

614.9—021.9[530.46]:614.8[539.16]

ZDRAVOTNICKÁ SLUŽBA V ALŽÍRSKÉ REVOLUCI

Karel HOLUBEC

Jsou to dnes už jenom trochu opožděné vzpomínky z pobytu z alžírského pomezí, z doby, kdy už velký boj dohořoval a kdesi daleko probíhala úporná vyjednávání, o kterých se někdy už zdálo, že nebudou mít konce. Malá skupina našich lékařů, Serý, Odstrčil a já, jsme měli předat mnohdy tak těžce postrádanou zdravotnickou techniku, nabídnout pomoc, kde by se ukázala potřeba, a především se seznámit se sociální a zdravotnickou situací v táborech běženců. Jejich útočiště byla, stejně jako na druhé straně v Tunisu, rozeseta po celé délce východní marocké státní hranice. Situace v nich byla nedobrá a dalo se očekávat, že se ještě zhorší s očekávaným hromadným návratem uprchlíků domů, do zpusťované země. Jeden z nás, doc. dr. V. Šerý, CSc., už mluvil o svých tehdejších zkušenostech v rozhlase a později se vrátil do Alžírsku ve funkci epidemiologa, aby pomáhal správním orgánům mladé republiky zvládnout nemalé potíže. Mně by zbývaly některé připomínky především k organizaci zdravotnické služby v bojující alžírské armádě a k povaze zranění, která s sebou přinesla několikaletá válka s boji jak na ustálené frontě, tak v hlubokém zázemí.

Pohybovali jsme se při tom po celé délce hranice, od hustě zabydlených území na severu dál přes mnohde skoro liduprázdné hlinité pláň hamady až nakonec k písčným saharským návějším na samém jihu pohostinné země, tak jak nás vedly pohraniční cesty, na které navazovala dočasná sídliště přeběhlíků z druhé strany hranice. Své úkoly mohla skupina ovšem plnit jen v nejužším spojení s alžírskými vojenskými jednotkami, které ji mohly v její práci podepřít jak vahou své autority v neklidném pohraničí, tak svými technickými prostředky. Jinak fronta sama probíhala dál po hustých rozeklaných vrcholcích pohraničních horských hřebenů, odkud zbýval dál do Alžírsku jen neutešený pohled na moře bělavých vrchů bez

osad a lidí, snad místy s plochami holé země se skvrnami temně zeleného vavřínu.

Na severu vedly cesty zcela blízko hranice země, takže jsme se za tmy pohybovali stále pod vtíravým světlem reflektorů z opevnění z druhé strany hranice. I když jsme spali ve městě, duněla nám do spánku noc co noc dělostřelba. Fronta nebyla nikdy v klidu. Měli jsme z první ruky i nedobré zprávy o stále rostoucím neklidu v blízkém alžírském Oranu a činnost teroristů se stávala stále intenzivnější. Snad na frontě v horách, v zemljankách mezi skalami nebo třeba i pod stany beduinů bylo relativně bezpečněji než na vojenské základně ve městě. Její nemocnice byla za našeho pobytu napadena letecky a byly ztráty na životech i přímo na operačním sále, u raněných i u zdravotníků. Mimoto zde bylo mnoho dopravních úrazů, hlavně při přesunech velkých vojenských jednotek, a nemocnice byly stále přeplněny raněnými, kteří se zde léčili nebo zotavovali z následků starších zranění. Styk s alžírskými lékaři a s raněnými z fronty i z partyzánského týlu spolu s přístupnou dokumentací dovolovaly nám i nepřímou nahlédnout hlouběji do zdravotnické problematiky války, která se vlekla už celá léta. Konečně tu byly i dni prožité na frontě a také na druhé straně hranice, chvíle spojené se stálým rizikem. Chirurgické zkušenosti z tohoto prostředí zde předkládám.

