

POKONANYM – NIEZWYCIĘŻONYM PAMIĘCI OFIAR MORDU KATYŃSKIEGO

- OTOLARYNGOLOGODZY POLSCY
– OFIARY MORDU W OBOZACH SOWIECKICH
W CZASIE II WOJNY ŚWIATOWEJ
dr med. Stanisław Zabłocki
- NOWOTWORY ZŁOŚLIWE JAM NOSA
I ZATOK PRZYNOSOWYCH
dr hab. med. Stanisław Bień
- JAK DZIŚ WYKONYWAĆ ZAWÓD LEKARZA?
dr hab. med. Romuald Krajewski



prof. dr hab. med. Aleksander Zakrzewski

W N U M E R Z E

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE.....40
prof. dr hab. med. Zygmunt Szmeja

POKONANYM – NIEZWYCIĘŻONYM
PAMIĘCI OFIAR MORDU KATYŃSKIEGO42

OTOLARYNGOLOGDZY POLSCY
– OFIARY MORDU W OBOZACH SOWIECKICH
W CZASIE II WOJNY ŚWIATOWEJ.....43
dr med. Stanisław Zabłocki

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE JAM NOSA
I ZATOK PRZYNOSOWYCH.....55
dr hab. med. Stanisław Bień

JAK DZIŚ WYKONYWAĆ ZAWÓD LEKARZA?...63
dr hab. med. Romuald Krajewski

Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz
redaktor – mgr Grażyna Gołąb

Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii
Akademii Medycznej w Warszawie

Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

członkowie:

– prof. dr hab. med. Mieczysław Chmielik

– dr hab. med. Joanna Fruba

– prof. dr hab. med. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz

– dr hab. med. inż. Krzysztof Kochanek

– prof. dr hab. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz

– prof. dr hab. med. Kazimierz Niemczyk

– prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska

– prof. dr hab. med. Edward Zawisza

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc, tel. 739 88 24

© Wydawca: Wydawnictwo EGERIA B. Krzeska

przy współpracy



Adres korespondencyjny: Magazyn Otolaryngologiczny
02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości
bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione.

Fotografia na okładce – patrz strona 40.

Profesor Aleksander Zakrzewski w moich wspomnieniach (w 20. rocznicę śmierci)

Po uzyskaniu stanowiska kierownika Kliniki Otolaryngologii AM w Warszawie, przed Świętami Bożego Narodzenia 1977 i Nowym Rokiem 1978 wysłałem, jak każe dobry obyczaj, życzenia świąteczno-noworoczne wszystkim kierownikom klinik otolaryngologicznych w Polsce. Jednym z najbardziej wzruszających i cennych był dla mnie odzew ze strony profesora Aleksandra Zakrzewskiego z Poznania, który należał w tym czasie do seniorów – filarów otolaryngologii polskiej, zwanego powszechnie Aleksandrem Wielkim.

Pisał On:

Serdecznie dziękuję wraz z moją Żoną za życzenia świąteczne i noworoczne. Proszę przyjąć od nas obojga życzenia spokojnych Świąt i dużo zdrowia na rok następny. Proszę przekazać najlepsze życzenia szanownej Pani Małżonce i bliskim Pana Profesora. Panie Profesorze – pisze Pan w ostatnim liście o mojej życzliwości względem Pana. To prawda. Jestem życzliwy i zaraz wyjaśniam, z czego ona wypływa. Zaliczam Pana do nielicznych niestety prominentów naszych laryngologów, którym dobro naszej specjalności i jej przyszłość leży na sercu. Obserwuję wielu Kolegów, analizując ich działania i motywy tych działań. Trudno być optymistą. Bardzo dobrze, że stołeczna katedra dostała się w dobre ręce. Za to Pana szanuję.

Ostatnio zastanawiam się, czy sam nie zawiodłem profesorów Laskiewicza, Szmurły i Dobrzańskiego, którzy mnie zachęcali do pracy i czegoś się po mnie spodziewali. Zmarnowałem trochę czasu na nienaukowe wysiłki, ale na usprawiedliwienie mam to, że wojna, że powojenna odbudowa itd. Proszę wybaczyć mi osobiste wynurzenia i nie za wesołe refleksje. Załączam przyjacielski uścisk dłoni. Z poważaniem A. Zakrzewski.

I oto jeden z najznakomitszych w historii naszej specjalności polskich laryngologów mnie, 42-letniemu młokosowi, tłumaczył się ze swego pracowitego życia, z tego czego nie dokonał, bowiem dokonać nie można było w czasie, w którym działać Mu przyszło.

Oto cały Aleksander Wielki, w bardzo osobistych wspomnieniach z mego życia.

prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

Warszawa, kwiecień 2005

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE

ALEKSANDER ZAKRZEWSKI (1909–1985)

Urodził się 14 kwietnia 1909 r. w Oleksińcu Podleśnym w powiecie płoskirowskim na Ukrainie.

Świadectwo dojrzałości uzyskał w Gimnazjum Klasycznym w Pleszewie w 1926 r. i w tymże roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Już w trakcie studiów wykazywał zainteresowania naukowe, pracując jako demonstrator w Zakładzie Anatomii Prawidłowej w latach 1928–1929, a następnie od 1929 do 1932 r. na stanowisku młodszego asystenta w Klinice Otolaryngologicznej, pod kierunkiem prof. Alfreda Laskiewicza. Dyplom lekarza medycyny uzyskał na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego w 1932 r. Równocześnie poszerzał swoje zainteresowania naukowe i humanistyczne, studiując na Wydziale Humanistycznym UP. W 1935 r. otrzymał dyplom magistra filozofii.

1. Doktorat w 1932 r. – praca pod tytułem *Wyniki leczenia ozeny w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego*.

2. Habilitacja na Uniwersytecie Warszawskim w 1945 r. na podstawie pracy: *Ilościowe badanie przewodnictwa powietrznego za pomocą widełek stroikowych z uwzględnieniem zestawu Struyckena*.

3. Nominacja na stanowisko profesora nadzwyczajnego w maju 1948 r.

W czasie okupacji pracował w Ostrowcu Świętokrzyskim, a następnie w Klinice Otolaryngologii i Pediatrii w Warszawie. Uczestniczył w nauczaniu w ramach tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich. W czasie powstania warszawskiego pracował jako chirurg w oddziałach powstańczych Armii Krajowej działających w Puszczy Kampinoskiej. Dostał się do niewoli niemieckiej w Błoniu pod Warszawą.

Profesor Zakrzewski opublikował 194 prace naukowe, a pod jego bezpośrednim kierunkiem zostały ogłoszone dalsze 253 prace; w sumie z Kliniki kierowanej przez niego wyszło blisko



450 prac opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Do najciekawszych i ogólnie uznanych w kraju i za granicą osiągnięć naukowych profesora Zakrzewskiego należą:

1. Prace z zakresu audiologii, obejmujące przede wszystkim pionierskie opracowanie list artykulacyjnych do badań słuchu za pomocą mowy oraz stworzenie i zastosowanie w klinice zaburzeń słuchu oryginalnej metody badania lokalizacji dźwięku za pomocą określenia kąta ostrości słyszenia kierunkowego.

2. Prace na temat patologii (bakteriologia, serologia, histopatologia) oraz leczenia twardzieli, które szczególnie w zakresie leczenia osiągnęły zasłużony rozgłos światowy i są stawiane na równi z pracami Frischa o bakteriologii i Mikulicza o histologii tego schorzenia.

3. Prace dotyczące rozpoznania oraz leczenia nowymi, oryginalnymi metodami uszno- i nosopochodnych powikłań wewnątrzczaszkowych, szczególnie ropni mózgu (płatów skroniowych i czołowych) i mózdzku.

4. Nowe metody leczenia operacyjnego przetok zauszných oraz ezofagotomii wewnętrznej. Znalazły one praktyczne zastosowanie w wielu zakładach leczniczych.

5. Osiągnięcia w zakresie patofizjologii śluzówek górnych dróg oddechowych, dotyczące przede wszystkim poznania ultrastruktury błony

śluzowej nosa u chorych na ozenę i twardziel. Badania te wykazały, że największe zmiany zachodzą nie w nabłonku, ale w podłożu łącznotkankowym, szczególnie w mitochondriach komórek łącznotkankowych. Badania te stworzyły racjonalne podstawy do wprowadzenia żelaza do leczenia ozeny oraz wysunięcia nowej hipotezy patogenezy powstawania raka nosogardła.

6. Prace kliniczne na temat diagnostyki i leczenia bardzo groźnych krwotoków z nosa w następstwie rozdarcia syfonu tętnicy szyjnej wewnętrznej po urazach czaszkowo-mózgowych, doznanych szczególnie w wypadkach komunikacyjnych. Osiągnięcia w tym zakresie pozwoliły na stworzenie nowego nozologicznie zespołu objawów, składającego się z jednoimiennej wczesnej i nieodwracalnej ślepoty i epizodycznych późnych krwotoków jednostronnych z nosa.

Osiągnięcia prof. Zakrzewskiego na polu pracy dydaktycznej należy podzielić na dwie grupy: 1) dydaktyka dla studentów, 2) szkolenie podyplomowe. W zakresie dydaktyki dla studentów medycyny i stomatologii prof. Zakrzewski wprowadził bardzo nowoczesne audiowizualne metody nauczania, włączając do tego procesu kilkanaście własnych filmów operacyjnych, które znalazły również uznanie za granicą. W zakresie szkolenia podyplomowego opracował 3 obszernie rozdziały do zbiorowego podręcznika pod redakcją prof. A. Dobrzańskiego. W 1972 r. wydał dla lekarzy kształcących się na II stopień specjalizacji z otolaryngologii zbiorowy podręcznik *Otolaryngologia kliniczna*, którego był głównym autorem i redaktorem. Pod kierunkiem prof. Zakrzewskiego 6 osób przeprowadziło przewód habilitacyjny, 41 zdobyło tytuły naukowe doktora medycyny, a 122 lekarzy uzyskało II stopień specjalizacji z otolaryngologii.

Obok pracy naukowej i dydaktycznej, trzecim polem intensywnej działalności prof. Zakrzewskiego była praca organizacyjna. Przez 8 lat (1955–1962) był prorektorem Akademii Medycznej w Poznaniu, z tym że w latach 1961–1962 pełnił obowiązki rektora. Pod jego kierunkiem jako konsultanta wojewódzkiego poznańskiego i zielonogórskiego zostało zorganizowanych 16 oddziałów szpitalnych z zakresu otolaryngologii.

Bogata była działalność prof. Zakrzewskiego w towarzystwach naukowych: był przewodniczącym Oddziału Poznańskiego PTOL od 1946 r., w latach 1955–1958 był przewodniczącym Zarządu Głównego PTOL i redaktorem naczelnym „Otolaryngologii Polskiej”. Od 1974 r. był ponownie redaktorem Naczelnym tego czasopisma. Profesor Zakrzewski był honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngolo-

gicznego (1974 r.) oraz prowadził ożywioną działalność w zagranicznych towarzystwach naukowych jako ich członek (Société Française d’Oto-Rhino-Laryngologie, Royal Society of Medicine w Londynie, Collegium ORL Amicitiae Sacrum, International Society of Audiology). Od 1964 r. był członkiem zespołu redakcyjnego „Excerpta Medica” oraz również od tego czasu opracował dla czasopisma „Zentralblatt für HNO” przeszło 400 streszczeń, przede wszystkim polskich publikacji. Do osiągnięć prof. Zakrzewskiego na polu prac racjonalizatorskich należy ezofagoskop typu poznańskiego, zmodyfikowana strzykawka Jubego do punkcji ropni mózgowia, audiometr do eliminacyjnych badań słuchu, przyrząd do szycia nisz migdałkowych i inne.

Bardzo dużą wagę przywiązywał do naukowego i organizacyjnego rozwoju otolaryngologii w kraju jako dyscypliny lekarskiej. Wiele uwagi poświęcał rozwojowi Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, a w latach 1955–1958 i 1977–1980 pełnił funkcję przewodniczącego jego Zarządu Głównego. Dwukrotnie organizował zjazdy naukowe PTOL w Poznaniu, w 1950 i 1980 r.

Profesor Zakrzewski był wielokrotnie odznaczany, m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (1956), Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (1978), Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Krzyżem Armii Krajowej, Medalem Komisji Edukacji Narodowej oraz odznaką honorową „Za Zasługi dla Rozwoju Województwa Poznańskiego i Zielonogórskiego”. W 1968 r. otrzymał nagrodę naukową I stopnia Mini-sterstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

W 1979 r. prof. Zakrzewski przeszedł na emeryturę, redakcją „Otolaryngologii Polskiej” kierował aż do śmierci. Żona Profesora, doc. dr Aleksandra Durska-Zakrzewska, wieloletni i zasłużony pracownik Kliniki Otolaryngologicznej, wierna towarzysząca we wszystkich jego poczynaniach, przeżyła Go zaledwie o dwa miesiące. Profesorostwo Zakrzewscy wychowali dwoje dzieci: syna Jerzego, doktora habilitowanego z otolaryngologii, i córkę Annę Wąsiewiczową, doktora medycyny i specjalistę z zakresu rehabilitacji.

Zmarł nagle, 2 kwietnia 1985 r. w wieku 77 lat. Był człowiekiem o wielkim nieskazitelnym charakterze, zdecydowanej, odważnej i wyjątkowej osobowości, odbijającej swe piętno na otoczeniu i działalności swoich współpracowników, człowiekiem o bardzo rozległych i wybitnych uzdolnieniach.

prof. dr hab. med. Zygmunt Szmeja

POKONANYM – NIEZWYCIĘŻONYM PAMIĘCI OFIAR MORDU KATYŃSKIEGO

Akt oskarżenia przeciwko niemieckim przestępcom wojennym osądzonym w procesie norymberskim obejmował również jedną z największych zbrodni minionej wojny – zbrodnię katyńską. Kiedy jednak jesienią 1946 roku ogłoszono wyrok Nadzwyczajnego Trybunału Wojskowego, okazało się, że spośród licznych potwornych zbrodni udowodnionych przywódcom hitlerowskich Niemiec zbrodnia katyńska nie została wymieniona. Zbrodniarze niemieccy nie zostali więc uznani winnymi wymordowania wielu tysięcy jeńców polskich odnalezionych w grobach pod Smoleńskiem.

Ofiarami mordu katyńskiego byli żołnierze polscy, przeważnie oficerowie wzięci do niewoli przez czerwoną armię we wrześniu 1939 roku w następstwie uzgodnionej akcji wojennej Niemiec hitlerowskich i Rosji Sowieckiej przeciw Rzeczypospolitej Polskiej. Byli to żołnierze polscy spośród tych właśnie, którzy najdłużej walcząc z niemieckim najeźdźcą, zostali zagarnięci przez wojska sowieckie uderzające na nas od tyłu.

W roku 1941, kiedy zostałem po wybuchu wojny niemiecko-sowieckiej zwolniony z więzienia moskiewskiego i mianowany Dowódcą Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR, mieli się oni stać żołnierzami tworzącej się wówczas armii. Od pierwszych rozmów z sowieckimi przedstawicielami aż do ostatnich chwil pobytu w ZSRR, czyli przez cały rok, sprawa odnalezienia kilkunastu tysięcy jeńców zaginionych w rękach sowieckich była nieustannym przedmiotem moich zabiegów i największych wysiłków, niestety daremnych, przyczyną mojej głębokiej troski jako Polaka i dowódcy.

Nie mogłem zaleźć odpowiedzi na zapytania osieroconych rodzin, nie mogłem rozwiązać tragicznej zagadki, broniąc się wówczas jak najdłużej przed podejrzeniami, które musiały jednak powstawać w moim umyśle.

Jako dowódca armii tworzącej się z żołnierzy, którzy po dwuletniej niewoli mieli stanąć na nowo w szeregu i osiągnąć możliwie najrychlej gotowość bojową, natrafiłem na wiele przeszkód, ale najważniejszą z nich był brak przeszło 8000 oficerów i kilku tysięcy podoficerów, których odnalezienia w rękach sowieckich miałem prawo oczekiwać.

Zmuszony – w następstwie wytworzonej sytuacji – do opuszczenia granic ZSRR, kiedy na czele siedemdziesięcioletniej armii i wraz z czterdziestoma czterema tysiącami rodzin żołnierzy w roku 1942 przeszedłem na Środkowy Wschód, zdawałem już sobie sprawę, że los zaginionych musiał być tragicznym. Zachowanie się w tej sprawie władz sowieckich, niejasne i częstokroć wykrętne informacje nam udzielane rozumieliśmy początkowo jako grę na zwłokę i mieliśmy wciąż nadzieję, że zaginioni jeńcy chociaż częściowo się odnajdą. Przypuszczaliśmy w szczególności, że pojawią się oni w miesiącach wiosennych roku 1942, kiedy to transporty z dalekiej północy – gdzie pobyt ich był nam z pewnych stron sugerowany – byłyby możliwe. Gdy okres ten minął i nadeszło lato, straciłem jednak tę ostatnią nadzieję, nabierając przekonania, że tych kilkanaście tysięcy najlepszych naszych żołnierzy i towarzyszy broni utraciliśmy na zawsze.

