

# A magyar nem intubációs mellkassebészet kezdetei, Kolozsvár, 1908

Molnár F. Tamás dr.<sup>1,2</sup> ■ Kecskés Gabriella dr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Műveleti Medicina Tanszék, Pécs

<sup>2</sup>Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Szent Sebestyén Mellkassebészeti Részleg, Győr

<sup>3</sup>Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Győr

A nemzetközi szakirodalomban nagyjából negyedszázada jelentek meg az első közlemények az intubációs narkózis nélküli mellkassebészet (nonintubated thoracic surgery, NITS) [1] különféle metódusairól. Az orvoslás minden területén teret nyert, nem invazív technikák iránti igény a mellkassebészetben is jelentkezett, így az 1990-es évektől számítható a paradigmaváltás, amely a videoasszisztált mellkasi műtétek elterjedéséhez vezetett, új kihívás elé állítva az aneszteziológusokat. Az oldal-szétválasztásos lélegeztetés problémáját megoldó Carlens-, White-, majd a ma általánosan használt Robertshaw-tubusok alkalmazása tette lehetővé a pozitív nyomású lélegeztetés mellett végzett videoasszisztált mellkasi műtéteket. Mára Szegeden lassan évtizedes tapasztalat gyűlt össze [2] az intubációs narkózis nélküli mellkassebészeti módszerrel, mely az 1950-es évek dereka óta itthon is egyeduralgkodó, intubációval, relaxációval, pozitív nyomású lélegeztetéssel végzett narkózis [3] lehetséges alternatívája. A spontán lélegzésben végzett tüdőműtét nem új: a XX. század elejétől nagyjából a század derekáig [3] a rendszerint éter- vagy kloroformhatásban végzett mellkasműtétek mind intubáció nélkül zajlottak [4]. A kurárelval történő izomlazítás csak a szer 1942-es felfedezése után kezdett elterjedni, és akkor is lassan. Az első világháború áthatoló mellúri sérüléseinek kényszerű és sokszor kétségbeesett sebésze nyitotta meg az utat az elektív tüdőműtétekhez.

A Nagy Háború előtti tüdőműtétekről csak anekdotikus beszámolókkal rendelkezünk. Az 1908-as kolozsvári operáció [5], melynek során tüdővarrattal uralták a vérzést, a világ szakirodalmának tizenharmadik közölt esete volt (1. ábra). Az öngyilkosjelölt sérült revolverrel lötte magát mellbe, és a lövedék a bal felső lebeny linguláján áthaladva a hátzomban állt meg. A profúz, nem csillapultó mellúri vérzés miatt („a kötés levételekor a beteg köhögése és jajgatása alkalmával a sebből tele sugárban nem habos vér ömlik elő” [5]) *ultimum refugium*ként thoracotomiát végeztek. Az altatásra vélhetően a korban vezető, a Monarchiában is lassan terjedő Roth–Draeger

„Narkoseapparat”-ot használták, mely tulajdonképp egy oxigénpalackkal ellátott kloroform-cseppregulátor volt (2. ábra).

A kazuisztikát megelőzi a szerző alapos kórtani és műtéttani összefoglalója, melyben külön kiemeli: „A mellkas feltárása által létesített nyílt pneumothoraxtól nincs mit tartanunk, a mint azt König, Rehn és többen is hangsúlyozzák, még akkor sem, a mikor nem is áll valamely pneumaticus apparatus a rendelkezésünkre, mely a tüdő összeesését meggátolja” [5]. A narkózisindukciót kloroformmal végezték, a fenntartásra étert alkalmaztak. A narkózis folyamán kulcskérdés volt, hogy a beteg

KÖZLÉS A KOLOSZVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁBÓL.

Igazgató: MAKARA LAJOS dr. egyet. ny. r. tanár.

Mindkét bal tüdőlebeny lövésű sérülése; tüdővarrat; gyógyulás.\*

SÁSPOR ISTVÁN dr. II. tanársegédőtől.

A tüdőszérüléseknek hosszú időn át meg nem érdemelt jó híreik volt az életveszélyességet illetően. Az utolsó évek merész beavatkozásai azonban nemesak, hogy néhány teljesen veszendő életet tudtak megmenteni, hanem a közlések során nyilvánvalóvá tették, hogy a tüdőszérülések úgy a közvetlen életveszélyesség tekintetében, mint a súlyos utókövetkezmények szempontjából korántsem sorolhatók az általában jó kimenetelű sérülések közé. A tüdőszérüléseknek ezen már fennebb említett veszélytelen híret az a körülmény magyarázza, hogy számos, aránylag súlyos kezdeti tünetekkel, sőt az első napokban hőemelkedésekkel is járó tüdőszérülés minden beavatkozás nélkül magától nemesak teljesen, hanem aránylag gyorsan meggyógyul. Nemkülönböztethető okozhatta ezt a tüdőszérülések némely esetének kezdeti könnyű jellege is, így ismeretes a hadi tudósításokból, hogy egyes átlótt mellkasú katonák mint könnyű sérültek jelentkeznek, néhány nap múlva folytatják a hadakozást, sőt ismeretesek oly esetek is, hol az átlótt mellű katona ügyet sem vetve sérülésére, csak \* napok

\* Előadott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908 nov. hó 14.-én tartott szakülésén.