Především je třeba vzít v úvahu prostředí, ve kterém docházelo k poranění. Byly v tom značné rozdíly. Bojovalo se na široké frontě, celé alžírské území bylo vlastně bojištěm, město i venkov, hory i okraj pouště. Zdravotnická služba nesla velkou část rizika odboje a okupující mocnost si byla vědoma její morální i bojové hodnoty. Proto bylo správou země uvaleno embargo na důležitý zdravotnický materiál, na alkohol, antibiotika i obvazové látky, takže se prostředky na ošetření raněných opa-

třovaly na alžírském území nesnadno. S první pomocí zraněný bojovník zpravidla počítat mohl, ale často už nebyl nikdo, kdo by provedl závažnější operaci, a nebylo ani místo, kde operovat. Ve městech se postižený mohl výjimečně obrátit na liberálního francouzského lékaře nebo na krajana a mohl být snad léčen na některé z malých soukromých klinik. V úkrytech na horách však mohlo být poskytnuto jen nejnútnejší a nejprostší ošetření a po něm už zbývala daleká cesta k hranici, přes zátaras a přes hranice někam do nemocnice, kde už byla dána možnost kvalifikované chirurgické pomoci. Často tu byla malá naděje, že raněný vyvázne. Zasažení do břicha se zpravidla nemocnice nedočkali, ranění na končetinách měli naději větší. K hranici je vezli na mulách nebo na velbloudech, tak jak je pro raněné zapůjčili ochotní vesničané nebo beduini. Tato pomoc prý raněným nebyla nikdy odepřena, i když za to vesnici a kmeni hrozily nejtěžší represálie, ztráta majetku a často života.

Na konci dlouhé cesty, kde bylo možné se pohybovat jenom v noci, čekal raněný ještě přechod přes čáru smrti, nebezpečnou opevněnou hraniční linii. Opevněný pás probíhal po celé délce hranice, někde v přímořské rovině těsně u ní, jinde i několik desítek kilometrů hlouběji na alžírském území. V okraji pásu byl veden ostnatý drát, za ním byly skryty zahrabané nášlapné miny, poté šel drát nabitý elektřinou a uprostřed byla cesta, po které mohlo projet i obrněné auto. Dále v obráceném pořádku následoval zas nabitý drát, miny a ostnatý drát. V dvoukilometrových vzdálenostech byly po linii rozmístěny pevnůstky.

Jedinec se mohl pod linii i podhrabat, pro větší transport museli připravit cestu ženisté. Ženíjná služba byla v alžírské armádě ceněna vysoko, byla však právem považována za vysoce nebezpečnou. Miny uložené v písku se zpravidla vymykaly možnostem předchozí technické detekce. Ženisté museli proto spoléhat na svůj hmat. Transport došel k čáře v noci a velbloudi s raněnými zůstali ve tmě opodál. Ženisté zasedli ke své práci. Poslepu vsedě prosívali rukama sypkou zem a písek, až našli nit vedoucí k mině. Přestříhli ji a hrabali dál do hloubky, až našli a zneškodnili i minu samu. Poté označili místo chystaného přechodu kusy papíru a přerušili elektrické vedení. Potom honci rychle převedli v označeném místě karavanu s raněnými. Prošli tak i větší transporty s raněnými a někdy i celé zmasakrované a ožebračené kmeny. Vedení bylo přerušeno až v poslední chvíli proto, že příslušné zařízení mohlo oznámit a určit přímo místo poruchy. Z pevnůstky pak zaútočily obrněné vozy. Proto zpravidla pomohla v přechodu jiná alžírská vojenská jednotka, která současně zasáhla na vzdáleném místě, aby odvedla pozornost hlídky. Pokud se vozy přece blížily, byla snaha ozbrojeného doprovodu dostat se jim nablízko. Byly prý pak už méně nebezpečné.

Doprovázet raněné na dlouhé cestě byl pro zdravotníky úkol velmi nesnadný. Pochod trval dlouho, bylo možné postupovat jen v noci. I po přechodu opevněné čáry zbýval mnohde ještě dlouhý pochod k hranici a nebezpečí dosud nepominulo. Až legendární se stal případ bojovníka zraněného kdesi v horách, v maquis, kterému prořízli hrtan, ale zůstaly zachovány velké tepny. Ránu prozatímne sešil zdravotník ošetřovatel, ale stehy v infikované ráně se uvolnily a po celé dlouhé cestě na hranici ucházel z rány vzduch s hojným zpěněným sekretem. Raněný musel být po cestě stále převazován, až byla vyčerpána všechna zásoba obvazů. Nakonec ho průvodci přece dopravili do nemocnice a za našeho pobytu se raněný už doléčoval v nemocnici v bezpečném marockém zázemí. Ovšem také jiní poranění docházeli do nemocnice s těžce infikovanými ranami, v nedobré celkové stavu.