Kiedy w kwietniu 1943 roku radio niemieckie ogłosiło światu wiadomość o odkryciu mogił katyńskich i potem zaczęło ogłaszać nazwiska identyfikowanych zwłok, nie mogłem już mieć wątpliwości, że pomordowani są właśnie tymi oficerami polskimi, którzy mieli wejść w skład naszej armii i których daremnie poszukiwaliśmy na terenie Związku Sowieckiego, o których odnalezienie i wydanie czyniliśmy wielokrotnie i daremne starania u najwyższych władz sowieckich, interweniując również w tej sprawie wielokrotnie osobiście u Stalina. Odkrycie Katynia musiałem uważać nie tylko za tragiczne i przeczucwane wyjaśnienie tajemnicy zaginięcia jeńców wojennych, ale również za rozstrzygnięcie tego wielokrotnie ponawianego wobec władz sowieckich pytania, na które nigdy przedtem nie otrzymałem odpowiedzi.

...Fakt pominięcia zbrodni katyńskiej w wyroku norymberskim posiada znaczenie niezmiernie doniosłe i musi sprowadzić daleko idące konsekwencje. Oznacza on bowiem, że sprawa postawienia przed sądem i ukarania sprawców tego mordu pozostaje otwarta. Oznacza, że zasady sprawiedliwości międzynarodowej, które ustalono po raz pierwszy w dziejach ludzkości w następstwie ostatniej wojny, a które znalazły wyraz w procesie norymberskim, nie zostały jeszcze urzeczywistnione w całej pełni i wymagają ponownego rozpatrzenia tej nieosądzonej winy.

Ofiary mordu katyńskiego, bezbronni jeńcy strzelani tysiącami przez swoich katów na krawędzi otwartych grobów, to byli nasi rodacy, towarzysze broni i koledzy, ojcowie rodzin, mężowie, bracia, synowie. Nie ma prawie Polaka, który by kogoś bliskiego w tych mogiłach nie utracił. Ujawnić tych morderców i domagać się dla nich kary to moralny obowiązek przede wszystkim nas Polaków...

Londyn w kwietniu 1948 roku

Generał broni Władysław Anders

(Wstęp do książki „Zbrodnia katyńska w świetle dokumentów”. Wyd. 1 – „GRYF”, Londyn, maj 1948)

OTOLARYNGOLOGDZY POLSCY

– OFIARY MORDU W OBOZACH SOWIECKICH W CZASIE II WOJNY ŚWIATOWEJ

dr Stanisław Zabłocki

Wśród 15 400 polskich żołnierzy internowanych w 1939 roku w trzech obozach na terenie Związku Radzieckiego (Kozielsk, Starobielsk i Ostaszów) było 8700 oficerów zawodowych i oficerów rezerwy, a w ich gronie 600 lekarzy wojskowych i cywilnych powołanych do służby, w tym wybitni profesorowie i specjaliści różnych dziedzin, także otolaryngolodzy. Blisko 4300 oficerów z obozu w Kozielsku, wśród nich jedenastu specjalistów otolaryngologów, zamordowało stalinowskie NKWD w Katyniu. Ten sam los co ofiary grobów katyńskich spotkał 4400 oficerów, w tym dziewięciu otolaryngologów, więzionych w obozie w Starobielsku, w brutalny sposób zamordowanych w Charkowie i jednego otolaryngologa z obozu w Ostaszowie zamordowanego w Miednoje. Otolaryngologia polska poniosła straty w liczbie 21 specjalistów.

KATYŃ

Ppor. rez. Berlinerblau Leopold

Ur. 22.XII.1901 r. w Warszawie, syn Szai Izaaka i Malki z d. Kirszenzweig. W Warszawie ukończył Szkołę Handlową Zgromadzenia Kupców w 1921 r. W 1919 r. służył przez 5 miesięcy w Wojsku Polskim. Studia lekarskie odbył na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie. Dyplom lekarza uzyskał 6.II.1929 r. i do sierpnia 1929 r. pracował jako hospitant w Klinice Otolaryngologicznej USB. Od 16.VIII.1929 do 10.VI.1930 r. odbył przeszkolenie wojskowe w Szkole Podchorążych Sanitarnych Rezerwy w Warszawie i w 9. Pułku Strzelców Konnych. W 1932 r. odbył 6-tygodniowe ćwiczenia wojskowe i został mianowany podporucznikiem rez. Od połowy czerwca 1930 r. pracował jako asystent Kliniki Otolaryngologicznej USB. W ramach pracy programowej Kliniki nad twardzielą był w 1930 r. wysłany przez kierownika Kliniki na teren powiatu nieświeskiego, gdzie wyszukiwał chorych i przeprowadzał odpowiednie badania i w 1932 r. ogłosił pracę: „Serologia, bakteriologia i symptomatologia twardzieli” (Pol. Gaz. Lek., 1932, 11, 571-676), nagrodzoną przez Radę Wydziału Lekarskiego USB. Władał językami niemieckim, francuskim, rosyjskim. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie niemiecko-polskiej. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli Armii Czerwonej. Przebywał w obozie jeńców w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 052/3, poz. 64 z 27.IV.1940, akta pers. nr 693. Został zamordowany w 39. roku życia w Katyniu. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tab. epitafijna nr 170.

Gołyński Bolesław

Ur. 14.XII.1892 r. w Kamieńcu Podolskim, syn Stanisława i Marii z d. Filipowicz i wnuk Aleksandra, po-

wstańca z 1831 r. Gimnazjum Humanistyczne ukończył w Kijowie w 1913 r. i w tym roku podjął studia lekarskie na Uniwersytecie Kijowskim. Absolutorium otrzymał 5.VI.1920 r. Od 20.VIII.1915 r. pełnił ochotniczą służbę w Rosyjskim Czerwonym Krzyżu, jako z-ca naczelnego lekarza pociągu sanitarnego nr 92, a od 1.I.1916 r. jako mł. asystent Szpitala Czerwonego Krzyża w Kijowie. 1.X.1916 r. został wcielony do armii rosyjskiej, tam na stanowisku mł. asystenta Oddziału Chirurgicznego Szpitala Wojskowego w Kamionce nad Dniestrem pracował do 1.I.1918 r. Dnia 23.VI.1920 r. wstąpił jako ochotnik do Wojska Polskiego i do 30.IX.1920 r. był ordynatorem Szpitala Wojskowego „Płoskirow”. Potem odbył kurs doszkalający w Szkole Aplikacyjnej dla Korpusu Oficerów Sanitarnych przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym w Warszawie i 16.XI.1920 r. objął w stopniu podporucznika stanowisko lekarza 1. Pułku Strzelców Konnych, z którym przebywał na froncie do połowy marca 1921 r. 26.VI.1921 r. został zatwierdzony na oficera zawodowego w stopniu porucznika i przeniesiony na stanowisko lekarza 1. Pułku Artylerii Polowej Legionów. Po roku przeszedł na stanowisko mł. lekarza 1. Pułku Piechoty Legionów w Wilnie, które zajmował do 17.XI.1929 r. Od 5.V. do 15.XI.1923 r. odbywał staż lekarski w III Szpitalu Okręgowym w Wilnie, po czym awansował na kapitana. 6.II.1926 r. zapisał się na Wydział Lekarski USB, gdzie 15.VI.1927 r. uzyskał dyplom doktora wszechnauk lekarskich. Od 15.X.1928 r. do 15.X.1931 r. pracował jako hospitant, a od 15.X.1931 r. do 15.X.1932 r. jako asystent tytularny Kliniki Otolaryngologicznej USB. Jednocześnie uczył się w charakterze asystenta wolontariusza na Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Wojskowego Obszaru Warownego Wilno, który ściśle współpracował z Kliniką. 18.XI.1929 r. przeszedł na stanowisko st. lekarza 4. Pułku Ułanów Zaniemeńskich. Od 4.IV.1931 r. do 30.IV.1932 r. odbywał kurs

specjalistyczny na Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Wojskowego OW Wilno. Od 2.V.1932 r. był starszym lekarzem 5. Pułku Piechoty Legionów. 3.IV.1934 r. ukończył specjalizację z otolaryngologii i 10.IV.1934 r. został mianowany starszym ordynatorem Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Wojskowego OW w Wilnie. W listopadzie 1935 r. ukończył 4-tygodniowy kurs ratownictwa i leczenia osób zagazowanych w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Warszawie. 1.I.1936 r. awansował na majora. Poza szpitalem pracował jako lekarz w Przychodni Szkolnej, a od 1931 r. jako kierownik Poradni Sportowo-Lekarskiej przy Ośrodku WF w Wilnie. Ogłosił trzy prace naukowe. Otrzymał odznaczenia: Medal za Udział w Wojnie 1918-1921, Medal Dziesięciolecia Odzyskania Niepodległości, Brązowy Medal Za Długoletnią Służbę i Złoty Krzyż Zasługi. Uprawiał narciarstwo, grał w tenisa, był zamiłowanym myśliwym, interesował się sztuką ludową. We wrześniu 1939 r. brał udział w działaniach wojennych jako komendant Szpitala Polowego, który formował w Sokółce. Został wzięty do niewoli Armii Czerwonej, prawdopodobnie z całą kadrą lekarską szpitala. Przebywał w obozie jeńców w Kozielsku, skąd w grudniu 1939 r. wysłał list do rodziny, do przyjaciół wysłał kartkę pocztową 4.III.1940 i telegram 3.IV.1940 r. Donosił, że pracował w obozowym szpitalu. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 051/1 z 5.V.1940 r., poz. 113, akta osobowe nr 132. Został zamordowany w Katyniu w wieku 48 lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 1028.

Jankowski Mieczysław Karol

Ur. 1.VI.1884 r. w Warszawie, syn Karola i Karoliny z d. Dzierżęckiej. Gimnazjum ukończył w Warszawie. Medycynę studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyplom lekarza uzyskał 25.XI.1910 r., a nostryfikację na Uniwersytecie św. Włodzimierza w Kijowie w 1911 r. W latach 1911-1914 pracował w Warszawie, w 1914-1915 – jako lekarz fabryczny w Sokołowie Podlaskim, w 1915-1916 był lekarzem kolejowym w Kowlu, w latach 1916-1918 – w Briańsku. W listopadzie 1918 r. powołany został w stopniu kapitana do Wojska Polskiego na stanowisko naczelnego lekarza 31. Pułku Piechoty. Po ukończeniu kursu higienistów wojskowych we Lwowie pełnił służbę na froncie jako naczelnik lekarz pułku piechoty, naczelnik lekarz odcinka frontu mazowieckiego, st. ordynator Szpitala Załogi we Włocławku, Białymstoku i Sosnowcu. W 1920 r. awansował do stopnia majora. W 1921 r. został przeniesiony na Oddział Wewnętrzny głównego Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, gdzie przez rok specjalizował się w chorobach wewnętrznych. Następnie był lekarzem kolejno w 13., 72., 36. i 28. Pułku Piechoty. 1.I.1927 r. został odkomenderowany na okres 12 miesięcy do Szpitala Szkolnego CW San. w celu specjalizacji w chorobach uszu, nosa i gardła, którą odbył na oddziale otolaryngologicznym pod kierunkiem płk. dr. Olgierda Pęskiego. Po skończeniu specjalizacji był kierownikiem gabinetu otolaryngologicz-

nego w Centralnej Przychodni Lekarskiej w Warszawie. W 1929 r. w stopniu majora przeniesiony został do rezerwy. Pracował w swojej specjalności w Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, przy ul. Mariańskiej 1 oraz w Lecznicy PCK. Od 2.II.1935 r. był z-cą członka Sądu Koleżeńskiego Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

We wrześniu 1939 r. został powołany do wojska na stanowisko komendanta szpitala polowego, z którym ewakuował się do Łucka. Dnia 17 września został wzięty do niewoli Armii Czerwonej. Przebywał w obozie jeńców w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 017/2, poz. 30 z kwietnia 1940 r., akta nr 3207. Zamordowany został w Katyniu w wieku 55 lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 1326.

Mjr zaw. Kokiński Wilhelm

Ur. 31.V.1889 r. w Międzyrzeczu, gub. lubelskiej. Gimnazjum ukończył egzaminem dojrzałości w Odessie w r. 1907 i tamże Wydział Lekarski Uniwersytetu Noworosyjskiego dyplomem lekarza w 1913 r. 30.VII.1914 r. został powołany do armii rosyjskiej i zajmował kolejno stanowiska: od 16.VIII.1914 r. – młodszego lekarza pociągu sanitarnego nr 24, od 16.XII.1914 r. – lekarza do zleceń Punktu Ewakuacyjnego w Wilnie, od 6.IV.1915 r. – lekarza do zleceń Punktu Ewakuacyjnego Czotowego nr 5, od 22.II.1917 r. – naczelnego lekarza 708. Pułku Piechoty i od 20.X.1917 r. – naczelnego lekarza Szpitala Dywizyjnego nr 1 101. Dywizji Piechoty. W kwietniu 1917 r. został delegowany przez żołnierzy Polaków 32. Korpusu na zjazd żołnierzy Polaków frontu południowo-zachodniego, który odbył się w Mińsku Litewskim. Nie mogąc dostać się do 1. Korpusu Polskiego gen. Józefa Dowbora-Muśnickiego, zgłosił swoje wstąpienie do Korpusu na piśmie we wrześniu 1917 r. i został mianowany lekarzem 10. Pułku Piechoty. 5.II.1918 r. porzucił służbę w armii rosyjskiej i 15.II.1918 r. wstąpił w Antoninach pod Płoskirowem do oddziału partyzanckiego rotm. Jaworskiego. W połowie kwietnia 1918 r. wyjechał do 1. Korpusu Polskiego i 20.IV.1918 r. otrzymał przydział do Głównego Szpitala w Bobrujsku, gdzie służył do czasu rozwiązania Korpusu w maju 1918 r. W styczniu 1919 r. przyjechał do kraju, 19.I.1919 r. wstąpił do Wojska Polskiego w stopniu kapitana i objął stanowisko naczelnego lekarza 7. Pułku Piechoty Legionów, z którym od 1.V. do 31.XII.1919 r. przebywał na froncie. Od 1.I.1920 r. był ordynatorem Szpitala Polowego nr 602, od 1.V.1920 r. – naczelnym lekarzem DOZ w Żytomierzu, od 18.VII.1920 r. – kierownikiem czołówki epidemicznej Szpitala NNK do zwalczania epidemii i od 25.II.1921 r. – starszym ordynatorem Szpitala Wojskowego w Modlinie. Od 21.I do 24.IV.1922 r. odbył kurs doszkalający w Szkole Aplikacyjnej dla Korpusu Oficerów Sanitarnych przy Wojskowym Instytucie Sanitarnym w Warszawie i otrzymał nominację na majora. 2.XI.1922 r. został skierowany do Oddziału Otolaryngologicznego Głównego Szpitala Wojskowego w Warszawie celem specjalizacji w otolaryngologii, którą odbył pod kierunkiem kpt./płk. dr. Olgierda Pęskiego i ukończył 30.XII.1923 r. 2.I.1924 r. objął stanowisko st.

ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu n. Bugiem. Na tym stanowisku pracował do przeniesienia w stan spoczynku 31.X.1935 r. w stopniu majora. W marcu 1939 r. został powołany do wojska na poprzednie stanowisko st. ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego 9. Szpitala Okręgowego w związku z przeniesieniem st. ordynatora oddziału kpt. dr. Edmunda Młodeckiego do służby w pułku podczas pierwszej mobilizacji 9 DOK. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego i Sekcji Sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej. Posiadał odznaczenia: Medal za Udział w Wojnie 1918-1921, Medal Dziesięciolecia Niepodległości i Złoty Krzyż Zasługi. 11.IX.1939 r. ewakuował się ze szpitalem do Tarnopola. Tam został wzięty do niewoli Armii Czerwonej. Przebywał w obozie jeńców w Kozielsku. Zamordowany został w Katyniu w wieku 50 lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 1624.

Por. zaw. Młodecki Edmund

Ur. 4.X.1903 r. w Jasle, gdzie ukończył gimnazjum. Studia lekarskie odbył na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. Dyplom lekarza uzyskał 1.VI.1929 r. Od 16.VIII.1929 r. do 15.IV.1930 r. odbywał służbę wojskową w Szkole Podchorążych Sanitarnych Rezerwy w Warszawie, a od 24.IV. do 15.IX.1930 r. – w 6. Szpitalu Okręgowym we Lwowie na stanowisku mł. ordynatora. W 1931 r. odbył jeszcze 6-tygodniowe ćwiczenia wojskowe w 6. Szpitalu Okręgowym. 12.IX.1934 r. wstąpił w stopniu podporucznika do czynnej służby w Wojsku Polskim i objął stanowisko lekarza 35. Pułku Piechoty w Brześciu n. Bugiem. 8.VII.1935 r. został przeniesiony na stanowisko lekarza 4. Batalionu Czołgów i Samochodów Pancernych, przemianowanego w październiku tego roku na 4. Baon Pancerny. Pełniąc służbę w oddziałach wojskowych, uczęszczał też na Oddział Otolaryngologiczny 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu i specjalizował się pod kierunkiem st. ordynatora mjr. Kokińskiego, a po jego przejściu w stan spoczynku, od 20.XI.1935 r. do 23.III.1936 r. pełnił obowiązki st. ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego tego szpitala, po czym został skierowany na roczną specjalizację na Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Szkolnego CWSan w Warszawie. 1.II.1937 r. objął stanowisko st. ordynatora Oddziału Laryngologicznego 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu nad Bugiem. 1.VI.1936 r. otrzymał mianowanie na oficera zawodowego w stopniu porucznika. W czasie pierwszej mobilizacji 9. DOK w marcu 1939 r. został przeniesiony na stanowisko lekarza pułku, z którym we wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie niemiecko-polskiej. Z frontu, gdzie jego pułk został rozбит, wrócił do 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu, z którym 11.IX.1939 r. ewakuował się do Tarnopola. Tam został wzięty do niewoli Armii Czerwonej. Przebywał w obozie jeńców w Kozielsku. Zamordowany został w Katyniu w 37. roku życia. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 2406.

