ПОЧЕЦИ ХИРУРГИЈЕ ХЕРНИЈА У СРБИЈИ И УЛОГА ВОЈНИХ ХИРУРГА

Радоје Чоловић
Српска академија наука и уметности

Рани[1] развој хирургије хернија у Србији има мало везе са цивилним болницама, осим са Хируршким одељењем Опште Државне болнице у Београду. Највећа заслуга за развој хирургије хернија у Србији припада војним хирурзима и војним болницама.

Др Владан Ђорђевић, први српски школовани хирург, завршио је медицину у Бечу 1869, а хирургију је специјализирао од 1869. до 1871. Шеф хируршког одељења војне болнице у Београду постао је 1871. године. Он је урадио бројне репозиције укљештених хернија, а 1874. године извео је прву операцију укљештене киле која је била довела до цревне оклузије. Болесница је умрла неколико дана касније. У извештају није наведено како је изгледало црево на месту укљештења, да ли га је оператор уопште видео или не, јер се исто можда спонтано репонирало након дате локалне анестезије или током саме операције. Највероватније је да је пацијенткиња умрла од перитонитиса изазваног гангреном укљештеног црева, али у то не можемо бити сигурни, пошто аутопсија није рађена [1].

Прво следеће помињање операције херније јавља се 29. децембра 1884. када је на састанку Српског лекарског друштва прочитан извештај др Кандића из Ужица, да је код једне укљештене киле са „др Розенфелдом извршио херниотомију lege artis“, да је „болесница после неколико недеља сасвим оздравила без икаквог трага од херније“ као и да је „операција извршена под наркозом“. То би требало да буде прва успешна херниотомија у Србији [2].

Године 1889. др Роман Сондермајер у Војној болници у Београду је извршио прву операцију херније [3]. Дана 18. новембра 1889. др Војислав Субботић је на састанку СЛД приказао „једног болесника, коме је извршена пре кратког времена херниотомија“. Казао је и да је болесник занимљив јер је имао два скротума. Поред операције киле, десна скротална

[1] Овај рад је финансиран из Фонда за научна истраживања САНУ преко пројекта „Историја српске медицине“.

кеса је ресецирана и „само је остављено толико колико је потребно за тестикл“ [4].

Др Субботић је 3. марта 1890. приказао једну операцију ингвинолабијалне киле која је садржавала оваријум и тубу. Болесница је оздравила [5].

Да је још увек постојала снажна резервисаност према операцији хернијe говори и записник са састанка СЛД од 27. октобра 1890, када је др Васић питао „шта ваља лекару да ради кад добије болесника са хернијом која се да репонирати: да ли ваља у том случају предузети радикалну операцију?“, на шта је др Субботић одговорио „да код хернијe либере ваља препоручити брахеријум, јер и после радикалне операције морао би да брахеријум неко време носи. Операцију ваља у том случају само вршити ако брахеријум ни у ком случају не може да носи“ [6].

У другој половини 19. века регрути са хернијама били су велики проблем многих европских армија, јер су у неким земљама ослобађани служења војне обавезе док су у другим распоређивани у неборачке јединице. У Аустрији између 1889–1893. 22% (11.000) регрута било је ослобођено војне обавезе, највише због хернија. Према Schwieningen-у 11,02% регрута ослобађано је војне обавезе сваке године, најчешће због хернија. У Немачкој, регрути са хернијама нису ослобађани војне обавезе али нису служили у борбеним већ у неборбеним јединицама, као кувари, интенданти, болничари, писари и сл, док су регрути са отвореним ингвиналним каналом, код којих се при напињању није појављивало испупчење у препони, распоређивани у борбене јединице [3]. У Србији, која је најчешће копирала Аустрију, регрути са хернијама су ослобађани војне обавезе

Да би се операција киле код регрута евентуално могла увести и наметнути као обавезна или као скоро обавезна, и тако био повећан борачки кадар, било је неопходно да она испуни следећа три услова: а.) да операција нема никаквих последица по здравствено стање или да бар не представља већу опасност по регрута у односу на опасност која му по природи ствари прети од могућег укљештења, б.) да се кила уклони једном за увек и в.) да се може извести у војсци [3].

Приступ овом проблему био је различит у разним европским армијама. Тако је на пример у Румунији од киле оперисано 906 регрута, у Аустроугарској 886 у периоду од 1898–1904, у Русији 253 у периоду 1899–1903, док је у Француској оперисано по 680 кила годишње. У Пруској је у периоду од 1897–1903. оперисано свега 104 киле, од чега је њих 80 регрута после операције оспособљено за војну службу (77%) а 24 су проглашени неспособним за војну службу [3].

Како је и у грађанству и у војсци крајем деветнаестог века операција хернијe постајала прилично безопасна а неуспех се дешавао ретко, сазрело је време да се операција киле са великом сигурношћу може препоручити.

