

Początki znieczulenia na świecie i ziemiach polskich (1841 – 1849)

William Thomas Green Morton urodził się 19 sierpnia 1819 roku w niewielkim Charlton w amerykańskim stanie Massachusetts. Pokonał wiele trudności, aby ukończyć studia dentystyczne i zrealizować swoje marzenia o prywatnej pracowni protetycznej. Bogaci pacjenci, których leczył stawiali mu coraz wyższe wymagania, a przede wszystkim oczekiwali bezbolesnego wykonywania zabiegów. Jednak czynione przez niego próby - z podtlenkiem azotu, preparatami opium a nawet magnetyzmem - pozostawały nieskuteczne. Zainteresowanie Mortona skupiło się w końcu na osobie Charlesa T. Jacksona – lekarza i chemika, który w swoim laboratorium prowadził doświadczenia na eterem dwuetylowym. Zachęcające wyniki tych badań doprowadziły do zastosowania eteru do ekstrakcji zęba. Zabieg okazał się całkowicie bezbolesny a rzecz miała miejsce 30 września 1846 roku. Zaciekawienie nowym pomysłem wzrastało.

W dniu 16 października 1846 roku na widowni sali wykładowej bostońskiego Massachusetts General Hospital zasiadła liczna grupa lekarzy i studentów. Bohaterami tego dnia byli Gilbert Abbott, młody mężczyzna z guzem żuchwy, chirurg John Collins Warren oraz Thomas W. Morton, stosujący znieczulenie za pomocą flaszki Woolfa, wypełnionej gąbką morską zanurzoną w eterze. Operacja się powiodła a pacjent nie cierpiał z powodu bólu. Szczególne uznanie, na jakie zasłużył Morton wiązało się nie tylko z faktem zastosowania znieczulenia eterowego, ale przede wszystkim z racji opublikowania wyników tych doświadczeń. Dnia 18 listopada 1846 roku w szesnastym numerze The Boston Medical And Surgical Journal doktor Henry Jacob Bigelow opublikował artykuł - Insensibility during surgical operations produced by inhalation. W krótkim czasie eter opatentowano jako anestetyk i nadano mu nazwę "letheon".

Właściwości nasenne słodkiego wiotriolu nazwanego następnie olejkiem eterowym znane były od dawna. W XIX wieku dokonywano licznych prób stosowania tego specyfiku głównie u zwierząt ale także u ludzi. Do najbardziej znanych należy znieczulenie zastosowane przez Clarke do usunięcia zęba w Rochester w 1841 roku. W roku następnym Long wykonał znieczulenie eterowe do operacji wycięcia guza szyi, lecz wyniki swego eksperymentu opublikował dopiero w roku 1849. Mimo wieloletnich starań Morton za życia nie został uznany pionierem znieczulenia eterowego. Mimo, że jego sława była ugruntowana, przez wiele lat toczył on spory z Charlesem T. Jacksonem o dokonania i należne tantiemy.

Nieporozumienia, procesy sądowe a nawet interwencje w Kongresie Stanów Zjednoczonych nadszarpane zdrowie Mortona, który zrezygnowany osiedlił się na farmie w Wellesley. Dnia 15 lipca 1868 roku przyjechał on do Nowego Yorku na ostatnie posiedzenie sądowe. Niestety, wyczerpany fizycznie i psychicznie, zmarł wskutek udaru mózgu w Central Parku.

Obecnie William Morton jest oceniany jako jeden z najbardziej wpływowych ludzi na świecie, a jego wynalazek o wyjątkowym znaczeniu stanowił punkt zwrotny w historii dając początek nowej dziedzinie – anestezjologii. Zniesienie bólu, który do tej pory nieodłącznie towarzyszył zabiegowi operacyjnemu, było przełomem w dziejach chirurgii. Eliminując wstrząs bólowy można było wydłużać czas jej trwania, doskonalić techniki operacyjne, kwalifikować do zabiegów osoby w różnym stanie zdrowia i wieku.

Dobra wiadomość o możliwości bezbolesnego przeprowadzania operacji szybko obiegła świat. W ciągu zaledwie półrocza znieczulenia eterowe wykonywano już w kilku miastach europejskich. W niecałe cztery miesiące po bostońskim pokazie, pierwszą operację w znieczuleniu eterowym na ziemiach polskich wykonano 6 lutego 1847 roku w Krakowie.

