

# A magyar sebészet utóbbi negyedszázadáról és ami utána következik

Petri Gábor dr.

*Az Orvosi Hetilap újraindulásának 25. évforduló-  
jára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány*

A magyar sebészet XIX. századi újjászületése elválaszthatatlan Balassa János korszakalkotó tehetségétől és méltán fényes pályafutásától. Ragyogó egyéniségében a szellemi kiválóság, az erkölcsi emelkedettség, a kivételes sebészi készség, a korabeli tudomány széles ismerete, a jövőbe tekintő intuíció, a társadalmi kérdések iránti fogékonyság, a tettekész hazafiúi érzés és a megnyerő megjelenés oly szerencsésen ötvöződött egybe, hogy a mai napig utolérhetetlen ideálként lebeghet minden magyar sebész előtt. Hatása nemcsak kortársaira, hanem az utókorra is félreismerhetetlen és követendő példaként szolgál mindazok számára, akikben a sebész hivatása, a nemzet ügye, az emberiség szolgálata túlmutat az egyén életidejének és sorsának korlátain.

A korabeli politikai és társadalmi viszonyok természetes következménye volt a magyar orvostudomány szoros kapcsolata és függő helyzete az akkor második nagy virágzását élő bécsi orvosi iskolától. Századunk kezdetétől fogva azonban a német tudományosság XIX. századi fellendülése nyomán a magyar sebészet egyre inkább a német felé tájékozódott: aki tehette, odajárt tanulmányútra; a fejlődésről, az új eredményekről a magyar sebészek a Német Sebészárság évenkénti nagygyűlésein értesültek. Ez a függő viszony abban az időben még is felelt az erőviszonyoknak: az akkortájt fellendülő amerikai sebészet is a németre támaszkodott és legjelesebb alakjai is német sebésziskolákban kapták alapképzésüket. Bár az angol, a francia és az orosz sebésziskola a maga külön útját járta, a magyar sebészetben a német orientáció szilárdan fennmaradt a II. világháború végéig.

Köztudott dolog, hogy a hitleri politika a tudomány alakulására is súlyos következményekkel járt többek közt azért, hogy a nemzetközi kapcsolatok megszakadásával az információcsere és az egymáshoz való igazodás megszűnt. Míg a magyar orvostudomány egyes ágainak megvoltak a korábbi hagyományos kapcsolatai a különböző kultúrterületekkel, a sebészet állapotára az újszólván kizárólagos német orientáció az említett okokból külön-

sen hátrányosan hatott. Így történt, hogy amikor a felszabadulás után megindult az érintkezés a külfölddel és a könyvekből, folyóiratokból világossá vált, mi minden történt a sebészetben, amiből mi kimaradtunk, nem volt könnyű megtalálni a kivézető utat. A nehézségeket fokozta az addig elismert sebészi iskolák hirtelen széthullása. Meglehetősen hasonló volt a helyzet mindkét német államban és valamennyi velük korábban szövetséges országban.

A nehéz helyzetbe jutott és meglehetősen tancstalan magyar sebészet magáratálalásában igen nagy szerepet játszott B. V. Petrovskij két éves magyarországi működése, mely valójában a magyar sebészet utóbbi negyedszázadához mintegy a kezdősebességet megadta. A porondra lépő sebészszakmódon és fogékonyan szívta magába a mindenfelől áradó új benyomásokat és hatásokat: a hazai hagyományok összevegyültek egyfelől a szovjet sebészet későn hozzánk érkezett hagyományai-  
val és hatalmas háborús tapasztalataival, valamint az Amerikából áradó újszerű ismeretanyagról érkező irodalmi információ tömeggel. Ahogyan fokozatosan bővült az utazgatások és személyes kapcsolatok lehetősége és gyűlni kezdett a közvetlen tapasztalat, egyre világosabbá vált a sebészet formaváltozása, illetve az a különbség, mely a klasszikus sebészetet a legújabbtól megkülönböztette és amelynek kialakításában az elzártág és a német dekadencia időszakában magunk nem vettünk részt.

Az említett különbség eleinte nem mindenki számára volt könnyen felismerhető. Alaposan képzett, tapasztalt és sikeres sebészekben nem volt nálunk hiány. Könnyű volt azt gondolni, hogy egyszerűen arról van szó, hogy mi szegényebbek vagyunk, mint sokan mások és így anyagi eszközök hiányában bizonyos dolgokkal nem is érdemes foglalkoznunk. Az évek folyamán mégis elkerülhetlenné vált annak a felismerése, hogy a döntő különbség a régi és az új között nem más, mint az, hogy a sebészet tudományos alapjául tekintett pathologia helyét az életteni jellegű ismeretek foglalták el és lényegében ez a forrása mindannak az újnak, ami a számunkra oly váratlanul és olykor alig elérhetőnek tűnik.

Ennek a „diagnózis”-nak a helyességében nem mindenki hitt feltétlenül és így voltak, akik a „gyógymódot” a máshol elért, már kész eredmények átvételében keresték, mások viszont a kór-életteni alapokból kiindulva egymaguk igyekeztek mintegy „ontogenetikusan” végigjárni az újfajta sebészet másutt évtizedekig tartó „phylogenetikus” fejlődését. Utólag már könnyű megállapítani, hogy az előbbi igyekezet a kelleténél felületesebb, az utóbbi a kívánatosnál lassúbb volt.

