

## Chirurgia jako filozofia życia

Arkadiusz Jeziorski

### Surgery as a lifestyle

„Jestem chirurgiem” — w tym krótkim komunikacie zawiera się nie tylko informacja o wykonywanym zawodzie. „Jestem chirurgiem” — to przede wszystkim deklaracja etyczna.

„Lekarz, który pragnie pokonać chorobę — twierdził przed laty Kazimierz Filip Wize — powinien być jak Trismegistos: medykiem, filozofem i artystą”. Oczekiwał tego zapewne od wszystkich uczniów Hipokratesa. Ale ideał jedności wiedzy, mądrości i sztuki najlepiej może się ziszczyć w osobie chirurga, przedstawiciela jedynej dziedziny medycyny, która „leczy kalecząc, tnąc bezwzględny ostrzem”.

Stwierdzenie to stanowi wystarczający powód do zastanowienia się nad sensem słów zawartych w tytule wykładu. Za kanwę refleksji niech posłuży wiersz Emily Dickinson:

„Chirurdzy muszą być ostrożni,  
Gdy biorą w dłoń pieczęlowicę  
Skalpel — pod jego cienkim ostrzem  
Rusza się Winowajca — Życie!”

Na pytanie: „kim jest chirurg?” przez wieki udzielano odpowiedzi niewiele mających wspólnego ze współczesną definicją naszej profesji — od wieków średnich bowiem chirurgię uważano w Europie za rzemiosło manualne. Trudno się temu dziwić, zważywszy, że greckie słowo χειρουργική nie oznaczało nic innego jak pracę ręczną. W opinii ówczesnych umiejętność „operowania ciała”, czy też „pracy w ciele”, nie miała bezpośredniego związku z wiedzą medyczną. „Powszechnie uważa się za niemożliwe — pisał pod koniec XIII stulecia Lanfranc di Milano — aby ten sam człowiek znał się zarówno na chirurgii, jak na medycynie”.

O niskiej kondycji społecznej chirurgów przesądzał ponadto związek ich profesji z krwią oraz ciałem ludzkim. Zamykał on przed nimi dostęp do, właściwego wtedy uczonego medykowi, stanu kapłańskiego i sprawiał, że wraz z gra-

barzami, rzeźnikami, łaźnienikami i garbarzami objęci byli swoistą infamią.

Za rygorystycznym oddzieleniem chirurgii od medycyny opowiadali się przede wszystkim uniwersyteccy intelektualiści, żywiący głęboką pogardę dla wszelkiej pracy fizycznej. Wzorujący się na nich absolwenci lekarskich fakultetów także nie chcieli mieć nic wspólnego z chirurgami. Zwłaszcza że ci — o zgrozo! — zrzeczali się we wspólnych cechach z balwierzami lub cyrulikami, a prawo do wykonywania zawodu zdobywali (jak wszyscy rzemieślnicy) terminując u mistrzów. W połowie XVI w. studenci paryskiego fakultetu medycznego składali nawet przysięgę, że nie będą trudnić się chirurgią.

Nie wszyscy luminarze średniowiecznej medycyny uważali sytuację taką za pożądaną. Henri de Mondeville, nadworny lekarz królów Francji i zarazem wykładowca fakultetu lekarskiego w Montpellier, na przełomie XIII i XIV w. wzywał chirurgów, aby nie poprzestawali na ćwiczeniu zręczności palców, lecz doskonalili także swe umysły. Ideałem był dla niego artifex scientificus, uczonego rzemieślnik obdarzony w równym stopniu sprawnością manualną i znajomością medyczną oraz żywą inteligencją. „Wy zaś — wtórował mu flamandzki uczone Jehan Eperman — którzy chcecie stać się chirurgami, powinniście wykazać się zaletami sumienia, wiedzy, opieki bożej, a także pełną władzą we wszystkich członkach”.

