
Z I Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz

Tadeusz JACYNA-ONYSZKIEWICZ

Udział chirurgii w postępie nauk medycznych

Участие хирургии в успехах медицинских наук

The Share of Surgery in the Progress of Medical Sciences

Przeprowadzając próbę oceny dorobku jakiejkolwiek gałęzi nauki, a zwłaszcza nauki medycznej, nie sposób jest dokonać tego bez rzutu oka wstecz, bez prześledzenia, choćby pobieżnego, dróg jej rozwoju.

Chirurgia jako nauka i sztuka lekarska osiągnęła dziś wysoki poziom, jednakże droga po której kroczyła była bardzo żmudna i pełna osobliwych przeciwności. Spotykamy na niej okresy wzlotów twórczej myśli chirurgicznej, obok okresów upadku, kiedy myśl chirurgiczna nie tylko nie postępowała naprzód, lecz cofała się i zdobycze poprzednich okresów szły w zapomnienie.

Możemy tu zanotować zjawisko, że postęp w medycynie kroczył równoległe do postępu twórczej myśli w innych dziedzinach pracy umysłu ludzkiego np. w literaturze, muzyce, sztuce i na odwrót, zahamowanie ogólnej myśli twórczej odbijało się ujemnie na postępach medycyny, a w tym i chirurgii.

Pomijając okres przedhistoryczny napotykamy pierwsze wiadomości o medycynie hinduskiej. Na szczególną uwagę zasługuje wysoki poziom lekarzy hinduskich, którzy zajmowali się również chirurgią. W XV wieku p.n.e. lekarze hinduscy oprócz leczenia złamań i zwichnięć wykonywali operacje brzuszne (laparatomie), umieli zeszywać rany jelitowe, usuwali kamienie pęcherzowe, a co najciekawsze często wykonywali rozległe operacje plastyczne nosa i uszu, ponieważ w Indiach istniała wówczas kara obcięcia nosa i uszu. Dotychczas w podręcznikach chirurgii zamieszczany jest opis indyjskiej metody plastyki nosa. Lekarze hinduscy posiadali liczne narzędzia, 101 tępych i 20 ostrych, a co najdziwniejsze narzędzia te były sporządzane ze stali.

W dziejach chirurgii jest to zjawisko odosobnione i brak jest danych historycznych, ażeby gdziekolwiek indziej w tym okresie istniało coś podobnego.

Przez długie wieki cała medycyna łącznie z chirurgią spoczywała w rękach kapłanów, uważanych za posłanników bogów. W Grecji kapłani, uczniowie Asklepiosa przy świątyniach leczyli chorych. Takim Asklepiadą był też Hipokrates uważany za ojca medycyny, żyjący na przełomie V i IV wieków p.n.e.

Chirurgia Hipokratesa stoi wysoko, co świadczy o tym, że musiała ona rozwijać się przez całe wieki. W pismach swych Hipokrates opisuje leczenie złamań i zwichnięć, leczenie ran, opisuje rychłozrost i ropienie rany oraz sztukę bandażowania. Wykonywano wówczas trepanacje czaszki, nakłucie klatki piersiowej i jamy brzusznej, otwarcie ropnia nerki i operacje polipów nosa. Hipokrates unika operacji, przy których trzeba przeciąć większe naczynie krwionośne, np. amputacji i operacji jamy brzusznej, ponieważ podwiązanie naczynia krwionośnego nie jest jeszcze znane. Grecy lekarze wykonują operacje narzędziami z brązu. Zasady leczenia chirurgicznego podane przez Hipokratesa utrzymują się przez szereg wieków po nim.

Po podbiciu Grecji przez Aleksandra Macedońskiego ośrodkiem kultury staje się Aleksandria, tam rodzą się początki naukowej anatomii. Lekarze aleksandryjscy ulepszają technikę operacji poznaną od Greków — wykonują oni operacje usunięcia kamieni pęcherzowych i wykonują kruszenie kamieni (litotrypsję) narzędziami własnego pomysłu, lekarze ci operują również zaćmę (kataraktę).