Az évek során az egyenlenségek lényegében lecsiszolódtak és a magyar sebészet felfejlődött, utolérte önmagát és ma túlzott önérték nélkül elmondhatja magáról, hogy semmiesetre sincs hátrányosabb helyzetben nemzetközi viszonylatban, mint régebben, amikor jól állta az összehasonlítást másokkal és kevesen gondoltak rá, hogy akadna éppen javítanivaló rajta.

Ha kissé pontosabban igyekszünk fogalmazni, akkor azt lehet mondani, hogy a mai magyar se-

bészlet élvonala megüti a jó európai mértéket, sőt egyes területeken meg is haladja azt.

E joggal bizakodó vélemény éppen az elmúlt korszak tanulságai alapján nem feledtetheti azt, hogy az önelégültség nem veszélytelen állapot és semmiképpen sem gyengíti azt a fontos igazságot, hogy egy szakterület színvonalát nem az „élvonal” állapota dönti el, hanem az átlagé. Ez utóbbi viszont már nem egyszerűen tudományos kérdés, hanem szervezési is.

A sebészet beláthatóan a gyakorlati gyógyászatnak egyik jelentős terjedelmű és egyelőre még növekvő fontosságú területe. Ebből eredően teljesítőképességét elsősorban aszerint kell megítélni, hogy mennyiben tudja kielégíteni a társadalmi igényt, pontosabban szólva, milyen mértékben tesz eleget mennyiségi és minőségi tekintetben gyógyító feladatának.

Bár ezt nem mindenki ismeri el, a sebészet egyúttal *tudomány* is, de még a legrosszabb esetben is szorosan összefügg a tudományos ismeretekkel; ezáltal kapcsolatai a tudomány mindenkorai állapotával társadalmi teljesítőképességén kívül eső megfontolást is szükségessé tesznek. Ez utóbbi vonatkozásban egyéni, testületi-szakmai, sőt nemzeti prestige-szempontok is kapnak fontos szerepet. Ezeket sem helyes lebecsülni annak tudatában, hogy az objektív társadalmi feltételeken kívül az ambíció, sőt a hiúság szubjektív elemei is mozgatói a fejlődésnek. E két szempont majdnem elválaszthatatlan a valóságban, mégis egyszerűbb külön-külön szemügyre venni őket.

### 1. A sebészet teljesítőképessége

A betegellátáshoz rendelkezésre álló általános sebészeti osztályok száma és befogadóképessége lényegében megfelel a szükségletnek. A sebész szakorvosok száma és felkészültsége a hagyományos kórházi struktúrát tekintve szintén megfelelőnek mondható és minden bizonnyal megállja a helyét nemzetközi viszonylatban is.

Ez a kedvező megállapítás azonban csak a hagyományos szerkezetre érvényes, mert az operatív ágak *tagozódása* nem követte a sebészet utóbbi évtizedeinek fejlődését és nem felel meg a már napjainkban érvényes kívánalmaknak sem, a jövőről nem is szólva.

Ez az elmaradás több tényezőtől adódik:

a) hagyományosan a kórházi sebészeti működés fő területe a hasi sebészet. A magyar kórházak sebészfőorvosainak a képzettsége ezen a területen a legnagyobb, sőt gyakran túlnyomó. Ennek egyben az is velejárója, hogy a kórházainkban nevelkedő másodorvosi kar is ezen a területen nyer kiképzést, de alig, vagy egyáltalában nem szerez gyakorlatot olyan szakterületeken, mint a mellkasi sebészet, a neurochirurgia, az urologia, az orthopaedia, a plasztikai sebészet.

Legnagyobb kórházainkban sok helyütt megszervezték a specialitásokat művelő önálló osztályokat, de korántsem mindenütt. A megyei szint alatti kórházakban az említett szakok reprezentációja meglehetősen hézagos. Belátható, hogy a betegellátásra nézve ez az állapot hátrányos. Hátrányos azonban a szakorvosképzés szempontjából is,

mert egyfelől kevés szakember nyer kiképzést, másfelől, mert beszűkíti a szakorvosok megfelelő foglalkoztatását és végül, mert prolongálja a továbbiakra nézve is a szervezeti fogyatékoságokat.

Voltaképpen az idők diktálta követelményeknek szervezetszerűen csak a *traumatológia* területén sikerült eleget tenni. Nem értem itt azt a kérdést, hogy a működő traumatológiai osztályok terjedelme, ágylétszáma és személyi, valamint felszereltségi állapota mennyire homogén. Örvendetes mindenesetre, hogy a szervezeti keretek felállítása előbb-utóbb remélni engedi, hogy a kívánalmak ezen a téren is teljesülnek. A többi említett szak helyzete jóval kedvezőtlenebb, ami kevésbé örvendetes, tekintettel a szakellátásra szoruló betegek növekedő számára.

