Zrzut strony: http://www.ptkt.pl/index.php?Historia_polskiej_kardiochirurgii&p=90&l=1 <--kliknij na adresie

KARDIOCHIRURGIA I TORAKOCHIRURGIA POLSKA

WYDARZENIA:

Polska kardiochirurgia rośnie w siłę
Poniedziałek, 5 listopada 2012

Wielka Brytania: 25 lat z nowym sercem
Wtorek, 23 października 2012

Wzruszający apel lekarza o zrozumienie dla potrzeb transplantacji
Czwartek, 30 sierpnia 2012

Udane przeszczepy płuc u nastolatków
Wtorek, 17 lipca 2012

Otwarto Centrum Badawczo-Rozwojowe Klinik Serca
Czwartek, 14 czerwca 2012

"Kardiologia XXI wieku" - nadchodzi nowa era w nauczaniu medycyny!
Wtorek, 12 czerwca 2012

Do Krakowa wyruszył z Zabrza rajd rowerowy pacjentów po transplantacji
Poniedziałek, 11 czerwca 2012

Nowatorski zabieg na 800-gramowym wcześniaku
Wtorek, 21 lutego 2012

Prof. Marian Zembala najbardziej wpływową osobą w ochronie zdrowia w 2011 roku
Środa, 8 lutego 2012

2011 rekordowym rokiem polskiej transplantologii!
Piątek, 27 stycznia 2012

Więcej wydarzeń...

Historia polskiej kardiochirurgii

› powrót

POCZĄTKI KARDIOCHIRURGII W POLSCE

Bardziej niż w innych specjalnościach chirurgicznych – kardiochirurgia miała niesłychanie zagmatwane korzenie, toteż klarowne sprecyzowanie jej początków, głęboko tkwiących zarówno w chirurgii ogólnej jak i torakochirurgii, jest trudne, a dla niektórych ośrodków nawet nieosiągalne. Dotyczyło to nie tylko naszego kraju, ale było zjawiskiem powszechnym, w skali światowej. Znakomici chirurdzy, wielkie indywidualności chirurgii, najsprawniejsi manualnie, odważni i poszukujący, odkrywczy i nowocześni, porwani zapałem tworzenia bodaj najbardziej emocjonującej dziedziny pośród specjalności chirurgicznych, tworzyli od podstaw kardiochirurgię, początkowo nie zdając sobie sprawy, że tworzą zręby odrębnej specjalności.

Kardiochirurgia siłą rzeczy musiała wypączkowywać z praktyki chirurgii ogólnej, nieco w oparciu o chirurgię klatki piersiowej, też w owym czasie niebędącą samodzielną specjalnością. Któż, bowiem, jak niedoświadczony chirurg praktyk, posiadłszy doświadczenie w operowaniu innych organów, mógł jako pierwszy ciąć i zszywać struktury serca, przecinać i zespalać duże naczynia krwionośne w okolicy serca?

Ostatnia dekada XIX wieku przynosi kilka pierwszych polskich doniesień na temat chirurgicznego zaopatrywania ran serca. Najwcześniej o tym fascynującym w owym czasie zagadnieniu pisali: Rydygier, Pisarzewski, Niedzielski, jeszcze z pozycji obserwatorów, komentatorów podejmujących dyskusyjny temat. U schyłku XIX wieku nastąpił wreszcie moment pierwszej odważnej próby na ziemiach polskich. Miała, bowiem i Polska swoich mistrzów w dziejach pierwszych operacji zszywania serca. Nazwiska ich wpisują się na światową listę awangardy w tym zakresie, kontynuując dzieło zapoczątkowane przez świetnych poprzedników, którzy najwcześniej odważyli się chirurgicznych rękoczynów na sercu lub w jego bezpośredniej okolicy: J.D. Larrey'a, G. Callendera, D.H. Williamsa, A. Capellaena, G. Fariny, wielu innych mniej znanych, ale przede wszystkim Ludwika Rehna, który 29.09.1896 roku dokonał pomyślnego zszycia rany serca.

W dniu 6 grudnia 1898 roku pierwsze chirurgiczne zaopatrzenie kłutej rany serca przeprowadził Witold Horodyński (1865-1954) - w klinice chirurgicznej w prof. Juliana Kosińskiego (1833-1914), w Szpitalu św. Ducha w Warszawie, przy czym niestety jego pacjentka zmarła w 22 dniu po operacji. W 3 miesiące później (3.03.97) i znowu po kolejnych 5 tygodniach, jego kolega Wacław Maliszewski (1862-1910) - również bez pomyślnego rezultatu operował dwóch mężczyzn z ranami kłutymi serca. Horodyński i Maliszewski opisawszy swoje doświadczenia, są autorami pierwszej polskiej pracy na temat leczenia operacyjnego ran serca (1899). Ich praca, zawierająca przegląd piśmiennictwa o wcześniejszych próbach leczenia operacyjnego serca i dająca w tym zakresie cenny encyklopedyczny przegląd wiedzy historycznej, jest równocześnie znakomitą i niesłychanie precyzyjną prezentacją własnych raportów klinicznych. Przepiękny język i bezbłędna składnia sprawiają, że czytamy ją dzisiaj, po ponad 100 latach, jak emocjonujący reportaż, jak sensacyjny literacki utwór, a może też jak kryminał? Część pierwsza pracy zaczyna się słowami: „Chirurgia serca bierze swój początek od czasu bardzo niedawnego, ściślej nawet określając, to tylko od ostatniego lat dziesiątka, chociaż bowiem niektóre zabiegi chirurgiczne wykonywano na osierdziu znacznie wcześniej, to jednakże samo serce uważane było przez czas długi za narząd zupełnie niedostępny dla chirurgów, za coś w rodzaju *noli me tangere*. Trzeba było dopiero wielu spostrzeżeń nad niewątpliwymi zranieniami serca, które wbrew wszelkim dawnym teoryom zakończyły się pomyślnie, jak nie mniej również wielu doświadczeń, przeprowadzonych systematycznie nad zwierzętami, żeby zachwiać zakorzenione mniemanie, iż rany serca są bezwarunkowo śmiertelne, i, wbrew Owidiuszowskiemu *sanabit nulla vulnera cordis ope*, dowieść, że chirurg przy zranieniach serca powinien zająć rolę czynną, podobnie jak przy uszkodzeniach innych narządów wewnętrznych. O ile zabiegi chirurgiczne w celu leczenia ran serca są zdobyczą naszych czasów, to jednak historya samych zranień jest bardzo stara, sięga bowiem czasów mitycznych, i tylko poglądy na nie, odpowiednio do epoki i pojęć współczesnych, zmieniały się w ten lub inny sposób".

W tym samym szpitalu, w 1902 roku taką operację przeprowadza Jan Borzymowski, a w 1904 roku publikuje swoją pracę o zszyciu ran serca u trzech pacjentów. Jeden z nich, operowany 28.02.1903, przeżył i został całkowicie wyleczony (patrz dalej, w biografii dr Borzymowskiego).

Z uznaniem należy jeszcze dodać, że 25 marca 1900 roku Ignacy Watten przeprowadził w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Fabrycznego w Łodzi operację zszycia rany kłutej serca u 23. letniego mężczyzny (Julian Z.) z pomyślnym wynikiem. Rana była niewielka, dotyczyła ściany prawej komory serca, i chociaż chirurg ocenił jej długość na ok. 2 cm, to jednak opuszką palca nie był w stanie ocenić czy rana w ogóle przechodziła przez pełną grubość mięśnia, pisze więc tak: *Nie byłem w stanie stanowczo orzec, czy palec mój przechodził do jamy serca, czy też w mięśniu jeszcze się znajdował, dalsze zaś próby w tym kierunku nie uważałem za dozwolone z obawy, aby nie zwiększyć rany, albo co gorsza, nie przerwać wsierdzia, jeśli ono nie tkniętem jeszcze było.* Na podstawie ilości wynaczynionej krwi w jamie opłucnowej i omdleniu chorego autor doniesienia próbował, ale chyba dość bezzasadnie, wnioskować o drążącym charakterze rany. Po usunięciu chrząstki IV żebra na prawo od mostka i przecięciu osierdzia w tym miejscu Watten uwidocznił brzegi rany: *Mała ona koło 2 ctm. długości, brzegi równe rozszerzające się nieco przy skurczach; zupełnie czarna krew sączyła się z niej słabym, równym strumieniem.* To niewielkie sączenie całkowicie ustało po założeniu trzech szwów. Chory wyzdrowiał, wypisano go ze szpitala w 5 tygodni po operacji. Był to 13. w historii chirurgii światowej przypadek zszycia rany serca, szósty pomyślnego przebiegu leczenia.

