

KÖNYVISMERTETÉS



Egy sebészeti időkapszula – Recenzió és elemzés az Archivum Chirurgicum 1948/1. számáról

Varga Zsolt* 

Debreceni Egyetem, Sebészeti Klinika, Debrecen, Magyarország

Beérkezett: 2026. február 12. – Elfogadva: 2026. február 13.

ARCHIVUM CHIRURGICUM

A MAGYAR ORVOSOK SZABAD SZAKSZERVEZETE
SEBÉSZ SZAKCSOPORTJÁNAK LAPJA

Szerkesztőbizottság:

SEBESTÉNY GYULA, HEDRI ENDRE, KLIMKÓ DEZSŐ ÉS JÁKI GYULA

Szerkesztik:

RUBÁNYI PÁL és ZOLTÁN LÁSZLÓ

Főmunkatársak:

Bugyi István	Horváth Boldizsár	Molnár Béla
Czeyda-Pommersheim Ferenc	Lössl János	Pető Ernő
Czirer László	Kubányi Endre	Schmidt Lajos
Dániel Elemér	Makai Endre	Szántó György
Fischer Aladár	Milkó Vilmos	Zinner Nándor

Szerkesztőségi titkárok:

Galambos József és Lázár Gergely

Felelős szerkesztő:

Sebestény Gyula

Felelős kiadó:

Nemessuri Mihály

Szerkesztőség: VIII., Baross-utca 23/25 • Telefonszám: 137-391, 136-858

Szerkesztőségi órák: kedden és pénteken délután 3–4-ig

Csekkszámla: 24.426 sz.

Kiadóhivatal: V., Nádor-utca 26 • Telefonszám: 127-752

*Levelezési cím.

E-mail: varga.zsolt@med.unideb.hu

Amikor Szijártó Attila barátom, a *Magyar Sebészet* főszerkesztője megkeresett azzal a feladattal, hogy írjak recenziót a lap szellemi elődjének tekinthető *Archivum Chirurgicum* legelső, 1948-as lapszámáról, az első reakción a kíváncsiság volt, amit azonnal követett

egyfajta megilletődöttség. Kézbe venni (vagy akár digitálisan lapozni) egy 1948-as folyóiratot ugyanis több pusztá időutazásnál. Régi közös érdeklődésünk az Arcanum Újságok (korábbi nevén az Arcanum Digitális Tudománytár) lapozgatása, ezzel a folyóirattal azonban még nem találkoztam korábban. Szerencsére ez sem egy száraz orvostörténeti dokumentum volt, hanem egy keserédes bizonyítéka a magyar akadémiai orvoslás élni akarásának.

Ahogy elmerültem a szövegekben, a sárgás lapok és a régimódi tipográfia mögött egy olyan világba kerültem, amely egyszerre volt idegen és mégis ijesztően ismerős. Idegen, mert a technológiai szakadék óriási: szűkös antibiotikum-hozzáféréssel, kezdetleges anesztéziával, keresztmetszeti képalkotó vizsgálatok nélkül kellett diagnosztizálni és gyógyítani. És mégis ismerős, mert a sebészi gondolkodás logikája, a döntések súlya, a beteg iránti felelősség és a szakmai közösség iránti vágy semmit sem változott az elmúlt nyolcvan évben.

Ez az írás sem csupán egy tartalmi összefoglaló kíván lenni. Sokkal inkább kísérlet arra, hogy a 21. századi, technológiával a háta mögött álló sebész szemével nézzünk bele ebbe a tükörbe. Mit látunk benne? Egy heroikus kort? Az elavult módszereket? Vagy éppen ellenkezőleg: a szakmánk még legtisztább, sallangmentes lényegét? A következő oldalakon végigvesszük a lap főbb írásait és üzeneteit, de nemcsak azt vizsgáljuk, mit írtak le 1948 januárjában, hanem azt is, miért írták és mit üzen ez nekünk a robotsebészet és a mesterséges intelligencia korában.

