50. roku życia są najczęściej ofiarami obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych. Wstępna ocena stanu świadomości (GCS) i szansy przeżycia (RTS) u poszkodowanych nie powinna wpływać na podejmowane działania lecznicze.

**Słowa kluczowe:** leczenie obrażeń, obrażenia wielomiejscowe, obrażenia wielonarządowe, rozpoznawanie obrażeń pourazowych

**Abstract.** Introduction: The management of injuries to multiple sites and organs involves reducing the threat of life, removing damage to nervous and vascular structures, and performing open reduction and stabilization of fractures. Aim: Presentation of the demographic data of patients with such injuries; assessment of patients' awareness, life expectancy according to the generally accepted scales, as well as diagnoses and treatment options. Material and methods: A retrospective analysis on the basis of the medical history of 36 patients (M 29, F 7), admitted to WIM in 2008 because of such injuries, who were discharged after treatment in good condition. The medium age was 37.5 years (18–82 years). We assessed demographic data, the number of injuries according to the numerical scale of injuries, the state of awareness according to the Glasgow Coma Scale (GCS), life expectancy according to the Revised Trauma Score (RTS). Surgical and nonsurgical treatment options were presented. Results: The GCS rate was from 3 to 15 points. The RTS in 2 patients was 4 points, which indicated small chance of survival. We observed 134 injuries in different sites of the body (mean 3.7 per patient). Most common were injuries of the lower limbs – 30 patients (83.3%), least common of the abdominal cavity – 6 patients (16.7%). Length of hospital stay ranged from 5 to 58 days (mean 24.5 days). Conclusions: Men aged less than 50 years most often suffer from multiple injuries. Preliminary assessment of the state of awareness (GCS) and of the chance of survival (RTS) in casualties should not influence the course of treatment.

**Key words:** diagnosis of post-traumatic injuries, treatment of injuries, multiple injuries

Nadesłano: 23.08.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 26–35  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji:  
prof. dr hab. med. Krzysztof Kwiatkowski  
Klinika Traumatologii, Ortopedii i Oddziału Zakażeń  
Narządu Ruchu CSK MON WIM,  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel. +48 228 102 166,  
e-mail: klin\_ort@wim.mil.pl

## Wstęp

Obrażenia wielonarządowe i wielomiejscowe narządu ruchu spowodowane są urazami wysokiej energii w wypadkach samochodowych, katastrofach kolejowych, upadkach z wysokości itp. i mają wiele cech wspólnych z obrażeniami wojennymi. Ranny żołnierz jest jednak zwykle w pełni sił fizycznych, a ofiary katastrof i wypadków bywają w różnym wieku i różnym ogólnym stanie zdrowia.

Obrażeniem wielomiejscowym nazywa się uszkodzenie ciała spowodowane urazem i dotyczące co najmniej dwóch okolic ciała, z których każde wymaga leczenia specjalistycznego. Obrażeniem wielonarządowym określa się uszkodzenia co najmniej dwóch narządów spełniających odmienne funkcje, a każde z tych uszkodzenie uzasadnia konieczność hospitalizacji. Ponad połowa zgonów z powodu urazów wielomiejscowych i wielonarządowych następuje w ciągu kilku minut od wypadku, jeszcze przed przybyciem specjalistycznej pomocy lub w trakcie transportu. Spośród pozostałych 2/3 chorych dociera do szpitala w stanie bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego: wstrząsem oligowolemicznym na skutek krwotoku, ostrej niewydolności oddechowej (nieδροżność górnych dróg oddechowych, załknięcie, stłuczenie płuca, odma itd.), uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (uraz mechaniczny lub wtórnie, na skutek niedokrwienia lub niedotlenienia), a często kombinacji tych czynników [1]. W Polsce obserwuje się dużą śmiertelność u osób po przebytych urazach, zwłaszcza duży odsetek zgonów przedszpitalnych oraz zgonów, którym teoretycznie można by zapobiec. Dostrzega się wiele niedoskonałości organizacyjnych, opóźniających dotarcie ofiary wypadku do szpitala. W Polsce w wypadkach komunikacyjnych ginie 12 osób/100 wypadków. W państwach „starej” Unii Europejskiej w wypadkach komunikacyjnych ginie 3,5 osoby/100 wypadków. W USA śmiertelność pourazowa wynosi 50 osób/100 tys., w Polsce 75 osób/100 tys. mieszkańców [2]. Ten stan wymaga rewizji istniejącego systemu postępowania z chorymi po urazach.

Objawy poszczególnych izolowanych obrażeń ciała są stosunkowo łatwe do rozpoznania. Sytuacja ulega drastycznej zmianie w przypadku obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych, kiedy objawy poszczególnych obrażeń nakładają się na siebie, a dodatkowo poszkodowany jest pod wpływem alkoholu lub środków odurzających (około 20–30%). Dlatego w przypadku wielomiejscowych obrażeń ciała obok koniecznego pospiechu związanego z narastającym zagrożeniem życia występuje konieczność leczenia zespołowego przy współistniejących trudnościach diagnostycznych dotyczących zarówno rodzaju, jak i samego miejsca uszkodzenia [3]. Priorytetem jest szybkie rozpoznanie i leczenie stanów bezpośredniego zagrożenia życia z szybkim wdrożeniem postępowania przeciwwstrząsowego.

Po wstępnym badaniu klinicznym i rozpoczęciu leczenia przeciwwstrząsowego w następnej kolejności powinno się przeprowadzić pełną ocenę kliniczną u ofiary w celu rozpoznania, leczenia lub zapobiegania wystąpieniu innych zagrożeń [3]. Głównym problemem związanym z leczeniem ofiar urazów jest niestabilność hemodynamiczna u chorych z wielomiejscowymi obrażeniami ciała, która najczęściej wynika z utraty krwi. Metody diagnostyczne zmierzające do jak najszybszej lokalizacji źródła krwotoku (począwszy od diagnostycznego nakłucia jamy otrzewnej lub klatki piersiowej, przez USG, angiografię, tomografię komputerową [TK] i magnetyczny rezonans jądrowy [MR]) okazują się przydatne w określonych sytuacjach klinicznych [4]. U chorych z mnogimi obrażeniami ciała, w tym z ciężkimi obrażeniami czaszko-mózgowymi, niezbędna jest TK, której zastosowanie pozwala skrócić czas koniecznej obserwacji i przyspieszyć zabieg operacyjny. Badanie powinno dotyczyć nie tylko głowy, ale i pozostałych okolic ciała.

TK stosowana w wielospecjalistycznym ośrodku i przy zachowaniu standardowych procedur ratujących życie przynosi ogromne korzyści [5]. Wielu badaczy wskazuje, że TK całego ciała jako podstawowa metoda diagnostyczna skraca czas diagnostyki niezbędnej do wdrożenia właściwego postępowania operacyjnego [5,6], a także obrazuje uszkodzenia narządowe i pozwala ustalić wskazania do wykonania angiografii [7]. Współczesny ośrodek urazowy nie może istnieć bez łatwego i szybkiego dostępu do tego badania [8].

Ubytek krwi wyrównuje się, podając roztwory koloidowe lub krystaloidy; ze względu na czas może być konieczne przetoczenie krwi bez wykonywania próby krzyżowej (uniwersalnej) lub tzw. autotransfuzji z wykorzystaniem krwi odessanej z pola operacyjnego (pod warunkiem, że nie jest ona zanieczyszczona domieszką żółci lub treści jelitowej i że dysponuje się właściwym filtrem). W przypadku rozpoznania krwotoku wewnętrznego błędem jest odrzucanie zabiegu w celu wyrównania stanu hemodynamicznego pacjenta. Mimo że ostatnio toczy się dyskusja na ten temat, nadal obowiązuje zasada, że u chorych z mnogimi obrażeniami ciała jedynie wyjątkowo można wdrożyć leczenie zachowawcze u stabilnych krążeniowo pacjentów, u których rozpoznano uszkodzenie narządów mięszkowych (zwłaszcza wątroby lub śledziony). We wszystkich pozostałych przypadkach najpierw poszukuje się krwotoku w jamie brzusznej i przetrzeni zaotrzewnowej, a po jego wykluczeniu pierwszym etapem postępowania jest zwykle próba drenażu opłucnej. Jak najszybsze opanowanie wstrząsu, jak najwcześniejsze rozpoznanie i zaopatrzenie źródeł krwotoku, zapewnienie prawidłowej wentylacji od samego początku, jak najbardziej dokładne rozpoznawanie i zwalczanie powikłań oraz jak najbardziej dokładne monitorowanie wszelkich zmian homeostazy to klucz do zmniejszenia śmiertelności ofiar urazów.

Leczenie chorych po urazie na specjalistycznych oddziałach zabiegowych (traumatologia narządu ruchu, torakochirurgia, chirurgia naczyniowa, kardiochirurgia, laryngologia, chirurgia szczękowa, okulistyka i in.) podejmuje się wówczas, gdy chorzy doznają obrażeń izolowanych, umiejscowionych na obszarze ciała, będącym przedmiotem danej specjalności. Po uzyskaniu stabilizacji podstawowych czynności życiowych wskazujących na ustąpienie objawów wstrząsu można wykonać operacje w uszkodzeniach powodujących bezpośrednio zagrożenie dla kończyny (zmiażdżenia, złamania i zwichnięcia powikłane uszkodzeniem naczyń). Trwała normalizacja podstawowych czynności narządów i układów pozwala na operacyjne leczenie wielomiejscowych obrażeń narządu ruchu. Podjęcie takiej decyzji jest łatwiejsze w przypadku chorych, u których w momencie przyjęcia do szpitala nie ma bezpośredniego zagrożenia życia. Po rozpoznaniu obrażeń narządu ruchu poleca się dokonać zaopatrzenia tych uszkodzeń, które nie wymagają otwartych dostępu operacyjnych (nastawienie zwichnięć stawów, odtworzenie osi kości i unieruchomienie zewnętrzne, często po stabilizacji przezskórnej drutami Kirschnera lub gwoździami Steimanna). Nie należy zapominać o możliwości unieruchomienia złamań w aparatach stabilizacji zewnętrznej. Inne złożone obrażenia kości kończyn można ustabilizować na wyciągach bezpośrednich. W leczeniu operacyjnym złamań pierwszeństwo mają zamknięte zespolenia śródszpikowe złamań trzonów kości. U chorych z wielomiejscowymi obrażeniami narządu ruchu poważne trudności stwarzają wieloobłamowe złamania śródstawowe. Operacyjne leczenie tych złamań poleca się wykonać po uzyskaniu trwałej normalizacji funkcji podstawowych narządów i układów. Doktryny o możliwie jak najwcześniejszym operacyjnym leczeniu uszkodzeń narządu ruchu nie można wdrożyć na zasadzie „teraz i im wcześniej, tym lepiej”. Konieczna jest świadomość, że za zbyt „ambitnym” planem operacyjnym kryje się większe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań. Zgodnie z zasadą postępowania podstawowe znaczenie ma zaopatrzenie obrażeń powodujących zagrożenie życia, następnie stwarzających bezpośrednio zagrożenie trwałym uszkodzeniem struktur nerwowych oraz naczyń kończyn i wreszcie operacyjne nastawienie i zespolenie złamań niepowikłanych.

## Cel

Cel pracy stanowi przedstawienie danych demograficznych, oceny stanu świadomości i rokowania na przeżycie według ogólnie przyjętych skal oraz rozpoznania obrażeń i sposobów ich leczenia u 36 poszkodowanych. Wszyscy doznali obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych, a następnie byli leczeni w Wojskowym Instytucie Medycznym. Wyniki analiz mogą stanowić przyczynek

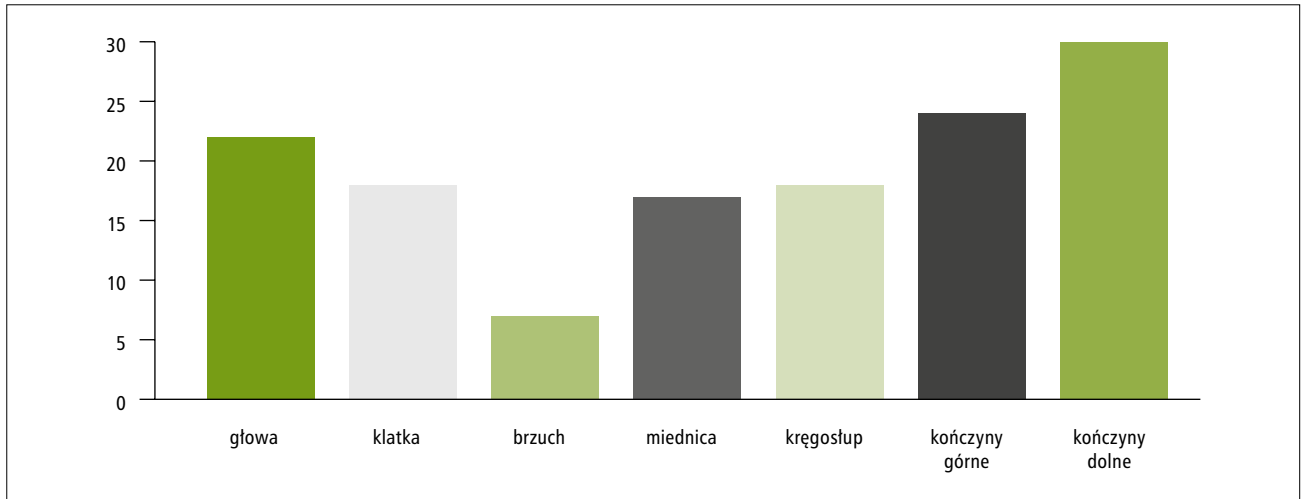
do wyznaczenia strategii postępowania w obrażeniach wielonarządowych i wielomiejscowych.

## Materiał i metody

Badania nad oceną świadomości, rokowaniem na przeżycie, rodzajem doznanych obrażeń, leczeniem doraźnym chorych po ciężkich urazach oraz końcowym sposobem zaopatrzenia uszkodzeń narządu ruchu oparto na dokumentacji leczenia 36 poszkodowanych, którzy bezpośrednio lub po wstępnym leczeniu na specjalistycznych oddziałach trafili do Kliniki Traumatologii, Ortopedii i Oddziału Zakażeń Narządu Ruchu w Wojskowym Instytucie Medycznym. Wszyscy po leczeniu w stanie ogólnym dobrym zostali wypisani ze szpitala. Metodyka badań polegała na retrospektywnej analizie danych zawartych w historiach chorób leczonych osób. W okresie od 1.01.2008 do 31.12.2008 roku w Klinice leczono 856 chorych z powodu ostrych urazowych uszkodzeń narządu ruchu. U 104 chorych (12,1%) rozpoznano obrażenia wielomiejscowe i wielonarządowe. Dokumentacja 36 losowo wybranych chorych stała się podstawą do prowadzonych analiz. W tej grupie było 7 kobiet i 29 mężczyzn. W wieku 18–30 lat było 15 chorych, w wieku 31–50 lat również 15 chorych, a w wieku 51–82 – 6 chorych. Średnia wieku poszkodowanych wynosiła 37,5 roku (od 18 do 82 lat). W analizie oceniano stan świadomości po urazie według skali Glasgow Coma Scale (GCS), szansę przeżycia według Revised Trauma Score (RTS) i umiejscowienie obrażeń według anatomicznej liczbowej skali obrażeń (LSO), obejmującej 7 okolic ciała oraz szczegółowe rozpoznania zgodnie z LSO oraz rodzaj przeprowadzonego leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego.

## Wyniki

W chwili przyjęcia do Szpitala ocenę według GCS obejmującą 3 objawy: reakcję motoryczną, otwieranie oczu i reakcję werbalną przeprowadzono u 27 poszkodowanych. U tych osób wskaźnik punktowy GCS wahał się od 3 do 15 punktów. Wskaźnik powyżej 13 punktów, który określa stan świadomości jako dobry, stwierdzono u 22 osób. U 2 wskaźnik wynosił 11 punktów, a u 3 – 3 punkty. Natomiast u 9 poszkodowanych, m.in. z powodu sedacji, wskaźnik GCS nie był oznaczony. Ocena w skali RTS składająca się z wartości 3 wskaźników – wskaźnika GCS, ciśnienia skurczowego i liczby oddechów na minutę mogła być analizowana podobnie jak GCS u 27 poszkodowanych. Dane pochodzące od 9 chorych, w tym chorych zaintubowanych w sedacji, uniemożliwiały ocenę według skali RTS. U 15 poszkodowanych wskaźnik RTS miał maksymalną wartość 12 punktów. Rokowanie na przeżycie większości chorych w chwili przyjęcia do Szpitala było dobre. Wartość



Rycina 1. Liczba obrażeń w poszczególnych okolicach ciała

Figure 1. Number of injuries to particular sites of the body

Tabela 1. Liczba poszkodowanych i liczba obrażeń różnych okolic ciała		
Table 1. The number of casualties and the number of injuries to different sites of the body		
liczba poszkodowanych	liczba obrażeń u każdego poszkodowanego	% poszkodowanych
1	7	55,6
3	6	
7	5	
9	4	
8	3	44,4
8	2	
razem 36 osób		

8 punktów stwierdzono u 7 chorych, u 3 chorych wskaźnik wyniósł 7 punktów. U 2 chorych wskaźnik RTS określono na 4 punkty. W ocenie wstępnej u tych 2 poszkodowanych szanse na przeżycie były małe. W chwili przyjęcia do Szpitala wśród 36 chorych prawidłowe tętno stwierdzono u 29 poszkodowanych, prawidłową liczbę oddechów u 24 chorych, oddech wspomagany u 8 osób, a nie odnotowano danych dotyczących liczby oddechów u 4 osób. Tętno przyspieszone stwierdzono u 32 osób, a prawidłowe u 3. U żadnego chorego w dokumentacji nie odnotowano zmienionej temperatury ciała w chwili przyjęcia do Szpitala. Mierną utratę krwi z ran powłok ciała stwierdzono u 5 poszkodowanych. Upojenie alkoholowe rozpoznano u 8 poszkodowanych.

U 36 poszkodowanych wystąpiły 134 obrażenia urazowe różnych okolic ciała. Ciało człowieka podzielono

zgodnie z LSO na 7 okolic. Najczęściej występowały urazy kończyn dolnych – 30 chorych, co stanowiło 83,3% ogółu leczonych, w drugiej kolejności urazy kończyn górnych u 24 chorych (66,7%), dalej urazy głowy u 21 chorych (58,3%), kolejno u 18 chorych (50%) urazy kręgosłupa i u 18 chorych (50%) urazy klatki piersiowej. Najrzadziej obserwowano pourazowe zmiany w jamie brzusznej – u 6 chorych (16,7%). Średnio na jednego chorego przypadało 3,7 obrażenia w różnych okolicach ciała. Na rycinie 1 przedstawiono dane o liczbie obrażeń według LSO.

Analiza liczby obrażeń u poszczególnych chorych wykazała, że 4 obrażenia występowały najczęściej, bo u 9 poszkodowanych. Dwie grupy po 8 chorych miało odpowiednio 2 i 3 obrażenia różnych okolic ciała. Zwraca uwagę, że u większości, tj. u 20 chorych (55,6%), stwierdzono występowanie 4 i więcej obrażeń według LSO. Szczegółowe dane dotyczące liczby poszkodowanych w połączeniu z liczbą obrażeń przedstawia tabela 1.

W rozpoznaniu uszkodzeń narządu ruchu najczęściej korzystano z typowych radiogramów (u 30 poszkodowanych radiogramy 7 okolic ciała). Badanie TK, głównie głowy i końców stawowych złamanych kości, wykonano u 25 leczonych. Badania ultrasonograficzne, głównie narządów jamy brzusznej, wymagało 7 chorych. Szczegółowe rozpoznanie urazów w poszczególnych okolicach ciała wykazało, że urazy głowy u 21 chorych najczęściej przebiegały z utratą przytomności i towarzyszyły temu złamania kości czaszki. Obrażenia klatki piersiowej najczęściej definiowano jako złamania żeber, a także stłuczenie płuc. W brzuchu obrażenia prowadziły do uszkodzenia wątroby i śledziony. U 7 chorych z urazami miednicy najczęściej rozpoznawano złamania z przerwaniem pierścienia miednicy oraz złamania panewki stawu

**Tabela 2. Rozpoznane uszkodzenia w różnych okolicach ciała zgodnie z liczbową skalą obrażeń**  
**Table 2. Diagnosed injuries to different sites of the body according to the numerical scale of injuries**

rozpoznanie	liczba chorych	%
<b>głowa</b>	21	15,7
uraz głowy z utratą przytomności	8	
złamania kości czaszki	8	
krwiak śródczaszkowy	3	
rana powłok głowy	2	
<b>klatka piersiowa</b>	18	13,4
złamanie żeber	3	
złamanie żeber z odmą opłucnową	2	
złamanie żeber ze stłuczeniem płuc	5	
stłuczenie płuc	5	
odma z krwiakiem jamy opłucnej	2	
pourazowy tętniak aorty	1	
<b>brzuch</b>	6	4,5
stłuczenie wątroby	1	
krwawienie zaotrzewnowe	2	
pęknięcie wątroby lub śledziony	3	
<b>miednica</b>	17	12,7
złamanie z przerwaniem pierścienia miednicy	10	
złamanie bez przerwania pierścienia miednicy	3	
złamanie panewki stawu biodrowego	4	
<b>kręgosłup</b>	18	13,4
złamanie kręgosłupa szyjnego	7	
złamanie kręgosłupa piersiowego	4	
złamanie kręgosłupa lędźwiowego	7	
złamania z niedowładem kończyn	3	
<b>kończyny górne</b>	24	17,9
złamanie łopatki	4	
złamanie obojczyka	2	
złamanie kości ramiennej	9	
złamanie kości przedramienia	7	
złamanie kości ręki	2	
<b>kończyny dolne</b>	30	22,4
złamania kości udowej	13	
złamania kości goleni	13	
złamania kości stępu	1	
przerwanie więzadeł kolana	3	

biodrowego. Złamania kręgosłupa z niedowładem kończyn stwierdzono u 3 chorych; jeden w kręgosłupie szyjnym, jeden piersiowym i jeden lędźwiowym. Najczęściej rozpoznawano złamania kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. W kończynie górnej dominowały złamania kości ramiennej i kości przedramienia. Obrażenia kończyny dolnej dotyczyły w tej samej liczbie złamań kości udowej oraz piszczelowej.

Pierwotne powikłania pourazowe wystąpiły u 10 chorych. Najczęściej obserwowano złamania otwarte kości goleni – u 5 poszkodowanych. Intensywne krwawienie w złamaniu z przerwaniem pierścienia miednicy stwierdzono u 1 chorego. Zespół ciasnoty zespołów powięziowych stwierdzono u 2 chorych po złamaniu kości goleni, niedowłady izolowanych nerwów u 4 chorych po złamaniach kości kończyn. Rozpoznane urazy w poszczególnych okolicach ciała przedstawia tabela 2.

Aktywne leczenie chorych w czasie transportu do WIM polegało na uzupełnianiu płynów, tlenoterapii, a w 8 przypadkach konieczna była intubacja z powodu zaburzeń oddechowych. Po badaniu klinicznym i analizie badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych) zespół lekarski planował leczenie wstępne. 24 chorych (66,7%) przyjęto bezpośrednio do Kliniki Traumatologii, 9 chorych (25%) z powodu zaburzeń krążeniowo-oddechowych w okresie wczesnym wymagało leczenia na Oddziale Klinicznym Intensywnej Terapii (OKIT), a 3 chorych (8,3%) w Klinice Chirurgii z powodu krwawienia w jamie brzusznej. U 3 chorych wykonano laparotomię, u 4 drenaż jamy opłucnej, 1 choremu z powodu tętniaka aorty wszczepiono wewnątrznaczyniowy stent. Szczegółowe dane dotyczące sposobu leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego w poszczególnych okolicach ciała zgodnie z LSO zebrano w tabeli 3. Każdemu z 36 chorych przypisano kolejny numer.

Chorego ze złamaniem miednicy i narastającymi objawami krwawienia zakwalifikowano w trybie pilnym do stabilizacji odłamów aparatem zewnętrznym. 3 chorych ze złamaniami kręgosłupa i niedowładami kończyn bezpośrednio po poprawie stanu ogólnego poddano leczeniu operacyjnemu odbarczenia uciśniętych struktur nerwowych i stabilizacji implantami wewnętrznymi. Narastające objawy ciasnoty w przedziałach powięziowych goleni były wskazaniem do pilnej, otwartej *fasciotomii*.

20 chorych przyjętych do Kliniki Traumatologii zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w okresie od 1 do 3 dni po urazie. Chorych przyjętych na OKIT po normalizacji stanu ogólnego leczono operacyjnie z powodu obrażeń narządu ruchu pomiędzy 5. a 14. dniem po urazie. Operacyjne leczenie chorych ze złamaniami panewki stawu biodrowego polegające na nastawieniu odłamów i stabilizacji płytkami oraz śrubami kaniulowanymi wykonano pomiędzy 3. a 10. dniem po urazie. Chorych ze złamaniami kręgosłupa bez uszkodzenia struktur nerwowych operowano do 5. doby po urazie. U 9 chorych

**Tabela 3. Sposoby leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego w poszczególnych okolicach ciała zgodnie z liczbową skalą obrażeń**  
**Table 3. Surgical and nonsurgical treatment in particular sites of the body according to the numerical scale of injuries**

	<b>kolejny numer uszkodzonego</b>	<b>rodzaj leczenia w okolicach ciała, zgodnie z liczbową skalą obrażeń</b>
głowa	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 16, 21, 23, 24, 27, 31, 32	nieoperacyjne – przeciwochronek mózgu
	15, 17, 19, 29	operacyjne nastawienie złamania twarzoczaszki
klatka piersiowa	2, 3, 4, 7, 10, 12, 16, 24	nieoperacyjne
	1, 17, 31, 23, 36	nieoperacyjne w złamaniach żeber
	11, 13, 21, 32	operacyjne – drenaż jam opłucnowych
brzuch	19	wszczepienie stentu do pourazowego tętniaka aorty piersiowej
	2, 10, 24	nieoperacyjne w stłuczeniu mięszu wątroby
miednica	8, 11, 12	laparotomia, zaopatrzenie pękniętej wątroby i/lub śledziony, hemostaza, drenaż
	11, 15, 16, 19, 20, 24, 29, 30, 32, 36	leczenie nieoperacyjne
	10	operacyjna stabilizacja złamania miednicy stabilizatorem zewnętrznym
kręgosłup	12, 14, 17, 25, 35	operacyjne nastawienie złamań panewki stawu biodrowego i stabilizacja płytkami i śrubami kaniulowanymi
	3, 4, 11, 12, 16, 17, 20, 22, 30, 33, 34, 35, 36	nieoperacyjne – unieruchomienie zewnętrzne
	9, 13	<i>korpectomia</i> – odbarczenie kanału kręgowego, stabilizacja przednia
kończyny górne	21, 27, 32	operacyjne nastawienie i stabilizacja przeznasadowa
	7, 13, 15, 16, 17, 18, 31, 32	nieoperacyjne – unieruchomienie zewnętrzne
	20, 26, 33	nastawienie zamkniętego złamania i stabilizacja odłamów drutami Kirschnera („K”)
kończyny dolne	2, 6, 11, 24, 36	zespoleńia śródstopkowe złamań kości ramiennej lub kości przedramienia
	1, 4, 8, 9, 19, 22, 25, 29	otwarte nastawienie złamań i stabilizacja odłamów płytkami i śrubami kaniulowanymi
	8, 10, 11, 12, 13, 17, 24, 26	zespoleńia śródstopkowe złamania kości udowej
	19	zespoleńie kości udowej płytą DHS ( <i>dynamic hip screw</i> )
	22	zespoleńie etapowe złamania obu kości udowych gwoździami śródstopkowymi i rzepek metodą Webera
	14	zespoleńie śródstopkowe kości udowej, złamania rzepek poprzęciem Webera, złamania kości piętowych drutami „K”
	6	zespoleńie odkolanowe śródstopkowe kości udowej, stabilizacja złamań palców stopy drutami „K”
	16	zespoleńie płytą kości udowej i kostki bocznej według AO Foundation
	3, 15, 18, 30	zespoleńie śródstopkowe kości piszczelowej
	28	zespoleńie płytą kości piszczelowej, płytą kości piętowej
	31	zespoleńie płytą kości piszczelowej prawej, następnie amputacja nadkolanowa; zespoleńie płytą kości piszczelowej lewej
	33	zespoleńie płytami kątowno-stabilnymi stawowych złamań obu kości piszczelowych
	36	zespoleńie gwoździem śródstopkowym kości piszczelowej, zespoleńie złamań kostek goleni
	4	zespoleńie śrubami kości piszczelowej i kostki przyśrodkowej płytą LCP ( <i>low compression plate</i> )
	5	chirurgiczne opracowanie rany, zespoleńie śródstopkowe kości piszczelowej, rekonstrukcja uszkodzonej tętnicy piszczelowej tylnej, zespoleńie złamania kostki przyśrodkowej drutami „K”
	9	zespoleńie złamania kłykcia boczno kości piszczelowej płytą LCP
	27	stabilizacja złamania kości goleni aparatem zewnętrznym i stabilizacja drutami „K” złamania kości piętowej
1	zespoleńie złamania kostek goleni	
2, 7, 25, 32	zszycie więzadeł torebkowych kolana	

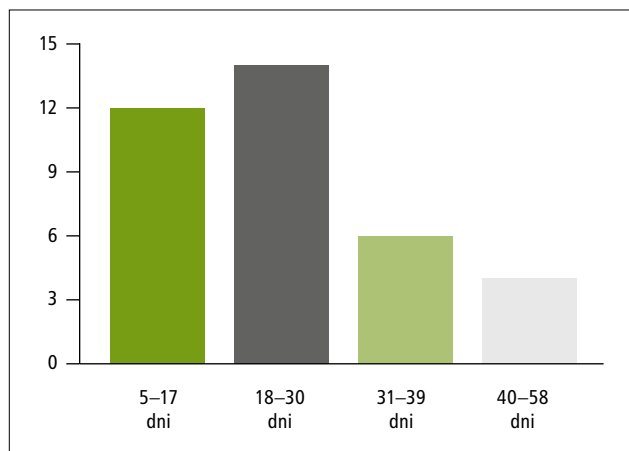
w przypadkach złamań kręgosłupa niewymagających leczenia operacyjnego, którym współtowarzyszyło złamanie kości kończyn, zdecydowano o operacyjnym zespoleniu kości do 3 dni po urazie. Pozostałych 4 chorych z podobną lokalizacją obrażeń operowano między 5. a 15. dniem po urazie. Złamania kości kończyny górnej u 3 chorych bezpośrednio po urazie ustabilizowano przeskórnymi drutami Kirschnera. Obrażenia wielomiejscowe kończyny górnej kwalifikowano do jednoczesnego zaopatrzenia operacyjnego. Złamania trzonów kości ramiennej i kości przedramienia u 5 chorych zespolono gwoździami śródszpikowymi. Leczenie operacyjne złamań końców stawowych u 8 poszkodowanych leczono zespoleniami płytkowymi i śrubami. U większości chorych wykorzystano zespolenia płytami kątowno stabilnymi. Leczenie operacyjne złamań kończyny górnej u 9 chorych wykonano do 3. doby po urazie, a u 4 pozostałych do 15. dnia po urazie. Wszystkich chorych ze złamaniami kości kończyn dolnych leczono operacyjnie. Leczenie operacyjne wielomiejscowych obrażeń kończyn dolnych u 12 chorych wymagało 26 zespożeń złamanych kości. Złamania trzonów kości udowej i piszczelowej najczęściej zespalano gwoździami śródszpikowymi. U 11 chorych ze złamaniem trzonu kości udowej do zespolenia wykorzystano gwoździe śródszpikowe, zespolenia płytkowe kości udowej zastosowano u 2 chorych. W złamaniach trzonu kości piszczelowej u 6 chorych kość zespolono gwoździami śródszpikowymi. U 4 chorych do zespolenia złamania kości piszczelowej wykorzystano płyty. Zespolenie śrubami zastosowano u jednego chorego i u jednego zewnętrznym aparatem stabilizującym. Współistniejące złamanie rzepki, kostek gołeni i kości piętowej leczono operacyjnie nastawieniem i stabilizacją wewnętrzną. U 4 chorych uszkodzone więzadła torebkowe stawu kolanowego zszyto, a następnie

unieruchomiono zewnątrznie kończynę. U chorego oznaczonego cyfrą 31 z pierwotnym pourazowym uszkodzeniem naczyń na wysokości szczeliny przełomu kości piszczelowej wykonano zespolenie kości płytą. Pogłębiające się niedokrwienie kończyny wymagało u tego chorego w 3. dobie amputacji nadkolanowej. Leczenie dwuetapowe złamań kości kończyn dolnych wykonano u 1 chorego. Operacje złamania kości kończyn dolnych u 17 chorych przeprowadzono do 3 dni po urazie, a u pozostałych 13 chorych do 15. dnia po urazie. Czas pobytu chorych w Klinice Traumatologii był różny i wynosił od 5 do 58 dni. Średni czas hospitalizacji w Klinice wynosił 24,5 dnia. Na rycinie 2 przedstawiono czas leczenia chorych.