Ppor. rez. Owczarek Aleksander

Ur. 7.VII.1897 r. w Warszawie, syn Marka (Mordki) i Teofili (Sury) z d. Orfinger. 8-klasową Szkołę Handlową Zgromadzenia Kupców w Warszawie ukończył w 1915 r. i w tymże roku podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Od stycznia 1917 r. należał do POW i ukończył 6-tygodniowy kurs wstępny Szkoły Podchorążych POW. W listopadzie 1918 r. brał udział w rozbrajaniu Niemców w Warszawie. 11.XI.1918 r. wstąpił do Wojska Polskiego, gdzie pełnił służbę w pociągu sanitarnym nr 46. 28.XI. tego roku zachorował na chorobę zakaźną, przebywał w szpitalu, a po wyleczeniu się – na urlopie zdrowotnym. 10.IV.1919 r. wrócił do służby wojskowej. Mając zaliczone 7 semestrów studiów lekarskich, pełnił w stopniu podchorążego obowiązki lekarza, kolejno: od 26. VI. tego roku – w adiutanturze Szefa Sanitarnego Garnizonu Warszawskiego, od 3.VIII. tego roku – w szpitalu przy Zakładzie Karnym nr 2 w Warszawie. 29.X.1919 r. został skierowany na kurs dla medyków wojskowych na Uniwersytecie Warszawskim, co mu pozwoliło na dokończenie IV roku studiów lekarskich i odbycie praktyki w klinikach chorób wewnętrznych i chirurgicznej. 7.III.1920 r. wrócił do służby i objął stanowisko lekarza III Baonu Wartowniczego w Kielcach, a od 1.VI. tego roku – baonu wartowniczego w Żytomierzu. W kwietniu 1920 r. awansował na podporucznika. 11.VIII.1920 r. został przeniesiony do 163. Pułku Piechoty, a 23.IX. tego roku – na stanowisko dowódcy kolumny dezynfekcyjnej nr 82. Służbę wojskową zakończył 21.XII.1920 r. Kontynuował studia na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie 9.XII.1922 r. uzyskał dyplom lekarza. Pracował na stanowisku asystenta Kliniki Otolaryngologicznej UW, specjalizując się u prof. F. Erbricha. Po uzyskaniu specjalizacji pracował jako otolaryngolog w Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Mariańskiej 1. Znał języki niemiecki, francuski i rosyjski. 27.III.1939 r. został powołany na 8-tygodniowe ćwiczenia wojskowe oficerów rezerwy i odbył je w 9 dapl (Trauguttowo). We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie niemiecko-polskiej. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli Armii Czerwonej. Był jeńcem obozu w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska do Smoleńska nr 035/3, poz. 55 z 16.IV.1940 r., teczka osob. nr 3969. Wywieziony do Katynia prawdopodobnie transportem XII (19.IV.) lub XIII (20.IV.) i tam zamordowany w 43. roku życia. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 2701.

Por. rez. Rajszyz Ryszard

Ur. 24.V.1901 r. w Wilnie, syn Bolesława i Eleonory z d. Jaworskiej. Jako gimnazjalista wstąpił ochotniczo do Wojska Polskiego i od 18.VIII.1919 r. do 13.III.1920 r. służył w 5. Pułku Piechoty Legionów. Z wojska został zwolniony celem ukończenia gimnazjum. Ponownie wstąpił do Wojska Polskiego i jako żołnierz 51. Pułku Strzelców Kresowych walczył na froncie. 21.VIII.1920 r. został ranny, leczony w szpitalu i 13.XI.1920 r. został zwolniony. W 1921 r. uzyskał świadectwo dojrzałości.

Początkowo zapisał się na Wydział Ffilozoficzny Uniwersytetu Poznańskiego. Następnie przeniósł się na Wydział Lekarski tego uniwersytetu. Po uzyskaniu 1.XI.1928 r. dyplomu lekarza specjalizował się w chorobach uszu, nosa i gardła w Klinice Otolaryngologicznej UP u prof. Alfreda Laskiewicza oraz pracował w Kasie Chorych jako lekarz obwodowy i w Pogotowiu Ratunkowym. W 1935 r. przeniósł się do Warszawy, gdzie otrzymał stanowisko otolaryngologa w Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Działdowskiej oraz stanowisko lekarza powiatu warszawskiego. W 1933 r. odbył w stopniu podporucznika miesięczne ćwiczenia wojskowe w 27. Pułku Piechoty, w 1934 odbył czterotygodniowy kurs doskonalenia oficerów rez. w CWSan. w Warszawie, w 1936 r. ukończył kurs chirurgii polowej w Instytucie Chirurgii Urazowej przy 1. Szpitalu Okręgowym w Warszawie. W 1937 r. awansował na porucznika rez. Był aktywnym członkiem Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i przez pewien okres członkiem sądu Koleżeńskiego. We wrześniu 1939 r. został zmobilizowany do Wojska Polskiego i jako lekarz szpitala polowego, formowanego w 2. Szpitalu Okręgowym w Chełmie, brał udział w działaniach wojennych. W drugiej połowie września w nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Został wywieziony do obozu w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 052-1, poz. 65 z 27.IV.1940 r. Zamordowany w lesie katyńskim w wieku 39 lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 3068.

Mjr rez. Rogoziński Jerzy

Ur. 22.VI.1884 r. w Warszawie, syn Józefa, lekarza i Teodory z d. Markowskiej. Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1902 r. w V Państwowym Gimnazjum Ekologicznym w Warszawie. Od piątej klasy gimnazjalnej brał czynny udział w tworzeniu patriotycznych kół uczniowskich. Studia medyczne rozpoczął w 1902 r. w Paryżu, następnie studiował na Wydziale Lekarskim Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W 1904 r. za udział w wiecach patriotycznych żądających polskiej szkoły został zawieszony w prawach studenta na trzy miesiące. Nie chcąc kontynuować studiów w języku rosyjskim, opuścił uniwersytet i po półrocznym pobycie na uniwersytecie w Paryżu dalsze studia odbył w ciągu trzech lat na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Dyplom lekarza uzyskał w 1908 r., nostryfikował go na Uniwersytecie w Dorpacie. Pracę zawodową rozpoczął w Szpitalu św. Rocha na Oddziale Chirurgicznym kierowanym przez Franciszka Kijewskiego, następnie pracował jako asystent tytularny na Oddziale Chorób Wewnętrznych i w ambulatorium chorób gardła, krtani i nosa w Szpitalu św. Ducha u Alfreda Sokołowskiego. W dniu wybuchu I wojny światowej został zmobilizowany w stopniu kapitana do armii rosyjskiej i przydzielony do Szpitala Ujazdowskiego. W 1915 r. uniknął ewakuacji do Rosji i pracował jako konsultant laryngolog w Szpitalu Czerwonego Krzyża. Od 1914 do 1918 r. należał do zarządu Grupy Pracy Narodowej, późniejszego Stronnictwa Pracy Narodowej, utrzymującej ścisły kontakt z przedstawicielami Legionów i POW. W

jego mieszkaniu miały miejsce liczne zebrania różnych grupowań politycznych, m.in. odbywały się bardzo poufne narady w sprawie aktu niepodległościowego ogłoszonego przez władze niemieckie w 1916 r. i zorganizowano delegację, która pod przewodnictwem rektora Uniwersytetu Warszawskiego Józefa Brudzińskiego udała się w tym celu do Berlina. W jego mieszkaniu miało też miejsce spotkanie Komendanta Józefa Piłsudskiego z twórcą Mitteleuropy Neumannem. 13.XII.1918 r. wstąpił jako ochotnik do Wojska Polskiego i otrzymał stanowisko asystenta Wojskowego Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Służbę wojskową pełnił w stopniu kapitana do 8.XI.1920 r. Dnia 9.IV.1919 r. został wydelegowany przez Ministerstwo Spraw Wojskowych do dyspozycji Urzędu Głównego do Spraw Jeńców, Uchodźców i Robotników, tzw. JUR, i z jego polecenia wyjechał do Rzymu w charakterze z-cy szefa Misji dla repatriacji jeńców przebywających w niewoli włoskiej. Od 1.VIII.1919 r. do stycznia 1921 r. pełnił obowiązki szefa tej misji. 1.VII.1920 r. wrócił do kraju, zgłosił się do wojska i był w czołówce sanitarnej na froncie południowo-wschodnim. W końcu lipca został odesłany przez Naczelne Dowództwo do dyspozycji w Warszawie, gdzie otrzymał przydział do Wojskowego Szpitala Ujazdowskiego. W maju 1922 r. przeniesiono go do kadry zapasowej sanitarnej. 10.III.1924 r. awansował do stopnia majora rez. Podczas pobytu w Rzymie zorganizował biuro dla repatriacji jeńców. Dzięki osobistym staraniom ułatwił powrót do Polski 42 000 jeńców, po pokonaniu licznych i skomplikowanych trudności technicznych i politycznych, polegających na pokonywaniu silnie rozwiniętej antypolskiej propagandy ze strony misji czechosłowackiej, organizacji ukraińskiej i rosyjskiej. Raporty z działalności przysyłał do Ministerstwa Spraw Zagranicznych i do kancelarii Józefa Piłsudskiego. Od 1921 r. pracował jako asystent, a od 1935 r. jako asystent tytularny Kliniki Otolaryngologicznej UW. W latach 1924-1927 był sekretarzem „Przeglądu Laryngo-otyatrycznego”, organu Warszawskiej Kliniki Otolaryngologicznej. Poza Kliniką pracował jako otolaryngolog Przychodni Warszawskiej DOKP do końca 1925 r., przychodni Banku Polskiego, dorywczu w lecznicy św. Józefa jako chirurg oraz praktykował prywatnie. Władał językami rosyjskim, francuskim, niemieckim i włoskim. Należał do Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, współredagował „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny”. W Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej był członkiem Rady Izby, a od 10.VI.1939 r. – rzecznikiem dyscyplinarnym. Prawdopodobnie był członkiem łóż wolnomularskich Polonia (1917) i Kopernik (1920) i brał czynny udział w tworzeniu Wielkiej Łoży Narodowej. Aktem z dnia 31.VII.1921 r. został odznaczony Orderem Oficera Korony Włoskiej za działalność na terenie Włoch. We wrześniu 1939 r. został zmobilizowany w stopniu majora do Wojska Polskiego z przydziałem do 1. Szpitala Okręgowego, z którym ewakuował się do Brześcia n. Bugiem, gdzie dostał się do niewoli sowieckiej. Wywieziony do obozu jenieckiego w Kozielsku. Z obozu wysłał list do żony (oryginał listu został zdeponowany przez córkę Marię w Muzeum Polskim w Rapperswilu

w Szwajcarii). Jest wpisany na listę transportową NKWD z Kozielska nr 029-1, poz. 95 z 13.IV.1940 r., akta osob. nr 4408. Został zamordowany w Katyniu w wieku 55 lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 3128. Symboliczny grób znajduje się na Cmentarzu na Powązkach.

Ppor. rez. Rozenfeld Izaak

Ur. 23.XI.1897 r. w Łodzi, syn Eliasza i Kajli z d. Torończyk. Nauki pobierał w Gimnazjum Filologicznym im. M. Witanowskiego i w Gimnazjum Filologicznym im. B. Brauna w Łodzi, które ukończył świadectwem dojrzałości w 1917 r. Następnie podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W 1919 r. wstąpił do Wojska Polskiego i otrzymał przydział do 1. Baonu Sanitarnego, potem został przeniesiony do Szpitala Polowego nr 206, z którym przebywał na froncie litewsko-białoruskim, a w lipcu 1920 r. do szpitala w Jabłonie pod Warszawą. W listopadzie 1920 r. awansował do stopnia podchorążego. W kwietniu 1921 r. został zwolniony z wojska. Stopień podporucznika otrzymał w 1925 r. W 1930 r. odbył ćwiczenia wojskowe w 1. Pułku Artylerii Polowej Legionów w Wilnie, a w 1937 r. przeszkolenie wojskowe w CWSan. w Warszawie. Od 1921 r. kontynuował studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie uzyskał tytuł lekarza 15.XII.1926 r. Specjalizował się w chorobach nosa, gardła i uszu w Warszawie, potem pracował w Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 17. We wrześniu 1939 r. został powołany do Wojska Polskiego i brał udział w wojnie niemiecko-polskiej. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jenieckim w Kozielsku. Jest wymieniony na liście jeńców wywiezionych z obozu nr 032-4, poz. 37 z 14.IV.1940 r. do Katynia i tam zamordowany. Miał wówczas 42 lata. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 3165.

Ppor. rez. Szmerner Szymon

Ur. 17.I.1902 r. w Warszawie, syn Szymona i Marii z d. Langman. W Warszawie ukończył Gimnazjum im. Rontalera w 1919 r. oraz odbył studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim, uzyskując dyplom lekarza w 1926 r. Przez kilka lat specjalizował się w otolaryngologii na Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Szkolnego CWSan. w Warszawie. Raz w tygodniu dojeżdżał do Mławy i Ciechanowa, gdzie pracował w Ubezpieczalni Społecznej. W domu prowadził praktykę prywatną. W sierpniu 1939 r. został powołany do Wojska Polskiego. Miał przydział wojenny do 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie. W nieznanych okolicznościach dostał się w drugiej połowie września do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jenieckim w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 036-1, poz. 54 z 16.IV.1940 r., akta osobowe nr 762. Zamordowany w Lesie Katyńskim w 38. roku życia. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna nr 3652.

Por. rez. Dyonizy Zuberbier

Ur. 5.X.1900 r. w Warszawie, syn Stanisława i Joanny z d. Sznage. W 1918 r. ukończył prywatne Gimnazjum Filologiczne im. Emiliana Konopczyńskiego w Warszawie i rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim. Rok akademicki 1918-1919 wykorzystał na leczenie w Zakopanem ciężkiego nieżyty oskrzeli połączonego z napadami astmy oskrzelowej. W maju 1919 r. został uznany przez Komisję Wojskowo-Lekarską nr 1 w Warszawie za niezdolnego do służby wojskowej. W roku akademickim 1919-1920 przesłuchał dwa semestry medycyny. W lipcu 1920 r. wstąpił do Wojska Polskiego jako ochotnik, nie poddając się komisijnemu badaniu lekarskiemu. Od 10. VII. 1920 r. przeszedł przeszkolenie rekruckie w akademickim obozie w Rembertowie, a od 25.VII.1920 r. dalsze przeszkolenie rekruckie i sanitarne w 1. Kompanii Zapasowej Sanitarnej w Modlinie. Od 16.VIII tego roku pełnił służbę w wojsku w stopniu szeregowego sanitariusza w Szpitalu Mokotowskim na Politechnice. 26.VIII.1920 r. został skierowany do 3. Kompanii Zapasowej Sanitarnej w Tuszewie pod Grudziądzem, gdzie ukończył kurs przeszkolenia podoficerów i 20.XI.1920 r. awansował na plutonowego sanitarnego. 5.XII.1920 r. został przeniesiony do 1. Kompanii Zapasowej Sanitarnej w Warszawie i przydzielony do Głównego Szpitala Wojskowego Ujazdowskiego, gdzie był kierownikiem kancelarii komendy szpitala i ukończył 6-tygodniowy kurs podchorążych oraz awansował 10.III.1921 r. do stopnia podchorążego sanitarnego. 20.IV.1921 r. został zwolniony z wojska. W 1929 r. odbył 6-tygodniowe ćwiczenia wojskowe w 15. Pułku Piechoty oraz podobne ćwiczenia w 1931 i 1932 r. i został mianowany podporucznikiem rez. Od 1921 r. kontynuował studia lekarskie na UW oraz pracował społecznie jako członek zarządu Koła Medyków UW. 22.XII.1925 r. uzyskał dyplom lekarza i podjął pracę jako hospitant w Klinice Otolaryngologicznej UW. Od 1.I.1928 r. pracował na stanowisku st. asystenta, a następnie adiunkta. W grudniu 1934 r. habilitował się na podstawie pracy pt. „O leczeniu raka krtani promieniami Roentgena” i uzyskał stopień naukowy docenta otolaryngologii. Wyszkolił wielu asystentów kliniki na dobrych specjalistów. Na kursach dokształcających dla lekarzy praktyków, organizowanych przez Wydział Lekarski UW, prowadził seminaria na temat badania i zabiegów otolaryngologicznych w poliklinice. Prowadził Klinikę w czasie częstych zachorowań prof. F. Erbricha, a po jego śmierci, od listopada 1938 do sierpnia 1939 r., pełnił obowiązki jej kierownika. Jednocześnie, od 1932 r. do wybuchu wojny w 1939 r. pracował jako konsultant otolaryngolog w Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Na urządzanych przez Instytut kursach dokształcających dla lekarzy prowadził wykłady na temat nowotworów złośliwych nosa, gardła, krtani i ucha. Był wykładowcą w Warszawskiej Szkole Pielęgniarskiej i w Szkole Pielęgniarek PCK. Od 1925 r. pracował również w lecznictwie akademickim UW. Trudnił się także prywatną praktyką. Ogłosił 19 prac

naukowych, które poświęcił leczeniu promieniami X nowotworów złośliwych górnych dróg oddechowych i pokarmowych, operacyjnemu leczeniu ozeny i powikłaniom usznopochodnym. Napisał monografię pt. „Nieżyt nosa, jego powikłania i leczenie”, Warszawa 1935; rozdział „Choroby nosa, gardła, krtani i ucha” w książce pt. „Diagnostyka i terapia dla lekarza praktyka”, Warszawa 1938; rozdział „Choroby uszu, nosa, gardła i krtani” w książce „Orzecznictwo lekarskie inwalidzkie w ubezpieczeniu społecznym”, Warszawa 1938. Opracował rozdział „Choroby nosa, gardła, krtani i uszu” w „Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego za 1925 i 1926 r.” Był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego i komitetu redakcyjnego „Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego”. Był wyznania rzymskokatolickiego. We wrześniu 1939 r. jako ochotnik zgłosił się do organizowanego Wojskowego Szpitala PCK i wyjechał z nim na tereny wschodnie Polski. Przed wyjazdem wyniósł rad z Instytutu Radowego i zabezpieczył go przed zarekwirowaniem przez Niemców. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Był więziony w Kozielsku. Jest wymieniony na liście transportowej NKWD z Kozielska nr 0323, poz. 57 z 14.IV.1940 r. Zamordowany w Katyniu w wieku 39. lat. Pochowany na Polskim Cmentarzu Wojennym w Katyniu, tabliczka epitafijna 4357.