Az egészségügyi vezetésnek az a régi törekvése, hogy a megyei kórházak szervezetében néhány egészen speciális terület kivételével kialakítsa a betegellátás teljes spektrumát, vitathatatlanul helyes és megfelel a hazai feltételeknek. Ez a következetesen érvényesített elgondolás megyei kórházaink egy részét mintaszerűvé tette, olyannyira, hogy tagozódásuk jobb és teljesítőképességük nagyobb, mint egyik-másik egyetemünké. Remélni lehet, hogy a rekonstrukciós program végrehajtása után ezt a magas színvonalat valamennyi megyei kórházunk eléri.

Az utóbbi évtizedben számos új kórház is épült országszerte és ezáltal a színvonalas kórházi munka épületi feltételei igen nagyot javultak. A belső feltételek — felszereltség, személyi ellátottság — tekintetében azonban még tovább kellene menni. Igaz, hogy a szakosodás bizonyos mértéken felül célszerűtlen viszonylag kis egységek keretei közt, azonban az országos színvonal emelése és fenntartása érdekében ragaszkodni kívánatos ahhoz az elvhez, hogy *azon a szakterületen, melyet egy kórházban szervezetszerűen művelnek, az ellátás minősége tekintetében nem fogadhatók el színvonalbeli különbségek*. Más szóval: az illető intézményben ellátandó feladatokat — konkrétan a sebészi ellátás mindennapos teendőit — a legkisebb sebészeti osztályon ugyanazon a színvonalon kell elvégezni tudni, mint a legnagyobbban. Nemcsak a szakértelennek, hanem az egyéb adottságoknak is garantálnia kell azt, hogy a beteg gyógyulási kilátásai ne fűgjenek attól, hogy az országnak melyik részében, vagy melyik intézetében kezelik.

A fejlődés egyik fékező tényezője voltaképpen *szemléleti* jellegű: nem indokolt azt hinni, hogy valamely specialitás kizárólag önálló osztályok keretei közt valósítható meg. Néhányszor, tréfásan kifejezve, de annál komolyabban gondolva, elmondtam, hogy ha van „osztály nélküli társadalom”, akkor „osztály nélküli főorvosok” is lehetnek. Az Egészségügyi Minisztérium valóban meg is teremtettenek a megoldásnak a szervezeti feltételeit a Főorvos II. státuszának felállításával, de sajnálatos módon ezeket az állásokat a jelek szerint nem mindig arra használják fel a kinevező hatóságok, hogy a szakterületek hézagait eltüntessék vele, hanem az osztályvezető főorvosokéval meggyező, többnyire ugyanazon az osztályon nevelkedett sebészeket neveznek ki ezekre az új állásokra

és így nem a hézagokat tüntetik el, hanem az egészségtelen versengésnek adnak tápot. A megnövekedett jogkörű tanácsoknak erre érdemes volna figyelmet fordítaniuk.

b) Talán a kórházügynél is jelentősebb az *ambuláns sebészeti ellátás* kérdése, hiszen a rendelőintézetekben történik a legnagyobb számú beteg ellátása és itt dolgozik a sebészek igen jelentős része. Köztudott dolog, hogy a rendelők részint zsúfoltságuk, részint felszerelési és főként létszámviszonyaik miatt aseptikus műtétek végzésére kevésbé alkalmasak. Ennek két kedvezőtlen következménye van: egyik az, hogy a fekvőbeteg-intézetekre emiatt sok fölösleges teher hárul; a másik: a hosszú éveken át és viszonylag magas színvonalon kiképzett sebészt nem elégíti ki a szakrendelésen kifejthető tevékenység és szakmailag deklasszálódik. Ez a kérdés nem új és épp ezért mielőbbi megoldásra vár. Ez utóbbi is kézenfekvő: a kórház-rendelőintézeti egység szó szerinti megvalósítása, egységes státusz, alternáló osztályos-rendelőintézeti beosztás. Erre is megvannak a bevált és követésre érdemes hazai példák. A nehézségek is nyilvánvalóak és nem utolsósorban anyagi természetűek. Nem bocsátkozom részletekbe, de az ügy megoldatlansága távlatilag sokkal veszélyesebb, mint első pillantásra tűnik.

A betegellátás és ezen belül a sebészeti ellátás alakulásáról az utóbbi 25 évben összefoglalóan azt lehet mondani, hogy tükrözte mindazokat a törekvéseket és nehézségeket, melyek a végbement nagy társadalmi átalakulásból következtek. A társadalombiztosítás gyors és szinte teljes kiterjesztésével a teljesítmények lépést tartottak. A hálózat is hatalmasan megnőtt, az orvosok száma közel 3-szorosára növekedett. Az ismert nehézségek ellenére az egészségügyi beruházások száma és volumene növekedett, egyezőval a mennyiségi növekedés arányban van, ha nem is az ideális kívánalmakkal, de az ország és a társadalom anyagi teljesítőképességével. Úgy tűnik, hogy ha anyagi helyzetünk megengedné (mint ahogyan kétségtelenül nem engedi meg), akkor sem volna helyes a minőség javulását a mennyiségi növekedéstől várni. Mint annyi más vonatkozásában a népgazdaságnak, az egészségügyi ellátásban is a minőségi követelmények kerülnek az előtérbe feladatként és egyre nagyobb súlyt kapnak a gazdaságosság, a hatások szempontjai az alkalmas megoldások kiválasztásában. Ez minden bizonnyal érvényes a kisebb-nagyobb beszerzésekre, az egészségügyi ellátást érintő ipari és kereskedelmi kapcsolatokra, a létszám-gazdálkodásra, a munkaerő tervezésére és irányítására egyaránt, akárcsak a nagyméretű beruházási kérdésekre, ahol is a közlekedési-szállítási adottságok, valamint a beruházási lehetőségek figyelembevételével a központosítás, illetve a decentralizálás alternatívái közt kell döntenet legalább néhány évtizedre terjedő érvénnyel.

c) A sebészet gyakorlati és szervezési kérdései közt van a helye azoknak az ágazatoknak is, melyek az utóbbi évtizedekben alakultak ki és nyertek polgárjogot.