Fakt ten wiąże się nierozzerwalnie z postacią Ludwika Bierkowskiego. Urodzony 16 sierpnia 1801 roku w Poznaniu był przede wszystkim chirurgiem i ortopedą ale też człowiekiem wielu zainteresowań i talentów. Studia medyczne odbywał w Berlinie, Jenie i Lipsku. Niedługo potem opracował 20 tablic anatomicznych oraz atlas anatomiczno-chirurgiczny wraz z opisem operacji. Wydawnictwo to przyniosło mu duży rozgłos i w roku 1830 skutkowało powołaniem na stanowisko kierownika Katedry Chirurgii w Krakowie. Po wprowadzeniu licznych, nierzadko rewolucyjnych zmian, klinika chirurgiczna Bierkowskiego stała się obiektem nowoczesnym, posiadającym ambulatorium przykliniczne, archiwum historii chorób i bibliotekę oraz nowoczesne instrumentarium. Obserwując postępy światowej medycyny Bierkowski jako pierwszy na ziemiach polskich zastosował znieczulenie eterowe. Ponadto przysłużył się innym dziedzinom medycyny, takim jak położnictwo, wenerologia i okulistyka oraz jest uważany za twórcę polskiej ortopedii i higieny a także promotora fizjoterapii. Do ważniejszych zasług zaliczyć należy utworzenie w Krakowie pierwszego zakładu ortopedycznego i sali gimnastycznej a także polskiego muzeum anatomopatologicznego. Bierkowski przywiązywał dużą wagę do kształcenia nowych pokoleń. Był członkiem polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, powołał też do życia wydawane w Krakowie czasopismo Roczniki Kliniki Chirurgicznej. Dożyłotnio

sprawowana funkcja została jedynie raz przerwana w czasie powstania styczniowego, kiedy to Ludwik Bierkowski wziął czynny udział w powstaniu listopadowym, stając na czele wojskowego lazaretu. Zaangażowanie zostało docenione przyznaniem mu Złotego Krzyża Orderu Virtuti Militari. Zmarł 27 czerwca 1860 roku.

Anestezja na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym (1918-1939)

W 1918 roku Polska odzyskała niepodległość. Nie był to jednak koniec zmagania o ostateczny kształt granic Rzeczypospolitej. Jednym ze spornych regionów był Górny Śląsk, którego tylko skrawki zostały przydzielone Polsce na mocy Traktatu Wersalskiego. Roszczenia wobec bogatego w złoża naturalne, silnie uprzemysłowionego i strategicznie ważnego Śląska wysuwały Polska i Niemcy. Dochodziło tam także do licznych zamieszek na tle narodowościowym. Region stał się miejscem zapalnym a kolejny konflikt militarny wisiał w powietrzu. W 1921 roku przeprowadzono plebiscyt, który miał rozstrzygnąć o przyszłości spornych terenów. Poprzedziły go dwa powstania zbrojne ludności optującej za przyłączeniem Śląska do Polski (w roku 1919 i 1920), które przeszły do historii jako I i II Powstanie Śląskie. Niekorzystne dla Polski wyniki plebiscytu były powodem wybuchu w 1921 roku kolejnego, III Powstania Śląskiego. Po jego zakończeniu granica polsko-niemiecka przyjęła ostateczny kształt. Choć Polsce przypadła niecała 1/3 terenów objętych plebiscytem, miały one jednak bardzo duży potencjał gospodarczy.

Pomimo, iż w przedwojennej Polsce województwo śląskie było najmniejszym, miało charakter wyjątkowy – była to jedyna jednostka administracyjna o charakterze autonomicznym z własnym parlamentem, skarbem, policją oraz posiadająca znaczną niezależność w zakresie gospodarki, szkolnictwa a także służby zdrowia. W skład województwa wchodziły powiaty: pszczyński, rybnicki, lubliniecki, cieszyński, bielski, tarnogórski, katowicki, świętochłowicki, Królewska Huta (dziś Chorzów).

Nie sposób jest bez przedstawienia powyższych faktów prowadzić dalszą opowieść o historii śląskiej medycyny i anestezjologii. Przed wojną Śląsk był bowiem rejonem wielokulturowym, gdzie pośród rdzennej ludności śląskiej, niejako zawieszanej między Polską i Niemcami i odczuwającej silną odrębność, mieszkali Austriacy, Niemcy, Polacy, Czesi, społeczność żydowska. Przenikanie się kultur ukształtowało charakter regionu, co nie było bez znaczenia w kontekście śląskiej medycyny okresu dwudziestolecia międzywojennego. Należy podkreślić, że była ona pod silnym wpływem medycyny

niemieckiej, choćby z tego powodu, że część śląskich lekarzy studiowała medycynę w Wiedniu czy Wrocławiu. Bliskość granicy w sposób zrozumiały warunkowała liczne kontakty z zachodnim sąsiadem, m.in. poprzez import leków z Niemiec.