Jiný byl osud těch, kteří utrpěli zranění přímo na frontě v horách, zejména na jejím severním úseku. Zde šlo o úsek fronty s živou bojovou činností, s nemocnicí nedaleko za frontou a s pohodlnými přisunovými cestami. Tady mohla být už vybudována pravidelná zdravotnická služba, zajišťující kvalifikovanou chirurgickou pomoc od samého začátku včetně první pomoci na místě zranění. Příslušníci vojenské zdravotnické služby setrvali s bojujícími v první linii, opatření pomůckami pro první pomoc. Zasažení byli ovázáni a odsunuti asi 300 m dozadu do místa, kde se jim dostalo celého základního potřebného ošetření i s podáním dolosanu, antibiotik (PNC, STM), s aplikací protitetanového séra atd. Jestliže šlo o raněného, který nepotřeboval zvláštní resuscitaci a mohl snést převoz až do nemocnice, byl dopraven přímo k vozu dopravní služby, který čekal asi 1500 m za přední linií. Zde ho prohlédl a popřípadě mu poskytl pomoc lékař a pak ho auto dopravilo do nemocnice. Vedle tohoto přímého přesunu do nemocnice byla zde ještě druhá možnost.

Asi 3 km za přední linií byla vybudována vždy pro několik praporů ošetřovna. Tam se raněný mohl před další cestou do nemocnice pozdržet a zotavit, zde mu mohla být v případě potřeby podána i infúze roztoku nebo transfúze krve. Ta byla ovšem možná i ještě dále vpředu, doprava krve v krabicích z gumové pěny byla snadná a pohodlná. Vedle raněných byli v těchto ošetřovnách soustředěni i interně nemocní, kteří potřebovali odsun do nemocnic. Mnoho bojovníků bylo totiž vyřazeno z akce všudypřítomnou amébozou. Tyto ošetřovny byly vlastně malé nemocnice o 20–30 lůžkách, velmi dobře maskované, skutečně to mimikry proti dotěrným helikoptérům. Zvlášť byl kladen důraz na to, aby se z důvodů utajení nikde v jejich okolí nepovalovaly papíry a jiné odpadky. Helikoptéry si vynutily taková úzkostlivá maskovací opatření pro zdravotnická polní zařízení i pro vlastní bojovou činnost a vůbec pro pobyt v terénu. Byl příkaz ihned ulehout

a nehýbat se, jakmile by se objevila helikoptéra. Letec snad zaznamenal pohyb, ale ani z nízká nezpozoruje nehybně ležícího člověka. Trávníková zeleň uniformy a světlá hněd pláštědžalabije odpovídaly barvám vyschlé hlíny a vavřínových porostů. I zdravotnická služba si tak v horách osvojila mnoho z bojové techniky a nakonec se i ona podílela na souboji mezi mulou, hlavním dopravním prostředkem osvobozovací armády v horách, a helikoptérou. Vyhrála to tehdy, jak známo, mula.

Vrátíme se ale k vlastní zdravotnické problematice. Dobré spojení fronty k vojenské bázi, kde byla i nemocnice, dovoľovalo chirurgovi