Rzymianie za czasów republiki przez okres około sześciu wieków obywali się bez lekarzy; własnych nie mieli, a Grekom nie pozwalali osiedlać się w Rzymie. Dopiero Julius Caesar nadał prawa obywatelskie osiedlającym się w Rzymie lekarzom, przeważnie Grekom. Od tego czasu medycyna zaczyna czynić szybkie postępy.

W I wieku n.e. wszechstronnie wykształcony Cornelius Celsus, o którym nie wiadomo na pewno czy był lekarzem, pisze liczne dzieła z zakresu chirurgii; świadczą one o wcale wysokim poziomie medycyny i techniki chirurgicznej. Celsus opisuje poraz pierwszy podwiązanie tętnic.

Z chwilą upadku państwa rzymskiego następuje ogólny upadek kultury, a tym samym medycyny.

W Średniowieczu medycyna znalazła się przeważnie w rękach kleru, ludzi wówczas najbardziej oświeconych, poziom jej jest jednak bardzo niski, a chirurgia upada niemal całkowicie. W tym czasie powstają przytułki dla chorych tak zwane hospitia, z których później powstają szpitale.

Lekarze zarówno kapłani, jak i nieliczni świeccy, nie trudnili się chirurgią; jednym nie pozwalały na to przepisy kościelne, drudzy uważali za poniżające trudnienie się rękodziełem, do jakiego zaliczano chirurgię.

Z konieczności wykonywaniem zabiegów operacyjnych zajęli się ludzie bez wykształcenia medycznego, cyrulicy, zwani chirurgami, zgromadzeni w cechach na wzór innych rzemieślników. Założyli oni w w. XIII w Paryżu szkołę chirurgiczną, Ecole de St. Come i domagali się dopuszczenia do słuchania wykładów na uniwersytecie, jednak uczeni doctores medicinae nie zgodzili się na to. Ci chirurdzy osiągalni częstokroć wysoki stopień techniki operacyjnej, była to jednak wyłącznie sztuka bez żadnych podstaw naukowych. Uczniem szkoły St. Come był A. Pare, bardzo wybitna jednostka, otoczona sławą znakomitego chirurga nie tylko we Francji, lecz i poza jej granicami. Po wielu wiekach zapomnienia Pare w epoce nowożytnej stosuje metodę podwiązywania naczyń.

W mrokach Średniowiecza pewien wyjątek stanowi medycyna arabska, którą Arabowie uczynili nauką i sztuką świecką, dopuszczając do jej wykonywania ludzi rozmaitych ras, narodowości i wyznań. Wśród lekarzy arabskich zasłynął A w i c e n n a.

W okresie Odrodzenia następuje zasadniczy zwrot w medycynie, zaczyna ona szybkim krokiem wspinać się w górę. Następuje zwrot umysłów do bezpośrednich badań przyrody i człowieka z jego budową anatomiczną, funkcjami, dolegliwościami i psychiką.

Andrzej Vesalius, prof. anatomii i chirurgii w Padwie, kładzie podwaliny nowożytnych badań anatomicznych i zapoczątkowuje erę chirurgii anatomicznej. Po nim działają tacy chirurdzy i anatomowie jak: Petit, Desault, Pott, Hunter, Scarpa i inni.

Wśród wielu podstawowych odkryć z dziedziny fizjologii, angielski fizjolog W. Harvey w 1628 r. dokonuje epokowego odkrycia istoty krążenia krwi.

Założenie przez Ludwika XV w pierwszej połowie XVIII wieku Akademii Chirurgicznej, zrównanej w prawach z uniwersytetem, kończy ostatecznie okres wielowiekowego odsunięcia chirurgii od nauk medycznych.