W II RP funkcjonowało pięć ośrodków akademickich posiadających wydziały lekarskie (Kraków, Lwów, Poznań, Warszawa, Wilno) i to one wyznaczały kierunki rozwoju nauk medycznych (także metod znieczulenia). Bez wątplenia metody anestezji stosowane na Śląsku nie odbiegały jednak od tych wykorzystywanych w klinikach uniwersyteckich.

Odnośnie do okresu przedwojennego nie możemy mówić o anestezjologii jako o osobnej specjalizacji medycznej w Polsce. Znieczuleniem ogólnym zajmowały się pielęgniarki, siostry zakonne oraz młodzi adepci medycyny. Prowadzenie narkozy w powszechnej świadomości lekarskiej była czynnością „mniej godną” od operatywy i tylko nieliczne grono medyków wykazywało chęć zgłębiania tego tematu i zajęcia się nim w praktyce. Warto jednak podkreślić, że już w XIX wieku pojawiły się głosy, m.in. Teodora Teofila Mateckiego ordynatora oddziału chirurgicznego z Poznania, że prowadzącym znieczulenie ogólne powinien być lekarz. O wprowadzenie „instytucji specjalistów usypiających” apelował natomiast w 1926 roku, bodaj jako pierwszy w Polsce, Hilary Schramm – wybitnej sławy profesor chirurgii ze Lwowa. Do grona lekarzy wykazujących większe zainteresowanie tematem znieczulenia przed II wojną światową należy zaliczyć m.in. Mieczysława Justynę – jednego z twórców powojennej polskiej anestezjologii, który zagadnieniom anestezji barbituranowej poświęcił swą pracę doktorską. Jeśli chodzi o lekarzy śląskich, uwagę przykuwa tu postać doktora Waltera Antesa, który w 1938 roku, będąc na początku swojej kariery chirurgicznej, został skierowany przez Szpital Miejski w Katowicach na staż do Szwecji, do kliniku prof. Clarence Crafoord’a, gdzie mógł zaznajomić się z nowoczesnymi metodami anestezji. Kontakty nawiązane przed wojną przez polskie ośrodki z oddziałem Crafoord’a kontynuowane były po jej zakończeniu, a klinika jak i sam profesor zapisali ważną kartę w historii polskiej anestezjologii.

W przedwojennej Polsce podstawową techniką znieczulenia ogólnego była metoda otwarta przy użyciu maski Schimmelbuscha z wykorzystaniem eteru dietylowego lub chloroformu. Anestetyk dozowano za pomocą kroplomierza na pokrytą gazą maskę. Zadaniem narkotyzera było obserwowanie zachowania pacjenta, szerokości jego źrenic oraz jego odruchów, wilgotności skóry i błon śluzowych. Każda z wyróżnianych czterech faz znieczulenia (anestezji, pobudzenia, tolerancji, asfiksji) miała charakterystyczne dla siebie objawy, na podstawie których oceniano głębokość narkozy.

Jeśli chodzi o produkcję gazów anestetycznych, to w przypadku eteru Polska stała się niezależna w 1928 roku, kiedy to jego produkcję rozpoczęły trzy zakłady chemiczne (w Grodzisku Mazowieckim, Łańcucie i Warszawie). Gorzej sprawa miała się z chloroformem, który produkowały tylko zakłady z Grodziska Mazowieckiego i konieczny był jego import.

Przed znieczuleniem stosowano premedykację obejmującą podanie atropiny i opioidów - morfiny lub pantoponu.

W przedwojennej Polsce aparaty do znieczulenia stosowano na niewielką skalę – tylko bogatsze ośrodki mogły sobie pozwolić na ich kupno. Niedługo przed wybuchem wojny, w 1938 roku, szwedzka firma Stille sprowadziła do Polski aparaty do narkozy typu Aga. Prezentowano je między innymi w klinikach chirurgicznych Warszawy i Lwowa. Mimo sporej ceny 5000 złotych, Agę zakupiono do Szpitala Miejskiego w Katowicach. Czy poczyniono takie zakupy do innych śląskich lecznic - trudno dziś stwierdzić. Sporych rozmiarów aparat posiadał z tyłu cztery butle – dwie z podtlenkiem azotu oraz po jednej z tlenem i dwutlenkiem węgla – z przodu zaś stolik z manometrami i zasilanym elektrycznie parownikiem eterowym. Znieczulenie prowadzono „na maskę” mieszaniną podtlenku azotu, eteru i tlenu, przy czym istniała możliwość oddechu zwrotnego do worka oddechowego. Dwutlenek węgla wykorzystywany był natomiast do „cucenia” pacjenta.