Obr. 1. Dobře kryté ošetrovny

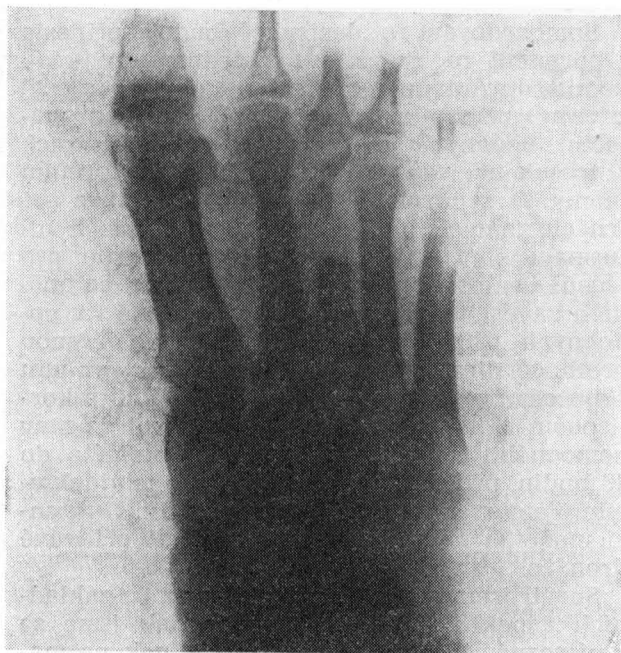
opustit i na několik hodin nemocnici, aby se účastnil práce lékařů na frontě a kontroloval ji. V nemocnici měli zatím pohotovost zkušení ošetrovatelé s kvalifikací felčarů, ovládající techniku resuscitace. Spolu s nimi byli připraveni k odběru dárci krve. Jestliže byl do nemocnice dopraven raněný v době, kdy chirurg nebyl přítomen, ošetrovatelé vyplnili dobu do jeho příchodu přípravou raněného k operaci. Počítali s výkonem na dobu, kdy se měl chirurg vrátit. To mohlo ovšem platit jen pro tento úzký úsek fronty. Jinak tomu bylo na poměrně klidném, ale velmi rozsáhlém jižním úseku, kde byla za frontou jen nemocnice s možnostmi první pomoci, s lékařem nechirurgem. Zde čekala raněného po obtížné dopravě z hor k silnici ještě dlouhá cesta k nemocnici na severu, vzdálené několik set km, bez možností náročnější resuscitace a třeba nutné chirurgické hemostázy.

O osudech poraněných v dalekém zázemí bojující země jsem se už zmínil. Nemocní s infikovanými ranami, pokud přežili dlouhou cestu přes hranici, byli většinou přímo odsunováni do vojenských nemocnic v dalekém týlu bojující armády. Jinak v nemocnici na vojenské základně v blízkosti fronty převažovala v době našeho pobytu také poranění končetin. Byla mezi nimi poranění skutečně typická, jmenovitě z přechodů po nášlapných minách. Ve výcvikové vojenské škole bylo možné vidět celé muzeum těchto zbraní, různého tvaru i typu,

většinou, jak jsem se už zmínil, takových, že se vymykaly možnostem běžné detekce. Mezi takto postizenými bylo mnoho ženistů. Převažovala zranění dolních a horních končetin, často provázena poraněním podbřišku. Na nohou šlo častěji o rozsáhlé devastace měkkých částí s otevřenými zlomeninami záprstních kůstek a dlouhých kostí končetin, způsobených střelou z pusky nebo kulometu. Tato poranění se dostávala do nemocnice často až po dlouhé přepravě z hlubokého alžírského vnitrozemí, po dlouhé cestě, kdy pochod musel být s nastávajícím jitem přerušen a nemocný skrýván až do soumraku.