A TÖRTÉNELMI PILLANAT SŰRŰSÉGE

Amikor a mai olvasó – legyen az sebész rezidens, rutinos szakorvos vagy a szakma doyenje – a kezébe veszi az *Archivum Chirurgicum* 1948-as, legelső évfolyamának nyitó lapszámát, az első élménye szinte biztosan ez az említett mellbevágó idegenség és a megmagyarázhatatlan ismerősség furcsa keveréke lesz. De ahhoz, hogy valóban megértsük, mi is ez a dokumentum, először a naptárra kell néznünk.

1948 januárját írjuk, a magyar történelem egyik legterheltebb átmeneti pillanata. A második világháború fizikai pusztítása, Budapest ostroma, a hidak felrobbantása és a klinikák lebombázása már a múlté, de a romok még ott vannak az utcákon és az emberek emlékezetében, lelkében. A társadalom éppen csak kezdett feleszmélni a sokkból, a hiperinfláció örületéből, de már érezhetővé vált a következő történelmi fordulat: a „kékcédulás választás” utáni politikai diktatúra jeges szele. 1948 januárja a senki földje: a régi, polgári világ struktúrái még léteznek, még működnek a magánpraxisok, még vannak biztosítótársaságok, a professorok még a német és francia iskolák szellemiségét őrzik, de a rendszer már recseg-ropog és a felszín alatt már formálódik az új, központosított államszocialista modell.

Ebben a történelmi huzatban, ahol az alapvető élelmszer- és fűtőanyag-ellátás is gyakran akadozik, ahol a műtőkben sokszor nincs megfelelő kötszer és ahol a nyugati szakirodalomhoz való hozzáférés fizikai akadályokba

ütközik, egy maroknyi sebész úgy dönt, hogy tudományos folyóiratot indít. Ez a döntés önmagában is irracionálisnak tűnhetne. Hogyan kerül szóba egyáltalán a tudományos vita prioritásként, amikor egy egzisztenciális krízis zajlik? A válasz éppen ebben a paradoxonban rejlik: számukra valószínűleg a szakmai nyilvánosság, a tudományos diskurzus fenntartása nem egyfajta luxus volt, hanem maga a szakmai identitás, az akadémiai sebészet túlélésének a záloga.

A REND DEMONSTRÁCIÓJA A KÁOSZBAN

Az *Archivum Chirurgicum* már a legelső oldalakon, az impresszum unalmasnak tűnő adataiban egyfajta „önarcképet” rajzol meg a magyar sebészetről. Ha figyelmesen olvassuk a gondosan felsorolt szerkesztők (Rubányi Pál és Zoltán László), a szerkesztőbizottsági tagok (Sebestény Gyula, Hedri Endre, Klimkó Dezső és Jáki Gyula) a kiadó és a szerkesztőség adatait, megérezhetjük a mögöttes szándékot.

Ez a lista azt sugallja, hogy nem egyszerűen egy új szaklap születik a sok közül. Itt egy szakmai közösség – a magyar sebésztársadalom elitje – próbál stabil, látható, megfogható formát adni önmagának a háború utáni szétesett állapotban. A keretezés szinte demonstratív jellegű, szándéka és üzenete félreérthetetlen: „Itt még mindig (már újra?) rend van.” Van struktúra, van hierarchia, vannak felelős nevek, akik a nevüket és arcukat adják a vállalkozáshoz.

A világháború utáni káoszban, ahol intézmények tűntek el, irattárak égtek porrá és karrierök törtek derékba (debreceniként nem tudok nem Hüttl Tivadarra gondolni), ez a fajta demonstratív rendteremtés a szakmai hitelesség alapfeltétele volt. A névsor egyfajta horgony. Azt üzeni a külvilágnak és a bizonytalan kollégáknak: a magyar sebészet nem szűnt meg, nem olvadt fel a történelemben. Vannak vezetők, vannak műhelyek és van akarat a folytatásra. Ez az „intézményes önarckép” tehát nem pusztá adminisztráció, hanem egy identitásképző aktus: a folyóirat testet ad a „magyar sebész” fogalmának.

