

307842

Supplement

Kós Rudolf

Ribári Ottó

221/1/2002

**A SEBÉSZET ÉS ÁGAINAK TÖRTÉNETE
MAGYARORSZÁGON
A II. VILÁGHÁBORÚ UTÁN**



**(1945–1990)
ORVOSTÖRTÉNETI
KÖZLEMÉNYEK**

COMMUNICATIONES
DE HISTORIA ARTIS MEDICINAE

**Főszerkesztő:
Dr. Kapronczay Károly**

**Szerkesztő:
Dr. Kovács Imre**

Szuppl. 221

B U D A P E S T

2002

H U N G Á R I A

supplement
221/2002

307.842 (suppl. 221) 7842

247508

Kós Rudolf

Ribári Ottó

**A SEBÉSZET ÉS ÁGAINAK TÖRTÉNETE
MAGYARORSZÁGON A II. VILÁGHÁBORÚ UTÁN
(1945–1990)**

ORVOSTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

201581

COMMUNICATIONES
DE HISTORIA ARTIS MEDICINAE

**Főszerkesztő:
Dr. Kapronczay Károly**

**Szerkesztő:
Dr. Kovács Imre**

Szuppl. 221

B U D A P E S T

2002

H U N G Á R I A

**MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA**

Felelős kiadó:
Dr. KAPRONCZAY KÁROLY

Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár
H-1030 Budapest, Török u. 12.

Megjelenik az Orvostörténeti Közlemények szupplementumaként.

A könyv kiadásának támogatója:
MERCK Kft. – Pharma Divízió

Igazgató:
Dr. KRISTÓF MARGIT

Nyomdai munkálatok:
Régió Press Kulturális és Kereskedelmi Kft.
3300 Eger, Sas út 60/a
HUNGARY

ISBN 0010-3551

Előszó

Örömünkre szolgál, hogy „A sebészet és ágainak története Magyarországon a II. világháború után (1945–1990)” c. mű megjelenését támogathattuk, mert ez nemcsak a magyar orvostudomány számára fontos, hanem az egyetemes orvostörténelem számára is.

Az elmúlt időszak történetének hiteles megőrkítése a mai és a jövő nemzedéknek fontos, de fontos az orvostörténelem kutatóinak is, akik elképzelhetetlen, hogy e mű nélkül – irodalmi szétszóródottságukban – megismerhessék a valódi történéseket. E könyv alapján nyilvánvaló, hogy a diktatúra nem tudta keresztülvinni az egészségügy szovjet mintára való átalakítását, és a magyar orvosok többsége a nyugati kultúrához és haladáshoz hagyományosan ragaszkodott. Ez tette lehetővé az elmúlt évek sikereit a sebészetben. E kötetben méltatásra kerültek azok a kiemelkedő, iskolát teremtő szakágakat megalakító sebészek is, akikről eddig kevés megemlézés történt.

Jelentősnek tartjuk, hogy a fejezetek írói a szakágak olyan kiemelkedő képviselői, akik többnyire maguk is részesei voltak az időszaknak és ezzel teljesült Goethe megállapítása: „A történelemről csak az nyilatkozhat, aki történelmet maga is átélt.” Kétségtelen, hogy e könyv szerzői a magyar orvostörténelem tiszteletére biztatják az olvasókat.

Dr. Kristóf Margit
Merck-Pharma Divízió igazgató

Prof. Dr. Kós Rudolf

**A sebészet Magyarországon
a második világháború után
(1945–1990)**



Az eü. gyökeres átalakítása már közvetlenül a háború után megkezdődött. 1945-ben a nemzetgyűlés feloszlatta a kamarákat, így az orvoskamarát is. Az egyetemek kiváltak az Oktatási Minisztérium felügyelete alól, s az Eü.-i Minisztérium irányítása alá kerültek, ahol az első időben a nem orvos képesítésű (textiles?) *Ratkó Anna* lett a miniszter.

Hamarosan bekövetkezett az *egyházi intézmények* államosítása, a szerzetesrendek feloszlata és ezzel a gyógyító apácák elbocsátása a kórházakból, klinikákról, s egyidejűleg a kórházi kápolnák bezárása is. Az apácák (műtősnő-apácáknak is) azonnali eltávolítása komoly zökkenőt okozott a sebészeti osztályokon.

Az eü.-i átszervezését – a csakhamar megalakult Eü.-i Dolgozók Szabad Szakszervezete (később Orvos-Eü.-i Szakszervezet) vette át és több évtizeden, csaknem teljhatalmúlag irányította. A háború előtt sikeresen működő Magyar Sebésztársaságot megszüntették, s helyette szakszervezeti szakcsoportot hoztak létre. Nemcsak a fővárosban, hanem vidéken is. Míg az MST évi nagygyűléseivel, a szakma csaknem minden ágát felölelő előadásaival és ezek könyvben való díjtalan megküldésével a sebészet korszerűsítését eredményesen szolgálta, addig a sebészeti szakcsoport – különösen kezdetben – nem pótolta az MST-t. Két évtizedi vegetálása után 1966-ban újraalakították az MST-t.

Az OTI helyett megalakított SZTK – ingyenes betegbiztosítás –, az 1960-as években már a lakosság 95%-át érintette. Ehhez a bővítéshez a szükséges gazdasági és szervezési feltételek nem voltak megfelelőek, ezért az orvosok munkája megnehezült. *A biztosítottak száma 50%-kal nőtt, a kórházi ágyak száma csupán 17%-kal.* (Népszava, 1956. X. 23.)

A sebészet és a sebészek sorsa a kemény diktatúrában

„Veritas nil veretur, nisi abscondi”

Valóban „az igazság nem fél mástól, csak attól, hogy elhallgatják”, ezért a sebészzettel – mint a társadalom részével – történekről nemcsak számadatokat, szakmai eseményeket, neveket kell megírunk, hanem a **sebészet és a sebészek sorsának** alakulását is. A leírásra kerülő időszak negatív eseményeinek elhallgatása, a *„damnatio memoriae”* *hiteltelenné, történetietlenné tenné a leírást.*

Az orvosokra – az anyagi nehézségeken kívül – egy még nyugtalanítóbb fenyegettség is nehezedett, amely nem volt kisebb, mint a „fordulat éve” utáni kemény diktatúrában. A „béke” bekövetkezése után közvetlenül megalakult üzemi bizottságok (biz.) és helyi, majd szakszervezeti *igazoló biz.*-ok jelentős számú orvost ítéltek állásvesztésre. E biz.-ok működése több mint 2 éven keresztül tartott, s lehetőséget teremtett alaptalan feljelentésekre, rágalmakra.

A kommunista párt vezetése alatt működő szakszervezet ugyanis nemcsak politikai felelősségrevonást hajtott végre, hanem hajszát indított a korábbi vezető állásúak ellen, a jó állások megszerzésére. Ennek következtében számos értékes szakember került ki jól működő kulcspozíciókból és helyükre sokszor érdemtelenek kerültek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem 1945. október 5-i jegyzőkönyvéből kitűnik, hogy még tavasszal 13 sebészt függesztettek fel a II. Számú Sebészeti Klinikán, „fasiszta magatartás miatt”. Az ig. biz. nehezményezte, hogy a professzor nem tett maradéktalanul eleget a felfüggesztéseknek, mert – mint mondta – akkor nem tudta volna ellátni a kl.-ra özőnlő betegeket. (Egy újabb igazoló perben azután – más okból ugyan –, de nyugdíjazták a neves professzort.)

Nem egyedülálló *Bakay L.* második perének kimenetele, midőn a népbíróság felmentő ítélete után – nem igazolt feljelentés miatt – a helyi igazoló biz. állásvesztésre ítélte. *Bakay* fellebbezésében írta: „... *keserves megalázottságomban figyeltem, hogy az öncélú vádaskodók hogyan osztoznak a koncon. Mindegyik elérte célját, melyre tudása nem képesítette.*”

Ádám egyik nagyjövőjű tanítványát (H. J.) műtőasztal mellől vitték el – kémkedés gyanúja miatt – ám valószínű arisztokrata származásáért. Sorsa felől még tudakozódni sem lehetett, csak 1956-ban sikerült kijutnia Bécsbe. Tragikusabb sorsa a II. Sz. Seb. Kl. tantermes tanársegédének (M. J.), aki szokás szerint összeírta az indexet aláírató hallgatók névsorát. A névsorban szerepelt egy állítólagos összeesküvő neve. Emiatt a Mosonyi utcai Gyűjtőbe vitték kihallgatásra. Vétkesség hiányában néhány hét múlva kiengedték, a vallató nő által gumibottal szétvert ujjakkal. Többé sebész nem lehetvén, öngyilkos lett.

A példa fáj! Nem sorolom tovább e rémségeket, pedig volna még elég. Csak utalunk a következő akciókra: államosítások, padlás felsöprések, tsz-ekbe erőltetés (veréssel), élelmiszer rejtegetők kutatása, „reakcióso” bebörtönzése, kitelepítések, recski és tőköli internálások stb. *

Az idősebbek számára ezekről az évekről írni nem kell – quorum pars magna fui –, lévén részesei ezeknek, de a fiatalabb nemzedék alig ismerheti meg hitelesen, különösen az iskolából, médiákból nem. A történeti események leírójának nem lehet célja az események elhallgatása, hiszen akkor érthetetlen lenne az utókor számára az a kettős, *Janus-arcú* magatartás, amire az értelmiség, így az orvosok is kényszerültek, túlélésük érdekében. A nemzeti és vallásos érzelmű többség lélekben és értelmük alapján elutasította a diktatúra elveit, tanait: az osztályharcot, a kényszerítő intézkedéseket, de nem volt lehetőség a hatalom ezek alapján tett intézkedéseinek megszegésére. *Szajkóztatták velük az „élenjáró szovjet orvostudomány” eredményeit, a szovjet orvos-tudósok neveit, közleményeikben, az oktatásban idézni kellett.* Orvosaink azonban mindent elkövettek a nyugati eredmények megismerésére.

Elképzeltető, hogy milyen lelkiállapotban operálhattak sebészeink, mikor reggeli vizit előtt (vagy helyett) „Szabadnap félóra” volt kötelező minden orvosnak. Nem voltak ritkák a röpgyűlések, pl. *Mindszenty* ellen. Ekkor mindenkinek, a professzoroknak is ütemre kellett tapsolniuk, hosszasan és hangosan éltetni *Rákosit, Gerőt, a hídverőt.* Tehetséges kollégák félreállításához, elbocsajtásához elég volt egy feljelentés: keresztet visel a nyakában, templomba jár, reakciós kijelentést tett, nem jelent meg a röpgyűlésen. Sebészeink többsége ilyen fenyegetettség közben is híven teljesítette hivatását. Meg kell hajtani az elismerés zászlaját előttük hősiességükért!

Ugyanakkor nem említjük azoknak a nevét („*nomina sunt odiosa*”), akik ártottak besúgással, feljelentéssel. Meg kell elégednünk azzal, hogy felsoroltuk a társadalmat – s köztük az orvosokat – ért súlyos sérelmeket. Ugyanis a történetírásnak nem lehet feladata az elmarasztalás. A „*sine ira et studio*” elve megköveteli a részleghajlás nélküli szövegezt, ugyanakkor azt is, hogy a negatív eseményekre se borítsunk fátylat.

*: Mintha Hésiodos a világtörténelem utolsó szakaszáról írt „vaskor” érkezett volna el, midőn Aidós, a becsületérzés, és Nemcsisz, az igazságos megtorlás istennője elhagyta az emberiséget. Olymposzra távozásuk után uralomra jutottak azok, akik „minden jogot az öklükben hordtak és kárt tettek a derékabb emberekben.

A háború előtti tanszékvezetők és tanítványaik

Közülük – rövidebb-hosszabb ideig – katedrán maradtak: *Ádám L., Bakay L., Hüttl T., Jáki Gy., Neuber E.*, majd tanítványaik közül, *Klimkó D., Kudász J., Ladányi J., Loessl J., Petri G., Póka L., Schmidt L., Sebestény Gy., Szeleczi Gy.* kaptak katedrát.

Petri G. közleményében (XII.) megtalálható a Verebély, Hüttl, Ádám, Bakay tanítványok teljes névsora, a *Dubecz S.* könyvben (V.) pedig a Sebestény tanítványoké.

Bakay L. (1882–1959) a főváros ostromakor óriási számú sebesültet látott el fületlen, ablaktalan, belövéseket kapott klinikáján. Tömegével fogadott be előzőleg üldözötteket, megtöltve az épület pincéjét és a szomszédos Iparművészeti Múzeum alagsorát is. Alapvető szerepe volt abban, hogy a határon túlra vitt munkaszolgálatos orvosokat *hazahozatta** és az orvoshiánnyal küszködő főváros légószolgálatába osztatta. A harcok végeztével a koponyasérült magyar és szovjet sebesültek nagyszámát operálta, mert hozzá szállították őket, mint a hazai agysebészet megalapítójához. A Szovjet Déli Hadsereg főparancsnoka, *Ivanov generális* is vele operáltatta magát. Igazoltatása során a népbíróóság dicsérettel igazolta, de 1945 őszén két szigorló orvos – soha nem igazolt – feljelentése alapján 1946. január 1-jén nyugdíjazták. Ezután kórházi segédorvosi helyettesítésekre kényszerült. Hivatásának gyakorlása közben fejezte be életét 1959-ben. *Petri G.* (XII.) így emlékezett meg róla: „Sokan és sokat köszönhetnek neki és... nemcsak betegek. Jobb sorsot érdemelt volna.”

Utóda *Ádám L.* (X.) lett. Kinevezésekor már súlyos beteg volt. Az egyetem rektorává is választották. Bár sok méltatlan bánásmódot volt kénytelen korábban elviselni, ezért soha szemrehányást nem tett. A helyi érzéstelenítés és a finom sebészi technika művésze volt. Betegszeretete, humánuma, demokratikus intézetvezetése jelentős hatást gyakorolt tanítványaira, s azok révén a hazai sebészetre – írta róla munkatársa, Regöly-Mérei Gy.

Sebestény Gy. (X., XIV.) 1946. január 1-jén kapott kinevezést, a budapesti II. Sz. Sebészeti Klinikára. Hosszas klinikai működése alapján a háború előtti iskolák folytatójának tekinthetjük.

Európai híru sebész volt. 1930-ban kidolgozta az úgynevezett *Sebestény-műtétet* (pneumothorax mixte). Ugyanebben az évben végezte el az első hazai tüdőlebenseltávolítást (Európában másodikként); 1944-ben pedig az első hazai féltüdő-kiirtást; 1950-ben az első thymectomiát és az első kiterjesztett cardia resectiót. A Baross utcai klinika tetőjére egy 3. emelet ráépítéssel mellkas-sebészeti részleget és műtöt létesített, s ezzel lehetővé tette nagyszámú sebész mellkas-sebészeti kiképzését. Klinikáján módot adott *Kassay D.* neves bronchológusnak; *Erdélyi M.-nak* (később OTKI prof.); *Horányi J.* kiváló sebész-pathológusnak; *Temesvári A.* és *Árvay A.* szívsebészeknek osztályrészlegeken való működésére. Klinikáján támogatta az Európában még akkor alig ismert modern kézsebészet megalapítását.

Tanítványai közül tizenegyen lettek professzorok, és több mint harmincan egyetemi docensek vagy osztályvezető főorvosok. *Incze J.* (X.) megemlékezésében ezeket írta:

„Tudományos szakmai öröksége megmarad, hiszen neve a nagy nemzetközi sztenderd munkák egész sorában megtalálható, elismerő méltatás kíséretében. „Kétségtelen, hogy *Sebestény Gy.* az, aki – *Balassa* és *Dollinger* mellett – *többet tett a magyar sebészetről, mint bárki más.*”

* Nagybaconí Nagy V. ny. honv.-i min. írásban tett nyilatkozatot 1945. december 10-én: „Bakay kérte a munkaszolgálatos orvosok saját szakmájukban való foglalkoztatását. ... Az Ukrajnába kiszállított orvosok hazahozatalát sürgette, úgy a maga, mint az orvosamara nevében. Ez irányban lépéseket tettem.”

Molnár B. (X) már a háború előtt is sikeres sebész volt. 1956-ban nevezték ki az Orvostovábbképző Int. (OTKI) sebészprofesszorának. Számos megállapítását szívtelték meg nemcsak tanítványai, hanem országszerte a sebészek is.

Hüttl T. volt a debreceni sebészeti klinika első tanszékvezetője és a háború előtt az ő klinikája lett az ország egyik legjobbjika. Nyolc tanítványa lett tanszékvezető. Nem ismeretes, hogy miért váltották le. Rehabilitálva az Országos Onkológiai Intézet főorvosaként működhetett. Utóda *Loessl J.* (1945–1955) proktológiai műtéteivel tűnt ki.

Szelezcky Gy. két és fél évtizedes tanszékvezetői működése során a korszerű pajzsmirigy- és epesebészeti fejlesztésén fáradozott. *Balázs Gy.* (1980–1999) ugyancsak a korszerű pajzsmirigy-sebészeti profilt fejlesztette. A debreceni új II. sz. sebészeti klinikára – meglepetésszerűen – *nőt neveztek ki, Ladányi Józsa* személyében.

E helyütt kell megemlékeznünk arról, hogy még 1889-ben *Markusovszky* is arról írt az Orvosi Hetilapban, hogy: „Az orvosi gyakorlat nem nőknak való-e?” A háború után egyre több orvosnő töltött be kórházi, klinikai állásokat. *Ladányi J.* kinevezése mégis feltűnést keltett, hiszen ő lett Európában az első női sebész tanszékvezető.

Ladányi J. egyébként nagy szorgalommal szervezte a medikus oktatást és a sebészti továbbképzést. A debreceni egyetem 1950-ben külön feladatot kapott gyorsított sebészszakorvos-képzésre, amit a hazai sebészhiány indokolt. Egyedül a magyar nők közül *Ladányi J.* kapott meghívást és kitüntetést Erzsébet angol királynő 25 éves jubileumakor.

A debreceni neves sebészprofesszor, *Schnitzler J.* volt az első Kossuth-díjas sebész. Ő alapította meg a debreceni sebészeti klinikai mellkassebészeti osztályt. Egyik tanítványa ezt írta róla: „Bölcsessége, humánuma, ember-, beteg- és természetszeretete nem voltak hatástalanok a sebészek fejlődésére.” Jellemző az akkori káderpolitikára: utódául nem az általa kijelölt helyettesét nevezték ki. Bár az ország ezzel a mellőzéssel jól járt, mert K.J.J (VII.) Miskolcra kerülve olyan mellkas-, és általános sebészeti osztályt létesített, ahol évi 5000 műtétet végeznek kimagasló eredménnyel.

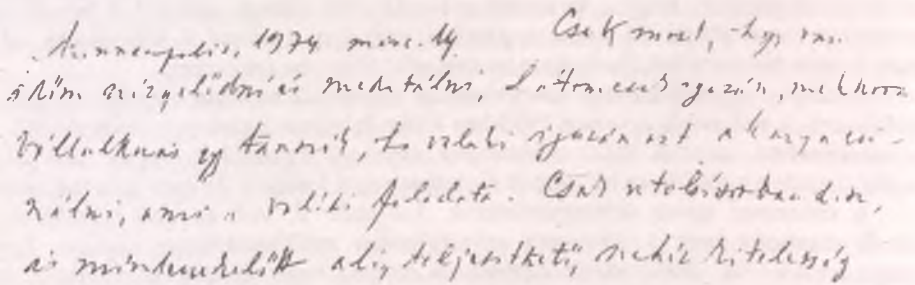
Pécsett *Neuber E.* még 1947-ig, haláláig, vezette a klinikát. Kíváló operatőr volt, és gyomorrezekciós technikai módosítása révén vált ismertté. Utóda *Schmidt L.*, majd *Karlinger T.* lett, és az újonnan alapított II. sz. klinikára *Kudász J.* került igazgatónak.

A szegedi I. Számú Sebészeti Klinikán egy rövid ideig még *Vidakovics K.* maradt. Utóda *Jáki J.*, majd *Petri G. (X.)* lett.

Petri G. az, aki *Sebestény Gy.* mellett legtöbbet tett annak az elmaradottságnak megszüntetéséért, amibe a háború miatt a magyar sebészet sodródott. Hatalmas energiájával – amihez csak ott hozzáfogott – eredményt tudott felmutatni. Ő lett a magyar kísérleti sebészet megalapítója: fontos összefüggéseket állapított meg a gyomorfekély ethiopathológiája, a szervtranszplantációs immunológia, a postopertív betegség, a folyadék-elektrolit terápia és a paralitikus ileus terén. A SZOTE rektora volt közel másfél évtizeden keresztül. Egy évtizedig a TMB klinikabizottságának és a MTA orv. o.-jának elnöke. Az Interparl. Unió alelnökeként harcolt a magyar sebészet fejlesztéséért. Iskolát teremtő és tudományos tevékenységét ösztönző igyekezetét bizonyítja: 32 tanítványa tölt be egyetemi tanári vagy sebész-főorvosi állást, közülük többen külföldön. Sokat hangoztatott elve volt: „Nem lehet beletörödni abba, hogy van olyan hely a világon, ahol jobban csinálnak valamit, mint nálunk.” Saját és tanítványai külföldi tanulmányútját is biztosította az újabb ismeretek elsajátításához.

Huszonyolc tanítványát küldte a legmodernebb külföldi klinikákra, s e révén olyan munkatársi teammal rendelkezett, akikkel hozzákezdhetett a hazánkban nem végzett műtétekhez. Elsőként hajtottak végre sikeres nyelőcsőpótlást, trachea resectiót, carotis endarteriectomiát. 1970-ben művese-állomást létesített.

Petri G.-nak sokat köszönhet a magyar sebészet. Minden megnyilvánulásában múltunk iránti tiszteletre hívta fel a figyelmet. Írta, hogy „elődeink történetéből tanulni kell, nemcsak ma, hanem a jövő számára is. Orvos nagyjaink örökségéből pedig tovább kell vinni azt az orvosi eszményt, mely szerint az orvosi gyakorlat nem elsősorban megélhetési forrás, hanem élethivatás.” Sikerei nem tették önteltté, elbizakodottá, amit bizonyítanak tanszékvezetéséről, amerikai egyik tanulmányútjáról küldött levelének sorai (2. ábra). Nagy és nemes lélekre vall, hogy magas funkciói során sohasem szerzett ellenséget és mindenki becsülte (Kulka F.).



Minneapolis, 1974 márc. 14. Csak most, hogy van időm nézgelődni és meditatálni, látom csak igazán, mekkora vállalkozás egy tanszék, ha valaki igazán akarja csinálni, ami valódi feladata. Csak utolsó sorban dísz, és mindennek előtt alig teljesíthető, nehéz kötelesség.

2. ábra. Petri G. prof. amerikai tanulmányútjáról küldött levél részlete:
„Minneapolis, 1974. március 14. Csak most, hogy van időm nézgelődni és meditatálni, látom csak igazán, mekkora vállalkozás egy tanszék, ha valaki igazán akarja csinálni, ami valódi feladata. Csak utolsó sorban dísz, és mindennek előtt alig teljesíthető, nehéz kötelesség.”

Az ország tizenegy sebészeti klinikáján és számos kórházban működött professzorról és neves sebész főorvosáról – helyhiány miatt – részletesen megemlékezni nem tudunk. A teljesség igénye nélkül megörökítjük legalább a nevüket: Karlinger T., Kulka F. (X.), Kudász J., Láng I., Loessl J., Marton T. (X.), Mester E. (X.), Póka L., Stefanics J. (X.), Schmidt L., Szelezcky Gy. tanszékvezetők voltak. Neves főorvosok közül Bugyi I., Balázs A. (X.), Benes L., Csengődy I., Dűbecz S. (V.), ifj. Hüttl T. (X.), Czeyda Pommersheim F., Horányi J., Köves I., Lázár D., Milkó V. (X.), Petz A., Ránky L., Roska L., Stefanics G., Szabolcs Z. és még többen, akik megérdemlik a méltánylást, mert gyógyítottak, művelték a tudományt, oktatták és nevelték az utánuk következő nemzedéket. **Mindegyikük életét az operált betegeikért való aggodás tette gondterheltté, de egyben széppé is!** Az ő tudásuknak és erőfeszítéseiknek köszönhető, hogy – minden hiányosság ellenére és a nehéz politikai viszonyok között – a sebészet hazai színvonala a mai mértékű.

Már az 1960-as években elértük, hogy a magyar sebészet előrehaladottabb voltát a volt Szovjetunió sebészei, ha hivatalosan nem is, de elismerték azzal is, hogy a Budapesti Központi Szovjet Kórház minden súlyosabb beteghez magyar sebészt, e fejezet íróját (II. Sz. Sebészeti Klinikáról, később a Bajcsy-Zs. Kórházból) kért fel műtétek elvégzésére, konziliomokra és továbbképző tanfolyamok tartására. A másfél évtizedes együttműködés alatt számos magasabb beosztású diplomata, szovjetunióbeli funkcionárius, magas rangú tiszt és családtagjai műtétere kérte fel.

Oktatási reform, átszervezések és következményeik

Az 1949-ben létrehozott *oktatási reform* alapján mindhárom vidéki egyetemen *II. számú Sebészeti Klinikákat alapítottak*. 1950-ben pedig Sebészeti Anatómiai Műtéttani Intézetet is /nem sok haszonnal/. E bővítéseken kívül a vidéki sebészeti klinikák szervezetében sem történt sok változás. E klinikák helyzetéről tanszékvezetőikkel kapcsolatban emlékezünk meg.

A *Fővárosban* azonban sokkal mozgalmasabb volt a sebészet alakulása. 1947-ben a III. számú Sebészeti Klinikát létesítették a Koltói A. Baleseti Kórházban, *Hedri E. /X. XIV./* számára. 1949-ben őt áthelyezték az I. számú Sebészeti Klinikára, *Klimkó D.* helyére. A megüresedett III. tanszékre *Petrovskij V.B.* szovjet sebészt hívták meg tanszékvezetőnek. Fő feladata a *szovjet mintájú hadisebészet* kialakítása volt és ehhez 3 hónapos kurzusokat szervezett az ország sebészei számára. Mindamelllett 2 éves itt tartózkodása hasznos volt a magyar sebészet számára. A csoportos oktatásba bevonatta a nagyobb rendelőket. Munkálkodott a Véradó Központ és baleseti osztályok megszervezésében. A 270 ágyra növelt klinikán –elsősorban– nyelőcső és cardia műtéteket végeztet. Ismertette a *híg novocain oldatos* infiltrációs módszert kisebb beavatkozásokhoz és a *Filatov szöveti terápiát*. Elismerte a magyar sebész vezetők tevékenységét, különösen nagyra értékelően nyilatkozott Sebestény prof. tudóműtéteiről. Erélyesen lépett fel a "vélt műhibák" miatti orvosüldözések ellen, amit eu.-ben képzetlen szakszervezeti és minisztériumi vezetők folytattak. Állásfoglalása után és *Milkó V. (X)*-nak a "véletlen idegentest visszamaradás"-sal kapcsolatban széleskörű irodalomra támaszkodó közleménye után a sebészek üldözése csaknem megszűnt.

Petrovskij 2 éves működés után távozott hazánkából, utóda *Rubányi P. /X., XIV./*, az adjunktusa lett. Egyben *Rubányi P.* lett az 1951 és 1956 között az Egészségügyi Minisztérium fősebésze, később a két nagy sebészeti klinikának /többszöri cserével/ tanszékvezetője, az ETT. elnökségi tagja, a Magyar Sebészet című lap főszerkesztője és az Országos Sebészeti Intézet igazgatója. E funkcióiban lényegében a *Petrovskij* által megkezdett sebészeti átszervezés folytatója lett. Azonban régi klinikusként, szakmai igények alapján irányította az intézetek átszervezését; mérsékelve, –amennyire lehetett,– az értelmetlen politikai befolyást. A Koltói Kórház *Országos Traumatológiai Intézeté alakult*, *Szántó Gy.* vezetésével, vez. örgy-i ranggal. *Szántó Gy.* sohasem volt katona, sem katonaorvos. Néhány napos munkaszolgálatának történetét –megbecsülendő hitelességgel– írta meg a PPTE. Rektorához írt nyilatkozatában: "1942. márciusában munkaszolgálatra hívtak be. Teljesen ismeretlenül, minden ajánlás nélkül felkerestem Bakay prof.-ot. Másnap beosztottak egy Ukrajnába útrakészülő századba..... Néhány nap múlva azonban behívtak a zlj. irodába, s közölték, nemcsak engem, hanem a zlj.-nál lévő összes zsidó orvosokat Bakay prof. közbenjárására leszerelnek, ami azonnal meg is történt."

A *Pázmány Péter Tudomány Egyetem* nevét 1950. szeptember 1-től *Eötvös Lóránd Tudomány Egyetem* névre változtatta. 1955-ben Budapesti Orvostudományi Egyetem, majd 1969. novemberében a *Semmelweis Orvostudományi Egyetem* nevet vette fel. Noha 1944-ben a Szálasi kormány elrendelte az Orvosegyetem Halleba telepítését, a Kar ennek ellenére döntött; mégis a hallgatók jórészt és oktatóikat katonai behívóval nyugatra vitték, az Egyetem felszerelésének egy részével. A nehézségek ellenére az Egyetem hatalmas erőfeszítéssel újra működött és nemcsak a klinikai betegellátásban, hanem az oktatásban is. 1946/47-ben már háromezer hallgató tanulta a medicinát, a néhol még romos épületben.

A fővárosban az I. Sz. Sebészeti Klinika szovjet hadikórházként működött 1947. december 31-ig. A klinika magyar orvosai 1946-tól a női klinika melléképületében 40 ágyon dolgozhattak *Marik M.* mb. vezetővel. 1948-ban foglalta el a tanszéket *Klimkó D.*, volt kolozsvári prof. Az épület helyreállítása fokozatosan mehetett, először 60 ágygal indultak, majd 1949-re 120 ágy működhetett. A rendbehozatal elkészülte után ez év szeptember 22-ével át kellett adnia a katedrát *Hedri E.-nek* (X., XIV.), mert helyére *Petrovskij* került. *Hedri E.* 13 éven keresztül vezette a klinikát. Közben 1956-ban a klinika épülete súlyos károkat szenvedett. Helyreállítása után az ágyszámot 230-ra emelték. 1963. december 3-án *Rubányi P.* átment a Baross utcai II. számú klinikáról és nyugdíjba vonulásáig itt dolgozott. 1975-ben *Szécsény A.* (X.) lett az utóda. 1973-ban kimagasló fejlődés történt a klinikán: zsílipos mütőtraktus és intenzív részleg létesült. Ugyanebben az évben került sor a klinikán az első veseátültetésre.

A II. Számú Sebészeti Klinika ostrom alatti sérüléseit 1945-ben még *Bakay L.* prof. helyreállította és a klinika igen nagyszámú háborús sérültet kezelte, különösen koponya- és agysérültet.

Bakayt 1946. január 15-vel megfosztották állásától, s utóda az István kórházi III. Számú Sebészeti Klinikáról áthelyezett *Ádám L.* (X., XIV.) lett. 1947 és 1954 között *Sebestény Gy.* (X., XIV.) volt a klinika igazgatója, *Sebestény* korai halála után *Rubányi P.* ment át a Koltói III. számú klinikáról a Baross utcai sebészeti klinikára.

Innen 1957-ben *Rubányi P.* visszament a III. számú sebészeti klinikára és 1957 és 1959 között *Klimkó D.* (XIV.) volt a tanszékvezető. Egy ideig *Stefanics J.* (X., XIV.) lett a megbízott vezető, majd 1961-ben visszajött ismét a III. számú klinikáról *Rubányi P.*, aki hamarosan átment – most már véglegesen – az I. Számú Sebészeti Klinikára. 1963-ban *Mester E.* (X., XIV.) örökölte az eltávozott *Rubányi P.* helyét, és 1974-ig, nyugállományba vonulásáig vezette a klinikát. Ekkor – az időközben mb. vezetőként az István kórházi III. Számú Sebészeti Klinikáról – visszakерült a Baross utcai klinikára *Stefanics J.* egyetemi tanári kinevezéssel, helyére pedig az István kórházi III.-ra *Marton T.-t* (X., XIV.) nevezték ki, aki addig a Központi Állami (Kútvölgyi utcai) Kórház főorvosa volt. A II. számú sebészeti klinikai változások ezzel még nem értek véget. A Fiumei úti Országos Traumatológiai Intézet bauxitbeton épületének felújítási idejére (1978–1984 évek) a baleseti intézet átköltözött a II. Számú Sebészeti Klinikára és *Stefanics J.* mehetett vissza az István Kórházba munkatársaival és klinikai felszerelésével együtt. Itt működött II. Számú Sebészeti Klinikaként, míg át nem tették a II-est az István kórházi III-as helyére, és végül a Kútvölgyi Kórház sebészeti osztálya kapta az Egyet. II. Számú Sebészeti Klinika nevet.

Nem kevésbé hanyatott a III. Sz. Sebészeti Klinika sorsa sem. A klinika első vezetője *Ádám L.* volt, az egyik István kórházi épületben. 1946-ban rektorra nevezték ki és áthelyezték a II. számú klinikára. A III. számú klinika 1947-ben a Koltói A. Baleseti Kórházban működött tovább, *Hedri E.* professzorrá történt kinevezésével. 1949 októberében e klinika vezetésére meghívták *Petrovskijt.* *Hedri E.-t* pedig áthelyezték az elmozdított *Klimkó D.* helyére. *Petrovskij* távozása után 1951-ben *Rubányi P.-t* bízták meg a klinika vezetésével, de ő 1954-ben átment az elhunyt *Sebestény Gy.* helyére a II. Számú Sebészeti Klinikára. Az elhagyott Koltói A. kórház III. Sz. Sebészeti Klinikájára *Kudász J.-t* (XIV.) nevezték ki. 1957 februárjában – bármilyen hihetetlen – *Rubányi P.* visszament a Koltói III. sz. klinikára és *Kudász J.-t* áthelyezték a Városmajor utcai, most már IV. Sz. Sebészeti Klinikára. Ismét hihetetlen, de *Rubányi P.* 1961-ben ismét visszament a II. számú Klinikára. A III. számú klinikát pedig visszahelyezték az István kórházba, ahová *Stefanics J.* került át a Baross utcai II. sz. klinikáról. 1974-ben *Marton T.* vette át a III. Számú Sebészeti Klinikát, *Stefanics* pedig visszament – rövid időre – a II. sz. klinikára, míg 1975-ben e klinikájával együtt áttelepülni kényszerült ismét az István Kórházba.

Nem kevésbé kalandos a Városmajor utcai *IV. Számú Sebészeti Klinika* története. A főváros XII. kerület Városmajor u. 68. számú épületében lévő Fővárosi Budai Közkórházból 1951-ben Egyetemi Sebészkepző Klinikát létesítettek hadisebészeti oktatási célra. A törzsgárda: 3 adjunktus, 12 tanársegéd volt, az osztályos munkát továbbképzésre odavezényelt honvéder orvosok látták el. Az orvosok létszáma 1956-ban 40 fő volt. A továbbképző igazgatója *Littmann I.* (XIV.) lett. Két év után a baleseti részt megszüntette és szívsebészeti osztály kialakítását kezdte meg. 1957-ben *Kudász J.* (XIV.) lett az igazgató és az Intézet a IV. Sz. Sebészeti Klinika nevet vette fel. Az 1970-es évekre építésekkel ér-, szívsebészeti, röntgen- és intenzív osztály létesült 31 orvossal; 85 egészségügyi dolgozóval és 47 kiségitővel. Az intézet ágy száma 148. A IV. számú klinika 1975. július 1-jén Érsebészeti Intézetté alakult és ekkor *Soltész L.-t* (XIV.) nevezték ki igazgatónak.

A fővárosi sebészeti klinikák 3 évtized alatti többszörös oda-vissza körforgatása az átalakuló egészségügy egyik legfájdalmasabb és legkárosabb vajúdása volt. Az átköltöztetések, átprofilozások, átszámozások tucatszor zavarták meg kialakult teamek működését, értékes egzisztenciákat tettek tönkre és a költöztetések olyan költséggel jártak, amiből modern központi oktató-gyógyító épületet lehetett volna létesíteni, a medikusoknak is terhes városi szétszórás helyett. Akkor is tudtuk, hogy ez nem az oktatás vagy betegellátás érdekében történik, hanem kizárólag a vezetők személyi és csoportos előnyeinek biztosításáért.

Az egyetemi vizsgáztatások az Államvizsga Bizottság előtt kellett, hogy történjenek. A tanszékvezető mellett 2 külső tag is részt vett a vizsgán.

1951-ben megszűnt a magántanárság. A felállított Tud. Minősítő Biz. létrehozta a kandidátusi, majd a tud. doktori fokozatot, s az aspirantúrát. A kandidátusi fokozat megadásához a disszertáció megvédése előtt vizsgát kellett tenni, pl. orosz nyelvből, szovjet politikai gazdaságtanból. E vizsgákat senkinek sem engedték el, így pl. *Mester E.-nek, Kulka F.-nek* 1960-ban – tehát beérkezett neves sebészekként is – vizsgáznuk kellett.

Új kórházak, új kórházi rend

Sebészeinkben ez időszakban is megvolt a törekvés, egyre jobb módszerek alkalmazására, újabb lehetőségek kidolgozására, s ehhez tudományos munkára. Ennek, már az egyetem végzése után, majd a kezdő évek alapterakásánál akadályos volt a külföldi tanulmányutakhoz nem juthatás.

Az előző generációk vezető sebészeti tanulmányuk befejezése, és kinevezésük után közvetlenül hosszas nyugati tanulmányutat tettek. Így *Dollinger* Strasbourban, Lipcsében, Halléban, Londonban, Párizsban, Münchenben tanult, s csak ezután állt munkába *Kovács J.* klinikáján. Több kiemelkedő, korábbi tanszékvezető is megengedett magának egy-két éves külföldi „vándorévet” tanulásra. *Csak az 1970-es években sikerült Petri G.-nak* áttörni a „**vasfüggőnyt**” és 28 tanítványának biztosított – rövidebb-hosszabb – külföldi tanulmányutat.

1956. január 1-jén megnyitották az Orvostovábbképző Intézetet (OTKI) a Pesti Izr. Hitk. Kórházában. Ennek sebész főorvosa *Molnár B. (X.)* lett, utódai pedig *Littmann I. (XIV.)* és *Kun M.*

Az OTKI azután a helyi gyakorlati tevékenységen kívül tanfolyamokat is, szervezett előadás sorozatokkal. (Pl. 1967-ben „Sebészeti típusú műtétek revíziója” címmel, 1968-ban pedig az akkor már nagyon időszerű „operatív osztályok asepsise” kérdésben.) Sajnos a gyakorlati változásokhoz szükséges anyagi fedezetet nem adhattak.

Kétségtelen, hogy komoly intézkedések történtek az új kórházak létesítésére. Erre a lakosság teljes és ingyenes betegbiztosítása is kényszerített, továbbá a mindenütt hangoztatott és kiírt jelmondat, hogy „legfőbb érték az ember” (papíron).

A fővárosban a közvetlen háború előtt épült Kútvölgyi úti modern kórházat állami (párt) kórházzá tették. Az Irgalmas Rend Kórházából reuma- és fürdőkórház lett (ORFI). A Szent Ferenc Kórházból, Széher Úti Kórház. A nagy kórházak nevéből elhagyták a „szent” nevet és területi vezető kórházakká szervezték. A csepeli Weiss–Manfréd Kórházat elvették a gyártól és a fővárosi hálózatba sorolták. A védőfelszerelés nélkül, munkaversenyben dolgozók megsokasodott sérültjeit ezután a főváros valamely távoli kórházába kellett késedelmesen szállítani. A Fővárosban 1953-ban megnyitották az Amerikai utcai Szeretetházban az Országos Idegsebészeti Tud. Intézetet. A Tétényi utcai kórházat 1975-ben lényegesen kibővítették; 1980-ban pedig megnyílt az újonnan épített Dél-pesti Jahn Ferenc Kórház.

Vidéken is számos új kórház létesült. Felsorolásunkban a kórház neve után zárójelben az alapítási évet, azután pedig a sebészeti osztály ágyszámát tüntettük fel.

Megyei kórházak: Pincehely (1952-30), Debrecen (1953-80), Vásárosnamény (1958-50), Bonyhád (1959-58), Miskolc (1959-80), Fehérgyarmat (1963-58).

Városi kórházak: Szöny (1945-47), Tata (1945-53), Ózd (1949-87), Kiskunlacháza (1950-70), Jászberény (1946-55), Karcag (1946-80), Mezőtúr (1950-50), Hatvan (1961-86), Kazincbarcika (1954-87), Komló (1946-50), Nagykőrös (1950-35), Siófok (1965-74), Dombóvár (1969-60), Ajka (1972-66). A MÁV is épített új kórházat Szolnokon 1967-ben, 60 seb. ágygal.

A fővárosban a seb. osztályok működését zavarta a területi elv, valamint a felállított (rosszul szervező és gyakran korrupt) Központi Ágnyilvántartó. Az osztályvezetőknek csak 1960 után biztosítottak 3-4 „szabad ágyat”. Addig egyáltalán nem gyűjthettek a speciális képzettségű sebészek tudományos munkáihoz és tapasztalataik elterjesztéséhez nagyobb beteganyagot. Minden felvételi kérés elutasításakor a *Központi Ágnyilvántartó* sztereotíp válasza ez volt: „A területi kórházak egyedül a terület dolgozói számára valók.”

Különösen zavaró volt, hogy a *fővárosi seb. osztályra* heti egy vagy kettő „baleseti felvételi napot” osztottak, s e napokon a mentők nagyobb részt részeg, szennyezett ruhájú, randalírozó beteget szállítottak az operáltak közé „*commotio*” kórimével. Ez a detoxikálók elégtelensége miatt történt és tiltakozni ellene nem lehetett.

Az 1960-as évek után a rosszul fizetett egészségügyből az ipar *elszívta az ápoló személyzetet* (pl. a vendéglátó a diétás nővéreket, takarítókat). A korábban vidékről a nagyvárosokba hozott és a *nővérszállásokon elhelyezett fiatal ápolónők* jó része nem állta meg a helyét sem erkölcsileg, sem fegyelmezettségben, sem munkavégzésben. Egyrésztük férjhez ment, másrésztük könnyebb munkahelyre ment át. A sebészetben különösen nagy volt a hiány. Nem segített az úgynevezett „*medikus nővér*” beállítás sem (az orvostanhallgatók hét végén vagy éjjel, illetve szabad idejükben vállaltak ápolói munkát).

Ez nem terjedt el, főképp a túl alacsony díjazás miatt. Az osztályok bezárását a személyzetisek úgy kerülték el, hogy felvettek *börtönből szabadult vagy deklasszált embereket*, még műtősnek is, akik a főműtősnő és a *főorvos felelősségére* – sokszor hajmeresztően – tevékenykedtek. A nővérhiányt nyugdíjból visszahívott idős ápolókkal igyekeztek pótolni, akik többnyire emelgetni sem voltak képesek a fekvő betegeket.

A sebészeti osztályokon, különösen a hétvégék voltak nehezek és kockázatosak. A háború után már korán bevezetett *5 napos munkahét* előnyös volt az orvosoknak és az egészségügyi dolgozóknak, mind pihenés, mind továbbképzési lehetőség terén. A seb. műtőknek is a takarítás, a sterilizálás és a következő hétre való előkészítések számára. Azonban a súlyos betegek ellátásában hátrányos volt. Főleg addig, amíg ki nem alakították a *posztoperatív őrzőt, később pedig az intenzív osztályokat*. A neves belgyógyász, prof. Magyar I. találóan írta, hogy: *„A betegség ritkán tart pihenőnapot szombaton.” Utalt arra, hogy hivatása magaslatán álló orvos nem hagyhatja magára hét végén az általa gondozott beteget.* Megállapítható, hogy alig akadt sebész főorvos, aki ne nézte volna meg hét végén betegeit.

Sebészek az 1956-os forradalomban

*„Angyal vidd meg a hírt az égből,
Mindig új élet lesz a vérből.”*

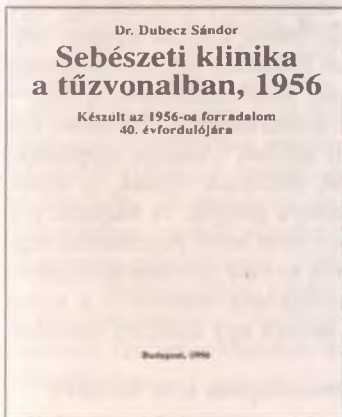
(Márai S., 1956)

A magyar sebészeknek az *1956-os forradalom* alatti helytállása fogalomná vált. Ágyú- és aknatűzben álló kórházakban, éjt-napot egygýé téve látták el a sebesülteket, akár magyar, akár szovjet volt. A „sebesült semleges” elvét sehol nem sértették meg, sem sorrendiségben, sem gondosságban.

A fővárosban történeteket *Dubecz S.: Klinika tűzvonalban* című könyvéből ismerhetjük meg (3. ábra). Október 23-án a Magyar Rádió Székházánál kirobbant harcok sebesülteit a közeli Baross utcai sebészeti klinikára vitték. Már az első nap 800-ra emelkedett az ellátandó sebesültek száma, megtöltve a folyosókat és az alagsort is.