Na zasypywanie przepaści między medykami a chirurgami trzeba było jednak czekać jeszcze kilka długich stuleci. John Hunter, najśłynniejszy chirurg XVIII-wiecznego Londynu, uważał adepta wykonywanego przez siebie zawodu za dzikusa, który „siłą zdobywa to, co człowiek wykształcony fortelem”. Młodszy od niego o generację Rafał Józef Czerwiakowski, założyciel pierwszej w Polsce katedry anatomii, zestawiając listę przymiotów „prawdziwie użytecznego chi-

rurga", apelował, aby był on również biegłym „w tych umiejętnościach, które są w chirurgii objaśniającą go pochodnią”. Jeszcze sto lat później Ludwik Rydygier, obejmując katedrę chirurgii na Uniwersytecie Jagiellońskim, uważał za stosowne przestrzec swych kolegów: „nie sama wprawa ręczna, aczkolwiek ważna, stanowi naukę chirurgii, ważniejszym jest poznanie przyczyn i istoty chorób chirurgicznych, dokładne ich rozpoznanie i uzasadnienie wskazania do operacji”.

Współcześnie nikogo nie trzeba przekonywać, że chirurgia jest nauką. Wielu uważa ją za symbol medycznej profesji, czy wręcz „panteon lekarskiego myślenia i działania”. Jak twierdzi poeta, chirurg szczęśliwie przestał kojarzyć się z kimś:

„... kto w smrodzie lazaretu  
amputował kończynę urwaną kartaczem,  
uciekając się, raczej  
naturalnie, do ręcznej piły, nie lancetu”...

„Czas — napomykał Stanisław Barańczak — potrafił splukać ślady krwi i ropy z nazwy pogardzanego ongiś zawodu, nadając jej zdrową biel kefiru!”.

Na publiczne nazwanie techniki operowania „czystym rzemiosłem” pozwalają sobie obecnie tylko najbardziej przekorni spośród wybitnych operatorów. Zdecydowanie częściej określa się ją terminem: sztuka. Nie wynika to bynajmniej z próżności, lecz ze zrozumienia niezwyklej współzależności pracy mózgu i uzbrojonej w narzędzie chirurgiczne dłoni. „Ręka chirurga, tak jak ręka artysty, rzeźbiarza musi być równa wartości jego myśli, bo jedno bez drugiego nie ma w chirurgii wartości”. Trafne porównanie. Łatwo jednak zgubić jego sens, przyjmując za punkt odniesienia twórcę realizującego swą artystyczną wizję najpierw w glinie, nie zaś Michała Anioła „co kuł sam w marmurze”. Wprawdzie skalpelem można modelować niczym rzeźbiarską szpatułką, lecz zwykle jego ruch jest jak uderzenie dłuta artysty w złom skały, równie brzemienny w skutki i równie nieodwracalny.

Prof. Andrzej Szczeklik powiedział: „Obserwacja wybitnego chirurga, czynne uczestnictwo w operacji mogą stać się swego rodzaju przeżyciem estetycznym. Ani jednego zbędnego ruchu. Płynność, pewność i rytm. Ten rytm łapie asysta i cały zespół porusza się zaczyna jak w transie. Wydaje się, iż mogliby zamknąć oczy, a operacja potoczyłaby się sama”.

Godna podziwu finezja demonstrowana przez operatora jest sumą jego rozległej wiedzy, biegłości palców i bogatego doświadczenia klinicznego. Znajdują w niej swój wyraz także zalety jego umysłu i charakteru: odpowiedzialność, zdolność do maksymalnej koncentracji, wyobraźnia, umiejętność błyskawicznej oceny sytuacji i odwaga w podejmowaniu decyzji. W języku potocznym od dawna funkcjonuje zwrot „chirurgiczna precyzja”. Najwyższy czas, aby do języka medycyny wprowadzić zwrot: „chirurgiczna przytomność umysłu”.

Nestorzy chirurgii nieustannie powtarzają, że manualna doskonałość nie gwarantuje powodzenia zabiegu.



Prof. Arkadiusz Jeziorski w trakcie wykładu,  
na ekranie — prof. Tadeusz Koszarowski

Profesor Witold Rudowski przypominał: „Najważniejszą cechą ręki nie jest zręczność i sprawność, ale przede wszystkim wrażliwość na ból podczas badania chorego”. Słowa te należałoby podnieść do rangi metafory: chirurg bowiem może stać się filozofem właśnie poprzez kontakt z chorym, cierpiącym człowiekiem. Uświadamiając to sobie, chirurg, zwłaszcza młody, powinien pamiętać, że mądrość, podobnie jak wolność, nie została mu raz na zawsze dana, lecz każdego dnia jest mu na nowo zadawana.