W okresie 1899 do 1910 pojawiają się polskie doniesienia naukowe o operacyjnym leczeniu ran serca: Horodyńskiego i Maliszewskiego, Kosińskiego, Niedzielskiego, Borzymowskiego, Kryńskiego, Ciechomskiego, Wattena, Szteynera, Zawadzkiego, Leśniowskiego, Lewenstema.

Operacje polskich chirurgów wyprzedziły, więc zszycie serca przeprowadzone na terenie Stanów Zjednoczonych przez H. Myricka (14.09.1902). Wcześniejsza natomiast była bez wątpienia operacja D.H. Williamsa z Chicago, ale jak napisano powyżej – trochę dyskusyjna co do zakresu szycia samego mięśnia sercowego. W latach 1908-1914 poza Borzymowskim co raz to inni chirurdzy przeprowadzali z coraz lepszymi wynikami operacje zaopatrywania ran serca.

PIERWSZE SUKCESY

Na sukces każdej gałęzi wiedzy składają się wysiłki narodów i ich przedstawicieli. W chirurgii serca wkład Polski nie okazuje się specjalnie imponujący, cóż mamy i swój wkład, którego pominąć nie sposób. Poza wspomnianymi już osiągnięciami Horodyńskiego, Maliszewskiego, Wattena, Borzymowskiego i jego kolegów kardiochirurgia polska z okresu I połowy XX wieku może się jeszcze poszczycić jedną z pierwszych w świecie (jeśli nie pierwszą) operacją częściowego wycięcia worka osierdziowego w przypadku zarostowym zapaleniu osierdzia. Operację taką przeprowadził przed 1910 rokiem (być może nawet rok wcześniej) Franciszek Ślęk, prymariusz oddziału chirurgicznego w Przemyślu (dyrektor szpitala przemyskiego od roku 1908), wyprzedzając w tej kwestii Hallopeau (1910), Ferdynanda Sauerbrucha (ok. 1913), Ludwika Rehna i Viktora Schmiedena (1874-1945) w Niemczech (w 1923) i Edwarda Churchilla w USA. Kolejnej pericardiectomii dokonał w Polsce Głatzel w 1938 roku w Krakowie. Ludwik Rehn, powszechnie kojarzony z pierwszym pomyślnym zszyciem rany serca w 1920 roku donosił o czterech takich operowanych chorych. Schmieden w 1937 roku donosił o 22 operowanych takich pacjentach, spośród których zmarło ośmiu.

Mało kto pamięta, że genialny chirurg niemiecki Friedrich Trendelenburg (1844-1924) był nie tylko pomysłodawcą ułożenia chorego z nogami uniesionymi ku górze (1886), parowej sterylizacji (1882), autorem pierwszej dotchawiczej narkozy przez tracheostomię, ale także zwolennikiem chirurgicznego leczenia zatoru tętnicy płucnej (operację nazywano „zabiegiem Trendelenburga"). Operacja taka zaproponowana przez Trendelenburga w 1908 roku doczekała się pełnej realizacji w roku 1924, wtedy bowiem Martin Kirschner (1879-1942), znany skądinąd z opracowania wyciągu w leczeniu złamań, z zastosowaniem drutu) przeprowadził błyskawicznie zabieg usunięcia zatoru z tętnicy płucnej – ratując życie chorego. Opis tej operacji, już w 1919 roku zamieścił w swoim podręczniku „Chirurgii Operacyjnej" Romuald Węgłowski (Wydawnictwo M. Arcta, Warszawa), wielce zasłużony dla polskiej chirurgii, ordynator w Szpitalu Wojskowym w Zamościu, później działający we Lwowie.

Przytoczmy fragment tego niezwykłego, jak na owe czasy opisu: *„...wykonywamy na tętnicy płucnej (a. pulmonalis) bliżej ku jej rozgałęzieniu cięcie ¾ cm długości, szybko wsuwamy przez ten otwór kleszcze nieco wygięte, wprowadzamy je do gałęzi tętnicy, chwytamy i wyciągamy na zewnątrz skrzep. Następnie ujmujemy brzegi cięcia na tętnicy szczypczykami i na otwór nakładamy mocny zacisk zgięty, którego końce są odziane w rurki gumowe. Zacisk ten zamyka tylko miejsce rozcięcia ściany tętnicy, pozostawiając resztę jej światła wolną. Puszczamy teraz naczynia i zeszywamy ranę tętnicy za pomocą zwykłego ciągłego lub materacowego szwu naczyniowego. Następnie zeszywamy całkowicie osierdzie, opłucną i płat skórno-mięśniowy".* Węgłowski podkreśla przy tym, że: *„zabieg ten jest wskazany przy zatorze tętnicy płucnej, a zwłaszcza w tych wypadkach, kiedy zatkanie tętnicy płucnej jest tylko częściowe i kiedy od początku objawów groźnych zatkania upłynęło od 10 minut do godziny".* Nie wiemy czy Węgłowski sam wykonywał podobną operację, niemniej opisał ją perfekcyjnie i ze znawstwem. Jeśli przeprowadził ją rzeczywiście, powinien być zaliczany do międzynarodowej awangardy kardio i torakochirurgii, a nie należy zapominać, że był on jeszcze światowej klasy pionierem chirurgii naczyniowej! On to przed 1920 rokiem dokonał 193 operacji naprawczych tętnic. Zastosował wstawki żylne w celu rekonstrukcji tętnic uszkodzonych w wyniku urazu. Pośród 55 operowanych tą metodą u 51 obserwował dobry efekt zastosowanego leczenia. W okresie międzywojennym odnotowano w Polsce jeszcze kilka udanych operacji zszywania ran serca, nieliczne operacje z pogranicza torako- i kardiochirurgii – odnoszące się do otwarcie worka osierdziowego w ropnych powikłaniach zapalnych. Powojenne losy kardiochirurgii w Polsce datują się nieco później niżli w krajach zachodnich, chociaż dystans ten okazał się nie tak odległy jakby można było sądzić biorąc poprawkę na okrutny czas wojny, a wkrótce po niej powojenne podporządkowanie zbrodniczemu systemowi wschodniego sąsiada. Polscy chirurdzy, pomimo powojennych trudności i przepaści ekonomicznej i politycznej pomiędzy wolnym światem i naszą ojczyzną, starali się nadążać za postępem medycyny i nowoczesnością. Wielcy polscy chirurdzy w latach czterdziestych i pięćdziesiątych pomimo odgrodzenia od dobrodziejstw normalności życia i zamożności europejsko-amerykańskiej, śledzili postępy kardiochirurgii zachodniej i podejmowali odważne próby. Nie brakowało im na pewno odwagi, a już na pewno umiejętności, zaradności i przebiegłości - aby przechytrzyć komunistyczne bezsensy. Dysponowali skromnymi możliwościami diagnostycznymi, przestarzałymi narzędziami chirurgicznymi, które jakie pozostawiła Polska przedwojenna. Mimo tych dramatycznych i siermiężnych warunków Polska może się szczycić osiągnięciami, głównie dzięki gronu wielkich lekarzy, którzy wspaniale wpisali się w dzieje światowej medycyny. Za pierwszą w kraju korekcję wrodzonej wady serca należy uznać zakończoną pomyślnie operację podwiązania przewodu tętniczego (u 18. letniej dziewczyny), której dokonał Leon Szoege-Manteuffel w 1948 roku w Szpitalu Wolskim. Pierwsze próby wykonania

Zrzut strony: http://www.ptkt.pl/index.php?Historia_polskiej_kardiochirurgii&p=90&l=1 <--kliknij na adresie

zespolenia systemowo płucne sposobem A. Blalocka i H. Taussig przeprowadza w 1948 roku w Łodzi u dwojga chorych z zespołem Fallota Jerzy Maciej Rutkowski (1890-1972), niestety bez sukcesu. Taką operację paliatywną wykonuje Manteuffel 23 lipca 1948 roku, a po uzyskaniu pomyślnego wyniku, od roku 1951 przeprowadza ją rutynowo, co raz częściej, z dobrymi efektami. Również Manteuffel, w 1953 roku wykonuje pierwsze operacyjne poszerzenie metodą zamkniętą zwężenia lewego ujścia żylnego, a w 1954 – lewego ujścia tętniczego. Wspomnieć należy, że nieco wcześniej, w roku 1952, nieudaną próbę walwulotomii mitralnej podjął Michał Juszczyński w Krakowie. Kossakowski wykonuje zespolenie systemowo-płucne w 1955 roku, a w 1958 roku przeprowadza plastykę zwężenia cieśni aorty. Trudno nie wymienić pierwszej polskiej operacji na otwartym sercu (zamknięcia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca w hipotermii) przeprowadzonej przez Wiktora Brossa we Wrocławiu w 1958. Kolejnym ważnym krokiem milowym w dziejach polskiej kardiochirurgii było wprowadzenie w klinice L. Manteuffla w Warszawie (1959) krążenia pozaustrojowego. Pierwszego wszczepienia sztucznej zastawki mitralnej dokonał w Łodzi w 1964 roku Jan Pruszyński, a zastawki aortalnej Wacław Sitkowski w Warszawie, w roku 1965.