Itt elsősorban a *tüdősebészet* kibontakozásáról kell szót ejteni. *Sebestény* professzor úttörő mun-

kája nyomán valóban jelentős *tüdősebészeti* iskola alakult ki, mely minden mértékkel mérve magas színvonalat ért el. Ennek az iskolának a sikerei a kiválóan megszervezett és nagyon sikeres *gümőkór* elleni küzdelem keretei közt bontakoztak ki a bronchologia és pulmonologia fejlődésével karöltve. Napjainkban a *tüdőgümőkór* sebészetén nevelkedett *tüdősebészet* átállása folyik a ma aktuálisabb feladatok ellátására. Az átállás nem könnyű és nem is zökkenőktől mentes, de minden bizonnyal sikerül majd némi vajúdozás után.

A *szívsebészet* hazai sikerei igen jelentősek, de az egyes központok teljesítőképességének homogenné tételéért még nagy erőfeszítésekre van szükség. Sebészeink tudása és gyakorlata ma is már nemzetközi színvonalon van, de központjaink felszereltsége nem érte el ezt a fokot. A fejlődés érdekében folyamatos és céltudatos központi erőfeszítések történnek, de az egészségügy finanszális lehetőségeit a jogos igények ez idő szerint meghaladják. Ezt azért szükséges hangsúlyozni, mert a kardiológiai feladatok teljesítésére az egészségügyi kormányzat valóban nagy áldozatokat hoz, de sokkal tovább a maga jelenlegi anyagi erejéből aligha tud jutni.

A *kardiológia* két főnehézséggel küzd. Egyike ezeknek a hazai fejlődésnek abból a sajátosságából adódik, hogy a speciális diagnosztika a sebészeti osztályok keretein belül fejlődött ki és ezeket a bonyolult, szakemberekben és eszközökben nagyon igényes feladatokat a belgyógyászati kardiológia csak *részben* vette át. Ebből eredően a diagnosztikai többletfeladatok ellátása végső soron korlátozza a sebészeti munka mennyiségét és gátolja a meglevő — egyébként eléggé korlátozott — kapacitás kellő kihasználását. Ebből következik az a hátrány, hogy az eszenként végzett kardiológiai műtétek száma kisebb a szükségesnél és a műtetre szoruló betegek jelentékeny része nem győzi élvezni, amíg sor kerül a műtetre. Ennek az állapotnak természetes következménye az, hogy a meglevő kapacitást a legsúlyosabb esetek számára kell fenntartani, és így a tartós gyógyeredmények rosszabbak kell hogy legyenek, mint ha idejében, kevésbé súlyos állapotban került volna sor a műtetre.

A közvetlen feladat — és erre jelentős központi erőfeszítések történtek — a jelenlegi teljesítőképesség fokozása főleg racionalizálás útján, hiszen az újabb központok felállítását elsősorban a felállításuk és működtetésük igen költséges volta ellenjavallja.

Az utóbbi időszak nagy vívmánya az *anaesthesiologia* tudatos és szervezett kiépítése, mely a mindennapos sebészi gyakorlatot néhány év alatt nálunk is átformálta. A hálózat kialakulásának folyamata még nem ért véget és átmeneti állapotát jelzi az az önmagában hibás gyakorlat, hogy az anaesthesiológusok egy része még nem szűnt meg gyakorolni eredeti hivatását, pl. a sebészi működést. Ezt a fonák helyzetet anyagi kérdések érthetővé teszik ugyan, de a fejlődésnek bizonyosan nem ez a célszerű és helyes útja. Az egészségügy bérproblémáit tudatosan mellőzöm, mert messzire vezetnek; horderejük és súlyuk hosszabb távon jóval nagyobb, mint azt a külső szemlélők gondolják...

A fontos új eredmények közé tartozik az *intenzív osztályok* felállítása is, mely ugyancsak nagy központi erőfeszítéseket kívánt. Az egészségügyi intézmények részéről sürgető igény mutatkozik új, meg új intenzív részlegek felállítására. A rendszer általánosítását minden bizonnyal meg kell, hogy előzze a meglévő osztályok működésének alapos felülvizsgálata és elemzése, mert az egységes statutumok ellenére ezeknek az osztályoknak a szerepe a kórházakon belül még nem vált egyöntetűvé és nem csekély mértékben függ a helyi körülményektől.