1. ábra | Az eredeti közlemény első oldala



Die Nummer zwei:  
Der Doppelapparat 240 N aus

2. ábra | Az 1903-ban konstruált Draeger-altatógép

spontán légzése kielégítő maradjon, hiszen a szabad légút, azaz az aspiráció megakadályozása mellett a kloroform és az éter kontrollálatlan használata miatt kialakult légzésleállás volt az altatásban végzett műtétek leggyakoribb és végzetes szövődménye. „A mellkasfél tele van részben alvadt vérrrel, melyen a collabalt tüdő úszik. Szív erőteljesen rythmusosan lüktet a műtét egész tartama alatt, sem a pneumothoraxnak, sem a tüdő előhúzásának a szív működésére nem volt káros hatása” [5]. A vérző tüdősebet elvarrták, a mellkast cső fölött zárták: „...a mellüreget nyitva kezeljük akként, hogy a pleura részébe két egy centiméter átmérőjű drain-csővet vezetünk...” [5]. A beteg állapota gyorsan javult. Majdnem három hétig... Gennymelle alakult ki, mely miatt bordaablakot készítettek, benne drénnel, de ez nem oldotta meg a kórképet. Három hét múlva újabb műtétre szánták el magukat. „IV.-ik hó 16.-n chloroform-aether vegyes narcosisban [...] a mellkast tágan feltárjuk és ekkor ki-tűnt, hogy a gennyedést egy – az első műtétnél bennfelejtett törő okozta.” [5] „A beteg V.-ik hó 9.-én hagyja el a klinikát...” [5]

Az esetleírás tárgya egy betegen két alkalommal végzett, intubációs narkózis nélküli nagy mellkasebészeti beavatkozás. A siker jelentőségét növeli, hogy a műtét az antibiotikumkorszak előtt fél évszázaddal történt, különös voltát pedig az adja, hogy e korai NITS-műtétet épp

a Trianon után Szegedre menekült kolozsvári egyetem sebészeti klinikáján végezték el. Úgy is mondhatjuk, hogy ma évszázados örökséggel sáfárkodnak a Tisza-parti klinikán [6]. Van az 1908. évi közlésnek még egy fontos üzenete. Ez pedig az a szakmai alázat és az az orvosi tisztesség, mely nem szégyell beszámolni a kétségbeesett műtét során bennfelejtett törőlőről sem. Nemigen tudunk elképzelni manapság hasonló őszinteségű közleményt, nincs olyan sebész, akit szakmailag és egzisztenciálisan ne tenne tönkre egy ilyen „vallomás”. A narkózis- és sebésztechnikai részleteken kívül – vagy azokon túl – talán ez a leginkább elgondolkodtató aspektusa ennek az érdekes esetnek.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton is köszönik *Martos Veronikának* a segítséget és inspirációt, mely nélkül ez a cikk nem születhetett volna meg.

## Irodalom

- [1] Mineo TC, Tacconi F. From „awake” to „monitored anesthesia care” thoracic surgery: a 15 year evolution. *Thorac Cancer* 2014; 5: 1–13.
- [2] Furák J, Szabó Zs, Tanczos T, et al. Conversion method to manage surgical difficulties in non-intubated uniportal video-assisted thoracic surgery for major lung resection: simple thoracotomy without intubation. *J Thorac Dis.* 2020; 12: 2061–2069.
- [3] Forgács I. Some data about the history of the Hungarian anesthesia after 1945. In: Forgács I, Varga P, Nemes Cs, et al. The first 50 years of independent hungarian anesthesiology and intensive therapy: 1958–2008. [Néhány adat az 1945 utáni magyar anesztézia történetéről. In: Forgács I, Varga P, Nemes Cs, et al. Az önálló magyar aneszteziológia és intenzív terápia első 50 éve: 1958–2008.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008; pp. 41–43. [Hungarian]
- [4] Klimkó D. General anesthesia. [Az általános érzéstelenítés.] Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1933; 121. [Hungarian]
- [5] Sándor I. Gunshot wound of both left lung lobe; lung suture; recovery. [Mindkét bal tüdőleány lövéses sérülése; tüdővarrat; gyógyulás.] Erdélyi Múzeum-Egyesület Orvostudományi Értesítő, Orvosi Szakosztály 1908; 33: 129–137. [Hungarian]
- [6] Furák J, Szabó Zs. Spontaneous ventilation combined with double-lumen tube intubation in thoracic surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021; 69: 976–982.

(Kecskés Gabriella dr.,  
Győr, Vasvári P. u. 2–4., 9024  
e-mail: gabriella.kecskes@gmail.com)

\*Sándor István (Temesvár, 1881 – Budapest, 1962) orvosi diplomáját Budapesten, 1904-ben kapta. Kolozsvári évei – a cikk ekkor született – után a Dollinger-klinikán tanársegéd, majd az újpesti Károlyi Sándor Kórházban az első világháború után sebész főorvos, később a kórház igazgatója lett. 1947-ig húsz közleményben egyebek között a gyomor-, bél- és epesebészetről, a traumatológia köréből, valamint a tuberkulózis sebészeti kezeléséről értekezett. Az altatásnál is használható automata fecskendő (1934) és a Hüttl-féle gép továbbfejlesztéseként egy új, ferde varratsorral működő gépet (1936) talált fel.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)