„KORZENIE" POLSKICH SZKÓŁ KARDIOCHIRURGII

Chirurdzy na całym świecie od niepamiętnych czasów dzielili się doświadczeniem i wzajemnie wzbogacali swoją technikę operacyjną osiągnięciami - z kraju i zza granicy, zdobyczami lekarzy działających na wschód i na zachód od „żelaznej kurtyny". Kontaktów tych nie mogły zahamować nawet - ani zbrodniczy system komunistyczny, ani porażająca głupota władców Polski powojennej. Poprzez częste kontakty chirurgów, bardziej niż w innych dziedzinach nauki i medycyny, trudno jest czasem sprecyzować jak kształtowała się określona „szkoła chirurgiczna" i z jakich korzystała wzorców. Podejmując się przeto takiego zadania musimy założyć, że nobilitujący tytuł „szkoła" dotyczyć będzie w niniejszym opracowania tych ośrodków kardiochirurgicznych i związanych z nimi postaci, które kształtowały pewną kontynuację zdobyczy w nauce i lecznictwie, osiągnięć w technice chirurgicznej, wreszcie spójności intelektualnej w programach badawczych, w etyce i deontologii tego zawodu. Taka jak tu wymieniłem egzegeza dla „szkół kardiochirurgii", z uzupełnieniem, że miały one tradycję ukształtowaną przez co najmniej cztery generacje w pełni dojrzałych mistrzów kardiochirurgii, przekazujących sobie przygotowanie do zawodu „z pokolenia na pokolenie", pozwala stwierdzić, że do honorowego tytułu twórców polskich szkół kardiochirurgii pretendują profesorowie: Manteuffel, Moll, Bross i Kossakowski. Nieco zamieszania wprowadza wspomniane tutaj wzajemne uzupełnianie się doświadczeniami a także zapożyczanie doświadczeń od kilku nauczycieli, także spoza granic Polski. Przykładowo, trudno jest jednoznacznie przypisać pojedynczego przedstawiciela czy grupy chirurgów pochodzących z innego ośrodka, do szkoły z której korzystali - przez kontakty, staże i szkolenia. Jeśli jednak szkolenia przybierały formę wielomiesięcznej czy też wieloletniej bliskiej współpracy i przejmowania tych cech szkoły, które wymieniłem powyżej, to nie będzie błędem jeśli skorzystamy z takiego zaszeregowania. Satelitarne, pomniejsze centra kardiochirurgii, nie będące zgodnie z naszymi kryteriami „szkołą", korzystały z doświadczeń najczęściej kilku uznanych autorytetów, tudzież kilku ośrodków. Uznajemy więc, że fakty te przywołać należy, a pominięcie ich mogłoby okazać się krzywdzące, dla obu stron – dla uczniów i nauczycieli. Dotyczy to przykładowo takich, nota bene znakomitych ośrodków kardiochirurgicznych, jak powstałe – w Krakowie, Szczecinie, Gdańsku, także na Śląsku (przed 1985 rokiem). Napisałem o nauczycielach – pozostaje uściślenie definicji – kimże wedle przyjętych tu reguł jest nauczyciel-chirurg, któż że zasługuje na zaszczyt bycia uczniem tych, których w panteonie największych mistrzów w zawodzie naszym zaliczyliśmy do twórców szkół kardiochirurgii polskiej? Wielce to trudne pytanie – a skoro sam nie potrafię nadać sensu tym honorowym tytułom, posłużę się cytatem z artykułu znakomitego chirurga W.M. Rzepeckiego, który snując rozważania o relacjach w chirurgii: nauczyciel-uczeń, przywołuje takie oto słowa jednego ze swoich uczniów: *Chirurg przekazując swym uczniom wiedzę i uczucie jest lekarzem poetą, przekazując tylko wiedzę, gdy uczuć nie posiada, jest cyrulikiem.* Pisze dalej Rzepecki, komentując to zdanie – *...myśl ta jest celna, mimo, że chirurg nauczyciel często skrywa swe uczucia i stara się otoczyć je pozornym chłodem czy surowością, skoro cała jego praca jest złączona z cierpieniem, bólem i niepewnością odczuwanymi przez operowanego.* Jeszcze inne frazy, jakże przystające do nauczycieli i wychowanków w kardiochirurgicznym zawodzie, a wymienionych w dalszej części tego rozdziału znajdujemy w tym refleksyjnym tekście: *Uczeń musi być taktownie i celowo natarczywy, a wtedy należy go wyodrębnić z całego grona jako rokującego lepiej, na nim (na niej) się ześrodkować, jemu udzielić wszystkiego, co tylko z większych wartości chirurg posiada. Wystarczy jeden taki uczeń, aby już nie wpaść samemu w obawę straconego życia. (...) Wymagania stawiane uczniom należy umieszczać wysoko, może i tak, aby mogły one przerosnąć osobowość nauczającego, zdystansować go choćby w jednym czy kilku kierunkach. Odegrane tu role z obu stron, zarówno dającego, jak i biorącego są trudne nie tylko do określenia, ale i do osiągnięcia, bo i jak ma je spełnić wychowawca i uczeń?* Nie trzeba wielkiej wyobraźni, aby wśród chyba wszystkich twórców polskich szkół kardiochirurgii doszukać się usiłowań nadążania za tak ujętymi „regułami gry", a co do wychowanków (niestety nie wszystkich), czyż nie o nich pisał Rzepecki?

Tak jak i w krajach zachodnich, tak i w Polsce, motorem rozwoju całej współczesnej kardiochirurgii stała się chirurgia wad serca – początkowo u dzieci i młodocianych. Zdobywane doświadczenia z czasem wykorzystywano szybko u dorosłych. Trudno dzisiaj odpowiedzieć na pytanie dlaczego operacje serca u dzieci były w czasach pionierskich wykonywane odważniej. Wydaje się, że prostsze operacje w chirurgii serca u dzieci i młodocianych stwarzały większą nadzieję na sukces. Serca młode, potencjalnie bardziej odporne na manewry chirurga, a obciążone niekiedy niewielkim defektem strukturalnym, było znacznie wdzięczniejszym obiektem, niż serce schorowanego dojrzałego człowieka. Ponadto korekcja oczywistych defektów anatomicznych bardziej przemawiała do wyobraźni chirurgów, tym bardziej, że pierwsze operacje dotyczyły nie tyle serca, co naczyń i to przy pomocy znanych już dobrze technik chirurgicznych, sprawdzonych w chirurgii ogólnej. Znaczenie takich właśnie operacji naczyniowych, jak zespolenie Blalock-Taussig czy korekcja zwężenia cieśni aorty, jak słusznie zauważa W. Sitkowski w swoim komentarzu do niniejszego rozdziału: *... polegało przede wszystkim na tym, że podstawa do jej wykonania była prawidłowa ocena hemodynamiki krążenia a to jest podstawowa zasada kardiochirurgii obowiązująca do dziś, i która była później podstawą do opracowywania większości operacji kardiochirurgicznych.*

