

Kto pierwszy wyłonił kolostomię?

Who was the first to perform colostomy?

Medical Review Auschwitz Project, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna

Streszczenie

Historia wyłaniania stomii jelitowej rozpoczęła się w osiemnastowiecznej Francji. Początkowo chirurdzy i anatomicy zbierali osobiste doświadczenia w tym zakresie, aby na początku XVIII wieku zaproponować pierwsze zabiegi umożliwiające wydalanie kału z pominięciem odbytu. Pionierskie operacje wytworzenia tzw. sztucznego odbytu w procesie leczenia różnych schorzeń jelita grubego miało miejsce w czasach, gdy nie stosowano jeszcze narkozy eterowej i nieznanne były zasady aseptyki i antyseptyki. Mimo to, wielu pacjentom zdołano przedłużyć lub uratować życie. Pierwszym, który zaproponował dwa sposoby leczenia w przebiegu zarośnięcia odbytu, był francuski anatom Alexis Littre. Sugerował, aby połączyć ślepe fragmenty jelita lub wyłonić odcinek proksymalny na powłoki brzuszne. Prawdopodobnie jako pierwszy wytworzył stomię w 1701 roku Jean Méry, a Jean Pillore w 1776 roku jako pierwszy wyłonił planowo cecostomię u pacjenta z rakiem odbytnicy. W XIX wieku europejscy chirurdzy poszukiwali optymalnych technik operacyjnych i poszerzali wskazania do wyłonięcia stomii.

Summary

The history of intestinal stoma surgery began in France in the 18th century. Initially the surgeons and the anatomists accumulated isolated personal experience and then they came to the realization of the possibility of excretion of feces bypassing the rectum. Creating an artificial anus as a treatment of various coloproctological diseases has been formed without ether anesthesia nor antiseptics. Despite this, many patients managed to prolonged or save their lives. French anatomist Alexis Littre was the first who put forward two plans for dealing with rectal atresia. The first was to open the closed ends and stitch them together; the second was to create an artificial anus. Another French surgeon Jean Méry, probably for the first in the world formed a stoma in 1701. Jean Pillore performed the first elective colostomy (cecostoma) in 1776 on the patient with rectal cancer. In the 19th century, surgeons in Europe has been searching for the optimal surgery technique and tried to expand the indications for intestinal stomas.

Medycyna europejska wywodzi się z filozofii antycznej Grecji i Rzymu. Jakkolwiek przez ponad 1500 lat teoria humoralna Galena wyznaczała postępowanie medyków, to w przypadku ran odniesionych na polach bitwy czy w czasie

walk gladiatorów lekarze stosowali daleko bardziej praktyczne środki zaradcze niż upust krwi czy mikstury napotne. I tak rzymski encyklopedysta Aulus Cornelius Celsus był autorem pierwszych znanych nam wskazówek postępowania

Słowa kluczowe

kolostomia, Alexis Littre, Jean Méry,
Jean Pillore

Keywords

colostomy, Alexis Littre, Jean Méry,
Jean Pillore

w przypadku zranień jelita. W swoim dziele „De re medicina libri octo” Celsus zalecał w takich przypadkach ocenę stanu jelit, ich ewentualne zeszytanie oraz zamknięcie powłok szwem dwuwarstwowym, zszywając osobno „błonę wewnętrzną”, osobno skórę. Celsus pisał: „Niekiedy w wyniku rany brzucha wypadają jelita. Należy sprawdzić, czy nie są uszkodzone i czy zachowują swój prawidłowy kolor. Jeżeli uszkodzone jest jelito cienkie – nic zrobić się już nie da. Jelito grube można zeszyć, bez żadnej pewności powodzenia. Ale dlatego, że choćby cień nadziei jest lepszy od jej braku; niekiedy następuje wygojenie. Jeśli stwierdzimy, że jelito jest blade, sine lub czarne – nasza pomoc nie zda się na nic. Ale jeśli zachowuje swój prawidłowy kolor, trzeba działać szybko, ponieważ wpływ powietrza jest szkodliwy. Chorego trzeba ułożyć na plecach z uniesionymi biodrami – jeśli rana brzucha jest zbyt wąska, żeby odprowadzić jelita, trzeba ją poszerzyć, przecinając powłoki, na ile jest to potrzebne. Jeżeli jelita wysychają, należy je zwilżać wodą z dodatkiem oliwy. Asystent delikatnie rozchyła brzegi rany rękami albo dwoma hakami; chirurg zawsze wprowadza najpierw ten odcinek jelit, który wypadł ostatni, aby zachować właściwą kolejność pętli. Następnie należy delikatnie potrząsnąć pacjentem, aby pętle ułożyły się samoistnie. Potem trzeba zbadać sieć i odciąć te jej fragmenty, które stały się ciemne; część zdrową odprowadzamy delikatnie i układamy przed jelitami” (1).