Pro raněné s otevřenými zlomeninami, kteří se dostali do nemocnice krátkou cestou z fronty po kvalifikované první pomoci, se otevíraly i jiné možnosti. Dalo se uvažovat i o provedení časté osteosyntézy s repozicí fragmentů a jejich primární fixací, i když dosud trvá diskuse o její oprávněnosti, zvláště ve válečné praxi. V místě našeho působení platilo pravidlo, že indikace pro tento náročný postup mají být omezeny na případy, kde byly splněny některé základní požadavky. Tak do 6 hodin po zranění mohlo být ještě provedeno vše, co by zaručovalo zpevnění zlomeniny operativní cestou. Později, až do 24 hodin po zranění, především rozhodovalo, zda se nemocnému dostalo úplného ošetření už po první pomoci. Vedle zajištění hemostázy a znehybnění obvazem měla být poskytnuta nutná resuscitace a především dána antibiotika, aby operace probíhala pod jejich clonou. Pro vlastní operativní výkon měla být dekontaminace rány zajištěna složitými předpisy, kde byly v průběhu mechanického opracování rány střídány roztoky pro místní upotřebení. Pro zpevnění úlomků se užívalo aloplastického materiálu a rána byla uzavírána za každou cenu, u většího defektu v měkkých částech i posunem kožního laloku nebo svalovou plastikou. Téže francouzské školy pro léčení otevřených zlomenin v míru byly tak v praxi alžírských chirurgů francouzského školení aplikovány i na válečnou chirurgii a bylo jich zde použito v širokém měřítku. Bylo to jasné z dokumentace i z pohovorů přímo u lůžka raněných. Alžírský chirurg poukazoval na to, že časná osteosyntéza prokázala svou oprávněnost už před alžírskou revolucí, v době marockého odboje v letech 1956–1958. Především bojovníci odporu používali z nutnosti bojové techniky, která vedla často k otevřeným zlomeninám, s rozsáhlým porušením křtů měkkých částí. Podle výpovědí alžírského kolegy došlo přesto často k nečekanému zhojení a ukázalo se velmi prospěšným, jestliže mohly být úlomky pevně zafixovány už při prvním chirurgickém definitivním ošetření. Nebylo třeba se tolik obávat pozdějšího vzplanutí infekce a doba hojení se zkrátila už tím, že nebylo třeba druhého výkonu na zlomenině.

O svých zkušenostech v uplatnění časně osteosyntézy jsem psal už jinde (Rozhl. v chir., 49, 1970, s. 418–427). Nakonec jsme zůstali



Obr. 2. Zlomenina z exploze nášlapné míny

skeptičtí v posouzení indikací tohoto postupu pro válečnou praxi. Uzavřel bych, že výsledný obraz byl nakonec málo povzbuzující a vcelku podobný situaci z doby, kdy ještě primární osteosyntéza uplatňována nebyla. Byly i zde dlouho se nehojící rány s píštělemi k zavedení cizímu materiálu, sekvestrace úlomků s následnými defekty a zbývající pseudoartrózy. Rutinní užití metody, třeba omezené uvedenými indikacemi, nepřispělo tedy podle našeho dojmu ke konečnému řešení otázky, jak postupovat u otevřených zlomenin ve válce. Ovšem toto tvrzení nemůžeme opřít o přesnou dokumentaci. Byla nemnoze kusá, zvláště z doby, kdy se už situace stávala nepřehlednou pro chystaný přesun raněných domů, a podle informace alžírských kolegů se na léčení zlomenin podíleli z nouze mnohdy i méně kvalifikovaní pracovníci. Na druhé straně nás ovšem později informovali francouzští lékaři, kteří v době konfliktu v zemi pracovali na druhé straně, že metoda časně osteosyntézy u otevřených zlomenin nedošla obecného uznání ani v metropoli a ve válce jim bylo dovoleno jí užít jen za zcela výjimečných okolností. Snad by opravdu v takových situacích méně bylo více a metoda Truetova bez šití měkkých částí a s dlouhodobou fixací zlomeniny v sádrovém obvazu byla oním mistrovským zanedbáním, oním masterly neglection, které se vyhne úskalí infekce v ráně a vede bezpečněji k zhojení. Ovšem Truetovu metodu alžírští lékaři odmítali.

Nepsal jsem ale dosud o poranění hlavy a břicha. Zranění hlavy přibývalo ještě v době našeho pobytu v zemi, ať to bylo z dopravních úrazů při přesunech velkých jednotek nebo z bombardování, kterému dosud nebyl konec. Ve stavech bezvědomí se zvýšeným krevním

tlakem a vysokými teplotami byl kladen zvláštní důraz na celkové léčení. Byla podávána neuroplegika zpravidla ve směsích typu M1 a M2 spolu s K-thrombolysinem, adrenolysinem, rifomycinem a ruffolem, abych zde opakoval, co jsem si zaznamenal v konkrétních případech. Pravidlem byla mimo to aplikace vitamínového koktajlu s vit. B1, B6 a B12 a s vitamínem C v infúzi roztoku glukózy a ovšem i antibiotik ve vysokých dávkách, PNC 3 až 5 mil. j. denně, STM 1 g a tetracyklinu. Defekty v dura mater byly běžně kryty amniovou blánou, kterou dodává francouzský farmaceutický průmysl pohotově k použití. Kryt z amnia se adaptuje daleko lépe, než je tomu třeba při užití fascia lata. U hlubokého mozkového krvácení si chválili chymotrypsin; hematoma se po něm dal dobře odsát.