A következő napokban is az özönlő sebesültek ellátását nehezítette, hogy a klinika kapujába szovjet tankok álltak be és fűlsiketítően lövöldöztek, az épület minden ablakát kitörve. A súlyos sebesültek műtéteit csak a folyosókon lehetett elvégezni. Az ápoló személyzet sem tett különbséget a gondos ápolásban, az egyenruhásokat kórházi fehérmeműbe öltöztetve, a szovjet katonákat is, s a fejtáblájukra mindenütt magyar nevet írtak.

3. ábra.



4. ábra

Balás Piri L. könyvében olvashatjuk:
„Orvosok, mentősök... hetvenkét órát dolgoztak, koffein ampulákkal tartották ébren magukat...”
 A kórházak három hét alatt tizennyolcezer sebesültet regisztráltak (II).



Sem a harcok alatt benyomuló fegyveres kutatóknak, sem később a megtorlások idején nyomozóknak nem adtak ki kórlapokat, feljegyzéseket. Híven Dupuytren magartatásához, aki a francia forradalom idején a felkelők után kutató rendőröknek azt válaszolta: „*Je n'ai pas vu insurges dans mes salles d'hospital, je n'ai vu, que blessées.*” A magyar orvosok sem láttak mást betegekben, csak ellátandó sebesültet.

A heroikus sebészi munka példáját idézzük *Dubecz* könyvének egy rövid kórlap kivonatával: „Ö. A. 22 éves egyetemi hallgatót 23-án este haslövés miatt hozták a klinikánkra. Azonnal a műtőbe szállították és közben mk. karjába túlnyomással kapott vért. Altatás. Azonnali műtét: operetör (K. R.) mellett még 3 orvosasszisztens (K. I., D. Gy., M. né), 2 műtősnő, valamint több műtős. A hasüreg kb. 2000 ml vérral kitöltött. A hasi vérzést a máj lövéses szétroncsolása okozta. A májsérülést vérzéscsillapító habszivaccsal és varratokkal látjuk el. Hasfalzárás drén felett. A beteg a műtét alatt 4000 ml vért kapott. A vért belklinikai orvos vette le a klinikai dolgozóktól és a szomszédos lakóházakból jelentkezőktől. A sérült gyógyult.”

A fővárosban több sebészeti hasonló szerepéről emlékezhetünk meg (Rókus, Péterfy, Szt. István Kórházak, I. Sz. Seb. Kl. stb.). Vidéken is több kórház kényszerült ilyen súlyos sérültek, majd a szörnyűséges sortűz áldozatok (Mosonmagyaróvár, Salgótarján stb.) ellátására.

Több kórház (Rókus, Péterfy stb.) hasonló szerepéről lehet még beszámolni, amiről Balázs Piri L. írt könyvében (4. ábra).

A forradalomkor – akár csak a háború után közvetlenül – sok kitűnő sebészünk került külföldre. Közülük többen jutottak kimagasló állásokba. Így *iff. Bakay L.* (USA), *Bikkfalvy A.* (NSZK), *Klempa I.* (NSZK) professzorok lettek; *Benes L.* (NSZK), *Nagy D.* (NSZK), *Gergely E.* (USA) és még többen sebész főorvosok.

S itthon? Hiába védte hatalmas vöröskereszt a klinikákat, kórházakat, sokat bombáztak, aknáztak. A fővárosi I. és II. Számú Sebészeti Klinikát sok találat rombolta. S a sebészek? Sokukat indokolatlanul kérdőre vontak vagy kihallgattak. Pl. Ózd kitűnő sebész főorvosát (R. L.) több hónapra „kihallgatásra vitték” börtönbe. Hiába derült ki vétlensége, állását nem kapta vissza.

A sebészeti műszerezettség

Csak a műszerek, készülékek felújítása, illetve újakkal való kiegészítése teszi lehetővé az elavuló, hagyományos módszerek revízióját. A háború utáni elzártságunk és szegénységünk nem tette lehetővé több mint 2 évtizeden keresztül finom, újabb kéziműszerek (ér-, szív-, csont-, plasztikai, kézsebészet stb.) importját, legfeljebb egy-egy profil- intézet számára. De a háború előttről még megmaradt finom, márkás nyugati műszerek egy részétől is megfosztották a sebészetet az '50-es években, ugyanis központi leltározás címen a nem képzett összeszedők a feleslegesnek ítélt eszközöket, a régi – feltve őrzött – műszereket, készülékeket, mikroszkópokat az utolsó darabig a MÉH-be vették bezúzásra. Kaptunk helyette újakat, úgynevezett „serbli acélból”, amiből csipeszek, érfogók készültek, s a használatkor elgörbültek, az ollók életlenek voltak, s olyan szikenyeket, amelyekre fixen nem illettek a kínai gyártmányú pengék. A bezúzás oly sikeres volt, hogy hazánkban ma egy filmhez, egy kiállításához nem lehet összeszedni régi műszereket. Világszerte keresik az orvostörténelmi múzeumok az első gyomorvarrógépet, a Hüttl-gépet, melynek gyártógépét is elvitték – minden tiltakozás ellenére – a belső klinikai műszerraktárból. Az Orvostörténelmi Múzeumunk is csak egy kísérleti darabbal rendelkezik e nagy hírű hazai találmányból.

A sebészeti újkori haladását az aszepszis és a fájdalomcsillapítás tette lehetővé.

Éppen ez a két terület volt az, amelyben két évtizeden keresztül nem juthattunk a korszerű eljárásokhoz. A sebészeti műtői anyagok sterilizációja országsszerte kétségbeesítően elmaradt volt. Régi autókavokban történt a műtői fehérneműk, fonalak, cérnakesztyűk stb. sterilizációja. A műszereket pedig csak kifőzték. A '60-as évek közepéig még a nagy kórházak sem tudtak kialakítani *központi sterilizátort*. A ventiláció nélküli hőlégtér sterilizátorok és gázsterilizátorok fecs-kendők, tűk, fonalak, szikék stb. széles körben még a '70-es években sem voltak beszerezhetők. Az atraumatikus tűk-fonalak még kevésbé. A hassebészet „réme” a cérna és a selyemfonalak által gyakran okozott fonalgennyesedés: a sipolyok, s hasfali sérv mindvégig kísértett.

A műtéti fájdalomcsillapításban két évtizeden keresztül a *csepegtető éternarkózis* volt az eljárás. A potenciált narkózis, a hipotermia, a hibernáció nem terjedt el. A nyugati korszerű altatógépek importjára – drágaságuk miatt – alig volt mód. Csak az aneszteziológia szakcsoport megalakulása után jutottak a nagyobb sebészeti osztályok is hozzá.

Kétségtelen, hogy a háború utáni első évtizedben még számos új sebészi eljárás az általános sebészeti intézetekben kezdődött – a társágak önállósodásáig –, így pl. a combnyakszögezés, a bronchológia, a korszerűbb variocostitas műtétek, a kézsebészet stb. De a legtöbb nagy klinikán volt fül-orr-gége, urológia, baleseti, orthopédia, röntgen- és idegsebészeti osztály. Ez előnyös volt a medikus oktatásban és a szakorvosképzésben is.

Műtéti eredmények

Az ált. sebészet *fejlődést leginkább a hassebészetben* mutatott: a kiterjesztett cardia, gyomor- és bélműtétek, valamint a pancreas- és epesebészet terén. A kiterjesztett vastagbél- és végbélműtétek eredményei országsszerte javultak, amiben a diagnosztika (gastro-enteroscopok) továbbá a praeoperatív degermináció fontos szerepet játszott. E műtéteket kiterjesztették az időskorúakra is. Különösen jelentős volt az ileusok kezelésében az „ileus-szondák” (Cantor, Miller–Abbott, Wangenstein-szondák) alkalmazása és a megfelelő folyadék-elektrolit pótlás (Petri G.). Haladást jelentett a végbélrák sphincter-megtartással operálása, amelyben – többek mellett – *Hendri. Loessel és Drobni* fáradozott kitartóan. A hasfali bélsipolyok elviselhetőségéért *Dubecz S.* közlései sokat segítettek. Elasztikus, világító endoszkópok (Olympos) és a non invazív eszközök, operatív szondák a tárgyalt időszakban még alig szerepeltek sebészetünkben. Sokat javultak az endokrin szervek műtétei is. *Czeyda Pommersheim F.* a Rókus Kórházban végzett 14 ezer strúmaműtétről számolt be.

Egyes gyakori sebészeti megbetegedésben elért eredményeikről ismert sebészeink két évente a Sebészeti Szakcsoport, majd 1966 után az MST nagygyűlésein számoltak be. Így a nyelőcsősebészetéről *Petrovszkij V. B.* (1951); a tüdő nem gümös műtéteiről *Sebestény Gy.* (1951); a szívsebészetéről *Littmann I., Kudász J.* (1953); az ileus sebészetéről *Petz A., Klimkó D.* (1954); a gyomor- és nyombélfekély-sebészetéről *Klimkó D., Bugyi I.* (1958); a környéki erek sebészetéről *Soltész L.* (1960); a belek nem daganatos sebészeti betegségeiről *Stefanics J.* (1962); a műtéti shockról *Petri G.* (1964); az epeműtétek szövődményeiről *Mester E.* (1964). A további években a parenetrális táplálás, a tromboembólia (1972), a hasnyálmirigy-, az endokrin- és a májsebészet került tárgyalásra. A nagygyűlések későbbi időszakában inkább vitakérdésekkel, s más szakmák témáival foglalkoztak. Kétségtelen, hogy ezen előadásoknak, vitáknak fejlődést jelző és oktató szerepe is volt.

Felmerülhet a kérdés, hogyan juthatott ennyire előre a hazai sebészet a nyugati haladástól elzártság, a „vasfüggöny” mellett. Elsősorban azért, mert amit könyvekből, folyóiratokból (különlenyomatok kérésével) meg lehetett tanulni, azt megtanulták, sokan még idősebbekkel is.

Egy különleges helyzetben és funkcióban lévő vezető (*Petri G.*, szegedi egyetem rektor, elnöki tanácstag) számos tanítványát tudta kijuttatni – rövidebb-hosszabb – nyugati tanulmányútra. Az 1970-es évek után, az, akinek előadását nemzetközi kongresszusra elfogadták – hosszas utánajárás után – utazhatott szégyenletesen csekély napidíjjal. A szórványos külföldi tapasztalat tette leginkább lehetővé a nyugati haladáshoz felsorakozásunkat, mivel a hazatérők szorgoskodtak azon, hogy a tapasztaltakat elterjessék.

Tárgyalási időszakunk végére a nagyrészt testtáji, illetve ér- és idegrendszer profilban kialakult szakágakhoz kerültek a korábban általános sebészetben kezelt betegek. A *hassebészet*en kívül még a *daganatos*, a *szeptikus esetek* és a „*kissebészeti*” betegek maradtak az általános sebészetek számára, valamint a klinikáknak még az oktatás és a szakorvosképzés feladata. Sebészeti tanszékvezetők nem egy személyben, hanem az *Allami Vizsgabizottság* elnökeként vizsgáztattak és ebben a bizottságban résztvevő két további tag, többnyire nagyobb sebészeti osztályok tudományos fokozattal rendelkező főorvosa volt.

Nem lehet azokat eléggé méltatni, akik a hátrányos körülmények mellett is tudtak újat végezni, úttörőként korszerű eljárásokat bevezetni, hazánkban addig nem végzett műtéteket sikerrel keresztülvinni. Néhányat – a teljesség igénye nélkül – felsorolunk:

Ductus Botalli lekötés (*Littmann I.*, 1949); első féltüdő kiirtás, első thymectomia, első kiterjesztett cardia resectio (*Sebestyén Gy.*, 1944–1952); Curare első alkalmazása hazánkban (Pécs., I. Sz. Sebészeti Klinika, 1951); Visnyevszki-féle infiltrációs érzéstelenítés (*Petrovskij V. R.*, 1950); első hazai coarctatio aortae op. (*Eisert A.*, 1950); a tüdőszegment anatómiájának kidolgozása és könyvben közlése (*Kassai D.*, 1953); első poplitea pótlás (1953) és aortarezecio (1960, *Soltész L.*). A hörgőrendszer patológiájáról és a bronchiális adenosisról közlés (*Horányi J.*, 1953). A modern kézsebészettel elért eredmények és alapjainak ismertetése könyvben (*Kós R.*, 1961); az első sikeres nyitott szívműtét extracorporális perfusióval (IV. Sz. Sebészeti Klinika, *Kudász J.*, 1961). Az első hazai pancreato-duodenectomia (*Hedri E.*, 1961). Az első hazai index pollicisatio a sensibilitás, keringés és mozgítás teljes megtartásával (*Kós R.*, 1961); carotis desobletiráció (*Pap S.*, 1965). Az első vesetransplantációk (1973) alacsony sugarú lézerstimulációs hatásának bizonyítása sebgyógyulásra (*Mester E.*, 1973). Vagotómia + drainage műtétek eredményéről beszámoló (*Rubányi P.*, 1975). Elsőként végeztek sikeres nyelőcsőpótlást, trachea resectiót, carotis endarteriectómiát a SZOTE I. Számú Sebészeti Klinkáján.

Ezek a „korai” eredmények még azon évek előtt születtek, amikor a nyugati eljárások még nem, vagy csak alig voltak ismeretesek itthon. A '90-es évek után Budapesten a korábbi II. Sz (Baross utcai) Sebészeti Klinika helyén létesült Transplantációs Klinika működésének megkezdéséig (igazgató *Perner F.*) hazánkban a transplantációk általános sebészeti klinikákon történtek. A későn és kevés számmal végzett transplantációk:

<i>Vesetransplantatiók</i>	<i>száma</i>
<i>Az elsőt 1962-ben Szegeden Német András végezte</i>	
1973	6
1979	79
1985	72
1991	138
<i>Máj- és pancreas transplantatio 1990-ig nem történt.</i>	
<i>(Az első májátültetés: 1995; pancreas: 1998.)</i>	

Amennyiben fel akarjuk mérni *sebészetünk haladását* ez időszak alatt, akkor olyan gyakori sebészi betegség adatait kell összehasonlítani, melyben főképp a diagnosztika és a sebészi műtéti eljárás játssza a főszerepet. Ilyen sebészi betegség az appendicitis, *Dubecz S.* (V.) könyve és a hivatalos statisztikai adatok szerint.

1954 és 1984 között a hoszpitalizált betegek között mindvégig az első helyen állt gyakoriságban az appendicitis. Az *appendectomák* számát 1955-től ismerjük, ekkor 36 479 volt. Ez a szám 1985-re 13 906-ra csökkent. A sebészi fejlődés egyik indikátora a *mortalitás*. 1945-ben az appendicitisben meghaltak száma 400 felett volt. A mortalitás 1955-re a felére csökkent és 1985-ig további javulás nem történt. Tehát a sebészi teljesítmény az első tíz évben volt jelentős. Ez a javulás azonban csak az összmortalitásra vonatkozik, mert – sajnos – az időskori mortalitás igen magas maradt. A WHO 1983-as adataiban a vizsgált 12 ország között, hazánké volt a legmagasabb (100 000 lakosra számítva férfiaknál 7,4; míg Hollandiában 1,1; Bulgáriában 0,7). Még rosszabbak a 75 év felettiéknél: férfiaknál 12,6(!); nőknél 8,2(!).

Az időskorúak katasztrofális mortalitásaért nemcsak a sebészek voltak felelősek!!!

Összefoglalva megállapítható, hogy az appendicitis összmortalitás terén az első három évtized alatt igen nagy javulás következett be, nyilván nem csupán a sebészi műtéti technika, hanem az alapellátás és az utókezelés javulása révén. Azonban, ha az összmortalitásból kiemeljük – a legkényesebb csoportot – az időskorúakat, akkor nálunk, a nemzetközi szinthez viszonyítottan, *igen rosszak maradtak 1983-ig az országos időskori mortalitási eredmények.*

A sebészek sorsa

A sebészek sorsát *anyagi helyzetük* alapvetően befolyásolta. A fiatalok 6 évi nehéz egyetemi tanulás után további szakvizsgára tanultak. A sebészetben napi 6-10 órai műtőasztal melletti állás, 3-4 naponta ügyelet, készenlét. „A fiatal sebészek nem fizetést, csak alamizsnát, éhbért kaptak.” (VII.) Rendkívül alacsony fizetéseket még megkurtították békekölcsön-jegyzéssel is. Az egyetemi dolgozók jegyzéséért a professzorokat tették felelőssé, hogy (pl. az oktatók egy havit) röpgyűlésen „önként” lelkesen ajánlják fel (szig. bizalmas ü.-i min.-i és rektori utasítás). Hogy megélhessenek, ügyeleteket, mel-lékállásokat, szabadság alatt helyettesítéseket kellett vállalniuk. Klinikára vagy kórházak-ba csak azok mehettek, akiket szüleik eltarthattak, vagy akiket népi kollégiumokból végzésük után, némi ösztöndíjjal benyomtak. Igaz, a háború előtt sem volt rózsás a fiatal orvosok helyzete. De az is igaz, hogyha pályájukon már sikert értek el, vagy vidékre mentek, akkor már gond nélkül hivatásuknak élhettek. A pártállamban végig – nemzetközi kongresszusokon – sikerrel szereplők fizetése is alacsony volt. Ezért működ-hetett a „brain drain”. Szólnunk kell a *paraszolvenciáról* is. Bármily erkölcstelen a „hálapénz”, tudomásul kell venni, hogy az állam az egészségügyi dolgozóknak olyan csekély fizetést adott, hogy létfenntartásukhoz a lakosságnak kellett külön hozzájárulnia. A sebészetben a beosztott orvosok sokszor kényszerültek ügyeskedésre, hogy mel-lékjövedelemre tegyenek szert (pl. ügyelet alatti sérv, appendicitis sürgősítéssel). A vezető állású főorvosoknak praxisra gondolni sem volt módjuk, oly számosan ellenőrizték (párt-, szakszervezeti titkár, személyzetis, besúgók). Meg kell állapítani, hogy a közfelfogással ellentétben, a sebészek nem kértek díjazást, különösen előre nem – kivéve néhány párt által támogatott vezetőt, akiknek „minden megengedett” volt.

Miután a fizetések a puha diktatúra idején sem emelkedtek jelentősen, maradt a mindvégig a paraszolvencia.

Az oktatási reform sikerét elsősorban a háború után, az előző időszakból meg-maradt tanszékvezetők és tanítványaik biztosították a fiatal orvosnemzedék számára az új politikai viszonyok között. Ők igyekeztek belenevelni a jövőndő fiatal orvosokba a nemzetközi szinthez mért etikai és szakmai igényességet.

S ez nem volt egyszerű feladat. Az egyetemre felvett hallgatók középiskolai képzettsége rendkívül alacsony volt, különösen a nyelvismeretük. A minimális orosz ismeretüket az egyetemi évek alatt csaknem teljesen elfelejtették.

A hallgatók nagy részének ingatag volt az erkölcsi érzése. Az „átnevelés” az állami iskolákban a vallás és a hazafiság megtagadtatásával kezdődött.

„Négy éven át szeretniök kellett (volna) megszállóinkat... Elhallgatták vagy megtagadták magyarságunkat. Az internacionalizmus eszméje nem szolgált mást, mint az orosz katonai diktatúra világuralmi törekvéseinek rózsaszínre festését. Tagadtatták az Istent, szajkóztatták a proletárdiktatúra állítólagos eredményeit, énekeltek az „elnyomás szolgasors...” kezdetű indulót Himnusz gyanánt, meggyalázva ezzel magyarságunkat.” (VII.)

Egyetemre felvétel után mi várt a medikusokra? A Népi Kollégiumokba csak népi származásúak nyerhettek felvételt, s csak akkor, ha vallották a marxista ideológiát. Kötelező volt részt venniük a DISZ-csoportok munkájában és kéthetente ellenőrizték munkájukat, politikai magatartásukat. Az 1955. december 11-i beszámoló megállapította, hogy a „hallgatók tekintélyes része nem érdeklődik a politikai kérdések iránt, nem igényli a DISZ- munkában való részvételt”, ennek ellenére a hallgatók magatartása, ha nem is lényegesen, de mégis javult. Az oktatási bizottság sincs megelégedve 1955/1956 évi jelentésében a marxista tanszék működésével, de optimista, mert segítséget vár a kommunista prof.-aktívától. Ezek az adatok a Bp.-i OE tanácsuléseinek „szig. titkos” jegyzőkönyveiből származnak. Ugyanitt hirdette 1956. július 11-én az egyetem párttitkára, hogy: „Ha valaki jól tudja a politikai gazdaságtant, nem lesz ezáltal jobb orvos, de jobb állampolgár lesz.” Az egyetem autonómiájáról nem beszélhetünk, mert erről szó sem volt. A Kp.-i PB utasításait az Eü.-i Minisztérium küldte le a rektorokhoz, és azokat maradéktalanul végrehajtották.

Leggyakrabban a káderfejlesztés kérdésében, az osztályidegen oktatókkal és hallgatókkal kapcsolatban érkeztek a „titkos” utasítások. Ezeket a rektorok végrehajtották és az egyetemi tanácsuléseken kihirdették. (Nem volt ellenvetés, sem szavazás.) A Bp.-i OTE 1955. november 9-i rektori tanácsulésén a párt leirata alapján kihirdetést nyert, hogy politikai okokból 8 orvost és 12-14 hallgatót eltávolítanak.

Az egyetemnek 5 éves káderfejlesztési tervét a Bp.-i OTE 1956. IV. 17-i tanácsulésen ismertették. Az eü.-i min. szig. titkos leirata alapján 230 oktatót kell „lecserélni” (az oktatók több mint a negyedét), s az első évben 75 főt (10,8%). A lecserélésre első sorban adjunktusok, tanársegédek lettek kijelölve, „jelentős részük politikai okokból”, indokolta a párttitkár (F. I.). A megüresedett orvosi állásokra joggal számíthattak a frissen végzettek, ám a Kp.-i Pártbiz. utasítására „sem értelmiségi, sem kispolgári származásúakat az egyetemre behozni nem szabad”. S ezt a rektor (G. K. P.) helyeslően a tanári kar tudomására hozta, az 1956. II. 28-i ülésen. Az idősebb oktatók lecseréléséhez csak Balogh prof. tett észrevételt, mondván: „Éppen az értelmiség és az idősebb generáció volt az, amely erejét adta és képességét a demokráciának, ezért megkívánhatja a bizalmat. A pártonkívüliek helyzete azonban éveken át nem volt rózsás.” A párttitkár válaszában elismeri, hogy „az elmúlt 11 év alatt történtek igazságtalan intézkedések”. (Orvosolás?) A helyzet a vidéki egyetemeken is ugyanez volt.

Egy ilyen igazságtalan eset. A Bp.-i OTE rektorának (G. K. P.) leirata Rubányi prof.-nak: „Leküldöm dr. B. A. felmondási okmányát. Nevezett olyan kijelentéseket tett, melyek a párt és a népi demokrácia lebecsülésére utalnak.” Így intézték el – besúgásra – az egyik legkiválóbb oktatót.

Ma sem dönthető el, hogy a kemény diktatúrában alkalmazott eszközökkel és szüntelen propagandával történt szovjet mintára való társadalomátalakítási kísérlet milyen következményeket okozott az orvostársadalomban? Mindezek ellenére azt kell ismerni, kétségtelen, hogy az egyetemi *szakmai* oktatás változatlanul megfelelő volt. Ezt bizonyítja, hogy a külföldre került orvosaink – nyelvtudás elsajátítása után – többségükben kitűnően megállták a helyüket.

Már 1975-ben is 382 külföldi diák tanult a Budapesti Orvosegyetemen, nemcsak a korábbi koreai, majd vietnámi és NDK-beli hallgatók, hanem fokozatosan a nyugatiak is.

Azok után, hogy írtunk arról, mit tanultak az egyetemen jövőre sebészeink, írjunk arról is, hogy mit tapasztaltak azután, hogy állásba kerültek. Az anyagi lehetőségekről már szóltunk. *S elömeneteliük* kilátásai? Munkahelyük helyzete, ahová kerültek? A fiatal sebészek azt tapasztalhatták, hogy a szakmai irányítók többnyire végrehajtják a párt- és államvezetők diktatórikus rendelkezéseit. Megtűrik, hogy megélhetést is alig biztosító fizetést kapjanak. Bezzeg a vezetőcsoport nem osztozik a szegénységben. Álláshalmozások. Már a '60-as évektől külföldi kiküldetések, de nem a Szovjetunióba, hanem a gyűlölt kapitalista országokba. Címek, elnökségek, kitüntetések, jutalmak a már „személyi kultusz” éveiben kialakult elit csoport privilégiuma. Közülük kerülnek ki az intézetigazgatók és a kongresszusi elnökök. Ők döntenek kutatási célpremiумokról, kinevezésekről, mint elbírálok. Ez az uralom főleg a fővárosból érezte a döntő befolyását.

Csak példának említyük, hogy a szakcsoport, illetve az MST 15 elnökéből csak kettő volt vidéki, de az MST 10 főtitkárából egy sem. Ezen időszak 16 nagygyűlésén csak kétszer elnökölt vidéki.

Ezeket a vezető csoportokat nem a párt hozta létre, de a párt égisze alatt működtek. A Kútvölgyi úti kórház luxus ellátásával elégedett elit tűrte a klikkezést. A puha diktatúra második emberének, a kultúra, az értelmiség és az egészségügy tönkrevőjének (VII.) megfelelt, hogy minden akaratát teljesítik. Felmerül a kérdés, hogy a kívülállók vajon vakok voltak? Nem voltak! Csak kiszolgáltatottságuk révén tehetetlenek. A kényszerítő intézkedések megszegésére nem volt mód. Az értelmiség és az orvosok többsége is *Janus arcra* kényszerült. A „*dura necessitas*”, a '*kegyetlen szükség*' (Horatius) miatt ez volt az egyetlen lehetőség. Otthoni magatartásukkal igyekeztek ellensúlyozni a marxista-leninista tanok szerint követelt életvitelt és nevelést. Ennek bizonyítéka a *fiatalág 1956-os hazafias magatartása és az 1990-es rendszerváltás igénye* (5. ábra).

Több mint négy évtized sebészetének történetét, Magyarországon, csak röviden és – a teljesség igénye nélkül – lehet megírni egy szűkre szabott fejezetben. Ez időszak politikai, társadalmi és gazdasági befolyása alapvetően hatott a sebészet működésére. Ezekről „*facta loquuntur*”, az előzőekben már írtunk adatokat. Ezek kritikája sem a történetírás feladata. Azonban amennyiben ezek közvetlenül érintették a sebészet működését és a sebészek sorsát, azokról nem engedhettük meg a „*damnatio memoriae*”-t. Ezek nélkül nem lenne érthető a kemény diktatúra idején fennállott *elmaradottság*, de a később sebészeink erőfeszítései révén elért *fejlődés* sem.

A rehabilitált orvosok és diákok névsora

ORVOS EGYETEM

A SEMMELWEIS ORVOS
DOLGOZÓINK ÉS

XXIV. évfolyam 9. szám

1990.



Az **OMKEREXPO**
egyik slágere a

Marly-Skin

Az Egyetemi Tanács május 22.-i ülésén született állásfoglalás alapján több mint 230 nevet tartalmazó listát hoztak nyilvánosságra a politikai okok miatt hátrányt szenvedettek nevével

(2-3. oldal)

Állásfoglalás

a politikai okok miatt hátrányt szenvedettek
erkölcsi rehabilitációjáról

1. A napjainkban is változó társadalmi és politikai viszonyok, a jogállamiság útján eddig megtett lépések, az erősödő egyetemi autonómia lehetővé és egyben kötelezettségünkké teszi, hogy megkövesítsük mindazon dolgozóinkat és hallgatóinkat, akik az elmúlt 45 évben ideológiai vagy politikai állásfoglalásuk vagy vallási hovatartozásuk, s ezzel összefüggő cselekvéseik miatt - jogi vagy nem jogi úton - súlyos hátrányt szenvedtek, függetlenül attól, hogy ez az egyetemi hatóságok döntése által vagy azok közreműködésével, külső hatalmi szervek kérésére történt-e.

2. Az Egyetemi Tanács az említett méltatlan döntéseket az Európai Egyetemi Magna Chartájának szellemével ellentétesen tekinti, ezért

a) az állásfoglaláshoz csatolt független megnevezett szakértelmeink, illetőleg hozzátartozóinknak külön is mély sajnálattal fejezi ki;

b) a rájuk vonatkozó és az

egyetemi hatóságok által hozott, de eddig nem orvosolt döntéseket hatályon kívül helyezni rendeli;

c) elrendeli ezen állásfoglalás nyilvánosságra hozatalát.

3. A független megadott névsor bizonyosan nem foglalja magában mindazokat, akiket az idők folyamán méltánytalanság, sérelem ért. Ezért a nyilvánosság megteremtésével lehetőség van további rehabilitációra is.

4. Az Egyetemi Tanács kéri a rektort, hogy folyamatosan számoljon be a rehabilitációk tekintetében tett intézkedéseiről.

ORVOSOK ÉS GYÓGYSZERÉSZEK

Dr. Ajkay Zoltán
Dr. Almásy Károly
Dr. Andriaska Viktor

Dr. Bagosi Péter
Dr. Bakay Lajos
Dr. Balassa Kálmán
Dr. Balaton Ignác

Dr. Bakó József
Dr. Kokas Ferenc
Dr. Kopits Imre
Dr. Kormos Katalin
Dr. Korompay Imre
Dr. Kós Rudolf
Dr. Kovács Zoltán
Dr. Kovács Zoltán
Dr. Kövesligethy Iván
Dr. Kudász József
Dr. Kunczné dr. Klein Lea

Dr. László Góza
Dr. Lexa László
Dr. Liha Zoltán
Dr. Losonczy György
Dr. Luzsa Endre

Dr. Madarász Ferenc
Dr. Madarász Ferenc
Dr. Madarász György
Dr. Matoicsy Sándor
Dr. Marosovszky Pál
Dr. Marx József
Dr. Molny József
Dr. Metzler János
Dr. Molnár Béla

5. ábra

A Semmelweis egyetem Orvosi Egyetem c. lapja (1990. XXIV. 9.) közli az Egyetemi Tanács állásfoglalását 230 orvos, ill. hallgató erkölcsi rehabilitációjáról. E hirdáson kívül egyéb nem történt. A rehabilitáltak egyébként sem szóban, sem írásban semmiféle értesítést nem kaptak. (Ez rehabilitáció?)

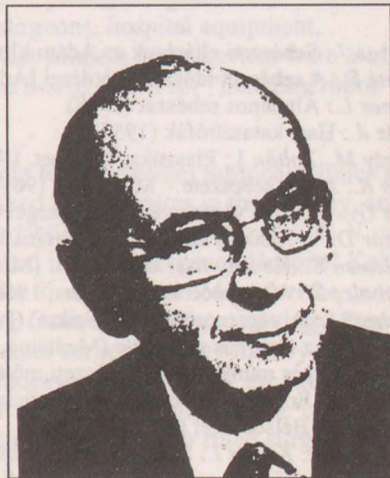
Sebészetünk színvonalának megőrzését a háborút túlélő tanszékvezetők, s közvetlen tanítványaik tették lehetővé. Így megmaradtak azok az alapok, amelyek a *Balassa, Dollinger* által képviselt magyar sebészet hagyományos szellemét tovább örökölték. S tárgyalt időszakunkban, több más mellett, leginkább *Sebestény Gy.* és *Petri G.* nevét említhetjük (6. ábra), akik iskolateremtőként megőrizték, s továbbadták e magyar sebész örökségét.



SEBESTÉNY GYULA
(1887–1954)

6 ábra.

Ez időszak két leginkább kiemelkedő professzorának mellképe, akik ekkor a legtöbbet tették a magyar sebészetért



PETRI GÁBOR
(1914–1985)

Ehhez odaadó ember-, beteg-, és hivatásszeretet, állandó tanulás, a jobb iránti fáradhatatlan kutatás, a tudás továbbadásával törődés töltötte be napjaikat, nem könnyű életükben.

Nagy igazság, hogy a múltból a jövőre kell tanulni! Sebészetünk ez időszak története ehhez nemcsak keserves emlékeket nyújt, hanem bőven tanulságokat is. Továbbá *kötelezettséget elődeink munkásságának megbecsülésére és nevük megőrzésére.*

A múlt időszak lezárásakor *Balassa* tanszéknyitó beszédének első mondatait megszívlelendőnek említhetjük:

„Az orvos-sebészi tudomány, s művészet elvei, s gyakorlati részletei azon tág mező, melynek művelésében folytonos, s kettőztetett munkássággal kell forognunk, hogy az épület, melynek alapjait tisztelt elődeink művészi kezekkel rakták, ép és erős maradjon, hogy az a kor kívánatához képest táguljon.”

A *balassai* igények idézése után végezetül mit kívánjak az utánunk következő nemzedéknek? Azt hiszem Csokonai mondata alkalmas erre:

„Éljetek szerencsésen, ... mi csak igyekezni akarnánk, tinéktek pedig munkálkodni is lehet: m u n k á l k o d j a t o k !”

ORVOSI KÖNYVKIADÁS

A háború után különösen a tankönyvekben mutatkozott hiány. A sebészetben a medikusok csak előadás-jegyzetekből tanulhattak éveken át. Az első sebészeti tankönyv, a *Hedri E., Sebestény Gy.*: Részletes sebészet (Medicina) csak 1951-ben jelent meg. Az Általános Sebészeti tankönyv (*Rubányi P.*) pedig csak 1972-ben.

A sebészeti témakörben megjelent könyvek címei, a teljesség igénye nélkül:

- Hoyos J.*: Sebészeti eljárások az Ádám klinikán (1974)
Máté E.: A sebészet időszerű kérdései [Ádám-tanítványok (1947)]
Benes L.: Általános sebészet (1948)
Petz A.: Hasi katasztrófák (1955)
Érczy M., Zoltán J.: Plasztikai sebészet. I–II. (Medicina, 1955)
Kós R.: A kéz sebészete – Medicina (1961)
Vas Gy.: Az alsó végtag vénás betegségei (Medicina, 1963)
Lázár D.: A hasüreg sebészet diagnosztikája (Medicina, 1964)
Kelemen E.: Heveny hasi kórképek... (Medicina, 1966)
Szabolcs Z.: A gyomorrák (Medicina, 1966)
Dubecz S.: A végtagszonkolás [Szikra, (Pécs, 1967)]
Kun M.: Az akut has sebészete (Medicina, 1969)
Littmann I. és munkatársai: Sebészeti műtéttan (Medicina, 1977)
Nemes A.: Érsebészeti vezérfonal (Medicina, 1980)
Drobní S.: Belsősebészet (Medicina, 1982)
Stefanics J., Kocsis I.: Sebészet I–II. (Medicina, 1982)
Renner A.: A kéz pyogen fertőzései (Medicina, 1982)
Ladányi J., Kós R., Szécsény A.: Sebészeti diagnosztika (Medicina, 1980)
Dubecz S.: Az anus pré ellátása (Medicina, 1984)
Dubecz S.: Akut appendicitis (Medicina, 1988)

Érdemes megemlíteni, hogy a magyar sebészek orosz nyelven megjelent könyvei igen sikeresek voltak a Szovjetunióban. A *Vesztnyik Híruurgija* 1979. évi 3. számában ezeket írta: „A szovjet sebészek részére jó felvilágosító könyvek kerültek ki magyar sebészek részéről. Ilyen alapvető művek: Nagy D.: Röntgen anatómia, Kós R.: Híruurgija Kiszti, Zoltán J.: Cicatrix Optima.”

Sebészeti folyóiratot csak a sebész-szakcsoport adott ki, 1948 és 1950 között Archivum Chirurgicum; továbbá 1950 és 1960 között Magyar Sebészet néven. 1966-tól az újra alakult Magyar Sebészársaság lapjaként jelent meg – méltóbb alakban – a Magyar Sebészet, negyedévente.

I R O D A L O M

- I. *Bakay L.*: Fellebbezés az ügyészséghez (Kézirat)
- II. *Balázs Piri L.*: Emberek fehérbn (1956)
- III. *Balázs T., Ugrin L., Vértés L.*: Fővárosi Szent István Kórház 100 éve
- IV. *Bugyi I.*: A sebészorvos (1939)
- V. *Dubecz S.*: Klinika a tűzvonalban. (1996)
- VI. *Dubecz S.*: Akut appendicitis (1988)
- VII. *Kiss János István*: A magyar sebészet és a sebészek helyzete... (1999) (Balassa-előadás)
- VIII. *Kós R.*: Az MST jegyzőkönyve (Orv. Tört. Köz., 2001)
- IX. *Ladányi J.*: Visszaemlékezés cím (DOTE., 1984)
- X. *Lukács G.*: 90 éves az MST (1996)
- XI. Pázmány Péter Tudományos Egyetem Igazol. Biz. jegyzőkönyve (1945)
- XII. *Petri G.*: Sebészet Magyarországon a két világháború között. A Magyar Orvosi Történelmi Társaság ülési előadása (1979)
- XIII. *Schmidt P.*: Az MST 1990-es pályázatára beadott mű – Kézirat
- XIV. *Semmelweis Orvostudományi Egyetem Klinikáinak és Intézetainek története (1945–1975)* – Budapest, 1976

Chapter II. General Surgery

After the war the ruined hospitals were quickly rebuilt despite of many hardships. Such hardships were the considerable lack of doctors, mainly surgeons, hospital equipment, especially surgical equipment, and food. Besides Soviet soldiers and deserters were looting and hundred thousands of civilians were taken to the Soviet union for "malenky robot" – i. e. forced labour – for years.

To supply doctors a new educational order was brought to life. Second Surgical Clinics and Surgical Anatomical Surgical Institutes were established at universities in the country, and a Doctor Further Educational Institute in Budapest. In 1949 the Soviet Petrovsky B. V. was invited to direct the Surgical Clinic that was established in the Emergency Hospital Koltói. His main duty was to teach army surgery based on the Soviet pattern. Moreover he carried out useful changes, such as organising a Blood Giving Centre and a Traumatology Department. His successor was Rubányi P. who also was the chief surgeon in the Ministry of Health. In spite of changing chairs time to time he always endeavoured to follow the international surgical improvements. As the director of most of the surgical functions he carried out organisational and personal orders given by the regime and his group ruled surgery all the time.

General surgery was divided further in the decade after the war. Before the war ear, nose and throat and child surgery, orthopaedics, nerve surgery already existed, and now they became independent. New branches, like anaesthesiology, emergency-, plastic-, hand, heart and artery surgery formed.

Due to the surviving chairmen of surgical clinics and their immediate doctor disciples the quality of medical students education remained satisfactory. In the 50s and 60s Korean, Vietnamese and GDR students studied at the Hungarian medical universities, and in the last decades many western students joined them.

Despite of the lack of equipment in Hungary ambitious surgeons tried to learn everything they could from books and journals about the improvements of the western world. However to line up with the west field trips were essential. Unfortunately doctors could only travel in the last one and a half decade among shameful circumstances.

We also need to mention the life of the surgeons this time. Immediately after the war were hastily formed with leaders from the regime. They decimated surgeons by political checks, especially the ones who held better positions earlier. Later the tyranny on the whole society and especially the cadre policy did the same. There was nothing to do against the strict reorganising and re-education based on Soviet pattern. In state schools youngsters were educated to be unpatronic and atheist and to love their occupiers. Doctors were forced to cite and praise "the most advanced Soviet medicine" for in all places.

Prof. Dr. Renner Antal
A baleseti sebészet

Prof. Dr. Renner Antal
A baleseti sebészet

Prof. Dr. Renner Antal **A baleseti sebészet**

A hazai önálló baleseti sebészet kialakulását megelőzően a sebészek végezték a sérültek ellátását Magyarországon.

A II. világháborút követően az erőltetett iparosítás és a nem megfelelő munkavédelmi rendszabályok, a rohamosan növekvő gépkocsiállomány, s a hiányzó közlekedési kultúra együttesen vezetett a sérültek számának ugrásszerű növekedéséhez. Megnőtt a súlyos sérültek aránya, ismertté vált a polytraumatizáció fogalma. Az általános sebészek a sérültellátás megnövekedett minőségi és mennyiségi feladatával már nem tudtak megbirkózni, veszélybe került saját szakterületük fejlődése is. A komplex sérültek, a polytraumatizáltak kezelését az ortopéd sebészek képzettségüknél fogva nem vállalták.

Követendő példa lett az Uzsoki utcai kórházban 1928-ban alapított első baleseti sebészeti osztály, melyet *Hedri Endre* meggyőző érveire és sürgetésére az Országos Társadalombiztosítási Intézet (OTI) hozott létre és finanszírozott. Már 1932-ben további 50 ágygal és ambulanciával bővítették. *Hedri* kedvező győgyeredményeit és a gazdasági érveket felismerve az OTI felépíttette, és 1940-ben megnyitotta Európa akkor egyik legmodernebb baleseti intézményét, a Magdolna Baleseti Kórházat Budapesten. Első igazgatója *Elischer* professzor volt.

1945 márciusában *Hedri Endre* lett a kórház vezetője, s Koltói Anna Kórház néven működött tovább. *Hedrinek* itt volt lehetősége alkalmazni a *Sauerbruchnál* és *Payrnál* szerzett töréskezelési ismereteit, és széles körben alkalmazni a *Lorenz–Böhler*-féle klasszikus töréskezelési elveket.

1947-ben a Koltói A. Kórház épületébe helyezték a Budapesti Orvostudományi Egyetem III. Sz. Sebészeti Klinikáját. Ennek egy része mint az egyetem Baleseti Sebészeti Intézete működött, 200 ágygal, melyet először *Elischer*, majd *Dániel* vezetett. Kiváló körülmények között alkalmazhatták a még domináns konzervatív töréskezelést és bevezették az első korszerű osteosynthesiseket. Az első Küntscher-féle velőürszegezés femuron *Dániel* nevéhez fűződik hazánkban. Bár az első combnyakszegezést 1937-ben Kiskunhalason *Monszpart* végezte – aki *Verebély*-tanítványként *Lorenz Böhler* első asszisztense volt –, rutinműtétté a Koltói Anna Kórházban vált.

1950-tól a szovjet *Petrovskij* professzor vette át a kórház irányítását. Ő kapta meg mindazokat a lehetőségeket, amelyekért *Hedri* hiába küzdött, s mint írta: „Minden igyekeztem, számos szóban és írásban tett sürgetésem hiábavalónak bizonyult! Petrovskij professzornak kellett jönnie és mindazt megvalósítania, amit mi nem tudtunk!”

Megvetették az alapját a sérültek komplex kezelésének, a központi vérellátásnak, az intézményes rehabilitációnak, az égéskezelésnek, valamint a plasztikai sebészetnek (*Érczy Miklós, Zoltán János*).

1953-ban *Rubányi Pál* lett a III. Sz. Sebészeti Klinika vezetője. Működése alatt kezdődött meg a megyei kórházakban az önálló traumatológiai osztályok leválasztása az általános sebészeti osztályokról. Ezek első vezetői általános sebészek voltak, akik azonban sem kellő felszereltséggel, sem korszerű szakmai ismeretekkel nem rendelkeztek.

A baleseti sebészet teljes mértékű önállóvá válásában a döntő fordulat 1956-ban következett be, amikor a Honvédelmi Minisztériummal együtt, az Egészségügyi Minisztérium 115/1956. (Eü-i Közl. 3.) utasítása alapján: „A Budapesti Orvostudományi Egyetem Baleseti Sebészeti Intézetét Országos Traumatológiai Intézetté szervezte át”. Első főigazgatója *Szántó György* orvos-vezérőrmagy, a Magyar Néphadsereg fősebesze volt.

Ez lehetővé tette a hazai baleseti sebészet tudatos szervezését és fejlesztését, oktatását, tudományos kutatását, a diagnosztikus és a terápiás újdonságok módszertanának a terjesztését. Ettől kezdve a magyarországi baleseti sebészet története, fejlődése szorosan összefügg az Országos Traumatológiai Intézet történetével.

Gyógyítás

Itt felismerték, hogy a polytraumatizált sérülteknél nem az egyes sérüléseket, hanem az egész sérültet kell egységes szemlélet szerint, egy helyen, a tudomány naprakész lehetőségei szerint kezelni. *A polytraumatizáltaknak, a többszörös súlyos sérülteknek a traumatológus irányításával, teamben végzett egységes ellátása az interdiszciplinaritás jegyében* annyira új volt, hogy a '60-as években, Nyugaton, „magyar modell”-ként említették. E szemlélet évtizedekkel megelőzte korát, hiszen az Egyesült Államokban a Sebész Kollégiumok állásfoglalása alapján megalkotott Emergency Medical Service-törvény csak 1976 óta írja elő a súlyos sérültek teames ellátását, s ezen időtől létesültek ott traumaközpontok.

E felismerést követve szervezték meg az országos intézet szakmai osztályait, azok személyi állományát. **1958**-ban: neuro-traumatológiai, mellkas-traumatológiai osztályt, valamint – elsőként Magyarországon – intenzív betegellátó osztályt. Az akkor már Európaszerte terjedő korszerű kézsebészet – politikai elzártságunk ellenére is – szükségszerűen helyet követelt magának. **1959**-ben megalakult az ország sokáig első önálló kézsebészeti osztálya *Manninger* vezetésével. **1962**-ben gyermektraumatológiai, ortopédiai osztályt szervezett. Az intézetben magas szintet ért el a konzervatív töréskezelés, melynek kiváló mestere volt *Ravasz János*, *Manninger Jenő*, *Somogyi Szilveszter* és mások. A műtéti töréskezelést elsősorban a combnyaktáji, a femurdiaphysis töréseknél alkalmazták, s bevezették a félstabil osteosynthesiseket. **1962**-ben már acrylát csípőprotézist is implantáltak. A klasszikus ortopédiai és a posttraumás helyreállító műtéteket kezdetben kitűnő ortopéd sebészek – *Peer Gyula*, majd *Biró Tibor* – végezték, később a felnövekvő baleseti-sebész-generáció vette át, s fejlesztette tovább.