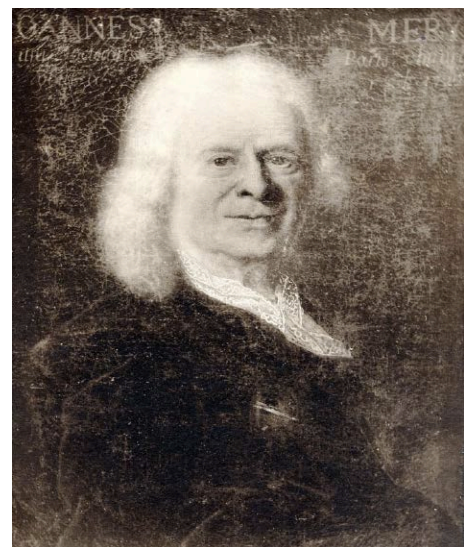
Dziś ten jakże trafny opis zasad postępowania w przypadku zranień jelita wydaje się być oczywistością i trudno uwierzyć, że przez kolejne setki lat lekarze w Europie odwrócili się od tekstów antycznych i zawierzili los swoich pacjentów medycynie klasztornej. Rozwój europejskiej chirurgii uległ wstrzymaniu w wyniku decyzji Soboru Laterańskiego IV, który ogłosił w 1215 roku, iż „kościół wystrzega się krwi” (*Ecclesia abhoret e sanguine*). Usunięto wówczas chirurgię z wydziałów lekarskich, a medycy uniwersyteccy zaczęli stronić od działalności chirurgicznej, jako nieliczącej z powagą stanu lekarskiego. Przez kolejne wieki zabiegi chirurgiczne stały się w Europie domeną balwierzy, cyrulików, łaźniebników, a nawet katów. Dopiero ogłoszone w XVI wieku przełomowe dla medycyny dzieło „De corporis humani fabrica” Andreeasa Vesaliusa oraz wyniki obserwacji krążenia krwi Williama Harveya i prace siedemnastowiecznego patologa Giovanni Morgagniego przyniosły rozwój diagnostyki i terapii oraz zmianę statusu zawodowego chirurgów (2).

Jedną z chorób, z jaką przychodziło się mierzyć lekarzom, była niedrożność jelit wynikająca zarówno z toczącego się procesu nowotworowego, jak i wad wrodzonych. I tak jako pierwszy tzw. nienaturalny odbył miał wyłonić Jean Méry – naczelny chirurg w Hôtel-Dieu (ryc. 1). W zbudowanym według własnego projektu amfiteatrze uczył studentów anatomii i chirurgii. To prawdopodobnie tam w 1701 roku zdecydował się na wytworzenie *anus contre nature* u pacjentki z uwięzioną przepukliną pachwinową. W trakcie operacji usunął martwiczo zmienioną część jelita i wytworzył stomię w okolicy łonowej. Można by się było spodziewać, że ten uznany chirurg, członek Królewskiej Akademii Nauk, stanie

się inspiracją dla innych. Nic bardziej mylnego. Na pierwszą planową kolostomię w przebiegu niedrożności u osoby dorosłej trzeba było czekać kolejne 75 lat (3).