Дошло се и до сазнања да уколико се при регрутацији укине ослобађање регрута са хернијама од војне обавезе и ако се они као такви

позову у војску да ће се регрути значајно лакше мотивисати за операцију. Такву праксу прихватиле су Румунија, Србија и Француска. Неки су препоручивали да се сви који не прихвате операцију херније распореде у неборачке јединице као болничари, посилни, ордонанси, писари и кувари.

Како је ослобађање регрута са хернијама војне обавезе за Србију, као малу земљу, био велики губитак регрута, др Михаило Марковић (1847–1911), шеф српског војног санитета, одлучио је да се позабави тим проблемом. Најпре је планирао да отвори још 4 хируршка одељења при дивизијским војним болницама, да одшколује 4 војна хирурга и да затим уведе операцију киле за регруте. Веровао је да ће тако повећати не само војну већ и привредну и „пореску“ моћ државе, јер ће од младих људи са инвалидитетом створити способне привреднике, најчешће сељаке тежаке, који су представљали највећи проценат становништва у Србији. Најпре је основао 4 хируршка одељења у дивизијским војним болницама: у Нишу и Крагујевцу 1897. и Зајечару и Ваљеву 1900. (у Београду одељење је постојало од 1871. године) и одшколовао 4 војна хирурга. Да би ту „колико лепу и корисну, толико и оригиналну идеју остварили, централна војна управа поднела је и буџетску позицију за лечење просутих обвезника на решење Народној скупштини“ у којој је та „позиција свесрдно примљена и одобрена“. Операција киле била је понуђена бесплатно свим регрутима који су је имали [3].

Централна војна управа српске војске, користећи се одличним резултатима по методама Басинија и Кохера, којима су у високом проценту постизана излечења херније, наредила је да се сви регрути „уврсте у борце и подвргну радикалној операцији“, не сматрајући више килавост за разлог сталне неспособности за војску. Да би се мотивисали на операцију, регрути са хернијама су распоређени да служе при болницама до 6 месеци, са циљем да им се да могућност да се лично увере у добробит и безопасност операције. Ова мера имала је видног ефекта и већина њих је заиста и прихватила операцију и била је оперисана. Захваљујући тим мерама број операција херније у српској војсци јако се повећао, нарочито после 1900. године, када су свих 5 хируршких одељења војних болница (у Београду, Нишу, Крагујевцу, Зајечару и Ваљеву) вршиле операције кила.

Регрути са хернијама који ипак не би прихватили операцију нису више ослобађани војне обавезе, већ су распоређивани у јединице као неборци, кувари, писари и болничари итд, и то у дивизијским местима у којима су се налазиле и војне болнице, како би им се одмах могла указати стручна помоћ уколико би дошло до укљештења киле. После првих позитивних искустава, операције киле су од 1900. године постале обавезним.

Како је у предходном периоду више хиљада регрута већ било ослобођено служења војне обавезе и како су они већ били избрисани из борачких спискова, „централна војна управа желела је да тај огроман материјал људства ... поново врати у војску“, па је у следећој фази наређе-

но да се сви они поново позову у војску и подвргну операцији и тога ради упуте у војне болнице, а затим су слати у регуларне борбене јединице.

На крају, операција киле понуђена је бесплатно свим мушкарцима, потенцијалним војницима у рату.

Овај огромни посао извело је 5 војних хирурга: др Роман Сондермајер, др Михаило Петровић, др Лазар Генчић, др Чедомир Ђурђевић и др Јордан Стајић.

Др Роман Сондермајер (1861–1923) дошао је у Србију из Пољске. Дипломирао је 1880. у Кракову, где је и специјализирао хирургију а затим од 1884. до 1889. радио као асистент код професора Jan Mikulitz-Radecki-ог. Шеф хируршког одељења армијске војне болнице у Београду постао је 1889. Касније је постао пуковник и главни хирург српске војске [7].

Др Михаило Петровић (1863–1934) је завршио медицину 1890. у Бечу, а затим специјализирао хирургију код др В. Субботића у Београду од 1890. до 1896. За шефа хируршког одељења дивизијске војне болнице у Нишу постављен је 1897. Касније је постао бригадни генерал и први професор хируршке пропедевтике на Медицинском факултету у Београду [8].

Др Лазар Генчић (1868–1942) је завршио медицину у Бечу а затим специјализирао хирургију код професора Gussenbauer-а од 1893. до 1895. За шефа хируршког одељења војне болнице у Крагујевцу постављен је 1897. Касније је постао пуковник и шеф српског војног санитета али је смењен и оштро критикован због непредузимања ефикасних мера за спречавање епидемија пегавца и трбушног тифуса, који су 1915–1916. десетковали српску војску [9].