Időbeli megvalósulásuk alapján utolsónak említem a *műveseátlomások* és a *transzplantációs részlegek* felállítását. Akárcsak a kardiológiai sebészet és diagnosztika, a sajátos hazai fejlődés következtében a művesekezelés urológiai és sebészeti intézmények keretében alakult ki, nem pedig az egyébként nemzetközi viszonylatban is fejlett hazai nephrológiai-belgyógyászati intézetekben. Végül is ezek a valóban „interdisciplinaris” feladatok ott vannak a megfelelő helyen, ahol szívesen foglalkoznak velük; a koordinált munka megszervezésére bárhol van lehetőség, ahol az együttműködési készség nem hiányzik.

Az új egészségügyi törvénnyel és a közelmúltban kiadott miniszteri utasítással a szervátültetés jogi kérdései az elképzelhető legkedvezőbb módon rendeződtek. Az Egészségügyi Minisztérium több éves, gondos előkészítő munkával megteremtette a veseátültetés materiális feltételeit és most már az orvosokon a sor.

Az utóbbi 25 év áttekintésekor legalább futó pillantást kell vetnünk a sebészetről különböző időpontokban levált és önállósodott specialitások helyzetének alakulására is.

Már említettem, hogy szervezetenként a *traumatologia* jutott a legmesszebbre. Ennek az ágazatnak a jelentősége napjainkban oly rohamosan nő, hogy továbbfejlesztése egyike az igen fontos további feladatoknak. Ez a jövő sebészete. Népgazdasági súlya is igen jelentős.

Bármennyire magától értetődik is, talán nem indokolatlan arra utalni, hogy a traumatológia feladatainak bővülése együtt kell hogy járjon a neurochirurgia, közelebbről az operatív neuro-traumatologia és a plasztikai sebészet fejlesztésével mind a személyi, mind a dologi ellátottság tekintetében. Szinte fölösleges mondani, hogy ennek a kérdés-komplexumnak elválaszthatatlan része a *rehabilitációs* hálózat kifejlesztésének meggyorsítása.

Az *orthopaedia* a felszabadulás utáni években lendületes fejlődésnek indult, mely sajnálatosan lelassult. Ennek jeléül 4 orvostudományi egyetemünk közül hármon van orthopaediai tanszék, de a negyedik — Szegeden — még osztállyal sincs képviselve az a specialitás, melyből egyébként elméleti és gyakorlati oktatás folyik és amelyből kötelező szigorlatot kell tenni. Ennél azonban nagyobb baj az orthopaediai osztályok hiánya kórházaink zömében. Bár a két szakterület közti különbségek evidensek, nem vagyok meggyőződve arról, hogy a traumatologia és az orthopaedia éles szervezeti szétválasztása akár a tudomány, akár a betegellátás szempontjából nézve közérdekű volna.

Öröndetesen komolyan fejlődött az *urológiai hálózat*, melyen belül számos új osztály létesült. Az urológiai betegségek gyakoriságát tekintve, ha nem is indokolt minden kórházban önálló urológiai osztályt felállítani, de minden sebészeti osztályon volna szükség képzett urológusra, akinek a közreműködésére egyébként a belgyógyászatban épp olyan nagy szükség van, mint a sebészetben.

Végül két olyan szakterületre mutatnék rá, melyen a fejlesztés nagyon kívánatos, sőt részben sürgős is. A *perifériás érbetegségek* egyre inkább a népbetegség „rang”-jára emelkednek. Ennek a szakterületnek is megvannak itthon a kiváló művelői, de túlon túl kicsi azoknak az osztályoknak a száma, melyeken ilyen betegeket nagyobb számban látnak el. Választani csak két alternatíva között lehet: vagy részévé tesszük ezt a szakágat az ún. általános sebészetnek, vagy pedig minél nagyobb számban foglalkoztatunk specialistákat a sebészeti osztályok keretein belül. Önálló osztályok nagyobb számának szervezésére nem is merek gondolni, de talán ez nem is szükséges. Bármelyik megoldásra esik is a választás, a kielégítő röntgen-diagnosztikai feltételek megteremtése elengedhetetlen.

A gyakorlati orvoslásról mondottakat azzal lehet összefoglalni, hogy az egészségügy szocialista átalakulásában a központi kezdeményezés szerencsésen tudott támaszkodni az orvosok szakmai ambíciójára és irányát tekintve a fejlődés a legjobb úton halad. A hálózatnak kétségtelenül vannak kitöltésre váró hézagai és a minőség javítása, finomítása az, amire a továbbiakban elsősorban kívánatos törekednünk. Talán itt sem szükségtelen leszögezni, hogy az egyébként kívánatos koordinálás és racionalizálás nem teszi fölöslegessé a korszerű és gyorsan fejlődő ellátáshoz szükséges nagyobb anyagi ráfordítást.

## 2. A sebészet tudományos vonatkozásai

Az alább következő megfontolásokat szívesen foglaltam volna össze „a sebészeti tudomány kérdései” címen, de a Hetilapot nemcsak sebészek olvassák és esetleg azt mondhatták volna ennek a címnek az olvastán, hogy „de strigis, quae non sunt...”. Úgy vélem, hogy ez egyébként szorosan vett „akadémikus” kérdés és a tudományosság rangját nem is annyira a sebészettől szokás nálunk megtagadni, inkább annak hazai képviselőitől. Ebbe leghelyesebb belenyugodnunk, hiszen „tudós”-nak valóban csak az tekinthető, akit mások tartanak annak, nem aki önmagának adományozná ezt a címet. Ilyen megfontolások alapján inkább a jövő teendőire hívom fel a figyelmet abban a reményben, hogy a következő sebész-nemzedék tán kivívja magának a társszakok elismerését.