Większą popularnością, szczególnie w położnictwie, cieszyły się tzw. sedatory. Były to urządzenia o stosunkowo prostej budowie obejmujące butlę z podtlenkiem azotu, worek oddechowy, regulator przepływu oraz maskę twarzową. Aparat taki kosztował 2500 zł i wykorzystywany był w Katowicach między innymi w Oddziale Ginekologicznym Szpitala Miejskiego oraz w prywatnej Klinice Ginekologicznej dr Kazimierza Wędlíkowskiego przy ul. Wita Stwosza 6. W tamtym czasie podtlenek azotu sprowadzano do Polski ze Szwecji lub Niemiec, przy czym na Śląsk trafiał praktycznie wyłącznie z Berlina ze względu na bardziej korzystną cenę. Znieczulenie podtlenkiem azotu było bardzo drogie – średni koszt wynosił 25 zł, podczas gdy butelka eteru kosztowała tylko 2 zł.

Jeszcze mniej popularna od aparatów do znieczulenia w przedwojennej Polsce była narkoza dotchawicza. Podejmowano nieliczne próby z intubacją przy użyciu intubatora Kuhna, natomiast w Katowicach tego typu zabiegów nie stosowano wcale, wykorzystując jedynie tubusy ustno-gardłowe.

Znieczulenie miejscowe, w tym blokady splotów nerwowych i znieczulenie lędźwiowe, było domeną chirurgów. Od 1904 roku do tego celu wykorzystywano prokainę

(nowokainę), która już na zawsze wyparła z chirurgii kokainę, której stosowanie ograniczono tylko do zabiegów w okulistyce.

Wielkim postępowaniem w anestezji było opracowanie metod znieczulenia dożylnego z wykorzystaniem barbituranów. Pierwszy z nich – somnifinę – wprowadzono do użycia w 1924 roku, lecz jeszcze na małą skalę. W 1927 roku zaczęto stosować pernocton, a 1928 roku zsyntetyzowano pierwszy barbituran o szybkim początku działania - amytal sodowy. Dopiero jednak heksobarbital (evipan) wprowadzony w 1932 roku, zrewolucjonizował anestezję. Ze względu na łatwość użycia wykorzystywano go powszechnie w znieczuleniu do krótkich zabiegów. Jednak na Śląsku monoanestezję dożylną przy użyciu evipanu stosowano nawet do długich zabiegów w obrębie jamy brzusznej. Na popularności lek ten zyskał jeszcze bardziej w 1935 roku, kiedy to jego produkcji pod nazwą Sennarcol Natrium podjęła się rodzima firma farmaceutyczna Ludwika Speissa z Warszawy. Będąc pod dużym wrażeniem ewipanu Jerzy Jasiński - profesor chirurgii z Krakowa – na XXIX Zjeździe Towarzystwa Chirurgów Polskich w 1937 roku miał twierdzić, że „nigdy nie zajdzie potrzeba wprowadzenia zawodowych narkotyzatorów”. To jak bardzo mylił się prof. Jasiński pokazał jednak najbliższy czas.

II wojna światowa (1939-1945)

Po wybuchu II wojny światowej Śląsk został włączony do III Rzeszy, a naziści na masową skalę rozpoczęli eksterminację polskiej inteligencji w tym pracowników naukowych i lekarzy. Znienawidzeni przez Niemców polscy patrioci na Śląsku byli ofiarami prześladowań – wielu weteranów Powstań Śląskich rozstrzelano lub wywieziono do obozów koncentracyjnych. Ratując się przed szykanami wielu Ślązaków i Polaków z terenu Śląska podpisywało volkslisty a polską młodzież wcielano do Wehrmachtu lub wywożono na roboty.

Wojna uniemożliwiła dalszy rozwój anestezji na ziemiach polskich, paradoksalnie jednak była okresem przełomowym dla polskiej anestezjologii. Przełom ten był udziałem polskich lekarzy, którzy znaleźli się na zachodzie Europy, głównie w Wielkiej Brytanii oraz na terenach jej podległych. Większość z nich trafiła tam razem z polskim wojskiem, które pod wodzą gen. Władysława Sikorskiego zostało odtworzone na Wyspach Brytyjskich i na Bliskim Wschodzie.