W podejmowaniu pierwszych operacji u dziecka z wadą serca być może współistniał jeszcze inny czynnik, psychologiczny: współczucie i nieodparta chęć udzielenia pomocy ciężko choremu dziecku, z wykorzystaniem wszelkich sposobów, nawet tych, które w danym momencie wykraczały poza przyjęte kanony w leczeniu operacyjnym. Te słowa dotyczą kardiochirurgii w jej pełnym rozkwicie, początki jak wiemy były bardzo skromne, ograniczające się do szycia urazowo uszkodzonego mięśnia sercowego. Zdaniem W. Sitkowskiego - *...następnym milowym krokiem było wykonanie komisurotomii mitralnej, rzeczywiście operacji serca przy zachowanej jego czynności i znów metodami ogólnochirurgicznymi. Częstość wykonywania tej operacji wykazała, że serce można operować bezpiecznie a stało się to bodźcem do dynamicznego rozwoju krążenia pozaustrojowego, opracowania sztucznych zastawek, metod osłony mięśnia serca itd. Częstość wykonywania operacji z powodu wad nabytych a następnie choroby wieńcowej przesunęło zainteresowanie kardiochirurgii właśnie w tę stronę, ale stało się to dopiero gdy praktycznie wszystkie wady wrodzone mogły być leczone z powodzeniem, czy to radykalnie czy tylko paliatywnie. Łącznikiem między operacjami przeprowadzanymi metodami ogólnochirurgicznymi a kardiochirurgicznymi były operacje w hipotermii, których znaczenia dla kardiochirurgii nie można nie docenić, gdyż nie tylko rozszerzały zakres działania ale i pokazały niebezpieczeństwa otwierania serca.*

Przechodząc do omawiania rodowodów szkół kardiochirurgii polskiej, biografii twórców i ich najwybitniejszych wychowanków, sięgamy do początków, do tej chirurgii, która miała doraźnie ratować uszkodzony mięsień sercowy. Na tytuł prekursora polskiej kardiochirurgii zasługuje bezwątpienia Jan Borzymowski, autor udanej operacji kardiochirurgicznej, jednej z pierwszych w świecie i chociaż jego rodak Ignacy Watten trzy lata wcześniej w Łodzi zaopatrzył z sukcesem ranę kłutą serca, to rana ta najprawdopodobniej nie drążyła przez pełną grubość ściany serca.

Sukces swój Jan Borzymowski powtórzył ponadto kilkakrotnie, zaproponował własną technikę operacyjną, pozostawił wartościowe opracowania naukowe dotyczące chirurgicznego zaopatrzenia rany serca. Od Maliszewskiego, Horodyńskiego, Wattena i właśnie od Borzymowskiego rozpoczyna się era naszej kardiochirurgii, wspaniale później kształtowanej przez naturalnego następcę, twórcę kardiochirurgii w Warszawie, i własnej szkoły Leona Szoege-Manteuffla.

JAN DOMINIK BORZYMOWSKI (1869-1941)

Kilkakrotnie wspominany tutaj Jan Borzymowski to postać niezwykła, człowiek, który swoją udaną operacją serca już w 1903 roku udowodnił, że i w Polsce, w Warszawie, można uratować chorego z raną serca.

Urodził się w grudniu 1869 roku w Ostrogu nad Horyniem. Syn Antoniego i Antoniny z Olszewskich, ojciec był rejentem. Wychowany był w tradycji patriotycznej, rodzina w przeszłości dała mocne świadectwa umiłowania ojczyzny – dwaj bracia matki zostali za udział w powstaniu styczniowym zamordowani przez Kozaków w 1864 roku (rozerwani żywcem końmi na rynku w Ostrogu), matka zasłynęła z bezprzykładnej pomocy powstańcom. Ukończył gimnazjum w Równem. Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w roku 1893. Bezpośrednio po zdobyciu dyplomu lekarza podjął pracę w Szpitalu św. Ducha w Warszawie, początkowo u boku znamienitego internisty Józefa Pawińskiego, szybko osiadł na oddziale chirurgicznym, gdzie pracował przez kolejne 14 lat. Zatem łatwo policzyć, że w chwili przeprowadzania swych pierwszych operacji serca był 33-34. latkiem. Doświadczenie w praktyce chirurgicznej, miał zatem skromne i tym bardziej należy się mu dziś podziw i nasz szacunek. Był nie tylko odważnym chirurgiem ale i społecznikiem, patriotą pomagającym polskim dysydentom i organizującym polskie stowarzyszenia, przy tym świetnym organizatorem. W roku 1904 organizował Związek Lekarzy Polskich o politycznym profilu. W 1905 roku zostaje za to aresztowany przez władze carskie w Warszawie i bezterminowo relegowany za granicę z rozkazu gubernatora Skałona. Żona Jana Borzymowskiego, Jadwiga znalazła się w trudnej sytuacji. Jedyną osobą, która zaofiarowała pomoc był kolega chirurg, (asystent ze Szpitala św. Ducha) dr Maks Puryz, człowiek prawy, o szlachetnych zasadach. Był żydowskiego pochodzenia.

Po powrocie do Warszawy Borzymowski był przez 4 lata lekarzem naczelnym Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego. Po wybuchu I Wojny Światowej, w latach 1914-1915, prowadzi oddział chirurgiczny na 200 łóżek w warszawskim Lazarecie Miejskim - dla rannych żołnierzy. U schyłku wojny, w 1918 roku współorganizował Towarzystwo Sanitariusz Polski (był prezesem i kierownikiem tego towarzystwa do końca jego istnienia), będące pierwowzorem Polskiego Czerwonego Krzyża. Po ukonstytuowaniu się PCK został uhonorowany stanowiskiem członka Komitetu Głównego. W 1920 roku Minister Zdrowia powołał go do Komitetu Walki z durem plamistym w Polsce. W tym samym roku Borzymowski zorganizował Towarzystwo Przyjaciół Polskich Korpusów Kadetów i przez okres pięciu lat był prezesem i kierownikiem tego Towarzystwa.

W okresie międzywojennym praktykował prywatnie jako chirurg w Warszawie, ciesząc się zresztą powszechnym uznaniem i szacunkiem. Przed wybuchem II Wojny Światowej, podupadając na zdrowiu osiadł w majątku rodzinnym w Kobylinie, pow. ciechanowski, gdzie zmarł 31. stycznia 1941 roku i został pochowany w pobliskiej wsi Pałuki.

Borzymowski wydał drukiem łącznie 11 prac naukowych (niektóre wieloczęściowe), a do najcenniejszych pozycji w dorobku zaliczyć należą dwie obszerne prace odnoszące się do opisów zszycia ran serca oraz wydany w 1910 roku podręcznik - „Zarys chirurgii praktycznej".

O doświadczeniach, zarówno własnych, jak i kolegów z którymi współpracował (Horodyńskiego i Maliszewskiego) pisał w swych raportach naukowych opublikowanych w roku 1904. Po nieudanych próbach Horodyńskiego i Maliszewskiego Borzymowski przeprowadził kolejną taką operację, na tej samej co oni sali operacyjnej w Szpitalu św. Ducha w Warszawie, 23 kwietnia 1902 roku (pacjent nie przeżył), zaś w 1904 roku donosił już o trzech przypadkach, z których jeden (operacja przeprowadzona 28.02.1903) zakończył się pełnym sukcesem.

W chwili przycięcia do szpitala pacjent, zraniony w bójce, był nieprzytomny, w skrajnie ciężkim stanie (analizując relację –

Zrzut strony: http://www.ptkt.pl/index.php?Historia_polskiej_kardiochirurgii&p=90&l=1 <--kliknij na adresie

możemy wnioskować, że był we wstrząsie). Rozległa kłuto-cięta rana w okolicy nadbrzusza, drążyła do serca. Chirurg przeciął dolną część mostka i osierdzie, po czym uwidocznił serce. Dalszy przebieg operacji relacjonuje następująco: *„W górnej części przedniej powierzchni serca wyczułem nierówność i nałożyłem w tem miejscu na ciemno jeden i drugi szew węzełkowy jedwabny. Krwawienie jednak nic nie zmniejszało się, wobec tego zacząłem szukać rany w innem miejscu i uniosłem szczypcami Kochera wierzchołek serca, lecz tam rany nie znalazłem, a miejsce, ujęte szczypcami zaczęło krwawić, nałożyłem więc znowu jeden szew w okolicy wierzchołka na krwawiące miejsce i powróciłem do poprzedniej okolicy serca, a przyciągnąwszy bliżej serce stwierdziłem okiem razem z kolegami asystującymi poprzeczną ranę 1-1½ctm. długości, umiejscowioną na centymetr wyżej ponad nałożonymi nasamprzód dwoma szwami. Rana ta krwawiła rytmicznie grubym krótkim ciemnym strumieniem przy skurczach serca. Nałożyłem na nią pod kontrolą oka 4 szwy ciągłe z jedwabiu...". Poszkodowany przeżył operację, przebywał w szpitalu prawie pół roku, przebieg był ciężki i kilkakrotnie wydawało się, że chory zginie. Wyzdrowiał jednak i został wypisany w dobrej kondycji. Anegdotycznie nieco brzmi raport o dalszej historii uratowanego pacjenta, 19-letniego Bolesława Kozubowicza: „W kilka tygodni po wypisaniu ze szpitala, chory został aresztowany i wtrącony do więzienia za nową bójkę nożową; świadczy to o powrocie zdolności «do pracy» u naszego pacyenta. W parę miesięcy potem odwiedzał go w więzieniu kol. Puryc (właśc. Maks Puryz – przyp.) i stwierdził znakomity wygląd chorego, który znacznie utył, nie miał najmniejszej duszności przy tętnie 80 na minutę".*

W następnych latach (1908-1914) nie tylko Borzymowski, ale także jego koledzy przeprowadzili kilka podobnych operacji zszycia uszkodzonego serca.