W okresie wojen napoleońskich chirurdzy zdobyli bogate doświadczenie przede wszystkim z zakresu leczenia urazów i ran. W tym okresie również zdobywają oni rozległe wiadomości z zakresu patologii wielu schorzeń, dla których leczenia opracowują metody operacyjne. W tym okresie zasłynęli we Francji Dupuytren i Larrey chirurg Napoleona, w Anglii Cooper, w Niemczech Lengenbeck i Diefenbach, a w Rosji znakomity anatom i chirurg Pirogow. W tym czasie w Krakowie działa Rafał Czerwiakowski, uważany za twórcę polskiej chirurgii nowoczesnej. Czerwiakowski, wykształcony we

włoskich uniwersytetach, jest sławą lekarską owego czasu, będąc profesorem Wszechnicy Jagiellońskiej wykłada anatomię, chirurgię i położnictwo.

Chirurdzy owego czasu, mimo że posiadają już dużą wiedzę i opracowane liczne metody operacyjne, które przetrwały do dnia dzisiejszego jako klasyczne sposoby, nie mogą poszczycić się dobrymi wynikami swoich operacji. Wyniki te niweczy w ogromnym odsetku zakażenie przyranne. Zgorzel szpitalna — *gangraena nosocomialis* zbiera kolosalne żniwo śmierci.

Dlatego faktycznym ojcem nowoczesnej chirurgii stał się człowiek, który odkrył przyczynę zakażenia, stwierdzając że są nią drobnoustroje, nie lekarz i nie chirurg, lecz chemik i bakteriolog francuski Ludwik Pasteur.

Walkę z zakażeniem zaczęto stosować najpierw przy pomocy antyseptyki i twórca tej metody, John Lister, wyeliminował z sal szpitalnych zgorzel szpitalną, stosując kwas karbolowy. Było to osiągnięcie epokowe.

Pewne ujemne strony antyseptyki, nakazały chirurgom zastosować sposoby wyjaławiania w wysokiej temperaturze, co już doradzał Pasteur, czyli zastosować aseptykę, która jest obecnie podstawą pracy chirurga.

Niemal w tym samym okresie, tj. w 4 i 5 dziesiątku lat XIX w. następuje nowe, niezwykle dla chirurgii cenne odkrycie chloroformu i eteru do uspiania wzięwnego. Środki do znieczulenia miejscowego odkryto znacznie później, dopiero w początku w. XX. Dotychczas chorzy poddawali się operacjom tylko w ostateczności z obawy przed bólem, a chirurg był zmuszony wykonywać błyskawiczne operacje.

Chirurgia uzyskawszy tak zasadnicze podstawy działania, jak aseptyka i narkoza, rozwija się teraz niezmiernie szybko. Ten gwałtowny wzrost nauk medycznych w ogólności, w zakresie chirurgii prowadzi w krótkce do konieczności wyłonienia z niej odrębnych operacyjnych specjalności. Najdawniej oddzieliła się okulistyka, po niej ginekologia, i otorinolaryngologia.

Jeden umysł ludzki nie może objąć już całości tej gałęzi nauk medycznych, nie może też opanować techniki operacyjnej w tak szerokim zakresie. Prowadzi to do dalszego podziału na węższe specjalności, takie jak: ortopedia (chirurgia kostna naprawcza), urologia (chirurgia układu moczowego), neurochirurgia (chirurgia układu nerwowego), chirurgia plastyczna i torakochirurgia (chirurgia klatki piersiowej).

Ze względu na pewną odrębność przebiegu procesów patologicznych, wyłania się chirurgia początków życia ludzkiego i jego wzrostu — chirurgia wieku dziecięcego, czyli pediatria chirurgiczna, a obecnie roz-

wija się chirurgia okresu w pobliżu schyłku życia, chirurgia wieku starszego i starczego, czyli geriatryka chirurgiczna.

W drugiej połowie w. XIX wielki rozwój anatomii patologicznej wywiera przemożny wpływ na wszystkie nauki medyczne, a w chirurgii wyraża się rozwinęciem chirurgii narządów oraz znacznym rozszerzeniem zakresu operacyjnego leczenia na narządy, które dotychczas uchodziły za niedostępne. Rozwija się wyraźnie dążność do przyczynowego leczenia chirurgicznego, powstają bardzo liczne nowe metody operacyjne, które obalają częstokroć dawne kanony. Nie odbywa się to niekiedy bez walk i namiętnych sprzeciwów wielkich autorytetów, obrońców dawnych kanonów.