Polskie władze emigracyjne zdawały sobie sprawę, że po zakończeniu działań wojennych i odzyskaniu przez Polskę niepodległości zniszczony kraj potrzebować będzie

lekarzy. Należało też umożliwić polskim naukowcom kontynuowanie badań, a studentom medycyny dalszą naukę. Kwestią niecierpiącą zwłoki było także wykształcenie kadry lekarskiej na potrzeby Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Podjęto więc starania aby na Wyspach zorganizować polską uczelnię medyczną. W 1941 roku, dzięki ogromnej przychylności władz brytyjskich, uroczyście otwarto Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie w Edynburgu (PWL). Była to sytuacja niezwykle, bowiem na obcej ziemi, w czasie trwania wielkiego konfliktu zbrojnego, zorganizowano polski ośrodek akademicki posiadający prawo nadawania tytułu lekarza i stopni naukowych zgodnie z przedwojennym prawem Rzeczypospolitej. Dziekanem wydziału został profesor chirurgii przedwojennego Uniwersytetu w Poznaniu ppłk prof. dr Antoni Jurasz, a większość kadry stanowili Polacy.

Na PWL, pierwszy raz w historii polskiej medycyny, rozpoczęto wykładanie anestezji w ramach osobnego przedmiotu. Odpowiedzialnym w zakresie nauczania „metod znieczulenia” był dr Roman Rejtchar – asystent w przedwojennej klinice prof. Jurasza. Niewątpliwie był to moment symboliczny w dziejach polskiej anestezjologii. Warto podkreślić, że w 1942 roku w pierwszej grupie absolwentów edynburskiego wydziału znalazł się podchorąży lek. Bolesław Rutkowski – nestor śląskiej anestezjologii.

Pracujący na Zachodzie polscy lekarze znaleźli się pod znamienym wpływem brytyjskiej myśli medycznej – odbywali praktyki i szkolenia w brytyjskich szpitalach, mieli liczne i częste kontakty z brytyjskimi lekarzami, natomiast lekarze polskich oddziałów wojskowych niejednokrotnie podlegali brytyjskim przełożonym. To właśnie w Wielkiej Brytanii, obok Stanów Zjednoczonych, anestezja stała na najwyższym światowym poziomie. Zarejestrowano ją tam jako osobną specjalizację lekarską już w 1912 roku, lecz znacznie wcześniej, bo w 1893 roku, powołano do życia Wspólnotę Anestezjologów Brytyjskich. Tylko lekarze należący do tej organizacji mogli prowadzić znieczulenie ogólne. Polscy lekarze trafili więc do krainy z goła im obcej – krainy, w której za znieczulenie ogólne odpowiadał nie tylko lekarz, lecz lekarz specjalista w tej dziedzinie.

Wielu polskich medyków zostało wysłanych na szkolenia dotyczące anestezji. Pod okiem Brytyjczyków uczyli się obsługi aparatów do znieczulenia, laryngoskopii bezpośredniej i intubacji tchawicy a także mieli możliwość stosowania najnowocześniejszych wówczas technik narkozy przy użyciu pentothalu (tiopentalu) czy też cyklopropanu. W Oxfordzie u wybitnej sławy prof. Roberta Reynoldsa Macintosha – pierwszego profesora anestezjologii w Europie – szkolił się Stanisław Pokrzywnicki, natomiast w Londynie tajniki anestezji zgłębiał Bolesław Rutkowski. Chirurdzy, którzy w czasie wojny doświadczyli

komfortu operowania dobrze znieczulonego pacjenta, już nigdy nie chcieli rozstawać się z anestezjologiem...

Początki śląskiej anestezjologii (1945-1970)

Po zakończeniu wojny niewielu lekarzy zdecydowało się na przyjazd z Zachodu do Polski. Powodów było wiele, lecz głównie bano się politycznych represji ze strony komunistycznych władz Polski Ludowej. Nie bez znaczenia były także motywy ekonomiczne – wielu z nich uważało, że lepszy byt czeka ich na emigracji. Ci, którzy zdecydowali się jednak na powrót, przywozili ze sobą bezcenne doświadczenie w zakresie chirurgii, leczenia penicyliną czy też transfuzjologii. No i oczywiście anestezji... Wśród wracających do kraju znaleźli się między innymi Wit Rzepecki, Kazimierz Dębicki, a przede wszystkim Stanisław Pokrzywnicki i Bolesław Rutkowski – wszyscy oni mieli mniejszy lub większy wkład w budowanie powojennej polskiej anestezjologii.