Borzymowski sformułował nawet swoją oryginalną koncepcję postępowania w przypadku zranienia serca, której wyrazem był zaproponowany nowy standard postępowania. Przedstawił go w formie 8 zasad:
1) Przy cięciu skómem należy omijać ranę pierwotną i nie dotykać jej, od czego można zabezpieczyć się, zaklejając ją kolodium.
2) Cieciem wzdłuż 5 lewej chrząstki należy wyrezekować część jej przy mostku, dla wprowadzenia wskaziciela do jamy klatki piersiowej, niepokrytej opłucną, zbadać palcem osierdzie i w razie stwierdzenia w ten sposób swego przypuszczenia co do rany serca, zaraz tymże wskazicielem odłuszczyć opłucnę od okolicy projektowanego płata.
3) Pierwsze cięcie wzdłuż 5 lewej chrząstki lewej przedłużyć w poprzek przez mostek i półkolem obejść część mostka odpowiadającą przyczepom 3,4 i 5 chrząstki, kończąc cięcie na 3 lewej chrząstce. Po tej samej linii wyciąć kostny płat i odchylić go na lewo, łamiąc 4 lewą chrząstkę.
4) Uruchomić tj. odłuszczyć z przodu osierdzie; rozciąć je ukośnie z prawa na lewo i z góry na dół; ująć brzegi Kocher'owskiemi szczypcami i zbliżyć razem z sercem, tamponując palcem ranę i wtemże wybierając skrzepy.
5) Ująć wierzchołek serca cremailleur'ą i zaszyć ranę szwem ciągłym, unosząc serca w czasie wkłucia cremailleur'ą a pozostawiając mu swobodę ruchów w innych momentach szycia.
6) Po zeszyciu serca przemyć osierdzie solą, zrobić poza sercem otwór w osierdziu do lewej opłucny (pericardiotomia post v. pleuropericardioanastomosis) i zaszyć osierdzie z przodu, ujmując szwem i okolicę rany na sercu (cardiopexia).
7) Wytamponować przestrzeń pomiędzy mostkiem i odłuszczonem osierdziem i przyszyć kostno-mięśniowy płat, pozostawiając dla sączków otwór na miejscu wyrezekowanej 5-tej chrząstki.
8) Jeżeli zaś nie udało się podczas operacyi nie otworzyć opłucny, lub rana pierwotna sama szeroko ja otworzyła, wówczas nie zmieniając w niczem powyższego postępowania, lepiej nie bawić się w zeszywanie opłucny, tylko szerzej ją otworzyć, po skończeniu powyżej opisanej operacyi i wypełnić ją sterylizowaną gazą. Jeżeliby kto nie chciał zaszywać osierdzia, to w każdym razie paski gazy należy wprowadzać poza serce resp. pod serce, a nie kłaść ich na przedniej powierzchni tegoż.

Najważniejsze elementy, które można wyłuskać z przedstawionych „zasad" – to omijanie rany pierwotnej przy przeprowadzaniu cięcia skómego, przepłukanie jamy osierdziowej solą fizjologiczną, obszycie okolicy rany serca osierdziem i pozostawienie sączków. Zdawałoby się, że zasady oczywiste, nie budzące emocji i mało odkrywcze. Ale nie w owym czasie, kiedy chirurg dysponował aseptyką i sprawną ręką, ale nie dysponował antybiotykiem!

Rozpoczynając rozdział „Teoria zszywania ran serca" Borzymowski podaje:
Ogromna śmiertelność po zeszyciu ran serca gwałtownie domaga się od chirurgii zmiany na lepsze. Nie ulega wątpliwości, że przyczyna złych wyników tej operacji jest infekcya osierdzia i opłucny, następująca przed i w czasie operacyi, obok upośledzonej odporności organizmu, osłabionego olbrzymią utratą krwi; we wszystkich niemal przypadkach z sekcyą figuruje pericarditis et pleuritis purulenta, jako przyczyna zgonu. Uniknięcie infekcyi opłucny i osierdzia podczas operacyi oraz ograniczenie tej infekcji, która już nastąpiła przed operacyą – oto cel konkretny teoryi zszywania ran serca, którą mam zaszczyt Szanownym Panom do oceny przedstawić. Teoria ta, oparta na obserwacyi sześciu przypadków, trzech własnych i trzech – kol. Horodyńskiego i Maliszewskiego (Medycyna 1999 r., przy których operowaniu czynny udział brałem), dotyczy wszystkich warstw topograficznych okolicy serca.

Cztery lata później, 6 czerwca 1908 roku Borzymowski ponownie wykazał się swoim talentem chirurgicznym. Zszył 2 głębokie rany drążące do prawej komory serca u 17. letniego chłopca. Raport dotyczący tego zdarzenia zamieścił na łamach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i szczegółowo w rok później w Przeglądzie Chirurgii i Ginekologii. Operacja wykonana została bez znieczulenia chloroformowego. Po wycięciu chrząstki 5 żebra po stronie lewej, wycięciu lewego obrysu mostka od 3-5 żebra i chrząstki 3 i 4 żebra, rany serca zszył pięcioma szwami jedwabnymi, obszył osierdziem obie rany serca. Część osierdzia została zszyta ze skórą, pod sercem pozostawiono 2 paski gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny powikłany był wystąpieniem niegroźnej odmy podskómej na twarzy i szyi, jednak przebieg był bezgorączkowy, bez powikłań płucnych. Chory w trzy tygodnie po operacji zaczął chodzić, rehabilitował się sprawnie, po 6 tygodniach od operacji usunięto spod serca setony.

W tym miejscu przytoczę interesujący ciąg dalszy z wiązany z tą, na owe czasy, niecodzienną operacją, opisany przez Zbigniewa Woźniewskiego (torakochirurga, ucznia Manteuffla, przyp.) w 1970 roku. Otóż autor przywołanego przeze mnie artykułu opisuje, że w styczniu 1961 roku do Akademii Medycznej w Warszawie wpłynął list, który przykazano do Zakładu Historii Medycyny. List przetłumaczony przez doktora Brunona Neumana, cytuję in extenso za Woźniewskim:

Akademia Nauk Medycznych
Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej
w Warszawie

Szanowni Towarzysze!
Pozwalam sobie zwrócić do Was w następującej sprawie, która, być może, Was zainteresuje. Piszę po rosyjsku i przypuszczam, że przetłumaczenie na język polski, który znałem, lecz zapomniałem, nie nastręczy żadnych trudności.
26 czerwca 1958 r. napisałem do prezydenta Akademii Nauk Medycznych ZSRR, A.N. Bakulewa list, który przytaczam niemal dosłownie:

Szanowny Aleksandrze Nikołajewiczu!
Niejednokrotnie czytałem i słyszałem o wykonywanych w ostatnich czasach operacjach serca, w których Wy sami posiadacie duże zasługi. W związku z tym przyszło mi na myśl, aby podzielić się z Wami niektórymi wiadomościami, które być może, uzupełnią historię operacji serca i zainteresują naukowców pracujących w tej dziedzinie. Informacje dotyczą mej osoby.
Ostatnio, 6 czerwca 1958 r. upłynęło 50 lat od dnia, w którym wykonano mi podobną operację. W dniu tym zabrała mnie karetka Pogotowia Ratunkowego w Warszawie i przewiozła do Szpitala św. Ducha (na ul. Elektoralnej) z ranami serca zadanymi nożem (na karcie przy łóżku wypisano Vulnera cordis). Operację wykonano natychmiast bez narkozy, wycięto żebra, nałożono szwy itp. Operację wykonał starszy wiekiem chirurg Jan Borzymowski (Niech będzie błogosławione jego imię!). W szpitalu leżałem 3 miesiące, przy opatrunkach wyciągali spod serca powoli tampon. Do wyjazdu z Warszawy w r. 1909 komunikowałem się ze swym zbawcą; referował on tę operację pokazując chorego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim (ul. Niecała 7). Po moim wyjeździe do Rosji kontakt ten został przerwany.
Od tego czasu minęło ponad 50 lat. Chociaż z resekcją żeber i prawie otwartym tętniącym sercem żyje się trochę nieporęcznie i bojaźliwie, nie mogę twierdzić, żeby ta okoliczność bardzo mi przeszkadzała w życiu. W pierwszym roku po operacji, mieszkając już w Odessie, chorowałem przez pewien czas (serce jakby się usadawiało w nowej pozycji – pół leżącej). Potem wszystko się ułożyło, chociaż życie moje nie było łatwe: długi staż roboczy, odpowiedzialna praca partyjna, również w konspiracji, wytężona praca podczas Wielkiej Wojny Ojczyźnianej w zakresie ewakuacji, częste przemówienia, wykłady. W swoim czasie założyłem rodzinę, uczyłem się śpiewu i często śpiewałem (do ostatnich czasów). Chorowałem oczywiście też w swoim życiu, jednak lekarze nie znajdywali poważniejszej choroby serca. Obecnie cierpię oczywiście na choroby związane z wiekiem, ale jak na swoje lata (67) czuję się zadowalająco. Chodzę dość swobodnie, prosto i po schodach. Tylko pisanie nastręcza mi trudności, dlatego też używam maszyny do pisania, na której piszę bardzo biegle.
Urodziłem się w Moskwie, od pierwszych lat rewolucji należę do partii (KPZR), obecnie jestem emerytem. Informacje te nie mają niczego więcej na celu, jak tylko chęć dodania szczegółu naukowego. Jeśli to posiada jakieś znaczenie naukowe, to mógłbym przedstawić dane uzupełniające, jakieś dawne potwierdzenia, wreszcie – samego siebie.
Początkowo chciałem napisać do Warszawy – być może informacje te zainteresowałyby polskich przyjaciół ze względu na jakieś pierwszeństwo w zakresie operacji serca, jednak doszedłem do wniosku, że nasza Akademia Nauk Medycznych ZSRR sama zadecyduje w interesie nauki, co i gdzie należy.
Mój moskiewski adres: Moskwa D 40 Leningradzki Prospekt n. 14 m. 116, Kantor Josif Charitonowicz.
Od wysłania cytowanego listu upłynęło dużo czasu. Żadnej odpowiedzi z Akademii Nauk Medycznych ZSRR nie otrzymałem. Być może, że list mój wogóle nie doszedł do akademika A. N. Bakulewa, lecz dostał się do rąk kancelisty, który nie nadał opisanemu przeze mnie faktowi żadnego znaczenia.
Być może, że fakt ten posiada znaczenie tylko dla lekarzy polskich; nie jest wyłączone, że fakt ten nie ma wogóle żadnego znaczenia naukowo-historycznego, nie chcą się tą sprawą zajmować.
W każdym bądź razie proszę o odpowiedź, może za pośrednictwem ambasady, czy list ten doszedł i jaka instytucja go otrzymała; czy jest coś wiadomo o losie chirurga Jana Borzymowskiego lub jego rodzinie i uczniach. W Szpitalu św. Ducha pracowali wtedy jeszcze chirurdzy Kalinowski i Skabowski. Borzymowski mieszkał wtedy przy ul. Złotej 14. Czego jeszcze mógłbym się w tej sprawie dowiedzieć? Ponieważ Polska Ludowa jest państwem zaprzyjaźnionym i socjalistycznym, to nie będę tego ukrywał, chętnie bym skorzystał z możliwości odwiedzenia Warszawy. Jeżeli byłoby to potrzebne i jeżeli bym uzyskał pomoc w tej sprawie, chciałbym obejrzeć te miejsca, gdzie spędziłem swą młodość i gdzie przeszedłem tak duży wstrząs. Obecnie mam już 70 lat. Zjawiły się związane z wiekiem objawy sklerotyczne, ale serce działa. Niezapomniany Jan Borzymowski i jego asystenci i tutaj dali dowód godności medycyny polskiej. Zeszyli po mistrzowsku serce przed 50 laty, kiedy o operacjach takich prawie się nie słyszało...

Kantor Josif Charitonowicz

Autor listu zmarł w 1967 roku, nie doczekawszy się odpowiedzi od medycznych instytucji naukowych zarówno sowieckich jak i polskich. Zacytowany list jest chyba najlepszy komentarzem niezwykłości sukcesu chirurgicznego naszego rodaka, a nie był to jego pierwszy sukces, acz kolejny! Udana operacja Borzymowskiego wykonana w 1903 roku była najprawdopodobniej 4.tą w świecie pomyślnie przeprowadzonym zszyciem serca. Ludwig Rehn doczekał się laurów całego świata medycznego i nie tylko medycznego. Operacja Borzymowskiego skryła się w cieniu dziejów medycyny polskiej, ba, nie wspominając o światowej. Niewiele chyba brakło, aby pacjent Borzymowskiego, młody rosyjski Żyd, później dygnitarz Rosji Sowieckiej, znany zapewne władzom centralnym KPZR, jeszcze do tego dość znany sowiecki śpiewak operowy, mógł przyczynić się do rozsławienia imienia skromnego chirurga z Warszawy. Łatwo się domyśleć, że patriotyczna przeszłość Borzymowskiego uniemożliwiała, aby władze sowieckie dopuściły do upublicznienia historii Kantora Josifa. Przykre, że nawet dla prof. Bakuliewa, jak wynika z listu, ważniejsze były względy polityczne i niechęć dla Polski i Polaków, niż pokusa ujawnienia na forum szerszych kręgów

Zrzut strony: http://www.ptkt.pl/index.php?Historia_polskiej_kardiochirurgii&p=90&l=1 <--kliknij na adresie

medycznych oczywistego sukcesu chirurgicznego i naukowego Polaka. W tym samym duchu, najgorszych czasów zakłamania i zafałszowywania losów Polski i Polaków, odczytuję brak reakcji, w owym czasie, adresatów na list Kantora Josifa Charitonowicza z 1958 roku.

RODOWÓD SZKOŁY Profesora Kossakowskiego

Równolegle z tworzeniem się zespołu prof. Leona Manteuffla w Instytucie Gruźlicy rozwijała się kardiochirurgia dziecięca w Klinice Chirurgii Pediatrycznej Akademii Medycznej w szpitalu przy ul. Litewskiej. Była to pierwsza w kraju klinika chirurgii dziecięcej. Od roku 1950 jej kierownikiem był Jan Kossakowski.

Po wojnie szybko restytuowano w dużych miastach odrębne oddziały chirurgii dziecięcej, tworzono też nowe. Jednak tylko w klinice Kossakowskiego powstały warunki do rozpoczęcia programu leczenia operacyjnego wad serca u dzieci. Co najistotniejsze – małych dzieci. Wszystkie pozostałe ośrodki podejmujące operatywę w tym zakresie (przede wszystkich starszych dzieci) były przeznaczone głównie dla dorosłych pacjentów. Nie tworzono osobnych oddziałów kardiochirurgii pediatrycznej. W tym miejscu warto wspomnieć historyczne słowa W. Ladda i R. Grossa z harvardzkiego szpitala dziecięcego w Bostonie, odnoszące się do chirurgii dziecka: „małe dziecko nie może być traktowane jak miniatura kobiety i mężczyzny". Tę mądrą maksymę zamieścili w kapitalnym dziele wydanym w 1941 roku, dziele, które dokonało przełomu w światowej chirurgii: *Chirurgia okresu niemowlęcego i dziecięcego*. Nie wszędzie pamiętano o tym, że nie tyle rozmiary ciała, co odrębności fizjologii dziecka ważne są aby bezpiecznie operować. Może w tym tkwiła przyczyna, że początkowo, w kilku znakomitych skądinąd ośrodkach chirurgii serca w Polsce, kardiochirurgia pediatryczna rozwinęła się później, z problemami i mało dynamicznie (były i wyjątki od tej zasady). Zaś w klinice Kossakowskiego rozwój kardiochirurgii był nieustanny, a ośrodek miał znaczenie wiodące w kraju.