Др Чедомир Ђурђевић (1866–1940) завршио је медицину у Бечу и специјализирао хирургију код професора Gussenbauer-а, такође у Бечу од 1897. до 1899. За шефа хируршког одељења дивизијске војне болнице у Зајечару постављен је 1900. Касније је постао бригадни генерал и први професор ратне хирургије на Медицинском факултету у Београду [10].

Др Јордан Стајић (1868–1949) завршио је медицину у Бечу, где је од 1897. до 1899. специјализирао хирургију код професора Gussenbauer-а. За шефа хируршког одељења војне болнице у Ваљеву постављен је 1900. Важио је за вештог и брзог хирурга, па су га звали „српским Ларејем“. Доцније, постао је бригадни генерал [11].

Од 1889. до краја 1905. операцији је било подвргнуто 4520 регрута: 4492 регрута било је оперисано (од киле), и то 12 од феморалне, 5 од епигастричне као и 1 од киле беле линије.

Резултати су саопштени на Првом састанку српских хирурга 1907. [3].

Кила са десне стране било је 2989 (64,3%), са леве стране 503 (32,3%) а обостраних кила било је 150 (3,4%), што укупно чини 4642. Слободних кила било је 4402 (94,8%), сраслих 186 (4%) и укљештених 54 (1,25%). Операције су извођене у општој анестезији са хлороформом 1174 (25,2%), или у Billroth-овој смеши 379 (8,16%), док је највећи број операција изведен у локалној анестезији Schlich-овим раствором 3089 (66,5%).

Примењиване су различите оперативне процедуре, по Bassini-ју 3496 (75,3%), модификованом Bassini-ју 679 (14,6%), по Ferrari-ју 24 (0,5%), модификованом Ferrari-ју 199 (4,2%), по Cocher-у 191 (4,1%), Hoffmann-у 58 (1,2%), Maydle-у 2 (0,04%), McEwen-у 3 (0,06%) и по Fabricius-у 2 (0,04%) [3].

Забележен је и известан број оперативних и локалних компликација, и то 3 повреде танког црева, 1 повреда мокраћне бешике, 1 повреда d. deferens-а, 12 едема тестиса, 6 хематома ране и 159 површних и дубоких инфекција ране [3].

За време служења војног рока сви оперисани војници били су прегледани од стране трупних лекара на евентуални рецидив а после операције контролисани су од стране војних лекара на евентуални рецидив сваки пут када би били позивани на војне вежбе. Треба напоменути и да су сви оперисани без рецидива сматрани способним за пуну војну службу у борбеним јединицама, с тим што су из јахаћих трупа превођени у нејахаће.

Наведеним контролним прегледима од 4642 оперисане херније забележено је само 7 рецидива (0,15%). Овакав изузетано добар резултат објашњен је тиме што су скоро сви оперисани били махом млади људи у најбољим годинама и развијености и тиме што је операције изводило 5 сталних оператора, који су постигли изврсну извежбаност и специјализацију за ову операцију [3].

С друге стране, на клиникама се не оперишу само млађи, већ особе свих годишта, почев од мале деце до декрепидних стараца. С друге стране, операције херније на клиникама најчешће су вршили волонтери и млађи асистенти, којима је операција киле служила за вежбање. Такође, сматрало се да је један од разлога вишеструко већег процента рецидива у тим клиникама што су на њима за дубоке шавове коришћени неодговарајући шавови, тј. Catgut [3].

У то време сматрало се да је разумни период да се дефинитивни резултат види 6 месеци, јер су се рецидивни после тог периода ретко јављали. Сам Bassini је тврдио да ризик од рецидива постоји првих 6 месеци. Др Петровић је био свестан да се после тог времена јављају и нови рецидиви, па је предложио да се утврди „трајан резултат“ те је „учинио предлог министру војном да се сви оперисани у моравској сталној војној болници подвргну генералном прегледу и констатује стање њиховог здравља“ [12].

Занимљиво је и какав је био поступак у случају настанка рецидивних херније. Они су слати у неборбене јединице као кувари, болничари, писари, интенданти и др. То није била „освета“ за рецидив. Зашто? Из других европских армија било је познато да су неки оперисани настојали да добију рецидив, па су се свесно излагали великим напорима и вежбама да би добили рецидив и тако избегли дугу војну службу (2–5 година), да не би били позивани на војне вежбе (честе у свим армијама) и да би

избегли мобилизацију у случају рата. Идеја да и они који добију рецидив буду ангажовани у неборачким јединицама била је да се оперисани обесхрабре и да тако нешто и не покушавају [3].