## Omówienie

Optymalizacja leczenia chorych z mnogimi obrażeniami ciała stanowi przedmiot wielodyscyplinarnych badań i jest tematem licznych doniesień [9-17]. Wynika to z faktu, że grupa chorych z wielomiejscowymi i wielonarządowymi obrażeniami ciała obciążona jest znaczną liczbą i ciężkością doznanych obrażeń, których różnorodność decyduje o trudnym do przewidzenia przebiegu „choroby urazowej”. Obserwuje się dużą śmiertelność, zwłaszcza w krótkim okresie po urazie oraz zagrożenie kaleczeń pourazowym i znacznym odsetkiem inwalidztwa. U chorych ze współistniejącymi obrażeniami czaszkowo-mózgowymi występuje wysoki wskaźnik śmiertelności. Potwierdzeniem tej obserwacji jest analiza zgonów po obrażeniach wielomiejscowych i wielonarządowych w WIM [14]. U chorych z najcięższymi obrażeniami istnieje duże ryzyko popełnienia uchybień w leczeniu.

Zasadą postępowania w obrażeniach urazowych jest w pierwszej kolejności zaopatrzenie obrażeń stwarzających bezpośrednie zagrożenie życia, a następnie uszkodzenia bezpośrednio niezagrażające życiu. W następnej kolejności należy zaopatrywać uszkodzenia powodujące bezpośrednie niebezpieczeństwo dla kończyny. Na ostatnim etapie należy wykonywać zabiegi naprawcze i rekonstrukcyjne [3,18,19]. O ile czas zaopatrywania uszkodzeń zagrażających życiu nie wywołuje kontrowersji (zabiegi operacyjne należy wykonać możliwie najszybciej), to istnieją różnice zdań co do czasu i sposobu zaopatrywania uszkodzeń narządu ruchu niepowodujących zagrożenia życia [11,19]. Driscoll i wsp. [4], określając czas i kolejność zaopatrywania poszczególnych obrażeń w zależności od stanu chorego, zaproponowali 5-etapowy sposób postępowania w obrażeniach wielonarządowych. Na I etapie zalecają doraźne czynności i operacje ratujące życie. Etap II to dążenie do stabilizacji podstawowych czynności życiowych (ciśnienie skurczowe 100 mm Hg, tętno poniżej 100/min, wydzielenie moczu 25 ml/15 min, PO<sub>2</sub> 70 mm Hg, Hb 10 g%, płytki



**Rycina 2.** Czas leczenia chorych w Klinice w wybranych przedziałach czasowych

**Figure 2.** Duration of hospital treatment in selected time periods

krwi 100 000/mm<sup>3</sup>). Na etapie III możliwe jest wykonanie operacji ratujących funkcję narządów. Następnie powinno się prowadzić intensywne leczenie i powtórny diagnostykę w celu określenia normalizacji funkcji podstawowych narządów i układów (IV etap) oraz wykonanie operacji naprawczych (V etap). Uważa się, że nowoczesne sposoby leczenia ostrej pourazowej niewydolności nerek i przewlekła wentylacja zmniejszyły niewydolność pourazową innych narządów. Zmniejszenie pourazowej śmiertelności jest możliwe przy wdrożeniu przyczynowego leczenia pourazowej niewydolności narządów już bezpośrednio po urazie [17].

Przerwanie aorty piersiowej z powodu tępego urazu klatki piersiowej jest często śmiertelne, a jeśli zostanie rozpoznane powinno być natychmiast leczone operacyjnie. Wykorzystanie stentów naczyniowych w leczeniu uszkodzeń aorty jest obecnie standardem postępowania w okresie ostrym [16]. Jednakże przypadki przerwania aorty piersiowej są często powikłane uszkodzeniem innych narządów istotnych dla życia, czyniąc postępowanie operacyjne bardzo trudnym. Hemodynamicznie istotne krwawienie wymagające natychmiastowej interwencji może nastąpić z powodu uszkodzenia narządów jamy brzusznej lub złamania miednicy. Zasady postępowania u poszkodowanych ze złamaniem miednicy i obrażeniami wielomiejscowymi w stanie zagrożenia życia z powodu krwawienia wewnętrznego nakazują działanie dwuetapowe. W złamaniach z otwarciem pierścienia miednicy doraźne nastawienie i stabilizacja aparatem zewnętrznym jest najważniejszym celem w okresie ostrym. Pozwala ograniczyć krwawienie, eliminując w ten sposób konieczność tamponady pozaotrzewnowej. Jeśli krwawienie zostanie zatrzymane, późniejsza ostateczna operacyjna stabilizacja złamań miednicy powinna być zrealizowana zgodnie z zasadami.

Chorzy z obrażeniami wielomiejscowymi, w tym z urazami kręgosłupa, wymagają szczególnego postępowania. Podkreśla się wartość przedoperacyjnego badania MR uszkodzonego odcinka kręgosłupa [12]. Leczenie operacyjne kręgosłupa szczególnie przy współtowarzyszącym uszkodzeniu rdzenia jest bezwzględnie najważniejsze. W tych przypadkach konieczne jest operacyjne odbarczenie struktur nerwowych i stabilizacja złamane go odcinka [7].

Urazy kości kończyn mają często wygląd spektakularny i mogą odwracać uwagę lekarzy od innych zagrażających życiu obrażeń. Urazy kończyn występują u 70–80% chorych z obrażeniami wielomiejscowymi. W takich przypadkach należy rozpoznać i leczyć zaburzenia zagrażające życiu, a dopiero potem obrażenia zagrażające utratą kończyny. Po zaopatrzeniu tych ostatnich rozpoczyna się leczenie mniej groźnych uszkodzeń. W tych przypadkach nie wolno popełnić błędów w czasie leczenia, mogą one bowiem prowadzić do powikłań wymagających długotrwałego leczenia i rehabilitacji. W złamaniach kości

długich kończyn dolnych coraz częściej, jeśli to możliwe, stosuje się ostateczną stabilizację. Określenie wskazań i najlepszego okresu dla zespolenia śródszpikowego złamań kości długich w urazach wielomiejscowych jest nadal kontrowersyjne. W angloamerykańskim piśmiennictwie wczesne gwoździowanie śródszpikowe jest metodą z wyboru [10,11,18], odmiennie niż w krajach niemieckojęzycznych, gdzie podnosi się znaczenie rozwoju patomechanizmu wstrząsu urazowego [7,9,15,17]. Z drugiej strony wiadomo, że poważny uraz klatki piersiowej znacząco wpływa na rokowanie po przebyłym urazie, szczególnie wówczas, gdy współtowarzyszy temu złamanie kości udowej. Wiadomo, że każde działanie chirurgiczne stanowi dodatkowy uraz dla chorego. Gwoździowanie śródszpikowe z rozwieraniem jamy szpikowej kości udowej stanowi znacznie większy uraz, niż gwoździowanie śródszpikowe bez rozwierania.

W okresie stosowania respiratora, szczególnie przy zmianach pozycji ciała, wczesna stabilizacja złamań kości jest konieczna. Zewnętrzna stabilizacja złamań kości udowej może być metodą z wyboru u poważnie poszkodowanych chorych. Ostateczne leczenie złamania można uzyskać po gwoździowaniu śródszpikowym jako drugiej operacji [11]. W badaniach Boltuca i Koteli [20] chorych ze złamaniami otwartymi i obrażeniami wielomiejscowymi oceniono w zależności od czasu pourazowej stabilizacji co do występowania zakażenia kości i zaburzeń zrostu złamań. U chorych operowanych we wczesnym okresie pourazowym nastąpił zrost złamań. Natomiast u chorych ze złamaniami otwartymi leczonymi operacyjnie między 8. a 10. dobą po urazie wystąpiły zakażone stawy rzekome. Autorzy wskazują, że leczenie operacyjne złamań otwartych nie powinno być oddalane w czasie. W tych przypadkach we wczesnym okresie warto postąpić się aparatami stabilizacji zewnętrznej.

Operacyjnym postępowaniem u chorych z obrażeniami wielomiejscowymi z zamkniętym albo otwartym złamaniem trzonu kości ramiennej lub trzonami kości przedramienia jest zespolenie śródszpikowe lub płytowe. Złamania bliższego końca kości ramiennej należy zespolać płytą. Zewnętrzny stabilizator może być właściwym rozwiązaniem w zaopatrzeniu złamań otwartych III stopnia kości długich kończyny górnej [9]. W złamaniach kończyny górnej często współistnieją uszkodzenia bliższego końca kości ramiennej i złamania w obrębie przedramienia. To współistnienie jest silnie zaznaczone u kobiet w starszym wieku [10]. Pomimo dużej częstotliwości występowania obrażeń wielonarządowych śmiertelność przy obrażeniu jednego narządu wewnętrznego występuje rzadko. W poważnych urazach mózgowych występuje bardzo często. Poważny uraz czaszkowo-mózgowy jest najczęstszą przyczyną prowadzącą do zgonu szczególnie u poszkodowanych z innymi współtowarzyszącymi obrażeniami. Badania własne i innych autorów potwierdzają tę opinię [6,14,15].

Brongiel [1] podaje, że w następstwie wypadków najczęściej dochodzi do obrażeń kończyn dolnych, a w dalszej kolejności głowy i klatki piersiowej. Obserwacje własne wskazują, że najczęściej dochodzi do uszkodzeń w zakresie kończyn, a następnie głowy, klatki piersiowej i kręgosłupa. Na każdego poszkodowanego przypadało 3,7 urazu różnych anatomicznie okolic ciała, co również potwierdzają inne opracowania [1]. Dzięki ulepszeniu standardów postępowania na oddziałach intensywnej opieki obserwuje się coraz dłuższy okres przeżycia u chorych z obrażeniami wielonarządowymi. Badanie TK całego ciała (*whole-body*) u chorych po urazach stało się standardem, szczególnie w ocenie obrażeń kręgosłupa, głowy i naczyń. Angiografia TK zastąpiła wcześniej stosowane badania naczyń [8]. W uszkodzeniach głowy najczęściej wykorzystuje się badania TK.

Częstość nierozpoznanych urazów u chorych waha się według różnych publikacji od 0,5 do 38%. Jimenez i wsp. [13] ocenili częstotliwość i czynniki dodatkowe wpływające na błędy diagnostyczne. Spośród 912 chorych z obrażeniami wielonarządowymi i wielomiejscowymi u 19 osób (2%) stwierdzili początkowo nierozpoznane obrażenia. Wśród tych 19 chorych u 11 (58%) wystąpiły urazy zamknięte. U 9 chorych stwierdzono uszkodzenia narządu ruchu, u 5 uszkodzenia narządów wewnętrznych i u 4 chorych uszkodzenia naczyniowe. Analiza dokumentacji wykazała, że u 12 chorych (63%) brak rozpoznania był możliwy do uniknięcia, a najczęstszy powód wynikał z nieprawidłowej oceny klinicznej. Najważniejszym czynnikiem, który najskuteczniej przyczynia się do zmniejszenia liczby nierozpoznanych urazów, jest odpowiednia interpretacja obrazów radiologicznych. Zespoły urazowe powinny okresowo oceniać popełnione błędy diagnostyczne oraz analizować przyczyny skutkujące nieprawidłowymi rozpoznaniem.

Leczenie tych chorych wymaga bardzo dużych nakładów finansowych. W żadnym analizowanym przypadku NFZ nie pokrył rzeczywistych nakładów finansowych wynikających z cen badań dodatkowych, zespołów metalowych, leków, zużytych materiałów, pracy personelu i długotrwałego pobytu w szpitalu.

Częstotliwość zdarzeń z ciężkimi obrażeniami ciała to 1–2 pacjentów dziennie na około 800 tys.–1 mln dorosłych mieszkańców. Biorąc pod uwagę czas transportu, konieczne jest tworzenie w dużych aglomeracjach centrów urazowych przystosowanych do kompleksowego wielospecjalistycznego leczenia chorych z obrażeniami wielomiejscowymi i wielonarządowymi. Doświadczenie zespołów w leczeniu najciężej poszkodowanych po urazie wynika głównie z leczenia odpowiednio dużej liczby chorych. Współpraca z zespołami anestezyjologicznymi jest podstawową formą współdziałania w postępowaniu z tymi chorymi. W leczeniu zespołowym istnieje potrzeba współdziałania z wieloma dyscyplinami zabiegowymi, w tym z laryngologami,

okulistami, chirurgami szczękowymi i chirurgami plastykami. Ze względu na często występujące ciężkie obrażenia czaszkowo-mózgowe wymaga się współpracy z neurochirurgami.

Usprawnieniem polepszającym standard zabezpieczenia ofiar wypadku z ciężkimi obrażeniami ciała jest planowane utworzenie na terenie kraju specjalistycznych ośrodków leczenia tych chorych. Ośrodki te nazwane centrami urazowymi będą dysponowały niezbędnymi urządzeniami diagnostycznym i kadrą lekarzy specjalistów zabiegowych. W tych ośrodkach konieczne jest wypracowanie systemu organizacji zespołów urazowych (*trauma teams*) realizujących zadania według ściśle indywidualizowanego postępowania dostosowanego do potrzeb chorego ze złożonymi obrażeniami ciała. Ośrodki leczenia chorych z wielomiejscowymi i wielonarządowymi obrażeniami ciała mają być bazą szkoleniową personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego w zakresie traumatologii. Nasz szpital przygotowuje się do pełnienia roli centrum urazowego.

## Wnioski

1. Najczęściej obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych doznają mężczyźni do 50. roku życia.
2. Wstępna ocena stanu świadomości (GCS) i szansy przeżycia (RTS) u poszkodowanych nie powinna wpływać na podejmowane działania lecznicze.
3. U poszkodowanych z obrażeniami wielomiejscowymi i wielonarządowymi dominują uszkodzenia kończyn.
4. W przypadku operacyjnego leczenia obrażeń narządu ruchu u chorych z mnogimi obrażeniami ciała należy brać pod uwagę normalizację stanu poszkodowanego, liczbę obrażeń, wyposażenie w systemy stabilizacji kości i umiejętności operatora.
6. Planowane utworzenie na terenie kraju specjalistycznych ośrodków leczenia urazów stanowi nowe wyzwanie dla wielu specjalistów zabiegowych.

## Podziękowania

Praca zrealizowana w ramach zadań umowy z MON nr 16/WNiL/2009.

## Piśmiennictwo

1. Brongiel L. (red.): Złota godzina. Czas życia, czas śmierci. Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2007
2. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 164/1. Zalecenie Rady z dnia 31 maja 2007 r. w sprawie zapobiegania urazom i propagowania bezpieczeństwa
3. Lipiński J., Lasek J.: Problemy organizacyjne leczenia chorych z ciężkimi i mnogimi obrażeniami ciała. *Nowiny Lekarskie*, 1999; 68 (supl. I): 261–268
4. Driscoll P.A., Gwinnutt C.L., Jimmerson C.L., Goodall O. (red.): Doraźne leczenie urazów. Intensywne postępowanie zespołowe. PZWL, Warszawa, 1997

5. Klöppel R., Schreiter D., Dietrich J. i wsp.: Early clinical management after polytrauma with 1 and 4 slice spiral CT. *Radiologe*, 2002; 42: 541–546
6. Okamoto K., Norio H., Kaneko N. i wsp.: Use of early-phase dynamic spiral computed tomography for the primary screening of multiple trauma. *Am. J. Emerg. Med.*, 2002; 20: 528–534
7. Sumann G., Kampfl A., Wenzel V., Schobersberger W.: Early intensive care unit intervention for trauma care: what alters the outcome? *Curr. Opin. Crit. Care*, 2002; 8: 587–592
8. Fanucci E., Fiaschetti V., Rotili A. i wsp.: Whole body 16-row multislice CT in emergency room: effects of different protocols on scanning time, image quality and radiation exposure. *Emerg. Radiol.*, 2007; 13 (5): 251–257
9. Blum J., Gercek E., Hansen M., Rommens P.M.: Operative strategies in the treatment of upper limb fractures in polytraumatized patients. *Unfallchirurg.*, 2005; 108 (10): 843–844, 846–849
10. Broadbent M.R., Quaba O., Hadjucka, C., McQueen M.M.: The epidemiology of multifocal upper limb fractures. *Scand. J. Surg.*, 2003; 92: 220–223
11. Burkhardt M., Culemann U., Seekamp A., Pohlemann T.: Strategies for surgical treatment of multiple trauma including pelvic fracture. Review of the literature. *Unfallchirurg.*, 2005; 108: 814–820
12. Faundez A.A.: Treatment of thoraco-lumbar fractures. *Eur. Instructional Lectures*. Springer, 2010; 10: 87–96
13. Jiménez-Gómez L.M., Amunategui I., Sánchez J.M. i wsp.: Missed injuries in patients with multiple trauma: analysis of a trauma registry. *Cir. Esp.*, 2005; 78 (5): 303–307
14. Kwiatkowski K., Kalewski A., Truszczyński A. i wsp.: Zgony po urazach wielomiejscowych i wielonarządowych. *Lek. Wojsk.*, 2009; 87 (4): 229–234
15. Nast-Kolb D., Aufmkolk M., Rucholtz S. i wsp.: Multiple organ failure still a major cause of morbidity but not mortality in blunt multiple trauma. *J. Trauma*, 2001; 51 (5): 835–841
16. Osawa H., Tanaka A., Tanaka T. i wsp.: Treatment of strategy for traumatic disruption of the thoracic aorta accompanied by multiple trauma. *Jap. J. Thor. Surg.*, 2003; 56 (6): 433–437
17. Regel G., Lobenhoffer P., Grotz M. i wsp.: Treatment results of patients with multiple trauma: an analysis of 3406 cases treated between 1972 and 1991 at a German Level I Trauma Center. *J. Trauma*, 1995; 38 (1): 70–78
18. Harris M.B., Sethi R.K.: The initial assessment and management of the multiple-trauma patient with an associated spine injury. *Spine*, 2006; 31 (supl. 11): S9–S15
19. Rybicki Z.: *Intensywna terapia dorosłych*. Makmed, Lublin, 2009
20. Bołtuć W., Kotela I.: Management of multiple open fractures of long bones in multiple trauma. *Przegl. Lek.*, 2006; 63 (supl. 7): 29–31

# Wydatek energetyczny załóg wybranych okrętów Marynarki Wojennej RP

Energy expenditure of selected Polish Navy warship crews

**Jerzy Bertrandt, Roman Łakomy, Anna Kłos**

Zakład Higieny i Fizjologii Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie; kierownik: dr hab. n. farm. Jerzy Bertrandt

**Streszczenie.** Wstęp: Znajomość wydatkowanej przez człowieka energii pozwala z jednej strony określić potrzeby żywieniowe organizmu, z drugiej zaś stwarza możliwość dozowania obciążenia organizmu w zależności od warunków pracy i wydolności człowieka. Cel pracy: Ocena wartości wydatku energetycznego załóg wybranych okrętów Marynarki Wojennej RP, związanego z wykonywaniem typowych czynności podczas ćwiczeń poligonowych na morzu oraz zadań realizowanych w czasie pobytu okrętu w porcie. Materiał i metody: Pomiarów wartości wydatku energetycznego wytypowanych czynności dokonano, opierając się na badaniach częstotliwości skurczu serca za pomocą pulsometrów Polar Sport Tester 810. Wyniki: Wartość wydatku energetycznego związanego z wykonywanymi czynnościami zarówno w czasie pobytu na morzu, jak i w porcie, jest bardzo zróżnicowana i wynosi od 1,61 kcal/min przy obsłudze siłowni do 12,89 kcal/min podczas naprawy urządzeń i konserwacji sprzętu. Wnioski: Oznaczone wartości wydatku energetycznego poszczególnych czynności mogą stanowić podstawę do określania wartości dobowego obciążenia energetycznego załóg okrętów Marynarki Wojennej RP.

**Słowa kluczowe:** okręty Marynarki Wojennej, Sport Tester, wydatek energetyczny

**Abstract.** Introduction: Knowledge of energy expenditure allows to estimate nutritional requirements on one hand and to create possibility to dose workload depending on work conditions and human endurance on the other. Aim: The aim of this paper was to estimate energy expenditure of the crews serving on selected Polish Navy warships, related to the typical activities during manoeuvres at sea and tasks fulfilled while staying in the port. Material and methods: Measurements of energy expenditure of selected activities were done based on the examination of systole frequency with the Polar Sport Tester 810 heart rate monitor. Results: Energy expenditure related to tasks performed both at sea and in port is extremely varied and amounts to from 1.61 kcal/min for marine power plant operation to 12.89 kcal/min for equipment service and maintenance. Conclusion: Determination of energy expenditure of particular activities may be the base for the estimation of daily energy burden of Polish Navy warship crews.

**Key words:** energy expenditure, Navy warships, Sport Tester

Nadesłano: 20.07.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzecznosci interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 36–39  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: dr hab. Jerzy Bertrandt  
Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii  
ul. Kozielska 4, 01-163 Warszawa, tel.: +48 22 685 31 34,  
e-mail: J.Bertrandt@wihe.waw.pl

## Wstęp

Znajomość wydatkowanej przez człowieka energii pozwala z jednej strony określić potrzeby żywieniowe organizmu, z drugiej zaś stwarza możliwość dozowania obciążenia organizmu w zależności od warunków pracy i wydolności człowieka [1]. Obciążenie obowiązkami wynikającymi ze specyfiki służby wojskowej oraz duży wysiłek fizyczny związany z procesem szkolenia powodują, że prawidłowe i całkowite zbilansowanie wydatkowanej energii jest niezmiernie ważne ze zdrowotnego punktu widzenia i wpływa na utrzymanie korzystnej

kondycji psychofizycznej żołnierzy [2]. Służba wojskowa na jednostkach pływających Marynarki Wojennej jest swoista i dalece odmienna od innych rodzajów wojsk i służb. Specyfika służby pełnionej na okrętach powoduje, że szczególnego znaczenia nabiera zagadnienie wydatku energetycznego związanego z czynnościami szkoleniowymi i obsługowymi, wykonywanymi przez załogi okrętów. Duże nasycenie techniką sprawia, że przed marynarzami stawia się duże wymagania w zakresie obsługi współczesnego sprzętu bojowego, co oprócz pracy umysłowej wiąże się także z określonym wysiłkiem fizycznym [3].

**Tabela 1. Średnia wartość wydatku energetycznego i tętna podczas ćwiczeń na morzu**  
**Table 1. Average energy expenditure and pulse rate during the manoeuvres at sea**

lp.	wykonywana czynność	wydatek energetyczny (kcal/min)	wydatek energetyczny (kcal/min/kg mc.)	średnie tętno
1.	obsługa siłowni	1,61	0,0201	88
2.	motorzysta – prace na kotwicy	1,37	0,0171	87
3.	dowódca grupy artylerii – alarmy	2,63	0,0329	95
4.	obsługa radaru, obserwacja techniczna	3,88	0,0486	82
5.	praca elektryka okrętowego	4,72	0,0591	88
6.	praca radiotelefonisty	5,45	0,0682	97
7.	praca dowódcy działu elektromechanicznego	5,58	0,0699	94
8.	praca sygnalisty	5,59	0,0700	107
9.	praca motorzysty	5,62	0,0704	98
10.	dowódca działu rakiet – alarm ogniowy (kobieta)	5,92	0,0845	112
11.	praca sternika	6,17	0,0773	102
12.	praca operatora karabinu szybkostrzelnego AK-630	6,47	0,0810	105
13.	praca operatora wyrzutni rakiet	7,43	0,0931	111
14.	praca dowódcy działu naprowadzania	8,08	0,1012	110

Znajomość wartości wydatków energetycznych ponoszonych przez marynarzy zarówno w trakcie zadań wykonywanych podczas pobytu okrętu na morzu, jak i w porcie, stanowi podstawowy element określenia ciężkości wykonywanej pracy oraz podstawę do ustalania, zgodnych z zasadami racjonalnego żywienia, potrzeb energetycznych i żywieniowych [4].

Celem pracy była ocena wartości wydatku energetycznego załóg wybranych okrętów Marynarki Wojennej RP, związanego z wykonywaniem typowych czynności podczas ćwiczeń poligonowych na morzu oraz zadań realizowanych w czasie pobytu okrętu w porcie.

## Materiał i metody

Badaniami wydatku energetycznego objęto typowe czynności wykonywane przez załogę korwety rakietowej ORP „Metalowiec” w trakcie realizacji zadań szkoleniowych na morzu oraz czynności związane ze szkoleniem i obsługą fregat rakietowych ORP „Pułaski” i ORP „Kościuszko” podczas pobytu w porcie.

W badaniach udział wzięło ogółem 27 osób, członków załóg ww. okrętów.

Pomiarów wartości wydatku energetycznego wytypowanych czynności dokonano, opierając się na badaniach częstotliwości skurczu serca za pomocą pulsometrów Polar Sport Tester 810. Aparat wylicza wartość wydatku energetycznego, wykorzystując zależność pomiędzy częstotliwością skurczu serca a zużyciem tlenu.

## Wyniki

Średni wiek badanych członków załogi ORP „Metalowiec” wynosił  $28,3 \pm 4,2$  roku. Badani charakteryzowali się średnią masą ciała wynoszącą  $79,8 \pm 9,2$  kg i wysokością ciała  $177,9 \pm 5,5$  cm. W skład załogi wchodziła 1 kobieta, dowódca działu rakiet, w wieku 26 lat, o masie ciała 70 kg i wysokości ciała 179 cm.

Wartość wydatku energetycznego związanego z wykonywaniem typowych czynności podczas szkoleniowego pobytu okrętu na morzu zestawiono w tabeli 1.

**Tabela 2. Wartość wydatku energetycznego, jaką można podtrzymać przez określony czas [6]**  
**Table 2. Energy expenditure that can be maintained for a specific period of time [6]**

lp.	wydatek energetyczny (kcal/min)	czas trwania czynności
1.	2,0	średnio dla ludności
2.	2,5	nieograniczenie dla ludzi zdrowych
3.	3,0	miesiące
4.	4,0	10 dni
5.	5,0	2–3 dni
6.	10,0	10 godzin
7.	15,0	1 godzina
8.	25,0	5 minut

**Tabela 3. Średnia wartość wydatku energetycznego i tętna podczas prac wykonywanych w czasie pobytu okrętu w porcie**  
**Table 3. Average energy expenditure and pulse rate during the activities performed when a ship stays in port**

lp.	wykonywana czynność	wydatek energetyczny (kcal/min)	wydatek energetyczny (kcal/min/kg mc.)	średnie tętno
1.	służba dyżurna	2,47	0,0303	68
2.	praca przy komputerze	2,96	0,0363	75
3.	naprawa sprzętarki	3,87	0,0475	94
4.	zaopatrzenie w prowiant	4,20	0,0516	84
5.	porządkowanie hangaru	5,81	0,0714	92
6.	nadzór nad pracami elektronicznymi	6,06	0,0744	109
7.	sprzątanie pokładu	6,24	0,0766	101
8.	technik elektronik – praca w warsztacie	6,85	0,0841	105
9.	turbinista – naprawa filtra	7,07	0,0685	108
10.	artyleria – obsługa	9,19	0,1129	131
11.	hydroakustyk – konserwacja sprzętu	12,02	0,1476	122
12.	drenażysta – naprawa urządzeń w maszynowni	12,83	0,1576	147
13.	konserwacja sprzętu	12,89	0,1583	153

Zgodnie z klasyfikacją ciężkości pracy według Christensena [5] wartość wydatku energetycznego związanego z wykonywaniem przez członków załogi typowych czynności w trakcie ćwiczeń okrętu na morzu pozwala zakwalifikować czynności 1–5 do kategorii prac lekkich (2,5–5,0 kcal/min), czynności 6–13 do kategorii prac umiarkowanie ciężkich oraz czynność 14 do kategorii pracy ciężkiej (7,5–10 kcal/min).

Wartość wydatkowanej energii związanej z wykonywaną pracą stanowi także podstawę określenia czasu jej wykonywania. Według Edholma i wsp. [6] prace związane z wydatkiem energetycznym o wartości do 3 kcal/min można wykonywać miesiącami. Im większe są wartości wydatku energetycznego związanego z wykonywaną pracą, tym krótszy jest okres jej wykonywania (tab. 2).

Załogi okrętów przebywających w porcie wykonują prace obsługowe oraz szkolą się teoretycznie i w zakresie wychowania fizycznego. Są to głównie prace naprawcze, zaopatrzeniowe, a także zajęcia sportowe.

Podczas zadań realizowanych w trakcie pobytu okrętów w porcie średni wiek badanych załóg fregat rakietowych wynosił  $31,2 \pm 5,03$  roku, masa ciała  $81,4 \pm 10,2$  kg, natomiast wysokość ciała  $175,6 \pm 4,6$  cm. Wartości

wydatku energetycznego wybranych czynności wykonywanych przez marynarzy zestawiono w tabeli 3.

Zgodnie z cytowaną wcześniej klasyfikacją wartość wydatku energetycznego prac 1–4 należy zaliczyć do prac lekkich, 5–9 do prac umiarkowanych, 10 do prac ciężkich, 11 do bardzo ciężkich i pozostałe do wyjątkowo ciężkich.

W trakcie pobytu okrętu w porcie załogi poprawiają swoją kondycję fizyczną zarówno poprzez ujęte w planach szkolenia fizyczne, jak i ćwiczenia o charakterze rekreacyjnym.

Wyniki badań dotyczących wydatku energetycznego związanego z najczęstszą aktywnością fizyczną marynarzy zestawiono w tabeli 4. Obciążenia fizyczne wykonywanych czynności należą do grupy zajęć charakteryzujących się pracą bardzo ciężką i wyjątkowo ciężką.