Az eredményes sérültellátás nem nélkülözhetette a szakszerű utókezelést, a *rehabilitációt*. Ennek hazai megszervezésében *Egyed Béla* elévülhetetlen érdemeket szerzett. Az első baleseti utókezelőt a Péterfy Sándor utcai kórházban alakította ki **1952**-ben, majd **1960**-ban a Szántó Kovács János utcában – az országos intézet mellett szervezett utókezelőt. Itt bontakozott ki valójában gyógyító-, oktató- és szervezőtevékenysége: kitűnő gyógytornászokat nevelt, interklinikai konferenciáin a fővárosi traumatológus vezetők rendszeresen részt vettek.

1961-ben – ugyancsak a Szántó Kovács János utcában – a főváros megszervezte a Központi Baleseti Ambulanciát, s bár a két intézmény nem azonos vezetés alá tartozott, az elvi és gyakorlati szakmai egység már jelen volt.

1963-tól vált osztállyá az akkor már 10 éve működő első hazai szövetkonzerváló, melynek megszervezője *Bálint B. József* volt.

Az Országos Intézet a főváros balesetsebészeti bázisává vált, s a következő években fokozatosan egyre több felvételes ügyelettel vett részt a fővárosi sérültellátásban.

Oktatás

Az intézet – létesítése pillanatától – legfontosabb feladata volt, hogy a terebélyesedő traumatológiai hálózat kizárólag sebész képzettségű orvosait új ismeretekhez juttassa. Ennek megvalósítására tanfolyamokat szervezett (1956–1966: 479 hallgató).

Az oktatás megkönnyítésére **1957**-ben az Országos Intézet jegyzetet adott ki, majd egy intézeti munkacsoport lefordította, s **1964**-ben kiadta *Lorenz Böhrer* „Die Technik der Knochenbruch-behandlung” című könyvét.

1959-ben vált először lehetővé *baleseti sebészetből szakvizsga* letétele, sebész szakvizsgára építve.

1962-ben létesült az Orvostovábbképző Intézet (OTKI) *Traumatológiai Tanszéke* az országos intézet bázisán. Első egyetemi tanára 1971-ig *Szántó György* volt. Posztgraduális és szakvizsga-előkészítő tanfolyamok sorát szervezte meg: *1995-ig 238 különböző tanfolyamon 6703 hallgató vett részt!* Mint stratégiai szakmában, a '80-as évek közepéig, minden manuális szakmában dolgozó orvosnak tanfolyamon kellett elsajátítania a sérültellátás alapjait és a katasztrófamedicina ismereteit.

1962-től, a traumatológiához hasonlóan, a modern kézsebészet rendszeres oktatását is bevezették, a szakvizsga-előkészítő és a továbbképző tanfolyamokon.

A '60-as években – a Budapesti Orvostudományi Egyetemen – *Berentey György* kezdte el a traumatológia graduális oktatását. Több sebészeti tankönyvben fejezetet írt a sérülések ellátásáról.

Tudományos kutatások

Az országos intézet tudományos osztálya és kísérleti laboratóriuma 1958-ban létesült kórélettani, biokémiai és izotóp részleggel; intézeti és külső munkatársakkal; állatműtővel és állatistállóval. Főbb kutatási területei: a vérkeringési shock és a zsírembólia patomechanizmusa, a reperfüziós károsodás kórtana és gyógyszeres kezelésének lehetőségei, az egészséges és kóros törésgyógyulás állatkísérletes modellezése, a törésgyógyulás humorális szabályozásának kutatása, az első hazai művese készülék kísérletes működtetése, majd klinikai alkalmazása (*Fekete György, Renner Antal*). Az intézet munkatársai ETT és OTKA pályázati támogatással 54 témakörben végeztek kutatómunkát.

Szervezés és módszertan

A szervezési feladatok vezetője *Hönig Vilmos* volt. Érdemeket szerzett a traumatológiai hálózat szervezésében, melyben az *alapvető eszköz a centrális irányítás volt. A baleseti sebészeti országos hálózat szervezetileg és funkcionálisan – elvi-szakmai vonatkozásban – egyaránt egységes szervezet volt.*

Az országos intézet legjobb szakembereiből *megalakult az instruktori hálózat*, melynek feladata volt a kapcsolattartás a traumatológiai osztályokkal, konzultáció a problematikus esetekben, az egységes kezelési elvek széles körű elterjesztésének az elősegítése. Az instruktori rendszer élő és termékeny kapcsolatot valósított meg, így az évek előrehaladtával, az intézet megerősödésével a *hálózat minden egyes traumatológiai osztálya biztonságot nyújtó szakmai bázisnak tekinthette az országos intézetet.*

Mit jelentett az országos hálózat? Olyan fővárosi és megyei ellátó központok kialakítását, ahol lehetőleg minden sérülés ellátására képesek, és – a progresszív betegellátás keretében – a saját területükről átvesszik a súlyosabb sérülteket. A helyileg el nem látható komplex sérültek átvételére pedig – az ország egész területéről –, az országos intézet mindig készen állt. Az intézet szorgalmazta az integrált baleseti ambulanciák, a beteggondozás és a rehabilitáció megszervezését is. A hálózat számára elkészítették a szakmailag és gazdaságilag egyaránt előnyös egységes *műszernormát* és folyamatosan adtak ki *módszertani leveleket.*

Az országos hálózat kialakításában jelentős szerepet kapott a vidéki egyetemeken megszervezett traumatológiai ellátás.

Debrecenben az I. Sz. Sebészeti Klinikán *Forgon Mihály*, az Ortopédklinikán *Pap Károly*, a megyei kórházban 1957-től *Pellet Sándor* irányította a baleseti sebészeti ellátást, őt *Sánta Sándor* követte a vezetésben.

Pécsen az I. Sz. Sebészeti Klinikán *Schmidt Lajos* operálta először a combnyaktörést háromlamellás szeggel. A sérültellátáshoz erősen kötődött az ortopéd képzettségű *Radocsai Lajos*, *Nyakas Ákos*, és a sebész *Kett Károly*. *Schmidt* professzortól *Karlinger Tihamér* vette át a klinika vezetését, ahol 1969-ben *Forgon Mihály* társprofesszorként baleseti osztályt alakíthatott. A II. Sz. Sebészeti Klinikán *Kudász József* szerkesztett célzókészüléket a combnyakszegezéshez és kicsúszásgátló fogazott combnyakszeget.

Szegeden a II. Sz. Sebészeti Klinikán *Pálkó*, majd *Endrődy János* vezette a traumatológiai osztályt, az I. Sz. Sebészeti Klinikán *Czipott Zoltánról* kell megemlékezni. A városi kórházban *Vadász Károly* volt az első traumatológiai osztálynak a vezetője.

A **megyei kórházakban** is kezdetben sebészek vezették az önállóvá váló traumatológiai osztályokat. A teljesség igénye nélkül megemlítve az első vezetőket: *Illyés Zsigmond* (Nyíregyháza), *Tiborcz Sándor* (Szombathely), *Patkós Imre* (Győr), *Anka Péter* (Cegléd), *Nánási József* (Békéscsaba).

Budapesten a Péterfy Sándor utcai kórházban létesült nagy baleseti osztály 1957-ben, *Oberna Ferenc* vezetésével, aki a Hedri-iskola kiváló tanítványa volt. A következő években sorra alakultak az önálló baleseti osztályok (Újpesten, Csepelen, a Központi Katonai Kórházban), illetve a sebészeti és ortopédklinikai traumatológiai részlegek.

Az önállósult szakma első eredményeinek közzétételére – országos intézeti otthonnal – 1958-ban útjára indult a „Traumatológiai és Orthopaediai Közlemények” című szaklap, amely a szakma fejlődésével, 1960-tól új néven: „Magyar Traumatológia, Orthopaedia- és Helyreállító Sebészet” elnevezéssel jelent meg. Az egyre dinamikusabban fejlődő plasztikai sebészet és a modern kézsebészet is helyet kért a szaklapban, mely 1991-től a „Magyar Traumatológia, Orthopaedia, Plasztikai Sebészet és Kézsebészet” címet viseli.

Az egyre növekvő számú baleseti sebész összefogására 1966-ban megalakult a *Magyar Traumatológus Társaság*, majd a *Traumatológus Szakmai Kollégium*. A Társaság, a szakmaszervezési kérdések mellett tudományos ülések, kongresszusok szervezésével, s a szakma külföldi menedzselésével foglalkozott. Évente szervezte a vándorgyűléseket, a Fialat Traumatológusok Fórumát, s 3-4 évenként nemzetközi kongresszusokat. Szakmánk külföldi elismertségét is bizonyította, hogy Renner elnöksége alatt, 1994-ben, a Magyar Traumatológus Társaság rendezhette az 1. Közép-európai Baleseti Kongresszust Budapesten.

A '60-as évek végére az országos hálózat kialakítása gyakorlatilag megtörtént. E hálózat 1971-ig – az új Tanács törvény életbe lépéséig – szervezetileg és funkcionálisan egyaránt egységes szervezetként működött. 1971-ben, az új Tanács törvény, a területileg illetékes Tanácsok V. B. Szakigazgatási szerveinek szervezeti alárendeltségébe utalta a kórházakat. A baleseti sebészetek funkcionális ágazati irányítása azonban továbbra is az országos intézet hatáskörében maradt az intézet instruktori hálózatán keresztül, a megyei szakfőorvosok együttműködésével.

Az Eü.-i Min. 1970-ben az országos intézetet bízta meg az intenzív betegellátás szakmai és módszertani irányításával és ellenőrzésével, az intenzív ellátó egységek képzésével és továbbképzésével.

1972-ben *Manninger Jenő* lett az országos intézet és a Traumatológiai Tanszék vezetője. *Ebben az évtizedben alapvetően megváltozott a töréskezelés!* Az AO-Internationalal kidolgozta a műtéti töréskezelés elvi alapjait és a gyakorlati megvalósítását stabil osteosynthesissel. A Synthes cég gyártotta a műtétekhez szükséges speciális műszereket és az osteosynthesis anyagokat. Manninger a műtéti töréskezelés lelkes híve és hazai terjesztője volt. A nagy feltárást igénylő osteosynthesisekhez korszerű zsilipes műtőt építtetett. Az új töréskezelési technika elsajátítására, a '70-es évektől, a vezető traumatológusok, Ausztriában és Németországban szervezett AO-tanfolyamokon vehettek részt, ösztöndíjjal. Később hasonló kedvezménnyel, traumatológusaink sora jutott el a legjobb európai AO-klinikákra (1. ábra).

KÜLFÖLDI ÖSZTÖNDÍJAS UTAK

AO-ösztöndíj 1977–1995	124
Böhler Intézet 1970–1995	103

1. ábra.

A '80-as évektől az AO-International bázistanfolyamok és speciális kurzusok sorát szervezte Magyarországon, melyeken az orvosok és a műtősnők elméleti és gyakorlati képzésben részesültek. A legkitűnőbb külföldi szakemberek tartották a tanfolyami előadásokat: H. Willenegger, Harald Tscherne, Gerd Muhr, Vécsei Vilmos, U. Heim, K. Pfeiffer, E. Trojan, Weller és mások. Az új műtéti módszereket és az eszközök használatát az évenként szervezett workshopokon sajátíthatták el a hallgatók (2. ábra).

TANFOLYAMOK (1956–1995)

Megnevezés	Tanfolyamok száma	Résztevők száma
Traumatológia	100	532
Neurotraumatológia	25	426
Gerincsebészet	3	82
Intenzív betegellátás	3	74
Mellkasi, hasi sérülések	13	140
Gyermektraumatológia	5	115
Radiológia	7	291
AO-kurzus	44	1441
Kézsebészet	36	1386
Mikrosebészet	2	116

2. ábra.

Az AO-International által hirdetett és tanított stabil osteosynthesiseket a teljes traumatológiai hálózat átvette. A módszer bevezetésének felbecsülhetetlen előnye volt az egységes kezelési elv, az egységes műszerpark, s az azonos implantátumok alkalmazása. *Oberna* után, ugyancsak 1972-ben *Berentey György* vette át a Péterfy Sándor utcai balesetsebészeti osztály vezetését. Nevéhez fűződik a „karmoslemez család” kimunkálása, s alkalmazása bizonyos típusú törésekben.

1975-ben, a megyékben már mindenütt elkülönült az ambuláns sérültellátás a sebészeti szakrendelésektől, és a baleseti sebészeti osztályokhoz került. Budapesten a Központi Baleseti Ambulanciát 1977-ben vonták az országos intézet irányítása alá. Ebben az évtizedben négy rehabilitációs szakrendelést alakítottak ki a fővárosban.

Az országos intézet szakmai fejlődését az sem törte meg, hogy 1978 és 1984 között az Orvosegyetem Baross Utcai Sebészeti Klinikájának épületébe kellett kiköltöznie, mivel a bauxitbeton elemek miatt a hotelépület átépítést igényelt. Az intézet szakmai gerince együtt maradt. A Zolczer vezette osztály a János Kórházba költözött, s magját képezte a későbbi nagy traumatológiai regionális osztálynak. A szeptikus csontsebészeti osztály a Mátraházai Szanatóriumban 42 ágyon tovább működött (1989-ig), ellátva az országos igényeket is.

Az intézet szakmai tevékenysége a kiköltözés éve alatt is tovább fejlődött. A '60-as évek végén beindított csípőizületi protézis program kiteljesedett a Baross utcába telepített zsilipes műtőrendszerben. A kézsebészeti osztály – Renner vezetésével – itt végezte az első replan-tációkat, a nagy szövetátültetéseket mikrosebészeti módszerrel.

1984-ben megnyitotta kapuit az újjáépített országos intézet a Fiumei úton, Országos Baleseti Intézet néven.

Még ebben az évben sikerült elismertetni a *baleseti sebészeti alapszakvizsgát*.

Megalakult a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Traumatológiai Tanszéke is a Péterfy Sándor Utcai Kórház Traumatológiai Osztályának bázisán, *Berentey György* vezetésével.

Debrecenben, 1987-ben, a megyei kórház balesetsebészeti osztályán alakították meg – elsőként a vidéki egyetemek közül – a traumatológiai tanszékét *Záborszky Zoltán* vezetésével. 1993-ban *Bíró Vilmos* követte az osztály és a tanszék élén, ahol a traumatológia magas szintű művelése mellett, tovább folytatta kézsebészeti tudományos kutatómunkáját.

Szegeden 1990-ben létesített az egyetem önálló traumatológiai osztályt *Sándor László* vezetésével, melyet 1993-ban Traumatológiai Klinikává minősítették át, egyben itt is megszervezték a Traumatológiai Tanszékét, melyet 1994-től *Simonka János Aurél* vezet.

Pécsen, 1989-ben *Forgon Mihálytól Bíró Vilmos* vette át a baleseti osztály vezetését. 1990-ben különváltak a sebészeti klinikától és önálló traumatológiai osztályként működtek tovább. 1993-ban *Bíró Vilmos* Debrecenbe távozott, tőle *Nyarády József* vette át az osztály irányítását, mely 1995-ben Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika és Tanszék lett. Ezzel hazánk mindegyik orvosegyetemén a traumatológia oktatása tanszéki rangra emelkedett. 1999-től az egészségügyi miniszter koordináló tanszéki megbízást adott. A klinikákon színvonalas kutató- és tudományos munkát folytattak pályázatok elnyerésével.

Az Országos Intézet és az Orvostovábbképző Egyetem (OTE) Traumatológiai Tanszékének vezetését 1989-ben *Renner Antal egyetemi tanár* vette át. Legfőbb törekvése volt az Országos Intézet komplex feladatrendszerét megtartani és továbbfejleszteni, ápolni és növelni az intézet külföldi kapcsolatait, valamint az évtizedekig megszokott, és elvárt magas szakmai színvonalat megtartani és fejleszteni. Tovább szorgalmazta a fiatal orvosok ösztöndíjas tanulmányújtait, sőt szerződéses munkavállalásukat is (3. ábra).

Ország	5 hónaptól 1 évig	1,5–2 évig	3 éven túli
USA	4	1	1
Nagy-Britannia	3	7	1
Finnország	2	–	–
Ausztria	3	3	1
Szovjetunió	1	–	–
Hollandia	2	–	–
Németország	3	–	–
Svájc	–	1	–

3. ábra

A hazai kézsebészet Renner Antal vezetése alatt nyerte el méltó helyét a manuális szakágak között. 1991-től megszerezhető a *kézsebészeti szakvizsga*, sebész-, traumatológus, ortopédiai alapszakvizsgára építve. Szorgalmazására 1992-ben a tanszék elnevezését a Haynal Imre Egészség-tudományi Egyetem „Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék”-re módosította. Az Eü.-i Minisztérium beruházásában 1998-ban a Dologház utcában (korábban Szántó Kovács János u.) korszerű járóbeteg-rendelő létesült, tehermentesítve a hotelépületben – 1984 óta – szűkös körülmények között működő fekvőbeteg-felvételi ambulanciát. Az intenzív betegellátó osztály a polytraumatizáltak kezelésében és a halálozási százalék leszorításában európai nívót ért el.

Hogyan tovább baleseti sebészet?

Az egyesülő Európa a baleseti sebészet jövőjét is befolyásolhatja! Melyik irányzat lesz a győztes? Tovább vihető az utolsó évtized tendenciája, amely Ausztria, Németország, Magyarország, Svájc, Csehország – újólag Hollandia, Belgium – törekvése után a baleseti sebészetet önálló szakmaként viheti az Európai Unióba? Vagy a másik irányzat győz, amelyik az orthopaed-traumatológiát tartja ideális útnak, annak ellenére, hogy e modell Angliában – egyik őshazájában – is megbukott?

A mi modellünk lényege: a sebészi képzettségre alapozott, széles körű baleseti sebészeti ismeretanyag, amely képessé teszi a baleseti sebészt a sérülések tevőleges ellátására, illetve diagnosztikus szinten a sérülések felismerésére, továbbá a speciális sérüléseknél és a komplex sérülteknél az ellátás megszervezésére.

A jelenlegi helyzetben mind a monotraumát, mind a polytraumatizáltat a baleseti sebész által vezetett team látja el, az anaesthesiával és a subspecialistákkal, nonstop formában. A hazai traumatológia a primer ellátás mellett a posttraumás károsodásokat is képes kezelni helyreállító műtétekkel. Az ortopédiára épülő balesetsebészeti modellben csak a mozgásszervi monotraumákat látnák el, míg a komplex sérültek, a polytraumatizáltak ellátását a multidiscplináris kórházakban az anaesthesiológus–intenzív therapeuta által vezetett csoport koordinálná, amelyben az ortopéd-traumatológus, már csak specialistaként venne részt, hiszen képzettsége révén csak erre képes.

A jövő traumatológiája – hitem szerint – megőrzi műtéti jellegét, hiszen a sebészetben gyökerező alapok, s a multidiscplinaritás erre teszik alkalmassá. Kívánom, hogy a jelenlegi és a jövő balesetsebész-nemzedéke tartsa meg, és ragaszkodjék a nagy elődök fél évszázados munkájának gyümölcséhez, őrizze meg az európai híró magyar traumatológia jelenlegi elvi alapjait, szervezési és oktatási formáját, és önállóságát!

Chapter III.

Traumatology

Already in 1928 „OTI” health-insurance established an emergency ward in the hospital in Uzsoki street, then the Emergency Hospital was built in Fiumei road in Budapest. Here was established the National Institute of Traumatology in 1956.

Prof. Dr. Ribári Ottó

A fül-orr-gégészet Magyarországon a II. világháború után

Prof. Dr. Ribári Ottó

A fül-orr-gégészet Magyarországon a II. világháború után

A II. világháború után az egyetemeken a fül-orr-gégészet a következőképpen alakult: a budapesti egyetemen *Tátraallyai Wein Zoltánt* nem igazolták, elküldték, és 1946-tól *Germán Tibort*, Bajor Gizi férjét nevezték ki a budapesti klinika igazgatójává. *Germán Tibor* 1951-ig vezette a klinikát. Újjáépíttette a Szigony utcai épületet és nagyon jó gárdát verbuvált össze. 1951-ben bekövetkezett halála után *Varga Gyulát* nevezték ki a klinika igazgatójának. Ebben a periódusban alakult meg a II. Sz. Sebészeti Klinikán *Kassay Dezső* fül-orr-gége és bronchológiai osztálya az egyetemen, mely igen magas színvonalon végezte a bronchológiát.

Kassay zseniális szervező volt, új bronchoscopokat talált ki, és az egész bronchológiát ő terjesztette el Magyarországon.

1956 után a *Kassay*-féle osztály megszűnt, munkatársai beolvadtak a Szigony utcai Fül-orr-gége Klinikába.

Budapesten, 1953-ban a Szabolcs utcai izraelita kórházból állami kórház alakult és *Rehák Pált*, a budapesti klinika vezető asszisztensét nevezték ki a Szabolcs utcai kórház fül-orr-gégészeti osztályának vezetőjévé, majd 1956-ban *Rehák* meghalt. 1957-ben orvostovábbképzővé alakult a Szabolcs utcai intézet. A fül-orr-gége osztály első igazgatója *Surján László* kandidátus lett.

A többi egyetemek közül Debrecenben a háború előtti professzor *Verzár Gyula* maradt. Egészen 1961-ig vezette a debreceni klinikát, mely önálló, szép épületet kapott. *Verzár Gyula* utódja 1961-ben *Jakabfi Imre* lett.

Szegeden a fül-orr-gégészet először a sebészeti klinika egyik részlegeként tevékenykedett, majd 1946-tól *Görgényi Gyula* lett a klinika vezető docense, 1960-ig. 1960-ban a Fül-orr-gége Klinika szép épületet kapott, melynek igazgatója *Szabon József* egyetemi docens lett. A szegedi klinika első professzora *Ribári Ottó* volt, akit *Szabon* halála után, 1977-ben bíztak meg a klinika igazgatói teendőivel.

Pécsett a két háború között a sebészeti klinika ambulanciáján volt a fül-orr-gégészeti rendelés, később a klinikát az urológiai klinikával egy épületbe helyezték, önálló épületet kaptak. 1951-ben a klinika igazgatója *Szekér Jenő* egyetemi magántanár lett. 1945-ben módosították a tanrendet, és mindhárom egyetemen az V. évfolyamban heti 5 órában oktatták a fül-orr-gégészetet és kötelező szigorlat lett.

A pécsi klinika 1953-ban költözött a Munkácsy utcai épületbe, melyet rekonstruáltak. *Szekér Jenő* mint docens volt a klinika igazgatója. Ekkor már lehetővé vált a tudományos munka. A klinikai rangra emelt intézetben audiológia létesült, és megpróbálták korszerű ellátást végezni. 1958-ban *Szekér Jenő* elhunyt; 1959-ben átmenetileg *Duhon Jenő* vezette a klinikát; majd 1961-ben kinevezték a pécsi egyetem első professzorát *Alföldy Jenő* személyében, aki 1975-ig vezette a klinikát. Ő egy korszerű, modern, európai viszonylatban is megfelelő intézetet teremtett. Utóda 1975-ben *Bauer Miklós* professzor lett.

A II. világháború után a budapesti fül-orr-gégészeti osztályok is korszerűsödtek. A Rókus Kórházba *Götze Árpád* mellé a másik orr-gége osztályra *Réthy Aurélt* nevezték ki, aki világviszonylatban is kitűnő gége- és plasztikai sebész volt. Sok új eljárást vezetett be, melyet világszerte elismertek, és ő az egyik legismertebb orr-gége-operatőr ebben az időben.

A Péterfy Sándor utcai kórházba *Fleischmann László* került, aki szintén magas színvonalú osztályt szervezett. Az István Kórházba *Krepuska Istvánt* nevezték ki, aki igyekezett a kor színvonalára emelni az osztályt. Az 1956-os forradalom után sokan távoztak az országból. *Kassay Dezső* az USA-ba ment, a budapesti egyetemről még *Miskolczy Fodor Ferenc* ment New-Yorkba, ahol egyetemi tanárrá nevezték ki. Ugyancsak New-Yorkba került *Villányi László*, aki szintén egyetemi tanár lett.

Jakó Géza fiatalon ment az USA-ba, később a bostoni egyetem egyetemi tanára, a lézersebészet gégészetbe való bevezetője és a gége-mikroszkópia feltalálója és terjesztője lett. Rajta kívül még *Missura Tibor* került Svájcba, ahol jó nevet szerzett, részben fülészeti, részben plasztikai sebészeti tevékenységével.

1956 után a magyar fül-orr-gégészet óriásit fejlődött. A korszerű eljárások lassan bevezetésre kerültek. Először a budapesti klinikán, ahová *Rosen* és *Pick Imre* jött el és tanították a fülészeti microchirurgiát. Itt hagyták a műszereket és *Varga Gyula* vezetésével a fiatal team elkezdte a mikroszkópos fülsebészet művelését. Rövidesen elérték a nemzetközi színvonalat.

1956 után igen nagy lendületet adott a magyar fülészeti kutatásnak, hogy *Békésy György* 1961-ben megkapta a fülészeti Nobel-díjat, mely után a magyar fülészek elismertsége könnyebb lett.

Mind többen mentek külföldre tanulmányútra és hozták haza a modern, korszerű módszereket. A budapesti osztályokra is kitűnő szakemberek kerültek. A János Kórházba került *Jantsek Gyula*, aki rendkívül jó szervező és kitűnő operátor volt és a kórházi osztályát magas színvonalra emelte. Az ORFI-ba *Kratochwill Ede* került 1971-ben, aki szintén bevezette a korszerű módszereket. A magyar fül-orr-gégészet elismertsége fokozatosan növekedett, úgyhogy 1972-ben Magyarországon rendezték az audiológus világkongresszust, melynek elnöke *Surján László*, főtítkára *Ribári Ottó* volt. 1975-ben az első Duna Symposium került megrendezésre, szintén *Surján* elnöklésével és *Ribári Ottó* főtítkárságával.

A legnagyobb elismerést 1981-ben kapta a magyar szakma. Magyarország kapta a fül-orr-gége világkongresszus szervezését. Még soha Kelet-Európában világkongresszus nem volt. Ez volt az első, és az óriási siker a magyar fül-orr-gégészeknek nagyon jó nevet szerzett. A világkongresszus elnöke *Surján László*, alelnöke *Ribári Ottó* volt.

A budapesti klinikára *Varga Gyula* halála után, 1967-ben, *Révész Györgyöt* nevezték ki a Honvéd Tiszti Kórházból.

A Fül-orr-gége Klinika elismertsége azzal is növekedett, hogy 1975-ben az Országos Fül-orr-gégészeti Intézetet is ide helyezték, melynek igazgatójává szintén *Révész György* professzort nevezték ki, aki 10 évig volt az országos intézet igazgatója, majd 1985-ben *Ribári Ottó* professzor lett az utóda, aki 1985-től 2001-ig vezette az Országos Fül-orr-gégészeti Intézetet és egyben a Szakmai Kollégium elnöke is volt.

A magyar fül-orr-gégészek mind többen és többen publikáltak. A korszerű módszerek nagyon gyorsan kerültek bevezetésre. A budapesti klinikán nagy számban végeztek stapedectomiát; bevezették a Schuknecht-módszert és elérték a világszínvonalat. A gégészeti microchirurgia bevezetése szintén a budapesti klinikához fűződik. Ebben *Jakó Géza* sokat segített, aki részben új műszer ajándékozásával segítette az első műtétek bevezetését.

A budapesti klinikákkal egy időben vidéken is megindult a fejlődés. Miskolcon *Dévald József* rendkívül nagy aktivitással klinikai színvonalú fül-orr-gége osztályt teremtett. Minden szinten kiváló regionális központot alakított ki.

Szintén magas színvonalú volt a szolnoki osztály *Hauk István*; Szombathely *Czeizel János*; Baja pedig *Bánhidyi Ferenc* vezetésével. Nyiregyházán később *Szócska János* csinált igen kitűnő, magas színvonalú osztályt.

Budapesten a MÁV Kórházban *Hajts Gyula* egyesítette az osztályokat és emelte magas színvonalra a fül-orr-gégészetet.

1962-ben *Surján Lászlót* kinevezték egyetemi tanárrá az Orvostovábbképző Intézetben, aki igyekezett szintén magas színvonalra emelni az osztály munkáját. *Pozsgay József* 1957-ben került a Kútvolgyi Állami Kórházba, ahol korszerű fül-orr-gégészetet rendezett be, és együttműködött a budapesti klinikával, így a legkorszerűbb műtétek végzésére is sor került a klinika munkatársainak segítségével.

A Rókus Kórházban a fül-orr-gégészet tovább fejlődött. *Réthy* halála után, *Götze Á.* nyugdíjazásával *Székely Tamás* került az osztály élére, aki bevezette a korszerű parotis és facialis sebészetet és nemzetközi színvonalra emelte az osztály munkáját.

A korszerű magyar otoneurológiát *Pogány* alapította meg, majd világszínvonalra *Bodó György* emelte, akinek segítségével a Nemzetközi Otoneurológiai Társaság elismerte a magyar fülészeket és vezetőségi tagjává választotta *Bodót, Ribárit*, majd felkérte *Ribári* professzort, hogy rendezze meg a Nemzetközi Otoneurológiai Kongresszust Budapesten. Óriási siker után *Ribárit* választották az egyesület alelnökévé.

A fül-orr-gégészet sikerét jellemezte, hogy a Politzer Társaság 1996-ban Budapesten rendezte nemzetközi kongresszusát *Ribári Ottó* elnökletével és *Sziklai István* főtitkári tevékenységével. Majd az Európai Fül-orr-gége Kongresszust szintén igen nagy részvételi számmal 1996-ban Budapesten rendezték. Elnöke volt *Ribári Ottó*, főtitkára pedig *Hirschberg Andor*. Igen nagy sikert könyvelhetett el az Európai Társaság, nemcsak anyagilag, hanem szakmailag is az eddigi legjobb kongresszusnak minősítették. *Ribári* professzort az Európai Egyesület alelnökévé választották.

A forradalom utáni időkre jellemző az óriási, ugrásszerű fejlődés, a fül-orr-gége osztályok megerősödése, szakmai színvonalának emelkedése, az audiológia országos elterjedése, melyben *Surján Lászlónak* volt elvülhetetlen érdeme.

A magyar fül-orr-gégészek eredményeit nemzetközileg is elismerték. Így a magyar fül-orr-gégészeket állandóan hívták külföldi kongresszusokra és sokszor a nemzetközi kongresszusok referátumait *Hirschberg Jenő*, valamint *Ribári Ottó* tartotta.

A nemzetközi elismerés azt eredményezte, hogy sok külföldi lapba magyart választottak szerkesztőbizottsági tagnak.

A magyar fül-orr-gégészeti lap 1956 után magas színvonalra emelkedett, azóta önálló lapként szolgálja a képzését és továbbképzését a magyar fül-orr-gégészeknek.

Első főszerkesztője *Varga Gyula*, majd *Jantsek Gyula*, később pedig *Székely Tamás* lett. A lap jelenlegi színvonala megüti a nemzetközi lapok színvonalát. Jelenlegi főszerkesztője *Becske Miklós*.

Ugyancsak nagy fejlődés volt, hogy 1948-ban létrejött az első nagy gyermek fül-orr-gégészeti osztály *Kallay Ferenc* vezetésével. Pécssett *Kollár Dezső* megalakította a gyermek fül-orr-gégészeti osztályt az egyetemen. Budapesten *Miriszlai Ernő* lett a gyermekfülészet vezetője. Budapesten *Kallay Ferenc* mellett *Lábas Zoltán* a Bethesda Kórházban létesített korszerű fül-orr-gégészeti és bronchológiai osztályt. Majd megalakult a budai gyermekfülészet is. A gyermekfülészet elismerése, hogy az Európai Gyermekfülészeti Kongresszust Egerben tartották 1980-ban. A magyar gyermekfülészek világszerte elismertek.

A magyar fül-orr-gégészet fejlődése töretlen az utóbbi időben. A fülészeti microchirurgia mellett az orr endoscopos sebészete szintén magas színvonalon reprezentálódik Magyarországon.

1985-ben a budapesti klinikán elvégezték az első cochlearis implantációt, melynek száma állandóan növekszik, és jelenleg elérjük ebben a tekintetben is a világszínvonalat.

Az első cochlearis centrum a budapesti klinikán alakult *Ribári* professzor vezetésével. A budapesti centrum végezte az első kétoldali implantációt is gyermekeken. Jelenleg az implantáltak száma növekszik, az eredmények várakozáson felülően jók a budapesti centrumban. Új műtéti módszert vezettek be, és felfedezték, hogy az implantátum

nemcsak az egyik oldalra, hanem az ellenoldalra is hat. Tehát az egyoldali implantáció az ellenkező oldal hallását is az esetek egy részében javítja.

Az egyetemek fejlődése töretlen volt. *Jakabfi* professzor nyugdíjazása után Debrecenben *Lampé Istvánt* nevezték ki 1978-ban, akinek érdeme a klinika korszerűsítése és a modern audiológia és otoneurológia, valamint phoniatria létesítése. Elérte, hogy Debrecen egy kelet-magyarországi fül-orr-gégészeti centrum lett.

A szegedi klinikán 1977-ben *Ribári Ottót* nevezték ki professzornak, aki valóban korszerű fül-orr-gégészeti centrumot létesített. Bevezette a legkorszerűbb hallásjavító műtéteket, elvégezte az első középfül-implantációt, majd a mikroszkópos gégesebészet mellett az orr-endoscopia bevezetése is megtörtént. Ribári professzor a korszerű audiológia mellett egy valódi regionális dél-alföldi központot létesített, ahová állandóan áramlottak továbbképzésre egész Magyarországról az orvosok.

Jugoszláviából rengeteg beteg jött a szegedi központba, valamint Romániából is. A klinika elérte, hogy magyar viszonylatban is az egyik legkitűnőbb képzési központ lett.

Pécsett *Alföldy* professzor után *Bauer Miklós* vette át a klinika vezetését, és az ő érdeme többek között a tympanoplastikai módszerek korszerűsítése. Kelet-európai tympanoplastikai központot létesített, ahová egész Európából jöttek továbbképzésre fiatal szakemberek.

A pécsi és a szegedi klinika lett a kelet-európai továbbképző központ, ahol igen sok német, cseh, szlovák és orosz fiatal orvos kapott továbbképzést. Sőt még Svédországból is jöttek továbbképzésre és műtétek gyakorlására e két klinikára.

1985-ben a budapesti klinika és az országos intézet vezetésére *Ribári Ottó* professzort nevezték ki, aki a budapesti klinikán bevezette a lézersebészetet. A gégeészeti lézersebészet egyik központja lett a budapesti klinika, majd 1985-ben, rögtön a kinevezése évében elvégezte az első cochlearis implantációt. A cochlearis implantációk száma azóta is állandóan növekszik. Jelenleg világszínvonalon történnek a műtétek és az eredmények megütik a nemzetközi átlagot. Többen jönnek a klinikára a módszert tanulni.

A klinika rendkívül jó eredményei miatt külföldről is többen jönnek tanulmányozni a budapesti módszereket, sőt Olaszországba, Padovába is *Ribári* professzort hívták meg az első műtét végzésére.

1997-ben *Répassy Gábort* nevezték ki a budapesti klinika igazgatójává, aki *Ribári* professzor tanítványa, és Budapestről először a debreceni klinikára került, ahol *Lampé* utódja lett, majd Budapestre helyezése után *Sziklai Istvánt* nevezték ki Debrecenbe (szintén *Ribári* tanítványa), aki rövid idő alatt sokat fejlesztett a debreceni klinika kutatási profilján, és bekapcsolódott a nemzetközi belsőfülkutatásba, ő végezte az első agytörzsi implantációt Magyarországon.

A szegedi klinikán *Ribári* professzor utóda *Czigner Jenő* lett, aki a gégesebészet területén magas színvonalú központot létesített.

Bauer professzor utóda Pécsett *Pytel József* lett, aki az objektív audiológia terén nemzetközi szintű elismertséget szerzett. Saját műszert konstruált.

A magyar fül-orr-gégészek nemzetközi elismertségét jelzi, hogy a Collegium Otolaryngologicum Magyarországról több kitűnő kutatót választott tagjai közé.

A Collegium tagjai jelenleg: *Bauer Miklós*, *Ribári Ottó*, *Élő János*, *Répassy Gábor*, *Sziklai István* és *Vass Zoltán*. A Collegium a legmagasabb szintű tudományos egyesület a fül-orr-gégészet területén.

Jelenleg mind a négy egyetemi klinika magas szintű oktató-kutató és gyógyító-munkát végez és részt vesz a nemzetközi tudományos életben. A magyar fül-orr-gégészek elismertsége nemzetközileg is nagyon jó.

Chapter IV.

Oto-rhino-laryngology

After the World War II. in all four Hungarian medical universities oto-rhino-laryngologic clinic was established and it become compulsory subject to medical students. Several International Congress were organized in Hungary which proved the acknowledgement of the profession.

Prof. Dr. Verebely Tibor
Tudományos munkái

Prof. Dr. Verebely Tibor
Gyermeksebészet

Chapter V

The care of the Child

© 1950 by the author. All rights reserved. Printed in Great Britain.

Prof. Dr. Verebély Tibor Gyermeksebészet

Budapesten az I. Sz Gyermekklinikán 1914-től *Koós Aurél* vezette a gyermeksebészetet.

Az osztály vezetését tőle Hittner Imre, majd 1983-ban Verebély Tibor vette át.

A II. sz Gyermekklinikán a II. világháború után *Makai Endre* működött, aki még felnőtteket is operált. Csakhamar kizárólag gyermekek kezelésére szakosodott az intézmény. Utána *Szombathy Sándor* lett az osztály vezetője 1965-ig, majd *Kontor Elemér* vezette az osztályt 1997-ig. Ő alakította ki a korszerű újszülöttsebészeti ellátást.

A Fővárosi Heim Pál Kórház a II. világháború előtt gyermekmenhely volt, amelynek sebészetét *Makai Endre* látta el. 1953-ban az intézet gyermekkórházzá alakulása után a sebészeti osztály vezetője *Horváth György* lett, aki a gyermekkori daganatok korszerű kezelését fejlesztette ki. Utóda *Rácz Dániel*, majd *Tasnádi Géza* lett.

A Budapesti Madarász utcai gyermekkórház sebészeti osztályának első vezetője *Strehlinger Alajos*, akit az 1950-es évek végén *Bukovinszky János* váltott fel, majd *Dankó János* lett az utóda.

A Református Egyház Bethesda Kórháza államosítása után gyermekkórház lett. Két sebészeti osztály működött itt, *Dénes János*, illetve *Szelezky József* főorvosokkal.

Szelezky József főorvos nyugalomba vonulása után *Thür Antal* lett a II. sz. sebészet vezetője, majd tragikus halála után a két bethesda kórházi sebészetet egyesítették és 1985-től *Tasnádi Géza* vezetésével egy osztályként működött. Ennek az egyesített osztálynak ezután sorrendben *Schafer József*, majd *Bálint István* lett a főorvosa.

A Fővárosi Szent János Kórház gyermeksebészete részben a Péterfy Sándor utcai kórházba költözött, *Róbert József* vezetésével. Az ő állását *Leéb József* kapta meg az 1980-as évek elején. Ez az osztály – rövid ideig – a dél-pesti kórházba költözött, majd *Baksa József* vezetésével visszatelepült a János Kórházba.

Önálló gyermeksebészeti osztály működött még Budapesten a Központi MÁV Kórházban is.

A vidéki egyetemeken a gyermekklinikák keretén belül működtek – több-kevesebb önállósággal – gyermeksebészetek. Így Debrecenben a '70-es években 16 ágygal, Pécsen *Pintér András*, illetve Szegeden *Altörjai István* vezetésével.

A vidéki nagyobb megyei, ill. városi kórházakban a gyermeksebészeti feladatokat a gyermekgyógyászati osztályok és a sebészetek együttműködése biztosította. Salgótarjánban azonban önálló gyermeksebészeti orthoped osztály működött.

Chapter V.

Surgery of the Children

In this period was established some new Clinics and Hospitals for Children.

Dr. Kovács Imre

Gyógyszereink ezen időszak sebészetében

Dr. Kovács Imre

Gyógyszereink ezen időszak sebészetében

A sebészet jellemzése a széles körben ismert *G. Sava* „Gyógyító kés” című könyve révén vált ismertté. Ám a második világháború után olyan új gyógyszerek jelentek meg, amelyek a sebészi kés, a műtétek mellett, sőt nem egyszer a műtétek helyett, sorsdöntően segítettek a sebészeti betegek gyógyulását. Ezért egyre inkább merült fel az igény, hogy ne „kés”, hanem a „gyógyító sebészet” legyen e szakma jellemzője.

A teljesség igénye nélkül felsorolunk néhány olyan, korábban új gyógyszer-csoportot, amelyek igazolják állításunkat, azt, hogy a sebészeti betegségek gyógyításában milyen mértékű segítséget jelentettek – a „gyógyító kés” mellett – az új gyógyszerek.

- Antibiotikumok / sebészi fertőzések, béldegermináció, orbánc, ... tbc! /
- Thrombózis megelőzésében, postthrombotikus állapotok kezelésében / Heparin, dicumarin, ... /
- Daganatok műtéttel kombinált chemotherápiája. Szív- és keringésvajító gyógyszerek. Endokrin betegségek /, műtét utáni substitutio... /
- Új fájdalomcsillapító készítmények, altatók / curare /
 - Kontrasztanyagok
- Aerosol készítmények / bőrfertőtlenítésre / decubitus profilaxisra – sebfedésre: /Plastubol, Silicon, ... /
- Parenterális táplálás, folyadék-elektrolit-pótlás / Hazai HUMÁN Gyógyszergyár, orvosegyetemeink és kórházaink infúziós laboratóriumai által előállított infúziók (pl.: a Semmelweis egyetem Egyetemi Gyógyszertára és az Orvostovábbképző Egyetem egyetemi gyógyszerárának infúziós laboratóriumai; a Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyógyszertárának infúziós részlege; a gyöngyösi kórház infúziós laborja; a váci kórház középüzemi szintű infúziós laboratóriuma; a Józsa András Megyei Kórház önálló nagyüzemi szintű infúziós laboratóriuma nyugatnémet import, sokktalanítás = Petri-Kovács: Folyadék elektrolit-terápia (1970)
- FŐPILLÉREK: antitrombotikumok, trombózisok kezelésére alkalmas készítmények megjelenése, daganatellenes készítmények, parenterális táplálás és folyadék elektrolit pótlás.

Az új gyógyszerek felfedezése és a gyógyszeripar rohamos fejlődése tették lehetővé a sebészetben bevonuló új gyógyszeres eljárások megjelentetését. Ezek révén a sebészeti eredmények hatalmasat javultak és lehetővé tették a kiterjedt nagy műtétek elvégzését (mellkas, szív stb.), továbbá a nagyon leromlott betegeken is a sikeres beavatkozást.

A sebészeti gyógyszerellátást, ami a kor színvonalának megfelelő volt, már régóta nemzetközi hírű gyógyszergyáraink biztosították. 1945-ben még csak UNRRA-adományként, igénylésre lehetett penicillinhez jutni, de a következő években a hazai készítmények is kaphatóak voltak.

A hazai antikoaguláns készítmények (Heparin, Dicumarin) segítettek a műtéti trombózisok megelőzésében, illetve kezelésében. A Streptomycin korai forgalomba hozatala sokat segített az akkor még nagyszámú tbc-s megbetegedések kezelésében, a sebészetben, a műtéttel való kombinált alkalmazásával.

Sokáig hiányoztak a gyári pirogenmentes elektrolit-, aminosav- és zsírolatok.

Az infúziós oldatokat, s a Novocaint házilag főzték, még a nagyobb kórházakban is. Sokáig műtősnők, később a hazai kórházi gyógyszerterápiák gyógyszerészei készítették.

Az orvosi egyetemünk sebészeti klinikái és a kórházaink sebészeti osztályai többnyire a magyar gyógyszeripar által előállított készítményekkel lettek ellátva.

Az ellátást az 1949-50-ben államosított egyetlen magyar gyógyszer-nagykereskedelmi cég, a Hungaropharma jogelődje, a Gyógyért (Gyógyáru-nagykereskedelmi Vállalat) kórházellátó osztálya végezte.

A magyar gyógyszeripart is privatizálták, amelynek világhírű gyógyszergyárai már termeltek és kutatási részlegei működtek a II. világháború előtt is, így:

A Richter Gedeon által 1907-ben alapított Richter G. Gyógyszergyár, amelynek termékei már a II. világháború előtt is kiválóak voltak (Tonogen oldat, Digitalis készítmények, Sulfonamid készítmények, Pepsin előállítás, Kalmopyrin, inzulinkészítmények, a háborút követően a szteroid tartalmú készítmények). A gyár készítményeinek előállítását 32 szabadalom védte már a '20-as években. A gyár államosítás utáni új neve Kőbányai Gyógyszergyár lett, de készítményei nagy részének exportját továbbra is Richter Gedeon néven forgalmazta külföldön a '60-as és a '70-es években is.

Az 1912-ben alapított Chinoin Gyógyszergyár termékskáláján főleg alkaloidák, (atropin, hyoszciamin, homatropin, johimbin,) és az Issekutz Béla professzor által kifejlesztett Novurit, Papaverin, Troparin, Sevenal termékek szerepeltek. A sebészeti ellátásban kiválóan érvényesült az Ultraseptyl. A gyógyszergyár az államosítás után is megőrizte a Chinoin nevet. A '60-as években a szélesebb hatásspektrumú tetracyclin csoport megjelenése (oxytetracyclin hatóanyagtartalmú készítmények: Tetran drg., kenőcs, sebhintőpor) tette újra elismertté a gyárat.