Előrebocsátva azt, hogy ilyesmiben — helyesebben ilyesmiben is — az érzékenykedésnek nincs létjogosultsága, elismerem azt, hogy a tudományosság rangját csak eredeti elgondolások kiegészítése és megvalósítása adja meg. Emlékeztetve a magyar sebészet 25 évvel ezelőtti kedvezőtlen helyzetére, nem csekély szellemi erőfeszítés kellett az elmaradás pótlásához. Bár néhányszor felcsillant az

utóbbi 20 évben a magyar sebészek eredeti inven-  
ciója, be kell látnunk, hogy nagy horderejű, muta-  
tós, új kutatási eredményeket, melyek a világban  
elterjedtek volna, valóban nem produkált a magyar  
sebészet mostanában.

Félrevezető volna, ha ennek magyarázatát a  
sebészek szükségszerű erősebb igénybevételében,  
a kutatómunkára felhasználható kevesebb szabad  
idejében keresnők. A valódi ok az, hogy az eltelt  
időszak az élettudományok térhódításának korszaka  
volt és a mi sebészeink képzettségének nem ez  
volt az erős oldala. Be kell látni, hogy e téren a  
jószándékú igyekezet és érdeklődés nem pótolja a  
korai, alapos iskolázottságot sem az élettani gon-  
dolkodásban, sem a modern vizsgáló módszereket  
illetően.

A korábbi állapotból való kitörés lehetőségét  
kínálta több mint 20 évvel ezelőtt a mütéttani tan-  
székek felállítására, azonban ezeknek az intézeteknek  
eredetileg megszabott feladata a morphologia felé  
terelte az érdeklődést és kevés kivétellel csak jóval  
későbbben váltak ezek a tanszékek a kísérletes se-  
bészet és azon túlmenően a sebészi fiziológia kuta-  
tásának műhelyeivé.

A másik lehetőséget az egyetemi hallgatók ré-  
szére létesített tudományos körök jelenthették vol-  
na, de a sebészeti intézetek jellege nem vonzotta  
oda a kísérleti medicina iránt érdeklődő fiatalokat  
tanulmányaik befejezése után és így ezt a lehetősé-  
get sem sikerült szélesebb körben kiaknázni. Úgy  
lűnik, hogy a mütéttani, illetve az újabb elnevezés  
szerint Kísérletes Sebészeti intézetek és különösen  
a budapesti Külső Klinikai telepi Kísérleti Kutató  
Intézet bekapcsolódása meghozza majd a fiatal se-  
bészek időszzerű tudományos képzésének a szerve-  
zett lehetőséget és a sebészeti intézmények átréteg-  
ződését.

Veszedelemes tévedés volna egyébként a tuda-  
ományos sebészet egyetlen lehetőségét a kísérleti  
laboratóriumban látni. A tudományos módszerek-  
nek, a kísérletek értékelésének és a tudományos  
kritikának, illetve önkritikának a szellemét való-  
ban itt lehet legsikeresebben elsajátítani, de a be-  
tegágy és a klinikai laboratórium, meg a mütő bő-  
ven ellátja a sebészt megoldani és kutatni való  
problémákkal, melyekhez az állatkísérlet legfeljebb  
modellül, vagy gyakorlati értelemben szolgálhat. Valamely  
munka tudományos jellegét nyilván nem a tárgy  
adja meg, hanem feldolgozásának módja és adatai-  
nak megfelelő értékelése. Mindenesetre az erre tö-  
rekvő és alkalmas fiatal sebészek tudományos szel-  
lemű képzésére és nevelésére, ugyanakkor a kísér-  
letes medicinát hivatásszerűen művelő fiatal kuta-  
tóknak a sebészeti intézetek állományába való be-  
kapcsolására a továbbiakban nagy figyelmet kíván-  
atos fordítani.

Természetesen nem lehet vitába szállni a kü-  
lönböző intézetek tudományos kooperációjának  
szükségességével és ennek nagy előnyeivel, de meg-  
győződésem, és tapasztalatom szerint a különböző  
képzettségű szakemberek, köztük a hivatásszerűen  
kutatók egy intézeten belüli, közös célra irányított  
működéséről egyelőre nem célszerű lemondani. A  
vezetés hozzáértésén kívül mindez statuskérdés is,  
de aligha kétséges, hogy a tudományos sebészet

művelésének és kialakításának ez egyik alapfelté-  
tele. Más szakokon egyébként ugyanez a módszer  
vált be, mint ezt nem egy hazai példa is mutatja.