Po sześciu latach okupacji i odcięcia od świata zewnętrznego, polscy lekarze chcieli nareszcie wprowadzać do praktyki klinicznej najnowsze zdobycze nauki. Rozwój specjalności zabiegowych, a w szczególności torakochirurgii, nie był jednak możliwy bez stosowania nowoczesnych metod anestezji. Zdawał sobie z tego sprawę Wit Rzepecki, który tak pisał o swoich praktykach w brytyjskim szpitalu w Shotley Bridge: „Na moją prośbę Joan Millar zaczęła wprowadzać mnie w tajniki nowoczesnego znieczulania ogólnego. Przygotowywałem się do tego wprawdzie teoretycznie i wiedząc, że po powrocie do Polski ten dział medycyny będzie mało znany, chłonałem wszystkie wiadomości jak nienasycona gąbka (...).” Przed powrotem z Wielkiej Brytanii do Polski Rzepecki chciał zakupić aparat do narkozy, jednak jego plany pokrzyżowały skromne fundusze: „Nie mogłem niestety pozwolić sobie na zakup bardzo drogiego aparatu do znieczulenia ogólnego, zwłaszcza że nie byłem pewien, czy w Polsce znajdzie się wyszkolony anestezjolog oraz odpowiednie środki gazowe do uspiania chorych, jak podtlenek azotu i cyklopropan, bo eteru na pewno nie zabraknie. Przed dwoma laty namawiałem doktora Józefa Buraczewskiego, aby wyszkolił się w tym kierunku dla potrzeb kraju, ale poszedł on w kierunku radiologii.”

I rzeczywiście – w naszym kraju dominowała nadal prymitywna metoda „kapanki eterowej” prowadzonej przez personel średni lub młodych lekarzy „spychanych” do „niechlubnej” roli narkotyzera. Pojawiały się też ciągle głosy, że biednego kraju nie stać na „luksus” w postaci anestezjologów. Rosnące zapotrzebowanie na fachową anestezję,

powodowało jednak, że widok aparatu do znieczulenia stawał się na polskich salach operacyjnych coraz bardziej popularny. Nie bez znaczenia była tu pomoc UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) – organizacji Narodów Zjednoczonych, której zadaniem była pomoc w odbudowie krajów dotkniętych wojną – dostarczającej do Polski sprzęt anestezyjologiczny. W ten sposób trafiały do nas laryngoskopy, rurki ustno-gardłowe i intubacyjne oraz aparaty do znieczulenia.

Anestezjologia nie będąca jeszcze wówczas w Polsce przedmiotem akademickim rozwijała się początkowo w sposób mało zorganizowany, niejednokrotnie w ośrodkach pozauczelnianych – można by rzec w sposób „oddolny” – wszędzie tam, gdzie znajdowały się osoby posiadające odpowiednią wiedzę i przygotowanie praktyczne w zakresie nowoczesnych metod znieczulenia, a przede wszystkim wykazujące chęć by techniki te wprowadzać w życie. I tak na przykład pierwsze znieczulenie przy użyciu kurary – leku zwiotczającego mięśnie – przeprowadził dr Stanisław Pokrzywnicki w Szpitalu Miejskim w Kutnie 11 grudnia 1947 roku. Z kolei na Śląsku ośrodkiem, który na przełomie lat 40., 50. i przez wiele kolejnych lat, wiódł prym w nowoczesnej anestezji był Instytut Onkologii w Gliwicach. Znalazł w nim zatrudnienie Bolesław Rutkowski, który do Polski przyjechał w 1948 roku. Odnalazł on w szpitalnianym magazynie amerykański wojskowy aparat do znieczulenia typu Heidbrink, który spakowany był w pudło i podpisany przez pracowników szpitala jako aparat do płukania jelit. No cóż – nie powinno nas to dziwić, przecież najprawdopodobniej w szpitalu tym nigdy wcześniej niczego podobnego nie widziano. Dr Rutkowski uruchomił ów aparat i bardzo szybko podjął pracę w roli anestezyjologa, wykonując w grudniu 1948 roku pierwsze po swoim przyjeździe do kraju znieczulenie dotchawicze.

Oczywiście na uczelniach medycznych także zaczynano stosować nowe techniki znieczulenia. Przykładem może tu być pierwszy w powojennym Gdańsku zabieg usunięcia guza przetyku w znieczuleniu dotchawiczym, który wykonał w 1948 roku Kazimierz Dębicki z Karolem Oppeln-Bronikowskim. Z kolei w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Łódzkiego u profesora Jerzego Rutkowskiego pracę podjął wkrótce dr Pokrzywnicki, a we wrocławskiej klinice prof. Wiktora Brossa anestezjologię rozwijał Antoni Aroński. W tym miejscu znów przypomnijmy klinikę prof. Crafoord'a, gdzie pod okiem Olle Frieberga w zakresie torakoanestezji szkolił się Mieczysław Justyna. Doświadczenia tam zdobyte przeniósł na polski grunt organizując w Instytucie Gruźlicy w Warszawie jeden z wiodących ośrodków szkolących polskich anestezyjologów.