A harmadik nagy magyar gyógyszergyárat 1913-ban dr. Albert Wander alapította. Sikeres készítményei: tápszerek; malátakészítmények; Karil, Germicid, Legatin. A sebészetben korábban a Germicidet mint lázcsillapítót igen nagy számban alkalmazták. A háború után az Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár nevet kapta, amelynek rövidítése EGYT. A gyár chloramphenicol hatóanyag (Chlorocid drazsé, injekció, sebhintőpor) és lidocain tartalmú készítményei nagy segítséget jelentettek a hazai sebészeti betegek ellátásában a '60-as években.

A negyedik gyógyszergyárunk az 1912-ben alakult Philaxia Szérumtermelő Rt. Európa-szerte a vakcina- és szérumgyártás meghonosítása virágoztatta fel a gyárat.

Az államosítást követően a Humán-Philaxia Szerobakterológiai Készítményeket Gyártó Rt. lett. Később újból szétvált a gyár HUMÁN Oltóanyagtermelő és Kutatóintézet néven. Elsősorban oltóanyagokat, infúziókat, HUMÁN-albumino-kat, ill. a vércsoportok meghatározására szolgáló diagnosztikumokat állított elő. Filaxia Rt. néven elsősorban állatgyógyászati készítményeket gyártott.

Az ötödik gyógyszergyárunk, az Alkaloida Vegyészeti Gyár Tiszavasváriban alapították. A világhírű magyar gyógyszerész – *Kabay János* – által kifejlesztett technológia alapján mákszalmából előállított morfinnal alapozta meg hírnevét. A sebészetben a morfinnak mint fájdalomcsillapítónak a felhasználása igen jelentős volt. Az államosítás után is megőrizte az Alkaloida Gyógyszergyár elnevezését.

A hatodik magyar gyógyszergyárunk 1952-ben a hajdúsági gyógyszergyártó üzemek összevonásából alapított Biogál Gyógyszergyár lett. Hírnevét a szintetikus penicillinféleségek előállításával alapozta meg (Beacillin, Maripen).

Mint a fentiek mutatják, a hazai betegek sebészeti ellátását hat gyógyszergyár, egy kötszergyár Rico néven, és egy gyógyszer-nagykereskedő biztosította Magyarországon 1945 és 1989 között.

A sebészeti ellátásban a második világháborút követően a penicillin megjelenésével új fejezet kezdődött.

ANTIBIOTIKUMOK: 1941. február 12-én egy 43 éves rendőr volt az első, aki penicillin injekciót kapott. Ettől kezdve megindult a nagy mennyiségben való gyártása. UNRRA-adományként – 1946-ban – hazánkban is hozzáférhetővé vált. Elosztó központból lehetett intézetek számára igényelni, így a fővárosban például az I. Számú Női Klinikán található irodától. Ez rendkívül jótékony akció volt, különös tekintettel a még igen nagyszámú gennyedő háborús sérülések és a háború alatti rémtettek kapcsán főleg gonorrhoeával megfertőzött nők tömeges kezelésében. Hamarosan megindult hazánkban is a termelés, és egymás után jelentek meg először injekciós készítmények (G-Penicillin, K és Na, Penicillin retard, Retardillin, Promtcillin, Supracillin), majd az orálisan szedhető gyógyszerkészítmények is (Oxacillin, Beacillin, Maripen).

Hazánkban nagy jelentőségre tett szert a Streptomycin korán megindult gyártása. E népbetegség leküzdésében vált döntő fontosságúvá. Elsősorban a friss szóródásokat (miliaris-tbc és meningitis tbc) lehetett pár hét alatt meggyógyítani Streptomycinnel. A tüdőtébécések műtéti előkészítésében és utókezelésében már az 1950-es években kitűnő hatásáról számolhatott be *Sebestyén Gy.*, illetve *Schnitzler J.* professzor. Fontossá vált az urológiai (*B. coli*, *Proteus* stb.) fertőzések gyógykezelésében is. A Streptomycint követte a hazai Chlorocid (EGYT).

A széles hatásspektrumú antibiotikumok megjelenése tovább segítette a sebészi fertőzések terápiáját és a műtéti előkezeléseket is. A Tetracyclin-csoportból hamar megjelent a hazai Tetran draszté, majd a Doxycyclin. Az 1970-es és az 1980-as években kaphatóvá váltak az ismertebb külföldi antibiotikus készítmények is. Gyártásra került – némi huzavona után – a hazai farmakológusok által előállított Ebrimycin (primicynium) is, mely fertőzött sebek helyi kezelésében vált ismertté.

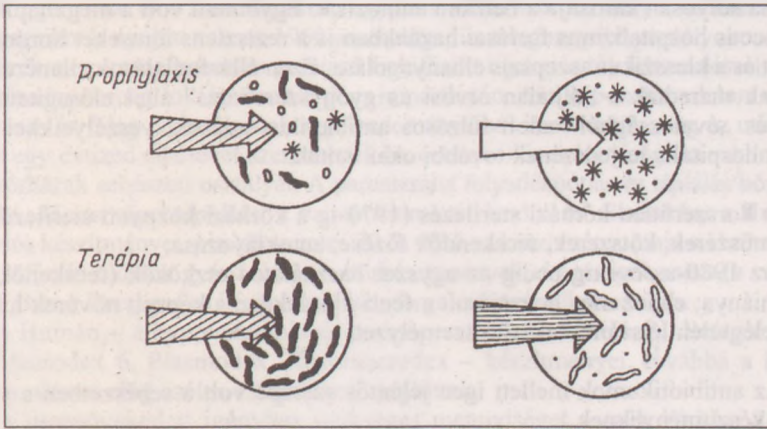
A penicillin és a későbbi antibiotikumok megjelenésekor felmerült a kérdés a sebészekben, hogy közel jutottunk-e az Elrich által remélt „therapia sterilisans magna”-hoz, és haladhatunk-e a sepsis nélküli sebészet megvalósulása felé?

Elég hamar kiderült a penicillinről, hogy nem *panacea*, és a sebfertőzések profilaxisában cserbenhagy. Az aseptikus műtétek után végzett rutinszerű antibiotikus profilaxis nem javított az infekciós kvótán.

A penicillin széles körű alkalmazása után hamarosan tapasztalható rezisztencia fokozódása az újabb antibiotikumoknál is bekövetkezett, a *kórházakban* pedig a *hospitalizmushoz*, a középkori 'kórházi', ún. nosokomiális járványok rémségével fenyegettek, az antibiotikum rezisztens kórokozók elterjedése miatt.

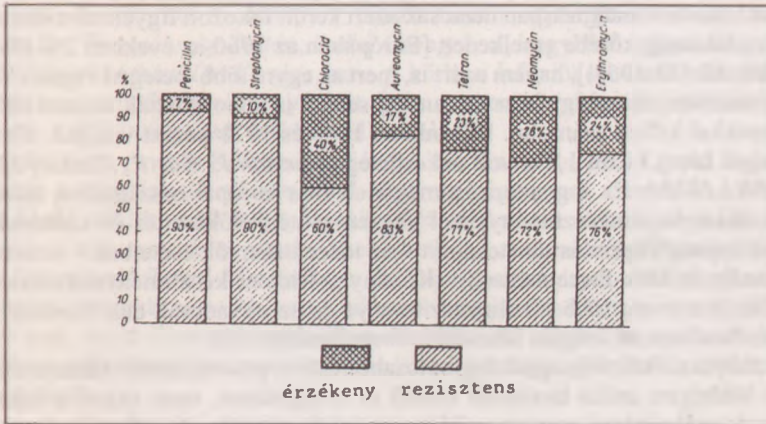
Az antibiotikumok megzavarhatják a kórokozók stabil egyensúlyát. A *rezisztens kórokozók* ekkor elszaporodnak, mert betöltik az antibiotikum által létesített bakteriális vákuumot (1–2. ábrák).

Hazai sebészetünket sem kerülte el a sebfertőzéseket okozó kórokozók antibiotikus rezisztenciájának szélesedése, és az ezt követő hospitalizmus kialakulása. Ez leginkább a célszerűtlen (káros) széles körű, „nem célzott” antibiotikus profilaxisnak és kezeléseknak volt a következménye. A „célzott” antibiotikus kezeléshez szükséges laboratóriumi feltételek csak *Fűrész I.*, *Kubinyiné*, *Kós R.* közlései után kezdtek országosan elterjedni, de az antibiogramok meghatározásán alapuló alkalmazás csak nagyon lassan terjedt el, épp úgy, mint az antibiogramok készítése és alkalmazása. Emiatt a Magyar Tudományos Akadémia 1964. június. 23-án „Antibiotikumok, antibiotikus rezisztencia és allergia” címmel kerekasztal-konferenciát hívott össze.



1. ábra.

A fenti ábra mutatja az antibiotikumok profilaktikus és terápiás alkalmazása esetén fellépő különböző következményt. Profilaxisban a különböző csírok stabil egyensúlya megbomlik és a rezisztens csírok elszaporodnak, míg a „célzott” terápiás alkalmazásban a patogén törzs elpusztul. [Kós R.: Antibiotikumok a sebészetben c. (a Gyógyszereink 193., 1970.) közleményéből.]



2. ábra.

A diagram mutatja a budapesti II. Sz. Sebészeti Klinikán kitenyészett, 719 pathogen csír érzékenységét különböző antibiotikumokkal szemben az 1961-1962-es években [P. Rubányi-R. Kós: Therapia (Hung. 4., 1963)]

A konferencia leszögezte, hogy „vakon”, azaz diagnózis nélkül, pl. ismeretlen lázas állapotok esetén, vagy a „beteg kérésére”, nemkülönben a banális sérülések ellátásakor folytatott antibiotikus kezeléseket meg kell szorítani. Felesleges az alkalmazásuk aszeptikus műtétek előtt és után. Arra is felhívták a figyelmet, hogy a széles spektrumú antibiotikumok huzamos alkalmazása súlyosan károsítja a bélflóra eubiozist. Egyöntetű volt a megállapítás, hogy a staphylococcus hospitalizmus forrásai hazánkban is a rezisztens törzseket hordozó kórházi személyzet és a klasszikus aszepszis elhanyagolása. Ezen állásfoglalások ellenére az országban tartósak maradtak a „díjtalan orvosi és gyógyszerellátás” által elősegített, „a beteg kérésére” és „óvatosságból” adott túlzásos antibiotikus adások, veszélyeikkel együtt. A kórokozók hospitális terjedésének további okai voltak:

a korszerűtlen kórházi sterilizálás (1970-ig a kórházi központi sterilizáló hiánya), műszerek, kötszerek, fecskendők főzése, autoklavozása;
az 1980-as évekig pedig az egyszerű használatos eszközök (fecskendő, tűk stb.) hiánya; ehhez még hozzájárult a fenti időszakban a képzett nővérek hiánya és az elégtelen létszámú takarító személyzet.

Az antibiotikumok mellett igen jelentős szerepe volt a sebészetben a véralvadást csökkentő készítményeknek.

Az emlősök májából előállított fiziológiás alvadásgátló *Heparin* (Kőbányai–Richter), valamint a máj prothrombin termelését gátló *dicumarin* (*Syncumar* – *Alkaloida*) és sztreptokinase készítmények hatalmas eredményeket biztosítottak mind a trombózis megelőzésében, kezelésében, mind az érelzáródások tartós kezelésében. A szív-és érrendszer kiterjedését is ezek tették lehetővé.

A **vitamin- és roboráló** készítményeknek a sebészi műtétek előkészítésben és a poszoperatív kezelésben nagy jelentősége van hazánkban is. A díjtalan gyógyszerellátás valóban jelentősen segítette ezen készítmények felhasználását is.

A **diabétesz** sebészi vonatkozásban nemcsak azért került fokozott figyelembe, mert a tárgyalt időszakban a lakosság körébe emelkedett [Európában az 1960-as években 2% fölé (Lazarits J. Zbl. f. Chir. 12.411.1964)], hanem azért is, mert az egyre több betegen végzett kiterjesztett műtétek a cukorbetegség amúgy is zavart anyagcseréjét is felboríthatták, s ezzel életveszélyes szövődésekkel kellett számolni. Hazánkban 1966 és 1971 között vizsgált, illetve műtött 12 026 sebészi beteg közül 1,2% volt cukorbeteg (*Horváth I., Kós R., Teszari M.: Magyar Sebészet 25.81.1972.*). Ez a gyakoriság megfelelt más európai országokból közölt gyakorisággal. A hazai inzulinkészítményekkel végzett műtéti előkészítés és utókezelés mellett hypo, illetve hyperglykaemiás tünetcsoport – az idézett szerzők eseteiben – nem fordult elő. A hazai *Insulin* és Zink-Protein-Insulin (Kőbányai–Richter-készítmények) mellett a '70-es évektől a dán Novo cég több inzulinkészítménye és az ugyancsak dán Nordisk nagy tisztaságú sertésinzulinja, az Insulin Mixtard is forgalomban volt.

A műtéti előkészítés egyik legfontosabb része a **praeeoperatív alimentálás**. Míg ez műtét előtt többnyire orális bevittel érhető el a legjobban, mert ekkor a felszívódást a szervezet saját szükségletei szerint szabályozza (aktív táplálkozás). Ennek akadálya esetén a tápanyagokat közvetlenül enterálisan (aktív táplálás), vagy az orális út megkerülésével, parenterálisan (passzív táplálás) kell bevinnünk (parenterális táplálás). Nagy műtétek utáni napokban a folyadék-elektrolit pótláson kívül a N-egyensúly fenntartása is lényeges. (Ez műtét után 4-6 napig negatív, azaz a szervezet több N-t ürít, mint amennyit felvesz. 1 g N = 6,5 g fehérje. Ahhoz, hogy a szervezet ne a saját fehérjét bontsa le, az N-egyensúlyt parenterális bevittel kell pozitívvá tenni.)

Mindezek előrebocsátása után állapíthatjuk meg a hazai pótlási lehetőségeket. A *folyadék-elektrolit pótlás* jelentőségére *Petri G.* vizsgálatai és közleményei hívták fel korán a sebészek figyelmét, és a *Kovács G.* társszerzővel írt „Folyadék és elektrolit terápia” című könyv sok éven át a sebészek és intenzivisták „bibliájává” vált. A só- és folyadékpótlás célszerű módja, a Ringer oldat és 5%-os Dextrose együttes adása volt az, amit a sebészek operált és sokkos betegeknek nyújthattak az 1960-as évekig. Ez a legnagyobb osztályokon is primitív (irrigáló fazék, nem pirogénmentes gumicső és kifőzött injekciós tű) felszereléssel. A *fehérje- és zsírkészítmények* még sokáig nem álltak az importlistán. Az 1956-os forradalom alatt és után vöröskeresztes és főleg német gyárak segélyadományaiból ismerhettük meg az utóbbiakat, de csak közel egy évtized elteltével szerezhették be ezeket – kis mennyiségben – klinikáink és a nagyobb kórházak sebészeti osztályai. A parenterális folyadékpótlás és táplálás bővülése csak az 1966. évi „*Mesterséges táplálás*” c. szimpózium után lendült fel. Elsősorban a **Humán** Fructosol infúziós készítményei, pirogénmentes 20 és 40%-os készítmény, majd a Human-Albumin 5-25%-os infúziós oldatok gyártásával. A zsírkészítmények, drágaságuk miatt (a svéd Kabi és a német B. Braun Intralipidje) később kerültek forgalomba és alkalmazásra.

A Humán – a hypovolaemia és posztoperatív sokk kezelését, illetve megelőzését szolgáló Macrodex 6, Plasmodex, Rheomacrodex – készítményei, továbbá a Rindex 10, palackozott oldatait elég széles választékot nyújtottak.

Azonban a megnövekedett igényhez szükséges mennyiséget a szűk kórházi költségvetés nem tudta fedezni, ezért a kórházaink intézeti gyógyszerterárai állítottak maguk is elő egyszerű oldatokat, alapinfúziókat (NaCl 0,9%, glükóz 5%, 10%, 20%, 40%), keverékinfúziókat, (Ringer oldat + glükóz kombinációk), amelyek előállításához a kor színvonalán álló infúziós laboratóriumokat fejlesztettek ki a kórházi intézeti főgyógyszerészek. A teljesség igénye nélkül néhány olyan egykori és mai tanszékvezető és intézeti főgyógyszerész, valamint infúziós laborvezető nevét szeretném felsorolni, akik sokat tettek az egyetemi és kórházi intézeti gyógyszerterárok infúziós laboratóriumainak felépítéséért és működtetéséért, mint:

SOTE: *Prof. Dr. Zalai Károly, Prof. Dr. Vincze Zoltán, Dr. Rixer András, Csipke Zoltán*; OTE: *Dr. Mohr Tamás, Dr. S. Antal, Dr. Czákó Katalin*; gyöngyösi kórház: *Dr. Kiss Ferenc*; DOTE : *Dr. Tretyánszky Zoltán, Szabó Csongor*; nyíregyházi megyei kórház: *Buschor László*; váci városi kórház: *Dr. Kovács Imre*. A kórházi infúziós laboratóriumok legnagyobb része középüzemi szintű teljesítményű volt. Éves szinten a kórházaink infúziós laboratóriumi 200 000–1 000 000 palack infúziót állítottak elő.

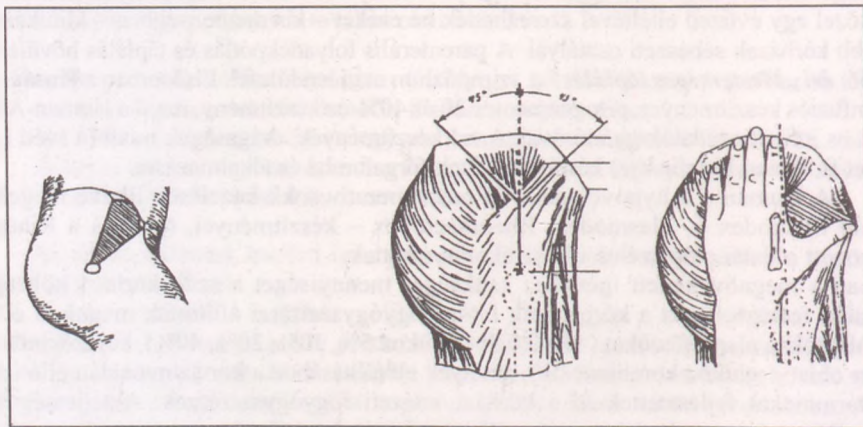
A Nyíregyházi Józsa András Kórház infúziós laboratóriuma *Buschor László* főgyógyszerész vezetése alatt a gyártási teljesítményével – szinte nagyüzemi szinten – a fent felsorolt infúziókon kívül előállított 40 000 mol. súlyú 6%-os Dextran oldatot, amit sikeresen alkalmaztak a súlyos vérvesztések esetén a sebészetben és traumatológiában is, mint vérpótló folyadékot. Megkezdődhetett Mo.-on is az ún. plazmaexpanderek alkalmazása. A Dextran 6%-os infúziós oldatnak nagyobb volt a sikere a betegellátásban mint a gyárilag előállított 80 000 mol. súlyú Plasmodexnek, ill. a 40 000 mol. súlyú Rheomacrodexnek, mert a Dextran 6%-os előállítási költsége az infúziós laboratóriumban jóval alacsonyabb volt, mint a Rheomacrodexé.

A kisebb műtét fájdalomcsillapítását az '50-es évekig novocain-infiltrációkkal, chloraethyl bódítással vagy fagyasztással végezték. 1950-ben ajánlotta *Petrovskij V. B.* a hig novocainos (ún. Visnyevskij-féle) infiltrációt lokálnaesthesia céljára.

A rövid narkózisok (bódítás) céljára 1951-ben forgalomba került az i.v. adható Intranarcon thiobarbiturat-készítmény, (Chinoin). Nem sokkal ezután hazai gyártásra is került a nyálkahártya és vezetékes érzéstelenítésre is alkalmas Lidocain (Egis), mely a mai napig is népszerűségnek örvend, mind a kissebészetben, mind a fogorvoslásban. Az anaesthesiológia

hazai fejlődése nagyobb sebészeti osztályokon csaknem megszüntette a bódításokat és az i. v. rövid narkisbeavatkozásokat, és csökkentette a középbeavatkozások helyi érzéstelenítéssel végzését is.

A sebészetből önállósodott szakágakban is újabb gyógyszerek nyertek jelentőséget, így az onkológiai sebészetben a cytostatikumok, a reumatológiában főleg a corticosteroidok; az endokrinológiában a hormonkészítmények, amelyek egy része sokáig importként került a kórházakba. Az újabb injekciós technikák is segítették az injekciós gyógyszerek szövődménymentes alkalmazását (3. ábra).



3. a) ábra.

A komoly szövődmények veszélyeivel alkalmazott dorso gluteális régiós helyellentétben a ventrolaterális terület veszélytelen a befecskendezésre

3. b) ábra.

Az 1958-ban a ventrogluteális technikához ajánlott Kós–Votin-műfogás

3. a), b) ábra.

A gyakran használt gyógyszer-befecskendezések kapcsán az intramusculáris injekciók nem ritka szövődményeinek elkerülhetőségét célozta a Kós R. és Votin J. által kidolgozott és elterjesztett technika: a ventrogluteális befecskendezés és ennek biztosítására a Kós R.- és Votin-műfogás. E technika nemcsak hazánkban terjedt el, hanem a Szovjetunióban és a környező országokban is (Kós R. és Votin J.: Gyógyszereink 35., 1958. 1–57; Klin. Med. Moszkva 1959. 3., 130–134; Ivankievicz D., G. H. Shumacher, E. Schultze-Rostock, Orv. Hlap. 1979. 120., 6.). A szerzők által ajánlott technikáról szóló ismertetést, a „Gyógyszereink” különszámát minden hazai orvos díjtalanul megkapta és gyógyszertáraink is propagálták. Ennek eredményeként a korábbi általánosan alkalmazott dorsogluteális injekciós szövődmények csaknem teljesen megszűntek.

Megemlékezhetünk még a sebészek számára nélkülözhetetlen kötszer ellátásról, a Rico köt-szergyár termékeiről, melyek az időszak végéig igen alacsony színvonalúak, sokszor szinte használhatatlanok voltak. Igaz, igen alacsony áron kerültek a kórházakba, illetve a patikákba. Egyébként ugyanez állapítható meg a **Gyógyászati Segédeszközök Gyárának** termékeiről is.

A fenti rövid összefoglalás arra utal, hogy a tárgyalt időszakban a gyógyításhoz szükséges ellátások között messze a **gyógyszerellátás segítette** az egészségügyünket, s közte a sebészetet és annak társszakmáit, szinte késés nélkül a nyugat-európai színvontól.

Felmerül a kérdés, hogy **mi tehette lehetővé** mindezt? Elsősorban az a bázis, amelyt a háború előtti nemzetközi értékelésben is elismert magyar farmakológus tudósaink és kutatóink képeztek (*Prof. Dr. Bókai, Prof. Dr. Vámosi, Prof. Dr. Issekutz, Prof. Dr. Szentgyörgyi Albert*), valamint, amit a korábbi második és harmadik oldalon említett nagyhírű gyógyszergyáraink alapoztak meg.

Nem kevesebb része volt a magyar gyógyszeripar hírének öregbítésében *Prof. Dr. Szentgyörgyi Albertnek* és a II. világháború után külföldön vezető pozíciókba jutott orvosainknak, gyógyszerészeinknek. Svájcban a legnagyobb gyógyszergyárak élén magyar tudósok álltak, úgyhogy olyan hírek jártak, hogy közös értekezéseiken magyarul tárgyaltak (*Dr. Berde B., Mittellmann L., ifj. Issekutz stb.*),

Am a hazai vezető gyógyszerész professzorok (*Prof. Dr. Schulek Elemér, Prof. Dr. Végh Antal*) szerepe sem elhanyagolható a sikerekben. A gyógyszergyárak és a gyógyszer-tárak államosítás utáni sanyarú helyzetében a farmakológusokat sikerült felrázni azzal, hogy a Magyar Tudományos Akadémia kezdeményezésére és szervezésére az Akadémia felállította a II. világháborút követően az Orvosegyetemeken az önálló **gyógyszerész fakultásokat**, s ezzel az orvosokkal egyenlő rangra emelte a gyógyszerészképzést.

Az **Egészségügyi Minisztérium** szerepe ugyancsak jelentős volt azzal, hogy az '50-es évek közepén megszervezte az Egészségügyi Tudományos Tanácsot (ETT), továbbá **Gyógyszerkutatói és Törzskönyvező Bizottságot** (*Mittellmann László, Fritz Gusztáv*).

Az új külföldi készítmények hazai forgalmazásához szükséges gyógyszer-törzskönyvezést a mai napig az Országos Gyógyszerészeti Intézet végzi. A kötelező gyógyszer-törzskönyvezés bevezetése még 1933-ban megtörtént, de az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) 1962-ben alakult meg az Egészségügyi Minisztérium egy osztályából és a Gyógyszerkönyvi Laboratóriumból. Főigazgatója 1962 és 1984 között *Prof. Dr. Bayer István* volt, míg 1984-től *Prof. Dr. Paál Tamás*. 1968 és 1973 között *Prof. Dr. Bayer István* WHO-s kiküldetése alatt a megbízott igazgató *Dr. Vastagh Gábor* volt.

1968-ban az OGYI-hoz csatolták az OKI kémiai osztályát. 1976. Magyarország csatlakozik az EFTA által alapított Gyógyszerfelügyeleti Egyezményhez. A GMP alkalmazását törvényerejű rendelet írja elő, szövegét az OGYI kiadja. 1981. Az OGYI a KGST gyógyszer-vizsgálati együttműködésének koordinációs központja. 1982. Az OGYI az Egészségügyi Világszervezet Gyógyszerinformációs és Minőségbiztosítási Együttműködő Központja. 1987. Modern jogszabályok jelennek meg a gyógyszerek törzskönyvezéséről és vizsgálatáról. (Etikai Bizottság, Helsinki deklaráció, gyógyszergyártási engedély stb.)

1990. AZ OGYI kiadja a GLP-irányelvet.

A MEDIMPEX szerepe:

A neves magyar gyógyszergyárak termékei népszerűek lettek a Szovjetunióban és a társországokban, s ez az exportnyereség tette lehetővé a gyárak modernizálását, termelésének növekedését.

Külön kell megemlíteni a „Gyógyszereink” című lapot, melyet minden orvos és gyógyszerész, így a sebészek is, díjmentesen kaptak kézhez, 1950-től egészen napjainkig. Ez a folyóirat tudományos alapon, objektíven tájékoztatta orvosainkat a hazai és külföldi új gyógyszerekről, indikációikról, hatásukról, a nemzetközi standardnak megfelelően.

Külön regisztrálta a hazánkban észlelt mellékhatásokat is.

Összefoglaló

Már a II. világháború előtt is működtek Magyarországon a nemzetközileg elismert nagy gyógyszergyárak (Chinoin, Wander, Richter stb.). Az 1950-es évek után még újabb gyógyszergyárak is alakultak vidéken (Biogal, Alkaloida, Humán). Ismert farmakológus kutatók (Vámosi, Issekutz...) léptek be ezekbe a gyógyszergyárakba. Ezek alapján a háború után gyorsan újjáéledt a hazai gyógyszeripar, s fokozatosan nagy volumenű exportot bonyolíthatott le, elsősorban a Szovjetunióval és a környező országokkal. A nyugati nagyobb gyógyszergyárakban számos magyar farmakológus került vezető állásba, s a velük való együttműködés segítségével, csekély késéssel, az összes lényeges újabb gyógyszerek termelése megvalósult és a hazai gyógyszerellátás európai szintű volt. A betegek gyógyszerellátása ingyenes volt.

Drugs in the Surgery after Second World War.

Author: Dr. Imre Kovács

Chapter VI.

S U M M A R Y

Before Second World War pharmaceutical products were manufactured by Hungarian Pharmaceutical Industry (Richter Gedeon, CHINOIN, Wander, Phylaxia,)

After Second World War the Hungarian Pharmaceutical Industry were taken into Public Ownership.

Between 1945-1989 the Hungarian Surgery Patients were supplied with drugs by Hungarian Pharmaceutical Industry and "RICO" boundage factory.

In the Hospital the drug supply was free of charge for patients.

Same drugs e.g. antibiotics were used as in Western Europe. In the drug research there were world famous Hungarian Pharmacologists: Prof. Szentgyörgyi, Prof. Issekutz, Prof. Vámosi, Prof. Bókai.

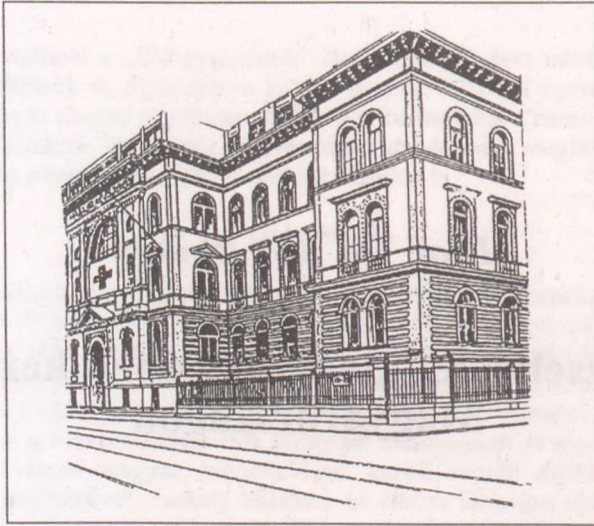
The export of Hungarian Pharmaceutical Products increased into Sowiet-Union. During 1956 Revolution a lot off pharmaceutical products arrived from Germany etc. for the supply of wounded.

Prof. Dr. Kós Rudolf

**A kézsebészet kialakulásának kezdete
Magyarországon**

Prof. Dr. Kós Rudolf

A kézsebészet kialakulásának kezdete Magyarországon



A budapesti Baross utcai I. Sz. Sebészeti Klinika, ahol elkezdték a kézsebészetet 1952-ben, megelőzve a szomszédos, úgynevezett szocialista országokat és a Szovjetuniót

*„Legyen a költő hasznos akarát.
Tisztelegjen a kéz előtt,
mely az élet ős igényeit
elégíti ki termékeivel,
s mint a hétköznapok istene
mindennap újra teremti
a lét feltételeit:
ez a kéz, munka millió
keze szent, szent,
tisztelegjen előtte
a költő, s célja legyen a maga
munkáját testvéreként e millió
kéz munkája mellé állítani.”*

(Szabó Lőrinc)

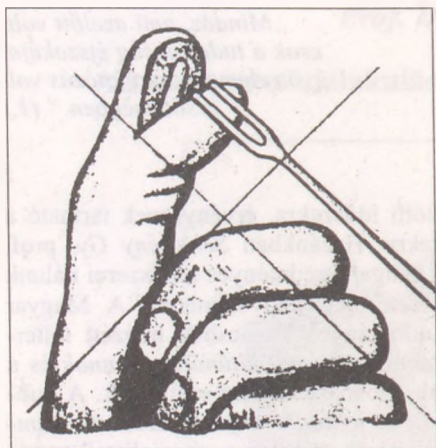
„Mindaz, ami azelőtt volt,
csak a tudatlanság éjszakája,
gyötrellem és tapogatózás volt
a sötétségben.” (1.)

Gosset idézett megállapítása a narkózis előtti időszakra, érvényesnek tartható a korszerű kézsebészet kialakulását megelőző időszakra. Hazánkban *Sebestény Gy.* prof. mondta ki már 1953-ban, hogy a kézsebészet újabb nyugati eredményes módszerei nálunk nem terjedtek el, s az emiatti hátrányokat sürgősen meg kell szüntetni. A Magyar Tudományos Akadémiához és az Egészségügyi Tudományos Tanácshoz intézett felterjesztése nyomán, a *klinikáján megindult korai történések nyomai eltűnőben vannak és a kézsebészet „korai naptárából” újabb közleményeink, előadásaink alig említettek. A publikálások elmaradása e sikerág kezdetéről, hiányosság orvostudományunk története szempontjából is.* Ugyanis nem mindegy sebészetünk értékelésében, hogy a „szocialista” országokat megelőzve mutathattunk eredményeket a korszerű kézsebészetből, és mi adtunk ösztönzést e szakág sikerének nyomon követésére. Miután e fejezet írója „quorum pars magna fui”, résztvevője volt a korai történéseknek, a hazai kézsebészet kialakulása korai szakaszának, ezért *orvostörténeti kötelezettség ennek megőrzítése.*

Az 1952 előtti helyzet leírója „laudator temporis acti” nem lehet, mert az akkori itthoni működés megszégyenítése történelemhamisítás lenne. Ma is érthetetlen, hogy a II. világháborút követő, aránylag gyorsan fejlődő hazai sebészet egy évtizeden keresztül *nem vette tudomásul a kézsebészet nyugati haladását.*

Az elmaradás értékeléséhez röviden említenünk kell, hogy mi volt a helyzet itthon az '50-es években. Meg kell állapítani, hogy a háborút megelőző korszerűtlen módszereket művelték, sőt tanították változatlanul. Egyetemi tankönyveink (4., 5., 6.) az ujjak fertőzésének kezeléséhez a káros Klapp-féle anterolaterális; ujjbegyen pedig a „békaszáj” metszést ajánlják, ezek elnyomorító következményeinek tudatában is. Nehéz megérteni e maradiságot, mikor már 1938-tól ismert volt *Saegesser* (7.) Panaritium c. könyvéből, majd 1948-ból *Pohl W.* [Wien (8.)] könyvéből az ujjakon az oldalközép („Seitlichen Langenschnitt”), illetve ujjbegyen a békaszáj metszés helyett a „Kantenschnitt” alkalmazásának a követelménye. A sérülések műtétéhez káros metszéseket ajánlottak. A primér sebzés, a bőrhiányok elsődleges pótlása akkor sem vált gyakorlattá, amikor az antibiotikumok már rendelkezésre állottak. A műtéti érzéstelenítés, panaritiumok feltáráshoz, fagyasztás vagy klóretiles bódítás volt vértelenítés nélkül. Utókezeléskor a hipermangános vízzel telt lavórokban áztatás az ambulanciák elmaradhatatlan látványa volt. A többnyire későn elkezdett utókezelés kapcsán a „redressment forcé”, az erőszakosan végzett passzív 'betörés' okozta fájdalmas jajgatásoktól nem ritkán visszhangoztak a rendelők [1. a)–b) ábrák].

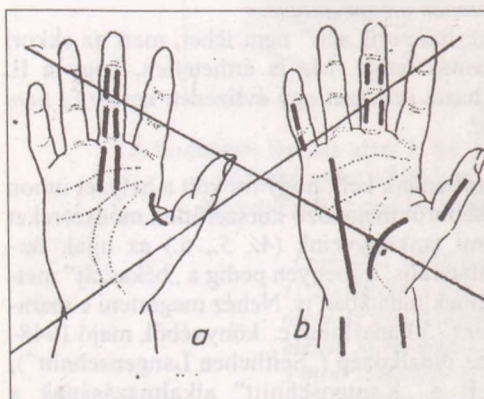
Az közölt ábrák is igazolják *Byrne J. J.* (12.) megállapítását, hogy: „Egy súlyos kézsérülés kezelésénél nem oly ijesztő egy funkciókiesés elnézése, mint egy bagatell fertőzés hibás ellátása.”



1. a) ábra.
Anterolaterális metszés nem ritka következménye



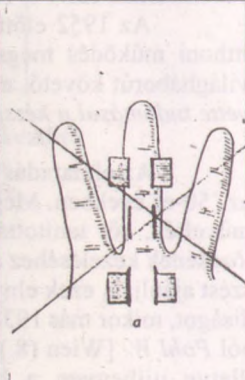
1. b) ábra.
Békaszájmetszés és következménye
(Hazai egyetemi tankönyvből, 1953-ból.)



1953. évi kiadású egyetemi tankönyv
ábrája



Panaritium tendineum
hosszanti feltárása az
anterolaterális vonalban az
ujjközi barázdák átmetésé-
sével a hajlítói elhalását,
kilökődését és rekonstruá-
lásra alkalmatlan heges, ér-
zéketlen, merev ujjat ered-
ményezett (1956. évi eset).



1960-ban megjelent hazai
kézikönyv ábrája

*Az üzemi kézsérültek ellátásának helyzete az 1950-es
„vas és acél országgá” átalakítás és a munkaverseny időszakában*

Az ország egyik legmonumentálisabb üzeme a Csepeli Vas- és Fémművek (Rákosi Művek) volt. A még nagyrészt romos épületekben rendezetlen, törmelékekkel borított óriási területeken, elavult, védőfelszerelés nélküli gépeken három műszakban dolgoztak a jórészt nem kellően képzett munkások. A pontos dolgozói létszám felől még érdeklődni sem lehetett, de bizonyos, hogy több tízezerre duzzasztották fel az üzemi munkások számát. A gyártelep területén lévő Weiss Manfréd Kórházat elcsatolták az üzemtől, s beolvasztották a fővárosi hálózatba. A sérültek ellátása így a szegényesen felszerelt üzemorvosi rendelő feladatává vált. Ez, az egyre sokasodó sérüléseket ellátni már nem volt képes, ezért főorvosa (igen kellemes modorú, de rendkívül vonalas elvtárs) az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetéhez fordult segítségért. A szakszervezet az I. Számú Sebészeti Klinikát utasította, hogy rendeljen ki két sebészt, akik segítsék az éjszakai ügyeletet.

Váratlan és véletlen fordulatok nem ritkán döntő szerepet játszanak nemcsak egy *egyén, hanem egy szakma alakulásában is*. A sors kifürkészhetetlen akarátából az egyik kiküldött e fejezet írója volt, aki részese lett sok kézsérült ellátásának, s ez egyben predestinálta a kézsebészethez kötődését, ezzel kapcsolatban a hazai kézsebészet kialakításához kezdeményező szerepre.

Egy-egy ügyelet alatt 15-20 kisebb-nagyobb sérült jelentkezett, s nagyrésztük kézsérült volt. A „Kerékpár 4” üzemben – az ott dolgozók közlése szerint – alig volt, akinek a védőfelszerelés nélküli prégép automatája ne roncsolta volna valamelyik ujját. A fiatal klinikusok megdöbbentek a sérülések súlyosságára és nagy száma fölött. Javaslatot tettek a főorvosnak ismételt megelőzés és jobb felszerelés ügyében. A főorvos sztereotíp válasza mindenkor ez volt: „A nehézipar fejlesztése érdekében vállalnia kell a nehézségeket és az áldozatokat. De ti, klinikusok úgysem értitek meg, mert polgári beállítotok vagytok.”

Csepelen maradt minden változatlan. A professzoruk engedélyével azonban felvehettek néhány súlyosabb sérültet, köztük súlyos kézsérültet klinikájukra. Több klinikus érdeklődését is felkeltették ez esetek, s a korszerű kézsebészeti módszerek irodalmi kutatásába kezdtek. Az akkori körülmények között nyugati könyvek, folyóiratok, műszerek beszerzése csaknem lehetetlen volt.

Sebestény prof. felterjesztése alapján kapott MTA-i kutatási célprémium révén beszerezhetek nyugati könyveket és műszereket is. Ennek segítségével előadásokon és közleményekben, majd könyvben lehetett bizonyítani a korszerű kézsebészeti módszerekkel elérhető sikeres műtéti eredményeket. Ezután egyre nagyobb számban keresték fel klinikánkat kézrehabilitációt igénylők, illetve egyéb kézbetegék.

„A kéz elnyomorodása a lélek szenvedése is.”

Ennek felismerését tartja e fejezet írója kézsebészeti munkássága legfőbbjének. A kézen az anatómiai és a funkcionális helyreállítás nem egy. Csak a kéz normális működése teszi lehetővé, hogy a beteg akarata tetté váljon. A legragyogóbb sebkezelés eredménye is értéktelen, ha a kéz nem érez vagy nem mozog. Csak a sebész, a funkcionális kezelők és a beteg együttes igyekezetével érhető el, hogy *„a vér, a verejték és a könny megérje a fáradtságot”* – Mason (XIV.).

Az avatatlan szemében keveset jelentő kézrészs épsége a beteg számára felbecsülhetetlen értékű lehet. Amennyiben – csak részben is – elveszett a normális tapintó érzés (tactile gnosis), akkor sötétben nincs meg a „látóképesség”, s az is, hogy oda nem nézőkor is felismerje a tárgyakat, mint ahogy a vak is az ujjával lát. A tüccsettel való érzésvizsgálat részleges reinnerváció esetén nem ad megfelelő felvilágosítást, s a felülvizsgálatok emiatt sok beteget küldtek vissza munkába, újabb sérülésnek kitéve őket. Az incomplet reinnerváció hiányos vizsgálati módszerek miatti téves értékelés következtében nem részesültek kártalanításban 1980-ig.

A korszerű kézsebészet alapelvei

Mitől voltunk elmaradva ekkor? A kézsebészet nyugati fejlődését *Balmer* (17.) a következőképp jellemezte: Az utolsó világháború megkívánta egy kis számú hadseregsebész magasfokú kiképzését, *Bunell* módszerei alapján. Vitathatatlan sikereik váltották ki e szakág rohamos fejlődését. Továbbiakban is a kézsebészet „atyamesterének”, *Bunell*nek iskolájára támaszkodtak, akinek a *Surgery of the Hand* című műve az egész világon a kézsebészet standard művévé lett (X.). Ez ismeretek megszerzése speciális kézsebészeti munkánkhoz elengedhetetlen lett.

„A kézsebészetet nem tarthatjuk kicsi és könnyű sebészetnek.”
[*Moberg* (9.)]

E speciális szakma kialakult alapelveit és technikai igényeit az alábbiakban sorolhattuk fel:

1. Annak felismerése, hogy a kéz érzékszerv.
2. A funkcionális anatómia precíz ismerete.
3. A funkcionális pozíció mindenkori fenntartása.
4. A komplex funkcionális kezelés már kezdettől nem utókezelés.
5. A rehabilitációra való törekvés már műtétkor.
6. Atraumatikus műtéti technika.

ad 1. A kéz funkciói nyilvánvalóvá teszik, hogy a kezet olyan érzékszervnek tekintjük, amely a fogásnak „látást” ad.

ad 2. A kéz finom képleteinek, csúszófelületének megkímélése csak a funkcionális anatómia precíz ismerete révén lehetséges. *Böhler* linzi klinikáján személyesen győződhetünk meg arról, hogy a tanfolyamokon hullakazeken oktatták a kézanatómiát és műtéteit.

ad 3. A funkcionális pozíció fenntartása kötésnél, rögzítésnél alapvető a gyógyuláshoz.

A funkcionális pozíció értékelésében *Mason* (XIV.) odáig megy, hogy állítja: „Ha minden kézsebészetre vonatkozó ismeretünk feledésbe menne, ebből magából is kifejlődne a kéz logikus kezelése. Mert a fogás művelete az, amelyik útjára bocsátotta a kezét a világ feletti uralom felé.” Ehhez az atavisztikusan megrögzött helyzethez ragaszkodik a kéz, és ezért minden más helyzetben a rögzítés káros (2. ábra).

ad 4. A komplex funkcionális kezelés, műtéti és fizikofunkcionális kezelés együttes alkalmazása a kézsebészet szerencséjére hazánkban már az 1950-es években nemcsak ismeretessé vált, hanem a gyakorlatban több intézetben is bevezetésre került *János Gy., Zoltán J., Egyed B. és munkatársaik* munkája révén (XIV.).

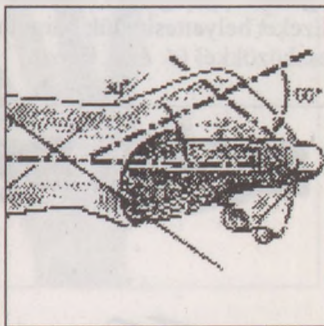
2. ábra



A funkcionális pozíció helyes ábrája. Az egyenes fa- és fémsinellel a rögzítés sokáig megmaradt a gyakorlatban. Igaz, ehhez sebészeti tankönyveink is hozzájárultak

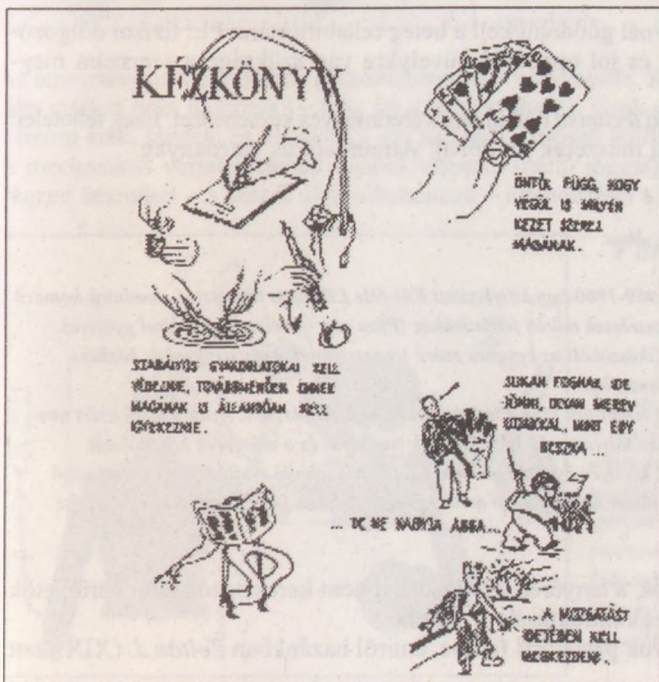


Műtéti tankönyvünk ábrája (1953)



Hibás „útmutató” az 1984-ben megjelent sebészeti tankönyvből

A kéz súlyosabb sérülései után a restitutio ad integrum ritkán érhető el, ám a következményeket alkalmazkodás útján csökkenteni lehet. Ehhez kezdettől a beteg aktív közreműködése szükséges. Míg hazánkban sokáig tartotta magát a nézet, hogy a kezet a teljes gyógyulásig nyugalomban kell tartani (pedig a mozgásnélküliség a kézen afiziológias „berozsósodáshoz” vezet, hiszen még alvás közben is mozgatjuk kezünket), addig a korai használatlaltal kitűnő eredményeket láthatunk. Foise és Pitney (XIV.) brosúráját minden kézsérültnek odadták az USA-hadseregben, hogy ezzel is ösztönözzék őket kezük használatára. A mi útmutatónk: 1. 3. ábra, amit minden betegnek adtunk.