Poranění břicha z hlubokého zázemí se zpravidla nemocnice, jak jsem uvedl, nedočkala. Byla zde však zranění způsobená nášlapnými minami a pak střelná zranění z pušky nebo kulometu z fronty. Poranění byla léčena běžným chirurgickým způsobem zas s různým výsledkem. Našli se i opožděně operovaní nebo neoperovaní vůbec, kteří zranění přežili. Zde se zase osvědčily staré válečné zkušenosti. Tak třeba konzervativní léčení s podáním antibiotik vystačilo u zraněného s průstřelem jater, u kterého šel vstřel i výstřel šťastně mezižebřím. Naproti tomu tam, kde bylo zasaženo žebro, následovala těžká destrukce jater a nemocný poranění nepřekal. Naživu zůstal i neoperovaný s průstřelem tlustého střeva, kde se vytvořil anus praeternaturalis. Sterkorální píštěl trvala dlouho, ale nakonec se sama od sebe uzavřela. Jindy vznikl po spontánně zhojeném střelném poranění břicha ileus z adhezi. Provedli zde plikaci podle Nobleho.

Popáleniny nebyly v alžírské válce řídké. Vedla k nim zpravidla už sama válečná technika, užití plamenometů nebo zbraní, kde plamen šlehl nazpět. Mnohé popáleniny byly způsobeny napalmem. Byly tak zničeny osady viněné z podpory odboje nebo jím byly spalovány lesy, kde se, jak útočník soudil, soustřeďovali bojovníci hnutí odporu. Většinou šlo o popáleniny hluboké a ohraničené. Chirurgové si u nich časem osvojili dovednost odhadnout správně hloubku zranění vysokým teplem a popáleninu s úspěchem excidovali. V posledním údobí války přešli alžírští lékaři na otevřený způsob léčení. Popálení byli kladeni do čerstvého sterilního prádla pod klec a dostávali antibiotika ve vysokých dávkách. I zde byl kladen zvláštní důraz na celkové léčení, zaměřené zejména na boj proti šoku.

Co nejdříve se popálenému dostalo infúze fyziologického roztoku s neuroplegiky, zpravidla ve směsi typu M1. Stalo se tak obvykle už do 2 hod. po popálení, aspoň tam, kde byl možný odsun na obvaziště. Popálený zde dostal 1–2 ccm směsi v roztoku a zbytek mu byl dán až v nemocnici. Pokračovalo se pak s perfúzí



Obr. 3. Popálenina z napalmy

plazmy. První a druhý den dostával nemocný láhev s 0,5 l plazmy na 10 % postižení tělesného povrchu, třetí den se už přecházelo na krev celou a ACTH. U těžce postižených se kladl zvláštní důraz na psychickou rehabilitaci, zvláště v pozdním údobí nemoci z popálení.

Zvláštní pozornost si vyžádaly popáleniny obličeje, ruky a hráze. Na obličej se dobře osvědčovala hydrokortizonová masť a doporučovalo se od počátku vydatně cvičit žvýkáci a mimické svalstvo. U popálenin ruky se kladl důraz na zvlášť pečlivé opracování popáleniny a na úzkostlivé dodržování zásad asepse při převazech, aby nedošlo k druhotné infekci. Prsty se kladly na dlahu v semiflexi. Brzo se začínalo s rozvíčováním. Na perineu se sáhlo často k energickým excizím a defekty byly kryty dermoepidermálními štěpy. Štěp posloužil často jen jako dočasný kryt, ale přece přispěl k rychlejšímu a výsledkem uspokojivému hojení. Častěji byly prováděny excize z hlubokých i rozsáhlejších popálenin na břiše, protože jinak vytvořená krusta stahovala a ztěžovala dýchání.