Z punktu widzenia utrzymania dobrej kondycji psychofizycznej załóg okrętów bardzo ważne jest odpowiednie żywienie. Zarówno podczas ćwiczeń na morzu, jak i podczas pobytu okrętu w porcie, o odpowiednią jakość żywienia dbają kucharze. Badania obciążenia energetycznego kucharzy związanego z przygotowaniem posiłków i obsługą kuchni okrętowej wykazały, że prace

**Tabela 4. Wartość wydatku energetycznego zajęć sportowych**  
**Table 4. Energy expenditure of sport activities**

lp.	wykonywana czynność	wydatek energetyczny (kcal/min)	wydatek energetyczny (kcal/min/kg mc.)	średnie tętno
1.	tenis stołowy	12,08	0,1486	132
2.	bieganie	14,84	0,1823	118

**Tabela 5. Wartość wydatku energetycznego personelu kuchni okrętowej związanego z przygotowaniem posiłków i obsługą bloku żywnościowego**

**Table 5. Energy expenditure of the kitchen staff during meal preparation and kitchen activities**

lp.	wykonywana czynność	wydatek energetyczny (kcal/min)	wydatek energetyczny (kcal/min/kg mc.)	średnie tętno
1.	kucharz – prace przy przygotowaniu grilla podczas ćwiczeń w morzu	5,86	0,0734	98
2.	przygotowanie obiadu na okręcie w czasie pobytu w porcie	5,32	0,0653	120
3.	obsługa kuchni – prace porządkowe	7,27	0,0893	122

**Tabela 6. Wartość wydatku energetycznego prac wykonywanych na ORP Metalowiec i ORP Pułaski**  
**Table 6. Energy expenditure of tasks performed on the ORP Metalowiec missile ship and ORP Pułaski guided-missile frigate**

lp.	wykonywana czynność	wydatek energetyczny (kcal/min)	
		ORP Metalowiec	ORP Pułaski
1.	praca elektryka	4,72	3,16
2.	praca motorzysty	3,49	3,27
3.	obsługa siłowni	1,61	1,66

personelu kuchennego należy zaliczyć do kategorii prac umiarkowanie ciężkich (tab. 5).

Porównanie uzyskanych wyników z wynikami wcześniejszych badań wartości wydatku energetycznego załogi ORP „Pułaski”, przeprowadzonych podczas rejsu dalekomorskiego wykazały, że obciążenie energetyczne marynarzy pełniących te same funkcje na obu typach okrętów jest podobne [7] (tab. 6).

Znajomość wartości wydatku energetycznego poszczególnych czynności może stanowić podstawę obliczania dobowego wydatku energetycznego marynarzy związanego ze specyfiką służby na morzu. Przeprowadzone na początku lat 90. ubiegłego stulecia badania wydatku energetycznego załóg ówczesnie pełniących służbę w Marynarce Wojennej RP dużych okrętów raketowych, pozwoliły określić wartość dobowego wydatku energetycznego na poziomie 4698,8 kcal (19,67 MJ), co pozwala określić wykonywaną pracę jako bardzo ciężką. [3].

Wyniki badań dobowego obciążenia energetycznego marynarzy pełniących służbę na okrętach innej armii wykazały, że jest ono zróżnicowane i wynosi 2776 kcal (11,6 ±1,8 MJ) w przypadku kobiet oraz 3446 kcal (14,4 ±3,6 MJ) w przypadku mężczyzn podczas ćwiczeń na morzu okrętów marynarki amerykańskiej [8].

Wyniki innych badań wykazały, że wartość ta była większa i wynosiła 4156 kcal (17,4 ±2,5 MJ) [9], podczas gdy obciążenie energetyczne marynarzy pełniących służbę na okrętach marynarki australijskiej było mniejsze i wynosiło 3310 kcal (13,8 ±2,5 MJ) [10].

## Wnioski

1. Wartość wydatku energetycznego czynności wykonywanych przez załogi wybranych okrętów Marynarki Wojennej RP zarówno podczas ćwiczeń na morzu, jak i w trakcie pobytu okrętu w porcie, jest bardzo zróżnicowana i można ją klasyfikować w kategoriach od prac lekkich do wyjątkowo ciężkich.

2. Oznaczenie wartości wydatku energetycznego poszczególnych czynności może stanowić podstawę do oceny wartości dobowego obciążenia energetycznego załóg okrętów Marynarki Wojennej RP.

## Piśmiennictwo

- Bertrandt J., Kłos A.: Wydatek energetyczny podstawą planowania żywienia w Wojsku Polskim. Żyw. Człow. Metab., 2001; 28: 185–191
- Kłos A., Szymański A.: Ocena wydatku energetycznego młodych mężczyzn pełniących służbę wojskową w Kompanii Reprezentacyjnej WP. Lek. Wojsk., 1996; 9–10: 522–525
- Bertrandt J., Kłos A., Zabielski A.: Wydatek energetyczny marynarzy załóg dużych okrętów raketowych. Lek. Wojsk., 1994; 5–6: 233–236
- Bertrandt J., Kłos A., Bieniek R., Kobos Z.: Wydatek energetyczny pilotów samolotów wysokomanewrowych podczas typowego dnia szkolenia lotniczego. Człowiek w ekstremalnych warunkach środowiska. II Konferencja Naukowa Człowiek w Ekstremalnych Warunkach Środowiska Ziemia Woda Powietrze – służba i praca WIML. Warszawa 19–20.10.2006; 41
- Christensen C.C., Frey H.M., Foenstelen E.A. i wsp.: A critical evaluation of energy expenditure estimates based on individual  $O_2$  consumption/heart rate curves and average daily heart rate. Am. J. Clin. Nutr., 1983; 37: 468–472
- Rdzanek J., Jędrasiewicz T., Kłos A. i wsp.: Tabele wydatków energetycznych żołnierzy polskich z uwzględnieniem różnych rodzajów wojsk i służb. WIHiE, 1982
- Grudniewski T., Kłos A., Bertrandt J.: Wydatek energetyczny członków załogi fregaty ORP „PUŁASKI” wykonujących typowe czynności związane ze służbą na okręcie podczas dalekomorskiego rejsu. Lek. Wojsk., 2008; 2–4: 89–91
- Tharion W.J., Liebermann H.R., Montain S.J. i wsp.: Energy requirements of military personnel. Appetite, 2005; 44: 47–65
- Tharion W.J., Yokota M., Buller M.J.: Prediction on shipboard total daily energy expenditures (TDEEs) using pedometry. FASEB J., 2002; 16: A1144
- Forbes-Ewan C., Morrissey B., Gregg G.: Food intake and energy expenditure of sailors at a large naval base. Scottsdale, Tasmania, Australia: Material Research Laboratory of Defence Science and Technology Organization. MRL Technical Report, 1990; TR: 90–11

# Zachorowania na półpasiec wśród pacjentów leczonych w Klinice Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM w latach 2005–2009

Morbidity due to herpes zoster among patients treated in the Department of Infectious Diseases and Allergology Military Institute of Health Service in 2005–2009

Karol Warda, Andrzej Bant, Jolanta Perkowska

Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski

**Streszczenie.** Wstęp: Półpasiec (*herpes zoster*) jest ostrą chorobą wirusową będącą wynikiem uaktywnienia utajonego zakażenia wirusem *Varicella-zoster*. Cel: Celem pracy była analiza dotycząca zakażeń wywoływanych przez wirus półpaśca wśród pacjentów Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM. Materiał i metody: Do analizy wykorzystano dokumentację medyczną osób hospitalizowanych w latach 2005–2009, w tym od 91 chorych z różnymi postaciami półpaśca. Wyniki: Chorzy z objawami półpaśca stanowili około 1% wszystkich pacjentów leczonych szpitalnie w omawianym okresie. Nie zaobserwowano istotnej przewagi zachorowań pod względem płci. Największą zachorowalność stwierdzono w przedziale wiekowym powyżej 70. roku życia. Najczęstszą lokalizacją były obszary unerwione przez nerwy czaszkowe lub międzyżebrowe. Półpasiec najczęściej występował u chorych na przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. W grupie chorych poniżej 70. roku życia choroba częściej występowała w przypadku stosowania chemioterapii. W leczeniu stosowano acyklowir w formie parenteralnej oraz leki przeciwbólowe. Wnioski: Analiza wykazała, że największą zachorowalność na skórną postać półpaśca obserwowano u osób po 70. roku życia. Przebieg choroby u osób w starszym wieku był cięższy i wymagał dożylnego leczenia przeciwwirusowego i przeciwbólowego.

**Słowa kluczowe:** choroby zakaźne, wirus ospy wietrznej i półpaśca

**Abstract.** Introduction: Herpes zoster (shingles) is an acute viral disease caused by the activation of latent infection with varicella-zoster virus. Aim: The aim of the study was the analysis of infections caused by herpes zoster virus among patients of the Department of Infectious Diseases and Allergology Military Institute of Health Service. Material and methods: The study used medical records of patients hospitalized in the years 2005–2009, including 91 patients with various forms of herpes zoster. Results: Patients with symptoms of herpes zoster accounted for approximately 1% of all patients hospitalized during this period. There was no significant association between morbidity and sex. The highest incidence was observed in the group aged over 70 years. Most common locations were the areas innervated by the cranial or intercostal nerves. Shingles was most commonly observed among patients with chronic diseases of the cardiovascular and respiratory systems. In patients younger than 70 years, the disease was more common if they received chemotherapy. Parenteral acyclovir and analgesics were used. Conclusions: The analysis showed that the highest incidence of cutaneous form of herpes zoster occurs in patients older than 70 years. The course of disease in the elderly was more severe and required intravenous antiviral therapy and pain management.

**Key words:** infectious diseases, varicella and herpes zoster virus

Nadesłano: 11.06.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 40–43  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: lek. Karol Warda  
Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii CSK MON WIM,  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel./fax:  
+48 22 810 29 09; e-mail: karol.warda@neostrada.pl

## Wstęp

Półpasiec (*herpes zoster*) jest ostrą chorobą wirusową będącą wynikiem uaktywnienia utajonego zakażenia wirusem *Varicella-zoster* – HHV-3 i rozwoju zmian zapalnych w zwojach międzykręgowych lub zwojach nerwów czaszkowych. Szacuje się, że częstość występowania półpaśca w Europie sięga rocznie 300/100 000 osób, a wśród chorych powyżej 80. roku życia osiąga rocznie ponad 1000/100 000 osób [1]. Pomimo iż choroba występuje sporadycznie, nadal stanowi istotny problem kliniczny, szczególnie dotyczy to postaci z zajęciem struktur gałki ocznej z towarzyszącym zapaleniem rogówki i błony naczyniowej oraz obejmujących zwój kolanka nerwu VII lub nerw VIII. U osób z obniżoną odpornością może wystąpić rozsiana postać choroby, w przebiegu której może dojść do zapalenia płuc, wątroby czy mózgu. Zwykle najbardziej dotkliwe są dolegliwości bólowe. Dlatego półpasiec z przewlekłym bólem, pojawiającym się

najczęściej w postaci ocznej u osób w starszym wieku, wymaga leczenia kompleksowego z długotrwałym podawaniem leków analgetycznych i antydepresyjnych [2].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza zachorowalności na półpasiec wśród pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM, zarówno na postać skórną, jak i z zajęciem struktur gałki ocznej lub ucha zewnętrznego.

## Materiał i metody

Do analizy wykorzystano dokumentację medyczną osób hospitalizowanych w latach 2005–2009, w tym od 91 chorych z różnymi postaciami półpaśca, u których występowały wskazania do hospitalizacji. Obejmowały one

**Tabela 1. Rozkład badanej populacji według płci**  
**Table 1. Distribution of the study population by sex**

płeć	objawy półpaśca				razem	
	nie stwierdzono		stwierdzono		n	%
	n	%	n	%		
mężczyzna	6354	52,31	43	47,25	6397	52,27
kobieta	5792	47,68	48	52,74	5840	47,73
razem	12146	99,25	91	0,75	12237	100

**Tabela 2. Rozkład badanej populacji według wieku**  
**Table 2. Distribution of the study population by age**

wiek	objawy półpaśca				razem	
	nie stwierdzono		stwierdzono		n	%
	n	%	n	%		
19–25	334	2,74	7	7,69	341	2,78
26–30	651	5,35	1	1,09	652	5,32
31–35	921	7,58	4	4,39	925	7,55
36–40	1144	9,41	1	1,09	1145	9,35
41–45	984	8,10	1	1,09	985	8,04
46–50	1141	9,39	1	1,09	1142	9,33
51–55	997	8,20	5	5,49	1002	8,18
56–60	973	8,01	14	15,38	987	8,06
61–65	1152	9,48	7	7,69	1159	9,47
66–70	1308	10,6	4	4,39	1312	10,72
>70	2530	20,82	57	62,63	2587	21,14
razem	12146	99,25	91	0,75	12237	100

przypadki osób podejrzanych o zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu, rdzenia kręgowego, postaci oczne, uszne, przebiegające z silnym bólem, a także chorych z obniżoną odpornością i poważnymi chorobami przewlekłymi. Dokonano analizy zachorowań pod kątem płci, wieku, chorób współistniejących, jak również lokalizacji zmian chorobowych, a także ciężkości przebiegu i sposobu podawania acyklowiru.

## Wyniki

Wśród pacjentów leczonych w Klinice Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM w latach 2005–2009 około 1% stanowili chorzy hospitalizowani z powodu półpaśca. Jak wynika z tabeli 1, w grupie analizowanych chorych nie zaobserwowano istotnej przewagi zachorowań pod względem płci. Największą zachorowalność stwierdzono w przedziale wiekowym powyżej 70. roku życia (tab. 2). Najczęstszą lokalizacją były obszary unerwione przez nerwy czaszkowe lub międzybrowowe (tab. 3). Półpasiec najczęściej występował u chorych na przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, stosunkowo rzadko u chorych na cukrzycę (tab. 4). W grupie chorych poniżej 70. roku życia choroba częściej występowała w przypadku stosowania chemioterapii z przyczyn onkologicznych. Jak wynika z tabeli 5 u większości chorych stosowano acyklowir w formie parenteralnej oraz leki przeciwbólowe.

## Omówienie

Głównym objawem półpaśca jest charakterystyczna pęcherzykowo-grudkowa wysypka w obrębie skóry unerwionej przez zmieniony chorobowo nerw z towarzyszącymi silnymi dolegliwościami bólowymi [3]. Zmiany skórne zwykle nie przekraczają linii środkowej ciała, obejmują najczęściej połowę twarzy (zwłaszcza okolice oczodołu), tułowia (połowa klatki piersiowej), rzadziej kończyn (zawsze jednostronnie). Typowy obraz kliniczny jest podstawą rozpoznania, choć w praktyce nie zawsze jest to łatwe i często popełnia się błędy.

Podobnie jak w przypadku pacjentów innych klinik chorób zakaźnych w Polsce, półpasiec nie był częstym wskazaniem do hospitalizacji. W latach 2001–2003 w Klinice Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie leczenia szpitalnego wymagało 38 osób [4]. Warto podkreślić, że w grupie chorych poniżej 70. roku życia zachorowania częściej występowały u pacjentów leczonych z powodu zmian nowotworowych. Jednak w badaniach przeprowadzonych przez Buntinx i wsp. w populacji 311 000 belgijskich pacjentów leczonych z powodu półpaśca w latach 1994–2000 nie zaobserwowano istotnego statystycznie zwiększonego występowania nowotworów u osób przed

**Tabela 3. Lokalizacja zmian chorobowych półpaśca**  
**Table 3. Location of lesions caused by herpes zoster**

lokalizacja	n	%
twarz bez zajęcia oka i ucha	34	37,4
oko	16	17,6
klatka piersiowa	28	30,8
kończyny	14	15,4
inne*	31	34

\* skóra owłosiona głowy, ucho zewnętrzne, szyja i kark, twarz z zajęciem oka i ucha, okolica łędźwiowo-krzyżowa kręgosłupa

**Tabela 4. Choroby współistniejące u chorych na półpasiec**  
**Table 4. Comorbidities in patients with herpes zoster**

	wiek <70. rż. (%)	wiek >70. rż. (%)
choroby układu sercowo-naczyniowego	36	41
choroby układu oddechowego	9	21
cukrzyca	13	10
choroby nowotworowe	23	29
chemioterapia	12	1
inne*	41	55

\* dna moczanowa, przewlekła niewydolność nerek, choroby psychiczne, choroba zwyrodnieniowa stawów, choroby tarczycy, zaburzenia lipidowe, przewlekłe choroby oczu

**Tabela 5. Stosowane leczenie i sposób podawania leków**  
**Table 5. Medical treatment and administration of drugs**

	wiek <70. rż. (%)	wiek >70. rż. (%)
acyklowir doustny	37	25
acyklowir dożylny	63	75
leki przeciwbólowe	75	85
karbamazepina	34	66

65. rokiem życia, zauważono natomiast istotne zwiększenie liczby zachorowań na nowotwory u kobiet po 65. roku życia [5]. Najczęściej u pacjentów hospitalizowanych zarówno w grupie osób przed 65. rokiem życia, jak i po nim, występowały choroby układu sercowo-naczyniowego. Podobne dane podali Biesiada i wsp. [4]. Na podstawie przeprowadzonej analizy danych chorych leczonych z powodu półpaśca choroby kardiologiczne stwierdzono u 33% chorych w grupie wiekowej do 65. roku życia i 73,9% w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia.

Wydaje się jednak, że może być to zależność przypadkowa, ponieważ częstość chorób układu sercowo-naczyniowego u osób po 65. roku życia jest większa [6].

Od wielu lat podstawowym lekiem stosowanym zarówno w formie doustnej, jak i dożylniej w leczeniu półpaśca, jest acyklowir [7]. Wybór drogi podania uzależniony jest od stanu ogólnego pacjenta, jak również od zaawansowania zmian miejscowych i ma bezpośredni związek z ciężkością przebiegu choroby. Najczęstszym powikłaniem półpaśca są nerwobóle dotyczące nerwu zajętego przez proces chorobowy. Dolegliwości te zazwyczaj wymagają podawania leków przeciwbólowych oraz przeciwdepresyjnych. Podobnie jak u innych autorów leki z obydwu tych grup częściej stosowano u osób po 70. roku życia. Liesegang w swojej pracy dotyczącej ocznych postaci półpaśca twierdzi, iż najczęstszym powikłaniem związanym z półpaścem niezależnie od lokalizacji jest wymagająca stosowania leków przeciwdepresyjnych i przeciwbólowych neuralgia postherpetyczna, a głównym czynnikiem ryzyka jej występowania jest zaawansowany wiek chorego [8]. Aż ponad połowa pacjentów leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum z powodu różnych postaci półpaśca w latach 2001–2003 ze względu na silne dolegliwości bólowe wymagała podawania leków przeciwbólowych i przeciwdepresyjnych [5].

Zakażenie wirusem półpaśca nadal stanowi istotny problem, szczególnie dla pacjentów chorych na nowotwory, leczonych immunosupresyjnie, poddawanych chemioterapii i radioterapii. U zakażonych wirusem HIV, ze skrajnym upośledzeniem odporności, z różnych względów nieleczonych antyretrowirusowo, profilaktyczne leczenie acyklowirem, famcyklowirem lub walcycyklowirem prowadzi się do końca życia [9].

## Wnioski

1. Zachorowania na półpasiec występowały częściej w grupie osób w podeszłym wieku.
2. Przebieg choroby u osób w starszym wieku był cięższy, najczęściej przebiegał z zajęciem nerwów czaszkowych i wymagał dożylnego leczenia przeciwwirusowego i przeciwbólowego.

## Piśmiennictwo

1. Arvin A.: Varicella-zoster virus: overview and clinical manifestations. *Semin. Dermatol.*, 1996; 15: 4–7
2. Stankus S., Długopolski M., Packer D.: Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Am. Fam. Physician*, 2000; 61: 2437–2444, 2447–2448
3. Fauci A., Braunwald E., Isselbacher K. i wsp.: *Interna Harrisona tom II*. Lublin, Wyd. Czelej, 2001; 1638–1642
4. Biesiada G., Czepiel J., Skwara P. i wsp.: Zachorowania na półpasiec u ludzi w starszym wieku w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych w latach 2001–2003. *Ger. Pol.*, 2005; 13: 177–180
5. Buntinx F., Wachana R., Bartholomeeusen S. i wsp.: Is herpes zoster a marker for occult or subsequent malignancy? *Br. J. Gen. Pract.*, 2005; 55: 102–107
6. Szczeklik A., Gajewski P. (red.): *Choroby wewnętrzne*. Kraków, Wyd. Medycyna Praktyczna, 2010; 121–124
7. Nikkels A., Pièrard G.: Treatment of mucocutaneous presentations of herpes simplex virus infections. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2002; 3: 475–487
8. Liesegang T.J.: Herpes zoster ophtalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophtalmology*, 2008; 115: 3–12
9. Horban A., Podlasin R., Wiercińska-Drapała A. i wsp.: *Zasady opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV*. Warszawa, Wyd. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, 2006: 27–29

# Nerwiakowłókniak wyrostka robaczkowego – opis przypadku

Neurofibromas of the appendix – a case report

**Mikołaj Orłowski, Przemysław Sroczyński, Krzysztof Pańnik**

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr hab. med. Krzysztof Pańnik

**Streszczenie.** Nerwiakowłókniaki wyrostka robaczkowego to niezwykle rzadkie umiejscowienie zmian chorobowych w przebiegu choroby Recklinghausena. Mimo dość częstego występowania tej choroby w populacji zmiany dotyczące wyrostka opisano dotychczas w zaledwie kilku przypadkach na świecie. W pracy opisano chorą z rozpoznaną w dzieciństwie nerwiakowłókniakowością typu 1 (NF1), u której podczas diagnostyki bólu brzucha rozpoznano guz w prawym dole biodrowym.

**Słowa kluczowe:** nerwiakowłókniakowość, niezapalne choroby wyrostka robaczkowego, nowotwory wyrostka robaczkowego

**Abstract.** Neurofibromas of the appendix during the course of von Recklinghausen's disease are exceptionally rare. Although the disease is relatively common in the general population, only a few cases of the appendicular location of lesions have been reported. In the article, the case of a woman with a long history of neurofibromatosis type 1 (NF1) treated surgically due to the pain in the right lower flank of the abdomen was described.

**Key words:** neoplasms of the appendix, neurofibromatosis, noninflammatory diseases of the appendix

Nadesłano: 24.05.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 44–45  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: lek. Mikołaj Orłowski  
Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii  
CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel.: +48 22 6 816 300,  
e-mail: chirstan@wim.mil.pl

## Wstęp

Friedrich Daniel von Recklinghausen w 1882 roku opisał objawy choroby i wprowadził nazwę *neurofibromatosis*. Jest to choroba dziedziczna, autosomalna dominująca, zaliczana do fakomatoz, której przyczyną jest mutacja genu NF1 [1]. Objawy są bardzo różnorodne. Kryteria rozpoznania zostały ustalone w 1987 roku i obejmują: zmiany skórne, w obrębie gałek ocznych, kości oraz objawy u krewnych I stopnia [2]. Należy również zwrócić uwagę na zwiększone o około 5% ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe, w tym białaczki u chorych z mutacją NF1, w związku z wpływem na aktywność onkogeny p21ras [1].

## Opis przypadku

32-letnią chorą przyjęto do Kliniki Chirurgii w celu operacji guza okolicy kątnicy, stwierdzonego w USG jamy brzusznej, wykonanym w trakcie diagnostyki wzdęć, bólu brzucha i zaparc. Diagnostykę poszerzono o:

- kolonoskopię: w kątnicy obrzęknięty naciek, miękki, elastyczny, średnicy 35 mm (dr Grabowski, Klinika Gastroenterologii CSK MON WIM),
- tomografię komputerową (TK): w prawym dole biodrowym w styczności z dnem macicy widoczna jest nieprawidłowa struktura o pogrubiałych ścianach, wielkości 75 × 42 mm (dr Waśniewski, Zakład Radiologii Lekarskiej CSK MON WIM),
- gastrokopię: endoskopowe cechy przepukliny wślizgowej (dr Dyrła, Klinika Gastroenterologii CSK MON WIM), które wykonano w trakcie hospitalizacji w Klinice Gastroenterologii.

W badaniu podmiotowym ustalono, że chora choruje na chorobę Recklinghausena od 12. roku życia, skoliozę rozpoznaną w wieku 5 lat, gruczolaka przysadki z uciskiem na skrzyżowanie nerwów wzrokowych z zawężeniem pola widzenia od 26. roku życia, niedosłuch, liczne zmiany skórne pod postacią plam typu „kawy mlecznej” i guzków skóry tułowia, przepukliny kanału kręgowego w odcinku szyjnym i piersiowym. W EEG stwierdzono zmiany poronnie napadowe. Wywiad rodzinny

negatywny. Badanie przedmiotowe potwierdziło rozpoznanie nerwiakowłóknikowości typu 1 zgodnie z konsensusem z 1987 roku.

2 lutego 2010 roku wykonano laparoskopię, stwierdzając znacznie powiększony (12 cm), bardzo spoisty wyrostek robaczkowy, śladową ilość przesiękowego płynu w miednicy oraz powiększoną macicę. Wypreparowano wyrostek robaczkowy i dno kątnicy, które zamknięto szwem mechanicznym, a powstały preparat odcięto. W badaniu histopatologicznym wyrostka robaczkowego wyciętego z dnem kątnicy rozpoznano: *neurofibromatosis parietis appendicis vermiformis*, swoistą enolazę neuronową (+) (*neuron-specific enolase* – NSE), S-100 (+), aktywną mięśni gładkich (+) (*smooth muscle action* – SMA) ogniskowo (dr Dąbek, Zakład Patomorfologii Klinicznej WIM).

## Omówienie

Guzy wyrostka robaczkowego występują rzadko i najczęściej wykrywa się je w trakcie diagnostyki podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego lub nieprawidłowej masy prawego dołu biodrowego imitującej guzy jajnika lub kątnicy. Częstość występowania ocenia się na 0,72% [9]. Przyczyną objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest jego zatkanie przez rozrost nowotworowy. Nowotwory złośliwe wyrostka stanowią 0,5% nowotworów przewodu pokarmowego. Najczęstsze z nich to: rakowiak – 66%, gruczolakorak śluzotwórczy – 20%, gruczolakorak typu jelitowego – 10% [10].

Nerwiakowłóknikowość typu 1 (NF1), nazywana chorobą Recklinghausena, jest często występującą chorobą autosomalną dominującą. 50% zachorowań to nowe mutacje, niemające rodzinnego występowania. Występuje z częstością 1/3500 [1]. Rozpoznanie można ustalić na podstawie objawów klinicznych zgodnie z konsensusem z 1987 roku, a badania molekularne nie są warunkiem koniecznym [2]. Charakterystycznymi objawami („dużymi”) są mnogie zmiany o typie plam „kawy mlecznej”, piegi, guzki Lischa i nerwiakowłókniki. Lokalizują się one głównie w tkankach pochodzenia ektodermalnego i dotyczą najczęściej skóry, oczu i układu nerwowego [3]. Wśród innych objawów należy wymienić: makrocefalię i niedobór wzrostu zaliczane do objawów „małych” oraz guzy ośrodkowego układu nerwowego, nowotwory złośliwe, powikłania ortopedyczne, opóźnienie rozwoju psychofizycznego. Badania immunohistochemiczne potwierdzające rozpoznanie to białko S-100, NSE oraz SMA [8].

Przyczyną objawów jest mutacja genu nurofibrominy powodująca przyspieszoną terminację białka [4]. Częstość występowania zmian w przewodzie pokarmowym ocenia się na 10–25% chorych [6]. Wyjątkowo rzadko nerwiakowłókniki lokalizują się w wyrostku

robaczkowym. W piśmiennictwie można odnaleźć pojedyncze opisy w tej lokalizacji [5].

Rokowanie u chorych z nerwiakowłóknikowością typu I jest uzależnione od lokalizacji zmian chorobowych. Nie ma możliwości przewidywania przebiegu choroby w związku z brakiem bezpośredniego związku zmian genetycznych z fenotypem [1].

## Piśmiennictwo

- Zajączek S., Wetering T.: Nerwiakowłóknikowość typu 1 (NF1, choroba von Recklinghausena). Postępy Nauk Medycznych, 2008; 8: 510–514
- Neurofibromatosis. NIH Consens Statement Online 1987 Jul 13–15, 1987; 6 (12): 1–19
- DeBella K., Szudek J., Friedman J.M.: Use of the national institutes of health criteria for diagnosis of neurofibromatosis 1 in children. Pediatrics, 2000; 105 (3 Pt 1): 608–614
- Huson S.M., Korf B.: Phakomatoses. [W:] Emery's and Rimoin's principles and practice of medical genetics. Churchill-Livingstone, London, 2002; 3: 3162–3202
- Lie K.A., Lindboe C.F., Kolmannskog S.K. i wsp.: Giant appendix with diffuse ganglioneuromatosis. An unusual presentation of von Recklinghausen's disease. Eur. J. Surg., 1992; 158 (2): 127–128
- Thornton M.R., Campbell F., Garvey C.J., Hershman M.J.: Abdominal neurofibromatosis. JR Soc. Med., 1999; 92 (11): 587–589
- North K.N., Riccardi V., Samango-Sprouse C. i Ferner R.: Cognitive function and academic performance in neurofibromatosis 1: consensus statement from the NF1 Cognitive Disorders Task Force. Neurology, 1997; 48: 1121–1127
- Ohnishi A., Kitamura Y., Kato M. i wsp.: Pigmented neurofibroma in the appendix diagnosed with colonoscopy. Yonago Acta Medica, 2007; 50: 65–68
- Machado N.O., Chopra P., Pande G.: Appendiceal tumour – retrospective clinicopathological analysis. Trop. Gastroenterol., 2004; 25 (1): 36–39
- Kopec B., Kula Z.: Pierwotny gruczolakorak wyrostka robaczkowego – opis przypadku. Współczesna Onkologia, 2007; 11 (1): 26–28

# Appendektomia laparoskopowa z powodu rakowiaka wyrostka robaczkowego powikłanego jego ostrym zapaleniem

Laparoscopic appendectomy for carcinoid tumor of the appendix and acute appendicitis

**Andrzej Kwiatkowski, Marek Kwiatkowski, Piotr Furga, Krzysztof Paśnik**

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik

**Streszczenie.** Rakowiak jest rzadko występującym nowotworem neuroendokrynnym. W układzie pokarmowym najczęściej lokalizuje się w wyrostku robaczkowym. Jego rozwój jest najczęściej bezobjawowy, ale może też przebiegać pod postacią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Poniżej przedstawiono przypadek 26-letniego chorego z nawracającymi bólami brzucha spowodowanymi zapaleniem wyrostka robaczkowego. Autorzy podkreślają skuteczność laparoskopii w diagnostyce „ostrego brzucha”, a także w leczeniu zmian tego rodzaju.

**Słowa kluczowe:** appendektomia laparoskopowa, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, rakowiak

**Abstract.** Carcinoid is a rare neuroendocrine tumor. Its most common location in the digestive tract is the appendix. Its development is often asymptomatic, but in some cases it can show clinical symptoms of acute appendicitis. We present the case of a 26-year-old patient with recurrent abdomen pain caused by appendicitis. We emphasize the efficacy of laparoscopy in the diagnosis of acute abdomen and in the treatment of this type of lesions.