Wróćmy jednak na Śląsk. Momentem przełomowym dla medycyny tego regionu był rok 1948, kiedy to powołano do życia Akademię Lekarską w Bytomiu. Zlokalizowano ją w Rokitnicy Bytomskiej będącej dziś dzielnicą Zabrze - obecnie znajduje się tam siedziba Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W 1950 roku przemianowano ją na Śląską Akademię Medyczną. Początkowo rozwój anestezji na uczelni związany był - co zrozumiałe - z klinikami chirurgii, prowadzonymi przez sławy chirurgii regionu, profesorów Józefa Gasińskiego, Stanisława Szyszko, Witolda Trawińskiego, Czesława Sadlińskiego.

W 1951 roku w naszym kraju pracowało tylko sześciu lekarzy fachowo zajmujących się anestezjologią: we Wrocławiu – Antoni Aroński, w Warszawie – Mieczysław Justyna, w Krakowie – Stanisław Niewiadomski, w Gdańsku – Karol Oppeln-Bronikowski, w Łodzi – Stanisław Pokrzywnicki oraz w Gliwicach – Bolesław Rutkowski. Anestezjologię zarejestrowano w Polsce w 1952 roku, a wszystkich wyżej wymienionych lekarzy należy uznać za ojców tej specjalizacji w kraju. Otrzymali oni tytuły specjalistów w uznaniu zasług i dorobku klinicznego, bez konieczności zdawania egzaminów. Dr Rutkowski otrzymał tytuł w 1953 roku na wniosek pierwszego specjalisty krajowego – doc. Justyny.

W 1953 roku dr Rutkowski został oddelegowany z Instytutu Onkologii do I Kliniki Chirurgicznej w Zabrzu prowadzonej przez prof. Gasińskiego. W klinice podejmowano się zabiegów w obrębie klatki piersiowej, a rosnący stopień trudności operacji wymagał znieczulenia dotchawiczego prowadzonego przez doświadczonego anestezjologa. Tam też rozpoczął szkolenia kolegów chirurgów w zakresie nowoczesnego znieczulania.

Rutkowski objął wkrótce funkcję specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i jako jedyny w tej części kraju mógł prowadzić młodszych kolegów do I a następnie także II stopnia specjalizacji. Pierwszy egzamin specjalizacyjny z zakresu I stopnia specjalizacji z anestezjologii odbył się w Instytucie Onkologii w Gliwicach w 1961 roku, a jedynym, który do niego przystąpił był dr Zbigniew Suda. Na zaproszenie Rutkowskiego do Instytutu przyjechał wtedy doc. Stanisław Pokrzywnicki. Po egzaminie Zbigniew Suda podjął pracę w Bytomiu, stając się pierwszym anestezjologiem w tym mieście.

Należy podkreślić, że duże zasługi dla górnośląskiej anestezjologii miał także doc. Antoni Aroński, który w latach 50. dojeżdżał z Wrocławia między innymi do szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i szpitala przy ulicy Francuskiej w Katowicach, a także dr Paweł Maślanka, późniejszy śląski konsultant wojewódzki.