CHARKÓW

Płk. zaw. Brzosko Roch

Ur. 15.VIII.1891 r. we wsi Brzoski Markowizna na Podlasiu, syn Józefa i Marceli z d. Kruszewskiej. Gimnazjum ukończył w Petersburgu z wynikiem celującym. W 1913 r. rozpoczął studia w Cesarskiej Wojskowej Akademii Lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył w 1918 r. w stopniu kapitana armii rosyjskiej, uzyskany na froncie podczas I wojny światowej. Służył w armii rosyjskiej zakończył 23.III.1918 r. i w kilka dni po tym został przyjęty w stopniu kapitana do I Korpusu Polskiego gen. J. Dowbora-Muśnickiego i przydzielony do Głównego Szpitala Korpusu na stanowisko asystenta. Po rozwiązaniu Korpusu w maju 1918 r. został zwolniony 17.VII.1918 r. ze służby w szpitalu z powodu jego likwidacji. Wrócił do kraju i 13.XII.1918 r. jako ochotnik wstąpił do Wojska Polskiego w stopniu kapitana. Otrzymał przydział do Dywizji Litewsko-Białoruskiej. W 1920 r. został przeniesiony na stanowisko naczelnego lekarza 5. Pułku Ułanów, z którym brał udział w bitwach na froncie bolszewickim. Po zakończeniu wojny polsko-sowieckiej rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgicznym Głównego Wojskowego Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie i specjalizował się pod kierunkiem płk. dr. Bolesława Szareckiego. Po kilku latach zmienił kierunek specjalizacji i przeszedł do pracy na oddział otolaryngologiczny, aby pod kierunkiem płk. dr. Olgierda Pęskiego specjalizować się w otolaryngologii. W 1924 r. awansował do stopnia majora. W latach 1927-1929 był kierownikiem Gabinetu Otolaryngologicznego Centralnej Przychodni Lekarskiej w

Warszawie, po czym wrócił do pracy na Oddział Otolaryngologiczny szpitala. 1.IV.1930 r. objął stanowisko kierownika Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Szkolnego CWSan, po przejściu w stan spoczynku dotychczasowego kierownika płk. dr. O. Pęskiego. W 1931 r. awansował na podpułkownika i w tym roku wyjechał do klinik zagranicznych w celu zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami w dziedzinie otolaryngologii. Przez trzy miesiące przebywał na sześciu oddziałach klinicznych w Paryżu i w trzech klinikach we Wiedniu. W 1932 r. odbył 2-miesięczny kurs doskonalenia oficerów sztabowych w Szkole Podchorążych Sanitarnych w Warszawie. W 1937 r. został mianowany pułkownikiem. Na oddziale liczącym 103 łóżka specjalizował lekarzy wojskowych, wolontariuszy i lekarzy cywilnych, prowadził zajęcia praktyczne dla studentów podchorążych. Ogłosił trzy artykuły naukowe. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, sekretarzem jego Zarządu Głównego w 1924 r. i członkiem Komisji Rewizyjnej w latach 1933-1934 i 1938-1939, członkiem komitetu redakcyjnego „Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego”, Sekcji Sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej i zarządu fundacji oficera lekarza, utworzonej w 1937 r. w celu przyznania nagród oficerom lekarzom oraz studentom podchorążym medycyny za najlepsze prace naukowe ze wszystkich dziedzin wiedzy lekarskiej. Uczestniczył w zjazdach otolaryngologów polskich i zjazdach naukowych oficerów służby zdrowia. Dnia 5.IX.1939 r. ewakuował się ze Szpitalem Szkolnym CWSan. na wschodnie tereny Polski. Pod Tarnopolem załoga głównej kolumny szpitala dostała się do niewoli sowieckiej. Znajdując się poza główną kolumną szpitala, uniknął niewoli. Przedostał się do Tarnopola i ukrywał się jako cywil. Na odezwę sowieckich władz zachęcającą oficerów WP do meldowania się w urzędach w celu uzyskania dokumentów umożliwiających powrót do domu zgłosił się do biura meldunkowego, został pojmany przez NKWD, osadzony w więzieniu i wywieziony do obozu jeńców w Starobiel-sku. Z obozu wysłał do rodziny cztery kartki pocztowe, ostatnia kartka datowana 18.III.1940 r. Wiosną 1940 r. został zamordowany w siedzibie NKWD w Charkowie. Miał wówczas 49 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piatichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 269. Symboliczny grób znajduje się na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach.

Ppor. rez. Chwat Saul

Ur. 9.VI.1910 r. w Łodzi, syn Mowszy i Assii. Gimnazjum ukończył w Łodzi w 1927 r. Studia odbył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Nancy i tam w 1933 r. uzyskał dyplom lekarza, który nostryfikował w 1936 r. na Uniwersytecie Warszawskim. Od 20.IX.1933 r. do 15.IX.1934 r. odbywał służbę wojskową w Szkole Podchorążych Sanitarnych Rezerwy i w 28. Pułku Strzelców Kaniowskich. W sierpniu 1937 r. w 4. Szpitalu Okręgowym w Łodzi odbył jeszcze 4-tygodniowe ćwiczenia wojskowe w stopniu podporucznika jako ordynator oddziału otiatrycznego. Potem pracował na stanowisku asystenta Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej im. Prezydenta RP

Ignacego Mościckiego w Łodzi. W 1939 r. ukończył specjalizację pod kierunkiem ordynatora oddziału Józefa Imicha. Władał językami: niemieckim, francuskim, rosyjskim, angielskim. We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie obronnej. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jeńców w Starobielsku. Wiosną 1940 r. zamordowany w siedzibie NKWD w Charkowie w wieku 30 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piatichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 389.

Ppor. rez. Gopenhajm Izaak

Ur. 20.VII.1910 r. w Białymstoku. Dyplom lekarza uzyskał w 1934 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Wilnie. Pracował jako asystent na Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Miejskiego św. Jakuba w Wilnie, specjalizując się pod kierunkiem ordynatora oddziału Samuela Lewandego. Ogłosił pięć prac naukowych. W 1939 r. w stopniu podporucznika brał udział w wojnie niemiecko-polskiej. Miał przydział wojskowy do 29. Pułku Piechoty. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jeńców w Starobielsku. W kwietniu 1940 r. wywieziony do siedziby NKWD w Charkowie i tam zamordowany. Zginął w wieku 30 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piatichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 833.

Por. rez. Haberko Adam

Ur. 23.XI.1905 r. w Giebułtach koło Krakowa, syn Jakuba i Izabeli z d. Chmielewskiej. Świadcstwo dojrzałości uzyskał w Gimnazjum im. H. Sienkiewicza w Krakowie. W latach 1925-1927 studiował na Wydziale Lekarskim USB w Wilnie, a od 1927 r. kontynuował studia na UJ w Krakowie, otrzymując w 1931 r. absolutorium. Od 7.XII.1931 r. do 10.VII.1932 r. był stażystą na Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala oo. Bonifratrów w Krakowie. Dyplom lekarza uzyskał 3.VI.1937 r. Od 17.VI. r. do 30.IX.1937 r. odbywał staż lekarski na oddziale chorób wewnętrznych, a od 1.X. do 31.XII.1937 r. na oddziale ginekologiczno-położniczym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej im. G. Narutowicza w Krakowie oraz od 2.I. do 30.III.1938 r. na oddziale chirurgicznym i od 31.III. do 30.VI.1938 r. na oddziale otolaryngologicznym oo. Bonifratrów w Krakowie. W dniach 20.V.-15.VI.1938 r. odbył przeszkolenie wojskowe w Szkole Podchorążych Sanitarnych Rezerwy w Warszawie. 1.I.1939 r. konwent oo. Bonifratrów mianował go drugim asystentem Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala oo. Bonifratrów, kierowanego przez Eugeniusza Klase-Brudnickiego. 10.VIII.1939 r. został powołany w stopniu porucznika do Wojska Polskiego z przydziałem do 5. Baonu Telegraficznego formowanego w Skoczowie i brał udział w wojnie obronnej. W drugiej połowie września dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jeńców w Starobielsku, skąd wysłał do żony dwie kartki pocztowe. Wymieniony na liście NKWD oficerów wywożonych z obozu, poz. 3541. Zamordowany w 35. roku życia w siedzibie NKWD w Charkowie. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Pietichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna 922.

Mjr rez. Karbowski Berek Bronisław

Ur. 24.X.1884 r. w Łomży, syn Lejby i Elstery z d. Fridberg. Gimnazjum Filologiczne ukończył w 1904 r. w Łomży. Studia lekarskie odbył na uniwersytetach w Berlinie, Zurychu i Monachium. W 1909 r. uzyskał dyplom lekarza *cum eximia laude*, a 21.I.1910 r. stopień dr. med. na podstawie pracy pt. „Beiträge zur Kasuistik der Stirnhöhlenerkrankungen mit intrakraniellen Komplikationen”. Specjalizował się w otolaryngologii w klinikach uniwersyteckich w Monachium i Wiedniu. W 1911 r. nostryfikował dyplom lekarza na uniwersytecie w Kazaniu, zamieszkał w Warszawie i praktykował prywatnie. W sierpniu 1914 r. został powołany do armii rosyjskiej na stanowisko mł. lekarza 70. Riazańskiego Pułku Piechoty. Od maja 1915 r. do sierpnia 1916 r. był szefem Działu Sanitarnego IV Obozu Batalionowego, a od listopada 1916 r. do marca 1918 r. lekarzem przy 102. Punkcie Ewakuacyjnym i st. ordynatorem oddziału otolaryngologicznego 303. Szpitala Polowego. Od 1.III.1919 r. służył w Wojsku Polskim w stopniu kapitana, początkowo jako lekarz zapasowy Wojskowego Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie. Od 25.III.1919 r. był st. lekarzem 2. Pułku Strzelców Pieszych gen. J. Hallera, brał udział w bitwach pod Klewaniem, Równem, Łuckiem, Szepietówką. Wyodróżniony rozkazem dowódcy pułku za odwagę, dzielność i poświęcenie w bitwach pod Klewaniem i Równem, gdzie w pierwszej linii frontu udzielał pomocy rannym pod ogniem artylerii nieprzyjacielskiej. Od 1.II. do 15.XII.1920 r. był komendantem 207. Szpitala Polowego II Brygady Jazdy. W 1921 r. został zwolniony z wojska. 10.III.1924 r. awansował na majora rez. Po demobilizacji pracował w Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie, w prywatnym Zakładzie Chirurgicznym Pawła Goldsteina, a naukowo w pracowni neurologiczno-biologicznej przy Instytucie Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego, gdzie wykonywał prace doświadczalne z dziedziny otoneurologii. 24.XI.1933 r. został powołany z konkursu na stanowisko ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Starozakonnnych na Czystem w Warszawie. Był znakomitym operatorem; pierwszy w Polsce operował uszy przez przewód słuchowy zewnętrzny. Zakładał rad do zatok klinowych w przypadkach guzów przysadki. Był jednym z pierwszych w kraju, którzy zajmowali się zespołem uszno-jelitowym. Pierwszy w kraju stosował plombę lipidową w leczeniu ropni mózgu i mózdzku. Przez 30 lat pracy lekarskiej rozwijał szeroką działalność naukową w różnych dziedzinach otolaryngologii, głównie w otoneurologii. Ogłosił 50 prac doświadczalnych i klinicznych. Szczególnie interesował się zagadnieniem połączenia przestrzeni podpajęczynówkowej z uchem wewnętrznym i środkowym i temu problemowi poświęcił wiele prac doświadczalnych. Czynnikiem uczestniczył we wszystkich zjazdach otolaryngologów polskich, na których wygłosił 16 referatów. W 1928 r. wziął czynny udział w I Międzynarodowym Kongresie Otolaryngologów w Kopenhadze. Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Warszawskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego i Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, Towarzystwa Naukowego

Warszawskiego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Medycyny Społecznej, Związku Lekarzy PP, członkiem korespondentem Czechosłowackiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. W Polskim Towarzystwie Otolaryngologicznym był sekretarzem w latach 1923, 1925 i 1926 oraz wiceprezesem w latach 1935-1936. Wchodził w skład komitetu redakcyjnego „Przeglądu Oto-laryngologicznego”. W czasie I wojny światowej został odznaczony Krzyżem św. Stanisława z Mieczami i Wstęgą III klasy oraz Krzyżem św. Anny z Mieczami i Wstęgą III klasy. W sierpniu 1939 r. został powołany do Wojska Polskiego w stopniu majora. We wrześniu wyruszył na front ze szpitalem polowym zorganizowanym w Warszawie. W nieznanych okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Początkowo był internowany w Szepietowie, następnie wywieziony do obozu jeńców w Starobielsku, skąd wysłał do rodziny kartki pocztowe w lutym i marcu 1940 r. Jest wymieniony pod poz. 1462 na liście NKWD jeńców wywożonych ze Starobielska. Wiosną 1940 r. zamordowany w siedzibie NKWD w Charkowie w wieku 56 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piąchatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 1245.

Kpt. rez. Nodzyński Tadeusz

Ur. 3.I.1898 r. w Bochni, syn Bolesława, lekarza, i Józefy z d. Dąbrowskiej. Gimnazjum państwowe ukończył w Bochni. 13.VI.1916 r. uzyskał świadectwo dojrzałości i 6.X. tego roku rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie Jagiellońskim. 16.XII.1916 r. został wcielony do armii austriackiej. Pełnił służbę w 57. Pułku Piechoty do 13.X.1918 r. W marcu 1918 r. zachorował i leczył się w Krynicy, tam wstąpił do POW (ps. „Nor”). W październiku 1918 r. wrócił do pułku. 1.XI.1918 r. jako ochotnik wstąpił do Wojska Polskiego i pełnił służbę w 2. Krakowskim Pułku Artylerii. Brał udział w bojach o Lwów i Przemyśl. 18.XI.1920 r. zwolnił się z wojska i kontynuował studia lekarskie na Uniwersytecie Jagiellońskim. Studia ukończył 26.III.1925 r. Dyplom lekarza uzyskał 26.VI.1926 r. Od 6.IX.1926 r. do 30.IX.1927 r. odbywał staż lekarski w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie i 1.X.1927 r. podjął pracę jako lekarz adjutowany w Klinice Otolaryngologicznej UJ u prof. Aleksandra Baurowicza. Od 1.IV.1928 r. zajmował etat asystenta a od 1.IV.1929 r. etat starszego asystenta. W 1929 r. awansował na podporucznika, a w 1938 r. na kapitana. Podczas pracy w Klinice zaprzyjaźnił się z Janem Miodońskim, późniejszym profesorem i kierownikiem Kliniki Otolaryngologii UJ. W 1935 r. objął stanowisko ordynatora otwartego Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej im. G. Narutowicza w Krakowie. Miał zwyczaj codziennego wizytowania chorych również wieczorami. W końcu sierpnia 1939 r. został powołany w stopniu kapitana do Wojska Polskiego na stanowisko komendanta szpitala polowego w Przemyślu. Po rozwiązaniu szpitala w połowie września wyruszył na wschód, poszukując swej rodziny, która tam przebywała. Został zatrzymany przez Armię Czerwoną i internowany w Tarnopolu, gdzie był

jeńcem na wolnej stopie i miał obowiązek codziennego meldowania się w NKWD. Miał szansę ucieczki, która udała się jego kolegom i do której namawiała go przybyła tam żona, lecz z niej zrezygnował. W listopadzie został wywieziony do obozu w Starobielsku, miał numer jeńca 2394. Do rodziny wysłał telegram i dwie kartki pocztowe, ostatnia z datą 8.III.1940 r. W kwietniu 1940 r. został wywieziony do siedziby NKWD w Charkowie i tam zamordowany w wieku 42 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piąchatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 2177.