Drugą grupę pacjentów umierających w przebiegu niedrożności stanowiły dzieci, które urodziły się z zarośniętym odbytem. Wykonanie enterostomii w przypadku niedrożności odbytu zaproponował w 1710 roku francuski anatom Alexis Littre, który badał zwłoki noworodka zmarłego z tego powodu (4). O jego propozycji, aby w tego typu przypadkach spróbować połączyć ślepe fragmenty jelita lub wyłonić odcinek proksymalny na powłoki brzuszne, wiemy dzięki historykowi Bernardowi Le Bovier de Fontenelle, który przedstawił wnioski anatoma na zebraniu Francuskiej Akademii Nauk (5). Ale także i ta propozycja nie znalazła początkowo uznania w świecie medycznym. Jako pierwszy powrócił do tej koncepcji niemiecki chirurg i anatom Lorenz Heister, autor trzytomowego dzieła „Chirurgie” (1718 r.) (6). Heister był zdania, że „podglądając naturę”, można domniemywać, że skoro rany brzucha odniesione na polu walki mogą spontanicznie wygoić się z wytworzeniem przetoki jelitowej, to czemu nie mogłoby się tak stać za sprawą chirurga. Także i tym razem świat medyczny nie zaakceptował śmiałego pomysłu. Chirurgi byli zdania, że okoliczność ta byłaby niezwykle uciążliwa dla pacjenta, Heister oponował, że lepiej jest żyć mniej wygodnie, ale żyć. Dopiero w 1750 roku William Cheselden, angielski chirurg i anatom, autor „Anatomy of the Human Body” (1713) oraz „Osteographia, or the Anatomy of the Bones” (1733) zoperował 73-letnią Margaret White z powodu uwięzionej przepukliny pępkowej, wyłaniając stomię przez wrota przepukliny. Pomimo fatalnych warunków higienicznych pacjentka przetrwała zabieg i przez wiele lat żyła, zabezpieczając ujście stomii za pomocą ręczników i szmat (3).

Druga połowa XVIII wieku przyniosła zmianę taktyki chirurgicznej. Od biernego wyczekiwania lekarze przeszli



Ryc. 1. Jean Méry (1643-1723). Autor zdjęcia nieznany. Collège de chirurgie. Wikimedia

do konkretnego działania. Korzystając ze wskazówek Littre'a, jako pierwszy planową kolostomię wykonał w 1776 roku mieszkający w Rouen chirurg Jean Pillore (ryc. 2). Godne uwagi jest to, że Pillore nie dysponował wówczas znieczuleniem ani nie były jeszcze znane techniki aseptyki, zaś sama operacja była absolutnie pionierska. Cierpiący od wielu dni z powodu niedrożności pacjent wyraził zgodę na operację po tym, gdy Pillore rozpoznał u niego badaniem *per rectum* zamykający całkowicie światło odbytnicy guz. Chirurg zaproponował leczenie polegające na wyłonieniu kolostomii, lecz zdawał sobie sprawę z faktu, że los chorego w wyniku przeprowadzonego zabiegu jest niepewny. Zasięgnął więc opinii 5 innych lekarzy. Byli przeciwni, jednak nie mieli nic innego do zaproponowania. Zdesperowany pacjent zgodził się na operację, w trakcie której Pillore wyprowadził kątnicę ponad skórę, otwierając jelito w miejscu odejścia wyrostka robaczkowego (5). Stomia wygoiła się i po 2 tygodniach usunięto szwy. Niestety, pacjent zmarł w wyniku zatrucia rțcią, którą polecono mu wcześniej pić w celach przeczyszczających (3, 7). O wydarzeniu tym wiemy dzięki relacji jego syna, także lekarza Henriego Pillore'a, zamieszczonej w 1840 roku w czasopiśmie „Gazette des hopitiaux. Civils et Militaires” (8). Wielu autorów to właśnie jemu, a nie jego ojcu, przypisuje pierwszeństwo w wykonaniu pierwszej cecostomii.

O operacji wykonanej przez Jeana Pillore'a wiemy także dzięki wspomnieniom Jeana Zuléma Amussata, który dokonał analizy wszystkich znanych mu zabiegów wykonania



Ryc. 2. Jean Pillore (1724-1804). Autor zdjęcia nieznany. CHU de Rouen. Wikimedia

sztucznego odbytu w latach 1776-1839 (9). I tak według niego w 1783 roku jako drugi próbę wytworzenia sztucznego odbytu podjął Antoine Dubois, który wykonał kolostomię sposobem Littre'a w przebiegu jego zarośnięcia (kolostomia pachwinowa) u trzydniowego noworodka. Dziecko zmarło po 10 dniach. Dziesięć lat później, 20 października 1793 roku, C. Duret powtórzył z sukcesem operację u dwudniowego noworodka, a chłopiec dożył szczęśliwie wieku 45 lat. Rok później tym samym sposobem zoperował noworodka Pierre Joseph Desault – twórca pierwszej uniwersyteckiej kliniki chirurgii we Francji.