**Key words:** appendicitis, carcinoid, laparoscopic appendectomy

Nadesłano: 26.05.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 46–48  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: dr n. med. Andrzej Kwiatkowski  
Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii  
CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141, Warszawa 44,  
tel. +48 022 68 16 300, fax: +48 22 81 00 621,  
e-mail: andkwiatkowski@poczta.onet.pl

## Wstęp

Guzy neuroendokrynnne po raz pierwszy zostały opisane przez Lubarscha w 1888 roku [1]. Jest to różnorodna grupa nowotworów wywodzących się z komórek prekursorowych układu APUD obecnych w gruczołach wewnątrzwydzielniczych, takich jak przysadka, tarczyca, przytarczyce, rdzeń nadnerczy, trzustka, ale także występujących w rozproszeniu w układzie oddechowym i pokarmowym [2]. Większość z nich pochodzi z układu pokarmowego i ma charakter złośliwy [3]. Wykazują one często czynność hormonalną, która w przypadku zmian położonych w układzie pokarmowym, często ujawnia się w chwili pojawienia się przerzutów w wątrobie [4]. Nazwa „rakowiak” została wprowadzana przez Oberdorfera w 1907

roku i stosuje się ją obecnie do zmian wywodzących się ze środkowego odcinka prajelita, obejmujących około 50% nowotworów neuroendokrynnych [5]. Guzy tego typu najczęściej lokalizują się w wyrostku robaczkowym lub jelicie cienkim. Częstość ich występowania wynosi 1–2 przypadki na 100 000/osób/rok [6]. We wczesnym okresie wzrostu przebiegają one bezobjawowo lub skąpoobjawowo [7].

## Opis przypadku

26-letni chory, dotychczas nieoperowany, został przyjęty do Kliniki w trybie ostrego dyżuru z powodu trwających od około 24 godzin bólów śródbrzusza oraz lewego dołu biodrowego. Ból wystąpił nagle, miał charakter stały. Chory gorączkował do 37,8°C. Negował zaburzenia

oddawania moczu, gazów i stolca. Jadł normalnie. Dolegliwości o podobnym charakterze występowały 2-krotnie w ciągu poprzedzających 30 dni i ustępowały po leczeniu zachowawczym.

Przy przyjęciu stan ogólny dobry, chory wydolny krążeniowo i oddechowo. W badaniu przedmiotowym w obrębie jamy brzusznej stwierdzono: brzuch miękki, bolesny uciskowo w śródbrzuszu oraz lewym dole biodrowym, z dodatnim objawem Blumberga. Nie stwierdzono oporów patologicznych, objaw Goldflamma obustronnie ujemny.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysoką leukocytozę (20 tys./mm<sup>3</sup>). W wykonanym na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) USG jamy brzusznej stwierdzono: wolny płyn w miednicy mniejszej, odcinkowo pogrubiałą ścianę jelita grubego na granicy zstępnicy i esicy, w lewym dole biodrowym strefę zmniejszonej echo-geniczności o wymiarach 50 mm × 34 mm, wyrostka nie uwidocznił.

W związku z niejasnym obrazem klinicznym i cechami miejscowego stanu zapalnego otrzewnej chorego zakwalifikowano do laparoskopii zwiadowczej w trybie pilnym.

Po wytworzeniu odmy otrzewnowej 12 mm Hg i wprowadzeniu 3 troakarów, 10 mm tuż na pępkiem oraz 2, 5 mm w lewym dole biodrowym stwierdzono ropny płyn w miednicy mniejszej, kątnicę i prawą połowę okrężnicy podklejoną do otrzewnej ściennej, wyrostek robaczkowy rozdęty w swym dystalnym końcu, zmieniony ropowiczo, oklejony siecią większą i podklejony do krezki przejścia esico-odbytniczego. Wyrostek wypreparowano na tępo z nacieku i po zaopatrzeniu krezeczki za pomocą elektrokoagulacji oraz założeniu 2 podwiązek typu Endoloop u jego podstawy wycięto. Resekowano fragment nacieku okołowystkowego, który stanowiła sieć większa. Preparat usunięto w pojemniku lateksowym i przesłano w całości do badania histopatologicznego. Założono dren asekuracyjny do zagłębienia pęcherzowo-odbytniczego.

W przebiegu pooperacyjnym zastosowano antybiotykoterapię cyprofloksacyną oraz metronidazol. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiły stany gorączkowe do 38°C. Dren asekuracyjny usunięto w 3. dobie po drenażu od 120 do 30 ml treści surowiczej na dobę. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono cechy zakażenia dolnego odcinka układu moczowego. Kontrolne USG jamy brzusznej wykonane w 2. dobie nie wykazało nieprawidłowości. Chorego wypisano z Kliniki do domu w 5. dobie pooperacyjnej z ranami gojącymi się przez rychłozrost.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono: wyrostek robaczkowy długości 7,5 cm, dystalnie rozdęty, około 1 cm od jego końca stwierdzono w jego świetle guz o wymiarach 2 cm × 0,8 cm × 0,8 cm, obraz morfologiczny i profil immunohistochemiczny *carcinoid EC-cell*, wydzielający serotoninę (chromogranina [+], synaptopizyna [+], serotonina [+], Ki67 [+]), guz ograniczony do błony

śluzowej i podśluzowej oraz ropowicze zapalenie wyrostka robaczkowego z okołowystkowym zapaleniem włóknikowo-ropnym.

Gojenie ran i dalszy przebieg pooperacyjny niepowikłany. Ze względu na wielkość zmiany nieprzekraczającą 2 cm oraz ograniczenie jej do błony śluzowej i podśluzowej zdecydowano o nieposzerzaniu zakresu zabiegu.

## Omówienie

Rakowiak jest najczęstszą postacią nowotworów neuroendokrynnych przewodu pokarmowego, które stanowią około 2% wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego [7].

Wyrostek robaczkowy jest najczęstszą lokalizacją rakowiaka w układzie pokarmowym – 35–46%, guz rzadziej występuje w jelicie cienkim – 25%, a najrzadziej w jelicie grubym – 6% [8].

Bezobjawowy lub skąpoobjawowy rozwój rakowiaka sprawia duże problemy diagnostyczne [9]. U 78–98% pacjentów rozpoznanie choroby ustala się podczas badania mikroskopowego wyrostka robaczkowego usuniętego z powodu objawów ostrego zapalenia [10].

Guz lokalizuje się najczęściej w dystalnym odcinku wyrostka (75%), rzadziej w części środkowej (13%) i u podstawy (11%) [11]. Obserwuje się dwa szczyty zachorowań na rakowiaka: pierwszy między 15. a 25. rokiem życia oraz drugi między 65. a 75. rokiem życia [12].

Komórki rakowiaka wydzielają wiele czynnych substancji, najczęściej serotoninę, której nadmiar powoduje powstanie tzw. zespołu rakowiaka objawiającego się: napadowym zaczerwienieniem twarzy i górnej części tułowia, biegunką, napadami astmy oskrzelowej, zwłóknieniem zastawek prawej połowy serca oraz nadciśnieniem tętniczym [13]. Zespół ten rozwija się u około 10% chorych i jest najczęściej wynikiem współistnienia przerzutów w wątrobie i w związku z tym braku dezaktywacji substancji czynnych w wątrobie [14].

W związku z niewielkimi rozmiarami guza przedoperacyjne rozpoznanie rakowiaka wyrostka robaczkowego jest niezwykle rzadkie [15]. Metodami diagnostycznymi są USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (MR) [16]. Obecnie za metodę z wyboru w diagnostyce uważa się scyntyografię z zastosowaniem 111-In-DPTA-oktreotydu, wiążącego receptory somatostatynowe na komórkach guza [17].

Uważa się, że dla rakowiaka o tym umiejscowieniu i średnicy do 2 cm wystarczającym zabiegiem jest appendektomia, w przypadku większego guza chory wymaga hemikolektomii prawostronnej [10]. Wielu autorów uważa jednak, że nawet dla zmian mniejszych niż 2 cm wskazane jest prawostronne wycięcie okrężnicy, ze względu na przypadki przerzutowania nawet z niewielkich ognisk pierwotnych [18].

Rokowanie zależy od umiejscowienia, wielkości guza, ale przede wszystkim od obecności przerzutów [18]. W przypadku zmian poniżej 2 cm i lokalizacji miejscowej 5-letnie przeżycie sięga blisko 100%, w zaawansowaniu regionalnym blisko 80%, a przy zaawansowaniu systemowym wynosi od 30 do 70% [19].

## Podsumowanie

Przedoperacyjne rozpoznanie rakowiaka wyrostka robaczkowego nadal jest rzadkością. Rozwój metod małoinwazyjnych i ich większa dostępność w trybie ostrodyżurowym pozwala na szybkie i pewne rozstrzygnięcie problemów diagnostyki „ostrego brzucha”. Powyższy przypadek jest też dowodem na skuteczność laparoskopii w leczeniu niewielkich nowotworów złośliwych w obrębie jamy brzusznej.

## Piśmiennictwo

- Lubarsch O.: Ueber den primären Krebs des ileum, nebst Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberkulose. *Virchows Arch.*, 1888; 11: 280–317
- Caplin M.E., Buscombe J.R., Hilton A.J. i wsp.: Carcinoid tumour. *Lancet*, 1998; 352 (5): 799–805
- Kos-Kudła B., Bolanowski M., Handkiewicz-Junak D. i wsp.: Zalecenia diagnostyczno-lecznicze w guzach neuroendokrynnych układu pokarmowego (rekomendowane przez Polską Sieć Guzów Neuroendokrynnych). *Endokrynologia Polska*, 2008; 59 (1): 41–56
- Pasieka J.L., McKinnon J.G., Kinnear S. i wsp.: Carcinoid syndrome symposium on treatment modalities for gastrointestinal carcinoid tumors: symposium summary. *Can. J. Surg.*, 2001; 44: 25–32
- Oberndorfer S.: Karzinoide Tumoren des Dünndarms. *Frankfurt Z. Path.*, 1907; 1: 426
- Kulke M.H., Mayer R.J.: Carcinoid tumors. *N. Engl. J. Med.*, 1999; 340 (11): 858–866
- Corpron C.A., Black C.T., Herzog C.E. i wsp.: A half century of experience with carcinoid tumors in children. *Am. J. Surg.*, 1995; 170 (6): 606–608
- Viniki A.: Carcinoid tumors. [W:] De Groot L.J., Jameson J.L. (red.): *Endocrinology*. Wyd. W.B. Saunders Philadelphia, 2001; 2533–2546
- Blair N.P., Bugis S.P., Turner L.J., MacLeod M.M.: Review of the pathologic diagnoses of 2.216 appendectomy specimens. *Am. J. Surg.*, 1993; 165 (5): 618–620
- Stinner B., Rothmund M.: Neuroendocrine tumours (carcinoids) of the appendix. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*, 2005; 19: 729–738
- Deans G.T., Spence R.A.: Neoplastic lesions of the appendix. *Br. J. Surg.*, 1995; 82 (3): 299–306
- Zuetahorst J.M., Taal B.G.: Metastatic carcinoid tumors: a clinical review. *Oncologist*, 2005; 10: 123–131
- Taal B.G., Smits M.: Developments in diagnosis and treatment of metastatic midgut carcinoid tumors. A review. *Minerva Gastroenterol. Dietol.*, 2005; 51: 335–344
- van der Horst-Schrivers A.N., Wymenga A.N., Links T.P. i wsp.: Complications of midgut carcinoid tumors and carcinoid syndrome. *Neuroendocrinology*, 2004; 80 (supl. 1): 28–32
- Kos-Kudła B., Foltyn W., Zemaczak A. i wsp.: Diagnostyka i leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych (GEP/NET). *Przegl. Gastroenterol.*, 2006; 1 (1): 3–9
- Kos-Kudła B., Zemaczak A.: Współczesne metody rozpoznawania i leczenia guzów neuroendokrynnych układu pokarmowego. *Endokrynolog. Pol.*, 2006; 2 (57): 174–186
- Slooter G.D., Mearadji A., Breeman W.A. i wsp.: Somatostatin receptor imaging, therapy and new strategies in patient with neuroendocrine tumours. *Br. J. Surg.*, 2001; 88 (1): 31–40
- Zajac A., Kratochwil M.: Rakowiaki przewodu pokarmowego. *Pol. Przegl. Chirurg.*, 1998; 70 (7): 697–705
- Kos-Kudła B., Szawłowski A.: Guzy neuroendokrynne. [W:] Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E. i wsp.: *Chirurgia Onkologiczna*. PZWL, Warszawa; 2009: 1181–1202

# Współistniejąca perforacja żołądka i pęcherza moczowego – opis przypadku

Simultaneous gastric and vesical perforation – a case report

Robert Brzozowski<sup>1</sup>, Jerzy Narloch<sup>2</sup>, Krzysztof Paśnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik

**Streszczenie.** Opisano 46-letnią chorą leczoną w Klinice z powodu przedziurawienia przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego. W wywiadzie stan po przebytej przed 9 dniami endoskopowej biopsji pęcherza moczowego. Z uwagi na wyjątkowo rzadkie jednoczesne występowanie przedziurawienia żołądka i pęcherza moczowego Autorzy zdecydowali o przedstawieniu tej chorej.

**Słowa kluczowe:** perforacja pęcherza moczowego, perforacja żołądka

**Abstract.** We present the case of a 46-year-old woman with simultaneous gastric and vesical perforation. Vesical endoscopic biopsy performed 9 days earlier was reported in medical history. Because simultaneous occurrence of gastric and vesical perforation is rare, we decided to report this case.

**Key words:** gastric perforation, vesical perforation

Nadesłano: 10.06.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 49–51

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: mjr dr n. med. Robert Brzozowski  
Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej Torakochirurgii  
CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, tel. +48 22 681 63 00,  
e-mail: rbrzozowski@wim.mil.pl

## Wstęp

Izolowane przedziurawienie żołądka lub pęcherza nie należy do rzadkości [1,2]. W piśmiennictwie występują niejednolite dane dotyczące izolowanych perforacji żołądka (około 2/100 000 osób rocznie), prawdopodobnie ze względu na ograniczoną liczbę pacjentów branych pod uwagę w badaniach [3]. Niemniej jednak wśród najczęściej wymienianych powodów perforacji pojawia się choroba nowotworowa oraz wrzodowa żołądka, następnie uszkodzenia jatrogenne [4-7]. Do zdecydowanie rzadziej występujących należą połknięcia ostrych przedmiotów, spożycie żrących substancji czy dystrofia mięśniowa obejmująca ścianę żołądka [2,8]. W przypadku pęcherza moczowego najczęstszymi przyczynami są: enterocystoplastyka, radioterapia okolic miednicy, proces nowotworowy obejmujący ścianę pęcherza oraz długotrwała obecność cewnika Foleya [1,9-11]. Uszkodzenia jatrogenne o opisującym charakterze występują

podczas cystoskopii, operacji ginekologicznych oraz zabiegów obejmujących okrężnicę [12].

W piśmiennictwie nie stwierdzono opisu współistniejącego przedziurawienia żołądka i pęcherza moczowego. Autorzy zdecydowali się opisać chorą również ze względu na to, iż przedziurawienia te są powodem bezpośredniego zagrożenia życia związanego z zapaleniem otrzewnej i rozwojem niewydolności wielonarządowej.

## Opis przypadku

46-letnia chora została przyjęta do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Torakochirurgii WIM w trybie ostrego dyżuru w listopadzie 2009 roku z objawami zapalenia otrzewnej. W wywiadzie stan po przebytych przed 9 dniami endoskopowym zabiegu pęcherza moczowego – przezcewkowej biopsji (TURB) z powodu okresowego krwimoczku – w badaniu histopatologicznym bez zmian



**Rycina 1.** Badanie TK – znaczna ilość płynu oraz gazu w jamie otrzewnej  
**Figure 1.** CT scan – substantial amount of fluid in the peritoneal cavity

rozrostowych. Chora przebyła przed 2 laty operację wycięcia szyjki macicy z powodu raka szyjki macicy, uzupełnioną pooperacyjną radioterapią. Ponadto w wywiadzie nadciśnienie tętnicze. Przy przyjęciu do Kliniki oceniono stan chorej jako ciężki. Poza objawami rozlanego zapalenia otrzewnej występowały: gorączka, hipotonia, anuria, leukocytoza, wysokie wskaźniki parametrów nerkowych. W badaniu tomografii komputerowej (TK) uwidoczniło bardzo dużą ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej i obecność gazu tuż pod przednią ścianą jamy otrzewnej (ryc. 1). Przestrzenie płynowe zaczęły się ujawniać na wysokości pęcherza moczowego (ryc. 2).

Chorą operowano w trybie pilnym. Po otwarciu jamy otrzewnej wydobył się gaz. Stwierdzono dużą ilość jasnożółtego, dość klarownego płynu – odessano 4 litry, z niewielką ilością włókna. Kontrola narządów jamy brzusznej ujawniła obecność zlepów pomiędzy pętlami jelit. Śródoperacyjnie rozpoznano 8-milimetrowy otwór perforacji na przedniej ścianie żołądka w okolicy przedodźwiernikowej. Po pobraniu wycinków z brzegów owrzodzenia do badania histopatologicznego otwór perforacji zaopatrzono sposobem Grahama, tzn. zamknięto pojedynczymi szwami i naszyto łatą z sieci. Jednak ze względu na zebrany wywiad chorobowy i dużą ilość jasnożółtego płynu zbadano narządy miednicy mniejszej. Ocena pęcherza moczowego ujawniła wyciek moczu z 3 otworów w dnie pęcherza, z czego jeden z otworów położony był głęboko w zachyłku pęcherzowo-macicznym. Na ścianie pęcherza moczowego, miejscami bardzo kruchej, były widoczne punktowe ogniska martwicy. Ostatecznie po zaopatrzeniu miejsc perforacji skontrolowano



**Rycina 2.** Badanie TK – manifestacja płynu w przestrzeni okołopęcherzowej  
**Figure 2.** CT scan – fluid in the perivesical space

szczelność pęcherza z użyciem cewnika Foleya – nastąpił śladowy wyciek. Założono 3 dreny Pezzera: do miednicy, za wątrobę i do rynny prawej, a dren Redona w okolicę zaopatrzenia perforacji żołądka. Ponadto wprowadzono sondę nosowo-jelitową w celu wdrożenia leczenia żywieniowego. Po płukaniu jamy otrzewnej zamknięto ją warstwowo. Pooperacyjne badanie histopatologiczne wycinków brzegów perforacji żołądka wykazało martwicę, bez cech atypii komórkowej.

Po operacji stosowano antybiotykoterapię (piperacylinę z tazobaktamem), profilaktykę przeciwzakrzepową (enoksaparyna), inhibitory pompy protonowej (pantoprazol), prokinetyki oraz bilansowaną płynoterapię i żywienie dojelitowe. Od 7. doby włączono żywienie doustne. Po operacji występował przeciek moczu do jamy otrzewnej drenowany na zewnątrz, bez objawów otrzewnowych. Zastosowano leczenie zachowawcze przecieku – utrzymywano cewnik Foleya w pęcherzu moczowym i drenaż miednicy, uzyskując stopniowe zmniejszanie się wycieku moczu. Poza tym już od 1. doby pooperacyjnej obserwowano stopniową normalizację wskaźników nerkowych (przed operacją stężenie kreatyniny w surowicy krwi wynosiło 8,0 mg/dl). W 11. dobie usunięto ostatni dren asekuracyjny i ewakuowano niewielki podskórny zbiornik płynowy z rany pooperacyjnej. W kontrolnym badaniu ultrasonograficznym nie stwierdzono wolnego płynu w jamie otrzewnej. Odnotowano prawidłową diurezę w okresie pooperacyjnym. Chorą wypisano ze szpitala z utrzymanym cewnikiem w pęcherzu moczowym na około 6 tygodni. Dalszy przebieg był niepowikłany. Kontrola urologiczna wykazała szczelność pęcherza moczowego i cewnik z pęcherza moczowego usunięto.

## Omówienie

Objawy otrzewnowe, które występują w przypadku przedziurawienia ściany dwóch narządów pozostających w odległych (z perspektywy jamy brzusznej) stosunkach anatomicznych, pozostają niespecyficzne. Po stwierdzeniu takich objawów należy wykonać diagnostykę obrazową – preferencyjnie badanie TK, która pomoże zróżnicować pochodzenie dolegliwości [3,11].

Obecność gazu pod kopolami przepony zwykle wskazuje na ubytek w ścianie przewodu pokarmowego, w obrębie żołądka i/lub dwunastnicy. W TK uwidoczono znaczącą ilość płynu, co może sugerować krwawienie do jamy otrzewnej lub nieszczelność pęcherza i w konsekwencji wyciek moczu do jamy otrzewnej [3]. Dodatkową oznaką diagnostyczną sugerującą perforację pęcherza moczowego jest anuria [13]. Ponadto u opisanej chorej występowały przedoperacyjnie duże wartości parametrów nerkowych, które w okresie pooperacyjnym uległy normalizacji i wraz z kontrolą diurezy oraz ustaniem przecieku do drenu, stanowiły wyznacznik stanu szczelności pęcherza.

W okresie przedoperacyjnym, jak również w czasie laparotomii, trafne rozpoznanie charakteru zmiany w obrębie ściany żołądka może się okazać niemożliwe. Najczęściej różnicuje się między perforacją wrzodu żołądka lub zmiany nowotworowej. Ostatecznie rozpoznanie można ustalić jedynie po przeprowadzeniu badania histopatologicznego pobranego wycinka w obrębie zmiany. W związku z tym pobranie materiału tkankowego jest rutynowe w postępowaniu w podobnych przypadkach [4-6,14]. Dane statystyczne wykazują korelację między wiekiem pacjenta a prawdopodobną przyczyną perforacji żołądka. Otóż w przypadku, gdy wiek pacjenta przekracza 60 lat, częściej podejrzewa się proces nowotworowy, natomiast jeśli wynosi on około 40 lat, wtedy sugeruje się perforację w przebiegu choroby wrzodowej żołądka. Ergul i wsp. proponują przeprowadzanie procesu różnicującego na podstawie wieku, średnicy zmiany, wskaźnika liczby leukocytów oraz czasu występowania objawów klinicznych [14]. Inni autorzy prezentują również schematy postępowania oparte na możliwości oceny pochodzenia zmiany na podstawie wycinka tkankowego poddanego w czasie operacji badaniu z użyciem odpowiednich technik. Oceny dokonuje patolog, którego opinia implikuje dalsze postępowanie [4,5,7,14]. Zaopatrzenie perforacji żołądka sposobem Grahama wydaje się najodpowiedniejszym pierwotnym postępowaniem i autorzy tego artykułu nie pozostają odosobnieni w tej kwestii [4,15].

W przedstawionym przypadku pochodzenie zmian obejmujących ścianę pęcherza zostało zasugerowane podczas wywiadu; prawdopodobnie wystąpiły one w związku z zabiegiem endoskopowym, a także z przebytą w przeszłości radioterapią. Zmiany występujące na skutek napromieniowywania nie należą do rzadkości i są

powszechnie odnotowywane w piśmiennictwie międzynarodowym [1,9,10,12,14]. Chora po zabiegu urologicznym, ze względu na dolegliwości bólowe brzucha, samodzielnie przyjmowała leki przeciwbólowe (także NLPZ), co skutkowało wystąpieniem owrzodzenia i perforacji żołądka, a jednocześnie opóźniło zgłoszenie się chorej do lekarza.

Przedziurawienie żołądka z towarzyszącym przerwanym ciągłości ściany pęcherza moczowego nie zostało do tej pory odnotowane w piśmiennictwie międzynarodowym. Niewątpliwie wskazuje to na rzadkość występowania podobnej sytuacji, co było głównym powodem, że autorzy zdecydowali się przedstawić opisany wyżej przypadek.

## Podziękowanie

Zdjęcia zostały udostępnione dzięki uprzejmości Zakładu Radiologii Lekarskiej CSK MON WIM w Warszawie.

## Piśmiennictwo

- Basavaraj D.R., Zachariah K.K., Feggetter J.G.: Acute abdomen – remember spontaneous perforation of the urinary bladder. *J. R. Coll. Surg. Edinb.*, 2001; 46: 316–317
- Steenvoorde P., Moues C.M., Viersma J.H.: Gastric perforation due to the ingestion of a hollow toothpick: report of a case. *Surg. Today*, 2002; 32: 731–733
- Cho H.S., Yoon S.E., Park S.H. i wsp.: Distinction between upper and lower gastrointestinal perforation: usefulness of the periportal free air sign on computed tomography. *Eur. J. Radiol.*, 2009; 69: 108–113
- Facy O., Radais F., Billard L. i wsp.: Clinical images. Gastric perforation caused by metastatic lung carcinoma. *Am. J. Surg.*, 2009; 197: e5–e6
- Lehnert T., Buhl K., Dueck M. i wsp.: Two-stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 2000; 26: 780–784
- Minami S., Gotoda T., Ono H. i wsp.: Complete endoscopic closure of gastric perforation induced by endoscopic resection of early gastric cancer using endoclips can prevent surgery. *Gastroint. Endosc.*, 2006; 63 (4): 596–601
- Svanes C.: Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. *World J. Surg.*, 2000; 24: 277–283
- Dinan D., Levine M.S., Gordon A.R. i wsp.: Gastric wall weakening resulting in separate perforations in a patient with Duchenne's muscular dystrophy. *AJR*, 2003; 181: 807–808
- Fujikawa K., Yamamichi F., Nonomura M. i wsp.: Spontaneous rupture of the urinary bladder is not a rare complication of radiotherapy for cervical cancer: report of six cases. *Gynecol. Oncol.*, 1999; 73: 439–442
- Hansen H.J., Eldrup J.: Spontaneous rupture of the urinary bladder – a late complication to radiotherapy. Case report. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1989; 23: 309–310
- Schraut W.H., Huffman J., Bagley D.H.: Acute abdominal pain caused by spontaneous perforation of the urinary bladder. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1983; 156: 589–592
- Armenakas N.A., Pareek G., Fracchia J.A.: Iatrogenic bladder perforations: longterm followup of 65 patients. *J. Am. Coll. Surg.*, 2004; 198: 78–82
- Shumaker B.P., Pontes J.E., Pierce J.M. Jr: Idiopathic rupture of bladder. *Urology*, 1980; 15: 566–568
- Ergul E., Gozetik E.O.: Emergency spontaneous gastric perforations: ulcer versus cancer. *Langenbecks Arch. Surg.*, 2009; 394: 643–646
- Huguet K.L., Hinder R.A., Berland T.: Late gastric perforations after laparoscopic fundoplication. *Surg. Endosc.*, 2007; 21: 1975–1977

# Przypadek wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z siateczkowatym bliznowaceniem

Case of congenital vesicular erosive dermatosis  
supple reticulated scar

**Piotr Brzeziński**

Ambulatorium z Izba Chorych 6. Wojskowego Oddziału Gospodarczego w Ustce; kierownik: kpt. lek. P. Brzeziński

**Streszczenie.** Wrodzone pęcherzykowe i nadżerkowe zapalenie skóry z siateczkowatym bliznowaceniem (*supple reticulated scar* – SCAR) jest rzadką chorobą. Obecne już w chwili urodzenia pęcherze przekształcają się z czasem w nadżerki i strupy, a następnie pojawiają się charakterystyczne siateczkowate blizny. Etiologia tego wrodzonego defektu nie jest znana. Do tej pory odnotowano tylko 17 przypadków tej choroby. W pracy przedstawiono przypadek 4-letniej dziewczynki, u której stwierdzono przy narodzeniu charakterystyczne siateczkowate blizny i nadżerki. Dziecko jest ogólnie zdrowe, dotychczas niediagnozowane w kierunku chorób skóry. Dziewczynka urodziła się z nadżerkami w prawym dole podkolanowym i na prawym przedramieniu. Z czasem zmiany skórne zaczęły stopniowo obejmować prawą część ciała (kończyna dolna, pośladek, okolice piersi). Na podstawie wywiadu oraz obrazu klinicznego ustalono wstępne rozpoznanie wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z siateczkowatym bliznowaceniem.  
**Słowa kluczowe:** pęcherzykowo-nadżerkowe zapalenie skóry, wrodzone zapalenie skóry, zapalenie skóry

**Abstract.** Congenital vesicular erosive dermatosis supple reticulated scar (SCAR) is a rare disease. Blisters observed already at birth become eroded and crusted, and then heal with characteristic scars. Etiology of this congenital defect is unknown. To date only 17 cases of this disease have been reported. We present the case of a 4-year-old girl with characteristic scarring pattern and erosion. The child is generally healthy; she had not been diagnosed for skin diseases before. The girl was born with erosions in the right bottom of the popliteal and the right forearm. With time, skin lesions began to gradually cover the right side of the body (lower limb, buttock, breast). On the basis of medical history and clinical presentation, we reached the preliminary diagnosis of congenital vesicular erosive dermatosis supple reticulated scar.  
**Key words:** congenital dermatosis, dermatosis, vesicular erosive dermatosis

Nadesłano: 19.04.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 52–55  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: lek. Piotr Brzeziński  
ul. Andersa 5/8, 76-270 Słupsk, tel.: 69 21 21 516,  
e-mail: brzezoo@wp.pl

## Wstęp

Wrodzone pęcherzykowe i nadżerkowe zapalenie skóry z siateczkowatym bliznowaceniem (*supple reticulated scar* – SCAR) jest rzadką genodermatozą o nieustalonej etiologii. Chorobę po raz pierwszy opisali Cohen i wsp. w 1985 roku [1]. Charakteryzuje się ona nadżerkami i pęcherzami występującymi po urodzeniu, które goją się stosunkowo szybko, tworząc równomiernie, siateczkowate blizny [1,2]. Zmiany rumieniowe i następnie bliznowacenia mogą pojawiać się jeszcze przez kilka lat [3]. Etiologia choroby nie została poznana. Natomiast

podejrzewa się ścisłą korelację między SCAR a przedwczesnym narodzeniem dziecka.

Dotychczas przedstawiono 15 publikacji na ten temat (dane z bazy Pubmed oraz Google), w których opisano 17 przypadków tej choroby (tab.). Większość rozpoznań została potwierdzona badaniem histopatologicznym, ale w 4 przypadkach badania takiego nie przeprowadzono.

**Tabela. Opisane przypadki siateczkowatego bliznowacenia (SCAR)**  
**Table. The cases of supple reticulated scar (SCAR)**

autorzy	liczba	pleć	badanie histopatologiczne
Cohen B.A. i wsp., 1985 [1]	3	M (1), K (2)	badano
Gupta A.K. i wsp., 1987 [11]	2	M (2)	badano w 1 przypadku
Plantin P. i wsp., 1990 [12]	1	M (1)	nie badano
Sadick N.S. i wsp., 1995 [4]	1	M (1)	nie badano
Fernández-Pugnaire M.A. i wsp., 1997 [13]	1	M (1)	nie badano
Hansen R., 1997*	1	M (1)	badano
Sidhu-Malik N.K. i wsp., 1998 [5]	3	M (1), K (2)	badano w 2 przypadkach
Stein S. i wsp., 2001 [2]	1	M (1)	badano
Metz B.J. i wsp., 2005 [6]	1	K (1)	badano, wynik negatywny
Vun Y.Y. i wsp., 2005 [3]	1	M (1)	badano
Gonçalves R.V. i wsp., 2007 [7]	1	M (1)	badano
Lee J.H. i wsp., 2008 [8]	1	K (1)	badano
De Lange A. i wsp., 2009 [9]	1	K (1)	badano

\* dane niepublikowane, dzięki uprzejmości B.A. Cohena

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie przypadku SCAR, który wymaga dalszej diagnostyki w specjalistycznych klinikach dermatologicznych. Rozpoznanie ustalono na podstawie wywiadu, charakterystycznych objawów klinicznych i konsultacji teledermatologicznych, m.in. z autorem, który pierwszy opisał tę chorobę.