Por. rez. Pietrykowski Wincenty

Ur. 28.III.1896 r. w Gorzycach, pow. Żniński, syn Franciszka i Anastazji z d. Stefańskiej. Gimnazjum ukończył w Nakle w 1917 r. Należał do tajnego Towarzystwa Tomasza Zana, któremu przewodniczył w ostatnich latach gimnazjalnych. W 1918 r. rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie Wrocławskim. W grudniu 1918 r. przerwał studia, wstąpił jako ochotnik do powstańczych oddziałów wojskowych i brał czynny udział w Powstaniu Wielkopolskim. Na początku 1921 r. zwolnił się z wojska w stopniu podporucznika i kontynuował studia lekarskie na Uniwersytecie w Poznaniu, gdzie 29.XI.1924 r. uzyskał dyplom lekarza. Specjalizował się w otolaryngologii na Oddziale Otiatrycznym Lecznicy Spółki Brackiej w Katowicach. 1.VIII.1927 r. objął stanowisko ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego Lecznicy Spółki Brackiej w Rybniku. Był prezesem PCK w Rybniku, gdzie wybudował Dom PCK w 1937 r. Był członkiem Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku i jego sekretarzem w latach 1927-1928. Dnia 8.IX.1939 r. został powołany do Wojska Polskiego i przydzielony do Szpitala Polowego nr 504. W Tarnopolu 17.IX.1939 r. został wzięty do niewoli sowieckiej i wywieziony do obozu jeńców w Starobielsku. Z obozu wysłał do żony trzy kartki pocztowe i telegram w marcu 1940. Wymieniony jest na liście NKWD oficerów wywiezionych ze Starobielska, poz. 2524. Został zamordowany w 42. roku życia w Siedzibie NKWD w Charkowie. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piąchatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 2412.

Kpt. zaw. Sikorski Marian

Ur. 16.VII.1896 r. w Siedlcach, syn Franciszka i Aleksandry z d. Jakubowskiej. Męskie Gimnazjum Podlaskie im. Tadeusza Radlińskiego w Siedlcach ukończył w czerwcu 1914 r. W 1915 r. podjął studia lekarskie na Uniwersytecie Noworosyjskim w Odessie. Po ukończeniu III roku studiów wrócił do kraju. 12.XI.1918 r. wstąpił ochotniczo do Wojska Polskiego. Służył w 36. Pułku Piechoty Legii Akademickiej. W 1919 r. przebył dur plamisty i został zwolniony z wojska. 10.VII.1920 r. ponownie wstąpił jako ochotnik do Wojska Polskiego, został mianowany ochotniczym podporucznikiem pod lekarzem i służył w 1. Kompanii Sanitarnej Zapasowej 5. Armii w Modlinie, a od 1.VIII.1920 r. w 6. Batalionie Kolejowym 5. Armii. 23.II.1922 r. został odkomenderowany na Uniwersytet Warszawski celem ukończenia studiów lekarskich. 4.XI.1922 r. otrzymał absolutorium, a 30.VI.1923 r. uzyskał dyplom

lekarza. 25.IX.1923 r. objął stanowisko lekarza 8. Dyonu Taborów. 17.XI.1923 r. otrzymał mianowanie na oficera zawodowego w stopniu porucznika. 23.XII.1925 r. przeszedł na stanowisko lekarza 8. Dyonu Samochodowego, 17.III.1927 r. na stanowisko lekarza 15. Baonu KOP, a w grudniu 1927 r. na stanowisko lekarza 17. Baonu KOP w Dawidgródku. 1.I.1931 r. awansował na kapitana. W 1932 r. został skierowany do Szpitala Szkolnego CWSan. w Warszawie celem specjalizacji w dziedzinie otolaryngologii, którą ukończył 1.IV.1934 r., po czym objął stanowisko st. ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego 4. Szpitala Okręgowego w Łodzi. Oddział prowadził na należyłym poziomie. We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie obronnej. W nieznanymi okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jeńców w Starobielsku. Wiosną 1940 r. został wywieziony do siedziby NKWD w Charkowie i tam zamordowany w wieku 44 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piatichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 2826.

Mjr rez. Wieleński Bolesław

Ur. 16.I.1889 r. w Poznaniu, syn Andrzeja i Józefy z d. Nakulskiej. W Poznaniu ukończył Gimnazjum Humanistyczne im. św. Marii Magdaleny. Należał do tajnego Towarzystwa Tomasza Zana. Studia lekarskie odbył na uniwersytetach w Lipsku, Berlinie, Giessen i Wrocławiu, gdzie w 1919 r. uzyskał dyplom lekarza. Podczas I wojny światowej służył w armii niemieckiej. Od 14.VIII.1914 r. był podlekarzem w szpitalu fortecznym II, od 8.II.1915 r. w szpitalu fortecznym XII w Poznaniu. Od 22.XI.1915 r. odbywał przeszkolenie wojskowe i 22.I.1916 r. został skierowany na front francuski, gdzie pracował jako lekarz w szpitalach wojskowych. Od maja 1918 r. pracował w szpitalu rezerwowym, a od 1.IV.1918 r. w szpitalu dla jeńców w Darmstadtzie, a od 15.IX.1918 r. w szpitalu garnizonowym we Wrocławiu. 30.IX. zakończył służbę w armii niemieckiej. Specjalizował się w chorobach nosa, gardła, krtani i płuc we Frankfurcie n. Menem i Wrocławiu. 6.XI.1919 r. wstąpił ochotniczo w stopniu podporucznika do Wojska Polskiego. Pracował w Szpitalu Wojskowym w Gnieźnie, a od 15.XII.1919 r. w Głównym Szpitalu Wojskowym w Poznaniu. Od 1.IV.1920 r. był w stopniu kapitana lekarzem 7. PAC, a od 15.XII.1921 r. lekarzem Zakładu Leczniczko-Szkolnego dla Inwalidów Wojennych. 24.V.1922 r. zwolnił się z wojska. Do września 1939 r. pracował jako laryngolog i lekarz chorób płuc na stanowisku ordynatora Oddziału Laryngologiczno-Płucnego Zakładu św. Elżbiety w Poznaniu i w Ubezpieczalni Społecznej. Od 1.X.1937 r. był lekarzem administracyjnym ZUS. Był czynnym działaczem w wielu instytucjach lekarskich. Od 1.XI.1926 r. był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, członkiem Wydziału Wykonawczego Zarządu Okręgu Wielkopolskiego Związku Lekarzy Polskich, sekretarzem Związku Lekarzy Polski Zachodniej (1924-1925), od 1928 r. wieloletnim sekretarzem Zarządu Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej, członkiem zarządu i sekretarzem generalnym Izby

Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej kadencji 1935-1939, członkiem zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie i Komisji Rewizyjnej Związku Lekarzy PP. We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie obronnej. W nieznanymi okolicznościach dostał się do niewoli sowieckiej. Przebywał w obozie jeńców w Starobielsku, z którego wysłał do żony kartkę pocztową. Wiosną 1940 r. został wywieziony z obozu do siedziby NKWD w Charkowie i tam zamordowany w wieku 51 lat. Pochowany na Cmentarzu Ofiar Totalitaryzmu w Piatichatkach-Charkowie, tabliczka epitafijna nr 3448.

MIEDNOJE

Ppor. rez. Karwowski Stanisław

Ur. 9.XII.1906 r. w Poznaniu, syn Adama, dermatologa, profesora Uniwersytetu Poznańskiego, i Anny z d. Łebińskiej. W Poznaniu w 1925 r. ukończył Gimnazjum im. św. Jana Kantego i 15.XII.1931 r. Wydział Lekarski UP. Dyplom lekarza uzyskał w 1932 r. Po ukończeniu IX trymestru studiów wziął urlop i od sierpnia 1928 r. do października 1929 r. odbył obowiązkową służbę wojskową. W 1932 r. odbył staż lekarski na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Poznaniu. Pracę zawodową rozpoczął 1.VI.1932 r. na stanowisku asystenta Kliniki Otolaryngologicznej UP. Od 10.VIII do 20.IX.1932 r. odbywał ćwiczenia wojskowe, po czym otrzymał stopień podporucznika. Od 15.II do 1.X.1933 r. odbywał staże lekarskie na oddziale ginekologicznym i chirurgicznym VII Szpitala Okręgowego w Poznaniu. W styczniu 1934 r. wyjechał do Pragi Czeskiej, gdzie pracował jako asystent w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu Karola. W 1934 r. uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie pracy napisanej w języku czeskim pt. „Przyczynek do zmian drobnowidowych w uchu wewnętrznym przy ostrej białaczkę”. Latem 1935 r. wrócił do Poznania, gdzie pracował jako otolaryngolog w Szpitalu Miejskim. W 1938 r. odbył 6-tygodniowy kurs dokształcający w Klinice Otolaryngologicznej prof. P. Portmanna w Bordeaux we Francji. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. We wrześniu 1939 r. brał udział w wojnie niemiecko-polskiej jako lekarz szpitala polowego i został wzięty z załogą szpitala do niewoli sowieckiej w Białowieży. Przebywał w obozie jeńców w Ostaszku. Wiosną 1940 r. został zamordowany przez NKWD w Miednoje w wieku 34 lat i tam pochowany. Tabliczka epitafijna nr 2019.

Cześć ich pamięci!

dr Stanisław Zabłocki

Źródła – u autora

Adres: Al. Wojska Polskiego 12 m 3, 82-300 Elbląg

POSŁOWIE

Wojska sowieckie wkroczyły na teren Polski rankiem 17 września 1939 roku. Stało się to w chwili, gdy kampania polsko-niemiecka była w pełnym toku, a 25 polskich dywizji trwało w walce z niemieckim najeźdźcą. Uderzenie to nastąpiło w przededniu terminu, w którym według wojskowego układu polsko-francuskiego miała się rozpocząć ofensywa francuska na zachodzie. Jeden z głównych kierunków ofensywy sowieckiej odcinał armii polskiej dostęp do granic przyjaznych państw ościennych – Węgier i Rumunii, co uniemożliwiało wyprowadzenie z kraju możliwie największej liczby żołnierzy do dalszej przewidywanej akcji wojennej przeciwko Niemcom.

Według przytoczonych w roku 1939 przez źródła sowieckie cyfr ogólna liczba jeńców polskich zagarniętych przez Armię Czerwoną we wrześniu 1939 roku wynosiła około 250 000 ludzi, w tym 12 generałów i około 14 500 oficerów. Ulokowano ich w trzech zasadniczych obozach: Kozielsku – około 5000 więźniów, Starobielsku – około 4000 więźniów i Ostaszkowie – około 6500 więźniów. W Kozielsku i Starobielsku internowano co najmniej 750 lekarzy, w tym wielu profesorów medycyny (co najmniej pięćdziesięciu) i wybitnych specjalistów. Pośród nich znajdowali się między innymi neurologowie profesorowie Pieńkowski, Marian Zieliński oraz Godłowski – neuropatolog, dr Stefanowski – lekarz przyboczny Marszałka Piłsudskiego, prof. Jan Nelken i dr Wroczyński – uprzednio wiceminister zdrowia. Znaleźli się tam także znani warszawscy chirurdzy doktorzy Kołodziejcki i Levitoux. Oblicza się, że około 14 500 polskich jeńców wojennych w stopniu oficera (zawodowego lub rezerwy) przepadło bez śladu, pozostało przy życiu jedynie 400 oficerów wyselekcjonowanych wedle nieznanych kryteriów. Około 3% więźniów pozostało przy życiu, 97% zaginęło. Pośród ofiar tej masakry było 21 otolaryngologów. Zwraca uwagę fakt, że wszystkie ofiary zgładzono w wieku pełnej gotowości do pracy w powojennej Polsce.

Władze Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych, mimo dysponowania pełną wiedzą na temat zbrodni dokonanej na jeńcach polskich, ze względu na własne cele polityczne nie popierały władz Rzeczypospolitej na uchodźstwie w dochodzeniu prawdy. Dopiero w okresie „zimnej wojny” Senat Stanów Zjednoczonych (1950–1952) powołał specjalną komisję, której śledztwo potwierdziło oficjalnie odpowiedzialność władz ZSRR za tę zbrodnię. Władze PRL do roku 1956 publicznie akceptowały sowiecką wersję wydarzeń. Później, nie zajmując oficjalnego stanowiska, wszelkie próby podejmowania sprawy zbrodni w Katyniu uznawały jednak za działanie antypaństwowe. Na uchodźstwie podjęto zadanie szczegółowego wyjaśnienia mordu, ustalenia listy ofiar i losu więźniów w obozach jenieckich (Kozielsk, Ostaszków i Starobielsk). Załamanie systemu komunistycznego w Polsce i ZSRR pozwoliło na pełne wyjaśnienie zbrodni. W kwietniu 1990 roku rząd ZSRR oficjalnie potwierdził odpowiedzialność NKWD za śmierć kilkunastu tysięcy oficerów Wojska Polskiego i Policji Państwowej oraz urzędników państwowych II Rzeczypospolitej zamordowanych w Katyniu, Charkowie i Twerze. W listopadzie roku 1990 Naczelną Prokuraturę Wojskową ZSRR rozpoczęła śledztwo, w którym uczestniczyli przedstawiciele Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej. W październiku 1992 roku prezydent Rosji przekazał prezydentowi RP dokumenty, między innymi kopię decyzji Biura Politycznego Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego nakazującej mord. Dokumenty te ostatecznie potwierdziły odpowiedzialność najwyższych władz ZSRR za zbrodnię i jej ukrywanie. W roku 2004 Instytut Pamięci Narodowej podjął decyzję o wszczęciu śledztwa dotyczącego zbrodni ludobójstwa popełnionej przez ZSRR na polskich jeńcach wojennych.

prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

Warszawa, kwiecień 2005



foto: Jacek Merc

Krzyż Katyński na Cmentarzu Wojskowym na warszawskich Powązkach

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE JAM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH ZASADY KLASYFIKACJI I TERAPII

dr hab. med. Stanisław Bien

SINONASAL MALIGNANCY – THE PRINCIPLES OF CLASSIFICATION AND THERAPY

The classification and therapy of malignant tumors of nasal cavity and paranasal sinuses are the most difficult problems in head and neck oncology. The tumors are relatively rare, the symptomatology in early stages is usually unspecific, there is huge diversity of histopathology typing of tumors in this region, and therapeutic strategies are complex, and requiring multidisciplinary approach. However, the improvement of treatment results in last decades is not spectacular, but significant.

(Mag. ORL, 2005, IV, 2, 55–60)

Key words: malignant tumors of nasal cavity and paranasal sinuses, epidemiology, classification, treatment principles

PRACA RECENZOWANA

Kierownik Działu Otolaryngologii
Chirurgii Głowy i Szyi
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Profesor w Instytucie Kształcenia Medycznego
Akademii Świętokrzyskiej
im. J. Kochanowskiego w Kielcach

Zarówno ustalenie rozpoznania, jak i sam proces leczenia nowotworów złośliwych jam nosa i zatok przynosowych (*sinonasal malignancies* – **SNM**) należą do najtrudniejszych problemów w onkologii głowy i szyi. Jak żadna inna, ta grupa nowotworów wymaga ścisłej współpracy specjalistów wielu dziedzin zarówno na etapie diagnostyki (specjaliści diagnostyki obrazowej, medycyny nuklearnej, patologii), jak i w procesie terapii (chirurdzy głowy i szyi, chirurdzy szczękowi, neurochirurdzy, radioterapeuci i chemioterapeuci, chirurdzy plastyczni, protetycy czy wreszcie specjaliści medycyny paliatywnej). Są to guzy relatywnie rzadkie, zlokalizowane w rejonie anatomicznym o bardzo skomplikowanej budowie, często przez długi czas objawowo nieme bądź przebiegające pod maską stanów zapalnych – dominujących w tym regionie. Guzy te sąsiadują ze strukturami na tyle ważnymi życiowo, że w wielu wypadkach postulat radykalnej resekcji onkologicznej jest bądź trudny do osiągnięcia, bądź pociąga za sobą kalectwo funkcjonalne i zewnętrzne oszpecenie, trudne do zaakceptowania przez chorego. Mimo prób określenia standardów terapeutycznych, leczenie guzów jam nosa i zatok przynosowych jest w znacznym stopniu leczeniem indywidualnym. Bardzo ważnym elementem u ponad połowy chorych ze złośliwymi nowotworami jam nosa i zatok przynosowych jest prawidłowo prowadzona terapia paliatywna nie tylko w przypadku niepowodzeń leczenia, ale często od chwili ustalenia rozpoznania jako jedyna możliwość terapeutyczna. W tej grupie nowotworów trudno oczekiwać spektakularnego przełomu w uzyskiwanych efektach leczenia. Tym niemniej w ostatnim okresie 20–30 lat zanotowano stopniowy postęp wyników terapii, mierzony nie tylko wskaźnikami przeżycia, ale również wskaźnikami jakości życia (Quality of Life – QL) leczonych przez nas chorych (Götte i Hörmann 2004). Czynnikiem jakości życia z uwagi na krańcowe często kalectwo funkcjonalne czy oszpecenie

związane z radykalną resekcją SNM sprawia, że element ten, w ocenie samych chorych, decyduje często o wyborze opcji terapeutycznej i powinniśmy to uszanować.