Nie możemy zapominać też o wielu lekarzach, którzy nie będąc anestezjologami, po odbyciu krótkich kursów – między innymi prowadzonych przez doc. Justynę w Instytucie Gruźlicy w Warszawie - przez lata prowadzili znieczulenia ogólne w śląskich szpitalach, niektóre z nich musiały czekać bowiem na anestezjologów do lat 70.. Trzeba w tym miejscu wymienić chirurgów Alfreda Pawlika, Zbigniewa Warkomskiego, Mariana Fryczkowskiego, Irenę Wysocką czy Jacka Grzbielę. Zresztą niejeden ze śląskich anestezjologów tamtych lat swoją przygodę z tą dziedziną medycyny zaczynał właśnie od chirurgii. Niedostatek specjalistów i urok, a także pewna tajemniczość nowej specjalizacji motywował ich do podążania w tym kierunku. Przykładem może tu być pierwsza profesor anesteziologii na Śląsku – Anna Dyaczyńska-Herman, która dziś wspomina: „To była taka specjalizacja której jeszcze de facto nie było. Pracowałam na chirurgii u prof. Gasińskiego i on sobie zdawał sprawę, że nie może być dobrej chirurgii bez dobrej anesteziologii. (...) Początkowo starałam się łączyć jedno z drugim. Ale nie dało się być i chirurgiem i anesteziologiem – coś trzeba było wybrać. No to wybrałam to, co mi się wydawało ciekawsze”. Pani profesor mając już „jedynekę” z chirurgii, pod okiem dr Rutkowskiego zdobyła I i II stopień specjalizacji z anesteziologii. Podobnie potoczyły się losy dr Teodora Depty: „Zanim zająłem się anesteziologią przez wiele lat pracowałem jako chirurg. Będąc u profesora Gasińskiego w klinice w Katowicach, widziałem jak wielka jest różnica w jakości znieczuleń pomiędzy szpitalami miejskimi, między innymi moim w Świętochłowicach-Piaśnikach a klinikami. Zainteresowałem się więc anesteziologią, dostrzegając ogromne potrzeby w tym zakresie” – relacjonował po latach. Dr Depta uzyskał II stopień specjalizacji w 1972 roku i został pierwszym specjalistą anesteziologii pracującym w Świętochłowicach.

W coraz większej liczbie śląskich szpitali rozpoczynali pracę specjaliści anesteziologii: w Knurowie – dr Barbara Marquardt, w Szpitalu Miejskim w Katowicach-Bogucicach – dr Zygmunt Hajduk, w Szpitalu ss. Elżbietanek w Katowicach – dr Janusz Makiełło, w Siemianowicach – dr Janusz Taborek. Wszyscy oni byli wychowankami Bolesława Rutkowskiego.

To właśnie dr Rutkowski założył w 1964 roku pierwszy oddział anesteziologii w województwie śląskim. Powstał on przy I Klinice Chirurgicznej kierowanej przez prof. Stanisława Szyszko w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Zabrze. Niedługo potem powstała podobna jednostka w Państwowym Szpitalu Klinicznym przy ulicy Francuskiej w Katowicach. Początkowo funkcjonowała w strukturach II Kliniki Chirurgicznej prowadzonej

przez prof. Józefa Gasińskiego. W 1967 roku po uzyskaniu przez oddział niezależności, jego pierwszym ordynatorem została Ewa Górską.

Nie sposób jest wymienić wszystkich zasłużonych dla śląskiej anestezjologii lekarzy, należy jednak wspomnieć o pionierach tej specjalizacji w innych szpitalach regionu. Prekursorem powojennej anestezji na Podbeskidziu był pracujący w Szpitalu Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej Śląskiej Kazimierz Żurawski. Był pierwszym lekarzem stosującym środki zwiotczające w regionie Bielska, nie zdobywając jednak nigdy specjalizacji z anestezjologii. Pierwszym lekarzem specjalizującym się w anestezjologii w Bielsku-Białej był natomiast chirurg Zygmunt Brinbaum. W Częstochowie lekarzem, który zainicjował stosowanie znieczulenia dotchawiczego i środków zwiotczających był Tadeusz Demkow, który będąc chirurgiem odbył trzymiesięczne szkolenie dotyczące anestezji w warszawskim Instytucie Gruźlicy. Pionierem anestezjologii w Rudzie Śląskiej-Bielszowicach był Waldemar Liszka, w Rudzie Śląskiej-Goduli Joanna Kozłowska, w Szpitalu Dziecięcym w Chorzowie Helena Knop-Köttner, w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich Andrzej Szymański, w Tychach Władysław Tadla a w Zawierciu Andrzej Kopliński, w Raciborzu Józef Klimanek, w Pyskowicach Maria Gross, w Reptach Śląskich Jan Solawa, w Chorzowie Anna Glińska, natomiast w Dąbrowie Górniczej Maciej Włosek i Witold Kaczmarczyk. Początki tej specjalizacji w Sosnowcu nierozzerwalnie związane są z Sergiuszem Siekierskim, Bronisławem Łukoszem i Stanisławem Wróblewskim, z kolei w Jastrzębiu z ortopedą Antonim Wusatowskim i Zenoną Gołębiowską-Chmielak.

Wielu z wyżej wymienionych lekarzy rekrutowało się ze środowiska „zabiegowców”. Pod koniec lat 60-tych wyszły jednak rozporządzenia zakazujące podejmowania innej specjalizacji przez lekarzy specjalizujących się w anestezjologii. Nadchodziła era nowego pokolenia anestezjologów, którzy od początku swej kariery zawodowej związani byli z tą specjalnością.