

# Tatak, Jolanta

---

## Leczenie chirurgiczne gruźlicy u dorosłych w I połowie XX w. w czasopiśmie "Gruźlica"

---

Medycyna Nowożytna 11/1, 181-204

---

2004

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Jolanta Tatak

## Leczenia chirurgiczne gruźlicy u dorosłych w I połowie XX w. w czasopiśmie „Gruźlica”

### Czasopismo w latach 1909–1961

W tym okresie na ziemiach polskich w zwalczaniu tej choroby ogromny wkład wnieśli: Alfred Sokołowski, Henryk Dobrzycki, Tomasz Janiszewski, Seweryn Sterling i Bolesław Dębiński<sup>1</sup>.

Z inicjatywy lekarzy społeczników – dr B. Dębińskiego i dr S. Sterlinga ukazał się po raz pierwszy w kwietniu 1909 r. miesięcznik „Gruźlica”. Miał zainicjować twórczość polską oraz wszelkie poczynania na polu społecznej walki z gruźlicą. Ponadto zaznajomić szeroki ogół czytelników polskich, zwłaszcza lekarzy z tym, co dzieje się w tej dziedzinie na świecie. Zasięgiem miał objąć jak najszersze warstwy społeczne, pogłębić polską naukę o gruźlicy i przyczynić się do poprawy warunków zdrowotnych kraju. Pomysłodawcy czasopisma, określili je jako pismo poświęcone walce z gruźlicą jako chorobą społeczną<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A. Sokołowski, *Warszawskie Towarzystwo przeciwgruźlicze*, „Gruźlica” 1933, t. VII, nr 5.

<sup>2</sup> K. Plechutowa, *Historia Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego w latach 1934–1998*, Wyd. Medpress, Warszawa 2001.

Pierwsze egzemplarze „Gruźlicy” z 1909 r. wydawane były w formie czarno-białych zeszytów formatu A5, w miękkich zielonych okładkach z czarnym nadrukiem, zawierających około 30 stron. Można było zamówić prenumeratę roczną miesięcznika, a opłata w zależności od terytorium, do którego docierało wynosiła z przesyłką: w Królestwie Polskim – 2,4 rubla, w Galicji – 5 koron, w Poznaniu – 5 marek.

Naczelnymi redaktorami byli jego założyciele – dr B. Dębiński i dr S. Sterling. Ukazywał się on przy stałym udziale lekarzy i społeczników z różnych rejonów ziem polskich. I tak z Warszawy dr H. Dobrzycki, dr A. Sokołowski, z Krakowa dr O. Bujwid, dr T. Janiszewski, z Zakopanego dr K. Dłuski, z Łodzi dr L. Przeboorski, ze Lwowa dr A. Gluziński, z Rudki dr S. Galecki, z Otwocka dr W. Wroński i dr E. Żebrowski z Kijowa.

Rękopisy nadsyłało na adres domowy dr B. Dębińskiego w Warszawie, ul. Boduena 1 lub dr S. Sterlinga w Łodzi, ul. Piotrkowska 111. Sprawami administracyjnymi i kolportażem zajmowała się księgarnia E. Wende i S-ka w Warszawie. W numerach z 1909 r. można wyszczególnić 5 podstawowych działów stałych: *Wspomnienia o zmarłych lekarzach i działaczach*, *Dział sprawozdawczy*, *Prace z Pracowni Flugge’go*, *Wiadomości bieżące* i *Ogłoszenia*<sup>3</sup>.

Dział *Wspomnienia o zmarłych lekarzach i działaczach* zawierał, tak jak nazwa podaje, pośmiertne wspomnienia o ludziach zasłużonych na polu walki z gruźlicą, o ich osiągnięciach, pracy zawodowej i sukcesach<sup>4</sup>.

*Prace z Pracowni Flugge’go* (Pracownia higieniczna Flugge’go we Wrocławiu) były to publikacje z „Zeitschrift Hygiene” zawierające krytykę panującej teorii o zakażaniu się gruźlicą, jakoby „przez kanał pokarmowy i wysuszoną płwocinę”. Według tej teorii ludzie zarażali się gruźlicą przez krople płwociny, które suchotnik przy kaszlu, rozmowie itp. rozprasza wokół siebie<sup>5</sup>.

W Dziale sprawozdawczym zamieszczane były sprawozdania z kongresów i konferencji międzynarodowych np. z Waszyngtonu czy Filadelfii. Znajdowały się tam artykuły dotyczące opieki nad chorymi w różnych krajach, doniesienia np. ze Zjazdu Przeciwgruźliczego w Sztokholmie<sup>6</sup>.

Wiadomości bieżące zawierały sprawozdania z zebrań Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i działalności Ligi Przeciwgruźliczej

<sup>3</sup> „Gruźlica” 1909, t. I.

<sup>4</sup> *Wspomnienia o zmarłych lekarzach i działaczach*, „Gruźlica” 1909, t. I, nr 1, s. 1.

<sup>5</sup> *Prace z Pracowni Flugge’go*, „Gruźlica” 1909, t. I, nr 1, s. 26.

<sup>6</sup> *Dział sprawozdawczy*, „Gruźlica” 1909, t. I, nr 1, s. 22.

<sup>7</sup> *Wiadomości bieżące*, „Gruźlica” 1909, t. I, nr 1, s. 29.

w Łodzi<sup>7</sup>. Natomiast w *Ogłoszeniach* reklamowały się Warszawskie Laboratorium Przetworów Leczniczych Mlecznych, Zakład Kefirowy K. Życkiego, jak również sanatoria dla chorych pierśiowych w Zakopanem czy Otwocku. W tym czasie po raz pierwszy pojawiły się reklamy preparatów farmakologicznych np.: ROBORAT – środek odżywczy, PHTYSOREMID – emulsja Kocha w perelkach do użytku wewnętrznego<sup>8</sup>.

Po wydaniu 6 zeszytów czasopismo przestało istnieć pod koniec 1909 r. Nie wiadomo, czy było to spowodowane, względami finansowymi czy też cofnięciem zezwolenia ówczesnych władz carskich.

Dopiero po pierwszej wojnie światowej „Gruźlica” jako organ prasowy Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (PZP), zaczęła ukazywać się od listopada 1925 r. do września 1939 r. W styczniu 1926 r. wydano następną zeszyt sygnowany nr 2<sup>9</sup>.

Redaktorem naczelnym został wówczas doc. S. Sterling-Okuniewski. Zmianie nie uległ format i wygląd zeszytów, natomiast liczba stron wzrosła do około 60. Trudno dopatrzeć się jednak jakiegoś podziału na stałe działy. Na treść pierwszych zeszytów składały się sprawozdania ze zjazdów PZP, statystyka zachorowań i śmiertelności z powodu gruźlicy, społeczna walka z gruźlicą, leczenie sanatoryjne, jak również doniesienia z kongresów międzynarodowych i zagranicznych zjazdów. Nowością było zamieszczenie streszczenia przeglądu czasopism oraz tego, co pisano na temat gruźlicy w Polsce i na świecie.

I tak z czasopisma, które na początku kierowane było do jak najszerszego ogółu społeczeństwa, „Gruźlica” przeistoczyła się w fachową literaturę, skierowaną do określonego środowiska lekarskiego. W ten sposób redakcja chciała nakłonić lekarzy do opracowywania materiału klinicznego oraz omawiania zagadnień teoretycznych na jej łamach. Można powiedzieć, aby czasopismo to stawało się niezbędne „dla każdego lekarza specjalizującego się w tej dziedzinie.

W zeszytach z lat 1927–1929 liczba stron zwiększyła się do około 100, nastąpił podział na działy stałe: *Prace oryginalne*, *Piśmiennictwo polskie*, *Piśmiennictwo obce*, *Klinika*, *Leczenie*, *Sprawozdania*, *Życiorysy*, *Komunikaty*, *Sprostowania i omyłki w druku*.

Prace oryginalne nadsyłane były przez lekarzy na adres redakcji i dotyczyły zagadnień związanych z gruźlicą.

*Piśmiennictwo polskie i obce* obejmowało streszczenia prac ukazujących się w polskich i zagranicznych publikacjach, jak również ich ocenę dokonywaną przez specjalistów z dziedziny ftyzjatrii.

<sup>8</sup> *Ogłoszenie*, „Gruźlica” 1909, t. I, nr 1, s. 32.