Przed erą kardiochirurgii dziecięcej, jeszcze z początkiem lat 50. tych ubiegłego wieku, śmiertelność dzieci z wadami wrodzonymi serca wykazywała, że 90% pośród nich umiera przed ukończeniem 1 roku życia. Konieczność ratowania tych dzieci w pierwszym okresie życia, stała się więc obowiązkiem, przede wszystkim chirurgów dziecięcych. Wymagało to ogromnego wysiłku wielu wysoko wykwalifikowanych zespołów, odpowiednich warunków lokalowych, dużych nakładów finansowych.

W 1966 roku z powodu ciężkiej niedyspozycji Kossakowskiego Klinikę obejmuje Irena Giżycka. Po niej, w 1986 roku kierownictwo Kliniki przejmuje Krystyna Białowąs-Wysocka, a w 1990 roku Aleksander Wagner. Przez 35 lat pracy tego ośrodka zebrano ogromny materiał dotyczący postępowania w wadach siniczych u dzieci. Wyszkoleni przez J. Kossakowskiego uczniowie odchodzą na samodzielne stanowiska. W tym czasie zebrano ogromny materiał dotyczący postępowania w wadach siniczych u dzieci. W roku 1967 z zespołu Kossakowskiego odszedł Jarosław Stodulski, obejmując stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Pediatrycznej w Szpitalu MSW w Warszawie. W roku 1978 obejmuje kierownictwo Kliniki Kardiochirurgii w Centrum Zdrowia Dziecka, które piastuje do roku 1998, po nim Klinikę przejmuje Bohdan Maruszewski.

W roku 1972 w Akademii Medycznej w Warszawie powstaje II Klinika Chirurgii Dziecięcej, przemianowana później na II Katedrę Chirurgii Dzieci, z Klinikami Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej. Kierownikiem jej zostaje Irena Smólska, wieloletnia uczennica J. Kossakowskiego. Po przejściu Ireny Smólskiej na emeryturę w 1996 roku, II Katedrę i Klinikę Kardiochirurgii przejmuje Maciej Karolczak.

CHARAKTERYSTYKA SZKOŁY

Cechy osobowości J. Kossakowskiego przełożyły się na charakter Szkoły, którą stworzył. Ukształtowanie jego osobowości, postawy życiowej lekarza-chirurga, dokonywało się w klinice Zygmunta Radlińskiego przed wojną, ale i później, podczas wieloletniej pracy z dziećmi, także w obliczu barbarzyństwa wojny, ciężkich przeżyć, udziału w Powstaniu Warszawskim. Trafny opis jego sylwetki oddaje zwięzła charakterystyka zawarta w słowach jego kolegi, J. Nielubowicza z 1990 roku:

Był lekarzem bezgranicznie oddanym chorym dzieciom, człowiekiem ujmująco życzliwym, wymagającym, chociaż nie drobiazgowym, głęboko wierzącym katolikiem. Wychowywał własnym przykładem. Człowiek o wielkiej inteligencji i poczuciu humoru.

Wyjątkowe przymioty charakteru prof. Kossakowskiego, nieprzeciętna osobowość, kreatywność i talent chirurgiczny tkwiły u podstaw kształtowania się tej Szkoły. Zasady, które sam przestrzegał były głównym przesłaniem, jakie chciał propagować. Konsekwentnie to czynił. Wielu współpracowników i uczniów cechy te przejęło, tym łatwiej, że los wojny doświadczył ich podobnie. Jak już powiedziano powyżej – „uczył własnym przykładem" – dobroci, sumienności i mądrości. Był wszechstronnym, znakomitym chirurgiem doskonale rozumiejącym odrębności dziecięcej medycyny. Nowoczesność jego pracy dotyczyła różnych zagadnień, postawił jednak głównie na rozwój torako i kardiochirurgii wieku dziecięcego. Z tego kręgu wywodzi się najpierw grono współpracowników, potem naśladowców, którzy albo bezpośrednio, osobiście, albo pośrednio rozwijali kardiochirurgię dziecięcą w całym kraju.

Nauczyciel zarówno J. Kossakowskiego jak i L. Manteuffla, znakomity chirurg profesor Zygmunt Radliński pozostawił po sobie podobne wspomnienia – szlachetności, profesjonalizmu i pokory dla chorego. Są to podobne cechy, które przejęli ci właśnie uczniowie, twórcy własnych szkół.

W 1936 roku pisał o Radlińskim najstarszy jego uczeń, dr Jan Kołodziejski, z uznaniem i miłością:

Uczył nas nasz Profesor swoim codziennym przykładem, że chirurg musi umieć opanować zmęczenie, że swą służbę lekarską musi pełnić z radosną gotowością, nieomal z namiętnością, że w życiu codziennym chirurga nie ma spraw ważniejszych od służby ludziom, którzy obdarzają go najwyższym zaufaniem jakie może mieć człowiek do człowieka, oddając dobrowolnie swe życie w jego ręce… Uczył nas Profesor Radliński, że chirurg ze względu na doniosłość i nieodwracalność jego metod leczniczych musi być skrupulatny i nadzwyczaj sumienny w badaniu chorego, ostrożny we wskazaniach do operacji, wreszcie wytrwały w przeprowadzeniu obmyślanego i zdecydowanego planu operacji… Był dla nas kierownikiem który szczodrze rozdaje swym uczniom bogactwo swego olbrzymiego doświadczenia i ten właśnie dar hojnego dawania z siebie, wypromieniowywania swych wartości oraz jakby tonizowania nimi swego otoczenia jest bodaj jedną z najbardziej charakterystycznych cech naszego Nauczyciela.

Zaś Jerzy Rutkowski, oceniając Radlińskiego z równie głęboką czcią pisał w 1948 roku: Jako szef nie tylko świecił przykładem swej bezkompromisowej służby dla chorego, ale był dobrym, łagodnym i wyrozumiałym, zawsze gotowym do usług dla uczniów swoich, hojnie rozdającym skarby swej nieprzebranej wiedzy i doświadczenia.

W obu tych ocenach wypowiedzianych z szacunkiem, przynależnym nauczycielowi obdarzanemu najwyższą estymą, pobrzmiewa ta sama nuta, którą nacechowane są wspomnienia tak po profesorze Janie Kossakowskim, jak i opisanym wcześniej profesorze Leonie Manteufflu. Chyba to nie przypadek, że te piękne cechy tkwią u podstaw szkół kardiochirurgii: Szkoły wykreowanej przez najbardziej podziwianego twórcę kardiochirurgii polskiej – L. Manteuffla oraz Szkoły J. Kossakowskiego - twórcy polskiej kardiochirurgii dziecięcej, obdarzanego najcieplejszymi wspomnieniami i głębokim szacunkiem.

Podsumowując tę „charakterystykę" - Jan Kossakowski stworzył Szkołę nie tylko chirurgii, ale i etyki, odpowiedzialności, pokory i sumienności w zawodzie lekarza.

JAN KOSSAKOWSKI (1900-1979)

Urodził się 6 maja 1900 w Warszawie. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w 1927 roku, a w 1928 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. W 1947 habilitował się na podstawie pracy pt. Wskazania do zabiegów chirurgicznych u noworodków i niemowląt w świetle spostrzeżeń własnych. Za pracę tę otrzymał nagrodę PAN-u. W 1951 uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, w 1959 - profesora zwyczajnego.

Wzrastał w rodzinnej posiadłości hrabiów Kossakowskich w Wojtuszkach. W latach 1919-20 walczył w wojnie z bolszewikami jako ochotnik w 3 Pułku Strzelców Konnych.

Po studiach pracował krótko w Oddziale Gruźliczym Szpitala na Woli, następnie w latach 1929-1930 był asystentem II Kliniki Chirurgicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem Zygmunta Radlińskiego. Równocześnie pracował w Zakładzie Anatomii Opisowej i Anatomii Topograficznej oraz w Zakładzie Chirurgii Operacyjnej. W latach 1930-1937 pełnił funkcję lekarza Oddziału Chirurgicznego Jana Zaorskiego w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci przy ul. Kopernika, najstarszym szpitalu dziecięcym w Warszawie. Był mocno przejęty potrzebą zajmowania się dzieckiem wymagającym pomocy chirurga. Zdecydował od tej pory poświęcić się choremu dziecku, zawód ten wykonywał przez całe życie. W 1937 objął stanowisko kierownika Oddziału Chirurgicznego Kliniki Pediatrycznej przy ul. Litewskiej w Warszawie. W tym czasie jako pierwszy w Polsce zainicjował leczenie chirurgiczne noworodka. Kilkakrotnie odwiedzał kliniki europejskie, zapoznając się z nowościami na polu chirurgii dziecięcej (w Bazylei, Paryżu, Wiedniu, Bukareszcie, Budapeszcie, Sofii, Konstantynopolu).