Przykładem takim może być sprawa początków chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka. W r. 1881 Ludwik Rydygier, wówczas młody lekarz z Chełmna, później chirurg o światowej sławie, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego i lwowskiego, wykonał pierwsze wycięcie części odźwiernikowej żołądka z powodu wrzodowego zwężenia odźwiernika z pomyślnym wynikiem, opracowaną przez siebie metodą operacyjną.

Operację tę poprzedziły bardzo staranne doświadczenia na zwierzętach.

Gdy Rydygier przedstawił tę metodę na Kongresie chirurgów niemieckich, przewodniczący kongresu, znakomity niemiecki chirurg Volkmann oświadczył „że jest to pierwsza, ale jego zdaniem i ostatnia operacja z takich przyczyn”. Rydygier nie zraził się tym i prowadził nadal swoje doświadczenia i operacje żołądka. Idea jego zwyciężyła, dziś wycięcie części odźwiernikowej żołądka jest zasadniczą metodą chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, wykonywaną przez tysiące chirurgów na całym świecie. Opracowano jeszcze potem inne metody operacyjne, ale metoda Rydygiera zachowała w pełni swoją wartość.

W tym czasie zaczyna rozwijać się chirurgia doświadczalna na zwierzętach, będąca dziś nieodzownym warunkiem wprowadzenia nowych metod leczenia chirurgicznego.

Od początku XX w. występuje bardzo bujny rozwój wszystkich teoretycznych nauk medycznych z fizjologią i biochemią na czele. Korzystają z tego bardzo skwapliwie dyscypliny kliniczne, a wśród nich i chirurgia. Klinicyści przyswajają sobie metody badań fizjologicznych, rozwijają szeroko badania laboratoryjne, pilnie badają procesy biochemiczne, jakie zachodzą w chorym organizmie, przy czym nie rzadko zdarza się, że doświadczenie kliniczne, koncepcja patogenezы chorobowej i wynikające stąd sposoby leczenia, wyprzedzają dokładne teoretyczne poznanie.

W odróżnieniu od okresu poprzedniego, w chirurgii, podobnie jak w innych specjalnościach klinicznych, ustala się pogląd, że należy leczyć

i operować nie tylko wyłącznie chory narząd, ale całego chorego człowieka, nie zapominając o jego strukturze psychicznej.

Chirurdzy w tym okresie opracowują własne metody rozpoznawcze, rozszerzając zasięg swojego działania tak dalece, że niemal nie ma takiego działu patologii, w którym leczenie chirurgiczne nie wchodziłoby w rachubę jako postępowanie zasadnicze, albo pomocnicze. Znacznemu udoskonaleniu ulegają metody operacyjne, przy czym do postępu chirurgii przyczynia się ulepszenie techniki operacyjnej i ulepszenie narzędzi chirurgicznych, coraz bardziej precyzyjnych.

Okres ostatnich 20 lat zaznaczył się w chirurgii olbrzymim postępem. Bieg osiągnięć jest tak szybki, że z trudnością udaje się podążać za nim. Szczególnie odczuwają to chirurdzy polscy, którzy nie mając przez szereg lat łączności z chirurgią światową, muszą wyrównywać zaległości.

Ten postęp zawdzięcza chirurgia przede wszystkim zdobyczom w zakresie anestezjologii, wprowadzeniu na szeroką skalę leczenia krwią i antybiotykami. Anestezjologia, ta zupełnie nowa specjalność lekarska, zwiększyła bezpieczeństwo wielkich i trwających długo zabiegów operacyjnych, asekurując chorego w bardzo znacznej mierze przed najgroźniejszym powikłaniem, jakim jest shock — wstrząs operacyjny.