<sup>9</sup> K. Pichulowa, *op. cit.*, s. 131.

<sup>10</sup> „Gruźlica” 1927, t. III, nr 1, s. 100.

W dziale *Klinika i Leczenie* donoszono o nowatorskich metodach rozpoznawania i leczenia. Oprócz tego zawierały sprawozdania ze zjazdów PZP, informacje o obchodach różnych uroczystości, rozstrzygnięcia konkursów. Reklamy leków lub aparatury medycznej zamieszczane były na ostatnich stronach czasopisma<sup>10</sup>.

W latach 1930–1938 funkcję redaktora naczelnego pełnił dr K. Dąbrowski, ówczesny dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie. Wygląd i tematyka czasopisma prawie się nie zmieniła. Nowością było pojawienie się w 1935 r. pierwszych kolorowych fotografii. Ostatecznie zastosowano podział na cztery działy stałe: *Prace oryginalne*, *Piśmiennictwo polskie*, *Piśmiennictwo obce* i *Wiadomości bieżące*. Cena rocznej prenumeraty wynosiła 8 zł, którą można było wpłacić na konto PKO. W zeszytach z tych lat nie pojawiały się reklamy, ale na końcu każdego, znajdował się spis wydawnictw, które były do nabycia w Polskim Związku Przeciwgruźliczym<sup>11</sup>.

Po nagłej śmierci K. Dąbrowskiego 26 marca 1938 r. redaktorem naczelnym „Gruźlicy” został dr S. Rudzki – wiceprzewodniczący PZP, który pełnił tę funkcję do wybuchu drugiej wojny światowej<sup>12</sup>.

Wojna przerwała wydawanie czasopisma na 7 lat.

Pierwszy powojenny numer ukazał się w 1947 r. jako Organ prasowy PTBnG. Administrację pisma objął Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy. Po wojnie redaktorem naczelnym został prof. Z. Skibiński, kierownik pierwszej w Polsce Katedry i Kliniki Ftyzjatrycznej we Wrocławiu. Jego zastępcą był dr M. Telatycki, a sekretarzem redakcji dr T. Garbiński<sup>13</sup>.

„Gruźlica” zmieniła wygląd – opracowano kolorową, sztywną okładkę. Ukazywała się jako kwartalnik w prenumeracie rocznej 1200 zł, nakładem 1000 egzemplarzy, liczba stron 150–200. Spis treści i niektóre prace tłumaczone były na język angielski<sup>14</sup>. Wyróżnić można było następujące działy stałe: *Prace oryginalne*, *Piśmiennictwo polskie i obce*, *Sprawozdania*, *Kronika*, *Komunikaty*. Na końcu zeszytu znajdował się wykaz nowości wydawniczych do kupienia i ocena różnych publikacji<sup>15</sup>.

Po śmierci prof. Z. Skibińskiego (14 listopada 1947 r.) naczelnym redaktorem została prof. J. Misiewicz.

<sup>11</sup> „Gruźlica” 1930, t. VI, nr 1, s. 99.

<sup>12</sup> K. Plehutowa, *op. cit.*, s. 131.

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 131.

<sup>14</sup> „Gruźlica” 1947, t. XV, nr 1, s. 1–2.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 149.

W 1949 r. Zarząd Główny PTBnNG i Komitet redakcyjny podjęły uchwałę, iż czasopismo „Gruźlica” będzie wspólnym organem prasowym Towarzystwa i nowopowstałego Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego.

Prof. J. Misiewicz zaangażowana w sprawy organizacyjne Instytutu przekazała redakcję pisma prof. J. Stopczykowi, który prowadził ją do 29 sierpnia 1951 r.

Podczas X Zjazdu Przeciwgruźliczego w Rokitnicy Śląskiej postanowiono, że redaktor naczelny czasopisma „Gruźlica” będzie wchodził „z urzędu” w skład Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego (PTF).

W dniu 30 sierpnia 1951 r. Walne Zgromadzenie wybrało ponownie prof. J. Misiewicz na naczelnego redaktora „Gruźlicy”. Funkcję tę pełniła do XI Zjazdu Przeciwgruźliczego, czyli do września 1953 r.<sup>16</sup>

Wygląd i forma czasopisma nie zmieniła się w porównaniu do ubiegłych lat. Zmieniła się natomiast częstotliwość ukazywania z kwartalnika na miesięcznik. Prenumerata roczna wynosiła 120 zł, nakład około 1400 egzemplarzy, liczba stron około 60<sup>17</sup>.

Lata pięćdziesiąte zaznaczyły się znaczną ingerencją polityki we wszystkie dziedziny życia. Nie ominęło to również medycyny. W „Gruźlicy” pojawiły się artykuły poświęcone J. Stalinowi, obchodom Rewolucji Październikowej, Święta 22 Lipca itp. Ponadto w sprawozdaniach znaleźć można było doniesienia ze zjazdów Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR), które zawierały wytyczne dla funkcjonowania państwowej służby zdrowia. Oprócz tłumaczeń na język angielski pojawiły się tłumaczenia w języku rosyjskim. Na łamach czasopisma zaczęły ukazywać się wykazy czasopism radzieckich z możliwością uzyskania prenumeraty<sup>18</sup>.

Następne lata nie przyniosły istotnych zmian w samym wyglądzie i treści czasopisma. Prenumerata roczna wynosiła 180 zł, nakład około 1700 egzemplarzy, natomiast liczba stron nie uległa zmianie<sup>19</sup>. 17 września 1953 r. redaktorem naczelnym „Gruźlicy” została prof. W. Jaroszewicz. Podczas jej prezesury Komitet redakcyjny w dniu 24 października 1961 r. podjął decyzję o zmianie nazwy czasopisma z „Gruźlica” na „Gruźlica i Choroby Płuc”. Pod tym tytułem pismo zaczęło ukazywać się od 1962 r.<sup>20</sup>

<sup>16</sup> K. Piehutowa, *op. cit.*, s. 131.

<sup>17</sup> „Gruźlica” 1951, t. XIX, nr 1, s. 1-2.

<sup>18</sup> Zob.: „Gruźlica” 1953, nr 1, s. 60-64 ; „Gruźlica” 1954, nr 7, s. 453-456.

<sup>19</sup> „Gruźlica” 1961, t. XXIX, nr 1, s. 206.

<sup>20</sup> K. Piehutowa, *op. cit.*, s. 131.

## Leczenie chirurgiczne

### a. Odma wewnątrzopłucna

W pierwszej połowie XX w. wśród chirurgicznych metod leczenia gruźlicy płuc dominowała odma opłucna. Zapoczątkował ją skonstruowanym przez siebie aparatem odmowym i wprowadził do praktyki C. Forlanini z Padwy w 1892 r. Pomysł takiego leczenia powstał w wyniku obserwacji wskazujących, iż u niektórych chorych na gruźlicę płuc, w następstwie powikłania wysiękiem opłucnowym lub odną samorodną po stronie chorej dochodziło do zahamowania objawów chorobowych<sup>21</sup>. Wpływ odprężenia chorego płuca można było zauważyć już w pierwszych dniach: gorączka zaczęła opadać, kaszel był coraz łagodniejszy, ilości wydzieliny mniejsze. Po opracowaniu podstaw fizjologicznych leczenia zapadem chorego płuca, metoda ta znalazła szerokie zastosowanie na całym świecie.

W Polsce zabieg ten jako pierwszy zastosował S. Sterling w 1911 r. Po wielu latach prób ustalono, iż głównym wskazaniem do takiego leczenia jest wczesna jama opłucnej<sup>22</sup>.

### Technika leczenia odną

Warunkiem wykonania odmy była wolna od zrostów jama opłucnej. Do wytworzenia odmy służył aparat odmowy zaopatrzony w manometr.