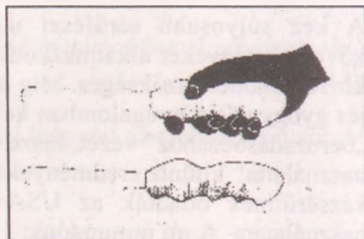
3. ábra

A külföldön már az 1950-es évek óta használt kitűnő funkcionális kezelő eszközök: rugós ujjszínek (quengelek), traktációs kesztyűk stb., nálunk csak igen későn kerültek forgalomba. Ezeket helyettesítettük bőrgyűrűs fémszínekkel (Egyed B., Kós R.) és otthonra „kézreszabott” eszközökkel (4. és 5. ábra).



4. ábra.

Az ujjpercek aktív mozgására szolgáló eszköz. A komplikált, beszerezhetetlen külföldi rugós-acélgyűrűs készülékek helyett (Kós R., Egyed B.) aluminium sín bőrgyűrűs módozata helyettesítette a kezeléseknél ezeket, és ennek országszerte elterjedt az alkalmazása

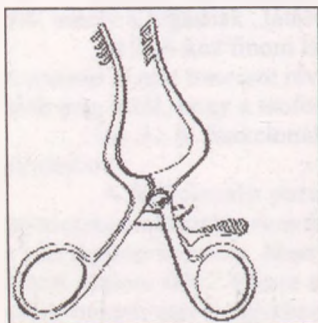


5. ábra.

Erős markolásban készült viasz, illetve műanyagba foglalt tárgy használata közben bővült a merev kéz mozgásszélessége

ad 5. Már a műtéti tervnél gondolni kell a beteg rehabilitására. Pl.: fizikai dolgozónak széles, hegmentes tenyérre és jól opponáló hüvelykre van szüksége a szerszám megfogásához.

ad 6. Atraumatikus műtéti technika nélkül nincs eredményes kézsebészet. Ezek feltételei: – Finom kézsebészeti, plasztikai műszerek (6. ábra). Atraumatikus varróanyag.



6. ábra.

1959-1960-ban kifejlesztett Kós-féle LT-záras terpesztőt, domború-homorú testrészek műtéti feltárásához (Pfauf cég – Melsungen – által gyártva). Kiküszöböli az egyenes szárú terpesztőknél mutatózó műtői közbeni zavarokat.

A lehajlított szár a testrészekhez (alkar, tenyér, arc, nyak) simul, ezért nem akadályozza a sebész kezének munkáját és a műszerek használatát.

A könnyen nyitható-zárható LT-zár is a lehajló részben van. A matt színű műszer nem csillog a műtői reflektorfényben és így nem zavarja a sebész

látását.

– Az ujjakon *mid-laterál incisiók*, a tenyéren a barázdákat nem keresztezők által kerülhetők el az ér-ideg-ínsérülések és a hegkontraktúrák (7. ábra).

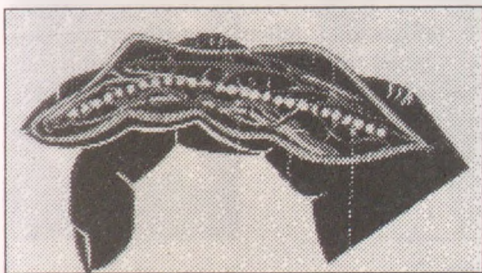
– *Elsődleges sebzárás*, bőrhiányok plasztikai fedése, amiről hazánkban Zoltán J. (XIX.) tett



7. a) ábra. Tilos és helyes incisiók

Első hazai közlés az ujjak „midlateral” incisiójáról és a tenyéri barázdákat nem keresztező metszésekről.

E modern, kárt nem okozó metszések még sokáig nem mentek át a gyakorlatba, mert hazai tankönyveink még a káros anterolaterális és békaszáj metszéseket „tanították”. Középső ábránk a kéz „Working surfaces”-t (vonalozott rész), a munkavégzésnél használt bőrfelületeket mutatja. Erre nem voltunk tekintettel, pedig e területet metszéseknél kerülni kell. (Kós R. 1956)

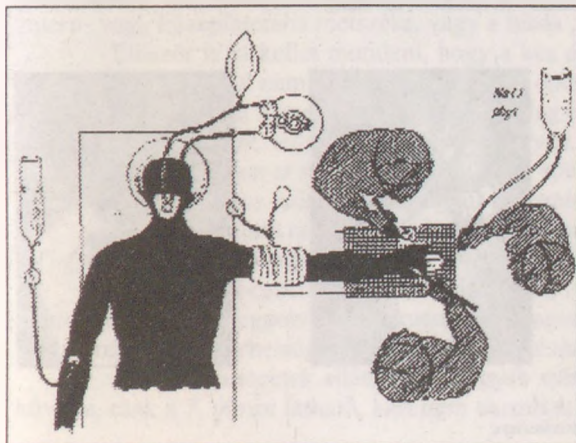


7. b) ábra.

A Bunell-féle középső laterális metszésvonal (fehéren pontozva) viszonya az ujj képleteihez:

a) rete venosa superficiale; b) és c) a. és n. digitale dorsale; d) és e) a. és n. digitale volare; f) rete arteriosa superficiale

Az atraumatikus technikához nélkülözhetetlen a vértelenítés. Ki látott már olyan órást, aki tintába mártott órán dolgozik? – tette fel a kérdést Bunell. Csak vértelenítésben kimélphetők meg a finom erek, idegek, és nem kell a vér itatására a csúszó felületeket károsító törülő használata. A mechanikus vértelenítésnek vannak ellenzői (némi joggal). A mechanikus vértelenítéssel végzett kézműtét – a szerző által alkalmazott – elrendezését a 8. ábra mutatja.



Vértelenítés mechanikus leszorítás nélkül. Magyar eljárás

8. ábra.

A szerző által ajánlott műtéti felállás alattásban és vértelenítésben végzett kézműtétetekhez. Kisebb és közepes, nem hosszú időt igénybe vevő műtételnél teljesen megfelelőnek bizonyult a gyógyszeres vértelenítés:

Lidocain + Pho-Lys[®] [Vaso-pressin, Octapressin/ oldatos helyi infiltráció (Kós R. és Anyitskov N. által kidolgozott eljárás).]

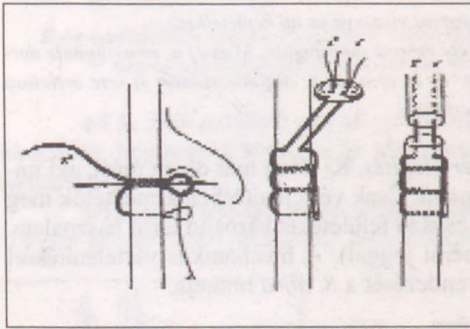
Kisebbségi műtétekhez megfelelőnek találtuk, a moszkvai *Anyitskov* prof. segítségével az állatkísérletekkel kidolgozott, érzéstelenítőhöz adott *Vasopressin* (Octapressin) készítménnyel elért vértelenítést (34.)

E *gyógyszeres vértelenítésről* tartott előadásunk a XXV. Nemzetközi Sebésztársaság Barcelonai Kongresszusán nemcsak széles körű érdeklődést és diszkussziót nyert, hanem utána még számos külföldi megkeresést is.

A kézen az *invarrat* az egyik legnehezebb műtéti feladat. *Galenus* kijelentése óta, hogy „*Nervus aut ligamentum dissectum refici non potest*”, a sebészet a XX. század közepéig nem dicsekedhetett invarrati sikerekkel. A kézen pedig a hajlító inak varrata az inahüvelyek területén (kritikus zóna, illetve *Bunell* elnevezése szerint a „*No man's land*”), olyan nehéz feladat, hogy *Iselin M.* (11.) őszintén leírta: *Bunell* kihúzható és tehermentesítő invarratának megismerése előtt Franciaországban nem látott sikeres kéz-hajlító invarratot az inahüvelyek területén. Ez már abból is érthető, hogy a korábban használt selyem-, illetve lenfonallal átvartt ínész rövid idő alatt necrotizált.

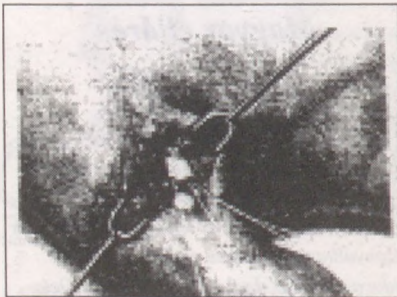
Hazánkban is, sajnos e sérülések eredményei siralmasak voltak, a fent említettek kivételével is, mert káros incisiókból mindkét hajlító inat megvarrták és az inahüvelyeket nem rezezálták. S a varróanyagok!

Itthon, egészen az 1960-as évek közepéig nem lehetett hozzájutni a *Bunell*-féle invarratokhoz szükséges varróanyagokhoz és műszerekhez. Ez arra készítette e fejezet íróját, hogy egyszerű, nálunk is beszerezhető finom drótfonallal tehermentesítő, s egyben eltávolítható varrást dolgozzon ki. E technikával végzett invarratok eredménye azonosan sikeres volt, mint a *Bunell*-módszeré, amiről ezen invarratok utáni eredmények kielégítő voltáról meggyőződünk (9-12. ábra).



9. ábra.

A szerző eltávolítható invarrata. Az *X'* fonal egyik szára-nak átvágása után az *X'* fonal is könnyen eltávolítható. A gomb feletti rögzítés tehermentesíti az inebet. E varrat helyettesítette komplikált és különleges varróanyagokat igénylő *Bunell* invarratot és azonos eredményt nyújtott. (l. az alábbi ábrákat).



10. ábra.

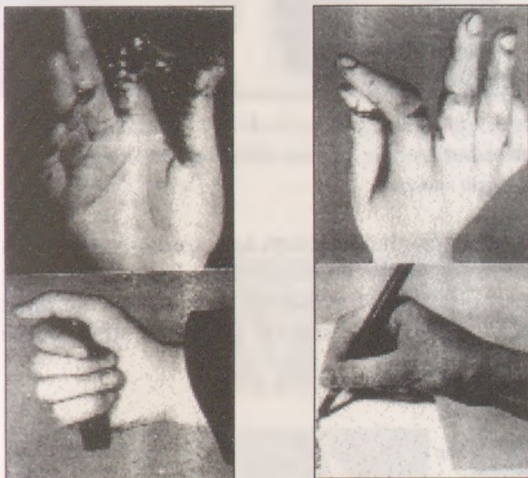
A *flexor poll. long.* átvágása után végzett műtét eredménye





11. ábra.

Egy gitárművész – gyűrűs ujjá hajlító inának ruptúrája után végzett reimplantációs műtét után – húros hangszerén újra játszhatott



12. ábra.

Az index hajlító és feszítő inának és a két végpercenek roncsolódottsága, valamint a hüvelykujj sérülésének ellátásánál a mutatóujj perceinek amputálása helyett végzett restitúció sikeres lett

Az újabb követelmények elterjesztése

Az előzően ismertetett korszerű kézsebészeti ismeretek és eljárások hazai irodalmunkban az 1950-es évek elejéig nem voltak közzéve. Ezeket elsősorban meg kellett *tanulnunk* és *tanítanunk*, továbbá *elterjeszteni a sebészek között*. A legsürgősebben azokat kellett ismertté tenni, amely „hagyományos” módszerek kárára voltak a kéznek (pl. a panaritium feltárások antero- vagy középlaterális metszése, vagy a hibás „lapos” bekötések, rögzítések).

Először is ki kellett mondani, hogy a kéz *érezkiszerv*, ezért *nagysebészeti* módszerekkel és eszközökkel nem lehet eredményesen operálni.

Ki kellett azt is mondani, hogy sebészileg ellátni a kézelvátóaszt *nem kell* a kézsebészetben *járatlannak*, vagy *nem megfelelő helyen*. Kritikus területen (hajlító inahüvelyek) sérült inakat pedig *nem is szabad operálni*, csak speciális intézetben, vagy ha ez nem lehetséges, úgy *másodlagos műtetre* kell hagyni a varratot.

A kéz fertőzéseit nem lehet csak antibiotikumokkal kezelni, sem a panaritiumot „érleléssel” gyógyítani. Az „ubi pus, ibi evacua” elve az antibiotikumok korszakában is érvényes.

Aki kézsebészzel akar foglalkozni, annak legelőször is a *funkcionális anatómiában* kell a legpontosabb ismereteket megszereznie. Ez csak előzetes bonctani, hullakéz-preparálással lehetséges, amit a külföldi kézsebészeti tanfolyamokon gyakoroltatnak.

A kéz sérüléseinek ellátásánál, s egyéb műtéteinél nem szabad más metszésvonalat követni, csak a *7. ábrán* látható, kárt nem okozókat.

A kéz bekötésekor, rögzítésekor az ép részeket *szabadon kell hagyni*. Spatulák, egyenes fa- és fémsínek teljesen kihagyandók a kezelésekből. Helyettük finom, „testre szabott” gipsz (műanyag) kötéseket – szükség esetén fémsínnel kombinálva – kell alkalmazni [13. a)–b) ábra].



13. a) ábra.



13. b) ábra

Az ép ujjakat szabadon hagyó rögzítési technika (finom műanyag) gipsz kötéssel. A fényképek metacarpus töréssel társult ficam ilyen rögzítéssel történő kezelés eredményét mutatják



A rögzítés mindig a funkció helyzetében kell történjen, különös figyelemmel a csukló alaphelyzetére. A kéz hosszú ujjainak bekötésekor, rögzítésekor arra is figyelni kell, hogy ezek az *ujjak behajlításkor nem párhuzamosan fekszenek, hanem az ujjak csúcsa a sajkacsontra néz* (14. ábra).

(14. ábra).

Az ujjak csúcsa a sajkacsontra néz

Minden sérüléstől megóvott, nem devitalizált szövetet meg kell őrizni és fel kell használni – azonnal vagy később – mert igen súlyos roncsolások után is többnyire felhasználhatók ezek valamelyes „fogóképesség” létrehozásához, ami mérhetetlen haszon a beteg önellátó képességéhez [15. a)–b) ábra].



15. a) ábra.

Mindkét kéz ujjainak fagyásos gangraenája után is helyreállítható volt valamelyes fogóképesség, ami a betegnek a mindennapi életben az önellátáshoz jelentős segítség.

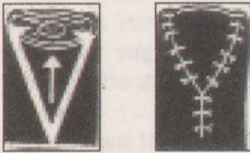




15. b) ábra.

Egy hároméves gyermek gázolósos kézroncsolódása után a megmaradt, nem devitalizált, szövetrészekből csekély fogóképességet lehetett biztosítani

Minden kézsebészettel foglalkozónak ismernie kell a plasztikai bőrfedési és bőrtranszplantációs eljárásokat. A gyakori ujjvégsérüléseket nem szabad sarjadztatásra hagyni, mert az *ujjvégnak „látnia kell”*. Környező bőreltolással a bőr és így az ujjvég érzése megmarad (16. ábra).



16. ábra.

A hüvelykujj begyének roncsolt csonkolása után kozmetikailag is kiünő eredményt értünk el kézsebészeti módszerrel

A korai kézsebészeti közlések, előadások szerepe a szakág hazai kialakulásában

A nyugati haladásra kevesen ugyan, de mégis voltak sebészek, traumatológusok, ortopédok, akik felfigyeltek, s az új alapelvek és módszerek révén elért eredményeikről beszámoltak. E szerzők munkái ösztönzők és útmutatók voltak e szakág iránti érdeklődés felkeltésében. Korai közléseik az irodalmi összeállításban találhatóak.

Kézsebészettel kapcsolatos előadások legelőször 1953-ban az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Munka-egészségügyi (üzemorvosi) Szakcsoportjában szerepeltek:

A MUNKA-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKCSOPORT

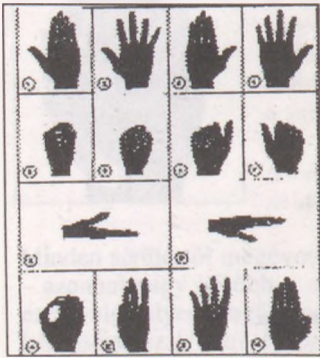
1953. év október hó 30-án és 31-én

nagygyűlést tart

1. Rubányi Pál: Traumatológia
2. Kós Rudolf: Acut kézsérülések üzemorvosi szempontból
3. Egyed Béla: Komplex actív functionális kezelés
4. Langmár Lajos: Kézsérültek munkaalkalmassági vizsgálata
5. Adorján István: Sérülés utáni functio-kiesések helyreállítása
6. Beöthy Konrád: A kézsérültek elhelyezkedése a gyakorlatban

A sebész szakcsoportban azonban csak 1960-ban került sor kézsebészeti ankétra.

A klinikai munkák értékelésében komoly gondot okozott a műtéti eredmények objektív kiértékelése. A műtét előtti és utáni helyzet bizonyítására egy táblázatot [Boyes-Kós-féle táblázat (17. ábra)] készítettünk a kéz standard pozícióiról, s ez lehetővé tette a műtét előtti és utáni, sorszámmal ellátott fényképezést.



17. ábra.

Boyes-Kós-táblázat a kéz standard pozícióiról. Ez alapon végzett vizsgálatokkal bizonyítható a kéz funkcióinak megléte vagy hiánya. A számozás egyszerűsíti a dokumentációt, és a tudományos közlésekhez a fényképfelvételek készítését.

Ez azonban nem tette lehetővé az érzéskvalitások objektív kimutatását és bizonyítását. Ehhez Szász Gy. professzorral kidolgoztuk az itthon egyszerűen elvégezhető módosított Oden-Moberg-féle ninhydrines ujjlenyomat vizsgáló eljárást. Ezzel objektíven bizonyítható a szenzibilitás megléte, sőt kvalitása is (18. ábra) Ladányi J. (XIV.) nemzetközi elismerést elért ujjvég replantációs műtéteinek revascularisálót is e ninhydrines ujjlenyomati módszerrel igazolta.



18. ábra.

Ninhydrines ujjlenyomattal törénő objektív érzésvizsgálat vázlata, melyet Kós R. és Szász Gy. dolgozott ki és vezetett be hazánkban. Ábránkon a nyílal jelzett helyen történt sérülés után a papírra vett ujjlenyomaton nem láthatók a sensibilis beidegzést bizonyító pontozatok.

1961-ben elkészült az I. Számú Sebészeti Klinikáról az első hazai *kézsebészeti kandidátúrai disszertáció*. Megvédésével megvalósult az első kandidátúrai tudományos fokozat a kézsebészetben. Az egyik opponens, az éles kritikájáról ismert *Hedri E.* prof. volt, s a disszertációt a következő képpen méltatta:

„A kézsebészet korszerűsítése fontos, időszerű feladat, s e feladatot nem is a legjobb körülmények között vállalta, s ez irányú, évekig tartó, fáradságos, sok akadályt leküzdő, a legteljesebb elismerést érdemlő munkásságával igen szép eredményeket ért el. Bekövetkezett a kézsebészet immár véglegesnek tűnő fellendülése, amelyben több magyar sebésznek van érdeme, de az oroszlánrész *Kós R.* dr.-t illeti meg. Nekem, az opponensnek meg kell hajtanom az elismerés zászlaját munkássága előtt.

1961. április 3., *Dr. Hedri Endre*, egyetemi tanár”

A másik opponens *Dr. Zoltán János* volt. Véleménye az alábbi:

„*Kós Rudolf* doktornak a kézsebészetben kifejtett munkássága szakkörökben általánosan ismert és elismert. A kézsebészetnek különösen két fontos területén, a sérülések ellátásában és a fertőzések sebészi kezelésében tett sokat, nem csak saját betegei érdekében, de fáradhatatlanul iparkodott a korszerű kézsebészet alapismereteit terjeszteni és harcolt a szükséges anyagi és szervezési intézkedésekért is. Disszertációja ennek a gazdag munkásságnak eredményeiről számol be. [...] A leírt kezelési eljárások, műtéttechnikai újdonságok egy részét pályázó elsőként ismertette, vagy vezette be hazánkban. Néhány kérdésben pedig önálló módosításokkal is gazdagította az anyagot.”

A következő években több kézsebészeti tárgyú disszertáció készült, ami bizonyította, hogy e specialitás felkeltette a sebészek, traumatológusok érdeklődését. *Ladányi J.* nagydoktori értekezése kézsebészeti tárgyú volt (1965-ben). Kézsebészeti kandidátúrárt védett: *Salamon A.* (1970), *Galambos J.* (1976), *Farkas J.* (1976), *Renner A.* (1976), *Zolczer L.* (1979) és *Sántha E.* (1980).

Saját tapasztalatok alapján írt első hazai kézsebészeti könyv megjelenése



„Csak aki maga lát s tapasztal
halad egyenes úton a célhoz,
ki csupán könyvekből akar gyógyítani,
tanulni, idegen erőkre támaszkodik,
ezekkel botlik.”
(*Balassa J.*)

Nem volt elképzelhető hazánkban olyan könyv kiadása, amely nem itthoni tapasztalatok alapján ismertetett manuális szakmai eljárásokat. Ezért csak a külföldi haladásokkal szerzett – közel egy évtizedes – hazai eredmények kiértékelése után került sor az első hazai kézsebészeti könyv: *Dr. Kós Rudolf: A kéz sebészete* kiadására [Medicina, 1961 (19. ábra)].
(19. ábra)

Ez a hazai eredmények mellett röviden tartalmazta azokat a kézsebészeti alapelveket, amelyek a nyugati irodalomban addigra kialakultak. A Magyar Tudományos Akadémia támogatásával kiadott könyv 412 oldalon (360, részben színes ábrával) igen szép kiállításban, egész vászon kötésben jelent meg.

A könyv példányai hamarosan elfogytak, s rövid idő múlva még antikváriumokban sem lehetett fellelni. Vitathatatlan, hogy e könyv tette hozzáférhetővé hazánkban a korszerű kézsebészet alapelveinek és módszereinek megismerését.

Az MTA *elnöki díjjal* tüntette ki e munkát, s a szovjet *Medgiz* (moszkvai) kiadó, pedig megrendelte az Akadémiai Kiadónál a könyv orosz nyelvű kiadását. Több nyugati kiadó is ajánlatot kért a könyv német, illetve francia nyelvű kiadására, azonban a hazai kiadó a külföldi kiadáshoz engedélyt nem adott, mivel saját maga óhajtotta itt-hon kiadni. E nagynevű kiadók (Masson, Thieme) azonban csak saját egységes külalakú és szerkesztésű könyveket adnak ki, s különben is a magyar kiadványok minősége nem felelt meg igényeiknek.

Az első magyar kézsebészeti könyv megjelenésének jelentőségét úgy tudjuk értékelni, ha szemelvényt adunk a könyv recenzióiból. Ezek félreérthetetlenül bizonyítják, hogy miért kell a hazai kézsebészetet már e korai szakaszában is a magyar orvostudomány **sikerágának** tekinteni.

Petrovskij V. B.: (CCCP) eü.-i miniszter: „A könyvet nagy gyakorlati jelentőségűnek tartom.”

Eyler L.: (USA) Kézseb. Társ. titkára: „A könyv nagyon impresszív és az ábrák kitűnőek.”
Böhler J.: (Linz): „Elismerésre méltó az a szorgalom, amivel Ön az irodalmat feldolgozta. A könyv ábrái igen tetszettek.”

Moberg E. (Goeteborg): „Hogy Ön szép eredményeket ért el, azt az ábrák bizonyítják. Ezért gratulálok a szép teljesítményhez.”

Witt A.N. (Berlin): „Haladéktalanul kifejezem örömemet munkájának nagyszerű kvalitása felett.”

Schink N. (München): „Különösen felkeltették érdeklődésemet az ábrák.”

Karfik V. (Brünn): „A pompás könyvhöz gratulálunk. Remélem, hogy közleményeire számíthatunk tudományos folyóiratunkban.”

Farkas L. (Burian Klin., Prága): „Szébb kivitelű könyvet nem láttam eddig! Prof. Kenia (Danzig) érdeklődik, majd árul el neki személyesen, ami fontos a kézsebészetben.”

Jaros M. (Burian Klin., Prága): „Dr. Kós operált kézsérüléseinek eredményei világviszonylatban is kitűnőek.”

Schmitt W. (Rostock): „A könyv egészen elragadó benyomást tett rám. További sok sikert kívánok.”

Ulrich C. H. (Ulm): „Csodálom a kitűnő könyvet és a hallatlan munkát, melyet egy ilyen könyv megírása és összeállítása igényel.”

Eyler L. (Nashville, USA., Secretar Ass. Hand Surg.): „Az USA Kézsebészeti Társaságnak 1964. januári meetingjére mint tagot és vendéget meghívom.”

Volkov M. V. (Moszkva eü.-i min.-h. Közp. Traum. I.igazg): „E monográfia többéves, sokoldalú, sikeres munka eredménye, amelyet a szerző a kéz helyreállítása terén végzett Magyarországon. Munkája hozzájárul a sebészet egyik legnehezebb ágának továbbfejlesztéséhez, számos sebész figyelmét és érdeklődését kelti fel az adott problémák megoldásához [...] Kós Rudolf munkáját nagy érdeklődéssel olvashatjuk és a nagyszámú fénykép nagy személyes tapasztalatokról tanúskodik...”

Ostrovvernov G. S. (Moszkva, Medgiz Könyvkiadó vez. ig.): „A könyv jól van megszerkesztve, a korszerű sebészet nivóján, ezért a szovjet orvosok nagyarányú érdeklődését felkeltette. Kérjük, hogy adják ki a könyvet orosz nyelven.”

Ladányi J. (Orvosi Hetilap recenzió): „A szerző méltán lehet büszke munkájára, mi pedig a kézsebészet korszerű gyakorlásának elterjesztését reméljük a könyvtől.”

Miután e magyar nyelvű könyv nem került külföldi kereskedelmi forgalomba, ezért a külföldi recenziók és ismertetések kizárólag szakmai feltűnés révén keltettek érdeklődést. Továbbá a klinikánkat felkereső külföldi sebészek és kongresszusi résztvevők észrevétele által.

Az első hazai sikeres index pollicisatio mütete 1961 februárjában történt és a mütét alatt készült filmet több külföldi kongresszuson is bemutattuk. A film azért is keltett érdeklődést, mert minden kockája valóban mütét közben készült, ellentétben a külföldi kézmütét-filmekkel, ahol a mütéti részeket hullakézről veszik fel. Esetünkben, és az ezek után készült több pollicisatiós esetben ér-ideg-köteggel vittük át a transponált ujjat és profundus inát a flexor poll. longusszal egyesítve (20. ábra vázolata). Ennek következtében a keringés és a szenzibilitás kifogástalan maradt, a beidegzés és mozgás szervézését pedig a fl. poll. longus biztosította. Ugyanis a „szervézést”, a hüvelykujj „vezérlését” ez az ín, illetve izma képviseli. Esetünkben a beteg begyakorlás után háztartási munkáját és több gyerekének ellátását képes volt két kézzel végezni. [Gondolnunk kell arra, hogy a sebész mekkora felelősséget vállalt e mütéttel! Nem kevés éjt-napot töltött el a transponált ujj keringésének és óvásának figyelésével (20. ábra).]



20. ábra

Sérült index pollicisatiója. Az index-begyakorlása után hüvelykujjként működött, mivel a hüvelykujjézés az index profundus inával egyesített fl.poll.longus adja.



A vázlatok a végzett mütét mozzanatait mutatják. Ez az eset az első sikeres ujj-transzplantációs mütét hazánkban (1961).

Magyar kézsebészeti könyv bővített orosz nyelvű kiadásának sikere (21. ábra.)

Hirurgija Kiszti címmel 1966-ban jelent meg *Dr. Kós* könyvének orosz nyelvű kiadása. A könyv 511 oldalon (540, részben színes ábrával) a magyar kiadást a kéz fejlődési rendellenességei, daganatai és helyreállítási fejezetekkel bővítve. A könyv a Szovjetunióban hamar elfogyott és az igényelt újabb kiadás azért nem valósult meg, mert a két ország kiadói közötti viszonyossági megállapodás miatt nem voltak biztosítva a költségek. A könyv a Szovjetunióban alapkönyvként szerepelt és *ösztönzően hatott a kézsebészet megindulásához*. Az újabb kiadás híján sem a számtalan levélbeli kérésnek, sem a hazánkban kongresszusra látogató, illetve turista szovjet, csehszlovák, jugoszláv sebészek kéréseit kielégíteni nem tudtuk. Mindezenre a szovjet



(21. ábra.)

nyilatkozatok igazolták, hogy e könyv lett az alapja kézsebészetük megteremtésének.

Az orosz nyelvű könyv megjelenése után a Moszkvai Központi Traumatológiai Intézet igazgatója (Prof. Volkov) a következő táviratot küldte *Dr. Kósnak*:

„Nagy örömmel köszöntöm Önt, az orosz nyelven megjelent tudományos munkája alkalmából. A gyönyörűen kiadott könyv nagy népszerűségnek örvend a Szovjetunió sebészei és traumatológusai körében és nagy segítséget nyújt nekünk.”

Kun M. prof. lektori véleménye: „*Dr. Kós* könyvének orosz kiadása rövid idő alatt megnyerte a szovjet orvostársadalom tetszését. Erről több ízben hallottam moszkvai utam során. Könyvében a korszerű kézsebészet alapelveit fektette le és ezzel a szovjet irodalomban nagy hézagot töltött be. Érdemesnek tartom a könyv nagyobb példányszámú, orosz nyelvű második kiadását.” (A hazai Akadémiai Kiadó sovinizmusa miatt ez épp úgy nem valósult meg, mint a Masson és a Springer kiadása sem.)

Volkov prof. és *Kun prof.* véleménye ismét bizonyította, hogy a magyar kézsebészet valóban sikert ért el és már ez időben *orvostudományunk sikerágának* kell tekintenünk.

A könyv egyébként az erdélyi, a csehszlovák és a német sajtóban is kapott méltatást. *Kelemen A.* (Orvosi Szemle, Targu-Mures, 1966): „Kiemelhetők a teljesen korszerű, művészileg és anatómiailag tökéletes ábrák. Igen nagy irodalmi anyagra támaszkodik és saját háromezer esetének tanulságait is feldolgozza. A kezét fontos érzékszervnek tekinti, melynek nem csak anatómiai épségére kell gondolnunk. Műve hozzájárul e gondolat gyakorlati megvalósításához.”

Prieler N. (Stolzalpe, Zblatt f. Chir. 1969., 470.): „A mű a gyakorló sebészek, traumatológusok, orthopédek számára értékes segítséget nyújt. Az illusztrációk tökéletesen megfelelnek a mai kor követelményeinek, és mutató formában festik alá a mindenkor tárgyhoz tartozó szöveget.”

Jaros M. „Prága, Acta Traum. Chir.et Orthop., 1966): „Nehéz a könyv gazdag tartalmát méltatni, mert többoldalas ismertetést igényelne. E könyvet minden olyan sebésznek meg kellene szereznie, aki a kéz sebészetével akar foglalkozni.”

Az orosz nyelven megjelent kézsebészeti könyv jó recenziói, valamint klinikai eredményei nem maradtak észrevétlenek környező országaink sebészei, de főleg a szovjet sebészek körében. A hazánkban tartózkodó Szovjet Hadsereg Központi Kórháza ismételt kézsebészeti kurzus tartására kérte fel e fejezet íróját. Majd az idekerült súlyosabb kézsérülések, köztük nem kis számban lövési (aknaszilánk stb.) és közlekedési baleseti sérültek konzultálására és műtétük elvégzésére.

E tisztán szakmai együttműködés szorgalmazója és keresztülvívője legfőképp *Anyicskov N.* professzor, a hadsereg fősebésze volt, akit moszkvai klinikájáról *Petrovszkij B.* egészségügyi miniszter küldött hazánkba, e sok diplomáciai érzéket igénylő szolgálatba. *Anyicskov* a hadsereg központi kórházába rendelt minden komolyabb kézsérült beteget, és e fejezet íróját kérték az operálásra, konzultálásra. Mondani sem kell, hogy ez esetek szinte kivétel nélkül súlyos exploziós sérülések voltak. E közreműködés teljesen önkéntes, honoráriummentes volt, két évtizeden keresztül. Ez megcáfolhatatlan bizonyíték a magyar orvostudomány elismerésére az akkori években.

Anyicskov prof. nemcsak elismerte a magyar sebészeket, hanem meg is bízott bennünk. Ennek eredménye abban is megmutatkozott, hogy évről évre egyre több magas rangú szovjet állami vezető és magas rangú tiszt, illetve családtagjaik kézműtetre kérte fel e kórházban. Így példának említem, hogy a szovjet légierők főparancsnokának sikeres kézműtete után igen meglehangú köszönőlevelet küldött. A magyar kézsebészet terén való e közreműködés eredményességét közel egy tucat „*Gramota*” (’elismerő oklevél’), újságcikk, előadásokra való felkérés és köszönőlevél bizonyítja.

M. N. Anyicskov professzor több évi magyarországi szolgálata után búcsúzaskor az alábbi sorokat írta:

„Magyarország csodálatos baráti népéről emlékeim mindig a kiváló magyar orvosokhoz, sebészekhez kötődnek. Kívánok nekik a magyar nép javát szolgáló alkotó sikerüket. A legmelegebb baráti üdvözlettel: Prof. Anyicskov, Moszkva.”

Az általános sebészet vezetői ellenzik a kézsebészet önállósulását

Az ez időben anyagi gondokkal küzdő és amúgy is túlterhelt klinika, és utóbb a fővárosi kórház nagy sebészeti osztálya helyileg megtúrta a kézsebészetet, elsősorban a belföldről és külföldről megjelenő és tanulni akaró sebészek látogatására és elismerésére való tekintettel. Szerencsére, a kézoperáltak nagyrésze ambulanciái műtőben, járó betegként volt ellátható. Nem mulasztható el annak az önfeláldozó készségnek megemlézése, mellyel fiatal sebészek, műtősnők, műtős asszisztensek – a többlet munkát jelentő – kézsebészeti betegek operálását, kezelését segítették. Vitathatatlan, hogy ezt önzetlenül tették – hiszen a rászorultak többsége táppénzes üzemi munkás volt, akiktől „hálapénzre” nem számíhattak. De nem is számítottak. Egy azonban buzdítólag hatott: e betegek ellátásának látványos eredménye.

1963-ban *Mester E.* lett a Baross Utcai Klinika igazgatója, annak a klinikának, ahol már jó egy évtizede folytatta kézsebészeti működését a jelen fejezet írója, és törekedett volna egy önálló osztályrész kialakítására, ahol kézsebészeti továbbképzésre és tanfolyamok tartására lett volna mód. Hiszen – különösen vidéken – korszerű kézsebészeti ellátásra ekkor még alig volt mód. *Mester* prof. igen sok jóindulattal és bölcsességgel óvott a tervezéstől, mondván: „Hogyan fogsz működni, ha nem kapsz karmesteri pálcát, hangszereket, helyiséget? Azaz műszereket, ágyakat stb. Erre pedig az általános sebészetben sokáig nem lesz mód. Maradj csak általános sebész és csak hobbiként foglalkozzál a kézzel.”

Tanácsát megfogadta és utóda lett a főváros legnagyobb sebészeti osztályán e sorok írója. Mester prof. pedig azzal kívánta honorálni tanítványa kézsebészeti munkásságát, hogy az Általános Orvoskaron meghirdette az első, „A kézsebészet” című (magántanári) kollokviumot.

A fővárosi nagy sebészeti osztály sem kedvezett a kézsebészeti működésnek. A betegfelvételeket irányító Központi Ágynyilvántartó – nyilván felsőbb utasítások alapján – nem adott felvételi engedélyt „területen kívüli” kézsebészeti betegeknek. Csak az osztály három, úgynevezett speciális ágára lehetett ilyen beteget felvenni. Pedig ez időben már az osztály sebészgárdája járatos volt a modern kézsebészetben, és a környező nagyüzemek segítettek, látva a kézsérültjeiken elért jó eredményeket, valamint táppénz- és kártalanítási megtakarításait. Saját „üzemi rendelők” számára beszereztek a szükséges külföldi műszereket, varróanyagokat, quengeleket, és „tartós kölcsönként” odaadták a kézsebészeti munkához. Sőt kölcsönöztek nővért, gyógytornászt is. Ezen túlmenően, a kórházi sebészeti osztály egyik nagy teraszát *beépítették „kézsebészeti ambulancia” céljára*. Ennek kézsebészeti célra való működtetését sem a helyi kórházvezetés, sem a főváros vezető főorvosa nem engedélyezte, mondván, hogy illetékes sebész „szaktekintélyek” véleménye szerint, akik általános sebészeti osztályokon nagy műtéteket – így nehéz hasműtéteket is – képesek elvégezni, azok kis kézsebészeti ellátásra is képesek.”

Visszamenőleg nehéz kihámozni, hogy a kézsebészet kialakulásának gátlásában kiknek volt szerepük. Akkor, mikor a sebészeti ambulanciák csaknem felét panaritiumos és kézsérült betegek képezték. S akkor, mikor a környező, úgynevezett „szocialista országok” és a Szovjetunió felől is egyöntetű volt a magyar orvostudomány e sikerágának elismerése és követése.

Az általános sebészetben tartósan megmaradt az elzárkózás a kézsebészetnek külön specialitásként való kialakításával szemben. A kézsebészeti betegek szerencséjére azonban az Országos Traumatológiai Intézetben *Maninger J.* (16.) majd *Renner A.* és munkatársai megalapíthatták az első kézsebészeti osztályt, majd az országos hálózatot. Az általános sebészet vezetői nem fogadták meg *Szönyifi Benjamin* (1781) figyelmeztetését, hogy: "... le ne zárd a patakvizet, ebből a vízből még nem ivott eleget szerte a rétövezet."

Manninger J. munkásságáról a holland *Boerhaave* példája juthat eszünkbe, aki 12 klinikai ágyon tanította meg fél Európát az orvosi hivatás fenséges művészetére.

Csakhogy a kézsebészet céljára a hazai általános sebészetben nem volt 12 ágy. Ennek következtében – mindenképpen kívánatos, a balesetihez hasonló – párhuzamos fejlődés a sebészetben nem következett be.

Irodalom

1. *Gosset Bertrand*: cit. Med. Klin. 61. 1966. Nr. 48.
2. *Sebestény Gy.*: Felterjesztés az MTA-hoz (1953. 02. 25.)
3. *Balassa J.*: Székfoglaló beszéd (1843)
4. *Rubányi P.*: Sebészet fejezet; *Issekutz*: Gyógyszereink (Medicina, 1960)
5. *Littmann I.*: Sebészet műtéttan (Eü.-i Könyvkiadó, 1953)
6. *Stefanics J., Kocsis I.*: Sebészet (Medicina, 1982)
7. *Saegesser M.*: Das Panaritium (Springer, 1938)
8. *Pohl W.*: Das Panaritium (Springer, 1948)
9. *Moberg F.*: Akute Handchirurgie (Schumpe, 1953)
10. *Bunnell St.*: Surgery of the Hand (Pittman, 1948)

11. *Iselin M.*: Chirurgie de la main (Masson, 1955)
12. *Byrne J.J.*: The Hand-Its Anatomy (Blackwell, 1959)
13. *Érczy M., Zoltán J.*: Plasztikai sebészet (Medicina, 1958)
14. *Kós R.*: A kéz sebészete (Medicina, 1961)
15. *Kós R.*: Híurgija Kiszti (Akadémiai Kiadó, 1966)
16. *Manninger J.*: Kézsebészeti fejezet; *Littmann*: Műtéttan (Medicina, 1977)
17. *Renner A.*: A kéz pyogén fertőzései (Medicina, 1984)
18. *Ladányi J., Kós R., Szécsény A.*: Sebészeti diagnosztika (Medicina)
19. *Zoltán J.*: Cicatrix optima (Medicina, 1974)
20. *Dübecz S.*: Klinika a tűzvonalban (1996) ábrája nyomán

Hazai kézsebészeti tárgyú korai tudományos közlemények bibliográfiája 1947 és 1967 között:

1. *Berényi P.*: Kettős ficam egy ujjon (M. Sebészet, 1957., 2. 167.)
2. *Bugyi I.*: Panaritiumról (Orv. Lap. 22., 1949)
3. *Dübecz S.*: Hüvelykujjképzés (Orv.-Hetilap, 1950., 4. 116.)
4. *Érczy M., Zoltán J.*: Plasztikai sebészet (1958)
5. *Farkas L.*: A kéztő és kézközép ritkább sérüléseiről (Szeged, Városi ny. 1947)
6. *Fekete Gy.*: Os navic (M. Sebészet, 1957., 5-6. 345.)
7. *Földi M.*: Dupuytren kór kezelése (Orv. Hetilap, 1955., 4., 7., 82.)
8. *Gergely R.*: Háborús kézsérülések (Kat. Orv. Szemle, 1955., 7. 421.)
9. *Herczegh M.*: Adatok a kéztőcsontok sérülései... (Kat. Orv. Szemle, 1954., 8.)
10. *Hőnig V.*: A Krukenberg-műtét jogosultságáról (Kat. Orv. Szemle, 1955., 10.)
11. *Kartik I.*: Dupuytren contractura kezelése (Orv.-i Hetilap, 1956., 13., 345.)
12. *Kós R.*: Ujjsérülések kezelése (Honv. Orv., 1952., 1.)
13. *Kós R.*: Kombinált kézplasztika (M. Sebészet., 1953., 1.)
14. *Kós R.*: A kéz fogóképességének visszaállítása (Kat. Orv. Szemle, 1953., 3.)
15. *Kós R.*: Ujjsérülések kezelése plasztikai eljárásokkal (Orv. Hetilap, 1953., 22.)
16. *Kós R.*: A kéz ujjsérüléseinek kezelése új technikával (M. Sebészet, 1955)
17. *Kós R.*: Az ujjpercek aktív mozgatásának biztosítása (Orv. Hetilap, 1955., 30.)
18. *Kós R.*: A kéz sérülései a munkábaállítás szempontjából (Kat. Orv. Szemle, 1955., 8.)
19. *Kós R.*: A kéz bőrén ejtett incisiók (Kat. Orv. Szemle, 1956., 8.)
20. *Kós R.*: A kéz bőrén ejtett metszések (Pécs. Rehabilitáció, 1958)
21. *Kós R.*: Rotatio osteotomia a kézen (M. Sebészet, 1958., 203.)
22. *Kós R.*: Milyen incisiókat használjunk a panaritiumok feltárására? (Orv. Hetilap, 1958.)
23. *Kós R.*: Ext. pollicis long. szakadás radius fractura után (M. Sebészet, 1958.)
24. *Kós R.*: Rouziti rotacni osteotomia (Acta chir. etc. Checosl, 1959., 4.)
25. *Kós R.*: Rupt.ext.poll. 1. (Vesztnyik Hir., 1960., 10.)
26. *Kós R.*: Hajlítóin-szakadás a kézen (Traumat. Orth. etc., 1961)
27. *Kós R.*: Ninhydrines ujjlenyomat (Traumat, 1960)
28. *Kós R.*: Metacarpus enchondroma radikálisan operált esete (Traumat. 1961)
29. *Kós R.*: The Surgery of the Hand-A new branch of Surg. (Acta Chir. Plast. Checosl 6., 3., 243., 1964)
30. *Kós R.*: Novaja Otrazlyk Himijii (Acta Chir. plast., 1964., 6., 3., 31.,)
31. *Kós R.*: Congenitális végtag haemangioma (Köb. Orvosi Napok Kiadványa, 1967)
32. *Kós R.*: Korai halasztott börpótlás (Orv. Hetilap, 1968., 13.)
33. *Kós R.*: Sebészi betegek ambuláns kezelése. (Bajcsy-Zs. Kórház Évkönyve)
34. *Kós R.*: Experimentális lehetőségek ischaemiás szövetek kezelésében (Bajcsy-Zs.

Kórház Évkönyve)

35. Kovács A.: A kéz sérüléseinél alkalmazott... plasztikai eljárások (M. Sebészet, 1955.,4.)
36. Ladányi J.: Lemetszett végtagrészek replantatiója (Honv. Orv. 1952)
37. Lázár D.: A ploydaktylia sebészi vonatkozásai (Arch. Chir. 1948)
38. Liszauer D.: Kapmptodaktylia (Gyermekgy., 1955., 7.)
39. Liszauer D.: A kézujjak ext. kontraktúráinak műtéti kezelése (Kat. Orv. Szemle, 1955.,10.)
40. Nyakas Á.: A kéztőcsontok sérüléseiről (M. Sebészet, 1957., 5-6.)
41. Rácz I.: A kéz ujjainak gyűrűszakításos sérülései (Kat. Orv. Szemle, 1953. 3.)
42. Sárkány T.: A gyűrűsujj típusos baleseti sérülése (Gyógyászat, 1951., 3.)
43. Somogyi B.: Veleszületett és szerzett ujjficam (Orv. Hetilap, 1950., 34.)
44. Zoltán J.: A kéz lött sérülései (Honv. Orv. 1951., 3.)
45. Zoltán J.: Az ujjak bőrihiányainak pótlása. (Kat. Orv. Szemle, 1955., 8.)
46. Zoltán J.: A syndactylia műtéte... (M. Sebészet, 1956., 4.)