Na czym polega nowoczesna narkoza i jakie są jej zalety? Anestezjolog wprowadza rurkę gumową z uszczelniaczem do tchawicy, łączy ją z aparatem do narkozy, skąd dopływa mieszanka — środek narkotyczny, np. eter + tlen. Pozwala mu to doprowadzać do głębokich okresów narkozy nawet ze zwiótczeniem mięśni oddechowych, ponieważ w każdej chwili może objąć za chorego czynność oddechową, albo przez ręczną pomoc, uciskając na balon oddechowy, albo włączając automat tzw. spiropulsator. Często anestetysta celowo wyłącza własną czynność oddechową chorego wstrzykując kurarę.

Zapewniając choremu regularną czynność oddechową i dozując dowolnie dopływ tlenu, zabezpieczamy mu prawidłowe warunki krążenia. W warunkach narkozy otwartej dawnego typu, w głębokim okresie narkozy choremu grozi śmierć z uduszenia z powodu porażenia ośrodka oddechowego.

Jeśli zastosujemy dodatkowo znieczulenie nowokainą większych pni i zwojów nerwowych w polu operacyjnym, uzyskujemy pełną profilaktykę przeciwwstrząsową, tj. przerwanie przewodnictwa bodźców z pola operacyjnego do kory mózgowej, wyłączenie kory mózgowej przez ogólną narkozę i dostateczne utlenienie organizmu.

Anestezjologia dysponuje jeszcze dodatkowymi metodami, które są dopuszczalne wyłącznie po zastosowaniu opisanego zamkniętego sposobu uśpienia. Są to operacje wykonywane u chorych ze sztucznie obniżonym

ciśnieniem krwi — w hipotonii i ze sztucznie obniżoną temperaturą ciała — w hipotermii.

Po wstrzyknięciu środka blokującego zwoje nerwowe ciśnienie krwi znacznie obniża się do 60 i 50 mm Hg, a więc do wartości, w których samoistny spadek ciśnienia jest już objawem przedśmiertnym. Przez odpowiednie ułożenie chorego operację prowadzi się w polu bezkrwawym, bez szokowo. Zasadniczą zaletą jest to, że chory nie traci krwi, nie szokuje się, a chirurg operuje w przejrzystym polu.

Sztuczne obniżenie temperatury ciała do wartości 28—30°C na drodze farmakologicznej, fizycznej lub kombinowanej, tzw. hipotermia i hibernacja prowadzi do bardzo wydatnego obniżenia wszystkich procesów życiowych z minimalnym zapotrzebowaniem tlenu tak dalece, że pozwala to nawet na zatrzymanie krążenia przez okres kilkunastu minut i wykonanie zabiegu operacyjnego na sercu. W tej sprawie ostatnie słowo nie zostało jeszcze wypowiedziane i metoda hipotermii, znajdując już zastosowanie lecznicze w innych sprawach, jest ciągle przedmiotem dalszych badań fizjologów, biochemików i klinicystów.

Te zdobycze w zakresie anestezjologii umożliwiły wykonywanie ciężkich i długotrwałych zabiegów operacyjnych. Im zawdzięcza swój rozwój między innymi neurochirurgia, a zwłaszcza torakochirurgia. Anestezjologia jest najściślej związana z chirurgią, jednak metody anestezjologiczne znajdują zastosowanie w leczeniu innych spraw chorobowych np. choroby Heinego-Medina, tężca i innych.

W zakresie narządów klatki piersiowej najlepiej została opracowana chirurgia płuc. Przy dokładnej lokalizacji zmiany chorobowej możemy usuwać nie tylko chory płat lub płuco, lecz i poszczególny segment płata płucnego. Z powodzeniem operujemy dziś guzy śródpiersia przedniego i tylnego oraz guzy przełyku zarówno w dolnej jak i w górnej jego części.

Największym sukcesem chirurgicznym są operacje na samym sercu. Wchodzą tu w rachubę zarówno zmiany po przebytych chorobach serca, jak i wady wrodzone serca i wielkich naczyń. W przypadku tzw. serca opancerzonego, po przebytych zapaleniu osierdzia, usuwamy pancerz łącznotkankowy lub nawet kamienny, który dławii serce. Gdy po przebytych zapaleniu wsierdzia ulega zbliznowaceniu pierścień zastawkowy między lewym przedsionkiem, a komorą, powstaje zwężenie ujścia żylnego lewego, które leczymy przez operacyjne poszerzenie, tzw. commissurotomię.