Za pomocą specjalnej igły, połączonej drenem z manometrem wodnym i aparatem odmowym, wkłuwano się do szczeliny opłucnowej. Najczęstszym miejscem była przednia lub środkowa linia pachowa, w V–VII międzyżebrow, gdyż mięśnie tu są mniej rozwinięte, a zrosty rzadko występują. Dla uniknięcia zranienia naczynia krwionośnego międzyżebrowa, nakłuwano je tuż nad górnym brzegiem dolnego żebra. Obecność igły w jamie opłucnej wykazywało ujemne wahanie manometru wodnego: we wdechu około  $-8$  cm i w wydechu  $-2$  cm  $H_2O$ . W przypadku zrośniętej opłucnej manometr nie wykazywał wahań. Jeżeli igła dosięgła płuca i tkwiła w drobnym oskrzeliu, odczyt był następujący:  $-2$  cm  $+2$  cm  $H_2O$ , co stanowiło przeciwskazanie do wprowadzenia powietrza. Gdy manometr wskazywał właściwe dla wolnej jamy opłucnej wahania słupa wody, wprowadzano 300–400 ml powietrza. Zabieg ten powtarzano po 24–48 godzinach. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej chorego, wykonane po wprowadzeniu powietrza, wskazywać powinno obecność komory

<sup>21</sup> J. Stopczyk, *op. cit.*, s. 10.

<sup>22</sup> Z. Moskwa, *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987, s. 71–72.

powietrznej między płucem a ścianą klatki piersiowej, częściowe zapadnięcie się i mniejszą przejrzystość płata chorego płuca, jego zmniejszoną ruchomość oddechową, przy zachowanej ruchomości płata zdrowego i zwiększonej powietrzności płuca po stronie zdrowej<sup>23</sup>.

Wziernikowanie jamy odmowej wykonywano, gdy badanie radiologiczne wykazywało, w okresie pierwszych tygodni, obecność zrostów, przytrzymujących chory płat do ściany klatki piersiowej. Zrosty technicznie dostępne przepalano, przez wprowadzenie do opłucnej – pod kontrolą wziernika żegadło elektryczne. Zrostów bardzo krótkich, szerokich lub płaszczyznowych nie można było przepalać. Stanowiło to przeszkodę dla uzyskania odpowiedniego zapadu chorego płata i decydowało o nieskuteczności leczenia. Chorzy tacy byli narażeni na wiele ciężkich powikłań, np. takich jak wysięki opłucnej, czasami ropne. Po raz pierwszy wykonał ten zabieg H. Ch. Jacobaeus w 1912 r. ulepszając w ten sposób skuteczność odmy sztucznej<sup>24</sup>.

Następnych dopełnień odmy dokonywano znacznie rzadziej (raz na dwa – cztery – sześć tygodni przez szereg miesięcy). Wymagany czas leczenia wynosił 2 lata od zniknięcia prątków w płwocinie, a nie rzadko 5 lat i dłużej. W przypadku braku możliwości leczenia tą metodą przez kilka lat, w ogóle go nie rozpoczynano.

Po kilkuletnich doświadczeniach uznano, że naczelnym wskazaniem do zastosowania odmy były przewlekłe i podostre zmiany gruźlicze w płucu z wyraźną skłonnością do postępowania procesu, zwłaszcza serowacenia i rozpadu z powstawaniem jam<sup>25</sup>.

Wyniki leczenia były tym lepsze, im wcześniej zastosowano odmę, dlatego, że w początkowym okresie choroby nie było jeszcze zrostów opłucnowych, zmiany gruźlicze dotyczyły przeważnie jednego płuca, a ściany jamy były cienkie, sprężyste i podatne na ucisk (zob. tabela nr 1)<sup>26</sup>.

### **b. Odma zewnętrzno-płucna**

Wśród leczenia zapadowego gruźlicy płuc odma zewnętrzno-płucna była metodą nową, z powodu różnorodności wyników, trudną do oceny odnośnie wartości i jej znaczenia. Zabieg polegał na chirurgicznym

<sup>23</sup> M. Ziarski, *Leczenie odmą wewnętrzno-płucną wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 679–687.

<sup>24</sup> J. Stopczyk, T. Bielecki, *Wewnętrzno-płucne przepalanie zrostów*, „Gruźlica” 1948, t. XVI, nr 3–4, s. 265–269.

<sup>25</sup> W. Jaroszewicz, *Jamy nadymane*, „Gruźlica” 1948, t. XVI, nr 3–4, s. 265.

<sup>26</sup> S. Kalinowski, *Odma zewnętrzno-płucna w leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1948, t. XVI, nr 1–2, s. 34–40.



**Tabela nr 1.** Wpływ odmy na gojenie się jamy gruźliczej w latach 1946-1952

Rodzaj odmy	Ogółem zmiany jamiste		Po 6 miesiącach leczenia odmą				Po zakończeniu leczenia odmą			
	Liczba	%	Zniknięcie jamy		Pozostanie jamy		Zniknięci jamy		Pozostanie jamy	
			Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Odma jednostronna	163	87,1	131	80,3	32	19,7	144	88,3	19	11,7
Odma obustronna	24	12,9	20		4		20		4	
<b>Razem</b>	187	100,0	151	80,7	36	19,3	164	87,2	23	12,8

Źródło: M. Zlinski, E. Bek, *Leczenie odmą wewnątrzopłucną wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych*, „Gruźlica” 1956, t. XXVI, nr 8, s. 681.

oddzieleniu opłucnej ścienną od ścianę jamy klatki piersiowej i wprowadzeniu do wytworzonej przestrzeni pomiędzy po więźlą wewnętrzną klatki piersiowej, a opłucną ścienną, powietrza w ilości dostatecznej do uciśnięcia chorej części płuca. Stosowano ją jako zabieg zastępczy w przypadkach rozległych zrostów opłucnej.

Pomimo, iż metoda ta była jeszcze w okresie prób i badań, szybko zyskała zwolenników na całym świecie. Sprawą nadrzędną było ustalenie jak najdokładniejszych wskazań i zapobieżenie możliwym powikłaniom.

Według S. Kalinowskiego jednym z zasadniczych warunków powodzenia odmy zewnątrzopłucnej było dokładne ustalenie wskazań i przygotowanie chorego<sup>27</sup>.

Przy doborze przypadków do leczenia w ten sposób należało brać pod uwagę następujące czynniki:

- 1) wiek chorego – 10-54 lata, gdyż dobre wyniki operacyjne były dość rzadko spotykane powyżej 50 roku życia, na skutek zmian marskich, sztywności ścianek jam gruźliczych, rozedmy opłucnej;
- 2) stan ogólny chorego – powinien być dość dobry, chociaż można było wykonywać go u pacjentów wyniszczonych, ze zmianami gruźliczymi obustronnymi, o ile nie znajdowały się one w okresie postępowania;
- 3) przygotowanie przez leczenie sanatoryjne – powinno było trwać nie krócej niż 3 miesiące, szczególnie w przypadkach gruźlicy drobnoguzkowej;

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 41.

4) stopień nasilenia choroby – przypadki gruźlicy nie postępującej, przewlekłej, w okresie bezgorączkowym, wyłączając okresy zaostrzenia połączone z krwiopluciem;

5) pojemność życiowa płuc nie powinna być mniejsza niż 1200 ml;

6) istnienie pozapłucnych ognisk gruźliczych jak, gruźlica krtani, jelit, nerek było przeciwwskazaniem do zastosowania tej metody<sup>28</sup>.

Podczas wykonywania zabiegu wystąpić mogły następujące powikłania: nie możność odklejenia opłucnej ściennej od ściany klatki piersiowej, przebite do jamy opłucnej, uszkodzenie płuca, krwotok, zator.

Do powikłań pooperacyjnych zaliczono krwotok pozabiegowy, ropienie w obrębie pola operacyjnego, przepuklina rany, przetoka odmo-wo-skórna, ostre gruźlicze zapalenie płuc (rzadko), postępujące zmniejszanie się komory odmowej, wysięki surowicze, objawy rozedmy śródpiersia, połączenie pomiędzy jamą opłucną i zewnątrzopłucną.

Po operacji choremu podawano środki uspokajające oraz hamujące kaszel. Nie zalecano układać chorego na zdrowej stronie klatki piersiowej, gdyż powodowało to, zwiększenie pracy oddechowej operowanej strony. Temperatura ciała wynosiła 38–39°C i utrzymywała się przez kilka dni. Po upływie 24 godzin od zabiegu należało wykonać zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej.

Dopełnianie odmy wykonywane było przez wkłucie igły odmowej w okolicy pola operacyjnego. Następnie wraz z ulepszaniem metody wysoko w linii pachowej w II lub III międzyżebżu, aż do czasu całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej. Zabieg ten nie należał do ciężkich, nie wywoływał poważniejszych zmian ani zaburzeń fizjologicznych. Pozwalał na dużo rozleglejsze odklejenie opłucnej ściennej od ściany jamy klatki piersiowej, przy ograniczonej liczbie nawet do dwóch zabiegów operacyjnych, prowadzących do wytworzenia całkowitej odmy zewnątrzopłucnej.