Do Ambulatorium z Izby Chorych 6. Wojskowego Oddziału Gospodarczego w Ustce zgłosiła się pacjentka z 4-letnią córką z powodu problemów skórnych. W wywiadzie stwierdzono, że dziecko było ogólnie zdrowe, urodzone w 34. tygodniu ciąży (5. ciąża, 3. dziecko), 8 punktów w skali Apgar, poród pośladowy, masa urodzeniowa 2100 g, długość 50 cm. Dziecko dotychczas niediagnostowane w kierunku chorób skóry. Wywiad rodzinny w kierunku chorób skóry i chorób genetycznych był negatywny. Nie stwierdzono chorób, które mogłyby korelować z chorobami u dziewczynki. Dziewczynka urodziła się z nadżerkami w prawym dole podkolanowym i na prawym przedramieniu. Z czasem zmiany skórne zaczęły stopniowo obejmować prawą część ciała (kończyna dolna, pośladki, okolice piersi). Ponadto matka dziecka podaje okresowy rumień okolicy twarzy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono podłużnie przebiegające, o układzie siateczkowatym bliznowacenia i świeże zmiany rumieniowe (ryc.). Zmiany skórne przebiegające wzdłuż linii Blaschko zlokalizowane były po stronie prawej. Dotyczyły dołu podkolanowego, okolicy stawu

kolanowego, pośladka, przedramienia i okolicy podsutkowej. Zmiany rumieniowe wykazują okresową tendencję do zmiany zabarwienia z jasnoczerwonej na ciemnoczerwoną. Poza tym paznokcie rąk i stóp z podłużnym „drzewkowatym” pęknięciem (*unguimum mediana canaliformis*). Na podstawie wywiadu oraz obrazu klinicznego ustalono wstępne rozpoznanie wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z siateczkowatym bliznowaceniem.

## Omówienie

W 1985 roku Cohen opisał 3 przypadki SCAR u nowo narodzonych dzieci (2 dziewczynek i 1 chłopca), urodzonych odpowiednio w 28., 34. i 29. tygodniu ciąży [1]. Etiologia choroby nie jest znana. Fernández-Pugnaire w 1997 roku wysunął teorię amniogenetyczną [4], jednakże inni autorzy jej nie potwierdzili. Oprócz zmian pęcherzykowo-nadżerkowych i pojedynczych siateczkowatych blizn Cohen opisał niedorozwój kości nosa u dziewczynek, skoliozę u jednej z nich oraz hipertermię u 3 dzieci.

W opisywanym przypadku objawom towarzyszył rumień twarzy i zmiany paznokciowe.

Dzieci ze SCAR są zazwyczaj urodzone przedwcześnie, podobnie jak prezentowany przypadek. Twarz, dłonie i stopy często są oszczędzone [5]. Wyjątkiem był chłopiec urodzony w 26. tygodniu ciąży z siateczkowatą blizną na lewym policzku [3]. Zmiany zazwyczaj umiejscawiają się jednostronnie [6]. Gojenie się nadżerek ma



**Rycina.** Zmiany rumieniowe i siateczkowate bliznowacenie na przedramieniu

**Figure.** Erythematous and reticulate scarring on the forearm

miejsce w pierwszych 2 miesiącach w postaci równomiernych siateczkowatych blizn [7]. Stein i wsp. przedstawiają przypadek chłopca, diagnozowanego początkowo jako postać łączącą pęcherzowe oddzielanie się naskórka (*junctional epidermolysis bullosa*), u którego ostatecznie ustalono rozpoznanie SCAR [2]. Typowym dla SCAR objawom skórny towarzyszyły przewlekłe zapalenie spojówek, bliznowaciejące łysienie rzęs z niedrożnością przewodu łzowego, czy ropnie nosa. Jednakże opisywano również przypadki mikrocefalii czy problemów neurologicznych [1,7].

Wszystkie przypadki opisane przez Cohena i wsp. zostały potwierdzone badaniem histopatologicznym, w którym stwierdzano bliznowacenie, a w miejscach blizn powierzchniowe i głębokie nacieki zapalne neutrofilowe, uszkodzenie kolagenu. Biopsja zmian skórnych u chłopca opisanego przez Fernández-Pugnaire i wsp. wykazała spongiozę i zanik skóry [4]. U 3 dzieci badanie histopatologiczne wykonano w pierwszych dniach życia [8,9]. Badanie wykazało neutrofilowe nacieki [8] oraz pojedyncze eozynofile i histocyty w przypadku opisanym przez Plantin i wsp. [9]. Immunofluorescencja nie wykazała specyficznych zmian, nie stwierdzono immunoglobulin, składników C3 dopełniacza czy złogów fibryny. Mikroskopia elektronowa i mapowanie immunohistochemiczne nie wykazały, że SCAR może być wariantem *epidermolysis bullosa* [5]. Ze względu na brak możliwości w analizowanym przypadku nie wykonano biopsji skóry, co miało również miejsce w 3 innych przypadkach [10,11].

W diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę: ogniskowy niedorozwój skóry, zespół Blocha i Salzberga, zespół Barta, rybią łuskę pęcherzową Simensa, pęcherzyce immunologiczne czy urazy termiczne [12,13].

Zmiany chorobowe nie wymagają specjalistycznej terapii. Lee i wsp. w leczeniu stosowali miejscowo antybiotyki i to tylko na początkowym etapie [12]. Należy natomiast fotografować zmiany skórne i obserwować ich

ewentualny postęp. W pierwszych dniach wystąpienia objawów należy monitorować elektrolity i zabezpieczyć zmiany skórne przed wtórną infekcją. Często dochodzi do objawów hipertermii. W związku z tym należałoby ograniczyć kontakt ze światłem słonecznym. W późniejszym okresie życia w związku z obecnością nieestetycznych blizn u dziecka mogą wystąpić problemy psychologiczne. W jednym przypadku dziecka z łysieniem bliznowaciejącym w przebiegu SCAR z pełnym sukcesem przeszczepiono włosy.

Rokowanie jest dobre, chociaż tylko w 30% przypadków zmiany skórne uległy inwolucji, a w 63% były przyczyną łysienia bliznowaciejącego. Choć zmiany skórne mogą postępować jeszcze kilka lat, jak ukazują dane z piśmiennictwa, najpóźniej zdiagnozowany był 9-letni chłopiec, którego przypadek opisali Stein i wsp. [2]. U 7 dzieci występowała dystrofia płytek paznokciowych, w 5 przypadkach stwierdzono bliznowaciejące zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej. W prezentowanym przypadku chorobę zdiagnozowano w wieku 4 lat, a objawom skórny towarzyszyły zmiany paznokciowe typu *unguinum mediana canaliformis*.

Zaburzenie rozwoju intelektualnego i problemy neurologiczne były notowane u pojedynczych pacjentów.

W prezentacji wygłoszonej w 2000 roku Stein zauważyła, iż istnieje pewne ryzyko nietolerancji ciepła oraz bliznowaciejącego łysienia w późniejszym okresie życia u dzieci ze SCAR [5].

## Podsumowanie

Przypadki SCAR notuje się sporadycznie na świecie, piśmiennictwo podaje tylko 17 przypadków tej choroby. Dotychczasowe prace pochodzą z USA, Brazylii, Japonii, a w Europie po jednym przypadku opisano w Irlandii, Francji, Hiszpanii i Belgii. Pomimo iż wywiad, obraz kliniczny i konsultacja teledermatologiczna z pierwszym autorem (prof. Bernardem Cohenem) wskazują na SCAR, przypadek wymaga dalszej szczegółowej diagnostyki w klinice dermatologicznej.

## Podziękowanie

Autor dziękuje panu doktorowi Steliosowi Minasowi z Kliniki Dermatologii i Raków Skóry w Limassol na Cyprze oraz panu profesorowi Bernardowi Cohenowi z Kliniki Dermatologii i Pediatrii Uniwersytetu Medycznego Johns Hopkinsa w Baltimore w USA za konsultację przypadku.

## Piśmiennictwo

1. Cohen B.A., Esterly N.B., Nelson P.F.: Congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring. *Arch. Dermatol.*, 1985; 121: 361–367
2. Stein S., Stone S., Paller A.S.: Ongoing blistering in a boy with congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2001; 45: 946–948
3. Yun Y.Y., Malik M.M., Murphy G.M., O'Donnell B.: Congenital erosive and vesicular dermatosis. *Clin. Exp. Dermatol.*, 2005; 30: 146–148
4. Fernández-Pugnaire M.A., Serrano-Ortega S., Linares-Solano J., Naranjo-Sintes R.: A new case of extensive congenital erosions and vesicles healing with reticulate scarring. *Dermatology*, 1997; 194: 278–280
5. Stein S.: Congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring. Cases of the year presentation. Society for Pediatric Dermatology pre-AAD Meeting, 9 marca, 2000
6. De Lange A., Bayet B., Debauche C. i wsp.: Congenital erosive and vesicular dermatosis with reticulated scarring in a newborn: an innovative treatment using a silicone dressing. *Pediatr. Dermatol.*, 2009; 26: 735–738
7. Gonçalves R.V., Pessoa O.M., Lowy G.: Evaluation of a congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring. *Pediatr. Dermatol.*, 2007; 24: 384–386
8. Sadick N.S., Shea C.R., Schlessel J.S.: Congenital erosive and vesicular dermatosis with reticulated, supple scarring: a neutrophilic dermatosis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1995; 32: 873–877
9. Plantin P., Delaire P., Guillois B., Guillet G.: Congenital erosive dermatosis with reticulated supple scarring: first neonatal report. *Arch. Dermatol.*, 1990; 126: 544–546
10. Sidhu-Malik N.K., Resnick S.D., Wilson B.B.: Congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring: report of three new cases and review of the literature. *Pediatr. Dermatol.*, 1998; 15: 214–218
11. Gupta A.K., Rasmussen J.E., Headington J.T.: Extensive congenital erosions and vesicles healing with reticulate scarring. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1987; 17: 369–376
12. Lee J.H., Yoon S.Y., Lee J.D., Cho S.H.: A case of congenital erosive and vesicular dermatosis with limited involvement. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2008; 58 (supl. 1): S104–106
13. Metz B.J., Hicks J., Levy M.: Congenital erosive and vesicular dermatosis healing with reticulated supple scarring. *Pediatr. Dermatol.*, 2005; 22: 55–59

# Drugi poziom pomocy medycznej – ocena potrzeb w zakresie zabezpieczenia medycznego działań bojowych

Second level of medical treatment – the review of needs in the range of medical protection during combat action

Marek Skalski<sup>1</sup>, Andrzej Jankowski<sup>1</sup>, Jan Abramowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego w Łodzi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: pptk dr med. Marek Skalski

<sup>2</sup> Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego w Łodzi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr Józef Bukowski

**Streszczenie.** Reorganizacja wojskowej służby zdrowia spowodowała, że zmianie uległy nie tylko struktury organizacyjne pododdziałów i oddziałów medycznych wchodzących dotychczas w skład oddziałów i Związków Taktycznych (ZT), ale również zmienilo się podporządkowanie służbowe tych struktur. Na szczeblu brygady zmechanizowanej (BZ) wojskową służbę zdrowia reprezentowała kompania medyczna, która w toku działań bojowych miała za zadanie rozwinąć Brygadowy Punkt Opatrunkowy (BPO) udzielający kwalifikowanej pomocy medycznej w ramach zabezpieczenia 2 poziomu pomocy medycznej. W obecnych – nowych strukturach organizacyjnych na poziomie BZ występuje Grupa Zabezpieczenia Medycznego (GZM) skupiająca w swoim składzie zespoły medyczne do zabezpieczenia 1 i 2 poziomu pomocy medycznej, które będą przydzielane, na czas realizacji zadania, do oddziałów i ZT. Struktura organizacyjna GZM powinna być konstruowana na podstawie wnikliwej analizy strat sanitarnych, które w czasie działań bojowych będzie musiała zabezpieczać.

**Słowa kluczowe:** bojowy środek trujący (BST), broń jądrowa, biologiczna, chemiczna (NBC), Grupa Zabezpieczenia Medycznego, straty sanitarne, system zabezpieczenia medycznego

**Abstract.** The reorganization of military medicine service caused changes not only to the organizational structure of medical subunits and unit that has formed the units and the tactical unions (*Związki Taktyczne* – ZT), but also to the subordination of these structures. On the level of mechanized brigade (MB), the military medicine service was represented by medical company, which during combat actions was supposed to establish the Brigade Dressing Point by providing qualified medical treatment in the 2nd level of medical treatment.

Nowadays, in new organizational structures on the MB level, there is the Medical Protection Group (*Grupa Zabezpieczenia Medycznego* – GZM), consisting of medical teams specialized in the protection at the 1st and 2nd level of medical treatment, which are assigned to units and the ZT at the time of task fulfillment. The organizational structure of the GZM should be constructed based on a thorough analysis of sanitary losses, which will have to be protected during combat actions.

**Key words:** battle toxic agent (BST), Medical Protection Group, military medicine support system, sanitary losses, weapon nuclear, biological, chemical (NBC)

Nadesłano: 12.08.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 56–59

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: pptk dr med. Marek Skalski  
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia  
Publicznego WIM

al. 1-go Maja 90, 90-973 Łódź 39, skr. poczt. 14, tel.: +48 42 750 42 75,  
e-mail oozw@wim.mil.pl; oozw@interia.pl

## Wstęp

Współczesne pole walki będzie charakteryzowała duża dynamika działań, często o charakterze asymetrycznym z wykorzystaniem pododdziałów aeromobilnych.

Wojskowa służba zdrowia, chcąc realizować zadania przed nią stojące, musi dostosować swoje struktury organizacyjne do obecnych realiów, tak aby w przyszłości sprawnie zabezpieczyć pod względem medycznym własne wojska na polu walki.

**Tabela 1. Wskaźniki strat od broni konwencjonalnej**  
**Table 1. Index of losses caused by conventional weapon**

	straty bojowe		straty niebojowe	
	całkowity wskaźnik strat dla BZ – 8,3% stanu osobowego BZ			
	ranni w walce	stres poła walki	ranni poza walką	chorzy
w %	58	17	0,05	1,35
w liczbach bezwzględnych	217	64	3	61

BZ – brygada zmechanizowana

W wielu armiach sojusznicych NATO obecnie grupuje się potencjał wojskowej służby zdrowia w pododdziały i oddziały medyczne wydzielone ze struktur ogólnowojskowych w celu efektywnego, w zależności od potrzeb taktyczno-medycznych, wykorzystania ich potencjału na wyznaczonych kierunkach działań [1,2].

W Siłach Zbrojnych RP pododdziały i oddziały medyczne wiążą się obecnie ze strukturami ogólnowojskowymi, aczkolwiek, uwzględniając doświadczenia armii sojusznicych, w niektórych brygadach tworzy się zgrupowania jednostek służby zdrowia pod nazwą Grup Zabezpieczenia Medycznego (GMZ), które w swoim założeniu będą wydzielać moduły medyczne do zabezpieczenia 1 i 2 poziomu pomocy medycznej.

Pilotażowo wprowadzane GZM mają bardzo zróżnicowaną strukturę organizacyjną.

Zdaniem autorów, zróżnicowanie struktur organizacyjnych pododdziałów i oddziałów służby zdrowia, w brygadach wykonujących podobne zadania w czasie „W” jest nieuzasadnione i komplikuje funkcjonowanie systemu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego pola walki.

Nowo tworzone struktury powinny być konstruowane na podstawie wnikliwej analizy potrzeb w zakresie zabezpieczenia medycznego i szczególnie uwzględniać następujące wskaźniki:

- wielkość przewidywanych strat sanitarnych od poszczególnych rodzajów uzbrojenia, co przedstawiają tabele 1 i 2 [3-7],
- czas realizacji poszczególnych czynności leczniczych realizowanych w ramach kwalifikowanej pomocy medycznej – tabela 3 [8],
- zakres pomocy medycznej i związane z nimi współczynniki procentowe wymagalności udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej w punkcie opatrunkowym – tabela 4 [8],
- wskaźniki powrotów do służby rannych, którzy uzyskali pomoc medyczną na 1 poziomie zabezpieczenia medycznego – rycina [7].

W opracowaniu dla 4 wariantów realizacji zadań przez Brygadowy Punkt Opatrunkowy (BPO) naliczono potrzeby zespołów lekarskich opatrunkowych, operacyjnych i internistycznych:

**Tabela 2. Wskaźniki strat sanitarnych od broni NBC (% stanu osobowego ZT)**  
**Table 2. Index of losses caused by the NBC weapon in the ZT**

	rodzaj broni		
	broń jądrowa	broń chemiczna	broń biologiczna
w % od stanu osobowego	10–12	3–5	3–5
w liczbach bezwzględnych	540	225	225

NBC – broń jądrowa, biologiczna, chemiczna, ZT – związki taktyczne

**Tabela 3. Czas realizacji przedsięwzięć w ramach kwalifikowanej pomocy medycznej**  
**Table 3. Time required to complete the activities during qualified medical treatment**

przedsięwzięcia w ramach kwalifikowanej pomocy medycznej	zakres pomocy	
	pełny (min)	ograniczony (min)
segregacja	5–6	
zabiegi opatrunkowe	20–30	30–50
	średnio 25	średnio 40
zabiegi operacyjne	60–90	60–120
	średnio 75	średnio 90
zabiegi internistyczne, toksyny i BST	5–7	
	średnio 6	

BST – bojowy środek trujący

- wariant 1. – zespoły opatrunkowe i operacyjne dla strat od broni konwencjonalnej przy realizacji pełnego zakresu pomocy medycznej w BPO,
- wariant 2. – zespoły opatrunkowe i operacyjne dla strat od broni konwencjonalnej przy realizacji ograniczonego do wskazań życiowych zakresu pomocy medycznej,

**Tabela 4. Współczynnik rannych wymagających udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej w zależności od zakresu pomocy medycznej (K)**  
**Table 4. Index of people requiring medical treatment, depending on the range of medical treatment**

zakres pomocy medycznej	wartość współczynnika K
<b>ranni profilu zabiegowego (do strat od broni jądrowej)</b>	
pełny	0,5
zawężony	0,3
ograniczony	0,1–0,15
<b>ranni profilu zachowawczego (do strat od broni chemicznej i biologicznej)</b>	
pełny	1,0
ograniczony	
do strat od broni chemicznej	0,7
do strat od broni biologicznej	0,3

- wariant 3. – zespoły internistyczne dla strat od broni chemicznej i biologicznej, zespoły opatrunkowe i operacyjne dla strat od broni jądrowej przy realizacji pełnego zakresu pomocy medycznej w BPO,
- wariant 4. – zespoły internistyczne dla strat od broni chemicznej i biologicznej, zespoły opatrunkowe i operacyjne dla strat od broni jądrowej przy realizacji ograniczonego do wskazań życiowych zakresu pomocy medycznej.

Jako dane wyjściowe przyjęto wyżej wymienione czynniki, w tym uśrednione wartości czasów wykonania określonych zabiegów, maksymalne wskaźniki strat sanitarnych, stan osobowy brygady – 4500 osób oraz wykorzystano następujące poniższe wzory matematyczne [9].

Naliczenie liczby potrzebnych zespołów opatrunkowych:

$$\text{Bopat} = \frac{\text{Ssan} (j + k) \cdot \text{Tz} \cdot \text{K}}{\text{T}}$$

gdzie:

Bopat – potrzebna liczba zespołów opatrunkowych,  
 Ssan (j + k) – dobowe straty sanitarne brygady od broni jądrowej i konwencjonalnej,

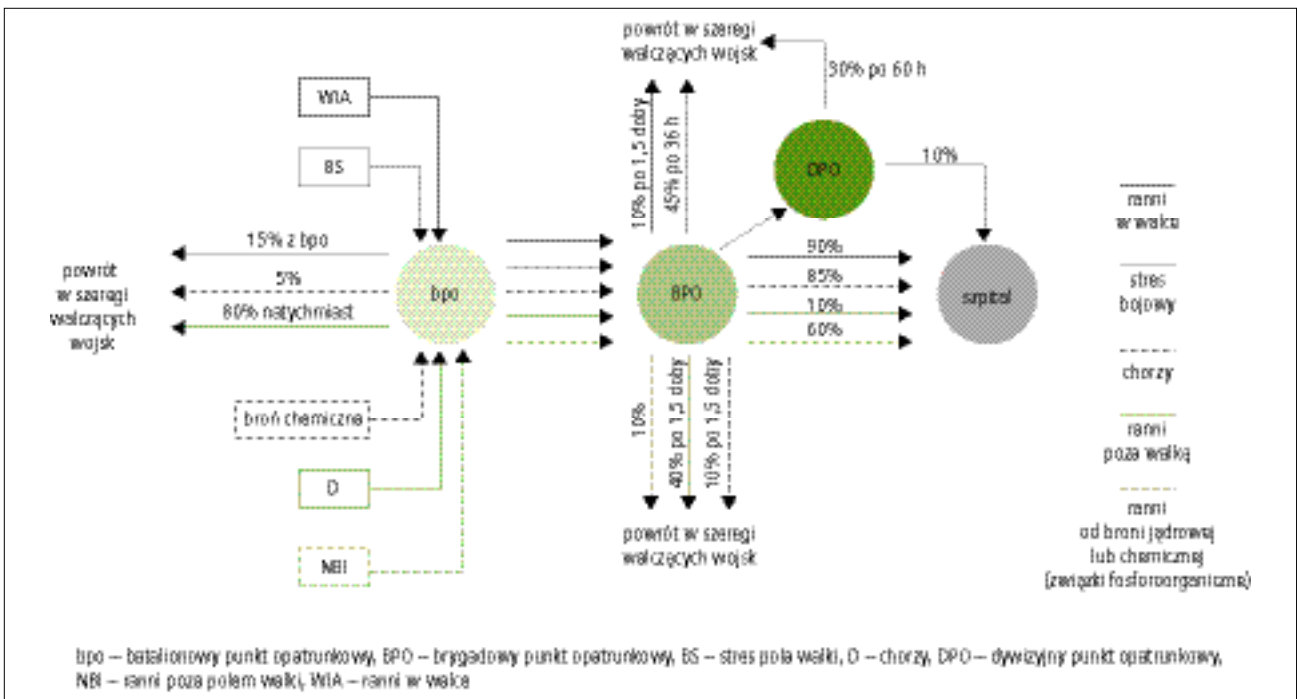
Tz – czas potrzebny do przeprowadzenia 1 zabiegu opatrunkowego (25 lub 40 min),

K – współczynnik wymagających zabiegów opatrunkowych zależny od realizowanego zakresu pomocy medycznej w punkcie opatrunkowym,

T – czas pracy BPO.

Naliczenie liczby potrzebnych zespołów operacyjnych:

$$\text{Boper} = \frac{\text{Ssan} (j + k) \cdot \text{Tz} \cdot \text{K}}{\text{T}}$$



**Rycina.** Kierunki ewakuacji i powrotów w szeregi walczących wojsk w ramach systemu leczniczo-ewakuacyjnego

**Figure.** Evacuation's way and return to duty in the support and evacuation system

gdzie:

Boper – potrzebna liczba zespołów operacyjnych,  
Ssan (j + k) – dobowe straty sanitarne brygady od broni jądrowej i konwencjonalnej,

Tz – czas potrzebny do przeprowadzenia 1 zabiegu operacyjnego (75 lub 90 min),

K – współczynnik wymagających wykonania zabiegów operacyjnych zależny od realizowanego w punkcie opatrunkowym zakresu pomocy medycznej,

T – czas pracy BPO.

Naliczenie liczby potrzebnych zespołów internistycznych:

$$Bi = \frac{Ssan \cdot Tch \cdot K}{T \cdot N}$$

gdzie:

Bi – potrzebna liczba zespołów internistycznych,  
Ssan – straty sanitarne brygady od broni chemicznej i toksyn,

Tch – czas potrzebny do udzielenia pomocy 1 choremu (6 min),

K – współczynnik zapotrzebowania na kwalifikowaną pomoc internistyczną zależny od realizowanego w punkcie opatrunkowym zakresu pomocy medycznej,

T – czas, w jakim należy udzielić pomocy wszystkim rannym (dla rannych od środków z grupy związków fosforoorganicznych czas ten wynosi 2–3 h od chwili przyjęcia ostatniej dawki atropiny, dla skażonych toksyną jadu kielbasianego 1,5–2 h),

N – przypuszczalna liczba uderzeń chemicznych przeciwnika w ciągu doby.

Z 1 poziomu zabezpieczenia medycznego do BPO przybędą ranni w następującej liczbie:

- w przypadku strat od broni konwencjonalnej z grupy „ranni w walce” – 213 rannych: czas segregacji medycznej – 1278 min dla 1 brygady segregacyjnej,
- w przypadku strat od broni masowego rażenia – 513 rannych od broni jądrowej: czas segregacji medycznej – 3078 min dla 1 brygady segregacyjnej,
- w przypadku strat od broni chemicznej i biologicznej – 213 rannych: czas segregacji medycznej – 2496 min dla 1 brygady segregacyjnej.

Potrzeby zespołów lekarskich opatrunkowych, operacyjnych i internistycznych do 4 rozpatrywanych wariantów realizacji zadań przez BPO:

- wariant 1.
  - 3 zespoły opatrunkowe,
  - 9 zespołów operacyjnych,
- wariant 2.
  - 1 zespół opatrunkowy,
  - 2 zespoły operacyjne,
- wariant 3.
  - 7 zespołów opatrunkowych dla strat od broni jądrowej,

- 20 zespołów operacyjnych dla strat od broni jądrowej,

- 11 zespołów internistycznych dla strat od broni chemicznej i biologicznej,

- wariant 4.

- 3 zespoły opatrunkowe dla strat od broni jądrowej,

- 5 zespołów operacyjnych dla strat od broni jądrowej,

- 7 zespołów internistycznych dla strat od broni chemicznej,

- 4 zespoły internistyczne dla strat od broni biologicznej.

Należy zaznaczyć, iż pod opieką obsady internistycznej i chirurgicznej punktu opatrunkowego będzie znajdował się również oddział szpitalny, a czas poświęcony rannym na tym oddziale przez kadrę lekarską może pogłębić braki w tworzeniu określonych zespołów lekarskich.

Uwzględniając fakt, iż w dostępnym piśmiennictwie wskaźniki procentowe strat sanitarnych w brygadach pancernych i zmechanizowanych są na tym samym poziomie, istnieją podstawy do wdrożenia jednolitej, podstawowej struktury organizacyjnej GZM, która w sposób zdecydowany wpłynie na:

- uproszczenie procedur mobilizacyjnego rozwinięcia jednostki (na czas W 2/3 potencjału Sił Zbrojnych RP jest mobilizowane),
- proces planowania zabezpieczenia medycznego i naliczania potrzeb w zakresie zabezpieczenia przewidywanych działań bojowych,
- logistykę medyczną,
- ewakuację medyczną,
- efektywne, realne i ekonomiczne wykorzystanie potencjału służby zdrowia.

## Piśmiennictwo

1. AJP 4.10 (A) – Allied Joint Medical Support Doctrine, 2006
2. MC 326/2 NATO – Principles and Policies of Operational Medical Support, 2004
3. AD 85–8 – ACE Medical Support Principles and Policies. Policies and Planning Parameters, October 1993
4. FM 8–283 – Treatment of nuclear warfare casualties and low-level radiation injuries, US Army Medical Department Center and School Fort Sam Houston Texas, April 2000
5. AMedP 7 (D) – NATO handbook on the concept of medical support in NBC environmental, 2007
6. Metodyka oceny strat od uderzeń jądrowych i chemicznych (do ćwiczeń). Chem., MON, Warszawa, 2006; 398
7. Skalski M., Jankowski A., Wojsa J., Dóczyński M.: Zestawy lekowe ZLek-1, ZLek-2, ZLek-3 – metodologia oceny ilościowej i jakościowej leków w zestawach medycznych. Lek. Wojsk., 2010; 88 (2): 180–186
8. Dóczyński M., Wiśniewski A., Zoń R.: Planowanie zabezpieczenia medycznego korpusu. Biuletyn Wojskowego Szpitala Klinicznego, 1998; 3: 57–62
9. Instrukcja o organizacji i pracy batalionu medycznego. MON, Warszawa 1988

# Henri Dunant – twórca Międzynarodowego Prawa Humanitarnego i neutralności personelu medycznego

Henry Dunant – the author of the International Humanitarian Law and neutrality of medical personnel

Jan Abramowicz<sup>1</sup>, Andrzej Jankowski<sup>2</sup>, Marek Skalski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego w Łodzi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: płk rez. dr n. hum. Józef Bukowski

<sup>2</sup> Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego w Łodzi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: pptk dr med. Marek Skalski

**Streszczenie.** W niniejszej pracy autorzy zaprezentowali problematykę dotyczącą osoby Henriego Dunanta, pierwszego laureata Pokojowej Nagrody Nobla, powszechnie uważanego za twórcę międzynarodowego prawa humanitarnego. Doprowadził także do poprawienia sytuacji prawnej personelu medycznego, który podczas konfliktów zbrojnych uzyskał status neutralności. Artykuł ten został napisany w związku z przypadającą setną rocznicą jego śmierci.

**Słowa kluczowe:** Henri Dunant, Międzynarodowe Prawo Humanitarne, status neutralności lekarzy

**Abstract.** The authors present the portrait of Henry Dunant, the first Nobel Peace Prize winner, who is commonly recognized as the author of the international humanitarian law. His activities led to an improvement in the legal status of medical personnel, who were granted neutral status during war. The article was written to commemorate the 100th anniversary of his death.

**Key words:** Henry Dunant, International Humanitarian Law, neutrality of medical personnel

Nadesłano: 01.09.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 60–66  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji:  
pptk rez. dr n. hum. Jan Abramowicz  
ul. Niemojewskiego 8 m. 29, 91-849 Łódź, tel.: 662 358 935,  
e-mail: abramowiczjan@wp.pl

30 października tego roku przypada setna rocznica śmierci Henriego Dunanta (ryc. 1), człowieka którego powszechnie uważa się za prekursora zmian w skali międzynarodowej, które doprowadziły do przyjęcia regulacji prawnych i poprawy statusu personelu medycznego podczas konfliktów zbrojnych. Doprowadził on bowiem do zorganizowania międzynarodowej konferencji i uchwalenia swoistego „kodeksu humanitarnego”, który w znacznie rozbudowanej i uaktualnionej formie obowiązuje do dzisiaj pod nazwą Konwencji Genewskich. W świetle tych międzynarodowych regulacji prawnych personel medyczny uzyskał status neutralności, a stałe i ruchome obiekty medyczne, w których przebywają ranni i chorzy, nie mogą pod groźbą sankcji karnych być celem ataków nieprzyjaciela.

Henri Dunant urodził się 8 maja 1828 roku w Genewie. Wyrastał w klimacie tego miasta, w solidnej, burżuazyjnej

rodzinie. Stąd wyniósł ogromny kapitał na resztę życia: dobre wychowanie, otwartość na świat i gruntowne wykształcenie. Jego matka, siostra cenionego fizyka Daniela Colladona, miała duży wpływ na rozwój osobowości syna i umiała rozbudzić w nim ogromną wrażliwość na cudze nieszczęścia i problemy. Ojciec Jean Jacques, handlowiec i sędzia w Izbie Opiekuńczej w Genewie uczył go ekonomii i jednocześnie wpajał mu zasady czynienia dobra innym ludziom. Jednym słowem, jego edukacja to pomoc potrzebującym na długo przedtem zanim zajęł się poszkodowanymi przez wojnę, za co zyskał sławę i uznanie na całym świecie.

Po ukończeniu 18 lat Dunant poświęca swoje wolne chwile odwiedzaniu ludzi biednych, ułomnych, umierających, niosąc im pomoc i pocieszenie. W wieku 20 lat, w każde niedzielne popołudnie, w więzieniu w Genewie



Rycina 1. Henri Dunant (1828–1910)

Figure 1. Henry Dunant (1828–1910)

czytał skazanym książki podróżnicze, historyczne lub popularnonaukowe [1].