CHAPTER VII. (Part 1.)

SUMMARY

In the 1950s numerous workers were taken to the No. 1. Surgical Clinic of the University with serious wounds mainly on their hands. They worked in huge factories - expanded by Soviet influence - without proper protective equipment. It soon became clear that the equipment and methods used in general surgery were not efficient in operating hand wounds. Consequently, quite early - a head of neighbouring socialist countries - at this clinic doctors endeavoured using Bunnells (patriarch of modern hand surgery) theories and methods. Until that time in Hungarian medical literature the word "hand surgery" had never occurred referring to the surgical treatment of the hand. In order to realise special hand surgery, surgeons needed to recognise *hand as a sense organ*. Although Goethe's statement was well known. "Sehe mit fühlenden Aug und fühle mit sehender Hand" surgeons had never regarded hands just like other parts of the body, with general surgery methods. Nevertheless seeing the workers despair on *the serious wound or crippling of the hand is the misery of the soul*. That realisation was significant because the new approach made possible to restore the patient's self-confidence and gain their cooperation from very beginning of the treatment.

Bearing the above mentioned theories in mind and obtaining the equipment required for the special technique 3000 hand-wounds and hand alterations were operated at the Clinic in the next few years. R. Kós's book: *The Surgery of the Hand* (1961), which was based on his experiences, raised interest to this speciality. After its success in Hungary the book was published in Russian by the request of the Soviet Scientific Academy. *The extended issue (Hirurgiya Kisty 1966) has started hand surgery in the Soviet Union*. In the Hungarian general surgery the launch of separate hand surgery was unsuccessful. Nevertheless in the Hungarian Institute of Traumatology hand surgical department was established as well as *Hand Surgery Society*.

Prof. Dr. Renner Antal

**A kézsebészet kibontakozása
Magyarországon
(1959–1990)**

Prof. Dr. Renner Antal

A kézsebészet kibontakozása Magyarországon

(1959–1990)

Hasonlóképpen más tudományokhoz, az orvostudományban is vannak meghatározható időponthoz kapcsolódó események és vannak folyamatok, amelyek térben és időben kiterjednek, határuk csak körvonalazhatók, nem egyetlen személy nevéhez köthetők. A korszerű kézsebészet is olyan dús lombú fához hasonlít, amelynek virágba borulása az utóbbi évtizedek és a jelenkor élménye, de a virágot hozó fa gyökerei már a korábbi századok orvoslásában is fellelhetők. Napjaink kézsebészete olyan csodapalotának tekinthető, amelynek pilléreit nagynevű orvos elődeink rakták le és a kibontakozó épületet, miként a mitológiai Atlasz az égboltot, a vállukon hordozzák. E nagy orvos elődök elvi és gyakorlati felismeréseit a mai kor sebésze – ha úgy tetszik kézsebésze – atomizált korunk minden technikai csodájával gazdagíthatja.

A korszerű kézsebészet kezdeti lépéseit a második világháborút követő időszakban tette meg hazánkban. Fejlődését sürgette a háború után rohamosan fellendülő iparosodás, a közlekedési forradalom, a sportok tömegmértetű terjedése, a háztáji kézszerűlések szaporodása. Mindezek következtében ugrásszerűen emelkedett a súlyos kézszerűlések száma. Az újszerű kézsebészeti alapelvek és az új kezelési lehetőségek birtokában elérhető jobb gyógyeredmények az ötvenes évek kezdetén hazánkban is ismertté váltak és ez több neves sebészünk gyakorlati és publikációs tevékenységében is kifejeződött (*Ladányi, Érczy, Zoltán, Kós, Manninger, Forgon*). Az ötvenes évek nem kedveztek a tudományok fejlődésének, mivel a személyes információcsere minimálisra szűkült. Az élet azonban hazánkban is bebizonyította, hogy a fokozódó igények kielégítésére egy-egy ortopéd-sebész, plasztikai sebész, általános sebész nem rendszeres kézsebészeti tevékenysége már nem elegendő.

A '40-es és '50-es évek kimagasló egyénisége *Kós Rudolf* sebész professzor volt, aki korán felismerte, hogy a megelőző évtizedek hagyományos sebészi módszereivel, eszköztárával nem lehet eredményesen kezelni a kéz sérüléseit, betegségeit és a gyulladásokat. Személyes tragédiája, hogy szakmai érveit a hivatalos szemlélet nem fogadta el, s változtatási törekvéseit, kitűnő elképzeléseit az emberi és a hivatali korlátoltság megtorpedozta. *Tevékenysége azonban mégis örökbecsű*, mert közleményei, valamint az első hazai kézsebészeti szakkönyve: „*A kéz sebészete*”, az utána következő, s már kedvezőbb légkörben és körülmények között dolgozó kézsebészjelöltek számára – e sorok írójának is – első kézsebészeti bibliája volt!

A kézsebészet hazai történetében döntő fordulatot jelentett az Országos Traumatológiai Intézet létrehozása 1956-ban. A '70-es évek kezdetén a megelőző másfél évtized politikai bezárkózása is felengedett, és többek számára lehetőség nyílt a kézsebészet külföldi tanulmányozására, a tudományos kapcsolatok felvételére, és mindez, az új ismeretek beáramlása révén hazánkban is hatalmas alkotó energiákat szabadított fel.

Így jutott el *Manninger Jenő*, az Országos Intézet baleseti sebész adjunktusa Linzbe 1959-ben, *Jörg Böhler* kézsebészeti tanfolyamára, majd a francia *Marc Iselin* kurzusára.

Manninger megdöbbenve tapasztalta – hogy önhibánkön kívül – lemaradásunk óriási, s ezen sürgősen változtatni kell! Az új szakma befogadására optimális bázis volt a hatalmas lendülettel fejlődő országos intézet, majd a sorra alakuló traumatológiai osztályok, és így nem véletlen, hogy hazánkban, a korszerű kézsebészet bölcsőjét, a baleseti sebészeti osztályokon ringatták.

Szántó György professzor támogatásával Manninger Jenő megalakította az Országos Traumatológiai Intézetben hazánk első Kézsebészeti Osztályát 1959-ben. E lépéssel szervezett kereteket kapott a hazai kézsebészet! Akkor még nem tudtuk, hogy ez az osztály szakmatörténeti feladatot fog betölteni a hazai kézsebészet oktatásában, szervezésében, fejlesztésében, a szakterület hazai és külföldi elismertetésében. Az első kézsebészeti osztály munkatársai – Zolczer László, Varga Antal, Renner Antal, Sántha Ernő, Dömötör Endre, a '70-es, és a '80-as években – a legjobb külföldi intézetekben sajátíthatták el a korszerű ismereteket, amelyeket azonnal átültettek a hazai gyakorlatba. A lelkesítő eredmények új hitet, ambíciót, lelkesedést kölcsönöztek a kézsebészeti teamnek, amely kezdetben ugyanazokkal a nehézségekkel, gyakran meg nem értéssel találkozott, mint elődeik, a világon mindenütt...!

Az egykori Orvostovábbképző Intézet (OTKI) szervezésében, 1962-ben, Manninger megrendezte az első háromhetes kézsebészeti bázistanfolyamot az Országos Traumatológiai Intézetben, amely ugyanebben az évben az OTKI Traumatológiai Tanszékének a bázisa lett.

A kézsebészeti osztály által szervezett bázistanfolyamok iránt az érdeklődés óriási volt, a résztvevők száma évről évre növekedett. Az első két évtizedben a magyar hallgatóságon kívül (baleseti, ortopéd, plasztikai és általános sebészek) a kétnyelvű – magyar és német – tanfolyamokon osztrák, német, orosz, cseh, szlovák, holland orvosok és gyógytornászok is részt vettek.

A kézsebészeti tanfolyamok jól összeállított elméleti és gyakorlati anyaga, az intézet korszerű audiovizuális oktatási rendszere évről évre növekedő érdeklődést váltott ki a fiatal sebészek körében, s e kollégák közül számosan a kézsebészet elkötelezett művelőjévé váltak. A bemutató műtétekben minden tanfolyamhallgató személyesen vett részt és elsajátíthatta az atraumatikus műtéti technika alapjait, melyre a korszerű kézsebészet épül.

A '70-es években robbanásszerűen tört be a *mikroszkópos sebészet* a még fiatal korát élő hazai kézsebészetbe, addig soha nem látott műtétekre adva lehetőséget. Mindez gyors reagálást igényelt az oktatásban is. Az Intézet 1980-ban, 50 hallgatóval megszervezte az első mikrosebészeti tanfolyamot, amelyet a müncheni egyetem plasztikai-sebészeti osztályáról Edgar Biemer vezetett. Az intézet 1997-ig rendezett tanfolyamait az 1. és 2. ábra szemlélteti.

TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMOK (1962–1997)

	Résztvevő orvosok		Résztvevő gyógytornászok	
	Magyar	Külföldi	Magyar	Külföldi
Bázistanfolyam 3 hetes (1962–1995)	526	192	52	6
Bázistanfolyam 2 hetes (1965)→	388	122	27	–
Összesen	914	314	79	6

1. ábra.

TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMOK: KÉZSEBÉSZET (1962–1997)

	Résztevő orvosok		Résztevő gyógytornászok	
	Magyar	Külföldi	Magyar	Külföldi
Haladó tanfolyam	179	84	12	–
Első nemzetközi haladó tanfolyam FESSH	22	82	–	–
Mikrosebészeti tanfolyam	426	16	–	–
Összesen	627	182	12	–

2. ábra..

Az országos intézet kézsebészeti osztályán Manninger és munkatársai számos kézsebészeti eljárást honosítottak meg, többet továbbfejlesztettek, s új módszereket vezettek be. Kidolgozták a hüvelykujjpótló eljárásokat; a szenzibilitás helyreállítását; a csukló- és ujjizületek pótlását endoprothézissel; és az osztály a veleszületett fejlődési rendellenességek sebészi kezelésének is centruma lett. Az elsők között végezték az amputált ujjak és végtagok visszaültetését, az első hazai *alsóvégtag-visszaültetést*; az érneles szövetátültetéseket; a fogókéz kialakítását lábujjátültetéssel stb. Ezeket a műtéti eljárásokat jól dokumentálva, már a soron következő tanfolyamokon bemutatták a fiatal hallgatóságnak.

A kétségtelenül növekvő szakmai igények, a külföldi tanulmányutak, az országos intézet tanfolyamai rendkívül felgyorsították a hazai kézsebészet fejlődését, s így a *traumatológiai hálózat szervezésével, erősödésével szinkronban fejlődhetett, szerveződhetett a kézsebészet is*, elsősorban az egyetemi klinikákon és a megyei traumatológiai osztályokon. A fővárosi baleseti sebészeti osztályokon, valamint Pécsen, Miskolcon, Egerben, Szombathelyen követték először a biztató példát, s alakították meg a kézsebészeti teameket. Azok a baleseti sebész – másorvosok, akik már traumatológus szakorvosként kaptak osztály-vezetői megbízást – második generáció –, zömében maguk is elvégezték a kézsebészeti tanfolyamot, s később elvégeztették azt fiatalabb munkatársaikkal is.

A kézsebészet posztgraduális oktatását az egykori OTKI (később OTE, majd HIETE) a sebész- és traumatológus szakorvosképző tananyagába is beillesztette. A SOTE Traumatológiai Tanszéke – *Berentey György* professzor vezetésével, a világon elsőként – a graduális oktatás programjába is felvette a kézsebészetet 1984-ben. A szervezett magyar kézsebészet úttörőinek sorában elsőként kell említeni *Forgon Mihály* professzort, aki Pécsen a baleseti klinikán kiváló kézsebészeti iskolát alapított. Forgon professzor és tanítványai a kézsebészet igen fontos területein folytattak kísérletes kutatómunkát, illetve a klinikai gyakorlatban alkottak maradandót. *Bíró Vilmos* az inbhüvelyek helyreállításában hozott újat, *Nyárády József* a hazai replantációk és az érneles szövetátültetések egyik hazai úttörője, *Kovácsy Ákos* a perifériás idegsérülések kezelésével szerzett elismerést.

Bíró Vilmos 1993 óta Debrecenben a megyei kórház traumatológiai osztályán, az Orvostudományi Egyetem Traumatológiai Tanszékén folytatta évtizedes kutatómunkáját és a fiatal orvosokból kézsebészeti csoportot szervezett, s osztálya a hazai kézsebészet egyik erőssége lett. OTKA és ETT pályázatok elnyerésével folytatta Pécsen elkezdett tudományos munkáját.

Szegeden a '60-as években, a II. Számú Sebészeti Klinikán Pálkó vezette a Traumatológiai Osztályt, majd *Endrődy János* vette át az osztály vezetését tehetséges fiatal sebészekkel. Közülük később *Kiss Gyula*, *Simonka János Aurél*, *Dósa Gábor* a hazai kézsebészet vezető egyéniségévé vált .

A nagy megyei traumatológiai osztályokon is egyre képzettebb, kiválóbb kézbeszék és munkacsoportok dolgoztak: Szombathelyen *Salamon Antal* folytatta Pécssett elkezdett kutatásait a Dupuytren contractura etiológiájáról, s e témában nemzetközi elismerést szerzett; Egerben a néhai *Kovalkovits István* tartozott az első kézsebész-generációhoz. Vidéken elsőként szervezte meg a kézsebészeti betegek gondozását. Szolnokon, majd Gyulán *Dósa Gábor* szervezett kitűnő kézsebészeti munkacsoportokat. Miskolcon *Rácz Sándor* előbb a Megyei Kórházban, majd a Vasgyári Kórházban folytatta kézsebészeti tevékenységét. Győrben *Király Géza*, Nyíregyházán *Noviczky Miklós* létesített kézsebészeti osztályt.

Budapesten *Farkas József* a hazai első kézsebész-generáció képviselője, aki a Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórházában dolgozott. Utódja a kiváló képességű és tragikusan korán elhunyt *Cziffer Endre* volt, aki számos eredeti kézsebészeti eszközt szerkesztett. Elkészítette az itthon is, külföldön is elterjedt, egyszerű és olcsó mini fixateur externe-t, valamint irodalmi tevékenységével is maradandót alkotott. Újpesten *Szvboda Jenő* főorvos az alagútszindrómák kérdéskörében folytatott tudományos tevékenységet és publikálta igen nagy beteganyagon szerzett tapasztalatait. A SOTE Ortopédiai Klinikáján *Rupnik János* főorvos szerzett magának nevet kézsebészeti munkájával. *Gulyás Gusztáv* plasztikai sebészként az érneles szövetátültetésekkel szerzett hírnevet, és több kézsebészeti osztály munkatársainak adta át tapasztalatait. Az országos intézetben *Sántha Andrea*, *Zimmermann István* már a második kézsebészeti generáció tagjai. *Zimmermann* a kéz csöves csontjainak műtéti töréskezelésében, új rögzítőeljárások alkalmazásával alkotott maradandót. *Hankiss János* az ifjabb nemzedék igen tehetséges képviselőjeként írta be nevét a kézsebészet történelem könyvébe. Az ujjátültetések, a szövettranszplantációk, s más mikrosebészeti módszerek széles körű alkalmazásával, publikációival nemcsak a jelen, de a jövő kézbesze is.

A '80-as évek kezdetén örömmel állapítottuk meg, hogy a kitűzött szakmai célokat elértük: megszületett a korszerű kézsebészet hazai bázisa Budapesten és vidéken, s e munkacsoportok, osztályok és részlegek alkalmassá váltak a friss kézsérültek nivós ellátására és több helyen a maguk által kutatott és gyakorolt témakörben már saját szakmai profillal is rendelkeztek. Budapesten kívül Pécs, Miskolc, Szombathely, Szeged, Eger, Kecskemét, Székesfehérvár és Győr volt akkor a hazai kézsebészet erős fellegvára. Az említett időszakban már 14 balesetsebészeti osztályon belül létezett kézsebészeti részleg vagy osztály. Az önálló munkacsoportok folyamatosan fejlesztették az eszközös, műszeres lehetőségeiket, munkatársaikat folyamatosan képezve és tovább képezve bővítették szakmai ismereteiket, s az akut ellátáson kívül más jellegű, rekonstrukciós kézsebészeti feladatok elvégzésére is alkalmassá váltak. E kézsebészeti centrumok átvették a régiójukba tartozó bonyolultabb eseteket, megvalósították a kézsebészeti szakvéleményezést és gondozást is.

Szervezés

A Magyar Traumatológus Társaságon belül 1977-ben megalakult a Kézsebészeti Szekció, Manninger professzor vezetésével.

1989-ben Renner Antal professzor lett az Országos Traumatológiai Intézet főigazgatója és a Traumatológiai Tanszék tanszékvezető egyetemi tanára. Elérte, hogy az Orvostovábbképző Intézet 1991-ben tanszékének elnevezését Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékre módosítsa. Sokévi kitartómunkájának gyümölcse volt, hogy 1992-ben, Európában az elsők között, megszületett a kézsebészeti szakvizsga.

Ezzel egyidőben, 1991-ben alakult meg az önálló Magyar Kézsebész Társaság, amelynek Renner Antal 1999-ig volt az elnöke. Az Európai Kézsebészeti Társaságok Szövetsége (FESSH) Szakvizsga-bizottságának tagjai sorába választotta. Napjainkig már 6 magyar kézsebész szerezte meg az európai szakvizsgát.

A társaság évente megrendezi vándorgyűlését és a Fialat Kézsebészek Fórumát.

Háromévenként nemzetközi konferenciát szervez.

Nemzetközi kapcsolatok

A számunkra elsőként elérhető német nyelvterület felé 1957-től Jörg Böhler egyengette utunkat. A '60-as években a Német Demokratikus Köztársaságban Leni Büchter professzor asszony segítette kibontakozásunkat. A Német Szövetségi Köztársaságban a Német Nyelvű Kézsebészeti Munkacsoport (DAH) elnöke, Dieter Buck-Gramcko professzor, 1970-től több ösztöndíjat adott magyar kézsebészeknek. E társaságnak levelező tagja lett Manningen Jenő, Renner Antal, Zimmermann István, Hankiss János, Egri László. A két Társaság közötti magas színvonalú szakmai kapcsolatok elmélyítésének elismeréseként Renner professzort tiszteletbeli tagjai sorába választották.

A Kézsebészeti Társaságok Nemzetközi Szövetsége (IFSSH) felé a bolgár Iván Matev professzor segítségével léphettünk, és 1976-ban lett kézsebészeti szekciónk a szövetség tagja. A nemzeti delegátusok sorrendben: Renner Antal, Cziffer Endre és Szabó Zsolt. Még abban az évben A. B. Svanson, a szövetség elnöke, látogatást tett Budapesten. Elismeréssel nyilatkozott a kézsebészet magyarországi szervezéséről és a bemutatott eredményeinkről. A nemzetközi szövetség 1989-ben és 1994-ben nagyszámú nemzetközi küldöttséggel járt Budapesten, ahol a magyar kézsebészekkel találkoztak. A szövetség égisze alatt három nagy nemzetközi kongresszust rendezhettünk Budapesten.

A Német Nyelvű Kézsebészeti Munkacsoporttal (DAH) három alkalommal közös szimpóziumot rendeztünk Magyarországon (1978, 1988, 1998).

Alapító tagja voltunk az Európai Kézsebészeti Társaságok Szövetségének (FESSH) 1989-ben. Nemzeti képviselőink sorrendben Renner Antal, Hankiss János.

Manningen Jenőt az IFSSH 1992-ben a „Kézsebészet pionírja” címmel tüntette ki. Renner Antalt és Cziffer Endrét az Amerikai Kézsebészet Társaság (AAHS) tiszteletbeli tagjává választotta.

A magyar kézsebészet eredményeinek és szakmadiplomáciai tevékenységének köszönhetően az IFSSH 9. Világkongresszusát, a Magyar Kézsebész Társaság és Renner Antal, mint a kongresszus elnöke rendezheti Budapesten 2004-ben.

Tudományos eredmények:

A kézsebészeti szakma legkiválóbb képviselői, intézményei ETT-, OTKA- és alapítványi támogatásokkal számos aktuális témakörben folytatnak magas szintű tudományos tevékenységet. Napjainkig, kézsebészeti témakörből 19 kandidátusi értekezés, 5 MTA-doktori értekezés, 3 PhD és habilitáció született.

Hol tartunk, merre haladunk?

A magyarországi kézsebészet az '50-es '60-as években behozta a nemzetközi vonulattal szembeni hatalmas lemaradását. A '80-as évekre megszületett az a biztos kézsebészeti bázis – túlnyomóan a traumatológiai osztályokon .

A XX. század utolsó évtizedében megerősödött a kézsebészet egész országot lefedő hálózata. A három vidéki orvosegyetemen megszervezték az önálló traumatológiai klinikákat, s ezek bázisán a traumatológiai és kézsebészeti tanszékeket, melyek egyre jelentősebb szerepet vállalnak a posztgraduális képzésben is. Így a Semmelweis egyetem kivételével négy tanszéken emelkedett tanszéki rangra az oktatás. Minden megyében van legalább egy kézsebészeti osztály vagy részleg.

Chapter VII. Surgery of the Hand (Part 2)

The expansion of hand- surgery at the National Institute of Traumatology in Hungary can be associated with Jenő Maninnger and Antal Renner, who organized the first hand-surgery department.

In Hungary surgery of the hand has been established at teh trauma departmens, and today septic hands are being treated in a growing number there, too.

The nationwide hand surgery service has been successfully organised by the '70-ies, and our Institute has become the centre of education in the scope of postgraduate treining. In addition, excellent centres of hand surgery have been established in Pécs, Szeges, Eger, Szombathely, Debrecen, Nyíregyháza ands this process still not come to the end.

Thes organised the 1st Basic Course of Hand Surgery in 1962, and this was the beginning of expansive dissemination of knowledge about the new speciality. Since then, basic courses have been yearly organised and later completed with advanced and microsurgery courses. Between 1962 and 1996 we had 1467 attendants from Hungary and 492 from abroad - mainly from Austria and Germany, because simultaneous interpretation into German was provided.

Dr. Ágócs László

**A magyar mellkassebészet története
1945-től napjainkig**

Dr. Ágócs László

A magyar mellkassebészet története 1945-től napjainkig

A második világháború után az ország romokban hevert, az egészségügyi, kórházi felszerelés jó részét elhurcolták és a lakosság egészségi állapota is katasztrofális szinten volt. Utóbbiban nem kis szerepet játszott a tuberkulózis, amely már a két világháború között is népbetegségnek számított. Ennek a helyzetnek meghatározó szerepe volt a magyar mellkassebészet háború utáni fejlődésében.

A magyarországi általános mellkassebészet a tüdősebészetből alakult ki, fejlődését az általános sebészet és a tüdőgyógyászat határozta meg. Ennek történelmi és epidemiológiai okai voltak. Az antituberkulotikumok hiánya hozta létre az ún. tbc-sebészeti, ill. tüdősebészeti centrumokat, amelyek fő feladata a tuberkulózis és szövődményeinek invazív kezelése volt. Úgynevezett tüdősebészeti beavatkozásokat sebészek, tüdőgyógyászok egyaránt végeztek. A háború előtt *Puky, Hüttl, Vidákovics, Troján E., Bakay, Winternitz, Sebestény* közöltek főleg a kollapszus terápiával összefüggő sebészeti beavatkozásokat, de a fővárosban és Szegeden reszekciós műtétre is sor került. A mai mellkassebészeti beavatkozások alapját képező első magyarországi intrapleurális lobektómiát és pneumonektómiát *Sebestény Gyula* végezte 1936-ban, illetve 1944-ben. Ezek a műtétek az anesztézia fejletlensége miatt, az akkori hagyományoknak megfelelően helyi érzéstelenítésben történtek.

A háború utáni tbc-s állapot arra készítette az egészségügyi kormányzatot, hogy tüdőgyógyintézetek egész hálózatát, ezen belül tbc-sebészeti, ill. tüdősebészeti osztályokat hozzon létre. Ebben az időszakban aránylag hosszú ideig végeztek tüdőműtéteket olyan intézetekben is, ahol elsősorban extrapulmonális tuberculosis kezelésével és sebészetével foglalkoztak. Ilyen volt a kakasszéki osztály, a Fodor tbc-gyógyintézet, de hasonló alapokról indult több, ma már jelentős mellkassebészeti tevékenységet folytató osztály is. 1947 és 1956 között nyíltak meg azok az osztályok, részlegek, amelyeken kialakult a mai magyar általános mellkassebészet: Budapesten a Korányi Intézetben, a János Kórházban, a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban, a Városmajor Utcai Klinikán, a Belügyi Szanatóriumban, a MÁV Szanatóriumban; vidéken Debrecenben, Miskolcon, Mátraházán, Szolnokon, Kaposvárott, Szombathelyen, Gyulán. Később a Szegedi Orvosegyetemen (SZOTE) az I. Sz. Sebészeti Klinika, a Budapesti Orvostudományi Egyetemen (később SOTE) az I. és III. Sz. Sebészeti Klinika, az Országos Onkológiai Intézet Sebészeti Osztálya és az Országos Traumatológiai Intézet végzett mellkassebészeti műtéteket.

Magyarországon a szívsebészet és a nyelőcsősebészet elvált az úgynevezett általános mellkassebészettől, nem követve az angolszász mintát. Jelenleg csak néhány klinikán (Debrecen, Szeged, Pécs) adottak a feltételek a szélesebb értelemben vett, ún. integrált mellkassebészet" (szív, ér, nyelőcső, tüdő, mellkasfal, mediastinum) művelésére. 1960-ban a Tüdőgyógyász-társaság és a Sebésztársaság közös szakosztályaként megalakult a mellkassebészeti szekció, melynek keretén belül pezsgő tudományos élet folyt. A szakosztály 1999 májusában Magyar Mellkassebész-társaság néven önállósodott, de kapcsolatai megmaradtak az anyatársaságokkal is.

A modern magyar mellkassebészet fejlődése elképzelhetetlen lett volna az anesztézia fejlődése és a légzésfunkciós laboratóriumok megalakulása nélkül. Az intratrachealis zárt rendszerű narkózis bevezetése 1949-50-ben *Littmann Imre* és *Keszler Pál* nevéhez fűződik.

A magyar tüdő-, ill. mellkasebészet tényleges megalapítója *Sebestény Gyula* volt, aki az OTI pestújhelyi kórházában, majd a Szt. János Kórházban már thoracoplasztikák százait végezte, mielőtt 1947-ben kinevezték a Baross utcai I. Sz. Sebészeti Klinika vezető professzorának. *Sebestény* a klinikán belül 50 ágyas önálló mellkasebészeti osztályt hozott létre. Nevéhez fűződik a „pneumothorax mixte” műtéti eljárás leírása, mely európai elismerést hozott számára. A klinikán már nemcsak tbc-vel összefüggő beavatkozások, hanem hörgőszűkületek, jó- és rosszindulatú tüdődaganatok, valamint mediastinalis tumorok miatti műtétek is történtek. Tevékenységét 1951-ben Kossuth-díjjal ismerték el, 1952-ben megkapta az orvostudományok doktora címet.

1949-50-ben az Állami Korányi Tüdőgyógyintézetben, és Debrecenben az Állami Tüdőgyógyintézetben alakítottak ki önálló mellkasebészeti osztályt. A Korányiban *Schischá Lipót* és *Boros József* korábban is végzett mellkasebészeti beavatkozásokat, de önálló osztály szervezése csak később történt meg. A budapesti osztály élére *Ungár Imre*, a debreceni osztály élére pedig *Schnitzler József* került. Mindkét személyiség alapvetően meghatározta a magyar mellkasebészet további fejlődését.

Budapest *Ungár Imrét* 1951-ben nevezték ki az akkor már Országos Korányi Tbc-intézet önálló mellkasebészeti osztályának élére. Alapvető mellkasebészeti elvek lefektetése fűződik nevéhez és nagy szerepe volt a tüdődaganatos betegek sebészi kezelésével kapcsolatos alapelvek meghatározásában. Hörgőplasztikai műtétei nemzetközileg ismertek voltak. Irányítása alatt alakult ki a modern mellkasebészeti anesztézia az intézetben. 1971-ben az orvostudományok doktora lett. 1979-ig vezette az Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet mellkasebészeti osztályát.

Debrecen 1948-ban *Schnitzler Józsefet* nevezték ki az Állami Tüdőgyógyintézet Mellkasebészeti Osztályának élére. *Schnitzler*, aki *Winternitz Arnold* mellett dolgozva találkozott először a mellkasebészettel, az extrapulmonális tbc kezelésében új eljárást dolgozott ki. Eredményeiért 1951-ben Kossuth-díjat kap és ezután jelentős fejlesztés történik az igen szerény körülmények között dolgozó osztályon. A műtéti spektrum szélesedik, az általa szervezett, mérföldkönek tartott 1952-es első Magyar Mellkasebész Kongresszuson már mediastinalis tumor, rekeszsérv, pericardiotomia műtétéről is beszámolnak. Az előadók között szerepel: *Sebestény, Schnitzler, Petrovskij, Kerényi, Jós, Ungár, Littmann*. 1953-ban bevezetik az intratracheális narkózist, amely jelentős lépés, hiszen abban az időben szovjet mintára illet helyi érzéstelenítésben operálni (ún. Visnyevskij-féle helyi érzéstelenítés). A Daniels-féle biopsia, a mediasztinoszkópia hazai bevezetése, valamint a cavernostomia módosítása is *Schnitzler* nevéhez fűződik. A hatvanas évek elején elindítja a szívsebészetet is. Az osztály 1974-ben II. Sz. Sebészeti Klinikává alakul. 1974-ben Balassa-emlékéremmel tüntetik ki. Nyugalomba vonulása után *Péterffy Árpádot* nevezték ki a klinika élére, aki a szívsebészet európai szintre emelése mellett a mellkasebészetet is fejlesztette. A két ágazat 1996-ban ismét dezintegrálódott, kivált a szívsebészet, a mellkasebészet pedig a II. Sz. Sebészeti Klinikán maradt. A debreceni osztály, műtéteinek számát tekintve az ország harmadik legnagyobb mellkasebészete. A részleget *Sz. Kiss Sándor* vezeti, tevékenységükben különösen a VATS-műtétek nagy száma figyelemre méltó.

Szegeden a háború után, 1959 júliusában indult el ismét a mellkasebészet, amikor *Kulka Frigyes, Ungár* korábbi helyettese került az I. Sz. Sebészeti Klinika mellkasebészeti részlegének élére. A szegedi egyetemen ekkor adva voltak a szív, a nyelőcső és a tüdősebészet feltételei. *Kulka* pár év alatt európai szintű osztályt hozott létre. 1970-ben védte meg az emphysema sebészetéről szóló, még ma is időszerű megállapításokat tartalmazó doktori értekezését. Ebből az osztályrészből vált ki az a nyelőcsősebészeti részleg, amely *Imre József* vezetésével a modern magyar nyelőcsősebészet bölcsője lett. 1979 után az osztály vezetésére

Troján Imrét nevezték ki, aki jelenleg is irányítja a szegedi mellkassebészetet. Vezetése alatt nemzetközi kapcsolatokkal rendelkező, európai szintű tevékenység folyik; kiemelendő a mediastinum sebésze, valamint a VATS-módszer terén folytatott munkásságuk.

Kulka Frigyes 1979-ben került a Korányi mellkassebészeti osztályának élére, és 10 évre megeremtetette az ún. integrált mellkassebészetet Budapesten. *Kulka*, aki 1981-től az OTKI I. Sz. Sebészeti Klinikájának vezetője, 1986 júliusától az OTE rektora is volt, megpróbált valódi „Chest Clinic”-et kialakítani. Ezen idő alatt az osztály a HIETE Mellkassebészeti Tanszékévé vált, amely mind a mellkassebész-képzés, mind a mellkassebész-továbbképzés országos központja lett. A kiváló sebész és kiváló szakmapolitikus tevékenysége elismeréseként 1983-ban Balassa-emlékérmet kapott, majd a Magyar Sebész-társaság elnökévé választották. 1989-ben ereje teljében érte a halál.

1989 és 1999 között *Pálffy Gyula* vezette a Korányi mellkassebészetét. Vezetése alatt történt a videothoracoscos (VATS) technika meghonosítása, és folytatta a *Kulka* által elkezdett gyakorlati lépéseket a tüdőátültetés hazai bevezetésére. *Ungár- és Kulka*-tanítványként biztosította az osztály további fejlődését. 1999 után szintén *Ungár*-tanítvány, *Csekeő Attila* vette át az osztály, ill. a tanszék vezetését. *Csekeő* irányítása alatt a VATS-műtétek és a hörgőplasztikai beavatkozások rutinbeavatkozássá váltak, a *Kulka* által kezdett interdisziplináris nyitás (fej-nyak-, szív-, idegsebészet felé) tovább folytatódott; az európai szakmai integráció felgyorsult és ő végezte el Magyarországon az első tüdő volumen redukciós műtétet. Erőfeszítései révén a tüdőtranszplantáció belátható közelségbe került.

Miskolcon 1955-ben *Kardos Kálmán* vezetésével már végeztek mellkassebészeti műtéteket. Igazi áttörést az jelentett, amikor 1958-ban *Marton György* került az önálló tüdőkörház sebészetének élére. 1977-ig kb. 1500 műtét történt. Átszervezés miatt 1985-ig szünetelt a mellkassebészeti tevékenység, mígnem egy *Schnitzler*-tanítvány, *Kiss János István* nem került a Miskolci Semmelweis Kórház Sebészeti Osztályának élére. *Kiss J. I.* rövid idő alatt megeremtetette az ország legnagyobb forgalmú sebészeti osztályát, ahol önállóságot kapott a mellkas-, később az ér- és plasztikai sebészet. Évi 400 mellkassebészeti beavatkozást végeznek. *Kiss J. I.*-t 1988-ban a DOTE c. egyetemi tanárrá nevezte ki. Igazi összekötőként dolgozik a Magyar Sebésztársaságban és a Tüdőgyógyász-társaságban. Tevékenységét a szakma 1999-ben Balassa-emlékéremmel honorálta.

Kaposvárott 1950 júniusában *Kálmán Géza* vezetésével indult a tüdősebészet. *Kálmán* ezt megelőzően tüdősebésztként működött Szombathelyen és a Somogy Megyei Lengyeltóti Tüdőkórházban. 1957-ben már dissectio csonkalebeny reszekciót végeztek. Halála után az osztályt *Csorba Lajos* kapta meg 1964 decemberében. *Csorba*, aki *Ungár*-tanítvány volt, nagy lendülettel szervezte át az osztályt, immár a hörgőrák elleni küzdelemre. 1967-ben már sikeres hörgőanasztomózis műtétet végeznek. Nevéhez fűződik az „axillaris rácsmetszés” kidolgozása, valamint nyelőcső-, cardia táji, mediastinalis sebészzel szélesítette a tevékenységi palettát. Tanítványa, *Vincze Károly* 1992 óta vezeti a mellkassebészetet és 1999-től az újraegyesített, immár 104 ágyas sebészetet. Tevékenységük az empyema kezelése területén, valamint a VATS-műtétek indikációinak bővítése terén országosan ismert és elismert.

Mátraházán (*Domokos Károly, Tóth Jenő, Nádas Antal*) 1980-ban, Gyulán (*Hutter Károly*) 1968-ban, a tbc-s betegek számának csökkenése után megszűnt a mellkassebészet.

Szombathelyen a kezdeti tüdősebészeti tevékenységet követően (*Tiroler Zoltán*), *Tóth Jenő* hosszú ideig volt a mellkassebészeti osztály vezetője. 1985-ben *Kecskés László* kapta meg az osztály vezetését. *Kulka*-tanítványként, tanítómesteréhez híven, az ott folyó munkát európai színvonalra emelte. Tizenöt év alatt Szombathely az ország második legnagyobb mellkassebészeti osztályává vált. Munkája elismeréseként az 1999-ben önállósodott Mellkassebész-társaság *Kecskést* választotta első elnökévé.

Pécsett Póka László 10 éves tevékenysége után (1959–1970), a nyolcvanas években a Megyei Kórházban alakítottak ki mellkassebészeti részleget (*Alföldi Jenő, Molnár F. Tamás*), majd miután *Horváth Örs Péter* vette át az egyetem I. Sebészeti Klinikájának vezetését, az osztályt *Molnár F. Tamás* irányításával önálló részlegként integrálta. Így a klinikán a szélesebb értelemben vett „általános mellkassebészet” művelésére vált lehetőség. Tevékenységük az utóbbi években dinamikusan fejlődik, nemzetközi kapcsolataik figyelemre méltóak.

Szolnokon Dávid Tivadar, Domokos Károly után *Mécs János* végzett nagy számban mellkassebészeti beavatkozást. *Mécs* vezetése alatt az osztály jelentős szerepet vállalt a mellkassebészeti szekció munkájában. *Mécs* két cikluson keresztül titkára volt a szakosztálynak. Őt *Czakó Zoltán*, majd *Radecky Gábor* követte, kezdetben a tüdőkórházban, majd a megyei kórház keretein belül. Az ezredforduló után mellkassebészeti képesítéssel is rendelkező sebészt, *Dinka Tibort* neveztek ki a megyei kórház sebészetének az élére, ami várhatóan ismét lendületet ad a szolnoki centrum működésének.

Kecskeméten a helyi igények nyomására 1995-ben a megyei kórház sebészetén belül mellkassebészeti részleget alakítottak ki. Vezetésére a szegedi iskola egyik tanítványát, *Kovács Károlyt* hívták meg. Az új osztály megnyílása vihart kavart a mellkassebészeti társadalmon belül, de az újszülött életképesnek bizonyult és ma már kb. évi 150 beavatkozást végeznek igen jó eredménnyel.

A fővárosban a *János Kórháznak* kezdettől fogva szerepe volt a mellkassebészet kialakulásában. Itt tevékenykedett *Sebestény*, a háború után *Jós Kázmér*, majd *Keszler Pál*. *Keszler* 1945 után meghatározó szerepet játszott a magyar mellkassebészet alakulásában. Először a már korábban említett intratrachealis narkózis meghonosításában, majd a légzésfunkciós laboratóriumok elterjedésében vállalt vezető szerepet. *Petrovskij, Rubányi Littmann* mellett dolgozva a Városmajori Klinikáról 1960-ban a János Kórházba került, ahol a főváros második legnagyobb mellkassebészeti centrumát hozta létre. Átszervezés után 1981–1989-ig a Bajcsy-Zs. Kórház sebészeti osztályát vezette, ahol önálló mellkassebészeti részleget alakított ki.

A *Bajcsy-Zs. Kórházban* 1954 és 1961 között *Domokos Károly* révén már folyt mellkassebészet. Híven elődeihez, *Keszler* is iskolát teremtett, s tanítványai jelenleg is több centrumban vezető szerepet töltenek be. Két perióduson át a mellkassebészeti szekció elnöke. 1987-ben Balassa-élméremes, nemzetközileg elismert szakember. Többek között a mellkassebészet történetével is foglalkozott, jelen munka is jelentős mértékben támaszkodik az ő korábbi közleményeire.

Keszler távozása után a János Kórházban főleg csak mellkas-traumatológiai betegeket operáltak, elektív műtetre csak ritkán került sor. Jelenleg a Szt. János Kórházban nem folyik mellkassebészeti tevékenység.

A *Littman Imre* által 1951-ben alapított *Városmajori Klinika*, 1957-től *Kudász* vezetésével IV. Sz. Sebészeti Klinika majd Érsebészeti, később Szív- és Érsebészeti Intézet története is szorosan összefügg a magyar mellkassebészet alakulásával. A korszerű szívsebészet és érsebészet létrehozása mellett, *Kudász* alatt általános mellkassebészet is folyt. Ekkor volt tagja a klinikának *Pintér Endre* és *Besznyák István*. *Pintér*, a Margit Kórház sebészetének főorvosaként már nem foglalkozott mellkassebészettel. *Besznyák* 1960–1977-ig dolgozott a Klinikán, 1977 és 1997 között az Országos Onkológiai Intézet sebészeti osztályát vezette. Tevékenységének köszönhetően a korábbi profil mellkassebészettel bővült. Munkája elismeréseként 1990-től 1995-ig a Magyar Sebésztársaság elnöke, 1989-ben Balassa-élméremes, 1998-ban a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjává választotta. Több neves hazai és külföldi szakmai folyóirat szerkesztőbizottsági tagja. 1985-ben megjelent, a mediastinum tumorairól szóló monográfiája ma is alapmű, az általa szerkesztett „A daganatok sebésze”, ill. „Sebészeti Onkológia” az onkológiával foglalkozó sebészek kézikönyve.

Besznyák után az osztály vezetését *Köves Istvánra* bízta, aki szintén rendelkezik mellkassebészeti képesítéssel. E folytonosság miatt remélhető, hogy az osztály megtartja ezt a profilt.

A *Budapesti Orvostudományi Egyetemen* (később SOTE) *Sebestény* halála után nem folyt érdemi mellkassebészet. *Rubányi Pál*, *Szécsény Andor*, *Barna László* ugyan végeztek mellkasi műtéteket, de a tevékenység gyakorlatilag *Sebestény* tanítványa, *Szöts István*, zömében gyermekeken végzett mellkassebészeti műtéteire korlátozódott. *Szöts* után *Tóth Tihamér* vitte tovább a szakma fonalát. A HIETE 2002-es megszűnése után a mellkassebészeti Tanszékét a Semmelweis egyetemhez csatolták, így a szakma ismét visszatért oda, ahol megszületett.

A MÁV Szanatórium, majd *Budai MÁV Kórház* a budapesti mellkassebészet ma is működő jelentős központja. 1956-tól – 1967-ben bekövetkezett korai haláláig – itt dolgozott *Kerényi Imre*, aki az akkori körülmények között igen korszerű mellkassebészeti centrumot hozott létre. *Kerényi* után *Molnár János* kapta meg az osztály vezetését, aki 1992-ig irányította a munkát. 1992-től *Svastics Egon*, *Besznyák* volt munkatársa vezeteti a főleg mellkassebészeti jellegű, vegyes profilú osztályt. Tevékenységük ezen idő alatt fokozatosan bővült. Kiemelendő a myasthenia gravis miatt végzett, thymectomiák terén elért, nemzetközileg is elismert gyakorlati és tudományos tevékenységük.

A *Belügyi Szanatóriumban* a negyvenes évek végétől 1957-ig folyt mellkassebészeti tevékenység. 2001 végén *Rahóty Pál* kapta meg a BM Kórház Sebészeti Osztályának vezetését. *Rahóty*, aki *Besznyák* tanítványa, szintén rendelkezik mellkas-sebészeti képesítéssel.

Az *Országos Traumatológiai Intézetben Székely Ottó*, *Serényi Pál*, *Szabó Győző János* folytatott mellkassebészeti tevékenységet. Ennek története a baleseti sebészet krónikájához tartozik. A mellkasi sérültek ellátásának országos megszervezése terén a nyolcvanas-kilencvenes években folytatott szervező, oktató tevékenysége miatt, kiemelendő *Szabó Győző* munkája.

Az előzőekben említett osztályokon kívül az adott időszakban rövid ideig még Vácott, Tatabányán, Szekszárdon; a fővárosban pedig az Újpesti Kórházban és a Schöpf-Mérey Kórházban végeztek; Kalocsán, Győrben pedig jelenleg is végeznek mellkassebészeti műtéteket.

A harmadik évezred elején tisztán látható az az irányzat, ami a magyarországi mellkassebészet decentralizációja felé mutat. A nagy centrumok mellett egyre több helyen próbálnak elektív mellkasi műtéteket végezni. Ennek részben szakmai, részben finanszírozási okai vannak. A decentralizáció számos előnnyel, de számos hátránnyal is jár a betegre nézve. Ugyanakkor a nagy centrumokra vár a tüdőátültetés és az új technikák (robot-asszisztált sebészet stb.) hazai megvalósításának feladata.

Összefoglaló:

A szerző áttekinti a magyar mellkassebészet történetét 1945-től napjainkig. Magyarországon a mellkassebészet két ágon, a tüdőgyógyászatból és az általános sebészetből fejlődött. Ennek oka a háború utáni hazai tbc-s epidemiológiai helyzet volt. A keleti blokkhoz való tartozás hátráltatta a korszerű, zárt rendszerű altagas elterjedését, amely elengedhetetlen volt a szakma fejlődése szempontjából. Az ún. pulmonológiai átállás után a műtétek jelentős része tüdőrák miatt történt. Az átállás egyes sebészeti centrumok előre-töréséhez, mások elorvadásához vezetett. A mellkassebészet fejlődése során levált a nyelőcsősebészet, a szívsebészet pedig végig önálló irányzatot képviselt, úgynevezett „integrált” mellkassebészeti osztályok nem alakultak ki. Az áttekintés során a szerző tárgyalja az egyes központok fejlődését, kiemeli fő tevékenységüket és foglalkozik a lehetséges irányzatokkal is.