Wadami tej metody były przede wszystkim trudności w utrzymaniu komory odmy przez odpowiedni czas, postępujące zmniejszanie, oraz powikłanie w postaci ropniaków komory odmowej<sup>29</sup>.

Pomimo, że do leczenia zapadowego, za pomocą odmy, zakwalifikowane były przypadki gruźlicy płuc z powstawaniem jam, W. Jaroszewicz opisała przykłady jam balonowatych, gdzie zastosowanie tej metody byłoby wręcz niebezpieczne. Dokonała podziału tych jam na „nadymane” – były to jamy z rozwiniętym systemem zastawkowym w oskrzeliu, z dodatnim ciśnieniem w jej wnętrzu, oraz „rozciągnięte

<sup>28</sup> *Ibidem*, s. 36–37.

<sup>29</sup> *Ibidem*, s. 45.

przez niedodmę”, które powstawały w następstwie działania niedodmowej tkanki płucnej, otaczającej jamę. Wyodrębnienie jam nadymanych było celowe ze względu na leczenie. Rozciągnięte przez niedodmę kwalifikowały się do zastosowania odmy bez obawy, natomiast według W. Jaroszewicz leczenie tą metodą jam nadymanych byłoby niebezpieczne dla chorego ze względu na możliwość przedziurawienia opłucno-płucnego. Można ją było zastosować tylko wtedy, gdy inne zabiegi były przeciwwskazane<sup>30</sup>.

### **c) Odma otrzewnowa**

W piśmiennictwie polskim doniesień na temat odmy otrzewnowej było niewiele. W 1938 r. Z. Skibiński i M. Telatycki napisali krótkie notatki o technice odmy otrzewnowej i zastosowaniu jej w schorzeniach narządów klatki piersiowej, które miały raczej wartość historyczną. W 1948 r. J. Fenczyn poświęcił jej rozdział w swym podręczniku pt. *Klinika gruźlicy płuc*<sup>31</sup>.

Pomimo, iż była cenną metodą leczniczą to bardzo mało rozpowszechnioną, ze względu na brak możliwości prowadzenia jej w miejscu zamieszkania po opuszczeniu przez chorego sanatorium.

### **Technika zabiegu**

Odmę otrzewnową stosowano poza nielicznymi wyjątkami, w połączeniu z czasowym porażeniem przepony uzyskiwanym przez nowokainizację i zmiążdżenie nerwu przeponowego. Wytwarzanie i dopełnianie odmy było zabiegiem prostym i przy zachowaniu koniecznych środków ostrożności bezpiecznym. Do jej wytwarzania używano takiego samego zestawu narzędzi co do odmy opłucnowej. Posługiwano się igłą z otworem bocznym. Uważano, że stosowanie specjalnie skonstruowanych igieł o złożonym mechanizmie nie było konieczne, jeśli operator zachowa niezbędną ostrożność. Używano również zwykłego aparatu odmowego o pojemności 200 ml, jakkolwiek wygodniejsze były aparaty o większej pojemności, gdyż dopełnianie przebiegało szybciej. Zwykle miażdżono najpierw nerw przeponowy po stronie, po której chciano uzyskać znaczne podniesienie przepony, a po upływie 4-7 dni wytwarzano odmě otrzewnową tzw. „wybiórczą”. Przy jednakowych zmianach obustronnych najpierw wytwarzano odmě, a później miażdżono nerw przeponowy po stronie

<sup>30</sup> W. Jaroszewicz, *Jamy nadymane*, „Gruźlica” 1948, t. XVI, nr 3-4, s. 294-295.

<sup>31</sup> Według opinii M. Polańczyka [w:] M. Polańczyk, *Odma otrzewnowa w leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1950, t. XVIII, nr 3-4, s. 505.

mniejszego podniesienia przepony. Ważne było, ażeby nie wkłuwać igły w okolicach blizny pooperacyjnej. W miejscu tym mogły tworzyć się zrosty, a pętle jelit mogły być przyrośnięte do powłok jamy brzusznej. Za najlepsze miejsce uważano, odpowiadające 1/3 linii łączącej pępek z punktem przecięcia lewej linii środkowo-obojęzycznej z łukiem żebrowym, czyli około 2 palców ponad i nieco w lewo od pępka na brzegu mięśnia prostego brzucha. W miejscu tym istniało najmniejsze niebezpieczeństwo nakłucia jelit lub narządów mięszzowych (wątroba, śledziona).

Chorego układano płasko, z głową lekko uniesioną. Po przygotowaniu miejsca nakłucia – oczyszczeniu eterem lub spirytusem i zafundowaniu, wkłuwano igłę odnową. Podczas wykonywania zabiegu odczuwany był opór przy przebicciu skóry, po czym igła przechodziła łatwo przez warstwę „tłuszczu” i mięśni, i następny opór przy przechodzeniu przez powięź otrzewną. Towarzystwo temu charakterystyczne drgnięcie chorego, dowodzące, że igła przebiła otrzewną i wylot jej tkwił na właściwym poziomie. Następnie przez pociągnięcie strzykawką sprawdzano, czy igła nie tkwiła w naczyniu krwionośnym lub jelicie. Gdy tłok strzykawki podciągnięty do góry opadał wolno swoim ciężarem, można było mieć pewność, że igła jest w jamie otrzewnej. Po takiej próbie łączono igłę z aparatem odnowym i wprowadzano powietrze. Przy prawidłowym położeniu igły, powietrze swobodnie powinno przepływać do jamy otrzewnowej. Ciśnienie manometryczne na początku równe „0”, po wprowadzaniu pewnej ilości powietrza wykazywać powinno ciśnienie dodatnie. Wprowadzano 400–600 ml powietrza w zależności od wymiarów ciała chorego. Po skutecznym dopełnieniu ciśnienie manometryczne wahało się w szerokich granicach od +0 do +15, najczęściej jednak wynosiło +4, +5. Jeżeli otwór igły został zatkany przez perystaltycznie przemieszczające się jelito, należało wówczas przetkać ją tępym mandrynem.

Jednym z najczęściej popełnianych błędów było nie dość głębokie wprowadzenie igły. Jeżeli tkwiła ona w tkankach powłok, wtedy już po wprowadzeniu małej ilości powietrza chory skarżył się na ból w miejscu wkłucia, a manometr wykazywał gwałtowny wzrost ciśnienia.

Pierwszego dopełnienia dokonywano na drugi dzień wprowadzając od 600–800 ml powietrza. Zwykle powtarzano to co drugi trzeci dzień, aż do uzyskania optymalnego uniesienia przepony po stronie porażonej, tj. do III żebra od przodu, ponieważ przypadki, w których udawało się to osiągnąć, dawały najlepsze wyniki. Terminy uzupełnień i ich wielkość ustalane były każdorazowo pod kontrolą

radiologiczną. Zwykle wystarczało wprowadzać 1000 ml powietrza w odstępach 1-tygodniowych.

Do powikłań tego zabiegu zaliczano: zator powietrzny, nakłucie jelita, mimowolne wytworzenie odmy wewnątrzopłucnej, małe, bezobjawowe wysięki otrzewnowe, zapalenie wyrostka robaczkowego, odmę podskórną.

Ogólnie należało stwierdzić, że odma otrzewnowa miała zastosowanie wszędzie tam, gdzie odma opłucnowa, torakoplastyka lub inna z ówczasnie stosowanych metod zapadowych była nie możliwa do wykonania, przeciwwskazana lub nieskuteczna. Czas trwania leczenia odmą otrzewnową, zależał od zadań, jakie miała ona spełniać w poszczególnych przypadkach. Jeżeli miała być skuteczna, a wyniki trwałe, powinna trwać dostatecznie długo, podobnie jak odma opłucnowa tj. kilka lat. (zob. tab. nr 2).

**Tabela nr 2.** Czas leczenia a liczba chorych „odprątkowanych” w/g danych z lat 1947–1950

Czas leczenia	do 3 miesięcy	3–6 miesięcy	6–12 miesięcy	Ponad 12 miesięcy
Liczba chorych	16	16	12	4
Liczba chorych odprątkowanych	4	9	9	3
Odsetek chorych odprątkowanych	25%	56%	75%	75%

**Źródło:** M. Polańczyk, *Odma otrzewnowa w leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1950, t. XVIII, nr 3–4, s. 521.