A vázolt szervezeti forma bizonyára fokozná a  
konkrét kutatási programok hatékonyságát, de a  
jövő kívánalma, a sebészek tudományos tevékeny-  
ségének ösztönzése és elmélyítése, elsősorban és  
végső soron azon múlik, hogy mennyire sikerül ki-  
képzésüknek integráns részévé tenni a tudomány  
nem szorosan sebészi módszereit és eredményeit,  
más szóval, hogyan lehet minél szélesebb, átfogóbb  
perspektívába helyezni közvetlen sebészi tevékeny-  
ségüket. Egyszerűbben kifejezve, széles tudomá-  
nyos műveltséggel, ezen belül bizonyos kutatási  
methodikai készséggel felruházott sebészeket kell  
nevelnünk. Ebben a tekintetben egyetemeinken a  
kísérletes sebészeti tanszékekre célszerű támasz-  
kodni, de lényegében szinte mindegy, hogy a tuda-  
ományos kiképzésben levő fiatal sebész melyik tu-  
dományos disciplina keretei közt szerzi ismereteit:  
lehet ez akár a biokémia, akár a mikrobiológia,  
akár az élettan, akár a histokémia, vagy éppen a  
submikroszkópos kutatás; az a fő, hogy jó tuda-  
mány legyen.

A tudományos sebészet serkentésének van két  
további feltétele is. Ezek egyike a *szakképzés* fej-  
lesztése: a kétszakaszos szakképzés rendszerének  
kialakítása. Nyilvánvaló az, hogy a négyéves gyako-  
rulat után következő vizsga követelményei nem  
lehetnek elég magasak, ha a gyakorlati idő eltölté-  
sére olyan osztályok is jogosítva vannak, amelye-  
ken a sebészetnek csak bizonyos része sajátítható  
el. A hasi sebészet gyakorlati súlyának teljes elis-  
merése sem vezethet oda, hogy sebész-szakorvosi  
képesítést adjunk olyan fiatal sebészeknek, akiknek  
semmiféle alkalma nem volt pl. bizonyos mellkasi  
sebészeti gyakorlatot szerezni. Ennek a fokozott  
követelménynek ma bajos eleget tenni abból kifolyólag,  
hogy a szakorvosjelölt távollétét kineve-  
zésének helyéről az osztálya nem bírja el; másik  
akadálya az, hogy munkahelyétől távoli helyen  
nincs hol laknia. Mindkét nehézséget ki kell küszö-  
bölni annak érdekében, hogy a szakképesítés szük-  
séges tartalmát meg lehessen adni. Magasabb ál-  
lások, pl. osztályvezető főorvosi beosztás elnyeré-  
séhez valóban magas, beható és széles körű elmé-  
leti és gyakorlati ismereteket kellene előírni, hogy  
az osztályvezető főorvosok képzettsége valóban  
megfeleljen a mai gyakorlati kívánalmaknak és  
garantálja személyes fejlődésüket és munkahelyük  
fejlesztését egyaránt.

További fontos kívánalom volna a célzott bel-  
és külföldi *ösztöndíjak* rendszerének fejlesztése,  
bővítése, mely mentes az alkalmosságától és  
olyan helyekre irányítja az ösztöndíjast, ahol előre  
elhatározott program szerint, konkrét ismereteket  
lehet megszerezni és amelyben a kiválasztás csak-  
is az alkalmasságtól függ, nem a munkahelytől,  
vagy éppen az ajánlók személyi súlyától.

Nem szeretnék elfogultnak látszani, amikor  
megállapítom, hogy a tudományos sebészet ki-  
alakítása elsősorban a sebészeti tanszékektől vár-  
ható. Sajnálatos dolog, hogy klinikáink állapota  
nem egy esetben jóval kedvezőtlenebb, mint az új  
járású kórházaké. Az alapnak és a felépítménynek

ez a paradox viszonya az összes lehetséges ellenvetések figyelembevételével sem egészséges állapot és nagyon célszerű volna változtatni rajta.

Van végül a tudományos sebészetnek egy bizonyos értelemben *társadalmi-ethikai* követelménye is: a hagyományos tekintélyi elv feladása. A sebészi munkában elengedhetetlen fegyelem a szorosán vett tudományos életben más jellegű. A tudományban a beosztásból, tisztségből eredő tekintély nem sokat ér. Itt a tekintély legfőbb alapja a nagyobb tudás — természetesen az emberi kvalitásokon kívül, melyek univerzális érvényűek kell hogy legyenek. A tudományos tevékenység és szellem egyik alapja a kételkedés a meglévőben és az elfogadottban; épp ezért a feltett kérdésre a tekintély önmagában nem kielégítő válasz. A tekintélyt a hallgatás sem védi meg, ha kérdések vetődnek fel. Az előadások után esedékes viták elmaradása vagy közömbösségre utal, vagy inadaequat módon jelentkező tekintélytisztelőre. Nyílt és bátor kritika nélkül nincs tudományos élet és a tudomány megkívánt szabadságához hozzátartozik a tévedésre való jog is. A tekintély, bármennyire megszolgálták is, nem indokolja a jogos kritika elmaradását. Ebben áll a tudományos élet demokráciája, mely az érvek-ellenérvek ütközésében nem él a tekintély fegyverével. A nyílt üléseken elhangzó vita a legalkalmasabb iskola annak az elsajátítására is, hogy az ellenvélemény nem szükségképpen tiszteltetlenség. Ezen a téren talán nemcsak a sebészeknek van mit helyesbíteni tudományos életük gyakorlatán és valamennyien példának tekinthetjük a Magyar Élettani Társaság hagyományosan szabad vitaszellemét.