Po ukończeniu gimnazjum zgodnie z sugestią ojca rozpoczyna staż w banku. Brakuje mu jednak szerokich kontaktów z rówieśnikami. Natchniony duchem odnowy i silną osobistą wiarą działa wśród młodych ludzi z Wolnego Kościoła. Prowadzi liczną korespondencję z podobnymi grupami z Anglii, Francji, Niemiec, Holandii i Stanów Zjednoczonych. Dostrzega możliwość i konieczność utworzenia szerokiego ruchu międzynarodowego i ekumenicznego. Wraz z przyjaciółmi zgromadzonymi w Paryżu z okazji Światowej Wystawy w 1855 roku powołuje Światowe Przymierze Młodych Chrześcijan, później bardziej znane pod nazwą YMCA [1].

Światowy rozgłos i sławę uzyskał jednak dzięki temu, że zrealizował rewolucyjny na ówczesny czas pomysł zorganizowania międzynarodowej konferencji, która przyjęła obowiązujące do dzisiaj regulacje prawne, powszechnie przestrzegane podczas konfliktów zbrojnych oraz nadał personelowi medycznemu status neutralności.

Często się zdarza w dziejach ludzkości, że epokowe dzieła i projekty powstają w wyniku splotu przypadkowych zdarzeń. Tak było również w tym przypadku.

Był on obserwatorem bitwy stoczonej 24 czerwca 1859 roku pod Solferino podczas wojny o zjednoczenie Włoch, między armiami austriacką, którą dowodził młody cesarz Franciszek Józef oraz francuską i piemoncką, dowodzoną przez cesarza Napoleona III. Poruszony do głębi widokiem tysięcy rannych żołnierzy pozostawionych bez jakiegokolwiek opieki medycznej na polu walki, podjął bez większego jednak powodzenia, próbę zorganizowania dla nich podstawowej pomocy medycznej z udziałem miejscowej ludności, która bardzo obawiała się jednak angażować w pomoc rannym żołnierzom francuskim, bojąc się zemsty ze strony wojsk austriackich.

Jak podają źródła w wyniku braku pomocy medycznej zmarło po tej bitwie ponad 30 tys. walczących po obu stronach żołnierzy [2].

Po powrocie do Szwajcarii H. Dunant poświęca wszystkie swoje siły i osobiste kontakty służbie idei, aby nie powtórzyło się przerażające widowisko, którego był świadkiem. Był on jednak człowiekiem prawie zupełnie nieznanym, niemającym żadnych wpływów i koneksji. Wszelkie zatem próby podejmowania działań spotykały się z obojętnością, niechęcią, a nawet ironią. Postanawia zatem spisać swoje uwagi i spostrzeżenia w formie pamiętnika, biorąc pod uwagę fakt, że słowo pisane było jeszcze wówczas potężnym orężem wpływającym na kształtowanie opinii publicznej i jedynym środkiem masowego przekazu. Początkowa wersja pamiętnika rozrosła się do rozmiarów książki, którą zatytułował „Wspomnienie Solferino” i wydał w 1862 roku, a cały nakład wykupił na własny koszt.

Książka ta staje się początkiem bezprecedensowego dzieła humanitarnego. H. Dunant zawarł w niej nie tylko swoje spostrzeżenia i wrażenia, ale sformułował również wiele wniosków i postulatów dotyczących neutralności rannych i chorych żołnierzy oraz personelu medycznego, konieczności utworzenia stałych komitetów i organizacji niosących pomoc rannym i cierpiącym oraz lepszej organizacji wojskowej służby zdrowia podczas działań wojennych. Uczestniczy w spotkaniach i licznych konferencjach, gdzie przekonuje do podejmowania konkretnych działań na rzecz poprawy losu żołnierzy podczas wojny. Widzi duże zainteresowanie tą problematyką wśród wojskowych. Sugerują Dunantowi zwołanie międzynarodowej konferencji, która zajęłaby się tą niezwykle ważną sprawą. Za ich namową postanawia zainteresować tym zagadnieniem wszystkich przywódców państw europejskich – wówczas w zdecydowanej większości głowy kierowane. Wysyła im swoją książkę „Wspomnienie Solferino” z listem przewodnim, którego treść w tłumaczeniu polskim brzmiała następująco:

„Wasza Królewska Mość, w załączeniu przesyłam książkę pt. „Wspomnienie Solferino”, która jest wynikiem obserwacji pola bitwy, która rozegrała się w czerwcu 1859 roku. Poruszony do głębi tym co zobaczyłem, po konsultacji z gronem najbliższych przyjaciół zwracam się

do Waszej Królewskiej Mości z prośbą o wsparcie mojej inicjatywy zmierzającej do zwołania międzynarodowej konferencji, której celem będzie ustanowienie norm prawnych, które będą obowiązywały po wsze czasy. Normy te zmierzać będą do poprawienia losu rannych i chorych żołnierzy oraz lepszej organizacji i funkcjonowania wojskowych służb medycznych na polu walki, którym zamierzamy nadać status neutralności, aby mogły jeszcze lepiej wykonywać swą funkcję związaną z niesieniem pomocy medycznej wszystkim potrzebującym bez względu na to, do której ze stron walczących należą” [2].

Wszyscy przywódcy państw europejskich bardzo szybko poparli tę inicjatywę i w odpowiedzi deklarowali wysłanie swoich przedstawicieli do udziału w tej konferencji, wyposażając ich we wszystkie niezbędne pełnomocnictwa do podejmowania decyzji w imieniu ich państw i rządów. Ucieszony tym faktem Henri Dunant energicznie podejmuje działania związane z przygotowaniem tego wydarzenia.

W lutym 1863 roku powołuje Międzynarodowy Komitet Pomocy Rannym Wojskowym, tzw. Komitet Pięciu, który czyni przygotowania do tej ważnej międzynarodowej konferencji. W jego skład weszli: Henri Dunant, Gustaw Moynier, gen. Guillaum Dufeur, dr Luis Apia i dr Teodor Maunoir [3].

Dunant osobiście pracuje nad przygotowaniem propozycji dokumentów, które mają być przedmiotem obrad. Aktywnie uczestniczy w międzynarodowych konferencjach i kongresach w Paryżu, Dreźnie, Wiedniu, Monachium, gdzie z pasją prezentuje swoje idee neutralności personelu medycznego podczas wojny oraz lepszej organizacji opieki medycznej nad walczącymi żołnierzami. Przyjmowany jest z honorami przez głowy koronowane. Król Jan z Saksonii, odpowiadając na przedstawioną przez Dunanta inicjatywę, stwierdził: „Naród, który nie przyłączyłby się do tak wielkiego dzieła, stanąłby pod pręgierzem opinii publicznej całej Europy [1].” Nie mogło być zatem lepszej rekomendacji dla tej inicjatywy. To międzynarodowe uznanie i osobiste kontakty H. Dunanta z przywódcami państw europejskich będą w późniejszym czasie przyczyną jego konfliktu z członkami Komitetu, którzy coraz częściej zaczęli mu zazdrościć międzynarodowego uznania, w wyniku czego złoży on rezygnację z dalszej współpracy już po zakończeniu konferencji, choć wcześniej przesłał list w tej sprawie do przewodniczącego Komitetu Gustawa Moyniera następującej treści: „Szanowny Panie, teraz, gdy jak myślę zrobiłem wszystko co możliwe, aby rozwinąć i doprowadzić do końca nasze dzieło, chcę ustąpić z Komitetu. Proszę więc już nie liczyć na moje aktywne uczestnictwo w sprawie. Pragnę usunąć się w cień. Dzieło jest już prawie gotowe. Byłem tylko narzędziem w ręku Boga. Teraz nadszedł czas działania dla innych, bardziej ode mnie kompetentnych w przygotowaniu do sprawnego działania naszej idei” [3]. List ten datowany jest 29 maja 1864

roku. Dymisja jednak nie zostaje przyjęta i Dunant przekonany przez pozostałych członków Komitetu pozostaje na stanowisku do 1867 roku.

Do wspomnianej konferencji dochodzi 22 sierpnia 1864 roku w Genewie. Uczestniczą w niej przedstawiciele 16 państw europejskich, którzy na zakończenie przyjmują I Konwencję Genewską „O polepszeniu losu rannych wojskowych w armiach w polu będących.”

Krótką, złożoną zaledwie z 10 artykułów, Konwencja z 1864 roku ustanowiła międzynarodowy obowiązek przestrzegania kilku bardzo ważnych zasad humanitarnych, które obowiązują również do dziś, a mianowicie:

- ambulanse i szpitale wojskowe podczas wojny mają być traktowane jako neutralne i powinny być szanowane przez wojska nieprzyjaciela,
- personel medyczny i obsługa transportu sanitarnego, a także kapelani wojskowi, podczas działań wojennych mają status neutralności i powinni mieć możliwość wykonywania swych funkcji w każdych warunkach, nawet gdy znajdują się we władzy nieprzyjaciela,
- wszyscy ranni i chorzy żołnierze mają prawo do opieki bez względu na to, do której strony walczącej należą,
- ludność cywilna niosąca pomoc żołnierzom będzie szanowana, a ranni przyjęci i pielęgnowani w domach stanowić będą ich ochronę,
- znakiem ochronnym wojskowych urzędzeń medycznych i personelu medycznego ma być czerwony krzyż na białym tle (tj. godło neutralnej Szwajcarii o odwróconych barwach, dla oddania hołdu państwu szwajcarskiemu za to, że jego obywatel był pierwszym człowiekiem, który doprowadził do realizacji tak szczytnych idei) [4].

Od tego czasu dla umów międzynarodowych dotyczących prawa humanitarnego używa się powszechnie terminu „konwencja”. Konwencja jest to umowa międzynarodowa zawarta między państwami w formie pisemnej, z której wynikają dla ratyfikującego ją państwa zobowiązania o charakterze prawnym. Na straży mocy wiążącej konwencji stoi fundamentalna zasada „*pacta sunt servanda*” („umów należy dotrzymywać”), potwierdzająca ich moc prawną i obowiązek ich wykonywania w dobrej wierze [5].

Podpisanie tej konwencji wynikało z coraz powszechniejszego przekonania, że trzeba przeciwdziałać wielkim stratom, jakie niosło lekceważenie opieki medycznej nad walczącymi żołnierzami, zwłaszcza zaś nad rannymi i chorymi. Podczas wojny krymskiej (1853–1856) – jak podają źródła – zmarło bowiem ponad 60% walczących żołnierzy i to zarówno od ran odniesionych w bezpośredniej walce zbrojnej, jak i w wyniku chorób zakaźnych, będących konsekwencją nieleczonych ran. Największe żniwo zebrały takie choroby, jak tyfus plamisty, czerwonka i cholera [3].

Powołany został również Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (MKCK), który stał się tym samym

depozytariuszem tej Konwencji i strażnikiem przestrzegania przyjętych regulacji prawnych, ze stałą siedzibą w Genewie.

Państwa, które głównie ze względów religijnych nie mogły zgodzić się na przyjęcie zatwierdzonego znaku Czerwonego Krzyża, utworzyły u siebie w 1929 roku za zgodą MKCK Towarzystwo Czerwonego Półksiężyca (kraje muzułmańskie) oraz Czerwonego Lwa i Słońca (Iran w latach 1922–1980), obecnie również Czerwonego Półksiężyca, co przedstawia rycina 2.

W związku z częstymi przypadkami samowolnego ustanawiania własnego znaku ochronnego do oznakowania personelu medycznego MKCK podjął starania i liczne konsultacje międzynarodowe w celu uzgodnienia nowego, neutralnego znaku ochronnego, który byłby uznawany przez wszystkie państwa na świecie i traktowany równoznacznie jak znaki Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca. Po długotrwałych negocjacjach 8 grudnia 2005 roku podczas międzynarodowej konferencji MKCK w Genewie przyjęto w formie Trzeciego Protokołu Dodatkowego do Konwencji Genewskich nowy, uniwersalny znak ochronny – Czerwony Kryształ. Znak Czerwonego Kryształu przedstawia rycina 3.

Postępować się nim mogą państwa, które z różnych powodów (głównie religijnych lub politycznych) nie mogą używać do oznakowania personelu medycznego i duchownego oraz stałych i ruchomych obiektów medycznych Czerwonego Krzyża lub Czerwonego Półksiężyca.

Znak ten można stosować również łącznie ze znakami narodowych stowarzyszeń Czerwonego Krzyża lub Czerwonego Półksiężyca.

Polska ratyfikowała III Protokół Dodatkowy, wprowadzający nowy znak 16 stycznia 2007 roku. Obecnie znak ten stosuje państwo Izrael.

Tak więc aktualnie obowiązują 3 znaki ochronne personelu medycznego podczas konfliktów zbrojnych: Czerwony Krzyż, Czerwony Półksiężyc i Czerwony Kryształ.

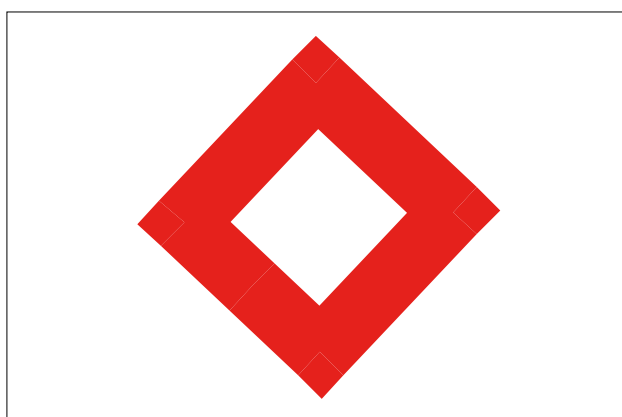
Znaki te podlegają międzynarodowej ochronie prawnej i nie można ich używać do innych celów niż oznakowanie personelu medycznego i duchownego oraz stałych i ruchomych urządzeń medycznych. Pod groźbą sankcji karnych nie mogą być zatem używane do oznakowania i reklamy w warunkach pokojowych gabinetów medycznych, stomatologicznych, hurtowni farmaceutycznych, oznakowania pojazdów sanitarnych i karet pogotowia. Jedyne przypadki – mogą być one stosowane na medycznych pojazdach wojskowych, które w warunkach pokojowych ćwiczą elementy współdziałania na wypadek wojny.

Idee, które postulował H. Dunant w swojej książce, zostały rozszerzone i uszczegółowione w latach późniejszych w kolejnych konwencjach międzynarodowych i innych uregulowaniach prawnych dotyczących przestrzegania prawa humanitarnego podczas konfliktów zbrojnych.



Rycina 2. Czerwony Krzyż, Czerwony Półksiężyc

Figure 2. Red Cross, Red Semi-Moon



Rycina 3. Czerwony Kryształ

Figure 3. Red Crystal

Po konflikcie z członkami Komitetu i wycofaniu się z czynnej działalności do końca życia pisał swój pamiętnik, w którym w 1868 roku zanotował: „Nie byłem ani uczonym, ani lekarzem, ale zwykłym obywatelem. Opisałem cierpienia, których byłem świadkiem. Widok okropności tego rozległego pola bitwy, na którym zostałem aż do 30 czerwca (bitwa rozegrała się 24 czerwca) wzбудził we mnie gorące pragnienie, aby w przyszłości ofiary wojny były uznawane za święte, bez względu na stopień i narodowość. Uderzył mnie straszny widok, jaki przedstawiały masy rannych umierających bez uzyskania pomocy, niewystarczająca ilość personelu medycznego objawiła mi się jako rzecz zasmucająca dopiero w ostatnim momencie. Widok rannych pod Solferino podsunął mi pomysł, początkowo jeszcze niesprecyzowany, o pilnej konieczności i możliwości zapewnienia stałego bezpieczeństwa rannym i tym, którzy niosą pomoc. Pomysł ten jakkolwiek uważany wokół mnie za utopię, coraz bardziej dojrzał w moim umyśle przed publikacją mojej książki, w której, natchniony przez Opatrzność, głosiłem, że każdy ranny leżący na ziemi powinien być uznany za świętego, bez względu na swoją narodowość [6]”.

W uznaniu zasług za zaangażowanie i wysiłek włożony w powstanie i rozwój międzynarodowego prawa humanitarnego parlament norweski przyznał H. Dunantowi w 1901 roku pierwszą w historii Pokojową Nagrodę Nobla, a dzień jego urodzin – 8 maja, ustanowiony został Światowym Dniem Czerwonego Krzyża. Nagrodę finansową, która wynosiła wówczas 150 800 koron, co odpowiadało około 20 rocznym dochodom profesora z bogatym dorobkiem naukowym Laureat przekazał w całości towarzystwom dobroczynnym w Szwajcarii i Norwegii, nie wydając na własne potrzeby ani jednej korony [7].

Tragiczne doświadczenia II wojny światowej z całą mocą ujawniły konieczność przyjęcia nowych uregulowań konwencyjnych związanych z niesieniem pomocy i zapewnieniem ochrony żołnierzom rannym, chorym lub wziętym do niewoli. Zaistniała również pilna potrzeba rozszerzenia ochrony na ludność cywilną podczas działań wojennych oraz na dobra kultury narodowej, które były powszechnie niszczone i grabione.

Na Konferencji Dyplomatycznej w Genewie 12 sierpnia 1949 roku uchwalono nową, znacznie poszerzoną wersję Konwencji Genewskich, które wraz z dwoma Protokołami Dodatkowymi przyjętymi 8 czerwca 1977 roku oraz Trzecim Protokołem Dodatkowym z 8 grudnia 2005 roku powszechnie uważa się za podstawowe dokumenty Międzynarodowego Prawa Humanitarnego. Są to następujące konwencje:

- I Konwencja Genewska – „O polepszeniu losu rannych i chorych w armiach czynnych”,
- II Konwencja Genewska – „O polepszeniu losu rannych, chorych i rozbitków sił zbrojnych na morzu”,
- III Konwencja Genewska – „O traktowaniu jeńców wojennych”,
- IV Konwencja Genewska – „O ochronie osób cywilnych podczas wojny” [3].

I Konwencja Genewska jest trzecią wersją, znacznie poszerzoną i zmodernizowaną, konwencji z 1864 roku, która utrwaliła w prawie pozytywnym zasadę, że wojskowi i ranni lub chorzy powinni być szanowani i leczeni bez względu na obywatelstwo, a w konsekwencji ambulanse sanitarne i szpitalne wojskowe, a także personel medyczny podlegają ochronie i że zewnętrzną oznaką tej nietykliwości jest czerwony krzyż lub półksiężyc na białym tle.

Z upływem lat zasadę tę rozszerzono na inne kategorie ofiar wojny. Będąca u podstaw czterech Konwencji Genewskich zasada ta przybrała obecnie następującą formę: w czasie wojny osoby, które nie uczestniczą bezpośrednio w walce i takie, które zostały z walki wyłączone przez chorobę, rany, wzięcie do niewoli czy jakkolwiek inny powód, powinny być szanowane i chronione przed skutkami wojny; tym, które cierpią, należy zapewnić pomoc i opiekę, bez żadnej dyskryminacji. Konwencja ta liczy 64 artykuły.

II Konwencja Genewska nazywana jest bardzo często Konwencją Morską. Stanowi przedłużenie I, której

postanowienia dostosowuje również do wojny na morzu. Ma te same cele i chroni te same kategorie osób, dodając przy tym jedną szczególną kategorię – rozbitków, których w żadnych warunkach nie wolno atakować i trzeba natychmiast udzielić pomocy. Liczy 63 artykuły.

III Konwencja Genewska dotyczy traktowania jeńców wojennych i szczegółowo określa zarówno powinności, jak i prawa, jakie mają państwa względem żołnierzy nieprzyjacielskich, którzy zostali wzięci do niewoli. Wywodzi się ona z poglądu, że należy jedynie uniemożliwić wziętemu do niewoli żołnierzowi ponowne chwycenie za broń, ale ponadto nie ma wobec niego żadnego innego prawa. Powinien zatem być on traktowany humanitarnie, otrzymać odzież, wyżywienie i opiekę lekarską, trzeba mu umożliwić kontakt z bliskimi i zwolnić go, gdy zakończą się działania wojenne. Konwencja ta, nazywana często „Kodeksem jeńców” jest drugą, znacznie poszerzoną o doświadczenia II wojny światowej wersją konwencji o tej samej nazwie z 1929 roku. Liczy 143 artykuły.

IV Konwencja Genewska, dotycząca ochrony osób cywilnych podczas działań bojowych, jest konwencją całkowicie nową i oznacza największy postęp w dziedzinie międzynarodowego prawa humanitarnego. Rozwój metod prowadzenia wojny sprawił, że los ludności cywilnej jest równie niepewny i niebezpieczny jak regularnych oddziałów wojskowych. Pierwsza część dotyczy ogólnej ochrony ludności przed niektórymi skutkami wojny, rozciąga ona postanowienia prawa genewskiego stworzonego początkowo dla rannych i chorych wojskowych na osoby szczególnie słabe, tj. rannych, chorych, inwalidów, kobiety ciężarne, dzieci i starców. Daje ona szpitalom cywilnym i ich personelowi medycznemu ochronę, z której korzystały dotychczas jedynie wojskowe zakłady medyczne i wojskowy personel medyczny. Druga część tej konwencji poświęcona jest ochronie osób cywilnych, obywateli państwa nieprzyjacielskiego, zarówno na terytorium państwa biorącego udział w wojnie, jak i całej ludności państwa okupowanego. Konwencja ta jest najdłuższa, składa się bowiem ze 159 artykułów.

Według danych na 31 marca 2008 roku Konwencje Genewskie (I–IV) ratyfikowało 186 państw świata, natomiast Protokoły Dodatkowe: I – 139 państw, II – 130 państw.

Polska ratyfikowała Konwencje 26 listopada 1956 roku, natomiast Protokoły Dodatkowe 19 września 1991 roku. Państwa, które są stronami tych dokumentów międzynarodowych, przyjęły także na siebie obowiązki pełnego respektowania następujących zasad humanitarnych:

- leczenia w jednakowy sposób zarówno przyjaciół, jak i wrogów,
- szanowania istoty ludzkiej, jej godności, praw rodzinnych, zwyczajów, przekonań religijnych, a w szczególności grup najsłabszych, takich jak:

- kobiety, dzieci i osoby w starszym wieku,
- zezwalania delegatom Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża na odwiedziny nieprzyjacielskich jeńców wojennych i osób cywilnych tam, gdzie się one znajdują, oraz umożliwiania im rozmów z tymi osobami bez świadków,
- dopuszczania przesyłek z pomocą i wsparciem medycznym,
- zakazu nieludzkiego lub poniżającego traktowania, brania zakładników,
- eksterminacji, tortur, zbiorowych egzekucji i deportacji [8].

Powyższe zasady stanowią zobowiązanie dla państw będących stronami konfliktu zbrojnego. Konwencje Genewskie zobowiązują również państwa do podejmowania aktywnych działań na rzecz upowszechniania prawa humanitarnego w okresie pokoju.

Artykuł 47 I Konwencji zobowiązuje państwa strony konwencji do jak najszerzego upowszechniania w swych krajach jej tekstu, a zwłaszcza włączenia jego studiowania do programów szkolenia wojskowego i medycznego, o ile to możliwe również do programów szkolenia cywilnego, aby w ten sposób zasady te znane były powszechnie całej ludności, szczególnie zaś wojskowym i lekarzom.

Ważną inicjatywą w tej sprawie było podpisanie w maju 1999 roku porozumienia o współpracy w dziedzinie upowszechniania międzynarodowego prawa humanitarnego między Ministerstwem Obrony Narodowej a Międzynarodowym Komitetem Czerwonego Krzyża, które przewidywało organizowanie wspólnych seminariów i kursów dla oficerów, wykładowców szkół wojskowych i pracowników resortu obrony, a także rozpowszechnianie publikacji dotyczących MPH. Zgodnie z podpisanym porozumieniem w listopadzie odbyła się konferencja zastępców szefów sztabów dziewięciu armii tego regionu, m.in. Polski, Ukrainy, Czech i państw bałkańskich, służąca pogłębieniu znajomości międzynarodowego prawa humanitarnego oraz praktycznego stosowania go w różnego rodzaju konfliktach zbrojnych zarówno o charakterze międzynarodowym, jak i wewnętrznym przez wszystkich żołnierzy.

Znajomość tych regulacji prawnych o charakterze międzynarodowym przez żołnierzy, w tym również lekarzy wojskowych, jest niezwykle ważna, uczestniczą bowiem oni w różnego rodzaju działaniach i misjach poza granicami naszego kraju z ramienia ONZ, NATO, a także Unii Europejskiej.

Wojskowy Instytut Medyczny oraz Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia przykładają dużą wagę do znajomości zagadnień międzynarodowego prawa humanitarnego przez lekarzy wojskowych, czego wyrazem są organizowane liczne kursy, szkolenia, seminaria i konferencje poświęcone temu zagadnieniu. Ostatnio kurs taki zorganizowano w Wyższej Szkole Oficerskiej Sił Powietrznych 6–17 września 2010 roku, i uczestniczyło w nim kilkuset lekarzy wojskowych.

Czerwony Krzyż, którego twórcą jest Henri Dunant, kieruje się w swej działalności siedmioma zasadami, które w części stosowano już od powstania organizacji, ale ostatecznie potwierdzono w 1965 roku na XX Międzynarodowej Konferencji Czerwonego Krzyża w Wiedniu. Są to: humanitaryzm, bezstronność, neutralność, niezależność, dobrowolność, jedność, powszechność [3].

Zasada neutralności budziła jednak od samego początku wiele wątpliwości. Jej stosowanie oznacza, że pracownicy Czerwonego Krzyża nigdy publicznie nie wypowiadają się na temat zbrodni czy pogwałceń praw człowieka, których są świadkami. W zamian uzyskują dostęp do rannych, chorych i więźniów w obozach jeńców. W myśl tej zasady podczas II wojny światowej Komitet milczy na temat zbrodni Holokaustu w obawie przed utratą dostępu do przetrzymywanych w obozach więźniów. Ćwierć wieku później pewien młody francuski lekarz dokona rewolucji w tej sprawie.

W 1967 roku dochodzi do secesji wschodniego regionu Nigerii – Biafry. Rząd nigeryjski rozpoczyna masowe mordy separatystów. Przez 3 lata ginie blisko 1 milion cywilów. Podczas tego kryzysu do Biafry trafia młody francuski gastroenterolog pracujący dla Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża. Jest świadkiem najgorszych okropieństw, mordów, gwałtów, zbiorowych egzekucji, śmierci głodowej. Postanawia, że dłużej milczeć nie wolno. Występuje z Czerwonego Krzyża w 1971 roku i wraz z podobnie myślącymi lekarzami zakłada organizację Lekarze bez Granic (Medecins sans Frontieres – MSF). Lekarzem tym jest Bernard Kouchner, obecny szef francuskiej dyplomacji. Założona przez niego organizacja odrzuca zasadę neutralności, czemu daje wyraz w swym motto: „*care for and testify*” („opiekuj się i świadcz”). Temu motto Lekarze bez Granic pozostają wierni do dzisiaj, często nawet kosztem utraty dostępu do potrzebujących pomocy. Tak było w 1984 roku, kiedy władze Etiopii nakazują organizacji opuszczenie kraju za nagłośnienie sprawy łamania elementarnych praw człowieka w tym państwie.

Piętnaście lat później, podczas odbierania Pokojowej Nagrody Nobla przyznanej organizacji w 1999 roku, jej ówczesny szef James Orbinski powie: „Nie jesteśmy pewni, czy słowa mogą uratować życie, ale wiemy na pewno, że milczenie może zabijać” [9].

Czerwony Krzyż i Czerwony Półksiężyc nagrodą tą uhonorowane zostały trzykrotnie: w 1917, 1944 i 1963 roku [10].

Dzieło Henriego Dunanta to nie tylko Czerwony Krzyż. Marzył o tym, aby konflikty między państwami były rozpatrywane przez międzynarodowy trybunał wojenny, podejmował działania zmierzające do powołania organizacji międzynarodowej promującej pokój na świecie, czy też założenia międzynarodowej biblioteki, który zgłosił w 1866 roku. Wybiegał zatem daleko poza ukochaną przez siebie dewizę „*inter arma caritas*” („miłosierdzie na wojnie”).

Henri Dunant nie dożył utworzenia Ligi Narodów. Nie doczekał też Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości, Międzynarodowego Biura Pracy, Światowej Organizacji Zdrowia, UNESCO i wszystkich innych, niezwykle ważnych instytucji międzynarodowych. A przecież trzeba pamiętać, że instytucje te to właśnie owe szlachetne idee, które uważane wówczas za utopijne, żyły w umyśle tego niezwykle człowieka już w XIX wieku. Śmiało można go nazwać prekursorem i ojcem instytucji międzynarodowych.

Zmarł 30 października 1910 roku w pokoju nr 12 przytułku dla bezdomnych w Heiden, a prochy zgodnie z jego wolą zostały rozrzucone w rogu cmentarza w Zurychu.

### Piśmiennictwo

1. Boissier P.: Henry Dunant. Wydawnictwo MKCK. Warszawa, 1983; 5: 10, 13
2. Gasser H.P.: Międzynarodowe prawo humanitarne. Wprowadzenie. Spółdzielnia Inwalidów „Przyszłość”. Warszawa, 2002; 9: 11
3. Paczkowska I.: Międzynarodowy Czerwony Krzyż. KAW RSW „Prasa-Książka-Ruch” Warszawa, 1989: 21 i 28
4. Fleming M.: Międzynarodowe prawo humanitarne konfliktów zbrojnych. Zbiór dokumentów. PZWL, Warszawa, 2003: 19, 20
5. Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C.: Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe. Wydawnictwo COMER, Toruń, 1993: 335
6. Fleming M.: Umowy międzynarodowe o ochronie ofiar wojny. Wydawnictwo Agencja Artek, Warszawa, 1987: 22
7. Filser H.: Za kulisami Nagrody Nobla. Wydawnictwo Bellona, Warszawa, 2004: 65
8. Prawo wojenne. Materiały szkoleniowe PCK. Warszawa, 1991: 2, 3
9. Hechman R.: Opiekuj się i świadcz. Polska Akcja Humanitarna. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2010: 13
10. Zarys historyczny Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy. Zeszyt B. Wydawnictwo MKCK. Warszawa, 1991: 12

# Postępowanie chirurgiczne w dializie ciała rzęskowego

## Surgical management of a cyclodialysis cleft

Jacek Rudowicz, Marek Rękas, Adam Kluś

Klinika Okulistyczna Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

**Streszczenie.** Jedną z najczęstszych przyczyn przewlekłej hipotonii ocznej jest dializa ciała rzęskowego, która stanowi trudny problem diagnostyczny, a także leczniczy. Dializa ciała rzęskowego może być spowodowana urazem lub wystąpić jako powikłanie pooperacyjne. Jej obecność powoduje nieprawidłową komunikację pomiędzy komorą przednią a przestrzenią nadnaczyniówkową, co prowadzi do przewlekłej hipotonii i związanych z nią powikłań. Do badań pomocnych w ustaleniu rozpoznania należy gonioskopia, optyczna koherentna tomografia – Visante (*optical coherence tomography* – OCT-Visante) oraz badanie ultrabiomikroskopowe. W przypadku powikłań wynikających z towarzyszącej hipotonii ocznej należy zawsze rozważyć postępowanie chirurgiczne, którego rozległość i rodzaj zależą przede wszystkim od stanu anatomicznego oka.

**Słowa kluczowe:** dializa ciała rzęskowego, postępowanie chirurgiczne

**Abstract.** One of the most common causes of chronic hypotony is a cyclodialysis cleft, which is difficult to diagnose and treat. It can be caused by trauma or iatrogenic injury of the eye. Cyclodialysis cleft disrupts communication between anterior chamber and suprachoroidal space, which leads to chronic hypotony and related complications. Gonioscopy, optical coherence tomography – Visante, and ultrasonic biomicroscopic tests are useful in the diagnostic process. If complications caused by hypotony occur, surgical treatment adapted to the anatomical state of the eye should be considered.