Summary

The author gives a good survey of the Hungarian Chest surgery from 1945 until now. In Hungary chest surgery developed from two branches, the pulmonology and general surgery. This was due to the epidemiological situation of tuberculosis after the Second World War. During the development of chest surgery, oesophageal surgery and heart surgery have separated due to an independent tendency. Therefore the so-called „integrated” chest surgical departments have not developed yet.

Dr. Gulyás Gusztáv és Dr. Mészáros Gábor

**Plasztikai sebészet Magyarországon
(1945–1990)**

Dr. Gulyás Gusztáv és Dr. Mészáros Gábor

Plasztikai sebészet Magyarországon (1945–1990)

... plastic surgery is a constant battle between blood supply and beauty...”
Sir Harold Gillies

(Gilles H., Millard D. R.: *The Principles and Art of Plastic Surgery*. Little, Brown and Company, 1957)

Plasztikai sebészet Magyarországon a II. világháború előtt és a háború után

Európában a plasztikai sebészet a világháborúk súlyos sérültjeinek ellátása során alakult ki és vált önálló diszciplínává. A roncsoló, nagy kiterjedésű lágyrész- és csonthiánnyal járó sérülések és az égések sebészi ellátása; a daganatok eltávolítása után visszamaradó szövethiány pótlása; a fejlődési rendellenességek korrekciója; a kéz bonyolult működésének helyreállítása új szemléletet és új módszereket igényelt. A plasztikai sebészet önállósá válásában a szövetpótlás és a funkciót helyreállító műtétek mellett, az életminőséget javító, ún. fiatalító, szépítő műtétek (orr-, arc-, emlő- és szemhéjplasztika) játszottak igen jelentős szerepet. Európában az 1900-as évek elején *Gillies*, *Burjan*, *Joseph*, *Esser* fektette le a plasztikai sebészet alapjait. 1917-ben elsőként *Filatov*, és röviddel később *Gillies* is közölte a szövethiányok pótlására kidolgozott módszerét, a hengerlebenyt. *Gillies* népszerűsítette a módszert és olyan tökéletessé fejlesztette, hogy az 1920-as évektől az 1950-es évekig szinte egyeduralgó szerepet játszott az emberi test szövethiányainak pótlása terén. *Gillies* egyszerű módszere mellett nehezebben nyert teret *Johannes Fridericus Esser* értengelyű lebenyekre alapozott plasztikai sebészeti módszere. *Esser* szövethiányok pótlására értengelyű lebenyeket használt, ezekre a lebenyekre épült az 1970-es évek mikrosebészete. 1916 és 1917 között *Esser* Magyarországon is dolgozott. Rendkívüli egyénisége erős befolyást gyakorolt a magyar plasztikai sebészetre. Dolgozott *Verebély Tiborral*, ismerte és értékelte *Pólyát*, *Blaskovicsot* és *Imrét*. *Esser* magyarországi tartózkodása során számos háborús sérültet operált.

A plasztikai sebészet európai fejlődéséhez számos magyar sebész, szemész, fül-orr-gégész is hozzájárult.

Pólya Jenő (1867–1944) széles látókörű, újító, kreatív sebész volt. *Esser* nyomdokain haladva 1911-ben a világon elsőként alkalmazott értengelyű musculus masseter izom-bőrlebenyt áthatoló buccahiány rekonstrukciójára.

Ertl János (1880–1958) a koponya csont pótlására dolgozott ki szellemes, mind a mai napig alkalmazott módszert, a szíromplasztikát. A koponya csonthiányainak pótlását, periosteumával összefüggésben, virágszirom alakú csontlemezekkel oldotta meg. A plasztikai sebészeti tankönyvek *Ertl* nevéhez kötik ezt a módszert.

Czeyda-Pommersheim Ferenc (1891–1974) híres pajzsmirigysebész volt, a strúmasebészet mellett plasztikai sebészettel is foglalkozott. Teljes ajakrekonstrukciót végzett karlebennyel.

Blaskovics László (1869–1938) és *iff. Imre József (1884–1945)* az alsó szemhéjak pótlására fejlesztették ki az arc bőrének karéjos metszéssel történő elforgatását, melyet a világ mint magyar lebenyt tart számon.

Réthy Aurél (1884–1976) fül-orr-gégésként zseniális újítója a plasztikai sebészetnek, neve összekapcsolódott a nyitott orrplasztika, a zsugoror, a nyeregorr-helyreállító sebészettel. A nyitott orrplasztika népszerűsége nem csökkent napjainkban sem, az esztétikai és bonyolult rekonstrukciót igénylő műtétek során világszerte gyakran alkalmazzák a jó feltárást biztosító módszert.

Verebély Tibor (1875–1941) nemcsak kitűnő sebész, de korának egyik legnagyobb plasztikai sebésze volt. 1921-ben a Magyar Sebésztársaság 21. közgyűlésén mutatta be méretcsökkentő emlőplasztikáját és számolt be eredményeiről.

Aufricht Gusztáv és *Maliniac 1926-ban* alapította meg az Amerikai Plasztikasebész-társaságot. Az elsők között határozta meg az arc esztétikai egységeit. Megfogalmazta azokat a plasztikai sebészeti elveket, amelyek meghatározók, és helytállóak ma is, az archelyreállító- és esztétikai műtéteiben. *Aufricht Gusztáv* Európában és Amerikában is elismert plasztikai sebész volt.

Bakay Lajos (1880–1959) lúgmérgezés okozta nyeléképtelenség, nyelőcső-szűkület miatt számos antethoracails nyelőcsőplasztikát végzett. Az általa kidolgozott nyelőcsőpótlás többszakaszos plasztikai módszer volt.

A sebészet, a fül-orr-gégészet és a szemészet kiemelkedő alakjai már az európai plasztikai sebészet kezdetekor bizonyították a magyarországi plasztikai sebészet létezését és eredményeikkel nemzetközi elismerést szereztek hazánknak.

A háborút követő időszakban a plasztikai sebészeti műtétek az egyetemi klinikákon, a Bajcsy-Zs., a Heim Pál és a Rókus Kórházban történtek. *Érczy Miklós, Zoltán János* helyreállító és esztétikai műteket végzett a Koltói Anna Kórházban. *Berndorfer Alfréd* fejlődési rendellenességeket operált sikerrel. *Kós Rudolf* lerakta a kézsebészet alapjait Magyarországon. Könyve a kéz sebészetéről hosszú időn át az egyetlen és alapvető kézikönyve volt mind a plasztikai, mind a baleseti sebészeknek. *Verebély* nyomdokain haladt *Kovács András*, aki emlő-, orr- és szemhéjműtéteket végzett az I. Sz. Sebészeti Klinikán.

Az első plasztikai sebészeti osztályok Magyarországon

Kun Utcai Kórház Plasztikai Sebészeti Osztály

1950-ben az állami vezetés *Borisz Petrovskij*t bízta meg a III. Sz. Sebészeti Klinika irányításával. A karizmatikus egyéniségű orosz vezető, a Koltói Anna Kórház intézetvezető professzoraként sokat tett a Magyarországi traumatológiáért. *Petrovskij* hatékonyan támogatta az egészségügyi vezetés plasztikai sebészeti és égési osztály létrehozásáért tett erőfeszítéseit. A Koltói Anna kórházban, a III. Sz. Sebészeti Klinika és a baleseti sebészet mellett négy kórteremben plasztikai sebészet is működött. Ezen a részlegben dolgozott *Érczy Miklós* és *Zoltán János*. 1952 végén az egészségügyi vezetés *Érczy Miklós* kinevezésével megalapította az első plasztikai sebészeti osztályt a Kun Utcai Kórházban. Munkatársa volt *Kartik Ilona* és *Takács Ákos*. *Érczy Miklós* kiváló, autodidakta plasztikai

sebész volt, számos új műtéti eljárást ismertetett az emlőplasztika és az orrkorrekció terén. *Érczy Miklós* és *Zoltán János* 1954-ben a *Plasztikai Sebészet és Műtétan* című munkájával lefektette a hazai plasztikai sebészet alapjait. 1958-ban jelent meg *Érczy Miklós* és *Zoltán János* közös munkája a *Részletes Plasztikai Sebészet*, hivatásunk első tankönyve.

A plasztikai sebészeti osztály a Kun utcából 1958-ban a Bakáts Téri Kórházba került át és 1967-ig itt működött, majd 1967-ben a Péterfy Sándor Utcai Kórház, Szövetség utcai részlegébe költözött. Az osztály vezetését *Érczy* nyugdíjazása után *Galambos József* vette át 1967-ben. *Galambos* érdeklődése a *Dupuytren*-kontraktúra és a perifériás idegsebészet felé irányult. 1975-ben, *Galambos* után *Kartik Ilona* kapott megbízatást az osztály vezetésére. *Kartik, Érczy* tanítványa, a klasszikus plasztikai sebészet valamennyi területén folytatta elődei munkáját, és alkalmazta a legújabb módszereket. Osztályán már az 1980-as évek elején megkezdődött a mikroérvarratokkal végzett szabadlebenyek bevezetése a plasztikai sebészeti gyakorlatba. 1981-ben, az elsők között végeztek hüvelykujj-replantiációt és itt történt az első sikeres szabadlebeny-átültetés Magyarországon 1982-ben. 1991-ben *Kartik Ilona* nyugdíjba vonulása után a Péterfy Kórház vezetése *Takács Lászlót* bízta meg az osztály irányításával. A mostoha körülmények ellenére, a plasztikai sebészeti munka és a szakorvosképzés folyamatosan haladt. Az osztályon a szabadlebenyek mellett a komputerrel tervezett CAD/CAM- (computer aided design and manufacturing) koponyacsontpótlás is bekerült a modern plasztikai sebészeti műtétek közé. Az osztály 1999-ben a Szövetség utcából a Péterfy Kórház fennhatósága alá tartozó Erzsébet Kórházba költözött át, jelenleg is ott működik a sebészeti osztály plasztikai sebészeti részlegeként.

Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórház

Plasztikai Sebészeti Osztály

A második plasztikai sebészeti osztály létrehozására 1954-ben a honvédség keretén belül került sor. Az állami vezetés *Zoltán Jánost, Érczy* munkatársát bízta meg az osztály vezetésével. *Zoltán János* a koreai háborúban plasztikai sebészként egy év alatt több mint 800 plasztikai sebészeti műtétet végzett, majd a világhírű prágai *Burian* professzor klinikáján töltött el fél évet. *Zoltán János* karizmatikus személyisége erőteljes hatást gyakorolt a magyarországi plasztikai sebészet fejlődésére. Invenciózus műtéti technikája, hatalmas elméleti tudása, kitartó, szisztematikus rendszerező munkája plasztikai sebészeti iskolát teremtett Magyarországon. Több egyetem vendég-előadójaként ismert és elismert személyisége volt az európai plasztikai sebészetnek. Legismertebb könyveit a „*Cicatrix Optima*”-t és a „*A bőrátültetés atlasza*”-t számos idegen nyelvre lefordították és több kiadást értek meg. Osztályán folyamatos szakorvosképzés és -vizsgáztatás történt. Minden operatív szakterület számára szerveztek továbbképző tanfolyamokat. Az osztály a magyarországi páciensek mellett folyamatosan ellátta az intézetbe utalt külföldi háborús sérülteket. *Zoltán János* magát elsősorban plasztikai sebésznek, természetszerűen vadász embernek jellemezte, aki a szike mellett már serdülőkkora óta tollforgató orvosként hódol grafomán szenvedélyének. *Zoltán* kiváló sebészi adottságai mellett az írásművészet megszállottjaként is maradandót alkotott. Szakkönyvei után orvosi emlékeiről írott és vadászati témájú könyvei ma is sorra jelennek meg. 1976-ban Balassa-emlékérmet vehetett át; 1986-ban megkapta az Amerikai Plasztikai Sebésztársaság legnagyobb kitüntetését, a Maliniac-emlékérmet, továbbá 1991-ben a Diefenbach-oklevelet kapott.

A plasztikai sebészeti osztály vezetését *Zoltán János* nyugdíjba vonulása után *Donáth Antal* vette át és biztosította a magas szintű szakmai munka, valamint az oktatás folyamatosságát. Munkáját a megőrzés és a fejlődés jellemezte és irányítja ma is. *Donáth*

Antal szakmai és tudományos érdeklődése a kézsebészet, a kéz bőrihiányának pótlása felé fordult. Számos lebennyplasztikai módszer, esztétikai műtét módosítása jellemzi tevékenységét. *Donáth Antal* következetes, számonkérő oktatómunkájának is köszönhető, hogy ma az osztályáról kikerülő plasztikai sebész szakorvosok megállják helyüket a hazai és európai fórumokon.

Kun Utcai Kórház

Égési Osztály

1952 végén az egészségügyi vezetés, rövid idővel a plasztikai sebészeti osztály megalakulása után, a Kun Utcai Kórházban égési osztályt is alapított. 1953 elején gyakorlatilag egy időben az első európai osztályokkal, *Frank György* vezetésével nyílt meg az első hazai égési osztály. *Frank* hatalmas elméleti felkészültségének segítségével korának színvonalát meghaladó műteti stratégiai rendszert dolgozott ki. Korai halála után *Mádai Péter* és *Frank* tanítványa, *Hoffer András* vezette az osztályt, majd 1974-től *Zoltán János* munkatársa és tanítványa, *Ménési László*, vette át az osztály vezetését. Ménési negyedszázados működése alatt az osztály rendkívül korszerűtlen körülményei fokozatosan javultak, önálló intenzív részleg létesült. 1982 óta égéskezelés és plasztikai sebészeti tevékenység is történik. *Ménési* az égett kéz helyreállító plasztikai sebészeti műtéteivel ért el nemzetközi eredményeket, az emlőplasztikák terén dermalebenyes rögzítő eljárása vált ismertté. Nyugdíjba vonulása után, 1998-ban *Csorba Éva* követte az osztály vezetésében. A modern, intenzív égéskezelés bevezetésével és a fasciocutan lebenyek következetes alkalmazásával az osztály hazai és nemzetközi elismerést nyert el. 1999-ben az osztály a Kun utcából a Szent István Kórházba költözött. 2000-ben az osztály EBOPRAS (European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery) európai szakorvosképző intézet minősítést ért el.

Országos Onkológiai Intézet

Fej-nyak-állcsont, Rekonstrukciós Sebészeti, Onkológiai Helyreállító Plasztikai Sebészeti és Lézersebészeti Osztály

Az Országos Onkológiai Intézetben a helyreállító plasztikai sebészet már korábban is magas szinten működött. Kásler Miklós és munkatársai lokális lebenyeket, izom-bőr lebenyeket és szabad lebenyeket is alkalmaztak szövetpótlásra. 1998-ban *Gulyás Gusztáv*, *Kartik* tanítványa az Országos Onkológiai Intézet meghívására bekapcsolódott az intézet munkájába. A megkezdett munka folytatásaként megnőtt a daganat miatt eltávolított emlőpótlások száma. A szabad lebenyek száma nőtt és kiegészült a. radialis fasciocutan, m. latissimus dorsi izom-bőr, TRAM (transverse rectus abdominis muscle), DIEP (deep inferior epigastric perforator) és osteo-cutan fibula szabad lebenyekkel. Az onkológiai helyreállító plasztikai sebészet elveinek, klinikai gyakorlatának továbbfejlesztése révén ma az OOI-ben végzik legnagyobb számban a szabadlebeny-átütemezéseket. Megkezdődött a tumoros csonthiány pótlása komputerrel tervezett és gyártott implantátumokkal (CAD/CAM-módszerrel). *Gulyás* az intézetben megteremtette a plasztikai sebészszakorvos-képzés feltételeit. Az OOI Fej-nyak-állcsont, Rekonstrukciós Sebészeti, Onkológiai Helyreállító Plasztikai Sebészeti és Lézersebészeti Osztálya 1999-ben elnyerte az EBOPRAS ('európai szakorvosképző intézet') minősítést.

Plasztikai sebészeti műtéteket végző intézetek és részlegek Magyarországon

A plasztikai sebészet számos szakterülettel áll kapcsolatban, plasztikai sebészeti helyreállító műtétek történnek égési, traumatológiai, fül-orr-gégészeti, gyermeksebészeti, szájsebészeti, fej-nyak- és maxillo-facialis sebészettel foglalkozó osztályokon számos kórházban és klinikán országszerte.

A fővárosi Szent János Kórház Gyermeksebészeti Osztályán égéskezelést és plasztikai sebészeti szakellátást végezett † *Baksa József (2001)*, munkájának folytatója *Győri Sándor*.

A Semmelweis egyetem, Fül-orr-gégészeti és Fej-nyak-sebészeti Klinikáján *Rezek Ödön* végez helyreállító plasztikai sebészeti beavatkozásokat. A Heim Pál és a Madarász Utcái Kórházban kerül sor az ajak- és szájpadhasadékok primer műtétére. A Szájsebészeti Klinikán a komplikált szájpadhasadékok zárása, a csontpótlás és a súlyos arckoponya sérülések magas szintű plasztikai sebészeti ellátása történik.

Szentesen a † *Tari Gábor (2001)* vezette kézsebészeti és helyreállító sebészeti részleg a traumatológia keretén belül működött és működik ma is. Itt *Tari Gábor* invenciózus újító tevékenysége révén magas színvonalú kézsebészeti munka folyt és a cranioplasztikák új típusainak kidolgozására került sor, munkáját munkatársai folytatják.

Szegeden az egyetem *Bertényi Camillo* majd *Kapitány Klára* vezetésével a Bőrgyógyászati Klinika keretein belül dermatochirurgiai, égési és plasztikai sebészeti rész-leget hozott létre. A részleg látja el az egyetem és vonzáskörzetének plasztikai sebészeti feladatait is. A szegedi traumatológián *Simonka János Aurél* végezte az első lábujjátültetést hüvelykujjpótlásra 1979-ben. A Szegedi Szájsebészeti Klinikán *Kovács Ádám* és *Borbély László* végez mikrosebészeti és helyreállító plasztikai sebészeti munkát.

Miskolcon a vasgyári kórházban *Ditrói Sándor* szervezte meg a maxillofacialis és plasztikai sebészeti részleget, jelenleg munkatársai folytatják a megkezdett rekonstruktív plasztikai sebészeti munkát.

Pécsett a *Forgon Mihály* vezette baleseti sebészeti klinikán már a '70-es években végeztek helyreállító plasztikai sebészeti beavatkozásokat. Az 1980-as években *Nyárádi József* számos végtag-replantációt végzett. Irányítása mellett szabadlebeny-átültetésre és hazánkban elsőként gyermekhüvelykujj-képzésre lábujjátültetéssel is itt került sor. A fül-orr-gégészeten *Kenyeres Miklós* speciális m. latissimus dorsi lebenyekkel végzett onkológiai helyreállító plasztikai sebészeti műtéteket. A pécsi egyetem sebészeti klinikáján *Tizedes György* vezetésével emlőplasztikai részleg működik, amely Magyarországon a legnagyobb számban végez emlőhelyreállító műtéteket.

Az égési sérültek ellátására a nagyvárosokban alakultak ki önálló részlegek. A Kun utcai osztályt követte Budapesten a központi katonai kórház égési osztálya 1961-ben, amelynek első vezetője *Novák János* volt, aki széles látókörű tevékenységével meghatározó szerepet játszott a hazai égéskezelésben, szakmai és szervezeti kérdésekben egyaránt. Ezt követte a pécsi (*Lux Ottó*, majd *Török Zoltán*) és a győri osztály (*Kósa János*, *Jakabos Péter*). Szegeden és Debrecenben a Bőrgyógyászati Klinikákon jöttek létre részlegek, közülük a szegedi, *Bertényi Camillo* vezetésével az első hazai dermatochirurgiai részleg volt. Ezenkívül még Miskolcon alakult és működik égési részleg a baleseti sebészeti osztályon.

Debrecenben, Győrben, Kaposvárott, Szombathelyen, Hatvanban, Szekszárdon, Nyíregyházán, Gyulán sebészeti osztályokon és baleseti sebészeten plasztikai sebész kollegák biztosítják a környező lakosság teljes körű helyreállító plasztikai sebészeti ellátását. Magyarországon 1990-ig az esztétikai plasztikai sebészeti beavatkozásokat a plasztikai

sebészeti osztályokon végezték a szakorvosok. 1990 után számos magánpraxis, esztétikai plasztikai tevékenységre szakosodott magánklinika jött létre. Napjainkban az esztétikai plasztikai sebészeti műtétek kizárólag térítés ellenében történnek. A fővárosban és Magyarország csaknem minden vidéki városában: Pécs, Szeged, Debrecen, Nyíregyháza, Eger, Győr, Kaposvár, Sopron, Szombathely, Keszthely, Székesfehérvár stb. plasztikai sebészeti magánrendelők és klinikák biztosítják az esztétikai sebészeti ellátást.

A magyar plasztikai sebészet szervezetei

A Sebészszakcsoport, Plasztikai Sebészeti Szekciója 1958-ban alakult meg (*Berndorfer, Érczy, Frank, Galambos és Zoltán*) beadványa nyomán. Elnökei *Berndorfer Alfréd, Zoltán János*, majd *Donáth Antal* voltak. Az önálló Magyar Plasztikai Sebésztársaság 1990-ben jött létre, első elnöke *Donáth Antal* volt. 1994-ben a Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebésztársaság elnökségét *Gulyás Gusztáv* vette át. A társaságnak egy szekciója van, amely a magánorvosokat tömöríti. A társaság tagjainak száma 153 fő.

Az égési szekció 1974-ben alakult, jogutódja a Magyar Égési Egyesület 1992-ben jött létre, jelenleg 140 tagja van. Elnökei *Novák János, Ménesi László, Török Zoltán* voltak, jelenleg *Csorba Éva* az elnök.

1978-ban *Zoltán János* és *Novák János* javaslatára az Egészségügyi Minisztérium létrehozta a „plasztikai (égési) sebész” önálló szakorvosi képesítést. A szakképesítést sebész vagy traumatológus szakorvosok kétéves plasztikai sebészeti képzés és eredményes szakvizsga után nyerhették el. A rezidens képzés bevezetése óta a ráépített plasztikai sebészeti szakvizsgához három év plasztikai sebészeti szakképzés szükséges. Az EBOPRAS tisztviselőiként, *Gulyás* és *Csorba* hosszan tartó tárgyalások után elérték, hogy a hazai plasztikai sebészeti szakvizsga mellett 2001-től lehetőség nyílt az európai szakvizsga megszerzésére is (2001-ben *Kruppa Zoltán* és *Viczián Csaba* elsőként Magyarországon eredményes szakvizsgát tett, európai diplomát szerzett).

A közelmúltban a szakorvosképzés teljes egészében az egyetemek kompetenciájába került, ennek ellenére a mai napig egyetlen hazai egyetem sem rendelkezik plasztikai sebészeti tanszékkal (szemben az európai és amerikai gyakorlattal).

A plasztikaisebész-szakorvosképzés a tradícióknak megfelelően a következő intézetekben történik:

Péterfy Sándor Kórház

Plasztikai Sebészeti Részleg

Szent István Kórház

Égési és Plasztikai Sebészeti Osztály

Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórháza

Plasztikai Sebészeti Osztály

Országos Onkológiai Intézet

Fej-nyak-állcsont Rekonstrukciós, Onkológiai Helyreállító Plasztikai Sebészet és Lézer-sebészeti Osztály

Az EBOPRAS két plasztikai sebészeti osztály munkáját felmérte és akkreditált osztálynak ismerte el. Az Országos Onkológiai Intézet, Fej-nyak-állcsont Rekonstrukciós, Onkológiai Helyreállító Plasztikai Sebészet és Laser Sebészeti Osztályát, és a Szent István Kórház Égési és Plasztikai Sebészeti Osztályát európai szakorvosképzésre alkalmasnak nyilvánította.

A plasztikai sebészet elmúlt közel ötven éve a szakma elismertetéséért folytatott küzdelemben telt el, úgy tűnik, így lesz ez a következő ötven évben is.

A plasztikai sebészet szakmai fejlődése 1945-től napjainkig

Szövetpótlás

The advent of atraumatic surgery was the surgery of millimetres replacing that of centimetres. Microsurgery has heralded a new era: the surgery of micrometres.

Bernard McC. O'Brien

(Bernard McC. O'Brien: Microvascular Reconstructive Surgery. Churchill Livingstone 1977.)

1945 után a háborús sérüléseket az ipar és közlekedés súlyos sérülései váltották fel. Az 1960-as évek végén és a '70-es évek elején megszűnt a hengerlebenyek, a keresztezett lábszárlebenyek dominanciája és az értengelyű lebenyek, valamint a szabad lebenyek kerültek előtérbe. A mikrosebészet, az egy milliméternél kisebb anatómiai képletek sebészete, új utat nyitott szövetpótlás terén és forradalmasította a plasztikai sebészetet. Lehetővé vált a levágott ujjak replantációja és a lábujjak átültetése hüvelykujj pótlására. Magyarországon az elsők között végzett hüvelykujj-visszavarrást mikrosebészeti módszerekkel *Gulyás G., Takács L. és Kartik I.* a Péterfy Sándor Kórház Plasztikai Sebészeti Osztályán 1981-ben. A szövetpótlás vezető principiuma: „a hiányzó szöveteket azonos mennyiségű és minőségű szövetrel kell pótolni”, belátható közelségbe került. Megvalósult a csont, az izom és a komplex szöveti összetételű lebenyek mikroér anasztomózisokkal történő biztonságos átültetése. A világon az első mikrosebészeti módszerekkel történő szabadlebeny-átültetést *Harrii* végezte Tokióban, 1972-ben. Hazánkban az első sikeres szabadlebeny-átültetés 1982-ben történt a Péterfy Sándor Kórház Plasztikai Sebészeti Osztályán. Az első szabadlebeny-lebeny a. dosalis pedis szabadlebeny-átültetés volt kézháti bőrhiány pótlására, a műtétet *Gulyás Gusztáv* végezte. Az első sikeres műtétet követte, a m. latissimus dorsi, scapularis, a. radialis, iliofemoralis, fibula osteocutan lebeny, a szabad lebenyek sora. Megkezdődött a daganat miatt eltávolított emlő saját szövetekkel, TRAM (Transverse Rectus Abdominis Muscle) és a DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) szabad lebenyekkel történő pótlása. A baleseti sebészet, az ortopédia, de csaknem valamennyi operatív szakterület gyorsan felismerte a mikrosebészetben, az új típusú szövetpótlásban rejlő lehetőségeket. A mikrosebészet újabb korszaka, a supra mikrosebészet az 1990-es években kezdődött, az egy milliméternél kisebb erek anasztomózisaira épül. A módszer egyik úttörője a japán *Koshima*. Az általa kifejlesztett módszer minden korábban alkalmazott lebenynél nagyobb, komplex szöveti összetételű lebeny készítésére és átültetésére is alkalmas. Rutineladattá válik az ujjak és a kéz replantációja, a lábujjátültetés a hiányzó hüvelykujj-pótlásra. A plasztikai sebészet és a korszerű immunológiai kezelés legújabb eredménye a cadaver kéz és kar sikeres transzplantációja is. Ma már nemcsak plasztikai sebészeti osztályokon, hanem a kézsebészeti, a traumatológia, a szájsebészeti és a fej-nyak sebészeti centrumokban is végeznek szabadlebeny átültetést.

A szövettenyésztés (kerationocytá) és a „tissue engineering” szövettervezés új dimenziókat nyit meg a porc-, a csont-, az izom-idegszövet előállításában és pótlásában.

A technikai fejlődés új lépcsője a komputerrel tervezett (CAD/CAM) bonyolult alakú és térbeli helyzetű implantátumok előállítása. Ezzel a módszerrel a korábbi mintavételezési nehézségek kiküszöbölhetők, az implantátum csaknem 100%-os pontossággal tölti ki a hiányzó csont helyét. Az első sikeres CAD/CAM-módszerrel készített koponyacsont-pótlásra 1995-ben került sor a Péterfy Sándor Kórház plasztikai sebészetén. A plasztikai sebész, szájsebész és számítástechnikai szakemberekből álló munkacsoport (*Gulyás G., Pulay Gy., Juharosi Z. Bárdosi E.*) Markusovszky-díjat kapott az új módszer kifejlesztéséért és magyarországi bevezetéséért.

A plasztikai sebészet az 1970–80-ig terjedő időszakban a szabad lebenyek műtéti-vel történetének talán legerőteljesebb, legnagyobb elismerésnek örvendő időszakát élte át.

Plasztikai sebészet – kézsebészet

1945 és 1970 között a sebészek végezték a legtöbb kézsebészeti beavatkozást. A '60-as években *Ladányi Józsa* a Debreceni Sebészeti Klinikán sikeres ujjbegy-, ujjperc-replantációkat hajtott végre mikrosebészeti anasztomózisok nélkül. A hetvenes években már a plasztikai és a baleseti sebészek látták el a legtöbb akut, valamint krónikus kézsérültet. A kéz bőrhiányának pótlása mellett, az ín- és idegsérülések, reumás kéz, Dupuytren kontrak-túra műtétei alkották a kézsebészeti műtéti repertoárt. Az 1970-es években megkezdődött a traumatológiai ellátás differenciálódása, a kézsebészet önállóvá válása. Az akut kézsérülések kezelése, elsősorban a sürgősségi ellátás központosított szervezése miatt a baleseti osztályok hatáskörébe került. *Manninger Jenő* és *Renner Antal* erőfeszítésének köszönhető a magyarországi kézsebészet európai szintre emelése, a hazai kézsebészeti osztályok megszerzése és a kézsebészet szakorvosi képzésének megteremtése 1994-ben. A plasztikai sebészeteken egyre kevesebb akut kézsérülés ellátására került sor. A krónikus kézbetegségek műtéti kezelésének kiterjesztése a plasztikai sebészeti osztályok anyagi forrásainak beszűkülése miatt kudarcot vallott. Az 1980-as évek végére a plasztikai sebészet kézsebészeti pácienseinek száma szignifikáns módon csökkent. Ma a traumatológiai és a jól szervezett kézsebészeti osztályok látják el az akut, a krónikus és szeptikus kézbetegeket is.

Plasztikai sebészet – a fejlődési rendellenességek sebészete

A háborút követő időszakban a sebészek, majd a plasztikai sebészek végezték a primer ajak- és szájpad-rekonstrukciók jelentős részét. *Ladányi Józsa* az 1960-as években archasadékok miatt sikeres rekonstrukciós plasztikai sebészeti műtéteket végzett Debrecenben, s eredményeiről könyvet írt. Az 1970-es évek derekán az újszülöttek korszerű altatása és posztoperatív megfigyelése miatt a primer ajakhasadék-műtétek a gyermeksebészek és fül-orr-gégészek látóterébe kerültek. A plasztikai sebészeti osztályokon nem volt lehetőség fejlesztésre, gyerekanesztézia és intenzív terápiás részleg kialakítására. A fejlődési rendellenességek sebészete differenciálódott. Az ajak- és szájpadhasadékok primer ellátása teljes egészében a gyermeksebészet és a fül-orr-gégészet hatáskörébe került. A fejlődési rendellenességek első ellátása után visszamaradó orrdeformitások, ajakhegek rekonstrukciója továbbra is plasztikai sebészeti feladat maradt.

A komplex koponyafejődési rendellenességek nem tartoznak a hazai plasztikai sebészet műtéti repertoárjába. A végtagok, a törzs, az emlő fejlődési rendellenességeit a plasztikai sebészek önállóan vagy más sebészi szakterülettel együttműködve végzik.

Plasztikai sebészet – onkológia

A daganatok eltávolítása az egyszerű kimetszéstől a bonyolult, sorozatműtétet igénylő beavatkozásig, a plasztikai sebészeti műtéti technika teljes skáláját igényli. Kezdetben az onkológia és plasztikai sebészet viszonyát a kimetszés és pótlás merev szembeállításja jellemezte. A daganat eltávolítása a fontos, a szövethiány és annak rekonstrukciója másodlagos jelentőségű volt. Az onkológiai sebészet radikálisabbá vált, a daganat eltávolíthatóságának határai kitolódtak. Az onkológiai beavatkozások után egyre nagyobb és bonyolultabb szövethiányok keletkeztek. A csonkolás után a torzító hiány megszüntetésének igénye elfogadottá vált. Az onkológiai helyreállító plasztikai sebészet az az interdiszciplináris együttműködés, amely a daganatot eltávolító sebész számára teljes szabadságot biztosít a daganat radikális eltávolításához; ugyanakkor a plasztikai sebész vállalja a keletkezett defektus teljes pótlását, lehetőség szerint a hiányzó funkció helyreállítását. A kiterjesztett radikalitású műtétek során a mellkasfal, a pericardium vagy a kiterjedt hasfal defektus plasztikai módszerekkel, szabadlebenyekkel történő pótlása életmentő lehet. A kiterjesztett radikalitású műtétek mellett, az életminőséget javító, azonnali és halasztott emlőhelyreállító műtétek a kezdeti elutasítás után egyre népszerűbbekké váltak.

Emlőhelyreállító műtétek

Magyarországon a daganat miatt eltávolított emlőhelyreállító műtétek a '70-es években váltak gyakoribbá. Kezdetben a sugárterápia után kialakult bőrnekrozis, vagy elhanyagolt emlőtumor eltávolítása után kialakuló nagy kiterjedésű és mélybe terjedő szövethiányok pótlására került sor. Az emlődaganatok műtéteinek változása, a csökkentett radikalitású műtétek elterjedése után egyre gyakrabban történik meg az emlő teljes felépítése. A m. latissimus dorsi a TRAM- és a DIEP-lebenyekkel történő emlőpótlás mellett az expander-implantátum egységekkel végzett helyreállító műtétek is rendkívül népszerűvé váltak. A Európában és Amerikában daganat eltávolításával egy időben végzett azonnali emlőhelyreállító műtétek aránya a korábbi néhány százalékról 20 százalék fölé, speciális intézményekben 40 százalékra nőtt. Magyarországon ez az arány alig egy-két százalékra tehető. Néhány kiemelt intézetben, Pécsen és Budapesten kedvezőbbek az arányok. Itt kell megemlítenünk a lebenyplasztikák új generációját is, az ún. perforátor lebenyeket, a DIEP és SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator) mikrovaskularis anasztomózisokkal átültetett lebenyekkel lehetőség nyílik arra, hogy az izomfunkció megtartásával, kizárólag a bőrt és a bőr alatti zsírszövetet használjuk fel az emlőpótlás céljára. Napjainkban a daganat miatt eltávolított emlő pótlása mind saját szövetekkel, mind szilikon expander-implantátumokkal kiterjedten alkalmazott módszer a plasztikai sebészeti gyakorlatban.

Emlőformáló és -nagyobbító műtétek

A huszadik század első felében az emlőplasztika leggyakoribb formája a méretcsökkentő plasztika volt, fordított, T alakú bőrmetszéssel. Az '50-es években a redukció gyakran két lépcsőben történt, először a bimbóudvar fölött, majd három hónap múlva az alsó póluson, és megtörtént a mirigyállomány kimetszése. Az 1980-as években az emlőplasztikákat két tendencia jellemezte: a műtéti metszések lerövidítése és a mirigyállomány fixálására alkalmas módszerek keresése. Az 1990-es években az emlő térfogatának csökkentésére, és az emlő alakjának formálására elterjedt a zsírszívás. A vízszintes bőrmetszés elkerülése érdekében *Lassus* és *Lejour* vertikális emlőplasztikája vált népszerűvé Európában, majd Amerikában is. A periareolaris mastopexia elterjedését hátráltatta a gyakran hibás indikáció alapján végzett műtét és annak következménye: a széles heg és a lapos emlő.

Az első szilikonimplantátumok gyártása az 1960-as években kezdődött el Amerikában. Magyarországon az emlőnagyobbító műtétekhez az 1970-es években jelentek meg az első csehszlovák gyártmányú Hydron (porózus polietilén szivacs) emlőimplantátumok, amelyeket rövid idő múlva felváltottak az elsőgenerációs szilikon emlőimplantátumok. A sima felszínű, vékony falú, szilikongéllal töltött anyagok, rövid idő alatt elterjedtek és rendkívüli népszerűsége tettek szert. A kilencvenes évek elején megjelentek a fiziológiás sóoldattal töltött implantátumok, majd a szilikongél újabb változatai, a texturált felszínű, kohézív géllal töltött anatómiai alakú implantátumok. Napjainkban a szeleppel ellátott szövettágító expanderek, az implantátum-expander kombinációk a géllal és fiziológiás sóoldattal töltött, kettős falú eszközök is rendelkezésre állnak az emlőnagyobbító és -helyreállító műtétek céljára. Ma Magyarországon a modern emlőplasztikák valamennyi módszerét kiterjedten alkalmazzák a plasztikai sebészek.

Esztétikai plasztikai sebészet

1945 után a leggyakoribb esztétikai műtét az orrplasztika, az emlőplasztika és az arcplasztika volt. Az 1970-es évekre az esztétikai sebészet robbanásszerű fejlődése jellemző. Az új trend az életminőség felértékelődése, hatalmas igényt támasztott a fiatalos külső, a vonzó megjelenés elérésére. Az esztétikai sebészet minden területén a régi módszerek fejlesztése, módosítása és újabb műtéti módszerek kidolgozása figyelhető meg.

1977-ben a francia *Yves-Gerard Illouz* népszerűsítette a bőr alatti zsírszövet vákuum segítségével történő kiszívását. Ma a zsírszívással történő alakformálás a leggyakrabban végzett plasztikai sebészeti beavatkozás. Illouz módszere gyorsan beépült a hazai plasztikai sebészeti gyakorlatba is.

Az arcplasztikák területén az 1970-es évekig az arc bőrének erőteljes megfeszítése volt a legkiterjedtebben alkalmazott módszer. Az 1980 évek végén a bőr helyett a SMAS (Superficial Musculo-Aponeurotic System) parieto-occipitalis irányban történő megfeszítése már természetesebb és tartósabb eredményt adott. Napjainkban a kiterjesztett, alápreparálással végzett (deep plane face lift) arcplasztika, a középarc felemelése endoszkóp segítségével, valamint az arcplasztika klasszikus és modern módszereinek ötvözte a háromdimenziós, volumetrikus arcplasztika, a MACS- (minimal access cranial suspension) armútét játssza a főszerepet.

Az 1990-es években a lézerek erőteljes térhódítása jellemzi az esztétikai plasztikai sebészetet, a szén-dioxid, argon, rubin, YAG, festék, dióda lézerek főleg az arc bőrének felújító kezelésében, a szőrtelenítésben és a tetoválások eltávolításában váltak népszerűvé. A közelmúltban a bőrbe injektálható ráncfeltöltő anyagok és a dinamikus ráncokat átmenetileg megszüntető, az izommozgást bénító botulinum toxin alkalmazása terjedt el igen nagy gyorsasággal. A mikro- és mini graftokkal történő hajátültetés is egyre népszerűbbé vált. A nagy mennyiségű zsírszívás (>5kg) megkönnyítése érdekében új eszközöket fejlesztettek ki. A nagy teljesítményű, ultrahanggal és vákuummal működő készülékek mellett a mozgó kézidarabbal kiegészített (power assisted liposuction) zsírszívó eszközök terjedtek el.

A plasztikai sebészet folyamatos fejlődésének egy rövid szakaszát, sokszínű helyreállító és esztétikai műtéti repertoárját teljes terjedelmében bemutatni meglehetősen nehéz, csaknem lehetetlen vállalkozás. A történeti áttekintés mellett, munkánkkal a plasztikai sebészet fejlődésére, a sebészi diszciplína terén betöltött helyére, a helyreállító és esztétikai sebészet egységére szeretnénk ráirányítani a figyelmet.

Az emberi test funkciója és formája egymástól el nem választható egységet alkot. A plasztikai sebész helyreállítja a hiányzó funkciót, a megváltozott és eltorzult formát. A helyreállító sebészet a funkció, az esztétikai sebészet a forma sebészete. A plasztikai sebészet nem más, mint a funkció és a forma harmóniája a sebészetben.

Irodalom:

- Aufricht, G.: Evaluation of pedicle flaps versus skin grafts in reconstruction of surface defects and scar contractures of the chin, cheeks and neck. *Surgery St. Louis* 15: 75 (1944)
- Blaskovics, L.: Über Totalplastic des unteren Lides. *Z. Augenplastic.* 40: 1 (1920).
- Czeyda Pommersheim F.: Néhány ritkább plastikáról. *Orvosképzés (Verebély különfüzetéből.* 1931).
- Ertl, J.: Die Chirurgie des Gesichts- und Kieferdefecte. Urban-Schwyrzenberg (1918)
- Érczy M., Zoltán J.: Részletes plasztikai sebészet (Medicina, 1958)
- Gilles H., Millard D.R.: The Principles and Art of Plastic Surgery. Little, Brown and Company (1957)
- Gulyás G., Takács L., Kartik I.: Hüvelykujj visszavarrása mikrosebészeti technikával végzett ér- és idegvarrattal (Magyar Traumatológia, 24. 233–237., 1981)
- Gulyás G., Kartik I., Takács L., Máté.: Szabadlebeny-átültetés mikrovascularis anasztomózzal (Orv. Hetil., 123. 1357–1360., 1982)
- Haeseker B.: Dr. J. F. S. Esser and his Contributors to Plastic and Reconstructive Surgery. Proefschrift (1983).
- Littmann I.: Sebészeti Műtétan (Medicina, 1977)
- Híres Magyar Orvosok (Galenus, 2000)
- Imre J. Jr.: Szemhéjplasztika és az arc egyéb lágyrészműtétei. (Studium, Budapest, 1928)
- Kós R.: A kéz sebészete (Medicina, 1961)
- Ladányi J.: Ujjperc replantáció (Honv. Orv., 1952)
- Pólya J.: A szájnyalvókahártya defectusainak pótlása a masseteren ülő nyaki bőrlebennel [Orv. Hetil., 55: 425 (1911)]
- Rethi A.: Plastische neubildung der nase [Chir 1:695, 1929 a]
- Zoltán J.: Cicatrix Optima (Medicina, 1974)
- Zoltán J.: A bőrátültetés Atlasza (Medicina, 1984)

Chapter IX.

Plastic Surgery in Hungary 1945-1990

The authors discuss the history of plastic surgery in Hungary between 1945 and 1990. The first plastic surgery department was established in 1952 with Miklós Érczy as Head of Department. He was followed by József Galambos, Ilona Kartik and László Takács. The second plastic surgery department was developed in 1954 at the Central Military Hospital of the Hungarian Army. The Head of Department was János Zoltán, a figure of greatest influence among Hungarian plastic surgeons. Zoltán published many important plastic surgery textbooks, which were translated into several languages. Antal Donát was his successor in the department. The first Burn Surgery Centre, with György Frank as Head of Department, was established in 1953 at Kun Street Hospital. Frank's followers were László Ménesi and Éva Csorba. Gusztáv Gulyás developed the postgraduate plastic surgery education in the National Institute of Oncology in 1998. In 1999 the National Institute of Oncology, Head and Neck Reconstructive Surgery, Oncological Reconstructive Plastic Surgery, and Laser Surgery Department received EBOPRAS (European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery) accreditation and are registered as European training centres. In 2001 the St. Stephen Hospital Burn and Plastic Surgery Department received EBOPRAS accreditation as well. In 1978, the Minister of Health established the qualification of plastic surgery and burn. At present the official organisation of plastic surgeons in Hungary is the Hungarian Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons which was established 1956. The authors offer an analysis of the developments in Hungarian plastic surgery in soft tissue reconstruction along with congenital, oncological breast reconstruction, hand surgery and aesthetic surgery as compared with international developments in plastic surgery.

Prof. Nemes Attila és Prof. Péterffy Árpád

A szív- és érsebészet Magyarországon

Prof. Nemes Attila és Prof. Péterffy Árpád

A szív- és érsebészet Magyarországon

„Midőn a kornak nagy emberre
van szüksége, feltalálja azt;
mert éppen a közszükség,
és nem saját érdeme az,
mi az egyest naggyá teszi.”

(Eötvös József)

A sebészet e két ága közös töről fakad. Keringéssebészetről beszélhetünk, ha úgy tetszik. Fiatal tudományág, amelynek megalakulása, kivirágzása természetesen a 20. század második felére esik. Számos felfedezés (pl. heparin) és alap-sebészeti feltevés (pl. atraumatikus fonal) megvalósulása nélkül nem tartanánk ott, ahol ma állunk. Sok területen a két szakmát alig lehet elválasztani egymástól. Az érvarrat technikáját pl. *Carell* dolgozta ki a 20. század elején. Eredményeit használja mind a szív-, mind az érsebészet és a transzplantológia is. Gondoljunk a mellkasi aneurysmák vagy az aorta dissectio kórképeire, vagy a carotis és coronaria helyreállításának együttesen végzett műtétjeire. A haladás e területen óriási. Napjainkban az intervencionális carido-angiológia, a minimál invazív beavatkozások, az endoszkópos műtétek jelentik a mindkét szakmát egyaránt érintő pozitív változást.

Nincs megállás! Adataink között természetesen vannak olyanok, amelyek a gyökereket mutatják be. Sajnálatos tény, hogy a kezdetek kezdetén a nemzetközi és a magyar eredmények időben alig álltak messze egymástól, amíg napjainkban az olló nyílik. Talán nem nagyképűség, ha azt állítjuk, nem a tehetség, az akarat és a szorgalom hiánya eredményezi a követési távolság növekedését, hanem a lehetőségek, az anyagi források szűkös volta. A „lehetőség” és „feltétlenül szükséges” szembeállítása a mérlegeléskor praktikus, de nem fejlődést előmozdító jelenség. Az orvoslás nemzetközi. Fiataljaink ösztöndíjaként bejárják a világot és hazahozzák az új eljárásokat. Hazánkban a fogadóképesség eszmei téren biztosított. Nézzük tehát a részleteket.