Az évfordulók alkalmából írt cikkek természetesen a múltba tekintenek és elsősorban a pozitívumokat mutatják fel. Ez a megemlékezés is hasonló gyakorlatot követ annak a hangsúlyozásával, hogy a pozitívumok valóban jelentősek: a magyar sebészet hátrányos helyzetből indulva is képes volt felzárkózni az utóbbi évtizedek gyors ütemű és valóban jelentős fejlődéséhez. Természetes dolog, hogy több kezdeményezés és egyes új területek meghódítása néhány ember törekvésével és kitartó erőfeszítésével indult el, de az egyéni törekvések mögött ott állt a sebésztársadalom jó részének hivatásszeretete, odaadó munkája és az, ami végső soron döntő az ilyesmiben: a kormányzat támogatása, sőt nemegyszer spontán kezdeményezése. A sebészet tudományos kérdései iránti érdeklődés fokozódása a fiatalabb nemzedék körében félreismerhetetlen. A feladat a mai helyzetben és a továbbiakban az áttörés sikerének kiszélesítése: a legjobb eredmények általánossá tétele, megszilárdítása és az egyenletes fejlődés biztosítása. Ezen a téren sok a tennivaló és talán lesz is idő rá, mert valószínűtlennek tűnik — bármilyen veszélyes is jósolni —, hogy a következő 25 év olyan mélyen alakítsa át a sebészetet, mint ahogyan az az utóbbi negyedszázadban történt. Az elkövetkező időszakban a mikrobiológia, az immunológia és tán a daganatkutatás hozhat jelentős átalakulást a sebészi gyakorlatban. Szép volna, ha ehhez a magyar sebészet is

hozzájárulhatna, de enélkül is van bőven már ma is esedékes gyakorlati teendők.

Ezek közül néhányra az előzőkben igyekeztem rámutatni. A visszatekintés végén csupán az elvieket érinteném. Ezek elseje az, hogy a fejlődésben — bármily banálishan hangzik is — nincs megállás. A pillanatnyi siker öröme nem vezethet önelégültséghez és ha feljebb akarunk jutni, akkor nem lefelé kell hasonlítani magunkat. Az orvosi etikáról sokféle összefüggésben esik szó, de arra ritkábban mutatnak rá, hogy az orvosi ethika egyik — ha ugyan nem legfőbb — törvénye a *tanulás*. A legfőbb voltaképpen, mert a beteg közvetlen javát szolgálja. A tudományban, amíg erőfeszítéseit a megismerés mélyítésére fordítja, talán a kíváncsiság a primum movens. Az emberrel foglalkozó tudomány — a gyógyászat és benne a sebészet — motorja, akárcsak az emberközösséggel foglalkozó társadalomtudományé és a politikáé, az egyre jobb utáni keresés-kutatás és céltudatos törekvés. Olyan forradalmi szellem ez, amely nem lanyhul el, mert hiányzik belőle a nyugalom, amely megszokáshoz vezetne: „ront, vagy javít, de nem henyél”.

Ez az örökifjú „forradalmi romantika” kell hogy készítse a fiatal sebész-nemzedékek tagjait arra, hogy ne nyugodjanak addig, amíg akad valaki a világon, aki náluk jobban el tud végezni egy műtétet, és, hogy éppen ezzel keljenek versenyre. Ahogyan a gondolatok terjedése nem respektálja a határokat, az emberi vágyak sincsenek helyhez kötve: a sebész vágyainak és törekvéseinek még a materiális adottságok sem szabnak áthatolhatatlan korlátot. Be kell látni, hogy a modern kutatásban a legzseniálisabb ötlet is hasztalan lehet, ha bizonyos kellékek a megvalósításához nem hozzáférhetőek, de a sebészet gyakorlata nem ilyen: ebben az egyéni rátermettség és törekvés éppúgy biztosítja a sikert, mint a sportban. Ugyanígy nincs külső korlátja a tehetségnek, a szorgalomnak, a tudásnak, a szellemi műveltségnek. Kevés szebb és szívet derítőbb látvány van a világon, mint az igazi nagy tehetség és ilyenben nálunk sohasem volt és ma sincs hiány. Az ilyent nem kell féltetni, csak gátolni nem szabad.

Ezen a területen csak a saját belső korlátaink szabnak határt: a defetizmus, mely meghátrál a nehézségek elől, mert nem hisz magában és az önismeret hiányában gyökerező önelégültség, mely nem engedi észrevennünk, hogy mások különbek. Az önismeretre rá kell szoktatni magunkat és egymást, a tehetségeket pedig felismerni és biztatni kell: mindkettő *csak rajtunk múlik*. Kossuth ezt így mondta: „A múlt kiesett hatalmunkból, de a jövőnk urai vagyunk.”

Az imént a tanulást az orvosi ethika fő törvényének neveztem. A fejlődést előmozdító tényezőknek nem utolsója hivatásunknak ez a „kategorikus iniperativus”-a. Olyan motor ez, amelynek üzenetanyaga az emberi veríték és az a hő, amely nem kerül semmibe, hiszen az igazi orvos lelkéből sugárzik. „Videant consules...” — a magyar sebészet jövőjét azok tartják kezükben, akik a jövő nemzedéket nevelik. A felelősségünk kollektív: a siker a mi tudományszeretetünkön és önzetlenségünkön múlik.