Cechy określające grupę nowotworów złośliwych jam nosa i zatok przynosowych

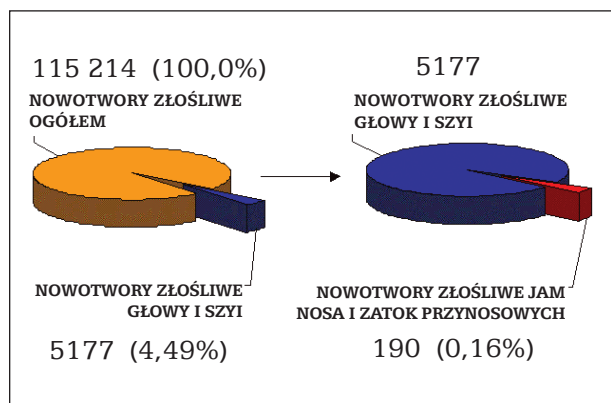
- guzy rzadko występujące
- guzy o bardzo zróżnicowanej patologii
- lokalizacja w rejonie o złożonej budowie anatomicznej
- guzy o niecharakterystycznej, skąpej symptomatologii
- terapia związana z oszczędzeniem zewnętrznym i kalectwem funkcjonalnym

Ponieważ niemal wszystkie przypadki SNM wymagają skojarzonej terapii i skomplikowanych działań rekonstrukcyjno-rehabilitacyjnych, należy przyjąć jako zasadę, że:

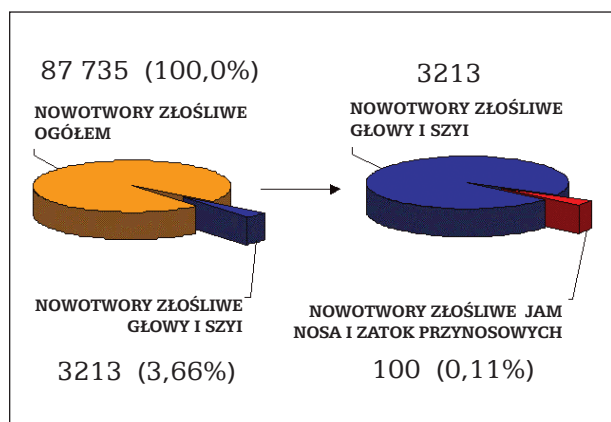
Nowotwory jam nosa i zatok przynosowych powinny być diagnozowane i leczone w ośrodkach dysponujących wszystkimi elementami koniecznymi do właściwej diagnostyki, skojarzonej terapii i pełnej rehabilitacji.

Epidemiologia i uwarunkowania etiologiczne

Według aktualnych danych epidemiologicznych dotyczących chorób nowotworowych w Polsce (udostępnionych przez Krajowy Rejestr Nowotworów) (<http://148.81.190.231/coi.>) w 2002 roku zarejestrowano ogółem 115 214 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. W tej liczbie 5177 (4,49%) stanowiły nowotwory głowy i szyi (C.00–C.12 i C.30–C.32, wg ICD-10). Zarejestrowane w 2002 roku zachorowania na nowotwory złośliwe jam nosa i zatok przynosowych to w skali całej Polski zaledwie 190 przypadków (0,16%). Ilustracją tych proporcji jest **rycina 1**. Analogiczne są dane liczbowe dotyczące zgonów na nowotwory złośliwe, co ilustruje **rycina 2**. W SNM stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 2:1, a szczyt zachorowań przypada na 6. i 7. dekadę życia. Proporcja zachorowań do umieralności wskazuje pośrednio, że w Polsce ponad 60% chorych na nowotwory jam nosa i zatok przynosowych umiera z powodu swojej choroby.



Ryc. 1. Zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 r.



Ryc. 2. Zgony z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w 2002 r.

Częstość zachorowań na SNM w Polsce nie odbiega znacząco od notowanej w większości krajów świata (mniej niż 1/100 000 ludności) (Parkin i in. 2002), ale w większości krajów rozwiniętych wyleczalność w tej grupie nowotworów oscyluje wokół 50% (Watkinson i in. 2000, AJCC Cancer Staging 2002, Götte i Hörmann 2004). Uznane czynniki ryzyka środowiskowego czy zawodowego mogą być odpowiedzialne za zwiększoną zapadalność na tę grupę nowotworów w określonych, mniejszych grupach populacyjnych.

Jeśli z analizy złośliwych nowotworów jam nosa i zatok przynosowych wyłączymy nowotwory przedsionka nosa (zaliczane do nowotworów skóry twarzy), to okaże się, że w SNM 50–70% guzów pierwotnych zlokalizowane jest w zatoce szczękowej, 15–30% w jamie nosa i 10–20% w błędniku sitowym (Miller i in. 1996). Pamiętać przy tym należy, że w części zaawansowanych przypadków nie udaje się ustalić od początku punktu wyjścia procesu, a ponadto istotną klinicznie grupę stanowią tu guzy przerzutowe

do masywu szczękowo-sitowego, w niektórych zestawieniach dotyczące nawet 15% ogółu, a te nie są uwzględniane w części zestawień epidemiologicznych. Guzy przerzutowe do masywu szczękowo-sitowego, to głównie przerzuty z raka piersi, prostaty i nerki (Watkinson i in. 2000, Kordek i in. 2001).

Dystrybucja nowotworów złośliwych jam nosa i zatok przynosowych

Zatoka szczękowa 50–70%

Jama nosowa 15–30%

Błędnik sitowy 10–20%

Zatoka czołowa i klinowa – kazuistycznie

Okolo 15% nowotworów złośliwych stanowią odległe przerzuty z piersi, prostaty, nerki.

Analizując etiologię SNM, tak jak i w innych nowotworach wyróżnia się czynniki ryzyka zawodowego i czynniki niezawodowe, mające wpływ na występowanie tych guzów.

Mocno udokumentowanym zawodowym czynnikiem ryzyka nowotworu złośliwego jam nosa i zatok przynosowych jest ekspozycja na pył drzewny (drewno twarde), prowadząca do wystąpienia gruczolakoraka – najczęściej w obrębie błędnika sitowego. Inne uwarunkowania zawodowe to kontakt z pyłem drewna miękkiego, oparami aluminium i niklu, praca w przemyśle garbarskim, skórny, tekstylnym, przy konserwacji żywności i kontakt ze środkami ochrony roślin w rolnictwie (Lund 1991, Götte i Hörmann 2004).

Udokumentowanym, niezawodowym czynnikiem ryzyka rozwoju raka płaskonabłonkowego w obrębie jam nosa i zatok przynosowych jest palenie tytoniu (Zheng i in. 1993). Rola wirusa brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus* – HPV) w transformacji nowotworowej nabłonka jam nosa i zatok nie jest jednoznacznie udokumentowana, mimo iż w części przypadków brodawczaków odwróconych czy też raka w obrębie jam nosa i zatok identyfikowano DNA wirusa z tkanki nowotworu (Kashima i in. 1992, Hwang i in. 1998). Podobnie związek infekcji wirusem Epsteina-Barr (EBV) z rozwojem nowotworów złośliwych jam nosa i zatok wydaje się mieć istotne znaczenie jedynie w odniesieniu do nie-zróznicowanych form raka i chłoniaków typu NK/T-cell i dotyczy głównie pacjentów z obszaru Azji (Götte i Hörmann 2004).

Ryzyko transformacji brodawczaków w obrębie jam nosa i zatok w złośliwy nowotwór (raka) zależy wyraźnie od typu brodawczaka. Brodawczaki egzofityczne grzybiaste (*exophytic papilloma*, *fungiform papilloma*) rozwijające się najczęściej w przedsionku nosa bądź na przegrodzie nosa, mimo tendencji do odrostów, z reguły nie ulegają zezłośliwieniu. Brodawczaki odwrócone (*inverted papilloma*), rozwijające się najczęściej na bocznej ścianie jamy nosowej czy w zatoce szczękowej, często dające nawroty, mimo pozornie radykalnej resekcji mogą transformować w raka, ale nie jest to zjawisko częste (5–10%). Brodawczak wałeczkowokomórkowy (*columnar cell papilloma*) może ulegać zezłośliwieniu, ale z uwagi na rzadkość tej formy brodawczaka są to jedynie kazuistyczne przypadki (Kordek i in. 2001, Götte i Hörmann 2004).

Nie ma dobrze udokumentowanych danych przemawiających za dziedzicznym występowaniem SNM.

Klasyfikacja histopatologiczna

Zróznicowanie histopatologiczne guzów w obrębie jam nosa i zatok przynosowych jest bardzo duże. W obrębie głowy i szyi można je jedynie porównywać z równie szeroką paletą nowotworów występujących bądź wywodzących się z gruczołów ślinowych. International Histological Classification of Tumours (WHO) (Shanmugaratnam 1991) wymienia w obrębie jam nosa i zatok przynosowych 73 odrębne rozpoznania histologiczne dla występujących w tym rejonie guzów niezłośliwych, guzów złośliwych i zmian podobnych do nowotworów. Z tej grupy 44 rozpoznania histopatologiczne dotyczą nowotworów złośliwych. Grupą dominującą wśród guzów złośliwych są nowotwory nabłonkowe, zarówno jeśli chodzi o liczbę odmian histopatologicznych, jak i ogólną częstość występowania.

Wymieniona wyżej lista obejmuje najczęściej spotykane utkania histopatologiczne SNM. Liczna grupa pozostałych guzów złośliwych, zarówno nabłonkowych, jak i nienabłonkowych, występuje kazuistycznie. Precyzyjne rozpoznanie patologiczne, przy tak dużym zróznicowaniu guzów w tym regionie głowy i szyi, wymaga często zastosowania szerokiego panelu badań immunohistochemicznych, a nawet genetycznych. W wielu przypadkach ma to jednak kluczowe znaczenie dla dalszego postępowania klinicznego. Przykładem może być identyczny w utkaniu, ale różniący się profilem immunohistochemicznym pierwotny gruczolakorak typu jelitowego z błony śluzowej nosa i zatok i przerzut gruczolakoraka z przewodu

pokarmowego do masywu szczękowo-sitowego. Postępowanie terapeutyczne w obu przypadkach różni się zasadniczo (Bień i in. 2005).

Nowotwory złośliwe najczęściej rozpoznawane w obrębie jam nosa i zatok przynosowych to (Watkinson i in. 2000, Kordek i in. 2001, Götte i Hörmann 2004):

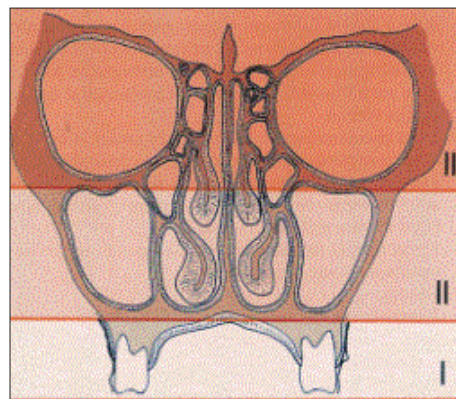
- A. *Ca planoepitheliale keratodes* (keratinizing squamous cell carcinoma), rak płaskonabłonkowy rogowaciejący – ICD-0 8070/3 (40-50%)**
- B. *Ca planoepitheliale akeratodes* (cylindrical cell carcinoma, transitional type carcinoma), rak płaskonabłonkowy nierogowaciejący – ICD-0 8121/3 (<10%)**
- C. *Adenocarcinoma, gruczolakorak* – ICD-0 8140/3 (intestinal type adenocarcinoma of sinonasal tract); rak gruczolowy typu jelitowego w obrębie nosa i zatok ICD-0 8144/3 (13-19%)**
- D. *Adenoid cystic carcinoma (cylindroma)*, rak gruczolowato-torbielowaty – ICD-0 8200/3 (6-10%)**
- E. *Olfactory neuroblastoma (esthesioneuroblastoma)*, nerwiak węchowy zarodkowy – ICD-0 9522/3 (<5%)**
- F. *Melanoma malignum*, czerniak złośliwy – ICD-0 8720/3 (10%)**
- G. Grupa chłoniaków (Non-Hodgkin lymphomas) – ICD-0 9591/3; extramedullary plasmocytoma – ICD-0 9731/3; midline malignant reticulosis – ICD-0 9702/3; histiocytic lymphoma – ICD-0 9723/3; Hodgkin disease – ICD-0 9650/3; (ogółem >10%)**
- H. *Rhabdomyosarcoma, mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy* (najczęściej diagnozowany łącznotkankowy nowotwór złośliwy u dzieci) (<5%)**

Klasyfikacja kliniczna

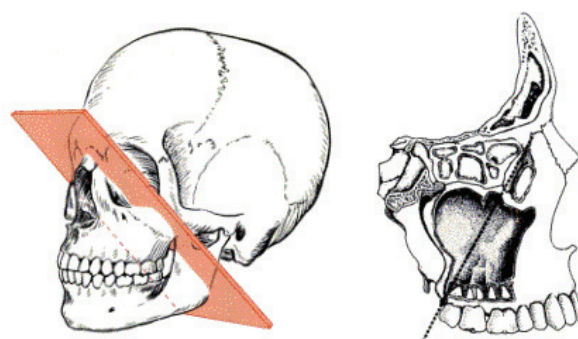
International Classification of Diseases in Oncology (ICD-0) (Fritz i in. 2000) rejestruje nowotwory złośliwe jam nosa i zatok przynosowych pod numerami:

- C31.0 – zatoka szczękowa
- C31.1 – błędnik sitowy
- C31.2 – zatoka czołowa
- C31.3 – zatoka klinowa
- C30.0 – błona śluzowa nosa

Podział masywu szczękowo-sitowego zaproponowany przez Sebilléau w 1906 r. (ryc. 3) i podział Öhngrena z 1933 r. (ryc. 4) mają już dzisiaj znaczenie historyczne, tym niemniej myśl kliniczna, jaka przyświecała tym podziałom, jest nadal aktualna.



Ryc. 3. Podział masywu szczękowo-sitowego według Sebilléau



Ryc. 4. Podział masywu szczękowo-sitowego według Öhngrena

Nowotwory zlokalizowane w obrębie poziomu I Sebilléau rokują największe szanse wyleczenia; nowotwory w obrębie poziomu III, z uwagi na bliskie sąsiedztwo z wnętrzem czaszki i oczodołem, rokują najgorzej. Płaszczyzna Öhngrena przechodząca przez punkty wyznaczone przez kąty żuchwy i przyśrodkowe kąty oczu dzieli masyw szczękowo-sitowy na część przednio-dolną gdzie lokalizacja SNM daje większe szanse radykalnej terapii, i część tylno-górną, gdzie lokalizacja guza rokuje znacznie gorzej.

Aktualnie dla nabłonkowych nowotworów nosa i masywu szczękowo-sitowego obowiązuje klasyfikacja TNM opisująca w uproszczony i jednolity sposób stopień zaawansowania choroby nowotworowej w oparciu o cechy T (*tumor*), N (*nodulus*) i M (*metastasis*). System TNM umożliwia – w odniesieniu do nowotworów objętych tą klasyfikacją – nie tylko opis jednostkowego przypadku, ale podział materiału klinicznego na porównywalne

grupy (w skali od 0 do IV), w których stopień zaawansowania choroby powinien korelować z przebiegiem klinicznym i rokowaniem.

Aktualny system TNM-2001 utrzymuje zasadę odrębnej klasyfikacji klinicznej (cTNM), dokonywanej przed podjęciem pierwszego leczenia, i klasyfikacji patologicznej (pTNM), dokonywanej na podstawie usuniętego preparatu operacyjnego bądź oceny śródoperacyjnej. Rzadko podstawą klasyfikacji staje się badanie autopsyjne (aTNM). W części przypadków możliwa jest ocena zaawansowania klinicznego przed ponownym leczeniem (rTNM – *retreatment staging*), gdy zawiodło pierwsze leczenie, ale możliwa jest ocena aktualnego zasięgu choroby nowotworowej.

W odniesieniu do nowotworów głowy i szyi klasyfikacja TNM odnosi się wyłącznie do przypadków złośliwych nowotworów nabłonkowych – raka (*carcinoma*), wymienionych na liście International Histological Classification of Tumours (WHO) (Shanmugaratnam 1991).

Klasyfikacja TNM jest systemem otwartym. Od chwili powstania (pierwsza klasyfikacja z 1954 r. dotyczyła jedynie raka szyjki macicy, piersi i krtani) jest w kolejnych wersjach uzupełniana i rozbudowywana o kolejne grupy narządowe nowotworów i poddawana okresowej weryfikacji. Aktualna klasyfikacja TNM-2001 jest 7. już wersją od chwili jej wprowadzenia. Od 1987 r. do systemu TNM włączono raka zatoki szczękowej. Od 1997 r. włączono jako osobną lokalizację narządową zatoki sitowe, a aktualna klasyfikacja TNM-2001 włączyła jeszcze do systemu jamę nosa. Kolejne modyfikacje klasyfikacji TNM deklarują uproszczenie systemu, większą jednoznaczność i powtarzalność ocen oraz większą słuszność naukową przyjętych klasyfikacji, wyrażającą się poprawieniem relacji między stopniem zaawansowania klinicznego a wynikami leczenia i rokowaniem. Jednak system TNM, w miarę kolejnych modyfikacji, staje się coraz bardziej skomplikowany, a wprowadzane co 5 lat rewizje również nie ułatwiają jego stosowania. Tym niemniej nikt dzisiaj nie próbuje prowadzić badań klinicznych czy przedstawiać wyników leczenia z pominięciem systemu TNM (Bień 2003).

Przez blisko 15 lat system TNM rekomendowany przez AJCC (American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting) różnił się w wielu szczegółach od systemu TNM opracowanego przez UICC (Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem) prezentującą ustalenia głównych ośrodków europejskich.