Jak wynika z tabeli odsetek chorych, u których znikwały prątki wzrastał w miarę dłuższego okresu leczenia. Można było wyciągnąć wniosek taki, że nie było usprawiedliwione przerwanie leczenia tą metodą po upływie 2–3 miesięcy, ponieważ odsetek chorych odprątkowanych wzrastał wyraźnie po upływie 6 miesięcy.

W 1956 r. M. Zierski i E. Beck dokonali podsumowania wyników leczenia gruźlicy płuc za pomocą odmy i doszli do przekonania, iż rola jej nie była tak istotna, jak kilka lat temu uważano<sup>32</sup>.

W niektórych pracach z lat 1952 i 1953 stwierdzono u znacznej liczby chorych odmy nieskuteczne, prowadzone niepotrzebnie przez długie lata, co było przyczyną wielu powikłań zarówno w czasie, jak i po leczeniu odmą.

Wprowadzenie do leczenia leków przeciwprątkowych stało się przyczyną znacznie rzadszego stosowania tej metody. Ograniczenie

<sup>32</sup> M. Zierski, E. Bek, *Leczenie odmą wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 687.

jej stosowania było następstwem łatwiejszych, bardziej wygodnych sposobów leczenia, które wybierali nie tylko chorzy, ale i lekarze<sup>33</sup>.

W trakcie XII Zjazdu Przeciwegruźliczego w Warszawie w 1959 r. J. Misiewicz podczas ożywionej dyskusji na temat leczenia odną w dobie leków przeciwprątkowych powiedziała: „[...] to nie koniec, a początek końca [...]”<sup>34</sup>.

#### **d) Drenaż ssący jamy gruźliczej metodą Monaldięgo**

Leczenie jam gruźliczych w płucach tą metodą zostało zapoczątkowane w 1941 r. i prowadzone pomimo ciężkich warunków wojennych w Polsce<sup>35</sup>.

Wskazania do zabiegu przeszły długą drogę ewolucji. Pierwotny entuzjazm, z którym metoda ta została przyjęta, ustępował w miarę gromadzenia spostrzeżeń, co do dalszego losu jam „wyleczonych”. Okazywało się, że po zaprzestaniu leczenia często następował nawrót jamy oraz utrzymywanie się przetoki w miejscu wkłucia.

Zasadniczym wskazaniem do zastosowania tej metody leczenia były przypadki jamistej gruźlicy płuc, w której zawiodło leczenie przeciwprątkowe, a radykalne leczenie chirurgiczne nie mogło być zastosowane ze względu na niewydolność krążeniowo-oddechową, rozległość zmian, zaawansowany wiek chorego.

Przeciwwskazaniami do drenażu były rozległe zmiany jamiste widoczne w spadniętym płucu mogące ulegać powiększeniu przy odprężeniu płuca oraz przetoki oskrzelowe-płucne duże, które mogłyby się powiększać<sup>36</sup>.

#### **Technika postępowania**

Do drenażu ssącego używano pompy wodnej, połączonej z siecią wodociągowo-kanalizacyjną. Do kranów w ścianie dołączano za pomocą rurek gumowych i szklanych dwie butelki. Jedna z nich, bliższa chorego, służyła za zbiornik ropy, a druga była reduktorem i miała na celu utrzymanie ciśnienia ujemnego na stałym poziomie, ponieważ ciśnienie ujemne w pompie wodnej ulegało dużym wahaniom, zależnym od zmienności ciśnienia w sieci wodociągowej. Wysokość

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 688–689.

<sup>34</sup> Cyt. za: *Otwarta dyskusja przy stole prezydiatnym*, „Gruźlica” 1957, t. XXV, nr 6, s. 477.

<sup>35</sup> J. Stopczyk, *O leczeniu jam gruźliczych w płucach sposobem Monaldięgo*, „Gruźlica” 1947, t. XV, nr 2, s. 184.

<sup>36</sup> B. Kampioni, *Leczenie gruźliczych ropniaków opłucnej drenażem ssącym*, „Gruźlica” 1953, t. XXI, nr 5, s. 387.

ujemnego ciśnienia utrzymywana była na stałym poziomie na skutek dopływu powietrza atmosferycznego przez długą rurkę wstawioną pod poziom wody na określoną głębokość. O wysokości ciśnienia ujemnego decydowało zanurzenie rurki w wodzie. Instalacja rur i kranów w ścianie oraz skompletowanie butelek były proste, nie skomplikowane i łatwe do obsługi. Do aparatury ssącej podłączano za pomocą rurek, jako łączników dren z opłucnej chorego. Był to drenaż ssący zamknięty. Dren do opłucnej chorego wprowadzano w znieczuleniu miejscowym za pomocą trójgrańca, najlepiej w drugim lub trzecim międzyżebżu w linii sutkowej, jeżeli nie było przeciwwskazań ze względu na położenie ropniaka. Można było dren wprowadzać w trzecim lub czwartym międzyżebżu w linii pachowej środkowej lub przedniej zawsze jednak tak, żeby otwór w klatce piersiowej był powyżej poziomu wystęku w opłucnej i aby dren zwiślał z góry do dołu. Miało to znaczenie przy zakończeniu drenażu – otwór położony nad poziomem wystęku zarastał łatwo i nie robiły się przetoki. Jako drenu proponowano używać sondę dwunastniczą bez metalowej nasadki lub jeżeli występek był ropny, gęsty, zawierający dużo włókniaka, korzystniejszym było zastosować grubszy dren, jak np. cewnik moczowy<sup>37</sup>.

Drenaż ssący należało rozpoczynać bardzo ostrożnie, w obecności lekarza w pierwszych minutach działania drenażu oraz stałej, dokładnej obserwacji chorego. Uczucie bólu w klatce piersiowej lub rozciągania były wskazaniem do chwilowego zaprzestania ssania, zwłaszcza u chorych ze świeżymi i rozległymi zmianami w „spadniętym” płucu. Początkowy czas ssania nie powinien być dłuższy niż 15–30 min, ciśnienie ujemne 10–20 cm słupa wody, głębokość zanurzenia rurki szklanej w wodzie drugiej butelki – 10–20 cm. Po kilku tygodniach można było podnieść ciśnienie ujemne do 40–60 cm, a czas drenażu przedłużyć do kilkunastu godzin na dobę<sup>38</sup>.

Po przeanalizowaniu przypadków leczenia drenażem ssącym J. Stopczyk sformułował następujące wnioski: leczenie długie, żmudne i jednostronne (jamy nie zaś płuca), mało skuteczne. Z tych oto powodów był to zabieg rzadko samodzielnie wykonywany często bowiem wymagał zastosowania np. torakoplastyki<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> *Ibidem*, s. 387–389.

<sup>38</sup> P. Fenc, *Leczenie jam gruźliczych*, „Gruźlica” 1953, t. XXI, nr 5, s. 394.

<sup>39</sup> W. Stopczyk, *op. cit.*, s. 185–186.

### **e. Torakoplastyka w leczeniu gruźlicy płuc**

Konieczność unieruchomienia w dostatecznej mierze chorego płuca w przypadkach, w których nie dało się tego osiągnąć innymi metodami, nasunęła pomysł usuwania twardych części klatki piersiowej po stronie chorego płuca przez rozległe wycięcie żeber. Dla uzyskania przy tym zabiegu zwanym torakoplastyką dostatecznego zapadnięcia się płuca, dokonywano bardzo rozległego wycięcia podokostnowego żeber od I do XI. Był to zabieg ciężki i bardzo niebezpieczny<sup>40</sup>.

Torakoplastyka przykręgową polegała na wycięciu żeber od I do XI włącznie na przestrzeni 8–12 cm z następowym uciskiem operowanej połowy klatki piersiowej sprężystym opatrunkiem, celem zniesienia ruchów oddechowych. Całkowite wycięcie było dla chorego zabiegiem niebezpiecznym, dlatego stosowano je sporadycznie, zastępując torakoplastyką częściową. Polegała ona na rozległym wycięciu tylko kilku żeber. Płuco zapadało się w miejscu operowanym pod wpływem działania ciśnienia atmosferycznego zwłaszcza, jeżeli w tej okolicy płuca były jamy, co stwarzało lepsze warunki dla leczenia się zmian gruźliczych.