„Praesentia aegroti taceant colloquia, effugiat risus  
— dum omnia dominat morbus”

— głosił napis umieszczony przeszło sto lat temu na ścianie sali operacyjnej kliniki chirurgicznej w Krakowie. Prezes PEN Klubu, Jacek Bocheński, wyraził to równie trafnie i bez zbytejnej emfazy: „chirurgia to jest krajanie człowieka, to jest poważna sprawa”. Już sam dźwięk tego słowa wywołuje u pacjentów respekt oraz różne postaci lęku, nie wyłączając tych najbardziej ekstremalnych. Przywołany wcześniej poeta bezlitośnie stwierdził, że chirurgia:

„budzi niepokój tym, że zawsze się kwapiła  
Do konfiskat na zawsze: noga albo płuco,  
odebrane nie wrócą.  
(...)  
Mimo wszelkich laserów i narkoz — to ulga,  
gdy słyszymy: „Obejdzie się tu bez chirurga!”.

A cóż dopiero, gdy chirurg jest zarazem onkologiem! Prof. Cezary Szczylik mówił tak: „Rozmowa z chirurgiem onko-

*logiem zasadniczo różni się od konwersacji chorego z lekarzem rodzinnym. Choroba nowotworowa zmienia relacje człowieka z otoczeniem. Zaczyna on myśleć o bardzo ważnych sprawach, o końcu życia”.*

Pacjent zmuszony poddać się operacji nie oczekuje od chirurga leczenia przewlekłego. Pacjent ma nadzieję, że na skutek interwencji chirurga szybko powróci do zdrowia. Zdaje się więc w pełni na jego wiedzę oraz doświadczenie. Poddawszy się zabiegowi, godzi się na to, że nie będzie miał żadnego wpływu na jego działanie lub zaniechanie działania. Także musi liczyć się z tym, że nigdy nie dowie się, z jakim skutkiem był operowany. Dlatego też bez entuzjazmu odnoszą się do tak chętnie cytowanej przez niektórych młodych operatorów brawurowej tezy Williama A. Nolena: „chirurg jest bardziej hazardzistą niż lekarzem” — to wielkie nieporozumienie.

Współcześni chirurdzy znacznie częściej niż kiedyś sięgają po pióro. Niepodobna się temu dziwić, gdyż wartość ich pracy coraz częściej mierzy się liczbą cytowań w fachowych periodykach, coraz to wyższym współczynnikiem oddziaływania lub innymi uniwersyteckimi awansami. Przy okazji powstają tysiące publikacji służących jedynie po to, aby uzyskać wyższy status w rankingu uniwersyteckim lub za wszelką cenę, utrzymać kondycję niektórych pism medycznych.

Na szczególne potraktowanie zasługują studia nad etycznym aspektem chirurgii. Nie powinny ująć uwadze, dość różnicowane pod względem formalnym, teksty, których próżno szukać w indeksach oraz specjalistycznych bibliografiach medycznych. Należą do nich klasyczne pamiętniki, eseje filozoficzne, almanachy migawkowych wspomnień, wywiady prasowe, a nawet antologie aforyzmów. Wspólną ich cechą jest dążenie do pogłębienia refleksji nad kondycją zawodu chirurga. Refleksji w pełni uprawnionej, wywodzącej się bowiem z osobistych spostrzeżeń lub własnych doświadczeń, nie tylko przy stole operacyjnym.