W roku 1987 doprowadzono do ujednoczenia „europejskiej” i „amerykańskiej” wersji systemu TNM, co usunęło znaczącą barierę w upowszechnianiu tej klasyfikacji.

Aktualne rewizje i uzupełnienia systemu TNM są teraz sygnowane wspólnie przez UICC i AJCC (Sobin i Wittekind 2002, American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Handbook 2002).

Klasyfikacja TNM, będąca uniwersalnym językiem onkologii, ułatwia:

- określenie zasad leczenia
- przedstawienie rokowania w konkretnym przypadku i porównywalnych grupach przypadków
- porównanie wyników leczenia w różnych ośrodkach
- porównanie skuteczności metod terapeutycznych
- analizę epidemiologiczną określonej grupy nowotworów

W lokalizacji narządowej „jama nosowa i zatoki przynosowe” klasyfikacja TNM 2001 wyróżnia:

Lokalizacja	Umiejscowienie
zatoka szczękowa	prawa lewa
jama nosowa	przegroda dno ściana boczna przedsionek
zatoka sitowa	prawa lewa

Warto zwrócić uwagę, że system TNM nadal nie określa zaawansowania lokalnego raka w obrębie zatoki klinowej i zatoki czołowej, ale raki w tych lokalizacjach występują jedynie kazuistycznie.

Istotną innowacją w TNM 2001, w grupie nowotworów głowy i szyi, jest wprowadzenie w stopniu zaawansowania miejscowego T₄ dwóch podgrup: T_{4A} – guzy możliwe do standardowego leczenia chirurgicznego i T_{4B} – guzy o zaawansowaniu przekraczającym granicę standardowej, a często i racjonalnej resekcji. Jest to istotna zmiana, zgodna z odczuciami klinicystów, dla których poprzednio grupa T₄ była krańcowo niejednorodna pod względem zaawansowania klinicznego, możliwych do zastosowania opcji terapeutycznych czy rokowania.

Logiczną konsekwencją podziału na podgrupy T_{4A} i T_{4B} jest wprowadzony do systemu TNM 2001 podział na trzy podgrupy IV stopnia zaawansowania klinicznego. Stopień IVA grupuje przypadki mieszczące się w granicach

standardowego leczenia chirurgicznego, stopień IVB grupuje przypadki wykraczające poza granice standardowego, a często i racjonalnego leczenia chirurgicznego, grupa zaś IVC – to wszystkie przypadki, niezależnie od miejscowego i węzłowego zaawansowania, w których doszło do odległych przerzutów M1.

Klasyfikacja T dla jam nosowych i zatok przynosowych

Zatoka szczękowa

T₁ – guz ograniczony do błony śluzowej zatoki, bez cech naciekania czy niszczenia kości.

T₂ – guz nacieka bądź niszczy kość, włączając w to podniebienie twarde i/lub środkowy przewód nosowy, z wyjątkiem tylnej ściany zatoki czy wyrostka skrzydłowego i dolnej ściany oczodołu.

T₃ – guz nacieka jedną bądź kilka z następujących struktur anatomicznych: tylna ściana zatoki szczękowej, tkanki miękkie policzka, ściana dolna bądź przyśrodkowa oczodołu, dół skrzydłowy, komórki sitowe.

T_{4a} – guz nacieka wewnątrz oczodołu w przednim odcinku, skórę policzka, wyrostek skrzydłowy, dół podskroniowy, blaszkę sitową k. sitowej, zatokę czołową bądź klinową.

T_{4b} – guz nacieka jedną z następujących struktur: szczyt oczodołu, opona bądź tkanka mózgu, środkowy dół czaszkowy, nerwy czaszkowe (poza gałęzią szczękową n. V), nosowa część gardła, stok kości klinowej.

Jama nosowa i komórki sitowe

T₁ – guz ograniczony do jednego umiejscowienia ze zniszczeniem lub bez zniszczenia kości.

T₂ – guz obejmuje dwa umiejscowienia w obrębie lokalizacji – nos i komórki sitowe, ze zniszczeniem bądź bez zniszczenia kości.

T₃ – guz nacieka ścianę przyśrodkową bądź dno oczodołu, zatokę szczękową, podniebienie czy blaszkę sitową k. sitowej.

T_{4a} – guz nacieka jedną z następujących struktur: przedni odcinek wewnątrz oczodołu, skóra nosa bądź policzka, w niewielkim zakresie przedni dół czaszkowy, wyrostek skrzydłowy, zatoka czołowa bądź klinowa.

T_{4b} – guz nacieka jedną z następujących struktur: szczyt oczodołu, opona bądź tkanka mózgu, środkowy dół czaszkowy, nerwy czaszkowe (poza gałęzią szczękową n. V), nosowa część gardła, stok kości klinowej.

Klasyfikacja stopnia zaawansowania węzłowego N i przerzutów odległych M nie została zmieniona w ostatnich trzech kolejnych wersjach systemu TNM (z wyjątkiem lokalizacji narządowej – nosowa część gardła i tarczyca). Podobnie w klasyfikacji klinicznej obowiązuje jedynie nowy podział na trzy podgrupy w IV stopniu zaawansowania klinicznego.

Podgrupy IV stopnia zaawansowania klinicznego:

Stopień IVA	T _{4a}	N ₀	M ₀
	T _{4a}	N ₁	M ₀
	T ₁ -T _{4a}	N ₂	M ₀
Stopień IVB	T _{4b}	każde N	M ₀
	każde T	N ₃	M ₀
Stopień IVC	każde T	każde N	M ₁

Metody leczenia

Wybór opcji terapeutycznej zależy od trzech grup czynników:

- czynniki guza (zaawansowanie, histopatologia)
- czynniki pacjenta (stan ogólny, współistnienie innych schorzeń, akceptacja okaleczenia)
- dostępność terapii (chirurgia, radioterapia, chemioterapia).

Główną grupą wśród SNM są nowotwory nabłonkowe, w większości o wysokim (T₃ i T₄) zaawansowaniu miejscowym. W tej grupie leczenie radykalne polega na resekcji guza i uzupełniającej radioterapii, nawet jeśli są to guzy o niskiej promienioczułości (gruczolakoraki). Mimo tych ogólnych zasad terapia jest często indywidualnie modyfikowana, zwłaszcza w przypadkach o krańcowym zaawansowaniu. Często otwarte pozostaje pytanie, czy racjonalnym leczeniem w przypadkach zaawansowanych, gdzie trudno jest osiągnąć zadowalający margines resekcji, uzasadniona jest pierwotna cytoredukcja guza i następową radykalną radioterapią, czy tylko paliatywna radioterapia. Istnieją opracowania wskazujące, że indukcyjna chemioterapia (cisplatyna + 5-fluorouracyl), resekcja i radioterapia jest właściwą opcją terapeutyczną, zwłaszcza u młodszych chorych, w dobrym stanie ogólnym (Lee i in. 1999). O ile kalectwo związane z resekcją podniebienia może być znacząco zminimalizowane poprzez właściwe zaopatrzenie protetyczne, jeśli tylko nie naruszone zostało podniebienie miękkie, o tyle resekcja gałki ocznej jest okaleczeniem, którego część chorych nie chce zaakceptować. Współcześnie stosowane metody radioterapii, pozwalające precyzyjnie

modelować rejon napromieniania, umożliwiając w szerszym zakresie oszczędzić i zachować oko i jego funkcję.

Ponieważ przerzuty do regionalnych węzłów w raku jam nosa i zatok przynosowych występują rzadko (ok. 10%), nie rozważa się planowych elektrywnych operacji węzłowych, niezależnie od lokalnego zaawansowania. Pamiętać jednak należy, że zaawansowanie miejscowe T₃ i T₄, prowadzące do naciekania raka poza obręb jam nosa i zatok, może prowadzić do wystąpienia przerzutów węzłowych (region I, II, III, V). Badanie USG szyi i TK masywu szczękowo-sitowego, będące standardem diagnostyki, pozwalają na ewentualne wykrycie przerzutów i ich weryfikację poprzez biopsję cienkoigłową. Problemem są przerzuty do węzłów zagardłowych, gdzie możliwości zarówno radioterapii, jak i resekcji chirurgicznej są wątpliwe. W takiej sytuacji należy zadać pytanie, czy istnieje uzasadnienie do okaleczającego zabiegu chirurgicznego i czy racjonalne leczenie paliatywne nie jest właściwym wariantem terapeutycznym.

Burzliwy rozwój technik endoskopowych sprawił, że próbuje się również tej metody chirurgicznej w leczeniu guzów półzłośliwych (brodawczak odwrócony), a nawet guzów złośliwych (Stammlberger i in. 1999, Krzeski i in. 2004). Na pewno jednak techniki endoskopowe nie spełniają postulatów klasycznych zaleceń chirurgii onkologicznej – resekcji z marginesem tkanki zdrowej, w jednym bloku tkankowym.

Jeszcze większe trudności napotyka ustalenie zasad terapii SNM rzadziej występujących: mięsaków, czerniaka czy nerwiaka węchowego zarodkowego.

W odniesieniu do grupy chłoniaków obowiązują ogólne zasady terapii dla tej grupy guzów i rola chirurgii ogranicza się tu jedynie do uzyskania właściwego materiału do badania patologicznego (najlepiej techniką endoskopową).

W przypadku *rhabdomyosarcoma*, najczęstszego u dzieci złośliwego nowotworu w tym regionie, metodą leczenia jest chemioterapia i następową radioterapia, z ewentualną resekcją resztkowego nowotworu czy odrostu guza. W innych formach mięsaków stosowana jest na ogół chirurgia + następową radioterapia.

W przypadku czerniaka obowiązuje szeroka resekcja chirurgiczna i uzupełniająca radioterapia, mimo relatywnie niskiej promienioczułości tych guzów. Uzupełniające leczenie immunologiczne jest w fazie prób klinicznych.

Bardzo ważnym elementem w leczeniu czerniaka jest staranny wstępny „staging” ogólny, aby nie narażać na rozległą resekcję pacjenta, u którego obecne już są odległe przerzuty.

Olfactory neuroblastoma w przeszłości próbowano leczyć zarówno metodami chirurgii, radioterapii, jak i w sposób skojarzony (chirurgia + radioterapia).

Zaskakująco dobre wyniki opublikowane przez Eicha i in. 2003 (cyt. za: Götte i Hörmann 2004): u 80% pacjentów 5-letnie przeżycia przy leczeniu radioterapią i chemioterapią, wskazują, iż jest to optymalny rodzaj terapii w zarodkowym nerwiaku węchowym.

Wyniki i nowe kierunki badań

W przypadku złośliwych nowotworów jam nosa i zatok przynosowych ogólne dane o 5-letnich przeżyciach, podawane z krajów o wysokim standardzie medycyny, oscylują wokół 50% ogółu leczonych przypadków (Götte i Hörmann 2004), przy czym należy pamiętać, że dotyczy to grupy o dużym zróżnicowaniu histopatologicznym, zróżnicowanym zaawansowaniu klinicznym i na ogół dane dotyczą małych liczebnie grup. Wyniki osiągnięte w leczeniu najczęstszego w tej grupie nowotworu – raka płaskonabłonkowego nosa i zatok przynosowych, zawierające się w przedziale 30–55%, w głównej mierze zależą od wyjściowego zaawansowania klinicznego (American Joint Committee on Cancer 2002). Najlepsze podawane wyniki (ok. 80% 5-letnich przeżyć) osiągnięto w *olfactory neuroblastoma* (cyt. za: Götte i Hörmann 2004). 5-letnie przeżycia w granicach 75% osiągnięte w leczeniu raka gruczołowo-torbielowatego są złudne, ponieważ w dłuższym okresie obserwacji (10–15 lat) u 70% tych chorych dochodzi do wznowy miejscowej, a u ok. 20% do odległych przerzutów (Fordice i in. 1999). Wyniki osiągnięte w leczeniu czerniaka błony śluzowej nosa i zatok to zaledwie ok. 20% 5-letnich przeżyć (Harbo i in. 1997).

Nie znam aktualnych polskich danych mówiących o ogólnych wynikach leczenia SNM. Pośrednio na podstawie danych o zachorowaniach i umieralności można w przybliżeniu powiedzieć, że w Polsce ok. 2/3 chorych na złośliwe nowotwory jam nosa i zatok przynosowych umiera z powodu swojej choroby.

Badania cytogenetyczne i z zakresu biologii molekularnej, intensywnie prowadzone w onkologii już od kilkunastu lat, nie przyniosły, jak do tej pory, istotnych aplikacji klinicznych w odniesieniu do SNM. Podobnie jak w innych grupach nowotworów, badania te wolno, ale jednak systematycznie poszerzają naszą wiedzę o genetycznych anomaliach prowadzących do określonych form nowotworzenia i wskazują perspektywę dla przyszłych form terapii.

Wśród uznanych metod leczenia SNM, obok chirurgii i radioterapii coraz większą rolę odgrywa chemioterapia, stosowana z reguły w skojarzeniu z metodami wcześniej wymienionymi. Dotyczy to zwłaszcza nienabłonkowych nowotworów złośliwych nosa i zatok przynosowych. Są mocne dowody, że również w raku płaskonabłonkowym chirurgia + skojarzona chemio-radioterapia prowadzi do poprawy wyleczalności (Lee i in. 1999). ●

PIŚMIENNICTWO

- American Joint Committee on Cancer (2002) AJCC cancer staging handbook. Wyd. 6. Red. F.L. Greene i in. Springer, New York.
- Bień S. (2003) Uwagi dotyczące aktualnej klasyfikacji TNM dla raka wargi i jamy ustnej, gardła, krtani, jamy nosa i zatok przynosowych oraz dużych gruczołów ślinowych. Otolaryngol. Pol., 57, 441-448.
- Bień S., Kamiński B., Okła S., Kopczyński J. (2005) Przerzut gruczolakoraka odbytnicy do kości podstawy czaszki i masywu szczękowo-sitowego z nietypowym obrazem klinicznym. Otolaryngol. Pol. (w druku).
- Fordice J., Kernshaw C., El-Naggar A., Goepfert H. (1999) Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. Predictors of morbidity and mortality. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 125, 149-152.
- Götte K., Hörmann K. (2004) Sinonasal malignancy: What's new. ORL 66, 85-97.
- Harbo G., Grau C., Bundgaard T., Overgaard M., Elbrond O., Sogaard H., Overgaard J. (1997) Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. Clinico-pathological study of 277 patients. Acta. Oncol. 36, 45-50.
- <http://148.81.190.231/coi>
- Hwang C.S., Jang H.S., Hong M.K. (1998) Detection of human papilloma virus (HPV) in sinonasal inverted papillomas using polymerase chain reaction (PCR). Am. J. Rhinol. 12, 363-366.
- Kashima H.K., Kessis T., Hruban R.H., Wu T.C., Zinreich J.S., Shah K.V. (1992) Human papillomavirus in sinonasal papillomas and squamous cell carcinoma. Laryngoscope 102, 973-976.
- Krzeski A. i in. (2004) Chirurgia endoskopowa w leczeniu guzów jamy nosa i zatok przynosowych. Magazyn Otorinolaryngologiczny. Tom III, zeszyt 3, s. 79-84.
- Lee M.M., Vokes E.E., Rosen A., Witt M.E., Weichselbaum R.R., Haraf D.J. (1999) Multimodality therapy in advanced paranasal sinus carcinoma. Superior long term results. Cancer J. Sci. Am. 5, 219-223.
- Miller R.H., Sturgis E.M., Sutton C.L. (1996) Neoplasms of the nose and paranasal sinuses. W: Otorinolaryngology; head and neck surgery. Red. J.J. Ballanger, J.B. Snow. Williams and Wilkins, Baltimore, 194-205.
- Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J., Teppo L., Thomas D.B. (2002) Cancer incidence in five continents. T. 8. International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- Shanmugaratnam K. (1991) Nasal cavity and paranasal sinuses. W: Histological typing of tumours of the upper respiratory tract and ear. WHO International Histological Classification of Tumours. Wyd. 2. Red. K. Shanmugaratnam, L.H. Sobin. Springer, Berlin.
- Sobin L.H., Wittekind Ch. (red.) (2002) TNM classification of malignant tumours. Wyd. 6. Wiley-Liss, New York.
- Stammberger H., Anderhuber W., Walch C., Papaefthymiou G. (1999) Possibilities and limitations of endoscopic management of nasal and paranasal sinus malignancies. Acta Otorhinol. Belg. 53, 199-205.
- Watkinson J.C., Gaze M.N., Wilson J.A. (2000) Stell and Marans's head and neck surgery. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Zheng W., McLaughlin J.K., Chow W.H., Chien H.T., Blot W.J. (1993) Risk factors for cancers of nasal cavity and paranasal sinuses among white men in the United States. Am. J. Epidemiol. 138, 965-972.

**REJESTRACJA
PACJENTÓW?**

TELEFON

**ZROBIMY TO
ZA CIEBIE!**

SMS

INTERNET

Rp.

Niskie koszty – już od 99 zł miesięcznie możesz mieć centrum obsługi, które sprawi, że pacjenci chętniej będą wybierać Twoje usługi.

//

Zadowoleni pacjenci – szeroki dostęp (telefon, internet, sms) oraz profesjonalna obsługa konsultantów eRejestracji zapewnią komfort pacjentom Twojej placówki.

//

Oszczędność czasu – teraz możesz skoncentrować się na leczeniu, a my zajmiemy się rejestracją.