Од укупног броја оперисаних умрло је 26 (0,56%), у Београду је умрло 10 од 1375, Нишу 11 од 968, Крагујевцу 4 од 903, Ваљеву 1 од 556 а у Зајечару од 868 оперисаних није било умрлих. Већина умрлих оперисана је због укљештене киле. Истовремено, у Аустрији, у разним болницама морталитет је износио од 0,5–1%, у руској армији 0,8% и у румунској 1,65%. Просечни боравак у болници био је 19,66 дана [3].

Овим приступом „Србија је далеко испред свих осталих држава измакла у овој хуманој задаћи а војне болнице су се за утрошени новац богато одужиле своме народу, јер су примајући инвалида из народа, вратиле му здрава и способна раденика“ (М. Петровић, 1908). Петровић сматра да се на овом „јединствено паметном санитетском закону има да се благодари једино иницијативи тадашњег санитетског начелника г. Д-р Михаила Марковића“. Тај приступ хернијама у српској војсци настављен је све до Првог светског рата.

И број операција на Хируршком одељењу Опште државне болнице у Београду је растао, тако да је од 1892. до 1894. године урађено 25 [13], 1895. године 27 [14,15], 1896. године 18 (4 по Кохеру и 14 по Басинију) [16,17] и 1899. 152 херниотомија и херниолапаротомија [18,19]. Ипак, у цивилним болницама операције кила нису извођене у обиму у коме је то било у војним болницама, можда до скорашњих дана.

Операције кила у српској војсци имале су велики утицај на претежно сељачку популацију, који је данас тешко замислити.

Због великог броја оперисаних регрута са свих страна земље, разбијан је страх од операција уопште, тако да је и општа популација бивала све спремнија да прихвата операције уопште.

Литература

1. Шести редовни састанак 14. фебруара 1875. Срп Арх Целок Лек, 1879, књ. III, стр. 27-28.

2. Шеснаести редовни састанак држан 29. децембра 1884. Срп Арх Целок Лек, 1888, Одељак први, Књига десета, број 94, стр. 103-105.

3. Николић П. Извештај о 4642 ингвиналне херније које су оперисане по војним болницама од 1889-1905. г. Извештај о раду Првог састанка српских хирурга, Београд 1908. г. 41-64.

4. Једанаести редовни састанак држан 18. новембра 1889. Срп Арх Целок Лек, 1895, Одељак први, Књига дванаеста, број 48, стр. 107.

5. Други редовни састанак држан 3. марта 1890. Срп Арх Целок Лек, 1895, Одељак први, Књига дванаеста, број 13, стр. 156.

6. Дванаести редовни састанак држан 27. октобра 1890. Срп Арх Целок Лек, 1895, Одељак први, Књига дванаеста, број 65, стр. 199.

7. Чоловић Р. Пуковник др Роман Сондермајер. У књизи: Хроника хирургије у Србији, Просвета, Београд, 2002: 560-561.

8. Чоловић Р. Генерал проф. др Михаило Петровић. У књизи: Хроника хирургије у Србији, Просвета, Београд, 2002: 562-563.

9. Чоловић Р. Пуковник др Лазар Генчић. У књизи: Хроника хирургије у Србији, Просвета, Београд, 2002: 566.

10. Чоловић Р. Генерал проф. др Чедомир Ђурђевић. У књизи: Хроника хирургије у Србији, Просвета, Београд, 2002: 564.

11. Чоловић Р. Генерал др Јордан Стајић. У књизи: Хроника хирургије у Србији, Просвета, Београд, 2002: 565.

12. Петровић М. Извештај о резултатима херниотомисаних у моравској дивизији. Срп Арх Целок Лек, 1908, свеска 1, стр. 30-33.

13. Кратак преглед рада на хируршком одељењу д-ра В. Субботића у Општој Државној Болници за год. 1892, 1893. и 1894. Срп Арх Целок Лек 1895; бр.19 и 20, стр: 679-680.

14. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице (д-ра В. Субботића) за месеце: Јули, Август и Септембар 1895. Срп Арх Целок Лек 1895; бр. 23 и 24, стр: 872-873.

15. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице (д-ра В. Субботића) за месеце: Октобар, Новембар и Децембар 1895. год. Срп Арх Целок Лек 1896; св.1, стр: 57-58.

16. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице (д-ра В. Субботића) за прво полугође 1896. године. Срп Арх Целок Лек 1896; св.6, стр: 350-351.

17. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице (д-ра В. Субботића) за III четврт 1896. године. Срп Арх Целок Лек 1896; св.2, стр: 598-599.

18. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице у Београду за време 1.I.1899. до 1.V.1899. год. Приказује Д-Р Вој. Субботић. ДОДАТАК Срп Арх Целок Лек 1899; св.7, стр: 371-390.

19. Извештај хируршког одељења Опште Државне Болнице (д-ра В. Субботића) за годину 1899. Срп Арх Целок Лек 1900; св. 3, стр: 159-160.