Być może powodzenie operacji wykonanych u dzieci ośmieliło chirurgów do prób u dorosłych. 12 października 1797 roku Pierre Fine jako pierwszy wyłonił dwulufową transwersostomię u 63-letniej chorej na raka odbytnicy. Chora przeżyła 3 i pół miesiąca. Podczas autopsji stwierdzono, że chirurg omyłkowo wykonał kolostomię na poprzecznicę zamiast wyłonić ileostomię. W 1798 roku Heinrich vel Hendrik Callisen opisał technikę zabiegu wytworzenia kolostomii poprzez lumbotomię, co miało stwarzać mniejsze ryzyko zapalenia otrzewnej. Wyłonienie stomii w okolicy lędźwiowej lub pachwinowej było jedynym sposobem ratunku dla osób z zaawansowaną chorobą nowotworową jelita grubego. Na polu walki nie obowiązywały jednak żadne preferencje. I tak znamienity chirurg wojskowy służący w armii Napoleona Bonapartego, pionier chirurgii wojennej Jean Dominique Larrey, ratując postrzelonego podczas bitwy pod Abukir żołnierza, wykonał operację polegającą na przyszcyciu brzegów jelita do ściany jamy brzusznej. Pozostawił tak zaopatrzoną ranę aż do całkowitego wygojenia (3). Tak jak to sugerował wcześniej Heister.

Technika operacyjna i doświadczenie francuskich chirurgów zaowocowały wykonaniem w 1826 roku przez lekarza ze Szpitala La Pitté w Paryżu, Jacquesa Lisfranca, pierwszej udanej resekcji fragmentu odbytnicy w przebiegu raka (4, 10). Kolejni wielcy chirurgii światowej, którzy zmagali się z techniką operacyjną jelita grubego, mieli już przed sobą przetarte szlaki. W połowie XIX wieku rozpoczęto znieczulanie pacjentów eterem, a na sale operacyjne wkroczyła aseptyka i antyseptyka. Los był coraz łaskawszy dla cierpiących na niedrożność pacjentów. Spośród 21 noworodków zoperowanych we Francji w latach 1776-1839 przeżyło zaledwie czworo. Spośród 9 pacjentów zoperowanych przez Lisfranca szpital opuściło 6 osób (4). Dziś trudno byłoby nam się pogodzić z myślą o bezradności wobec cierpienia, zwłaszcza nowonarodzonych dzieci. Także w leczeniu dorosłych wyniki są daleko lepsze niż te, którymi mogli pochwalić się osiemnastowieczni chirurdzy. I choć medycyna nieustannie czyni milowe kroki, to warto pamiętać, że nasza wiedza i umiejętności są wynikiem pracy i odwagi wielu osób, zarówno lekarzy, jak i pacjentów żyjących często bardzo dawno temu.

Konflikt interesów
Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji
Correspondence

*Maria Ciesielska
Gen. T. Kościuszki 39, 05-230 Kobyłka
drmarciacsielska@gmail.com

nadesłano/submitted:

04.10.2021

zaakceptowano do druku/accepted:

25.10.2021

Piśmiennictwo

1. Towpik E: Rys historyczny początków leczenia nowotworów jelita grubego. [W:] Nowacki MP (red.): Nowotwory jelita grubego. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 1996: 13.
2. Mould RF: Wybrane wydarzenia w historii medycyny ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z rakiem, cz. 2. Od Wesaliusza (1514-1564) do Johna Huntera (1728-1793). Nowotwory, Journal of Oncology 2013; 63(4): 334.
3. Garmanova TN, Kazachenko EA, Krylov NN: History of surgery: the evolution of views on the formation of intestinal stoma. History of Medicine 2019; 6(2): 112.
4. Richardson RG: (Komentarz do artykułu R. D. Rosina) An obituary to the transverse loop colostomy (Gone with the wind). Journal of the Royal Society of Medicine 1988; 81(4): 245.
5. Dinnick T: The origins and evolution of colostomy. British Journal of Surgery 2005; 22(85): 142.
6. Fischer G: Chirurgie Vor 100 Jahren. Bremen 2013: 160.
7. Wagener DJT: The History of Oncology. Houten 2009: 91-92.
8. Pillore H: Opération d'anús artificiel, pratiquée en 1776. L'Expérience Journal de Médecine Chirurgie 1840; 5: 73-75.
9. Amussat JZ: Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la Région Lombaire sans pénétrer dans le péritoine. Paryż 1839.
10. Mould RF: Wybrane wydarzenia w historii medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z rakiem, cz. 3. Nowotwory, Journal of Oncology 2013; 63(6): 508.