//

Kompleksowe rozwiązania

Nasz doradca odpowie na Twoje pytania.

Zadzwoń: (022) 436 19 21

Napisz: info@e-rejestracja.pl

Data

**30 DNI
ZA DARMO**

W. W. W.

Podpis lekarza

JAK DZIŚ WYKONYWAĆ ZAWÓD LEKARZA?

dr hab. med. Romuald Krajewski

W natłoku zajęć związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej zdarza się od czasu do czasu coś, co zachęca lub wręcz zmusza do zastanowienia się nad jej podstawowymi zasadami i celami. Najczęściej powodem są różnego rodzaju trudności. Wśród wielu pytań, takich jak na przykład: czy nie zająć się czym innym, czy można być bardziej usatysfakcjonowanym z pracy, czy nie dałoby się więcej zarobić, pojawia się też coraz częściej pytanie: co robić, aby nie narazić się na kłopoty związane z różnego rodzaju odpowiedzialnością.

Jest to bardzo ważne pytanie, bo w dziedzinie relacji z chorymi i odpowiedzialności zawodowej następują bardzo szybkie zmiany i w Polsce, i na całym świecie. Efektem wielu zjawisk społecznych jest ograniczone zaufanie do lekarzy i innych „wolnych” zawodów oraz narastająca, pomimo stałej poprawy wyników leczenia, roszczeniowość (American College of Surgeons). Obok tradycyjnej odpowiedzialności przed sądami powszechnymi w trybie karnym lub cywilnym, odpowiedzialności zawodowej, odpowiedzialności wobec pracodawcy, pojawiają się nowe instytucje i organizacje, które na różne sposoby starają się kontrolować udzielanie świadczeń zdrowotnych. Są to instytucje rzeczników, organy kontroli ze strony płatników, instytucje nadzorujące kwalifikacje, organizacje społeczne. Zdarzenia w ochronie zdrowia stanowią również użyteczny temat dla poszukujących „gorących wiadomości” mediów. Praktyka lekarska znajduje się dziś pod stałym nadzorem bardzo wielu osób, organizacji i instytucji.

**Kierownik Oddziału Zabiegowego
w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi
Centrum Onkologii w Warszawie**

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

**Sekretarz Odwoławczej Komisji Bioetycznej
przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej**

**Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii
Podstawy Czaszki**

Błędy związane z leczeniem zazwyczaj nadal są popełniane nieumyślnie, ale w orzecznictwie sądów powszechnych pojawia się wyraźna tendencja do ich kryminalizacji (Holbrook 2003). Dane Stowarzyszenia Chirurgów w Stanach Zjednoczonych wskazują też, że zagadnienie odpowiedzialności jest bardzo mocno związane z zagadnieniem wypłacalności. Jeżeli nawet nie dochodzi do rozprawy w sądzie, koszty prawne zgłoszonego roszczenia wynoszą około 25 tys. USD. Z kolei wysokość odszkodowań zasądzanych w sądach rośnie i ponad 10% ma wartość powyżej 1 mln USD (American College of Surgeons). Łatwo sobie wyobrazić, co podobne koszty oznaczałyby dla biednego systemu ochrony zdrowia na przykład w Polsce. Nic dziwnego, że takie zmiany warunków wykonywania zawodu stwarzają poczucie zagrożenia, krzywdy, powodują zniechęcenie. Niezależnie od prób wprowadzenia bardziej racjonalnych zasad odpowiedzialności należy również pomyśleć, jak sobie radzić w zmieniających się warunkach.

Pod względem odpowiedzialności zawodowej lekarzy Polska nie odbiega od innych krajów. Powszechnie przyjętą w krajach demokratycznych zasadą jest prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (zwanego często w innych krajach postępowaniem dyscyplinarnym) przez instytucje wydające uprawnienia do wykonywania zawodu oraz przez osoby znające zasady i warunki wykonywania zawodu z własnego doświadczenia, zwykle również z ograniczonym udziałem osób spoza zawodu (Brearily 1999). W każdym postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności nadal, pomimo wielu głosów za wprowadzeniem uproszczonych i arbitralnych procedur, obowiązują zasady poprawności proceduralnej, kontradyktoryjności, domniemania niewinności (Zielińska 2001).

Liczba skarg na lekarzy składanych w trybie odpowiedzialności zawodowej w Polsce jest podobna jak w innych krajach. Nie jest zależna od popularnych wyobrażeń o jakości systemów ochrony zdrowia, natomiast dość dobrze koreluje z oceną systemu dokonaną przez WHO (tab. 1) (Brearily 1999, Krajewski 2004, World Health Organization: The world health report, 2000).

Chociaż istnieje znaczna zmienność liczby skarg, końcowy efekt postępowania w tym trybie jest dość podobny (**tab. 2**) (Krajewski 2004).

Oceniając dane, należy jednak zachować bardzo dużą ostrożność. Tylko dogłębna i szczegółowa wiedza pozwala wyciągnąć właściwe wnioski. W mediach wyrażano na przykład oburzenie na to, że w Polsce odpowiedzialność

zawodowa nie jest taka sama jak w Anglii czy we Francji. Trudno jednak byłoby uzasadnić, dlaczego w krajach o tak różnej tradycji, warunkach i zasadach wykonywania zawodu odpowiedzialność miałyby być taka sama. W różnych krajach nawet formalnie takie same terminy w praktyce oznaczają co innego. Na przykład kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu w Polsce jest

Tabela 1. Ranking WHO w zakresie systemów ochrony zdrowia, skarg i nakładów na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca

Kraj	Miejsce w rankingu WHO	Liczba skarg/liczba lekarzy (%)	Nakłady na jednego mieszkańca (USD)
Francja	1	0,72	2109
Włochy	2	0,11	1584
Austria	9	0,66	1866
Luksemburg	16	0,44	2600
Holandia	17	1,64	2138
Wielka Brytania	18	0,77	1835
Irlandia	19	2,73	1714
Belgia	21	1,16	1983
Szwecja*	23	6,40	2150
Dania*	34	10,00	2545
USA (CA)	37	10,00	4887
Nowa Zelandia	41	0,90	1073
Polska	50	1,56	289
Węgry	66	1,5	345

* – Liczby dotyczą wszystkich skarg na ochronę zdrowia, nie tylko na lekarzy.

Tabela 2. Wynik postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Kraj	Rok	Liczba kar ogółem	Liczba kar/liczba skarg/ /spraw	Liczba kar/liczba zarejestrowanych lekarzy (rocznie)	Upomnienie – nagana/ /liczba kar	Zawieszenie prawa wykonywania zawodu/ /liczba kar	Pozbawienie prawa wykonywania zawodu/ /liczba kar
Belgia	1991-9	1501	36%	0,40%	57%	41%	0,5%
Francja	2001	617	39%	0,28%	71%	27%	2%
Nowa Zelandia	2000	22	69%	0,25%	86,5%	9%	4,5%
Polska	2002	214	12%	0,14%	95%	5%	0%
Stany Zjednoczone	1998	250	50%	0,24%	66%	13%	21%

ostateczna. Prawomocnie ukarany już nigdy nie będzie lekarzem. We Francji i Wielkiej Brytanii można ubiegać się o ponowny wpis do rejestru po upływie 3-5 lat i w rzeczywistości kara ta jest często zawieszeniem prawa wykonywania zawodu (Krajewski 2004).

Odpowiedzialność zawodowa w Polsce nie jest jeszcze codziennością, dotyczy tylko 1,5% lekarzy rocznie, ale liczba ta szybko rośnie. Wszędzie na świecie podkreśla się, że u podłoża większości postępowań w każdym z wielu możliwych trybów leży niewłaściwy kontakt z chorym. Relacje pacjent – lekarz są w Polsce liczne. Każdego dnia odbywa się ponad 600 tys. wizyt, ponad 140 tys. chorych leży w szpitalach, ponad 9 tys. razy udziela się pomocy doraźnej (Ministerstwo Zdrowia: Ochrona zdrowia w liczbach. <http://www.mz.gov.pl>). Można więc stwierdzić, że skargi dotyczą znikomej części tych kontaktów.

Szczegółowe omówienie nawet małej części ogromnie złożonego zagadnienia, jakim są relacje między chorymi a lekarzami, znacznie przekraczałoby ramy tej publikacji. W aspekcie odpowiedzialności zawodowej warto zwrócić uwagę na dwa problemy. Oba wynikają z konfliktu między oczekiwaniami chorych a możliwościami i realiami systemu. Lekarze powinni sobie zdawać sprawę z tego konfliktu i postępować tak, aby nie być uznawanymi za sprawców dużej rozbieżności pomiędzy oficjalnymi deklaracjami a codzienną rzeczywistością, gdyż taka sytuacja może być bezpośrednim powodem skarg i roszczeń. Kiedy już dochodzi do roszczeń, instytucje i osoby narzucające ograniczenia bardzo rzadko biorą na siebie odpowiedzialność i raczej są skłonne szukać winnych wśród pracowników ochrony zdrowia.

Lekarze mniej lub bardziej świadomie zdają sobie sprawę, że system ochrony zdrowia w Polsce często nie jest w stanie spełnić oczekiwań chorych, ale z reguły nie robią niczego, aby ich o tym poinformować. Wręcz przeciwnie, często starają się ukrywać niedostatki. Chorym należy się jednak rzetelna, uczciwa informacja nie tylko o ich chorobach, ale także o sposobach i warunkach leczenia. Nie może się ona przekształcać w straszenie chorego, który musi być w miarę dobrze poinformowany, co będzie się z nim działo, aby mógł podjąć właściwe decyzje. Zatajenie istotnych informacji może być słusznie postrzegane przez chorego i jego otoczenie jako uniemożliwienie uniknięcia negatywnych skutków leczenia.

Przy okazji takich dyskusji z chorymi warto pamiętać, że zarówno w rankingu WHO, jak i pod względem nakładów ochrona zdrowia

Polska jest bardzo odległa od krajów zachodniej Europy, do której chętnie porównują się wszyscy ci, którzy chcą wykazać, jak bardzo zły jest nasz system ochrony zdrowia. WHO przyznała nam pod tym względem 50 miejsce na świecie. Naszymi sąsiadami w rankingu są Czechy, Malezja, Dominikana i Tunezja, pod względem nakładów Panama, Węgry, Kostaryka, Estonia, nie zaś Dania, Francja czy Wielka Brytania, w których nakłady na jednego mieszkańca są 6-8 razy większe (World Health Organization: The world health report, 2000).

Poziom ochrony zdrowia zależy od nakładów, co pokazuje także tabela 1. Z zestawienia wysokości nakładów na ochronę zdrowia z miejscem, jakie Polska zajmuje w rankingu WHO, wynika, że należymy do krajów, które zostały ocenione wyżej niż wynikałoby to z wysokości nakładów. Wśród krajów wydających na głowę mieszkańca mniej więcej tyle co Polska, ale wyżej sklasyfikowanych, wzorem dla nas mogłyby być Dominikana, Kolumbia, Chorwacja. Ogólnie należy stwierdzić, że Polacy otrzymują lepszą opiekę zdrowotną niż to wynika z nakładów.

Kiedy więc mówimy o partnerskich stosunkach pacjent – lekarz, pamiętajmy o uczciwym, ale i stanowczym informowaniu chorych o tym, co możemy im zapewnić. Lekarze nie decydują o wysokości wydatków na ochronę zdrowia w złożonym systemie wydatków społecznych. Nie mają żadnego powodu, aby realia ochrony zdrowia ukrywać przed chorymi. W praktyce sądów lekarskich spotykaliśmy się nie raz z problemem braku informacji o realiach oddziału czy szpitala i braku reakcji lekarzy na niezadowolające warunki. Części roszczeń na pewno można by uniknąć, gdyby z góry było wiadomo, co jest możliwe i jakie jest ryzyko związane z leczeniem (Krajewski 2004).

Istotnym problemem w kontaktach z chorymi jest czas, jaki można im poświęcić. W tej kwestii również trzeba jasno informować chorych o realiach. W Polsce mamy za mało lekarzy, w każdym razie poniżej średniej europejskiej i poniżej oczekiwań (w Polsce 233, a w Europie średnio około 330 lekarzy przypada na 100 tys. ludności) (Globalis: Number of physicians per 100,000 people. <http://globalis.gvu.unu.edu/>). Być może lekarzy jest za dużo w stosunku do nakładów, ale nie w stosunku do liczby świadczeń. Zapotrzebowanie na długi kontakt z lekarzem istnieje na całym świecie, lecz na całym świecie, także i w Polsce, oszczędności i „racjonalizacja” wydatków powodują skrócenie tych kontaktów i do tego wszyscy muszą się przyzwyczaić lub – wzorem krajów skandynawskich – tak zorganizować

zować pracę, by czas przeznaczony dla chorego był odpowiednio długi. Lekarze nie powinni jednak w żadnych warunkach godzić się na jego drastyczne ograniczanie.

Ponieważ powyższe problemy są wspólne dla większości krajów, przeprowadzono badania na temat, jakie cechy lekarzy mają wpływ na częstość roszczeń chorych. Ich wyniki potwierdzają, że stare zasady wykonywania zawodu lekarza są zaskakująco aktualne również w nowych warunkach. Przyjazny stosunek do chorego, otwartość i uczciwość, poczucie humoru, poświęcanie chorym odpowiedniej ilości czasu – to nie jest staromodny obyczaj i ciągle się sprawdza (Forster i in. 2002). Natomiast, przynajmniej w Stanach Zjednoczonych, nie jest jasny związek kompetencji zawodowej lekarza rodzinnego z częstością roszczeń (Ely i in. 1999). Niektóre badania wskazują też, że w roszczeniowym modelu odszkodowań uczciwe informowanie chorych o błędach prowadzi wprawdzie do tego, że oceniają oni bardziej pozytywnie swojego lekarza, ale wcale nie rezygnują z roszczeń (Mazor i in. 2004).

W Polsce i w Europie mamy jeszcze szansę uniknąć spirali roszczeń, kosztów ubezpieczeń i kosztów prawnych. Dlatego bardzo ważne jest, aby dotychczasowy system roszczeniowy zamienić na system odszkodowań bez dowodzenia winy i jednocześnie wdrożyć system raportowania

i korekcji błędów. Ochrona zdrowia nie może dobrze funkcjonować w oparciu o iluzoryczno-obłudne założenie perfekcyjnego działania każdego z uczestników coraz bardziej złożonego procesu leczenia. Czas zmienić myślenie. Na intensywnym szukaniu winnych można nieźle zarobić, ale nie poprawia się w ten sposób jakości leczenia. Taki system wprowadziły już kraje skandynawskie i Nowa Zelandia (Krajewski 2003). Trzeba mieć nadzieję, że stanie się on standardem w Unii Europejskiej.

Podsumowując te krótkie i z konieczności bardzo ogólne rozważania należy stwierdzić, że wzrastająca roszczeniowość chorych i odpowiedzialność lekarzy są zjawiskami powszechnymi na całym świecie. Są to już stałe elementy codziennej praktyki lekarskiej. Mimo to nadal należy wykonywać zawód lekarza zgodnie z zasadami, które sprawdziły się przez wiele lat i które bardzo dobrze opisuje Kodeks Etyki Lekarskiej. Ograniczanie i formalizowanie kontaktów z chorymi naraża na roszczenia. Trzeba zrezygnować z mitu nieomyślności i perfekcyjnego działania. Prawdziwa poprawa jakości stałaby się możliwa po wprowadzeniu odszkodowań bez dowodzenia winy i po wdrożeniu wielostopniowych systemów zabezpieczeń w codziennej pracy. Takie zmiany byłyby korzystne dla chorych i dla lekarzy. ●

PIŚMIENNICTWO

- American College of Surgeons: The medical liability crisis and the litigation explosion. <http://www.facs.org/ahp/litexplosion.html>.
- Brearly S. (1999) Regulation of doctors in the European Economic Area – types of misconduct, disciplinary machinery and exchange of information. A report to the Conference Internationale des Ordres et des organismes d'attribution similaire. Paris.
- Ely J.W., Dawson.D., Young P.R., Doebbeling B.N., Goerd C.J., Elder N.C., Olick R.S.(1999) Malpractice claims against family physicians: are the best doctors sued more? J. Fam. Pract. 48: 23-30.
- Forster H.P., Schwartz J., DeRenzo E. (2002) Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. Arch. Intern. Med. 162: 1217-1219.
- Globalis: Number of physicians per 100,000 people. <http://globalis.gvu.unu.edu/>
- Holbrook J. (2003) The criminalisation of fatal medical mistakes. BMJ 327: 1118-1119.
- Krajewski R. (2003) Czas zmienić myślenie. Gazeta Lekarska 07-08: 15-16.
- Krajewski R (2004) Nie w każdych warunkach. Gazeta Lekarska, 05: 38-39.
- Krajewski R (2004) Odpowiedzialność zawodowa lekarzy. Medycyna po Dyplomie 13: 16-25.
- Mazor K.M., Simon S.R., Yood R.A., Martinson B.C., Gunter M.J., Reed G.W., Gurwitz J.H. (2004) Health plan members views about disclosure of medical errors. Ann. Intern. Med. 140 (6): 409-418.
- Ministerstwo Zdrowia: Ochrona zdrowia w liczbach. <http://www.mz.gov.pl>.
- World Health Organization: The world health report 2000 – Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- Zielińska E. (2001) Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej. Liber, Warszawa.