Szívsebészet

A '40-es évek végén Magyarországon is megjelentek a szívsebészet csirái. Először vidéken, Nyíregyházán, ahol *Eisert Árpád* volt az úttörő, aki 1948-ban elsőként végzett el sikeresen szívburok-eltávolítást páncélszív miatt. 1950-ben ő operálta az első hazai coarctatio aortae-t és egy év múlva már mitralis commissurotomiát végezve elsőként operált a szív üregein belül a magyar sebészek közül.

A magyar szívsebészet nagy vezéregyénisége *Kudász József*, aki 1949-ben elvégezte az első hazai Blalock–Taussig-műtétet, Fallot tetralógia miatt. *Kudász* 1950 és 1955 között Pécssett egyetemi tanárként, *Eisert Árpáddal* együttműködve fejlesztette tovább a szívsebészeti tevékenységet.

Littmann Imre is meghatározó személyisége volt a hazai szívsebészetnek, aki az államosított Városmajori Szanatóriumban – kívánsága szerint szovjet mintára – kialakította a Sebésztovábbképző Klinikát, amelyben a szívsebészet külön osztályként működött, olyan kiváló munkatársakkal, mint *Temesvári Antal*, *Robicsek Ferenc*, *Pálos László* (aneszteziológia). Itt kezdődött el a rendszeres szívsebészet és itt végezték el az első sikeres ductus

arteriosus lekötését, valamint a többi zárt műtét is sorra került. A megfelelő támogatás és a szervezés eredményeként a szívsebészeti tevékenység fellendült és újabb kitűnő fiatal munkatárs csatlakozott a csapathoz: *Árvey Attila, Böröcz Lajos, Lónyai Tihamér* és *Sárközi Károly* személyében. A kísérleti munkát is eredményesen művelték, főleg a zseniális *Robics Ferenc* tevékenységét kell kiemelni, aki új műteti eljárásokat dolgozott ki és beírta nevét a szívsebészet történetébe.

Szegeden *Petri Gábor* – aki széles körű elméleti és élettani ismeretekkel rendelkezett – kezdett el foglalkozni szívsebészettel. Munkatársaival létrehozta egy szív- és érsebészeti osztályt (1955 és 1958 között), ahol intratrachealis narcosisban végezték a szokásos zárt szívűtéteket. A kísérleti tevékenység is lendületet kapott, állatokon gyakorolták a keresztezett keringést, ill. kísérletek folytak a gépi extracorporalis keringés kialakítására.

Nyugodtan ki lehet jelteni, hogy ekkor a magyar szívsebészet Európa élvonalához tartozott a szívsebészeti tevékenységet illetően, megelőzve számos európai országot, mint Ausztriát, Svájcot, Olaszországot, Hollandiát, Belgiumot stb.

Az '56-os forradalom után a magyar szívsebészet teljesen átrendeződött. *Littmann és Robics* eltávoztak az országból, a Városmajor utcai Sebész-továbbképző Klinika neve IV. Sz. Sebészeti Klinikára változott 1957-ben és vezetőjévé *Kudász Józsefet* nevezték ki, aki magával hozta két tehetséges fiatal munkatársát, *Gömöry Andrást* és *Szabó Zoltánt*. *Gottsegen György* vezetésével 1957-ben az István Kórházban létrejött a Kardiológiai Intézet, és ennek keretében szívsebészeti osztályt alakítottak ki Temesvári Antal vezetésével. Munkatársai: *Árvey Attila, Böröcz Lajos, Lónyai Tihamér, Sárközi Károly*, majd később csatlakozott hozzájuk *Lozsádi Károly*.

A forradalom után, az '50-es évek végén, ebben a három központban – kettő Budapesten és egy Szegeden – folyt klinikai szívsebészeti tevékenység. Kialakítva és elsajátítva a szívsebészethez feltétlenül szükséges invazív diagnosztikát (szívkatéterezés, angiographia), valamint a műtét utáni kezelést, az ún. intenzív terápiát. Eleinte mindent a sebészek végeztek, de hamarosan megindult a szakosodás az említett tevékenységek irányába is.

A kísérleti munka is jelentősnek ítéelhető meg, elsősorban a hypothermiával, és az extracorporális keringés kialakítása érdekében is szorgoskodtak, hiszen Amerikában és Európában megtörténtek az első sikeres műtétek művi keringés segítségével [*Gibbon* (1952), *Crawford* (1954), *Lillihei* (1954), *Kirklin* (1955)].

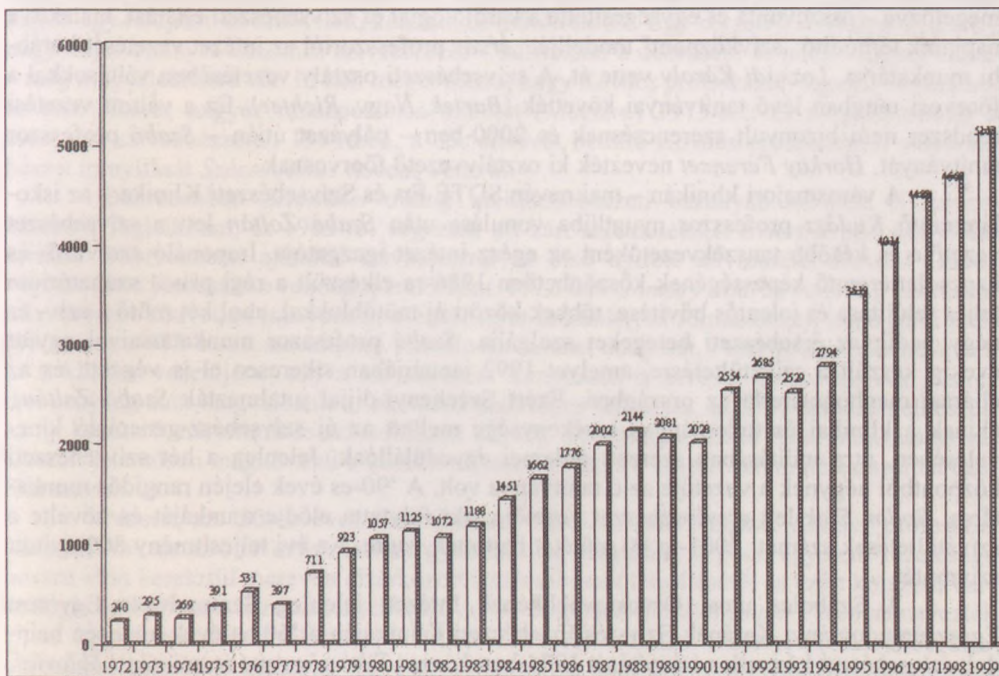
Hypothermiával sikeresen végezték a szív üregeit megnyitó, rövid ideig tartó műtéteket: elvégezhető volt a secundum típusú pitvar defectus, a pulmonalis stenosis korrekciója, amelyet jó eredménnyel és igen nagy számban hajtottak végre.

Klinikai használatra is alkalmas extracorporális keringést biztosító szív-tüdőmotort hoztak létre úgy a Kardiológiai Intézetben, mint a városmajori klinikán, amelyekkel 1959-ben és 1960-ban elvégezték az első sikeres nyitott szívűtéteket. A városmajori klinikán a *Gömöry*-féle szívmotort alkalmazták az első 16 nyitott szívűtétnél.

Óriási és meghatározó lendületet adott a magyar szívsebészetnek a tengerentúli *Köteles Béla* – a PEMCO cég igazgatója – Clevelandből, akinek feltett szándéka és óhaja volt, hogy Magyarországon is jó szívsebészet alakuljon ki. Ezért az ottani református egyház közreműködésével 3 darab világszínvonalú, PEMCO gyártmányú, *Kay-Cross* típusú szív-tüdőmotort bocsátott a magyar egészségügy részére. Egy-egy szív-tüdőmotort kapott a városmajori klinika, a Kardiológiai Intézet, valamint a szegedi szívsebészet. Az első években csak kis számú műtetre került sor, hetente egy-két nyitott (motoros) szívűtétet végeztek intézetenként.

A '60-as évek elején Littmann Imre visszatért a tengerentúlról, Kanadából. Valószínűleg nehezen tudott alkalmazkodni az Újvilág szokatlan életritmusához, követelményrendszeréhez. A II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinikán (Tüzoltó u.) kezdett újra szívműtéteket végezni, miután sikerült munkatársának megnyerni a jól képzett és tehetséges *Böröcz Lajost* a Kardiológiai Intézetből. Végül a '60-as évek közepén Littmann a Szabolcs utcai Orvostovábbképző Intézetbe került és ott alakított ki szívsebészetet *Bodnár Endre* és *Löblovics Iván* munkatársakkal. A Gyermekklinikán egyedül maradt *Böröcz* az igen nehéz körülmények között is tovább tevékenykedett és csecsemőkori műtéteket is végzett.

Az 1960-as évek végére kialakult a magyar szívsebészet felépítése összesen hat központtal, amelyek közül négy a fővárosban működött. A hazai szívsebészet ekkor (1960-1970-es évek) a találekonyság, az önmegvalósítás, az egyéni kapcsolatrendszer kiépítése, az eltérő adottságok és lehetőségek az intézetek között, a Nyugat felé nyitás (a „vasfüggöny” mögött a magyar szívsebészet előkelő helyet foglalt el) jellemezte. De a legmeghatározóbb tényezőt a felsőbb egészségügyi vezetés megértésének és támogatásának igen mérsékelt volta jelentette. A központok csak egy szívműtővel rendelkeztek, amely nem kedvezett a műtéti számok emelkedésének és a fiatal munkatársak gyakorlati oktatásának, az új szívsebésznevezdek nevelésének. A műtéti szám igen alacsony volt és csak a '80-as évek elején sikerült elérni az évi száz nyitott szívműtétet egymillió lakosra vonatkoztatva. Pontos adatok csak 1970 óta állnak rendelkezésre (lásd 1. táblázat).



1. táblázat. Nyitott szívműtétek Magyarországon 1972 és 1999 között

Elkezdődtek a pacemaker (Kudász, Szabó, 1963) és a műbillentyű-beültetések (Lónyai, 1964), majd a koszorúér-áthidalások vénával (Bodnár, 1972) és artériával (Péterffy, 1982).

A magyar szívsebészek úttörői, akik elkezdték és meghonosították hazánkban a szívsebészetet (*Eisert Árpád, Kudász József, Littmann Imre, Petri Gábor és Temesvári Antal*) a '70-es évek közepén átadták a szívsebészet irányítását tanítványaiknak, a második generációnak (*Árva Attila, Gömör András, Kovács Gábor, Lónyai Tihámér, Lozsádi Károly és Szabó Zoltán*). Ennek a tehetséges és munkatársakkal fáradhatatlanul munkálkodó lelkes korosztálynak elvithatatlan érdeme, hogy a szívsebészet talpon maradt, a nyitott szívműtétek mindennappossá váltak.

Az egyes intézetek adottságai, lehetőségei igen különböztek egymástól. A szovjet mintájú rendszerben az országos intézetek előnyt élveztek és ehhez társult még a hagyományos fővárosközpontúság is, de igen sok múlott a vezetők kapcsolatrendszerén is.

Az Országos Kardiológiai Intézetben a '60-as évek végén az igen tehetséges, de korán megbetegedett *Temesvári Antal* helyett *Árva Attila* lett az osztályvezető, majd később, mint az intézet főigazgatója tevékenykedett. 1977-ben elkészült az OKI új, kilencemeletes, akkor korszerű épülete, amely sokkal jobb körülményeket biztosított a szívsebészet számára is, négy műtőjével, intenzív osztályával stb. *Árva* professzor elvithatatlan érdeme, hogy fáradhatatlanul munkálkodott a szakma fejlesztése, térhódítása érdekében, megfelelő egyensúlyt tartva, nemcsak a szívsebészetet, hanem a kardiológiát és különösen annak invazív ágának fejlődését is elősegítette. Főigazgatóként – korát megelőzve – összevonta és egységesítette a kardiológiai és szívsebészeti ellátást, kialakítva napjaink térhódító „szívközpont” modelljét. *Árva* professzortól az intézet vezetését korábbi munkatársa, *Lozsádi Károly* vette át. A szívsebészeti osztály vezetésében váltásokkal a főorvosi rangban lévő tanítványai követték (*Bartek, Nagy, Richter*). Ez a váltott vezetési rendszer nem bizonyult szerencsésnek és 2000-ben – pályázat útján – *Szabó* professzor tanítványát, *Horkay Ferencet* nevezték ki osztályvezető főorvosnak.

A városmajori klinikán – mai nevén SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika – az iskola-teremtő *Kudász* professzor nyugdíjba vonulása után *Szabó Zoltán* lett a szívsebészet vezetője és később tanszékvezetőként az egész intézet igazgatója. Imponáló szervező- és kapcsolatteremtő képességének köszönhetően 1986-ra elkészült a régi privát szanatórium teljes felújítása és jelentős bővítése, többek között új műtőblokkal, ahol két műtő a szív- és négy pedig az érsebészeti betegeket szolgálja. *Szabó* professzor munkatársaival együtt évekig készült a szívatültetésre, amelyet 1992 januárjában sikeresen el is végzett, és az eljárást meghonosította az országban. Ezért Széchenyi-díjjal jutalmazták *Szabó Zoltánt*, akinek a klinikai és tudományos tevékenysége mellett az új szívsebész-generáció kinevelésében, útra indításában szerzett érdemei egyedülállóak. Jelenleg a hét szívsebészeti központból négynek a vezetője az ő tanítványa volt. A '90-es évek elején rangidős munkatársa, *Bodor Elek* lett a szívsebészet vezetője, aki folytatta elődje munkáját és növelte a szívatültetések számát: 2001-ig 40 műtétet hajtott végre. Az évi teljesítmény 800 nyitott szívműtét.

A Szabolcs utcai Orvostovábbképző Intézet, jelenleg Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának Szív- és Érsebészeti Klinikáján a '60-as évek közepén beindult szívsebészet közvetlen irányítását 1974-ben *Lónyai Tihámér* vette át, miután *Löblovics*, majd *Bodnár* is elhagyta az országot. A kedvezőtlen adottságok és lehetőségek ellenére Lónyaiak sikerült a szívsebészetet talpra állítani és fiatal munkatársaival együtt jelentősen növelni a számszerű teljesítményt és alapvetően javítani a minőségi mutatókat. Tanítványai közül került ki méltó utóda, *Tomcsányi István*, aki 1994-től irányítja a szívsebészetet, bizonyítva, hogy *Lónyai* professzor nem felejtkezett meg a következő szívsebész korosztály

felkészítéséről. Az új, korszerű műtőblokkot és felújított intenzív osztályt 1990-ben adták át rendeltetésének. Itt jelenleg három szívűtő és egy érsebészeti műtő működik. Időközben 1991 és 1994 között *Papp Lajos* volt a szívsebészet vezetője, de együttműködési nehézségek miatt eltávozott a Szabolcs utcai klinikáról. Lelkes és hűséges munkatársaival Zalaegerszegen, a megyei kórházban újabb szívsebészeti központot hozott létre (1994).

A Tűzoltó utcai gyermekklinikán működő szívsebészetnek egész létezése alatt a „mostohagyerek” szerepe jutott. A magára hagyott *Böröcz Lajos* végül is belefáradt a sorozatos meg nem értésbe, és támogatás hiányában 1974-ben felmondott, tehetségét és szívsebészeti tevékenységét rendelőintézeti orvosi munkára cserélve fel. A megüresedett helyre *Lozsádi Károly* került az OKI-ból, aki angliai tanulmányútjáról visszatérve a gyermek- és csecsemő-szívsebészet fellendítésén fáradozott. Sajnálatos módon ő sem kapta meg a szükséges támogatást a fejlesztéshez, amely inkább „tűzoltáshoz”, mint valódi lehetőségteremtéshez hasonlítható. *Lozsádi* professzort 1993-ban kinevezték az OKI főigazgatójává és ezután a gyermek-szívsebészeti osztály átköltözött az OKI-ba és ott idővel megvalósult a professor régi álma, az égetően szükséges új gyermekkardiológiai központ modern épülete, amelyet 2000-ben adtak át rendeltetésének. Itt kapott helyet a kétműtős gyermek- és csecsemő-szívsebészet, amelynek feladata az egész ország szakellátása.

Szegeden 1963-ban a tanulmányútjáról visszatért *Kovács Gábor*t bízták meg a szívsebészet irányításával, aki itt még ebben az évben elvégezte az első nyitott szívűtétet. *Kovács Gábor* professor több mint 30 éven keresztül vezette a szegedi szívsebészetet, végezve a csecsemő-, gyermek- és felnőttkori veleszületett és szerzett szívbetegségek műtéteinek teljes skáláját. Az 1982-ben önállóvá vált szívsebészeti osztály csak 1993-ban kapott egy felújított és kibővített, kétasztalos műtőtraktust. Egy korszerű szívközpont és egy nagy teljesítményre alkalmas szívsebészet – hasonlóan a debreceni és pécsi központokhoz – még megvalósításra vár. Itt kell megemlíteni, hogy *Kovács* profeszszor végezte hazánkban az első sikeres nagyér-transzpozíciós műtétet (Mustard) 1973-ban és meghonosította a csecsemő-szívsebészetet. 1994-ben, a 65. életévét betöltő *Kovács* professzortól a szívsebészet irányítását *Szécsi János* docens vette át.

Debrecenben *Schnitzler József* mellkassebészeti osztályán kezdtek el szívsebészetet foglalkozni, és 1963-tól végeztek ott zárt szívűtéseket *Eisert Árpád* irányítása mellett. Debrecenben ajándék szívmotorral az első nyitott szívűtétet *Kovács Gábor* végezte 1968 júniusában vendégoperatórként. 1972-ben *Gömöry András* vette át a debreceni szívsebészet közvetlen irányítását, először mint tudományos főmunkatárs, majd mint társ-professor. 1983-ban a stockholmi Karolinska Intézet docensét, *Péterffy Árpádot* nevezték ki a klinika vezetőjévé, aki a szívsebészet irányítását is átvette. Közel tízéves sikeres tevékenység után megvalósult a feltétlenül szükséges fejlesztés, és 1993 tavaszán elkészült az új, korszerű, háromműtős szívsebészeti klinika. Tehetséges, lelkes fiatal munkatársaival sikerült jelentősen megnövelni a klinika teljesítményét, s a nyitott szívűtétek számát ezer fölé emelni.

Pécsett az '50-es évek első felében működött szívsebészet *Kudász* professor irányításával, de az ő távozása után az gyakorlatilag megszűnt. A pécsi egyetem vezetősége hosszú időn keresztül mereven elzárkózott a szívsebészet létesítésétől és ezért korszerű kardiológia sem jöhetett létre a Mecsekalján. A '90-es évek elején *Korompai Ferencet* nevezték ki az Irgalmasok Kórházában lévő II. Sz. Sebészeti Klinika vezetőjévé, aki 1956-ban orvostanhallgatóként került az Egyesült Államokba, ahol a szív- és mellkassebészet professzora lett. *Korompai* professzornak az egyetem támogatásával sikerült több évtizedes huzavona után új műtőtraktust (szívűtő) és intenzív osztályt építtetni, ahol 1996 elején elkezdődtek a szívűtétek. Sajnálatos módon személyi intrikák és meg nem értés miatt még az év végén lemondott és visszatért Amerikába. Ezután *Papp Lajost* hívták meg a klinika

vezetőjének, akinek sikerült tető alá hoznia és befejeznie Pécssett az új, világszínvonalú kardiológiai központot három műtővel, két haemodynamikai laboratóriummal és modern intenzív osztállyal. Ezt a korszerű létesítményt 1999. augusztus 20-án avatták fel és a betegellátás alig két hónappal később, október elején kezdődött el.

2001-ben Magyarország hét szívsebészeti központtal rendelkezik, amelyekből három a fővárosban és négy vidéken (Debrecen, Pécs, Szeged, Zalaegerszeg) működik.

A Gottsegen György nevét viselő országos kardiológiai intézetben szervezetenként két különálló szívsebészeti van: a felnőtt-, illetve a gyermek-; valamint a csecsemő-szívsebészeti osztály. Ezek a központok összesen 20 szívűműtővel, 6 pacemaker műtővel, 82 intenzív, 46 köztés (sub-) intenzív és 274 osztályos (hotel) ágygal rendelkeznek. A szívsebészeti számára nélkülözhetetlen haemodynamikai laboratóriumokban összesen 12 vizsgálóegység (osztály) működik.

A szívsebész szakorvosok száma 44, akik közül 5 egyetemi tanár, 6 egyetemi docens, 16 főorvos vagy adjunktus, 18 tanársegéd vagy szakorvos, valamint 30 szakorvosjelölt vagy alorvos, 45 aneszteziológus: összesen kb. 120 orvos foglalkozik közvetlenül a szívsebészeti betegekkel.

A jövőbe látni, a fejlődés irányát előre meghatározni nem könnyű, ezért csak a magyar szívsebészetre váró feladatokat szeretnénk felvázolni.

A legfontosabb teendő a mennyiségi teljesítmény növelése, az európai átlag utólérése, amely jelenleg kb. 700 nyitott szívűműtét 1 millió lakoshoz viszonyítva. Ennek elérése a jelenlegi fejlődés ütemét tekintve 4 év lenne, de az európai átlag is növekszik, ezért legjobb esetben is legalább 5 év kell ennek a célnak a megvalósításához, és akkor évi nyolcezret meghaladó szívűműtétet kell végezni hazánkban. Ez lehetséges a jelenlegi műtői és intenzív osztályok teljesítőképességének maximális kihasználásával (400 műtét/műtő/év). Elsősorban a koszorúér-megbetegedések miatt végzett beavatkozások növelése jelenti a legnagyobb kihívást. Ez vonatkozik úgy a sebészi (koszorúér-áthidalás), mint az intervencionális kardiológiai (ballonos tágítás) beavatkozásokra. Természetesen a mennyiségi teljesítmény növelése nem történhet a minőség rovására.

Érsebeszet

Az érgyógyászat fejlődéstörténetében a széles körben művelt sebészeti beavatkozás, még inkább a rekonstrukció, szintén a II. világháborút követve alakult ki. A kezdeti sebészi próbálkozások azonban sokkal régebbiek. A sebészeti beavatkozásokat a patológiai ismeretek bővülése előzte meg. Alábbi 2. táblázatunk néhány angiológiai mérőföldkövet mutat be.

2. táblázat.

Személyek a nemzetközi érgyógyászat történetéből

Szerző	Felismerés	Dátum
Antyllus	Első aneurysma leírás és műtét	Kr. u. II. század
Charcot	Claudicatio intermittens	1858
Coote	Sikeres nyaki bordaeltávolítás	1861
Raynaud	Raynaud phenomen	1862
Winiwarter	Endangitis obliterans	1879
Heuter	Kapillar mikroszkopia	1879
Erb	Vascularis neuropathia	1898
Buerger	Thrombangitis obliterans	1908
Carell	Érvarrat 1903–1912	
Trendelenburg	Funkcionális mélyvéna-próba	1918–1921
Perthes	Funkcionális mélyvéna-próba	1920
Milroy	Nyirokoedema (Milroy-szindróma)	1928
Leriche	Periarterialis sympathectomia, a Leriche-szindróma leírása	1929–1953.
Tiller és Garner	Fibrinolysis	1933
Dos Santos-Seldinger	Percutan lumbalis aortographia, katéterbevezetési technika verőérbe	1936
De Bakey	Haematometakinesia	1944
Blalock és Taussig	Nagyérfejlődési rendellenesség és műtéti korrekció	1945
Cid.Dos Santos	Thrombendarteriectomia	1947
Kunlin	Vénaáthidalás (bypass)	1949
De Bakey	Műerek, artéria pótlása	1950
Dubost	Első sikeres hasi aneurysma műtét	1951
Fontaine	Artériás betegségek stádiumbeosztása	1952
Malan	A-v. fistula (Malan-szindróma)	1955
Rob és Standeven	T.O.S.	1958
Eastcott-Rob-De Bakey	Carotis tea	1960
Dotter	Ballonos értágítás	1964
De Bakey	Első sikeres aortaív-rekonstrukció	1966
Vollmar	Ersebészeti tankönyv	1967
Fogarty	Fogarty-katéter	1971
May-Thurner	Vénaleszorítás (May-Thurner szindróma)	1973
Dormandy	Rheológia	1973
Heberer	Átfogó angiológia	1974
Grüntzig	Ballonos értágítási technika továbbfejlesztése	1974
Bollinger	Funkcionális angiológia	1979
Kappert	Átfogó angiológiai diagnosztika	1981
Abrahams	Angiographiai atlasz	1983
Braunwald	Modern fibrinolysis	1987

3. táblázat.

Szemelvények a magyar angiológia történetéből

Szerzők	Felismerés	Dátum
Balassa	Első magyar carotis aneurysma műtét	1851
Balassa	Első magyar elektromos szúrással kezelt álaneurysma	1853
Bakay	Érvarrat és érátültetés	1911
Soltész-Littmann	Arteria poplitea pótlás	1953
Soltész	Hasi aneurysma resectio	1960
Bugár-Mészáros	Perifériás keringési zavarok kezelése	1961
Papp S.	Carotis desobliteratio	1963
Papp S.	Aorto-bifemoralis bypass	1967. július
Urai	Perifériás érbetegek konzervatív kezelése	1969
Szlávy-Horváth	PTA, PTCA	1977-1980
Nemes-Soltész	Érsebészeti vezérfonal	1980
Kelemen és mtsai	Aorto-renalis bypass	1984
Dzsinich	Aortaív csere	1985
Entz	Eversios carotis tea	1991. január
Mátyás	Aneurysma stent-graft beültetés	1998
Wéber	Laparoscopos aorto-bifemoralis bypass	1998
Meskó-Farsang-Pécsvárad	Belgyógyászati angiológia (angiológia, epidemiológia, felmérés)	1999

4. táblázat.

Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán és jogelődjén, a IV. Sz. Sebészeti Klinikán végzett első nagyérműtétek időpontja

Műtéti típus	Dátum
Poplitea pótlás	1953
Hasi aneurysma resectio	1960
Carotis rekonstrukció	1963
Vénapótlás műanyaggal	1964
Anonyma rekonstrukció	1966
Aorto-bifemoralis bypass	1967. július
Aorto-renalis bypass	1969. szeptember
Aorto-renalis bypass	1969. szeptember
Aorto-mesenterialis bypass	1969. szeptember
Aorto-bifemoralis graft csere	1974
Vena iliaca thrombectomia	1979
Aorto-bicaroticus bypass	1980
Aortaív csere	1986
Eversios carotis endarteriectomia	1991. január

5. táblázat.

A mennyiségi fejlődés számai az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 8 éves periódusokban (fejlődési etalon)

Időszak	Végzett műtét
1952–1960	1684 műtét ebből 8 tea 8 bypass 11 thrombectomia
1978–1985	6307 műtét csak rekonstrukció
1992–1999	11 368 műtét csak rekonstrukció

Hippokratésztől napjainkig a verőérsérülések ellátása mindennapos sebészi tevékenység volt. Többségében a verőér lekötésére került sor. A szerzők egy-egy sérült verőér lekötésekor megadták azt az arányt, ami a végtag túlélésének statisztikai valószínűsége. Az érsebészet fejlődésére is jellemző az alábbi néhány adat:

- a II. világháborúban az érsérültek átlagosan 15,2 óra alatt kerültek ellátásra és a végtagamputáció aránya 40% volt,
- a koreai háborúban a várakozási idő 9,8 óra és a csonkolás 13–25% volt (ekkor már rekonstruáltak is),
- Vietnamban 70 perccel a sérülést követően verőér-rekonstrukcióra került sor és a végtagvesztés aránya 5% volt.

Fenti táblázatok sok adatot tartalmaznak, azonban még több prioritás kimaradt belőlük.

Elmondható, hogy angiológia-kezdeményezések után (betegség leírás, pathológia, konzervatív kezelés) az érsebészet 3 iskolában indult el:

Soltész, Szabó, Ránki, Molnár, Frank, Löblovics a városmajori intézetben tette meg első lépéseit *Littmann*, majd *Kudász* professzor irányításával;

Kiss Tibor csapata – *Márk Bertalan, Lelkes József, Kollár Lajos, Weber György* Pécssett végzett úttörő munkát;

Stefanics professzor *Papp, Balázs és Görgő* tevékenységét támogatta a Baross utcai klinikán. *Szabó Zoltán* professzor szervezésével alakult meg az Országos Érsebészeti Intézet és az Angiológiai Szakmai Kollégium. 1980 óta van ráépített szakmaként érsebészeti szakvizsga.

Érdekes, hogy a három közül kettő olyan helyen indult, ahol a szívsebészet is jelen volt. A *Littmann* professzor vezette klinikán *Soltész Lajos* volt a hazai érsebészet legkimagaslóbb alakja, aki nemcsak az érsebészet, de az angiológia megszervezője és irányítója is volt. *Bugár-Mészáros Károly* és *Urai László* segítségével 1962-ben a Magyar Sebésztársaság keretén belül megalakult az Angiológiai Szekció. Ez volt az elődje a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságnak. A Társaság elnökei között a szakma ismert személyei foglaltak helyet: *Bugár-Mészáros Károly, Soltész Lajos, Urai László, Szabó Zoltán, Dzsinih Csaba, Nemes Attila*.

A nemzetközi eredményeket követve megjelentek az első sikeres hazai beavatkozások (3. és 4. táblázat). A műtėti szám is növekedett (5. táblázat). A hazai érsebészet minden tagja hosszabb-rövidebb ideig kapcsolatban állt az úttörő, és *Soltész Lajos* által alapított városmajori iskolával. Technikailag nagy lendületet adott az érsebészetnek *Papp Sándor* rövid francia ösztöndíja után megvalósított modern, rekonstrukcióra törekvő tevékenysége. A szívsebész *Szabó Zoltán* támogató igazgatása mellett – *Soltész Lajos* korai halála után – *Papp Sándor* irányította az érsebészetet. Mellettük nőtt fel az érsebészet új

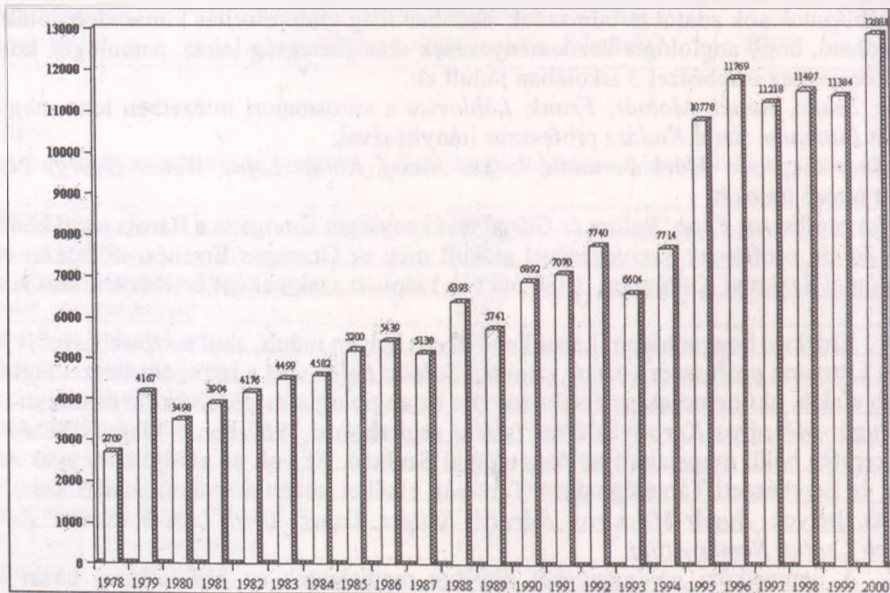
nemzedéke: *Acsády György, Dzsinih Csaba, Nemes Attila*. Ma is dolgozik a kezdeti harcok résztvevője, az első sikerek és kudarcok szemtanúja és nemzedékek nevelője, manduktor, a csendes, kiváló manualitású *Szabó Imre*.

Érdekes összevetni a 2. és 3. táblázat adatait. Hol áll és hol állt a magyar érgyógyászat a nemzetközi teljesítmények összevetésében. *Balassa* megelőzte *Eastcottot* és *Matást* [német nyelvű közlései ellenére a prioritás nem elfogadott (lásd 1. ábra). Carell érvarrat-technikáját *Bakay* azonnal alkalmazta. *Kunlin* első verőér-áthidalását *Soltész-Littmann*-műtéje 4 évvel követte. *Dubost* sikeres aneurysma műtéje után *Soltész* beavatkozása már 9 évet váratott magára. Az első sikeres aortaívcsere hazánkban már több mint 30 évvel később került sorra. Nem általános ez a növekvő hazai késedelem, mert az *eversio carotis thrombendarteriectomia* hazai alkalmazása gyorsan követte a világensőt és a *stent-graftok* beültetésénél sem ilyen jelentős az elmaradás.

Az ezredfordulón minden orvosegyetemen működik érsebészet. Minden megyei kórház műveli e szakmát. Évi 12 ezer artériás rekonstrukció európai színvonalat jelent (lásd 6. táblázat). A világirodalomban fellelhető összes beavatkozást műveljük. Amikor 2000-ben pl. Angliában még nem kodifikált az érsebészeti szakvizsga, hazánkban az UEMS előírásának megfelelően 1980 óta létezik ez a szakterület. Több mint 150 szakorvos megközelítően 800 ágyon műveli. Európában is kiemelkedő az évi 2000 carotis rekonstrukció, vagy a thoracoabdominalis aneurysmák nagy sorozatban végzett műtétei.

6. táblázat.

Magyarországon 1978 és 2000 között végzett artériás rekonstrukciók száma (Országos Érsebészeti Intézet)



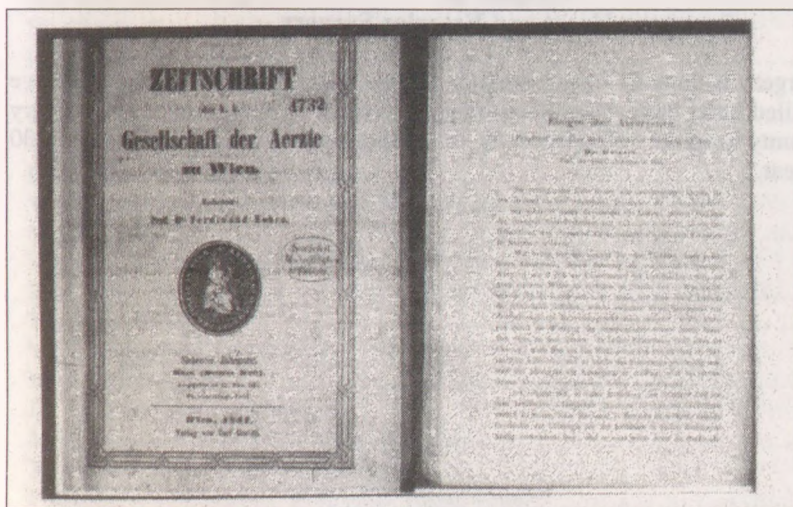
Összehasonlításként érdemes megjegyezni, hogy a „The Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland” hasonló felmérésében 1998-ban 2 hónap alatt, 93 kórház 121 sebész 1476 beavatkozást végzett. Önkényesen egy évre kerekítve ez 8856 rekonstrukciót jelent. Hazánkban ezen időszak alatt 90 kórházban megközelítőleg 150 sebész 11 ezer 384 műtétet végzett.

Ha időben osztályozzuk e szép tevékenységet, úgy 1950 és 1960 között tényleges úttörőtevékenység zajlott; 1960 és 1970 között történtek meg az első – ma már rutinnak számító – beavatkozások; 1970 és 1980 között nagy mennyiségi változás: a nagy sorozatú műtétek jellemezték a szakmát; 1980 és 1990 között országosan elterjedt a tevékenység, és elfogadottá vált az érsebészet mint önálló szakma, végül 1990 és 2000 között számos új eljárás honosodott meg a régi betegségek újszerű kezelésére, tért hódított az intervencionális radiológia, amely az érsebészettel karöltve fejlődött és tevékenykedik együtt. A sebészeti terület helyzetfelmérésekor és történeti ismertetésekor hatalmas előretörése okán nem lehet kihagyni az intervencionális cardio-angio-radiológiát. Mind az érsebészetben, mind a szívsebészetben számos új eljárás került bevezetésre. A 2. táblázatunk a nemzetközi prioritásokat ezen a területen is bemutatja. Hazai úttörői voltak: *Szlávy László, Repa Imre, Horváth László, Hüttl Kálmán* és még sokan mások. A percutan transluminális angioplastica (PTA) az érsebészetben, illetve a percutan transluminális coronaria angioplastica (PTCA) a szívsebészetben elfogadott metódus, stentek alkalmazásával ma már nagy műtéteket is jelentős számban kiváltó és emelkedő számú eljárások. Klinikánkon 580 coronaria műtetre 384 PTCA és 2969 nagyér-rekonstrukcióra 279 PTA jutott 2000-ben. Országosan 2000-ben 12 884 érrekonstrukció mellett 2057 PTA történt és 3728 coronaria műtetre (2,6%-os mortalitás) 3225 PTCA jutott. A jövő század várhatóan a megelőzésben és a műtéti tevékenység számítógépes vezérlésével fog újat hozni. Az invazivitás csökkentése és a költségek mérlegelése szintén alap gondolat a fejlődésben. Várhatóan etalonokban, gyógyítási sémákban fogunk gondolkodni és az attól való eltérés jogi és sajnos nem szakmai szankciókat von majd maga után.

Az orvostudomány által ma még hozzáférhetetlen fehér foltok nagysága „olvadni” fog. Ebben a génkutatásnak jószok nagy szerepet. Az immunológiaiilag semleges szövet- és szervkészítmények mind a szívsebészetben, mind az érsebészetben teret fognak kapni. A fehér foltok csökkenésével szűkülni fog a ma még virágzó kuruzslás működési területe.

I. ábra.

Balassa János eredeti közleménye, amely világprioritást jelenthetne



Összefoglalás

A szerzők – akik érsebész, illetve szívsebész szakorvosok – közösen írták a fejezetet szakterületüknek megfelelően. E két sebészeti ágban csodálatosnak mondható a fejlődés a második világháborút követően. Kezdetben a nemzetközi törekvésekkel egyidejűleg jelentkeztek az első hazai eredmények. Később szervezési és pénzügyi okok miatt elmaradásunk a világtól egyre nőtt. Talán az utóbbi 10 évben ez a hátrány mérséklődni látszik. Jelenleg az európai középmezőnyben helyezkedünk el.

A szerzők nevesítik az úttörő kezdeményezéseket. A két tudományág bölcsői szintén mindenben azonos helyen voltak. A szakemberek olykor munkahelyet cseréltek, ezért nevük esetleg több helyen is szerepel. Meghatározó jelentőségű volt mindegyiküknél az akkor még nyugatinak nevezett országokban a hosszabb-rövidebb ösztöndíj teljesítése.

A múlt század elején indultak el a keringéssebészet első törekvései. Táblázataikban ezekre is szolgáltatnak adatokat. Ezekből jól megítélhető, hogy jó néhány felismerés mindkét szakmát érinti. Ilyen pl. Carrell érvarrat-technikája, a heparin felfedezése és jó néhány patológiai, illetve fiziológiai felismerés. Mindkét szerző személyesen átélte a kezdeti sikereket és kudarcokat. Korunkban a harmadik generáció végzi a korábban nem látott beavatkozásokat minőségileg európai színvonalon, mennyiségileg kissé elmaradva attól.

A figyelmes olvasó a teljesítményekről is kap információt. Jelenleg 7 szívsebészeti központban, 20 műtőben, 82 intenzív ágyon és 274 ún. „hotelágyon” művelik a szívsebészetet. Az érsebészetben minden egyetemi sebészeti klinikán, illetve minden megyei kórházban van tevékenység. 150 szakorvos, 800 ágyon több mint 12 ezer műtétet végez 1 év alatt. A millennium évében alapszakvizsga a szívsebészet és 1980 óta létezik a ráépített érsebészeti szakvizsga.

Az elmúlt 5 évben nyert teret az intervencionális radiológia angiológiai és cardiológiai szakterülete. Az invazív, de a sebésztől elmaradó terhelésű beavatkozás számos keringéssebészeti műtétet vált ki. Szükség van erre a fejlődésre mindaddig, amíg Magyarország halálózásában a keringési betegségek 55%-ban vesznek részt. Szükség van e fejlődésre mindaddig, amíg rossz európai helyezésünkön javítani nem tudunk.

Chapter X. Summary Heart-and Vascular Surgery

At present heart-surgery is done in 7 heart-surgery centers, 20 surgery rooms, 82 intensive beds and 274 so-called hotel beds. Vascular-surgery is present in every university surgery clinic and every county hospital. 150 specialists, in 800 beds are making more than 12.000 operations in one year.

TARTALOMJEGYZÉK:

	oldal
Előszó	
<i>Dr. Kristóf Margit</i>	5
Általános sebészet	
<i>Prof. Dr. Kós Rudolf</i>	7
Baleseti sebészet	
<i>Prof. Dr. Renner Antal</i>	31
Fül-orr-gége gyógyászat	
<i>Prof. Dr. Ribári Ottó</i>	41
Gyermeksebészet	
<i>Prof. Dr. Verebély Tibor</i>	49
Gyógyszereink ezen időszak sebészetében	
<i>Dr. Kovács Imre</i>	53
Kézsebészet	
<i>Prof. Dr. Kós Rudolf</i>	63
<i>Prof. Dr. Renner Antal</i>	85
Mellkasebészet	
<i>Dr. Ágócs László</i>	93
Plasztikai sebészet	
<i>Dr. Gulyás Gusztáv, Dr. Mészáros Károly</i>	101
Szív- és érsebészet*	
<i>Prof. Dr. Nemes Attila, Prof. Dr. Péterffy Árpád</i>	115

* *Megjegyzés: Néhány fejezetben a szerzők utalást tettek az 1990 után történetekre is, ami különösen az újabb szakágak eseteiben indokolt volt.*

INDEX

I. Preface	
M.D. Margit Kristóf	5
II. Chapter: General Surgery	
Prof M.D. Rudolf Kós	7
III. Chapter: Traumatology	
Prof. M. D. Antal Renner	31
IV. Chapter: Oto-rhino-ralyngology	
Prof. M. D. Ottó Ribári	41
V. Chapter: Surgery of the Children	
Prof. M. D., Prof. Tibor Verebély	49
VI. Chapter: New Medicaments in the Surgery	
M.D. Imre Kovács	53
VII. Chapter: Surgery of the Hand	
Prof. M.D. Rudolf Kós	63
Prof. M.D. Antal Renner	85
VIII. Chapter: Thorax Surgery	
M.D. László Ágócs	93
IX. Chapter: Plastic Surgery	
M.D. Gusztáv Gulyás, M.D. Gábor Mészáros	101
X. Chapter: Heart and Vascular Surgery	
Prof. M.D. Attila Nemes, Prof. M.D. Árpád Péterffy	115



A Merck ősök első patikája az Angyal patika

E könyv megjelenését a Merck KGaA támogatta, mely maga is több mint 330 éves történelemre tekint vissza. Tulajdonosi családjából olyan híres kutatók és gyógyszerészek kerültek ki, mint F. F. Merck az alapító, vagy E. Merck, akinek nevéhez számos növényi alkaloida és gyógyszeralapanyag izolálása fűződik.

A 330 év során a darmstadti Merck támogatta és létrehozta az első európai gyógyszerészeti szakfolyóiratot, támogatta Szent-Györgyi Albert kutatásait, és jelenleg is támogat kutatást, továbbképzést, szakkonferenciát és könyvek megjelenését.

Ez a „Hagyományaiban *modern*” cég sokprofilúságához tartozik, és bízunk benne, hogy a magyar sebészet történetének megjelentetésével lehetővé tesszük az emlékezést minden érdeklődő számára.

A magyar sebészet tagozódása a II. világháború után tovább folytatódott és ezek kialakulásának történetét ismertetik a könyv fejezetei. Röviden említés történik a magyar sebészet és sebészek sorsáról, mely a háború dúlta romos, megszállt országban csakúgy mint az un. „kemény diktatúra” éveiben keserves volt. A magyar sebészeknek az 1956-os forradalom alatt a sebesültek érdekében, – akik akár hazafiak, akár kommunisták, akár szovjet katonák voltak – „tűzvonalban” is végzett küzdelmük legendás volt.

Ezen időszakban az oktatásnak és az egészségügynek szovjet mintára való erőszakos átalakítása csak részben és átmenetileg sikerült, mert a magyar orvosok többsége megőrizte a magyar orvosi hagyományokat és a nyugati haladások követésére folytatott erőfeszítéseket. Ennek eredményeként a „vasfüggöny” lazulása után fokozatosan sikeresen zárkóztak fel – különösen a szakágak – a nyugati színvonalhoz.

The division of the Hungarian surgery had been continued after the Second World War. The chapters of the book describes the history of the development of this divisions. The destiny of the Hungarian surgery and surgeons is briefly mentioned which was troublesome in the ruined, invaded country raged by the war just as in the years of the „hard dictatorship”. The Hungarian surgeons’ fight on behalf of the wounded, – whether they were patriots, communists, or Soviet soliders – during the revolution in 1956 was legendary.

In the period the violent change of the education and the public health to the Soviet model was only partly and temporary successful because of the doctors who retained the Hungarian medical traditions and used every effort to follow the western improvements. As a result of this after the slack of „the Iron Curtain” the Hungarian surgery – particularly the special branches closed successfully up to the western level.