#### **Technika zabiegu**

Chorego układano na stole na zdrowym boku, z częstym ułożeniem górnej połowy ciała poniżej bioder. Cięcie było rozległe i długie. Zaczynało się 3–4 cm poniżej brzegu mięśnia kapturowego, proste w górze i równoległe do kręgosłupa, okalające dolny kąt łopatki szerokim łukiem i kończące się na wysokości VI żebra w linii pachowej środkowej. Skórę nacinano skalpelem, a mięśnie nożem elektrycznym starając się oszczędzić mięsień równoległoboczny mały. Cięcie diatermiczne zmniejszało krwawienie i skracало czas zabiegu. Naczynia krwionośne były również przyżegane diatermią. Podczas drugiego etapu otwierano przednie cięcie również diatermią, a bliźnię wycinano, gdy była ona nie kosmetyczna lub znajdowały się w niej punkty sączące. Łopatkę odciągano daleko ku przodowi i w górę za pomocą haków łopatkowych, uwalniano ją przez odcięcie przyczepów mięśniowych na ostro tuż przy okostnej II, III i IV żebra. Usuwno najpierw III żebro podokostnowo, następnie II i I. Po wycięciu III żebra wykonywano uwolnienie szczytu i górnego płata w przestrzeni zewnątrzopłucnej, tworząc poniżej IV żebra miejsce dla ramienia automatycznego haka łopatkowego, który jednym ramieniem

<sup>40</sup> M. Rzepecki, *Leczenie gruźlicy płuc torakoplastyką*, „Gruźlica” 1948, t. XVI, nr 1–2, s. 3–6.



odciągał łopatkę, a drugim opierał się o IV żebro. Usuwno duże odciuki żeber, poczynając od wyrostków poprzecznych w przód do mostka, nie dochodząc do niego o 3 do 4 cm dla III, a 1 do 2 cm dla II żebra. Żebro I usuwno w całości z kawałkiem chrząstki. Przez cały czas zabiegu krwawienie mięszzowe tamowane było za pomocą kompresów zamoczonych w gorącym roztworze soli fizjologicznej z dodatkiem akroflawiny. Czas trwania pierwszego etapu wynosił od 40 min do 2 godzin, drugiego od 35–40 min. w trzecim etapie zabiegu posługiwano się osobnym cięciem. Do niszczenia okostnej żeber używno 20% formaliny. To niszczenie okostnej płynem chemicznym dawało niestety większe bóle pooperacyjne, ale wydawało się opóźnić skutecznie regenerację żeber. W płatowej torakoplastyce usuwno przeciętnie 116 cm żeber u kobiet i 126 cm żeber u mężczyzn, a w całkowitej plastyce 170 cm i 190 cm zależnie od płci. Przerwy między poszczególnymi etapami wynosiły około 3 tygodni.

Do najgroźniejszych powikłań pooperacyjnych zliczano: wstrząs pooperacyjny, wysiew gruźlicy, niedodma, oddech paradoksalny, duszność, kaszel. Spowodowane one były częściowo błędami w technice, jak również niezależne od operatora. Powikłania pooperacyjne zestawiono w tabeli nr 3.

**Tabela nr 3.** Zniekształcenie po torakoplastyce w subiektywnej ocenie chorych – dane lat 1945–1950

Stopień zniekształcenia	Kobiety		Mężczyźni		Razem
	Liczba	%	Liczba	%	
Brak zniekształcenia	26	46,4	58	73,4	84
Zniekształcenie niewielkie	11	19,6	14	17,7	25
Zniekształcenie duże	19	33,9	7	8,8	26
Nie ustalono	42	-	52		94
<b>Razem</b>	98		131		229

**Źródło:** J. Nowicki, *Wyniki leczenia gruźlicy płuc torako plastyką*, „Gruźlica ” 1953, t. XXI, nr 3, s. 230.

Z zestawienia wynikało, że 1/3 kobiet i około 1/10 operowanych mężczyzn posiadało uczucie znacznego oszpecenia. Ponieważ były to oceny subiektywne, dużą rolę odgrywała większa wrażliwość kobiet po operacji. Znaczny problem stanowiły bóle pooperacyjne klatki piersiowej, które utrzymywały się przez długi czas (zob. tab. nr 4).

**Tabela nr 4.** Dolegliwości bólowe po torakoplastyce w/g danych z lat 1945–1950

Stopień dolegliwości	Liczba chorych		Uwagi
Brak bólów	92	68,6%	W 2 przypadkach tylko po stronie nieoperowanej
Bóle nieznaczne, okresowe	28	20,8%	
Bóle dokuczliwe, prawie stale	14	10,4%	
Nie ustalono	95		
<b>Razem</b>	229		

**Źródło:** J. Nowicki, *Wyniki leczenia gruźlicy płuc torakoplastyką*, „Gruźlica” 1953, t. XXI, nr 3, s. 230.

Jak wynikało z zestawień umieszczonych w tabeli bóle pooperacyjne miały po paru tygodniach lub miesiącach u większości chorych. U pewnej liczby osób utrzymywały się przez długi czas mając charakter okresowy (zmiana pogody, nadmierny wysiłek fizyczny), niekiedy jednak dokuczwały chorym prawie stale. Leczenie chirurgiczne obustronnej jamistej gruźlicy płuc należało do rzadkości i mogło znaleźć zastosowanie w ściśle określonych wskazaniach operacyjnych.

Zastosowanie wspomnianych już leków przeciwprątkowych znacznie rozszerzyło wskazania do leczenia obustronnego. Wskazania operacyjne u chorych poddawanych drugostronnemu zabiegowi chirurgicznemu w dłuższym odstępie czasu musiały być określone bardzo ostrożnie, gdyż chorzy ci należeli do tzw. „krańcowych przypadków chirurgicznych”. Za przeciwwskazanie do zastosowania tej metody uważano uogólniony proces gruźliczy, wiek ponad 40 lat, oraz objawy zaburzeń ze strony układu krążeniowo-oddechowego. W piśmiennictwie polskim niewiele można było spotkać opisów zastosowania tego sposobu leczenia<sup>41</sup>.

Leczenie rozpoczęło się zawsze od strony „gorszej”, czyli tej, po której jama była większa. Przed zabiegiem przeprowadzano badania kliniczne celem ustalenia, czy proces gruźliczy znajdował się w stanie wyrównania oraz wykonywano próby czynnościowe układu oddechowego i krążenia. Średnica jam nie powinna, jak ustalono, przekraczać 5 cm. Było rzeczą zrozumiałą, że jamy gruźlicze u chorych zakwalifikowanych do obustronnego leczenia chirurgicznego nie mogły być duże i usadowione zbyt nisko (nie mogły przekraczać wysokości tylnego łuku V żebra). Jamy zbyt wielkie i umiejscowione zbyt nisko wymagały znacznego odkostnienia klatki piersiowej połączonego z nadmiernym zmniejszeniem powierzchni oddechowej płuca, co było nie dopuszczalne przy zapadzie obustronnym. Przerwy między zabiegami wynosiły około 8–10 tygodni. Zbyt wczesne wykonanie zabiegu było

<sup>41</sup> A. Janowski, *Obustronne zabiegi chirurgiczne*, „Gruźlica” 1955, t. XXIII, nr 4, s. 257.

niewskazane ze względu na to, że chorzy byli mniej odporni psychicznie i nie zbyt chętnie poddawali się takiemu leczeniu.

Technika operacyjna w jednostronnych, jak i obustronnych zabiegach była identyczna. Po obustronnych zabiegach nie zaobserwowano poważniejszych powikłań. Do powikłań w czasie zabiegu zaliczano: naddarcie opłucnej ściennej, przejściowy spadek ciśnienia krwi, przyspieszenia tętna.

Powikłania pooperacyjne to: krwawy wysięk w łożu politenu, zakażenie rany o różnym stopniu i rozległości, rozstępy blizny pooperacyjnej, niedodma, wstrząs pooperacyjny, zakrzepowe zapalenie żył, uszkodzenie nerwu zwrotnego i splotu barkowego. Większość powikłań dawała się opanować za wyjątkiem uszkodzenia splotu barkowego, którego następstwem był niedowład kończyny górnej<sup>42</sup>.