Leczeniu operacyjnemu jako jedynej metodzie leczniczej podlegają liczne wady wrodzone, jak przetrwały przewód Botalla między tętnicą główną a płucną, zwężenie aorty, choroba sinicza, ubytki przegrody międzyprzedsionkowej i międzykomorowej oraz niektóre guzy serca.

Szczególną trudność przedstawiają operacje ubytków przegrody i guzów śródsercowych, ponieważ wymagają otwarcia przedsionka lub komory, przy czym musi być zatrzymana akcja serca i wyłączone krążenie krwi. Istnieją tu dwie możliwości, albo operacje w hipotermii, o której wspominałem wyżej, albo operacja przy zastosowaniu aparatu sztucznego płuco-serca. Aparat ten, bardzo precyzyjny i skomplikowany oraz bardzo kosztowny, spełnia w czasie operacji rolę i serca i płuc. W czasie operacji wielkie naczynia łączy się z aparatem zakleszczając je tuż przy sercu, krew żylna skierowana do aparatu zostaje tam utleniona i następnie jest rytmicznie wtłaczana do krwiobiegu, omijając serce. Serce, zatrzymane w pracy przy pomocy defibrilatora na okres około 30 do 40 min., może być teraz otwarte i właściwa operacja dokonana na tzw. suchym sercu.

Po wykonaniu właściwej części zabiegu przedsionek lub komora zostają zeszyte, kleszczyki zaciskowe z naczyń zdjęte, serce pobudza się do pracy przy pomocy tegoż defibrilatora i masażu, a wówczas „płuco-serce” zostaje odłączone od wielkich naczyń, wraca normalna praca serca i krążenie krwi w zakresie obu obiegów. Niewątpliwie ta operacja jest największą sensacją chirurgiczną, o której jeszcze przed 15 laty nie można było marzyć. Chorych takich byliśmy zmuszeni pozostawiać swojemu losowi.

Do postawienia dokładnego rozpoznania z jaką wadą serca mamy do czynienia i postawienia właściwych wskazań operacyjnych musi się wykonać szereg specjalnych badań, jak cewnikowanie serca, kontrastowe zdjęcia Roentgena, tzw. angiokardiografię seryjną i wiele innych, które wymagają posiadania doskonałej aparatury. Chirurgia korzysta tu szeroko ze zdobyczy techniki i użytkowuje je dla swoich celów.

Jest rzeczą oczywistą, że osłona w postaci przetaczania krwi i stosowania szerokiego wachlarza antybiotyków odgrywa niepoślednią rolę w osiągnięciu dobrych wyników po tego rodzaju zabiegach.

W ostatnim okresie, dzięki wnikliwym badaniom anatomicznym w zakresie budowy nerki i wątroby, otworzyły się nowe widoki lecznicze. Przy ograniczonej zmianie chorobowej w nerce uzyskaliśmy możliwość usuwania tylko segmentu, podczas gdy dotychczas byliśmy zmuszeni usuwać cały narząd. Jest to postęp w kierunku bardziej oszczędzającego zabiegu.

Zupełnie nową zdobyczą jest operacja usunięcia prawego płata wątroby wg linii podziału naczyniowego, w przypadku nowotworu umiejscowionego w głębi prawego płata. Dotychczas chorych tych pozostawiano swojemu losowi, uważając, że operacja nie ma żadnych widoków powodzenia. Liczne operacje doświadczalne na zwierzętach dowiodły jednak, że zdolność wyrównawcza pozostałej części wątroby jest niezwykle duża.

Lewy płat wątroby obejmuje czynność całej wątroby, przyczym ulega tak znacznemu przerostowi, że waga pozostałego płata osiąga wagę całego zdrowego narządu.