Zvláště jsme byli upozorněni na zkušenost, že někdy po rozsáhlejších popáleninách nastala zástava plynů až do obrazu ileu. Někteří z takto postižených nepřežili. Při pitvě se však našel jen plynný obsah ve střevě. Dobře se zde osvědčil prostigmin, kterým nešetřili a podávali jej opakovaně, když se ileus znovu dostavil. Zvláštní pozornost vyžadovala poranění sdružená, popáleniny a mechanická poranění, nejčastěji právě otevřené zlomeniny dlouhých kostí končetin. Po ošetření popáleniny byla nejčastěji založena extenze. Z jiných sdružených postižení připomínali v nemocnici raněného, který vedle závažného popálení utrpěl zlomeninu dolní končetiny a otevřenou zlomeninu pánve s poraněním močového měchýře. Nemocný se nakonec uzdravil až na to, že měchýř zůstal malý a že se v něm opakovaně tvořily konkrementy a písek, které musely být odstraňovány. Vracely se při tom stavy z infekce močových cest s vysokými teplotami. Vzhledem k závažnosti původního postižení to v nemocnici nepovažovali za výsledek nejhorší.

Bombardování s destrukcí budov přinesla i poranění páteře. Snad poslední bylo právě bombardování nemocničních objektů ještě z doby našeho pobytu na vojenské bázi náletem vedeným už teroristickou organizací. Z trosk byl vyproštěn zraněný s poškozením míchy se syndromem a spinális ant. bez patrných známek léze obratlů. Podle našich informací nepřijala francouzská chirurgie pro léčení zranění tohoto druhu časný výkon na místních závěsných vazech. Bylo prý běžné i v podobných případech podávat směs zaměřenou proti cévním spasmům (papaverin, prokain nebo cévní spasmodicum [Nicyl]) spolu s kortisonem a heparinem v infúzi. Pokud se stav nemocného neupraví do 24 nebo nejdéle do 48 hodin, provádí se prý často i zde laminektomie třeba v rozsahu několika obratlů. U retenční moči po úrazech míchy neutilizovali přílivové drenáže.

Snažil jsem se pozastavit se aspoň u základních aspektů válečné chirurgie, jak jsme se s ní seznámili za zvláštních podmínek na marockém pomezí, když se už alžírská válka chýlila ke konci. Jistě tento přehled daleko nevyčerpává celou válečnou zdravotnickou problematiku. Bylo by snad možné všimnout si třeba ještě podmínek chirurgické práce v prostředí zamořeném infekčními chorobami a pozastavit se také u kliniky průvodného onemocnění. To však už zůstává spíše úkolem jiného z nás (Šerý) a odkazuji zde na jeho dílo. O porušení minerální homeostázy u průjmového onemocnění jsem konečně na základě vlastní osobní zkušenosti také už psal na jiném místě (Čas. Lék. čs., 107, 1963, s. 1392–1397). Zůstávám tedy na uvedených spíše technických poznámkách. Snad výklad dokreslí připojené obrazové doklady z dokumentace pracoviště i snímky s. doc. dr. V. Šerého. Děkuji mu za laskavé svolení, abych jich použil. Zmínka o některých zkušenostech z alžírské revoluce bude také obsažena v souhrnné kapitole o zranění končetin v publikaci „Blíž k obrátce“, která má vyjít příštího roku. Jsou tam některá fakta, pro která už nezbylo místo v tomto článku. Pokud se některé údaje překrývají, svolilo nakladatelství Avicenum, abych je uvedl už na tomto místě. Také Avicenu patří můj dík.

Souhrn

Autor uvádí v přehledu některé zkušenosti z válečné chirurgie získané na zdravotnických pracovištích alžírské osvobozovací armády. Pojednává o organizaci zdravotnické služby a o problematice ošetřování válečných zranění na frontě i v bojující zemi samé. Věnuje pozornost léčení otevřených zlomenin a přimlouvá se za omezení indikací pro časnou osteosyntézu. Připojuje technické připomínky o léčení poranění hlavy a páteře a o léčení popálenin ve válce. Upozorňuje na zvláštní aspekty chirurgické péče v území zamořeném infekčními chorobami.

Doc. dr. K. Holubec, Třebíč, Engelsova 9