Za idealne wskazanie do tego typu zabiegu uważano jamy brzeżne, zmiany obustronne z małą pojemnością życiową i mało wydolnym układem krążenia, przypadki w których odma opłucna była przeciwwskazaniem, a torakoplastyka stanowiłaby zbyt rozległy zabieg, (zob. tab. nr 5).

**Tabela nr 5.** Wskazania do zabiegu wg danych z lat 1949-1953

Wskazania	Liczba przypadków	%	Wyniki dobre
Jamy brzeżne	39	55,7	94,4%
Dwustronna gruźlica płuc z ograniczoną pojemnością życiową	13	18,6	67,7%
Wskazanie pośrednie między odma zewnątrzopłucną a torakoplastyka	12	17,14	
Młody wiek	3	4,28	
Jama reszkowa po torakoplastyce	3	4,28	
<b>Razem</b>	70	100,0	

**Źródło:** A. Birecka i m., *Leczenie gruźlicy płuc torakoplastyka z użyciem ciał plastycznych*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 2, s. 89.

Ujemną stroną zabiegu było zakażenie łoża plomby zmuszające do jej usunięcia oraz obkurczanie się politenu, niestety już w pierwszych latach po zabiegu<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> W. Rzepecki in., *Torakoplastyka z użyciem ciał plastycznych*, „Gruźlica” 1959, t. XXVII, nr 2, s. 596.

<sup>43</sup> *Ibidem*, s. 600.

## *f. Resekcja tkanki płucnej przeprowadzana w latach 1948 –1961*

Resekcja tkanki płucnej w gruźlicy była metodą mało znaną, którą po raz pierwszy zastosował T. Ostrowski pod koniec lat 30-tych XX w.

Pierwszą powojenną lobektomię wykonał W. M. Rzepecki w 1948 r. w Zakopanem i L. Manteuffel w Szpitalu Wolskim w Warszawie w tym samym roku<sup>44</sup>.

Wskazaniami do tego typu zabiegu były:

- 1) duże jamy balonowato-rozdęte, odporne na leczenie atropiną, grożące pęknięciem przy zastosowaniu innej metody;
- 2) duża jama gruźlicza umiejscowiona w dolnym płacie;
- 3) gruźlica oskrzeli w okresie jego zwężenia, skojarzona zwykle z ropniem płuc;
- 4) jamy resztkowe po torakoplastyce;
- 5) gruźliczak, ostro ograniczony od zdrowej tkanki.

Wskazania do chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc podzielono na bezwzględne i względne.

Wskazania bezwzględne mogą zaistnieć ze strony epidemiologicznej i klinicznej.

Bezwzględny wskazaniami epidemiologicznymi u chorych prątkujących z jednostronnym procesem było:

- brak możliwości zastosowania ówczesnych metod leczenia dostępnymi lekami przeciwpłatkowymi, objawy toksyczne bądź nietolerancja leków;
- gruźlica jamista przewlekła, która pomimo prowadzonego leczenia kontrolowanego trwającego co najmniej 12 miesięcy nie spowodowała odprątkowania;
- nie zdyscyplinowani w leczeniu (alkoholicy, chorzy psychicznie).

Bezwzględny wskazaniami klinicznymi chorych nieprątkujących z jednostronnym procesem jamistym były:

- krwotoki lub krwioplucie;
- obfite wykrztuszanie treści ropnej;
- nawracająca odma samoistna;
- powikłany ropniak opłucnej nie poddający się leczeniu zachowawczemu;
- powikłania pooperacyjne (przetoka oskrzelowo-opłucna, ropniak opłucnej lub międzysegmentarny).

Do wskazań względnych zaliczano:

- tzw. zniszczone płuco;

<sup>45</sup> J. Moll, *Resekcja tkanki płucnej z powodu gruźlicy*, „Gruźlica” 1952, t. XX, nr 1, s. 47.

- duże jamy pogruźlicze roztrzenie oskrzeli lub marskość zwłaszcza w płacie środkowym i dolnym;
- duże gruźliczaki (średnicy ponad 4 cm);
- pogruźlicze zwężenie oskrzela w następstwie przebytej gruźlicy węzłowo-oskrzelowej;
- ograniczony proces gruźliczy u chorych niezdyscyplinowanych przez co, nie rokujących prawidłowego leczenia przeciwprątkowego.

W 1952 r. J. Moll stwierdził iż dotychczasowa statystyka polska tj. L. Manteuffela, obejmowała nie wiele, bo około 10 przypadków leczonych metodą resekcji tkanki płucnej, co było dowodem iż ten sposób leczenia był jeszcze rzadko stosowany<sup>45</sup>.

W ówczesnym czasie oceniano, że 15% przypadków gruźlicy kwalifikowało się do leczenia operacyjnego. Miejsce wycięcia tkanki płucnej w planie leczniczym nie było całkowicie ustalone, gdyż gruźlica jest chorobą uogólnioną. W porównaniu z innymi metodami operacyjnymi resekcja zaczęła zajmować czołowe miejsce pod warunkiem, że była poprzedzona długim leczeniem spoczynkowym. Niepowodzenie kuracji spoczynkowej stanowiło bowiem najlepsze wskazania do konieczności leczenia chirurgicznego, a zarazem było doskonałym przygotowaniem przedoperacyjnym. Streptomycynoterapia miała być zarezerwowana wyłącznie na okres operacyjny, jako skuteczna ochrona zabiegu.

W 1956 r. J. Lange i J. Zajączkowska dokonały podsumowania wykonanych resekcji tkanki płucnej w Instytucje Gruźlicy od 1948 r. do połowy 1955 r.<sup>46</sup> (zob. tab. nr 6).

**Tabela nr 6.** Liczba operowanych w latach 1948–1955

Rok	Liczba chorych operowanych
1948	3
1949	3
1950	1
1951	6
1952	10
1953	24
1954	45
1955	26
<b>Razem</b>	<b>118</b>

**Źródło:** J. Lange, J. Zajączkowska, *Wyniki leczenia gruźlicy resekcją tkanki płucnej na podstawie materiału Instytutu Gruźlicy*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 807.

<sup>45</sup> *Ibidem*, s. 48.

<sup>46</sup> J. Lange, J. Zajączkowska, *Wyniki leczenia gruźlicy resekcją tkanki płucnej na podstawie materiału Instytutu Gruźlicy*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 807.

Zestawienie to wykazało znaczny wzrost liczby operacji płuc z każdym rokiem. Poddano rewizji dotychczasowe sposoby leczenia chirurgicznego i zawężono ich zakres na korzyść wycięcia tkanki opłucnej. Znaczną rolę odegrała ich krytyczna ocena na podstawie nowoczesnych badań czynności narządu oddechowego. Badania te wykazały, że torakoplastyka, a zwłaszcza odma wewnątrzopłucna zmniejszały niebezpiecznie rezerwy oddechowe<sup>47</sup>.

Szybki rozwój resekcji, a przede wszystkim stałe rozszerzanie wskazań do niej, należało zawdzięczać czynnikom, które wpływały na bezpieczeństwo zabiegu, takich jak ulepszenie techniki operacyjnej, możliwość przetaczania krwi, nowoczesna narkoza, wreszcie nauka o segmentach płucnych.

Na ogół wszyscy zgadzali się z tym, że trzeba leczyć resekcją liczne przypadki gruźlicy płuc, nie było jednak wyraźnego podziału wskazań do zabiegów „doszczętnych”. Istniały duże różnice zależne od szkoły, a przede wszystkim od poglądów ftyzjatrów współpracujących z chirurgami. Jedna z nich głosiła poglądy bardziej zachowawcze, opierając się na wskazaniach ustalonych, operując chorych u których resekcja była bezkonkurencyjnym sposobem leczenia. Druga szkoła o poglądach bardziej radykalnych, proponowała poddawać zabiegowi segmentektomią nawet małe, ograniczone zmiany, u chorych nieprątkujących, tzw. ogniska resztkowe, pozostałe po długotrwałym leczeniu przeciwprątkowym.

Przy ustalaniu wskazań do zabiegu, opierano się na danych biologicznych, anatomopatologicznych i demograficznych, poświęcając szczególną uwagę choremu jego warunkom społecznym i bytowym.