Próba scharakteryzowania wszystkich jej wątków nie jest możliwa. Poprzestaną więc na zasygnalizowaniu tylko jednego z nich: odkrywania, na czym polega powołanie chirurga. Gabriel Weston w swej autobiografii wyznała: „Na początku studiów wystarczało, że pomyślałam o sobie w roli chirurga, by dreszczyk miłości własnej towarzyszył mi przez cały dzień. Na szczęście etap rozwiniętej do tego stopnia próżności skończył się bardzo szybko”. Iluż to adeptów chirurgii może uznać ten cytat za fragment własnej filozofii życiowej. Ekscytacja młodego lekarza dopiero co zdobytym zawodem jest zjawiskiem naturalnym, choć niewątpliwie czasem trudnym do zniesienia. Prof. Jan Nielubowicz wspominał: „Dla młodego chirurga wszystko jest proste, wszystko do wycięcia. Dopiero z upływem czasu chirurg zaczyna dostrzegać, że nie wszystkie operacje się udają”.

Wobec tego stwierdzenie: „Chirurg nie może przejść przez życie bez niepowodzeń” wydaje się banalne. Nieprzypadkowo jednak stale odwołują się do niego najwybitniejsi operatorzy. Nie wzbraniają się przy tym przyznawać do przeżywanych rozterek, doznanych porażek, do popełnionych błędów. Niektórzy jednak swe nadmiernie liczne porażki przy stole operacyjnym potrafią przekuć w swoją chirurgiczną wielkość, opowiadając: „To był kolejny trudny przypadek — nawet ja nie dałem rady”. To też jest pewna chirurgiczna, życiowa filozofia.

Zdolność do prawidłowej oceny własnych działań przy stole operacyjnym dowodzi afirmacji tischnerowskiej zasady: „najpierw trzeba być człowiekiem prawdy, aby można było stać się człowiekiem nauki”. W epoce powszechnego kultu sukcesu apele nestorów chirurgii o uczciwość względem siebie, o uczciwość względem kolegów, a zwłaszcza o uczciwość względem pacjentów wydają się szczególnie istotne. Chirurg, który publicznie deprecjonuje umiejętności swoich kolegów po to, aby w ten sposób, choć na chwilę, wynieść swoją osobę na chirurgiczny piedestał, w rzeczywistości pokazuje swoje kompleksy oraz swoją nicłość.

Prof. Jan Nielubowicz przestrzegał: „Chirurg jest często jak wędkarz, lubi kłamać na temat swoich sukcesów. Najbardziej jest to widoczne na różnych zjazdach i odczytach. Wszyscy są świetni, wszyscy się chwala. Ale lekarz, który okłamuje sam siebie, powiela własne błędy”. Czy kiedykolwiek zdarzy mi się uczestniczyć w spotkaniu chirurgów, tematyką którego będzie analiza popełnionych błędów i związanych z nimi niepowodzeń?

Artykuł 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej ma następujące brzmienie:

1. *Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.*
2. *Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi.*

... do bardziej kompetentnego kolegi...

Jakże trudno, zwłaszcza wśród młodych chirurgów, o przestrzeganie treści tego zapisu. Jakże o to trudno we współczesnym świecie, świecie kultu sukcesu, sukcesu za wszelką cenę. W swej skrajnej postaci kult sukcesu może prowadzić do niepokojącego zjawiska — minimalizowania ryzyka zabiegów, a wtedy życie i zdrowie chorego przegrywają z tzw. „reputacją chirurga”. Płacimy za to wielką cenę, zwłaszcza w chirurgii onkologicznej.

Nestorzy chirurgii! Nasi mistrzowie!  
Dlaczego milczycie...?

Dr Marek Edelman, na pytanie: dlaczego z niegroźnymi przypadkami mierzy się niejako z obowiązku, a ożywia się dopiero wtedy, gdy zaczyna się gra ze śmiercią, odpowiedział:

*„ – Na tym polega przecież moja rola.  
Pan Bóg już chce zgasić świeczkę, a ja muszę szybko osłonić  
płomień, wykorzystując Jego chwilową nieuwagę. Niech się  
pali choć trochę dłużej, niż On by sobie życzył” .*

W rzeczy samej...

Przecież właśnie o to chodzi, żeby osłonić płomień...

Konsultacja historyczna: Dr Sławomir M. Nowinowski

#### **Piśmiennictwo u autora**

**Prof. dr hab. med. Arkadiusz Jeziorski**

*Klinika Chirurgii Onkologicznej  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
ul. Paderewskiego 4, 93-509 Łódź  
e-mail: jeziorski@post.pl*