Brał udział w kampanii wrześniowej, dostał się do niewoli sowieckiej i był więźniem obozu w Małaszewiczach. W 1940 roku powraca do Warszawy, do swojego szpitala przy ul. Litewskiej. W rok później zostaje aresztowany i więziony na Pawiaku przez 6 tygodni. Po zwolnieniu kierował nadal Oddziałem Chirurgicznym Kliniki Pediatrycznej. Podczas okupacji prowadził tajne nauczanie chirurgii w Szkole Zaorskiego i Szkole Pielęgniarek. Narażając się śmiertelnie wykonywał u obrzezanych żydowskich chłopców odtwórcze operacje plastyczne napletka (mające imitować operacje stulejki). Udzielał pomocy sanitarnej powstańcom warszawskiego getta. Podczas Powstania Warszawskiego z wielkim oddaniem i ofiarnością udzielał pomocy chirurgicznej rannym w szpitalu powstańczym przy ul. Śliskiej. Po upadku Powstania ewakuował oddział chirurgiczny do Milanówka.

W 1948 roku dzięki przyznaniu stypendium Fundacji Rockefellera mógł odbyć podróż naukową na zachód i szkolić się w klinikach chirurgicznych francuskich i szwajcarskich. W 1950 został kierownikiem pierwszej w Polsce Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Warszawie i specjalistą krajowym w zakresie chirurgii dziecięcej.

W swojej klinice wprowadzał szereg nowatorskich rozwiązań, wdrożył i rozwinął nowoczesną torakochirurgię dziecięcą, w następnej kolejności kardiochirurgię wad wrodzonych serca u dzieci. W roku 1950, w oddziale chirurgii dziecięcej przy ul. Litewskiej zostało przeprowadzone pierwsze cewnikowanie serca u dziecka, pod kierownictwem Antoniego Chrościckiego, kierownika Zakładu Kardiologii Dziecięcej. Cewnikowanie przeprowadzali chirurdzy: Wanda Poradowska i Jan Kossakowski. Kontrast do wnętrza serca podawano przy użyciu ręcznej strzykawki i kasetowego seriografu, skonstruowanego przez

Zrzut strony: http://www.ptkt.pl/index.php?Historia_polskiej_kardiochirurgii&p=90&l=1 <--kliknij na adresie

Chrościckiego. Po trzech latach opracowywania diagnostyki wad wrodzonych serca i omawiania techniki leczenia operacyjnego tych wad, w roku 1954 w klinice J. Kossakowskiego zostaje przeprowadzone operacyjne zamknięcie przewodu tętniczego – operują Jan Kossakowski wraz z L. Manteufflem i J. Nielubowiczem. Operacja trwała ok. 6 godzin i zakończyła się pełnym powodzeniem.

Po tym sukcesie, z roku na rok rośnie liczba wykonywanych zabiegów. W roku 1955 wykonuje się tam zespolenie systemowo-płucne sposobem Blalocka-Taussig, rok później zespolenie Pottsa, w 1958 roku plastykę zwężenia cieśni aorty. Pierwsze operacje koarktacji aorty były wykonane wspólnie z Manteufflem. W 1961 roku Kossakowski organizuje zakład doświadczalny, w którym jego uczniowie (I. Smólska, K. Białowąs-Wysocka, J. Stodulski, W. Kamiński, B. Zienkowicz – późniejsi kierownicy klinik) szkolą się w przeprowadzaniu operacji w krążeniu pozaustrojowym. Jednak pierwsze operacje na otwartym sercu (zszycie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej) wykonał Kossakowski wykorzystując technikę średniej hipotermii z oziębianiem powierzchniowym (chłodzenie, później grzanie w wannie) w roku 1960. Jak wspominają naoczni świadkowie tamtych heroicznych zabiegów: „czas otwarcia przedsionka – siedem minut - był dość krótki, ale napięcie nerwowe zespołu duże..." W ten sposób zamknięto ubytek międzyprzedsionkowy u 77 dzieci.

W roku 1963, po zdobyciu aparatury sztucznego płuco-serca Kay'a-Crossa, rozpoczynają się korekcje wad wrodzonych serca u najmłodszych dzieci. Równocześnie rusza program szkolenia kadry asystenckiej w Anglii (Londyn – D. Waterstona oraz w Leicester, Liverpoolu, Manchesterze) i w Holandii. Pierwsza pomyślna operacja zamknięcia ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca w krążeniu pozaustrojowym (u 5-letniego dziecka) została wykonana w roku 1963. W okresie pracy kliniki pod kierunkiem J. Kossakowskiego zebrano imponujący materiał dzieci operowanych z powodu wrodzonych wad serca (3650). Do kliniki przyjeżdżają chirurdzy zainteresowani kardiochirurgią dziecięcą: J. Moll, T. Paliwoda, M. Narkiewicz. Na roczny staż przyjeżdża E. Zdebska. Operuje się dzieci coraz młodsze i z coraz bardziej złożonymi wadami serca.

Z ważniejszych osiągnięć J. Kossakowskiego należy wymienić opracowanie własnej techniki szycia dużych naczyń krwionośnych, wprowadzenie krążenia pozaustrojowego z hipotermią średnią w kardiochirurgii wad wrodzonych, zaś do niekwestionowanych zasług organizacyjnych należy opracowanie programu szkolenia podyplomowego i specjalizacji w zakresie chirurgii dziecięcej, doprowadzenie do uwzględnienia tej specjalności w programie studiów medycznych. Był ponadto rzecznikiem organizowania w terenie, w wielu polskich miastach, specjalistycznych oddziałów chirurgicznych, zatrudniających odpowiednio przygotowaną kadrę chirurgów. Istotnie przyczynił się do ich powstania. Dzięki jego staraniom powstały oddziały chirurgii dziecięcej (przekształcane później w kliniki) w Lublinie, Gliwicach, Gdańsku i Szczecinie.

Zainicjował działalność Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej (1965), został dożywotnio jego członkiem honorowym, był członkiem honorowym także Towarzystwa Chirurgów Polskich. Należał do 14 stowarzyszeń naukowych krajowych i zagranicznych, członkiem honorowym pięciu z nich. Opublikował 138 prac naukowych, w tym 6 podręczników chirurgii dziecięcej, ponadto około 200 prac opublikowali jego asystenci. Wypromował 22 doktorantów, stworzył warunki do 7 habilitacji, 16 uczniów J. Kossakowskiego zostało kierownikami klinik lub oddziałów chirurgii dziecięcej w Polsce lub poza granicami (B. Zienkowicz).

Był prawdziwie dobrym lekarzem oddanym służbie dzieciom, wiernym szczytnym ideałom zawodu. Miał szczególne uzdolnienia artystyczne – w grafice, rzeźbie, malarstwie i fotografice. Pisał wiersze. Pośród wielu grafik, które po sobie pozostawił, jedna praca jest szczególnie znana – jest to logo, symbol Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, które założył w 1965 roku. Przedstawia stylizowaną postać dziewczynki z warkoczykiem, a zarazem syrenki warszawskiej.

Rozległy udar mózgu w 1966 roku zmusza go do przedwczesnego przerwania pracy. Klinikę objęła Irena Giżycka. Chorował kilkanaście lat, godnie znosząc niepełnosprawność i cierpienie. Zmarł 14 marca 1979 roku w Warszawie. W 1994 roku uczniowie Kossakowskiego powołali Kapitułę Medalu Prof. Jana Kossakowskiego, przyznawanego osobom zasłużonym dla chirurgii dziecięcej. Hasło wyryte na medalu brzmi: Serere ne dubitas (nie zapominaj o siewie, jeśli chcesz zbierać). Miasto Warszawa nazwało jedną z ulic jego imieniem.

prof. dr hab. n. med. Janusz Skalski

All rights reserved.
© Termedia sp z o.o. 2012