Stan ogólny chorego, jego rezerwy oddechowe z uwzględnieniem ewentualnych strat pooperacyjnych, obecność gruźlicy pozapłucnej oraz charakter i rozległość zmian drugostronnych były ważnymi czynnikami, które należało oceniać krytycznie.

W. M. Rzepecki cyt. za O. Sokołowskim uważał, że im wcześniej będzie się wykonywać resekcję, w odpowiednio dobranych przypadkach, tym krótszy będzie okres niepotrzebnego prątkowania, leczenia zapadowego i „zajmowania łóżka innym chorym”<sup>48</sup>.

Rozległość zabiegu wycięcia tkanki płucnej z powodu zmian gruźliczych była bardzo różna. Dokonywano więc wycięcia całego płuca, w przypadkach współistnienia zmian opłucnych z płucnymi, wycięcia płuca wraz ze zmienioną opłucną ścienną, następnie wycięcia

<sup>47</sup> W. M. Rzepecki, *Wskazania do wycięcia miąższu płucnego w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 763.

<sup>48</sup> *Ibidem*, s. 766-767.

jednego (lub po stronie prawej) dwóch płatów – również w niektórych przypadkach z opłucną ścienną i wreszcie usunięcia jednego lub kilku segmentów.

Resekcja segmentarna w jednym płacie mogła być połączona z usunięciem całego sąsiedniego płata. Najmniejszym zabiegiem była resekcja klinowa, obejmująca zazwyczaj teren mniejszy od jednego segmentu.

Chorego układano na zdrowym boku. Klatkę piersiową otwierano poprzez resekcję V lub VI żebra, a u osób młodych IV lub V przestrzeń międzyżebrową bez resekcji żeber. Oprócz zmiany zasadniczej usuwano ogniska przekraczające 1 cm średnicy, a także ogniska niedodmowe i marskie części płuc. Jeżeli płuco było pokryte zgrubiałą opłucną względnie włóknistą błoną, wykonywano dekortykację. Sprawą bardzo ważną było odpowiednie zaopatrzenie kikuta oskrzela, który pozostawał po usunięciu tkanki płucnej. Ustalono powszechnie, że zasadą obowiązującą było pozostawienie kikuta krótkiego, takiego, który nie tworzyłby uchyłka. Kikut długi, który tworzył rodzaj worka był powodem wielu wczesnych, jak i późnych powikłań. Zaopatrzenie kikuta oskrzela było najważniejszym etapem zabiegu, od którego zależało życie chorego.

Jednym ze sposobów zaopatrywania kikuta oskrzela opracowany przez W. M. Rzepeckiego, polegający na utworzeniu z tylnej, błoniastej ściany oskrzela klapki. Po zeszkrobaniu z niej ostrą łyżeczką śluzówki naszywano ją na przednią ścianę oskrzela za pomocą 2–3 uprzednio założonych szwów materacowych. Kilkomna szwami uszczelniano szew oskrzelowy i pokrywało się opłucną ścienną<sup>49</sup>.

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym, tj. 1–3 dobie po operacji głównymi powikłaniami grożącymi choremu były: bezpowietrzność pozostawionej tkanki płucnej oraz w mniejszym stopniu, zaburzenia w krążeniu, zależne od nie wyrównania utraty krwi i przesunięcia narządów śródpiersia.

Najważniejszym zadaniem w tym okresie było utrzymanie dostatecznej wymiany gazowej. Ruchy oddechowe powodowały ból, wobec czego chorzy starali się oddychać płytko. W jamie opłucnej zbierała się krew i wysięk krwisty, uciskając na tkankę płucną, pozostawioną po lobektomiach i segmentektomiach. Po pneumonoktomiach zbieranie się wysięku w jamie opłucnej w niewielkim stopniu wpływało na wentylację drugiego płuca. Natomiast po resekcji segmentarnej lub po przypadkowym uszkodzeniu opłucnej płucnej pozostałego po lobektomii płata w opłucnej mogło zbierać się powietrze. Gromadzenie

<sup>49</sup> Z. Drzewski, *Resekcja tkanki płucnej w gruźlicy*, „Gruźlica” 1956, t. XXIV, nr 8, s. 788.

się wydzieliny w oskrzelach w znacznym stopniu upośledzało wymianę gazową. Odruchy kaszlowe ograniczone przez ból i narkozę, a także przez środki narkotyczne podawane po operacji doprowadzały do zalegania wydzieliny w oskrzelach. Skutkowało to osłabieniem wrażliwości zakończeń nerwowych błony śluzowej oskrzeli, co jeszcze zmniejszało i tak już słabe odruchy kaszlowe.

Wymienione czynniki powodowały bezpowietrzność tkanki płucnej, która nie brała udziału w wymianie gazowej, przez co powstawało niedotlenienie i zaleganie dwutlenku węgla w organizmie. Chory taki był blady, zlany potem, z wyrazem strachu na twarzy, oddychał szybko z udziałem mięśni pomocniczych. Wargi i paznokcie obejmowała sinica, czasami była widoczna na całej twarzy. Tętno przyspieszało do około 120 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi obniżało się, słychać było rżenia w tchawicy. Jeżeli zaburzenia w wymianie gazowej nasilały się, choremu groziła śmierć z powodu obrzęku płuc.

Głównym powikłaniem późnego okresu pooperacyjnego była przetoka oskrzelowa, która powstawała w różnym okresie czasu po operacji. Przetoki wczesne powodowane były przez przecięcie szwami tkanki oskrzelowej, nie wykazującej skłonności do gojenia się. Każda przetoka oskrzelowa powodowała w efekcie powstawanie ropniaka oplucnej, długotrwałe ropienie, utratę białka i znaczne pogorszenie ogólnego stanu chorego<sup>50</sup>.

Poglądy na temat leczenia gruźlicy płuc uległy pod koniec lat 50-tych poważnym zmianom. Bardzo wyraźnie zarysowała się tendencja do zmniejszania zabiegów zapadowych, a zwiększała do częstszego wycinania tkanki płucnej. Wysuwano przy tym zalety leczenia doszczętnego, jako najbardziej wybiórczego i w największym stopniu oszczędzającego narząd oddychania w porównaniu z innymi sposobami leczenia zabiegowego. Zabiegi operacyjne wykonywane u chorych na gruźlicę płuc, nie leczyły bezpośrednio choroby, ale ułatwiały jej wyleczenie przez opanowanie jamy gruźliczej i innych zmian zawierających żywe prątki. Resekcja była więc wynikiem postępu techniki operacyjnej nastawionej nie tylko na leczenie gruźlicy<sup>51</sup>.

Leczenie zaś zapadowe spełniło swoją rolę i bez względu na liczbę zwolenników musiało ograniczać i zawężać zakres swoich wskazań.

cdn.

Rec. dr J. Fetlińska

<sup>50</sup> J. Nowicki, *Pooperacyjne powikłania w resekcji tkanki płucnej*, „Gruźlica” 1954, t. XXIV, nr 5, s. 341-349.

<sup>52</sup> J. Jurkowski, *Podstawy wskazań do leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1960, t. XXX, nr 8, s. 903.



*Jolanta Tatak*

**The Surgical Treatment of Tuberculosis in Adults in the first half of the 20th century in the journal 'Gruźlica' (tuberculosis).**

Against the backdrop of the journal 'Gruźlica', which appeared from 1909 to 1961, the author traces the changes taking place in the surgical treatment of TB patients over that period. She describes such things as pneumoperitoneal treatment (extrapulmonary, intrapulmonary, peritoneal), suction drainage of the tubercular cavity by the Monaldi method and finally thoracoplasty. She also mentions the contributions Polish physicians have made to those treatment methods.

*Jolanta Tatoch*

**Die chirurgische Behandlung von Tuberkulose bei Erwachsenen in der 1. Hälfte des 20. Jh. in der Fachzeitschrift „Gruźlica“**

Vor dem Hintergrund der Geschichte der Fachzeitschrift „Gruźlica“, die zwischen 1909 und 1961 erschien, berichtet die Autorin über Veränderungen in der Methodik der chirurgischen Behandlung von Tuberkulösen in dieser Zeit. Sie schreibt u.a. über die Behandlungstechnik mit Pneumothorax (extra- und intrapleural, Pneumoabdomen), der Monaldischen Kavernensaugdrainage und schließlich der Thorakoplastik. Sie erwähnt auch den Beitrag polnischer Ärzte zur Entwicklung dieser Behandlungsmethoden.