**Key words:** cyclodialysis cleft, surgical management

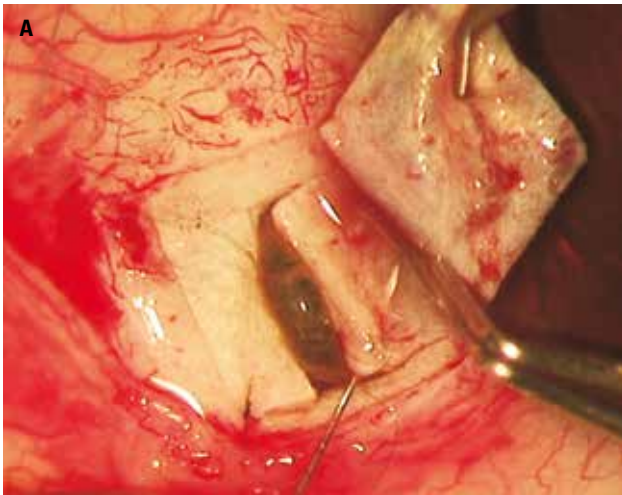
Nadesłano: 05.03.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 67–70  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: lek. Jacek Rudowicz  
Klinika Okulistyczna CSK MON WIM  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44, tel.: +48 22 681 65 75,  
e-mail: jacekrudowicz@wp.pl

### Wstęp

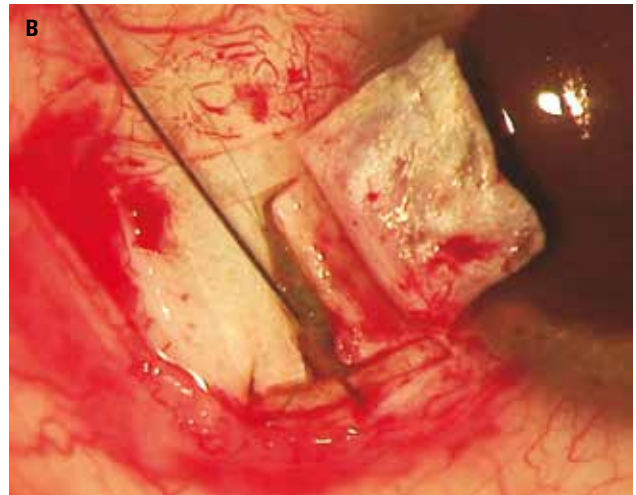
Dializa ciała rzęskowego (*cyclodialysis cleft* – CC) jest chorobą, która stanowi poważny problem diagnostyczny. Zaniechanie postępowania operacyjnego w przypadku wystąpienia objawów towarzyszących takich jak pofałdowanie rogówki, spływanie komory przedniej, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, wylewy naczyniówkowe, prątki siatkówki czy fałdy naczyniówki, powoduje trwałe zmniejszenie ostrości wzroku. Dializa ciała rzęskowego jest rezultatem oddzielenia podłużnych włókien mięśnia rzęskowego od ostrogi twardówki i w konsekwencji wytworzenia dodatkowej drogi odpływu cieczy wodnistej z komory przedniej do przestrzeni nadnaczyniówkowej. Po raz pierwszy termin „dializa ciała rzęskowego” został użyty przez Heinego w 1905 roku [1]. Głównymi przyczynami rozwoju CC i jej następstw są urazy [2,3] oraz powikłania jatrogenne [3]. CC może być wytwarzana również w trakcie planowych zabiegów okulistycznych [4,5]. O ile

uraz może być bezpośrednią przyczyną dializy, o tyle chirurgia wewnątrzgałkowa jest bardzo często tylko czynnikiem inicjującym powiększenie się już istniejącej, lecz bezobjawowej dializy i dotyczy oczu po urazie. Celem niniejszej pracy jest analiza piśmiennictwa dotyczącego domniemanych przyczyn występowania oraz leczenia chirurgicznego CC po urazach i operacjach wewnątrzgałkowych. Najczęstszymi przyczynami są: pogłębienie komory przedniej w trakcie podawania materiałów wiskoelastycznych, wlew płynu do komory przedniej podczas fakoemulsyfikacji prowadząca do wyższego wskaźnika przepływu przez szczelinę i powiększenie płynowej przestrzeni nadnaczyniówkowej, dynamika przepływu płynu podczas fakoemulsyfikacji powodująca duże wahania głębokości komory przedniej i co za tym idzie, powiększenie szczeliny. Czynnikiem niezależnym od chirurga jest zmniejszenie produkcji cieczy wodnistej z powodu zmniejszenia ukrwienia ciała rzęskowego na skutek urazu operacyjnego [3]. CC z towarzyszącą hipotonią oczną,



**Rycina 1.** Bezpośrednia cyklopeksja

**Figure 1.** Direct cyclopexy



która jest najczęstszym objawem towarzyszącym, może być przyczyną spłycenia komory przedniej oraz pofałdowania rogowki, co w konsekwencji skutkuje rozwojem zaćmy wtórnej, pofałdowania naczyńki oraz wylewów w jej obrębie, krętości naczyń siatkówki, obrzęku siatkówki i nerwu wzrokowego [3]. Nieleczona CC może prowadzić do zmniejszenia ostrości wzroku wynikającego z makulopatii hipotonicznej, dolegliwości bólowych, a nawet zaniku gałki ocznej [6]. Charakter obserwowanych powikłań nie zależy jednak od wielkości CC, a raczej od braku osobniczej odporności tkanek oka na przewlekłą hipotonię.

### Postępowanie chirurgiczne

Do leczenia operacyjnego można zaliczyć różne metody: bezpośrednią cyklopeksję, cyklopeksję z przejściem przez komorę przednią, tamponadę twardówkową, techniki obejmujące witrektomię tylną, czyli usunięcie ciała szklanego poprzez część płaską ciała rzęskowego z następczą tamponadą wnętrza gałki ocznej.

Zabieg bezpośredniej cyklopeksji (zespolecie ostrogi twardówki z ciałem rzęskowym) [7] opisali po raz pierwszy w 1935 roku Köchle i Naumann (ryc. 1). Celem tej techniki jest przyszywanie ciała rzęskowego do ostrogi twardówki. Pozwala ona na bezpośredni wgląd w oddzielone ciało rzęskowe i ostrogę twardówki. Polega ona na wytworzeniu prostokątnego płata obejmującego 2/3 grubości twardówki, rozciągającego się 4 mm od rąbka i 1–2 mm od brzegu pęknięcia. Po wypreparowaniu w łożu twardówki dokonuje się nacięcia 1,5 mm do tyłu od rąbka, co powoduje uwidocznienie się szczeliny i ewakuację cieczy wodnistej. Następnie ciało rzęskowe przyszywa się bezpośrednio do twardówki za pomocą nici

nylonu 10–0 pojedynczymi szwami oddalonymi od siebie o 1 mm (ryc. 2). Każdy szew przechodzi przez przedni listek rany twardówki, następnie przez mięsień rzęskowy i przez tylny listek rany twardówki. Szwy wiąże się dopiero po założeniu wszystkich szwów w ranie. Celem wzmocnienia adhezji można wykonać delikatną krioterapię u podstawy łoża twardówki. Na płatek twardówki zakładana się szew nylon 10–0 [8].

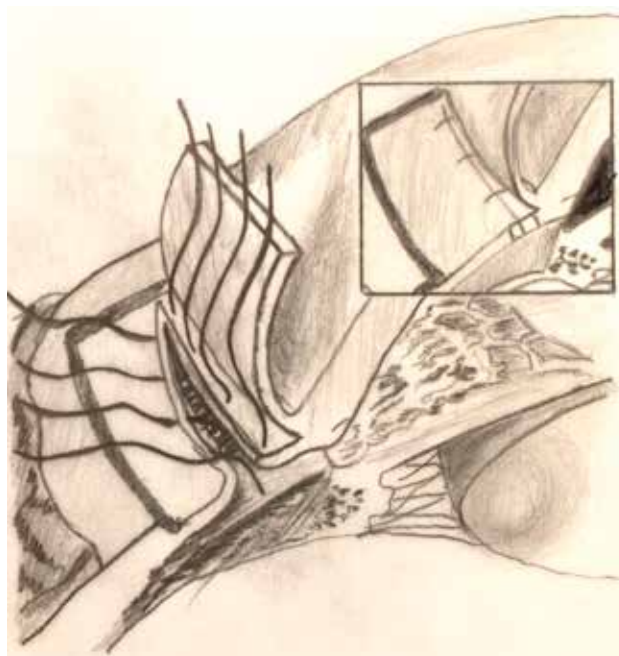
Modyfikacją powyższej metody jest bezpośrednia cyklopeksja według Demelera [8]. W przypadku tej techniki w odległości 4 mm od rąbka w obszarze szczeliny ciała rzęskowego odpreparowuje się płatek twardówki z podstawą w rąbku. W łożu twardówki wykonuje się nacięcie w odległości 1 mm od rąbka i uwidacznia oddzielone ciało rzęskowe. Po potwierdzeniu wycieku cieczy wodnistej przez nacięcie twardówki ciało rzęskowe przyszywa się za pomocą pojedynczych szwów nylonowych 10–0 do ostrogi twardówki. Zespolecie twardówki z ciałem rzęskowym wspomaga się za pomocą diatermii wokół szwów [8].

Inną opisaną przez Mertkina techniką operacyjną jest cyklopeksja z przejściem przez komorę przednią [9]. Jest to metoda pośredniego zamknięcia CC, w której stosuje się szwy prowadzone od strony komory tylnej. Technikę tę stosuje się zarówno w przypadku oczu bezsoczewkowych (afakijnych), jak i oczu z wszczepioną sztuczną soczewką (pseudofakijnych). Polega ona na wykonaniu 1–2-milimetrowego nacięcia rogowki naprzeciwko szczeliny oddzielenia ciała rzęskowego. Za pomocą igły 27 g wykonuje się wkłucie od strony twardówki 1,5 mm od rąbka po jednej stronie szczeliny. Igła wychodzi w bruzdzie ciała rzęskowego pomiędzy tęczęwką a sztuczną soczewką tylnokomorową. Jednocześnie jeden koniec dwustronnego szwu propylenowego zakończonego prostą igłą wprowadza się do przedniej komory

przez wytworzoną wcześniej keratotomię. Następnie wysuwa się igłę z nawleczonym szwem nylon 10–0. W rezultacie szew przechodzi przez komorę przednią, bruzdę ciała rzęskowego i szczelinę oddzielenia do twardówki. W podobny sposób w odległości 3 mm od pierwszego wklucia przeprowadza się drugi szew. Po dociągnięciu ciała rzęskowego zbliża się do twardówki. Liczba szwów zależy od rozległości CC. W celu wzmocnienia adhezji można wykonać krioterapię za szwami [9,8]. W niektórych przypadkach korzystne jest umocowanie podstawy tęczęwki z twardówką. Takie postępowanie po raz pierwszy opisał Mills [10]. W technice tej w miejscu szczeliny wytwarza się obwodowo 1–2-milimetrową keratotomię, 1 mm do przodu od rąbka rogówki, następnie preparuje się prostokątny płatek o grubości 2/3 twardówki, obejmujący szczelinę. W przypadku dłuższych szczelin poszerza się cięcie w rogówce, pamiętając, żeby było ono krótsze od szczeliny o 1 mm. Igłę wprowadza się przez keratotomię i obejmuje obwodową część tęczęwki, a wyprowadza przez łożę twardówki 0,5–1,0 mm poniżej rąbka. Po zaciągnięciu szwu obwodową część tęczęwki przyciąga się do ściany twardówki [8,10]. Niekiedy w przypadku okrężnej CC implantuje się dotorebkowo lub do bruzdy ciała rzęskowego pierścień napinający po wykonaniu typowej fakoemulsyfikacji [11]. Pierścień napinający fiksowany jest do twardówki za pomocą pojedynczych szwów 10–0 umieszczanych w miejscu największej CC. W przypadku okrężnej CC zakładanie szwów na całym obwodzie niesie za sobą ryzyko krwawienia z dobrze unaczynionych struktur ciała rzęskowego, dlatego też zastosowanie wyżej opisanej techniki wydaje się bardzo bezpieczne. Czasami rolę pierścienia napinającego pełni jednocześnie sztuczna soczewka implantowana do bruzdy ciała rzęskowego [3,12]. Sztuczna soczewkę ustawia się w taki sposób, aby środek jednej z części podpierającej, czyli haptycznej, znajdował się pod obszarem szczeliny. Mechanizm polega na wykorzystaniu siły napięcia części haptycznej w kierunku odśrodkowym w celu przyłożenia obszaru CC do ostrogi twardówki. Technikę tę stosuje się w przypadku niewielkich rozmiarów CC w oczach afakijnych oraz fakijnych po uprzedniej fakoemulsyfikacji [12].

Technikę przedniej tamponady twardówkowej zaproponowali Portney i Purcell [13]. Polega ona na umiejscowieniu silikonowej gąbki nad całym obszarem szczeliny pod wypreparowanym w połowie grubości twardówki płatkem twardówki. Za pomocą 3 poziomych szwów materacowych tamponadę utrzymuje się w zamierzonym miejscu. Podczas tej procedury nie ma potrzeby otwierania przedniej komory, natomiast może dochodzić do brzęznego zwyrodnienia rogówki Dellena oraz wtórnego astygmatyzmu [14].

Złożoną procedurę, jaką jest połączenie witrektomii tylnej (usunięcie ciała szklistego przez nacięcia w twardówce oraz część płaską ciała rzęskowego) i usunięcia



**Rycina 2.** Bezpośrednia cyclopeksja według Köchlega i Naumanna. Modyfikacja schematu według Spaetha [8]

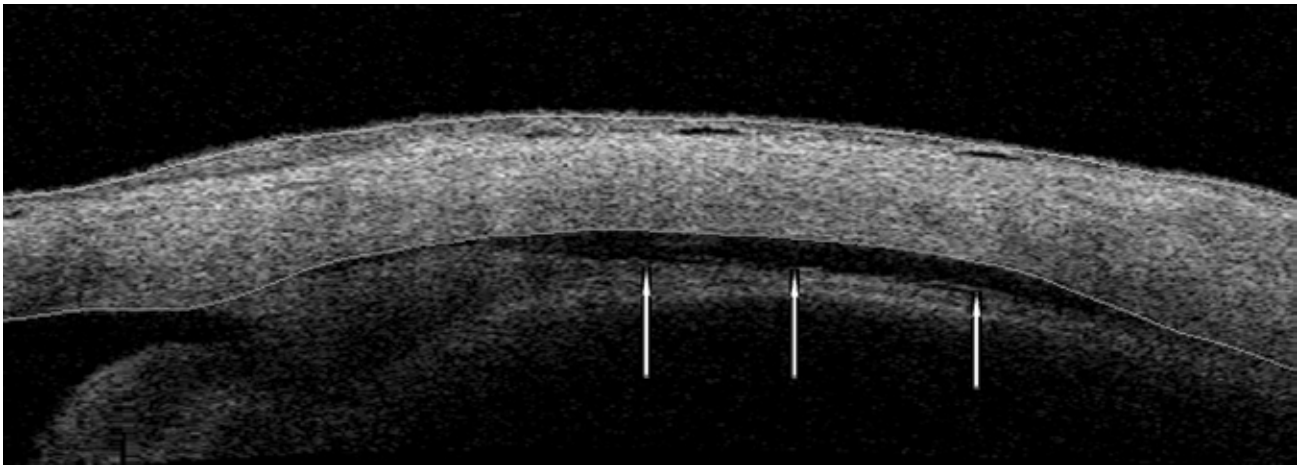
**Figure 2.** Direct cyclopexy according to Köchle and Naumann. Modification of the schema according to Spaeth [8]

zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki, kriopeksji przez część płaską ciała rzęskowego oraz endotamponady gazem wprowadzili do chirurgii CC Helbig i Forster [15]. Technikę stosowano z powodzeniem również przez innych autorów [16–18]. Głównym celem tego typu postępowania w przypadku CC było wykonanie endotamponady ciała rzęskowego za pomocą gazu SF<sub>6</sub> (sześciofluorek siarki). Bezpośrednia cyclopeksja za pomocą mikroendoskopii przez część płaską ciała rzęskowego jest techniką, która pozwala na dokładną ocenę głębokości zakładania szwu oraz kontrolę wzrokową przy ocenie zamknięcia CC. Technikę mikroendoskopową stosowano głównie w oczach bezsoczewkowych [19].

## Podsumowanie

Wystąpienie CC często powoduje pojawienie się u pacjenta objawów wymienionych na początku artykułu. Dokładna diagnostyka z określeniem miejsca i rozmiaru CC wykonuje się za pomocą badań nieinwazyjnych, takich jak OCT-Visante (ryc. 3) lub badanie ultrabiomikroskopowe [15].

Badania te umożliwiają obserwację wyników leczenia. Wybór techniki operacyjnej zależy od obszaru CC, liczby szczelin i ich umiejscowienia, a także od doświadczenia chirurga. W każdym przypadku jednak dąży się do zmniejszenia odpływu cieczy wodnistej z komory przedniej w obszar



Rycina 3. Dializa ciała rzęskowego – OCT-Visante

Figure 3. Cyclodialysis cleft – OCT-Visante

CC i co za tym idzie do wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego, by zapobiec ewentualnemu wystąpieniu powikłań. W przypadku pojedynczych małych CC wystarczające jest wykonanie cyklopeksji [9], natomiast w mnogich CC lub obejmujących cały lub prawie cały obwód można wszczepić sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową lub pierścień napinający do rowka ciała rzęskowego [11]. Techniki obejmujące witektoomię tylną z podaniem gazu SF<sub>6</sub> do komory ciała szklanego rezerwuje się dla przypadków, w których oprócz CC występują zmiany chorobowe w tylnym odcinku oka [15]. Podany do komory ciała szklanego gaz rozprężając się, powoduje zbliżanie się ciała rzęskowego do ostrogi twardówki. Bardzo często wymienione techniki wspomagane są przez krioterapię celem wytworzenia dodatkowego zrostu naczyńówki z twardówką [8]. W przypadku CC, która nie powoduje powikłań, stosuje się leczenie zachowawcze, polegające na stosowaniu miejscowo kropli steroidowych oraz leków porażających mięsień rzęskowy, ponieważ samoistne zamknięcie CC opisywane jest nawet po roku od jej wystąpienia [20].

## Piśmiennictwo

- Mushtaq B., Chiang M.Y., Kumar V. i wsp.: Phacoemulsification, persistent hypotony, and cyclodialysis clefts. *J. Cataract. Refract. Surg.*, 2005; 31: 1428–1432
- Kato T., Hayasaka S., Nagaki Y., Matsumoto M.: Management of traumatic cyclodialysis cleft associated with ocular hypotony. *Ophthalmic Surg. Lasers*, 1999; 30: 469–472
- Malandrini A., Balestrazzi A., Martone G. i wsp.: Diagnosis and management of traumatic cyclodialysis cleft. *J. Cataract. Refract. Surg.*, 2008; 34: 1213–1216
- Jordan J.F., Dietlein T.S., Dinslage S. i wsp.: Cyclodialysis ab interno as a surgical approach to intractable glaucoma. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.*, 2007; 245: 1071–1076
- Melamed S., Ben Simon G.J., Goldenfeld M., Simon G.: Efficacy and safety of gold micro shunt implantation to the supraciliary space in patients with glaucoma: a pilot study. *Arch. Ophthalmol.*, 2009; 127 (3): 264–269
- Yuen N.S., Hui S.P., Woo D.C.: New method of surgical repair for 360-degree cyclodialysis. *J. Cataract. Refract. Surg.*, 2006; 32: 13–17
- Küchle M., Naumann G.O.: Direct cyclopexy for traumatic cyclodialysis with persisting hypotony. Report in 29 consecutive patients. *Ophthalmology*, 1995; 102: 322–333
- Portney G.L., Purcell T.W.: Surgical repair of cyclodialysis induced hypotony. *Ophthalmic Surg.*, 1974; 5: 30–32
- Metrikin D.C., Allinson R.W., Snyder R.W.: Transscleral repair of recalcitrant, inadvertent, postoperative cyclodialysis cleft. *Ophthalmic Surg.*, 1994; 25: 406–408
- Spaeth G.L., Szafik J. (red.): *Chirurgia okulistyczna*. Wrocław, Urban&Partner, 2006; wyd. I: 427–429
- Takaya K., Suzuki Y., Nakazawa M.: Four cases of hypotony maculopathy caused by traumatic cyclodialysis and treated by vitrectomy, cryotherapy, and gas tamponade. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.*, 2006; 244: 855–858
- Mardelli P.G.: Closure of persistent cyclodialysis cleft using the haptics of the intraocular lens. *Am. J. Ophthalmol.*, 2006; 142: 676–678
- Nichols J.C., Lee D.H., Feman S.S., Shields S.R.: Severe pupil distortion following transchamber repair of a cyclodialysis cleft. *Ophthalmic Surg. Lasers*, 2002; 33: 426–429
- Mandava N., Kahook M.Y., Mackenzie D.L., Olson J.L.: Anterior scleral buckling procedure for cyclodialysis cleft with chronic hypotony. *Ophthalmic Surg. Lasers Imaging*, 2006; 37: 151–153
- Helbig H., Foerster M.H.: Management of hypotonous cyclodialysis with pars plana vitrectomy, gas tamponade, and cryotherapy. *Ophthalmic Surg. Lasers*, 1996; 27: 188–191
- Hoerauf H., Roider J., Laqua H.: Treatment of traumatic cyclodialysis with vitrectomy, cryotherapy, and gas endotamponade. *J. Cataract. Refract. Surg.*, 1999; 25: 1299–1301
- Nakagawa T., Otori Y., Ohji M. i wsp.: A case of traumatic hypotonic maculopathy treated with vitrectomy, cryotherapy and sclera buckling. *Folia Ophthalmol. Jpn.*, 2004: 55
- Stewart J.F.G., Leen M.M., Mills R.P.: Identification and management of cyclodialysis cleft. [W:] Lindquist R.L. (red.): *Ophthalmic Surgery*. Mosby-Year Book Medical Publisher, Chicago, 1996; wyd. 5; rozdz. I
- Gnanaraj L., Lam W.C., Rootman D.R., Levin A.V.: Endoscopic closure of a cyclodialysis cleft. *J. AAPOS*, 2005; 9 (6): 592–594
- Bhende M., Lekha T., Vijaya L. i wsp.: Ultrasound biomicroscopy in the diagnosis and management of cyclodialysis clefts. *Indian J. Ophthalmol.*, 1999; 47: 19–23

# Przyczynek do biografii Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego i historii badań antropologicznych w wojsku

A contribution to the biography of Konstanty Ildefons Gałczyński and the history of anthropology studies in the armed forces

## Stanisław Ilnicki

Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie; kierownik: dr hab. n. med. Stanisław Ilnicki

**Streszczenie.** Na podstawie dokumentu z 1923 roku, odkrytego w Centralnym Archiwum Wojskowym, opisano nieznaną fakt z życia 18-letniego Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego – zobowiązanie do wykonania pracy statystycznej dla Wydziału Indywidualizacji Żołnierza Wojskowego Instytutu Sanitarnego. Epizod ten uznano za godny odnotowania w kalendarium życia i twórczości poety, ponieważ wzbogaca on wiedzę na temat jego pozaliterackiej aktywności w wieku młodzieńczym. Opisano również cel, metody i wyniki badań antropologicznych prowadzonych pod kierunkiem kpt. dr. Jana Mydlarskiego, w których poeta uczestniczył lub miał uczestniczyć.

**Słowa kluczowe:** badania antropologiczne w wojsku, indywidualizacja żołnierza, Jan Mydlarski, Konstanty Ildefons Gałczyński

**Abstract.** Based on the document from 1923, discovered in the Central Military Archive, an unknown fact from the life of 18-year-old Konstanty Ildefons Gałczyński is described, namely his obligation to prepare statistics for the Soldier's Individualization Department of the Military Sanitary Institute. This episode was considered important enough to be recorded in the calendar of life and output of the poet, as it enriches our knowledge about his extra-literary activity during the youthful years. Also, the aim, methods, and results of anthropology studies supervised by Captain Jan Mydlarski, MD, PhD, in which the poet participated or was supposed to participate are described.

**Key words:** anthropology studies in the armed forces, soldier's individualization, Jan Mydlarski, Konstanty Ildefons Gałczyński

Nadesłano: 20.07.2010. Przyjęto do druku: 08.11.2010  
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.  
Lek. Wojsk., 2011; 89 (1): 71–77  
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Stanisław Ilnicki  
Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego CSK MON WIM,  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa 44  
tel. +48 22 681 64 50, e-mail: ilnickis@wim.mil.pl

Studia nad funkcjonowaniem artystów w roli szeregowych żołnierzy skłoniły Autora do zapoznania się z epizodem wojskowym w życiu Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. Jak wiadomo, po karnym wydaleniu z podchorążówki, na przełomie lat 1926–1928 poeta odbył czynną służbę wojskową w jednostce Korpusu Ochrony Pogranicza (KOP) w Berezie Kartuskiej. Zmobilizowany w sierpniu 1939 roku jako szeregowy rezerwy otrzymał przydział do jednostki KOP na wschodniej granicy. 17 września dostał się do radzieckiej niewoli i przebywał w łagrze NKWD w Kozielsku. Uniknął rozstrzelania w Katyniu, ponieważ objęła go niemiecko-radziecka umowa o wzajemnej wymianie szeregowych jeńców

pochodzących z ziem polskich okupowanych przez te państwa. Podczas pobytu w Kozielsku i 6-letniej niewoli w stalagach w Mühlbergu i Altengrabow, poeta wykazał się charakterem, której nie zapowiadały jego wcześniejsze problemy adaptacyjne w wojsku [1,2].

Poszukując w Centralnym Archiwum Wojskowym dokumentów dotyczących służby wojskowej K.I. Gałczyńskiego, Autor z nadzieją oczekiwał lektury odnalezionych tam jego akt personalnych. Niestety, teczka tych akt zawiera tylko dwa dokumenty: „Umowę o pracę zawartą pomiędzy działającym w imieniu Ministerstwa Spraw Wojskowych Panem majorem Jastrem Stanisławem z Wojskowego Instytutu Sanitarnego a Panem



„Umowa zawarta między działającym w imieniu Ministerstwa Spraw Wojskowych Panem Majorem Jastrem Stanisławem z Wojskowego Instytutu Sanitarnego a p. Gałczyńskim Konstantym mieszkającym przy ul. Towarowej 54 – 3-cim w sprawie wykonania pracy statystycznej dla Wydziału Indywidualizacji Żołnierza.

1) Pan Gałczyński Konstanty przyjmuje na siebie od dnia 24 VIII 1923 r. obowiązki symbolizowania względnie obliczania wskaźników cech antropologicznych względnie kontrolowania tych obliczeń, na podstawie dostarczonych przez W.I.S. kart antropologicznych wedle wskazówek udzielonych przez W.I.S.

2) Pan Gałczyński Konstanty pobierać będzie ze Skarbu Państwa wynagrodzenie w wysokości 1/26 części płacy zasadniczej oraz dodatku drożyznianego obowiązującym w danym miesiącu (bez żadnych dodatków, jak za „wystugę lat”, za „studja wyższe” itp.) przyznanej w przepisach o uposażeniu urzędników państwowych (ustawa z dnia 13 VII 1920 r. Dz. U. Rz. Nr 65, poz. 429) dla XI stopnia służbowego urzędników państwowych, przy czym w miarę podwyższania lub obniżania mnożnika dodatku drożyznianego dla urzędników państwowych, rośnie lub obniża się matematycznie wynagrodzenie Pana Gałczyńskiego Konstantego, bez potrzeby rewizji umowy niniejszej o 1/26 część kwoty, o którą podwyższa się lub obniża dodatek drożyzniany dla wymienionego wyżej stopnia służbowego. Powyższe wynagrodzenie wypłacone będzie za dokonanie obliczeń statystycznych w ilości odpowiadającej normie pracy ustalonej w paragrafie 3 niniejszej umowy dla każdego rodzaju obliczeń, przy czym wypłata za dokonaną pracę zgodnie z warunkami odbioru pracy (pkt. 3) następować będzie co pół miesiąca z dołu za całą pracę dokonaną w tym okresie przez cały czas trwania umowy.

3) Norma pracy obowiązująca w niniejszej umowie wynosić będzie: a) symbolizowanie – 1.500 spostrzeżeń i kart antropologicznych wedle wzoru udzielonego przez W.I.S.; b) kontrola symbolizowania – za każde 2.000 spostrzeżeń; c) obliczanie przy pomocy dostarczonych przez W.I.S. tablic, 1.000 wskaźników z kart antropologicznych; d) kontrola obliczeń wskaźników przy pomocy tablic, za każde 1.200 wskaźników.

4) Wydział Indywidualizacji Żołnierza dostarczy za pokwitowaniem Panu Gałczyńskiemu Konstantemu: a) odpowiednią serię kart antropologicznych oraz odpowiednie tablice względnie wzory; b) Pan Gałczyński Konstanty zobowiązuje się oddać całą otrzymaną serię kart antropologicznych w stanie nienaruszonym (w razie uszkodzenia karty, należy ją przepisać na koszt pracownika).

5) Wykonana praca będzie (najdalej w ciągu tygodnia) skontrolowana i ilość popełnionych błędów protokolarnie stwierdzona. Za każdy popełniony błąd będzie od należnego Panu Gałczyńskiemu Konstantemu wynagrodzenia potrącona kwota 5.000 Mk [marek polskich]. Za każdy zaś przy kontrolowaniu wskaźników błąd doliczy się premię w kwocie 5.000 Mk do należnego Panu Gałczyńskiemu Konstantemu wynagrodzenia.

Wysokość potrąceń względnie premii obowiązuje do 31 VIII br.; po tym terminie W.I.S. zastrzega sobie możliwe zmiany w wysokości premii względnie potrąceń, co nie pociąga za sobą zmiany niniejszej umowy.

6) Świadczenia Państwa na rzecz Pana Gałczyńskiego Konstantego ograniczają się jedynie do wynagrodzenia w myśl powyższej umowy.

7) Pan Gałczyński Konstanty zobowiązuje się ściśle stosować do instrukcji i innych zarządzeń wydanych ze strony W.I.S.

8) Rozwiązanie zawartej umowy może nastąpić w każdym czasie na skutek jednostronnego wypowiedzenia na piśmie na jeden tydzień – przy czym z tytułu zwolnienia nie będzie miał prawa Pan Gałczyński Konstanty do żadnego odszkodowania.

9) Dla wszelkich sporów z niniejszej umowy ewentualnie wynikłych, będą w pierwszej instancji wyłącznie kompetentnymi sądy przedmiotowo właściwe, mające siedzibę w Warszawie. Warszawa, dnia 24 VIII 1923 r.

Podpis Przedstawiciela W.I.S. (– Jaster –) Major. Podpis pracownika kontraktowego – K. Gałczyński. Pieczęć okrągła z godłem Państwa: „Wojskowy Instytut Sanitarny”. Pieczęcie i odręczna parafa zastępcy D-cy O[kręgu] K[orpusu] Nr I ptk [podpis nieczytelny]”

Rycina 1B. Tekst umowy Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego z Wojskowym Instytutem Sanitarnym [3]

Figure 1B. Content of Konstanty Ildefons Gałczyński's contract with the Military Sanitary Institute [3]



**Rycina 2.** Konstanty Ildefons Gałczyński po maturze, 1923 [1]

**Figure 2.** Konstanty Ildefons Gałczyński as a high-school graduate, 1923 [1]

Gałczyńskim Konstantym (...) w sprawie wykonania pracy statystycznej dla Wydziału Indywidualizacji Żołnierza” (ryc. 1A) oraz „Deklarację do dodatku drożdżnianego...” [3].