Jest jeszcze jedna sprawa w której ostatnio chirurgia osiągnęła poważny sukces. Jest to ożywianie serca, które nagle ustało w pracy w czasie operacji. Do niedawna takie powikłanie kończyło się nieuchronnie śmiercią. Obecnie szybka interwencja w ciągu 4 minut w postaci bezpośredniego masażu serca, dotętniczego lub dosercowego przetoczenia krwi oraz defibrylatora, pozwala niejednokrotnie wyprowadzić chorego ze stanu „śmierci klinicznej” i przywrócić do życia.

Chirurgia obecna jest bardzo kosztowną specjalnością. Ażeby nowoczesna klinika chirurgiczna mogła prowadzić pracę na dobrym poziomie i współuczestniczyć w postępie naukowym, wymaga doskonałego wyposażenia w nowoczesną aparaturę, laboratoria, zwierzętarnie, urządzenia sali operacyjnej i precyzyjne instrumentarium.

Bardzo dokładne i staranne wykształcenie lekarza, umiejętność naukowego rozwiązywania problemów i dobre opanowanie techniki operacyjnej, aczkolwiek niezbędne, okażą się niewystarczające bez oparcia o techniczne wyposażenie.

Chirurgia, jak każda dyscyplina medyczna, jest nauką międzynarodową, tak jak międzynarodowa jest choroba. Zawdzięcza ona swoje osiągnięcia wysiłkom chirurgów całego świata, dzięki stałym wzajemnym wymianom doświadczeń, osiągnięć naukowych i technicznych. Wśród chirurgów, którzy wydatnie przyczynili się do postępu myśli chirurgicznej znajdziemy nazwiska wielu Polaków. Nie byliśmy poprzednio wyłącznie odbiorcami osiągnięć innych, nie zamierzamy też być nimi obecnie.

Można tu postawić pytanie, czy należy cieszyć się z tego, że chirurgia wkracza w tak liczne dziedziny patologii, że mnożą się wskazania operacyjne, że można być zoperowanym w takim komforcie chirurgicznym, innymi słowy, czy i jaka jest korzyść dla chorych z tych osiągnięć chirurgicznych.

Otóż, chirurgia nie jest sztuką samą dla siebie, wkracza ona wszędzie tam, gdzie leczenie zachowawcze albo nie wchodzi w rachubę, albo zawodzi. Wypełnia ona zatem luki w wielu działach lecznictwa i obejmuje coraz szerszym zasięgiem tych chorych, dla których dotychczas pomocy nie było. Uzyskiwane po chirurgicznym leczeniu wyniki, stale poprawiające się, świadczą wyraźnie, że droga ta w obecnym okresie jest słuszną.

Bez wątpienia w miarę pogłębiania się naszych zdobyczy w zakresie terapii, chirurgia będzie wycofywać się z tych dziedzin, w których leczenie zachowawcze, z równym lub lepszym pożytkiem dla chorego, zastąpi leczenie operacyjne. Pod tym względem już możemy zanotować pewne osiągnięcia, a w niedługim czasie z pewnością nastąpią dalsze.

Chirurgia pozostaje obecnie w ścisłym powiązaniu ze wszystkimi dyscyplinami medycznymi, korzysta w szerokim zakresie z ich zdobyczy i równocześnie wspiera je. Mimo że osiągnęła ona obecnie wysoki poziom nauki i sztuki, dalecy jeszcze jesteśmy od zadowolenia, od spełnienia naszych zamierzeń i naszych marzeń. Pozostają jeszcze liczne i bardzo ważne problemy, które czekają na rozwiązanie, pozostają jeszcze takie rozwiązania, które nas nie zadowalają.

Р Е З Ю М Е

Автор дает обзор путей развития хирургии в течение столетий, описывая периоды упадка и расцвета этой отрасли медицинских наук вплоть до настоящего времени. Делая обзор величайших достижений хирургии в последнем периоде, автор подвергает критической оценке роль, какую играет хирургия в общих успехах медицинских наук.

SUMMARY

The author describes the line of the development of surgery in the course of centuries, showing periods of its decline and periods of flowering up to the present time.

Presenting a survey of the great achievements of surgery in the latest period the author discusses the part played by surgery in the general progress of medical sciences.