Z daty zawarcia umowy, 24 sierpnia 1923 roku, wynika, że w chwili jej podpisywania poeta miał 18 lat. Był po maturze i – jak pisze córka poety Kira Gałczyńska – „pasowany na człowieka dorosłego, (...) z ulgą opuścił rodzinny dom. Wbrew wszystkim zdecydował, co będzie robił. Ojciec sprzeciwił się jego studiom, uważał, że chłopak całkiem się zmarnuje w tych, panie, pisaninach, szantanach, w towarzystwie wyzwolonych panienek i stukniętych kawalerów. (...) Matka po cichu sprzyjała synowi (...). A on? Przez całą wiosnę 1923 roku chodził pod Pałac Kazimierzowski i marzył (...) o studiach i urokach dorosłego życia” (ryc. 2) [1].

W opisanych okolicznościach podjęcie pracy w Wojskowym Instytucie Sanitarnym w charakterze „urzędnika cywilnego kontraktowego akordowego” świadczy z jednej strony o odczuwanym przez poetę braku pieniędzy, z drugiej o przekonaniu, że podoła zadaniu, do wykonania którego się zobowiązał. Treść umowy świadczy, że było to

zadanie nietatwe, nużące, „zabijające poezję czystą” (ryc. 1B).

Nie wiemy, czy poeta przystąpił do pracy i wykonał zlecone mu zadanie. „Zdarzenie [to] błahe na pozór, niewarte aż poematu”, Autor uznał jednak za godne utrwalenia z dwóch powodów: po pierwsze – dla podkreślenia powinowactwa duchowego poety z medycyną, czego wyrazem było m.in. wykonywanie przez niego w niewoli funkcji sanitariusza, a po drugie – dla przypomnienia czym był Wydział Indywidualizacji Żołnierza, z którym poeta miał epizodyczny kontakt. Odkładając na później szersze omówienie interesujących wojskowych perypetii autora „Zielonej Gęsi”, w dalszej części artykułu zostaną przedstawione cel i wyniki badań antropologicznych, których dotyczyła umowa zawarta z poetą przez Wojskowy Instytut Sanitarny.

Wydział Indywidualizacji Żołnierza (WIŻ) utworzono w Ministerstwie Spraw Wojskowych (M.S. Wojsk.) w 1921 roku na podstawie projektu opracowanego przez mjr. Stanisława Jastrą. Początkowo WIŻ usytuowano przy Instytucie Wojskowo-Technicznym, a następnie po zlikwidowaniu tegoż, przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym (WIS), podległym służbowo Departamentowi VIII Sanitarnemu M.S. Wojsk.

Tu trzeba przypomnieć, czym był WIS. Podczas organizacji Departamentu Sanitarnego w 1918 roku uznano za konieczne utworzenie przy nim Sekcji Naukowej, która jednak wkrótce została rozwiązana i na jej miejsce powołano do życia Wojskową Radę Sanitarną (WRS). Po skompletowaniu personelu WRS rozpoczęła działalność 1 kwietnia 1919 roku w gmachu Zamku Ujazdowskiego. WRS objęła wszystkie pracownie naukowe Głównego Szpitala Wojskowego na Ujazdowie. W 1920 roku w jej skład etatowo wchodziły oddziały teoretyczne: anatomii patologicznej i medycyny sądowej, antropologiczny, bakteriologiczny, chemiczny, farmakologiczny, higieny i statystyki, radiologiczny i rentgenologiczny oraz oddziały kliniczne: chirurgiczny, medycyny wewnętrznej, skórno-weneryczny, chorób uszu i gardła, nerwowy i psychiczny, chorób oczu i zakaźny. Tak więc w skład WRS, prócz prezesa, wchodził kierownicy wszystkich oddziałów i pracowni szpitala. 27 sierpnia 1921 roku, w związku z wprowadzeniem nowej organizacji służby zdrowia (na czas pokoju), Wojskowa Rada Sanitarna została przemianowana na Wojskowy Instytut Sanitarny. Nowa nazwa była stosowniejsza dla instytucji, spełniającej funkcje ośrodka badań naukowych z dziedziny zagadnień wojskowo-sanitarnych [4].

Podstawowym zadaniem referatu antropologicznego, który obok innych wszedł w skład WIŻ, było „zorientowanie się w różniczkowaniu rasowym na ziemiach Rzeczypospolitej, celem wyciągnięcia z tego konsekwencji praktycznych wojskowych. W tym celu rozpoczęto prace nad dokładnym zdjęciem antropologicznym Polski” [5]. Jedną z konsekwencji praktycznych wojskowych

braną poważnie pod uwagę przez WIŻ było wykorzystanie wyników badań antropometrycznych w doborze psychologicznym w wojsku. Przesłanką do tego były m.in. spostrzeżenia dr. Ludwika Jaxa-Bykowskiego, współpracującego z WIŻ, że „typ antropologiczny północno-europejskiego blondyna (długogłowy) słabo reaguje na współzawodnictwo, natomiast krótkogłowy jest na ten bodziec szczególnie wrażliwy” [5].

Dowódcą i kierownikiem naukowym projektu był kpt dr Jan Mydlarski<sup>1</sup> (ryc. 3) [6]. Planowano przebadanie 1% męskiej populacji w każdym powiecie, tj. ogółem około 140 000 mężczyzn. Dawało to podstawę do „opracowania map opartych na gminie, jako jednostce terytorialnej”. Schemat do zapisywania spostrzeżeń obejmował 45 punktów pomiarowych, takich jak m.in. wzrost, waga, obwód klatki piersiowej, pomiary antropologiczne głowy, kończyn itp. oraz 17 spostrzeżeń opisowych, takich jak m.in. barwa oczu, włosów i skóry, uwłosienie, szpara oczna, fałda półksiężycowa, fałda mongolska, zęby, czoło, kości policzkowe, usta, wargi, ucho i kształt nosa”. Oznaczano również grupę krwi. W wyborze punktów pomiarowych kierowano się względami praktycznymi (dezyderaty mundurowe itp.), dlatego wiele miejsca poświęcono proporcjom ciała i obwodom [6].

W celu zbierania materiału zorganizowano specjalne kolumny pomiarowe, które objeżdżały poszczególne garnizony według z góry opracowanego planu. Kolumna przemieszczała się pociągiem sanitarnym, w którym do badań antropologicznych przeznaczano 3 wagony. Aby zwiększyć wydajność pomiarów, stosowano podział pracy w każdej kolumnie. Specjalną uwagę zwracano na kontrole pomiarów. Personel kolumn stanowili przeważnie odpowiednio przeszkoleni studenci – medycy i przyrodnicy. Każda kolumna przesyłała na ręce



Rycina 3. Kpt. dr Jan Mydlarski, 1935 [6]

Figure 3. Capt. Jan Mydlarski, MD, PhD, 1935 [6]

referenta WIŻ raport tygodniowy, obejmujący opis przebiegu pracy oraz dokładny wykaz zbadanych żołnierzy według ich miejsca urodzenia. Od września 1921 roku do września 1923 w czterech turach zbadano łącznie 80 310 żołnierzy, z czego w opracowaniu wykorzystano około 48 000, aby „możliwie szybko dostarczyć tymczasowe wyniki” [6].

Porównanie rozmieszczenia porównywanych cech na terenie Polski wykazało, że:

- „Pewne terytoria występują jako zwarte jednostki, przeciwstawiające się innym. Do takich terytoriów należą woj. pomorskie i poznańskie, tj. terytoria typu północno-europejskiego, następnie województwa południowo-wschodnie, jak terytoria typu dynarskiego, wreszcie, ale w mniejszym stopniu, terytoria elementów typu alpejskiego i subnordycznego. Co się tyczy typu prasłowiańskiego, to terytorium to nie wykazuje tej zwartości, jak terytoria innych elementów. (...) być może dlatego, że stanowi on jeden z najstarszych składników ludności ziem polskich, wchodzący w skład bodaj wszystkich badanych populacji.”
- „Fakt różniczkowania elementów rasowych pod względem budowy fizycznej, różnice serologiczne

<sup>1</sup> **Jan Mydlarski** (1892–1956), polski antropolog. W czasie I wojny światowej walczył w armii austriackiej, a następnie polskiej w randze kapitana. Po uzyskaniu doktoratu został wykładowcą w Wyższej Szkole Wojennej, a po habilitacji podjął pracę na Uniwersytecie Warszawskim. Od 1931 roku był kierownikiem Zakładu Antropologii Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego. W czasie II wojny światowej wykładał na tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich. Po wojnie pracował na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i na Uniwersytecie Wrocławskim, gdzie w latach 1951–1953 był rektorem. Był członkiem Międzynarodowego Instytutu Antropologii w Paryżu, a od 1950 roku prezesem Polskiego Towarzystwa Antropologicznego. Był też założycielem i pierwszym kierownikiem Zakładu Antropologii PAN we Wrocławiu. Do najważniejszych jego prac – poza Wojskowym Zdjęciem Antropologicznym Polski – zalicza się „Miernik sprawności fizycznej dla młodzieży szkolnej” (1935), „Mechanizm ewolucji w odniesieniu do filogenezy człowieka” (1946–1947) i „Mapa antropologiczna ludności Karpat” (1947). Pod koniec życia zainicjował dla celów normalizacji zakrojone na szeroką skalę badania do Pierwszego Antropometrycznego Zdjęcia Polski ([http://pl.wikipedia.org/wiki/Jan\\_Mydlarski](http://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Mydlarski)).

między nimi, różnice rozwojowe, wreszcie różnowartościowość ich pod względem patologicznym (np. elementy północnoeuropejskie – mniejsze obwody piersi wykazują mniejszą odporność na gruźlicę) (...) pozwalają wnioskować, że mamy tu najprawdopodobniej do czynienia z elementami wykazującymi pewną zwartość, tak morfologiczną, jak i fizjologiczną. Różnowartościowość elementów rasowych ludności – jeśli istnieje – jest niewątpliwie jednym z motorów zjawisk społecznych, boć człowiek jest przeciw tych zjawisk podłożem.”

- „Oceniając wpływ warunków zewnętrznych na budowę fizyczną, należy stwierdzić, że niekorzystne warunki ekonomiczne, wpływ wojny itp. najsilniej odbiły się na Małopolsce Wschodniej, powodują wyraźne opóźnienie rozwoju elementów typu dynarskiego, że wbrew oczekiwaniom, średnia wzrostu żołnierzy woj. stanisławowskiego jest najmniejsza w Polsce.” (tab. 1),
- „Na różnice w warunkach społecznych (prawdopodobnie i w sposobie odżywiania, warunków pracy) wskazują niektóre cechy, których rozmieszczenie zdaje się nie pokrywać ze strukturą rasową. Uwidacznia się to zwłaszcza, jeśli porówna się ludność miejską z ludnością wiejską, np. pod względem obwodu: w pasie, brzucha, piersi, ramienia.” (tab. 2) [6].

1 sierpnia 1924 roku Wydział Indywidualizacji Żołnierza Departamentu VIII Sanitarnego M.S. Wojsk. został zlikwidowany, a w jego miejsce, w strukturze Wydziału Poborowego Departamentu I Piechoty M.S. Wojsk., utworzono Referat Indywidualizacji Żołnierza (RIŻ) [8]. Zajmował się on badaniami psychotechnicznymi i antropometrycznymi. Przedmiotem badań psychotechnicznych była ocena zdolności umysłowych (inteligencji), motorycznych oraz specjalnych uzdolnień kandydatów do określonych zawodów i stanowisk [9,10]. W zakresie badań antropometrycznych RIŻ współpracował z Oddziałem Antropologii Militarnej Zakładu Antropologii Towarzystwa Naukowego Warszawskiego [11].

Zapoczątkowane w 1921 roku przez kpt. dr. Jana Mydlarskiego prace nad tzw. wojskowym zdjęciem antropologicznym kontynuowano aż do 1939 roku. Wybuch wojny i okupacja uniemożliwiły jego pełne opracowanie. Opublikowane w 1949 roku częściowe wyniki tych badań dotyczyły „składników rasowych ludności obszarów objętych badaniami”. Niestety po wojnie, z powodu świeżej pamięci nazistowskiego ludobójstwa wyrastającego z przesłanek rasowych, przestano interesować się tym tematem [12].

Nie zaprzestano natomiast badań antropologicznych młodzieży męskiej w wieku poborowym, które prowadzono w założonym przez prof. Jana Mydlarskiego Zakładzie Antropologii Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu. Badania te ukierunkowane były zarówno na śledzenie zmian podstawowych wskaźników biologicznych, takich jak np. wysokość ciała (tab. 3), jak i określanie ich

**Tabela 1. Wzrost, waga i obwód klatki piersiowej żołnierzy zasadniczej służby wojskowej w latach 1921–1923 (n = 48 000) [6]**  
**Table 1. Height, weight, and chest circumference of the conscript soldiers in the years 1921–1923 (n = 48,000) [6]**

pomiar	wartość średnia	rozzrzut wyników
wzrost (cm)	165,7	161,0–166,9
waga (kg)	63,3	61,9–64,5
obwód klatki piersiowej (cm)	90,1	88,6–91,1

**Tabela 2. Różnice w obwodzie pasa żołnierzy pochodzących z miasta i ze wsi [6]**  
**Table 2. Differences in the waist circumference between the soldiers of city and country origin [6]**

pomiar	wartość średnia	rozzrzut wyników
obwód w pasie – miasto (cm)	75,4	74,8–76,5
obwód w pasie – powiat (cm)	77,2	75,4–79,6
różnice obwodu w pasie: miasto – powiat (cm)	-18,2	+1,0–-31,2

**Tabela 3. Wzrost poborowych w latach 1965, 1976, 1986 i 1995 [15]**  
**Table 3. Height of the recruits in the years 1965, 1976, 1986, and 1995 [15]**

rok badania	średnia arytmetyczna	odchylenie standardowe
1965	170,5	5,9
1976	173,2	6,3
1986	175,3	6,2
1995	176,9	6,4
2001	177,4	6,7

związków z danymi demograficznymi i wskaźnikami rozwarstwienia społecznego w Polsce [14,15].

Z porównania danych z tabel 1 i 3 wynika, że w 2001 roku poborowy był średnio o 11,7 cm wyższy od swego rówieśnika z 1921 roku. Powiązanie trendu zmian wzrostu w latach 1965–2001 ze zmiennymi demograficznymi i społecznymi wykazało, że w każdej kolejnej kohorcie poborowych (wybranej na zasadzie „co dziesiąty badany”) powtarza się to samo uszeregowanie grup społecznych na osi wysokości ciała. Najrośniejsi są synowie wielkomiejskiej inteligencji, nieco mniej rośli synowie inteligencji z mniejszych miast, jeszcze mniej rośli synowie miejskich robotników wykwalifikowanych itd., a najbardziej niskorośli są synowie rolników. Stwierdzono

również, że wysokość ciała wzrasta gradientowo wraz z przesuwaniem się na skali wykształcenia ojca i (niezależnie) matki od podstawowego do wyższego, na skali liczby rodzeństwa od rodzin wielo- do małodziejnych i na skali urbanizacji od wsi do wielkich miast [15].

Powyższe badania pozwoliły również określić interesujące, odwrotne zależności między społecznym zróżnicowaniem a zdolnością do służby wojskowej. Na przykład w 1995 roku stwierdzono, że odsetek poborowych zdolnych do czynnej służby wojskowej (kategoria A) zwiększał się wraz ze zmniejszaniem się wielkości osiedla zamieszkania. Częstość kategorii A wśród poborowych zwiększała się również w miarę wzrostu poziomu wykształcenia ich ojców od podstawowego, poprzez zasadnicze zawodowe do średniego. Natomiast częstość kategorii A wyraźnie się zmniejszała w grupie poborowych, których ojcowie mieli wykształcenie wyższe. Im więcej rodzeństwa mieli poborowi, tym mniejsza była wśród nich częstość kategorii A. Zależność ta nie dotyczyła jedynaków, w grupie których stwierdzono najmniejszy odsetek kategorii A [16]. Ciekawe, czy podobne zależności wykażą analogiczne badania prowadzone po zniesieniu w Polsce zasadniczej służby wojskowej.

## Piśmiennictwo

1. Gałczyńska K.: Gałczyński. Wrocław, Wydawnictwo Dolnośląskie, 1998: 25–27
2. Gałczyńska K.: Krótka historia „Notatnika”. [W:] Gałczyński K.I.: Dzieła wybrane t. 3, Proza, Warszawa, Czytelnik, 2002: 460–468
3. CAW, Akta personalne nr 1010
4. Wojtkowiak S.: Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim. Warszawa, Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, 1973: 74–77
5. Urbanowicz J.: Praca psychologiczna w wojsku. Bellona, 1923; 10 (1): 46–61
6. Mydlarski J.: Sprawozdanie z wojskowego zdjęcia antropologicznego Polski. Kosmos, Lwów, 1925; 50 (2–3): 530–577
7. Szawcjer J. (Jotes): MSWojsk. Departament Uzupelnień. Warszawa, Litografia Artystyczna W. Główczewski, 1934
8. Dziennik Rozkazów MSWojsk. Nr 33 z 19.08.1924, poz. 497
9. Felchner A., Komasiński M.: Psychologia wojskowa w armii II Rzeczypospolitej. Wojskowy Przegląd Historyczny, 1995; 40 (1–2): 120–126
10. Kobyłański J., Mydlarski J.: Prace psychotechniczne w pułku piechoty. Przegląd Piechoty, 1930; 11: 92–113
11. Piskurewicz J., Zasztowt L.: Towarzystwo Naukowe Warszawskie. Rocznik TNW, 1986; 49
12. Michalski I.: Struktura antropologiczna Polski. W świetle materiałów wojskowego zdjęcia antropologicznego. Łódź, Spolem, 1949
13. Historia Zakładu Antropologii Polskiej Akademii Nauk. <http://www.anthro.pan.wroc.pl/pl/historia>
14. Bielicki T., Szklarska A., Welon Z., Brajczewski C.: Nierówności społeczne w Polsce: antropologiczne badania poborowych w trzydziestolecu 1965–1995. Monografie Zakładu Antropologii PAN we Wrocławiu, 1997; 16
15. Bielicki T., Szklarska A., Kozieł S., Welon Z.: Transformacja ustrojowa w Polsce w świetle antropologicznych badań 19-letnich mężczyzn. Monografie Zakładu Antropologii PAN we Wrocławiu, 2003; 23
16. Brajczewski C.: Społeczne różnice w zdolności do służby wojskowej wśród poborowych w roku 1995. Lekarz Wojskowy, 1998; 74 (7–8): 393–405

# Wspomnienie pośmiertne – kontradmirał w st. spocz. prof. dr med. Wiesław Łasiński (1915–2010)

Obituary – Counter-admiral emeritus, Professor of medicine  
Wiesław Łasiński (1915–2010)

**prof. dr hab. n. med. Stanisław Orkisz**

Zakład Morfologii Katedry Biostruktury Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



23 lipca odszedł od nas na zawsze kontradmirał prof. Wiesław Łasiński, doktor *honoris causa* Wojskowej Akademii Medycznej. Urodził się 25 grudnia 1915 roku w Starym Sączu w rodzinie nauczycielskiej. W 1933 roku po zdaniu matury, jako podchorąży Szkoły Podchorążych Sanitarnych Centrum Wyszolnienia Sanitarnego rozpoczął studia na Wydziale

Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Studia ukończył jako prymus w 1939 roku, uzyskując dyplom lekarza wraz z promocją na stopień podporucznika. Staż kliniczny przerywa wybuch wojny. Uczestniczy w kampanii wrześniowej jako dowódca plutonu sanitarnego 26 Dywizji Piechoty. W trakcie walk nad Bzurą dostaje się do niewoli niemieckiej. W latach wojny, przebywając w oflagach XI B Braunschweig, XII A Hadamar, XII B Limburg pełnił funkcję lekarza obozowego. Pracował w szpitalach jenieckich w Koblenz i Trewirze, skąd po próbie ucieczki został osadzony w twierdzy Châlons. Po wyzwoleniu pracował krótko w szpitalu ONZ ds. Pomocy i Odbudowy w Mosbach. Po powrocie do kraju podejmuje pracę w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, skąd zostaje powołany do służby wojskowej. Przydzielony do marynarki wojennej, niezależnie od pełnionych funkcji oraz zajmowanych stanowisk, pozostaje wierny mundurowi marynarskiemu do końca życia. Rozpoczął służbę jako specjalista gimnastyki leczniczej w Szpitalu Marynarki Wojennej, następnie oficera lekarza flotylii trałowców, z którego zostaje awansowany

na stanowisko Szefa Dywizjonu Okrętów Podwodnych. W 1949 roku przechodzi na etat starszego asystenta Oddziału Chirurgicznego 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku-Oliwie. Kolejne szczeble kariery zawodowej od starszego asystenta do komendanta wiążą się z tym szpitalem. Kierując szpitalem, szkoli się intensywnie, zdobywając specjalizację II stopnia z chirurgii, medycyny wojskowej i organizacji służby zdrowia. W trakcie pobytu w Gdańsku, ściśle współpraca ze środowiskiem naukowym chirurgów oraz anatomów Akademii Medycznej w Gdańsku zaowocowała uzyskaniem stopnia docenta, a wkrótce potem (1964 r.) profesora nadzwyczajnego. Rok później zostaje kierownikiem Katedry Anatomii Prawidłowej, pełniąc równocześnie w latach 1962–1965 funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego. W 1965 roku został wyznaczony na stanowisko Komendanta – Rektora Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W chwili powołania na stanowisko rektora, komandor, a od 1966 roku kontradmirał, prof. Wiesław Łasiński miał już duże doświadczenie organizacyjne i dydaktyczne, nabyte w trakcie pełnienia zarówno funkcji dowódczych w marynarce wojennej, jak i dydaktyczno-naukowych w AM w Gdańsku. Po przybyciu do Łodzi, pełniąc obowiązki Komendanta Wojskowej Akademii Medycznej, przystąpił natychmiast do organizowania nauczania anatomii w uczelni. Dzięki Jego wysiłkom 9 kwietnia 1966 roku utworzono Katedrę Anatomii Topograficznej i Stosowanej. W tym czasie była to jedna z najmłodszych katedr WAM. Od początku istnienia katedry prof. W. Łasiński borykał się z trudnościami organizacyjnymi i lokalowymi, zajmując początkowo trzy tymczasowe pomieszczenia na terenie Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej. Dzięki uporowi i dużemu zaangażowaniu, kontaktom ze środowiskiem akademickim innych uczelni

medycznych, zwłaszcza w Poznaniu i Gdańsku, w ciągu kilku lat kontradmirał prof. W. Łasiński zorganizował i wyposażył nową siedzibę Zakładu Anatomii Prawidłowej i Topograficznej. W chwili rozpoczęcia zajęć dydaktycznych Zakład Anatomii Wojskowej Akademii Medycznej był jednym z najnowocześniejszych i najlepiej wyposażonych zakładów w kraju. Do dziś służy kolejnym pokoleniom studentów Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W trakcie 7-letniej kadencji Rektora WAM, uczelnia nawiązała liczne kontakty naukowe, zwiększyła się jej baza lokalowa, zwiększyła się istotnie liczba nowych klinik i zakładów naukowych, co było bezsprzeczną zasługą prof. Wiesława Łasińskiego. W uznaniu działalności i zasług dla wojskowej służby zdrowia, jako twórca szkoły anatomicznej rozwijającej dzieło profesorów Edwarda Lotha i Michała Reichera, 1 października 1983 roku został uhonorowany tytułem naukowym doktora *honoris causa* Wojskowej Akademii Medycznej. W latach 1973–1984, a więc do chwili przejścia na emeryturę, pełnił obowiązki Komendanta Instytutu Nauk Podstawowych oraz Kierownika Zakładu Anatomii Prawidłowej. Pełnienie szacownych funkcji kierowniczych łączył z prowadzeniem wykładów i zajęć prosektoryjnych. Profesor W. Łasiński miał niezwykle rzadki dar przekazywania skomplikowanych problemów w sposób niezwykle konkretny i obrazowy, ilustrując zazwyczaj na tablicy obiema rękami równocześnie skomplikowane struktury anatomiczne.

Obdarowany olbrzymią charyzmą prof. W. Łasiński zyskał wielkie poważanie i szacunek w wielu gremiach naukowych, uczestnicząc czynnie w licznych kongresach krajowych i zagranicznych (w Neapolu, Tuluzie, Brukseli, Moskwie, Tours, New Delhi, Sofii, Montpellier, Mexico City). Naturalną konsekwencją aktywności naukowej i dydaktycznej prof. W. Łasińskiego było członkostwo Komitetów: Antropologii, Nauk Podstawowych, Zoologicznego Polskiej Akademii Nauk, L'Association des Anatomistes oraz Międzynarodowej Rady Badań Dermatologicznych. Był także członkiem Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz członkiem honorowym towarzystw krajowych i zagranicznych. W środowisku morfologów zasłużył się jako wieloletni (1964–1983) redaktor naczelny *Folia Morphologica* – czasopisma wydawanego w języku angielskim. Pod kierunkiem prof. W. Łasińskiego przeprowadzono 3 przewody habilitacyjne oraz 11 przewodów doktorskich. Był autorem kilkudziesięciu recenzji na kolejne stopnie naukowe. Jednakże w pamięci kolejnych pokoleń lekarzy pozostanie przede wszystkim bogaty dorobek w zakresie kształcenia lekarzy wojskowych i cywilnych. W bogatym dorobku dydaktycznym Profesora poczesne miejsce zajmuje „Anatomia człowieka” A. Bochenka i M. Reichera, w której był autorem rozdziałów, a od 1965 roku naturalnym sukcesorem oraz redaktorem naukowym kolejnych

wydań. Wśród dokonanych dydaktycznych prof. W. Łasińskiego wymienić należy „Anatomię głowy dla stomatologów”, która doczekała się 7 wydań, stanowiąc podstawowy podręcznik studentów i lekarzy stomatologów. Wśród licznych publikacji czasopiśmienniczych oraz książkowych prof. W. Łasińskiego odnotować należy także *Lexicon Medicum* z 1971 roku oraz Polski Słownik Medyczny PAN, w których był autorem licznych haseł i definicji anatomicznych. Zwieńczeniem działalności dydaktycznej prof. W. Łasińskiego była wielotomowa „Anatomia topograficzna i stosowana” – dzieło o nieprzemijającej wartości, zwłaszcza dla lekarzy w specjalnościach zabiegowych.

Kontradmirał prof. W. Łasiński był laureatem wielu nagród państwowych i resortowych, m.in.: PAN, MON, miasta Łodzi. Odznaczony: Krzyżem Oficerskim i Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

Prof. W. Łasiński był człowiekiem o błyskotliwej inteligencji, dużym darze przekonywania i trafnej argumentacji. Do dziś pozostają w mojej pamięci Jego jakże dociekliwe, choć z pozoru proste pytania, mające rozwiązać wątpliwości, gdy zapoznawał się z tezami mojej rozprawy doktorskiej. Jego może trochę staroświecki, ale szarmancki styl bycia, budził respekt, ale też był źródłem anegdot przekazywanych przez studentów, dla których prof. zw. dr W. Łasiński był prawdziwym autorytetem. W pamięci absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej pozostaną uroczystości akademickie, w trakcie których pojawienie się Pana Profesora wywoływało entuzjazm i wielkie owacje studentów. Profesor reprezentował bowiem ideały niepodległościowego patriotyzmu i walory ducha, które dziś są nieczęsto spotykane.

23 lipca 2010 roku pożegnaliśmy prof. Wiesława Łasińskiego, wierząc, że odszedł tylko fizycznie, gdyż mawia się, że człowiek żyje dotąd, dopóki pozostaje w pamięci bliskich i współpracowników. Legenda kontradmirała profesora zw. dr Wiesława Łasińskiego zajmuje trwałe miejsce w pamięci wszystkich pokoleń lekarzy wojskowych, odszedł bowiem od nas wybitny człowiek.

Cześć Jego pamięci!

# Wspomnienie pośmiertne – kpt. dr n. med. Bartosz Gruszczyński (1973–2010)

In memory of Captain Bartosz Gruszczyński, MD, PhD (1973–2010)

**prof. dr hab. med. Antoni Florkowski**

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



19 czerwca 2010 roku zmarł nagle, będąc w pełni zdrowia, kpt. dr n. med. Bartosz Gruszczyński. Był absolwentem XXXV kursu Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. B. Szareckiego w Łodzi z 1998 roku. Po odbyciu stażu podyplomowego w 108 Szpitalu Wojskowym w Elku pełnił obowiązki lekarza w jednostkach wojskowych w Braniewie i Łodzi.

W 2003 roku został skierowany na stanowisko wykładowcy w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi. W 2000 roku rozpoczął specjalizację w dziedzinie psychiatrii jako wolontariusz w Klinice Psychiatrii WAM, a następnie w Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi.

Kontynuował tradycję rodzinną (ojciec Wojciech absolwent VII kursu WAM, wieloletni nauczyciel akademicki i profesor w Klinice Psychiatrii WAM, a następnie na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi). Dyplom specjalisty w dziedzinie psychiatrii uzyskał w 2006 roku. Będąc jeszcze lekarzem w jednostce wojskowej, rozpoczął pod moim kierunkiem badania naukowe, które sfinalizował rozprawą doktorską pt. „Przejawy i uwarunkowania autodestruktywności pośredniej u żołnierzy służby czynnej”, obronioną 21.03.2003 roku przed Komisją Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi.

W trakcie pracy w Klinice przejawiał dużą aktywność naukowo-badawczą, uczestnicząc czynnie w 40 kongresach i konferencjach naukowych, krajowych i zagranicznych, prezentując 20 doniesień naukowych. Był też autorem i współautorem 36 publikacji naukowych poświęconych suicydologii, psychofarmakologii, zaburzeniom stresowym pourazowym, psychoprofilaktyce i promocji zdrowia psychicznego w wojsku. Był w trakcie

kontynuowania badań do rozprawy habilitacyjnej, a znając Go, zapewne zrealizowałby swoje zamierzenia, bo jak na 37-letniego lekarza wojskowego miał znaczący dorobek naukowy.

Przed 3 laty na swojej drodze spotkał wielką i odwzajemnioną miłość życia, która przerodziła się w szczęśliwe małżeństwo – Julitę Gryz, neuropsychologa, doktora nauk medycznych, córkę absolwenta WAM. Trzy dni po pogrzebie mieli obchodzić pierwszą rocznicę ślubu.

Kapitan dr n. med. Bartosz Gruszczyński wyróżniał się szlachetnymi cechami charakteru, budząc powszechny szacunek i sympatię, a wśród pacjentów ogromne przywiązanie, miłość i zaufanie. Bardzo skromny, pracowity i zdyscyplinowany, odznaczał się taktem, powściągliwością i opanowaniem. Był wyrozumiały dla innych, pełen życzliwości i poświęcenia, rozważny, sumienny, od siebie wymagający zawsze więcej. Jego styl pracy, osiągnięcia naukowe, stosunek do chorych powierzonych Jego opiece oraz umiejętności rozwiązywania trudnych problemów zawodowych stały się trwałymi wartościami, które pozostaną na zawsze w naszej pamięci.

Przedwczesne i niespodziewane Jego odejście stało się zarówno dla najbliższych, jak i dla nas wszystkich, którzy Go znali, bolesną i niepowetowana stratą.

Cześć Jego pamięci!