A PISZKOS ANYAGIAK ÉS A TISZTA TUDOMÁNY

Ezt a komoly, emelkedett, hivatalos tónust – a professorok neveit, a tudományos rangokat – ugyanakkor szinte rögtön, már az első oldalakon oldják és ellenpontozzák a korabeli hirdetések. Mai szemmel nézve ezek a reklámblokkok számomra is a legizgalmasabb kordokumentumok közé tartoznak. Jelképei annak a ténynek, amit a tudománytörténet hajlamos elfelejteni: a sebészet sosem volt és sosem lehetett tiszta, elvont tudomány. A sebészet mindennapi gyakorlatának elengedhetetlen feltételei az eszközök, az anyagok, az ellátási láncok és a biztos ipari háttér.

A reklámok, például a *Heparin Vitrum* a Hormon Gyógyszervegyészeti Kft.-től, a különféle ortopédiai segéd-eszközök, a *Neumann H.* műszerüzem ajánlatai vagy a *Dr. Wander gyógyszergyár* sebhintőporai – a korszak nyers realitását emelik be a lapba.

Nézzük meg közelebbről a *Heparin Vitrum* hirdetését! A szöveg („A szervezet saját véralvadást gátló anyaga”) és az indikációk felsorolása (intravénás trombózis, embólia, vérátömlesztés) egy modern orvosi gondolkodásmódot tükröz. Ma, a 21. században, amikor a perioperatív ellátás, a VTE-profilaxis a sebési protokollok alappillére, hajlamosak vagyunk azt hinni, hogy ez a szemlélet az elmúlt pár évtized vívmánya. Ez a hirdetés is azt bizonyítja, hogy a trombózis és az embólia elleni küzdelem igénye, a megelőzés elve (kissé cinikusan szólva az ipari nyomás) már akkor is megfigyelhető volt – csak az eszköztár volt szűkebb. De a hirdetések mást is üzennek: egyrészt, hogy a szponzorok nélkül nincs tudományos folyóirat, másrészt azt is, hogy a szakmai diskurzus és a gyakorlati működtethetőség (a hirdetett termékek) egymástól elválaszthatatlanok. Nincs műtét szike nélkül, nincs sebgyógyulás steril anyagok nélkül, nincs posztoperatív biztonság gyógyszerek nélkül.

A *Neumann H. orvosi műszerüzem* vagy *Holcz György* hirdetési pedig egy letűnt világ utolsó pillanatát rögzítik: a kisiparos, a mesterember és a klinikai orvos szimbiózisát. Ez még a polgári világ utolsó villanása, mielőtt a teljes államosítás uniformizálta volna az eszközellátást. Ezek a hirdetések jelzik, hogy még létezett piaci verseny, létezett magánszektor, amely a minőséggel próbált vevőt fogni. A modern sebészet korában ez a fajta közvetlen kapcsolat a gyártó és a felhasználó között azt hiszem újra vágyott állapottá válik.

A lap lelke már az *Üdvözljük az Olvasót!* című szerkesztőségi beköszöntőben megmutatkozik: nemcsak egy protokolláris köszöntés, hanem programhirdetés a szó legklasszikusabb értelmében. Két stratégiai cél rajzolódik ki, amelyek különösen erősek és mai szemmel is szívbemarkolóak. Az első cél „a fiatalok helyzetbe hozása”. A beköszöntő nyíltan deklarálja, hogy a lap egyik fő feladata publikációs teret nyitni a fiataloknak, a „feltörő ifjúságnak”. Miért olyan fontos ez 1948-ban? Mert a háború, a frontszolgálat, a hadifogság és az egyetemi oktatás akadozása miatt egy egész orvosgeneráció indult hatalmas hátránnyal. A „szellemi infrastruktúra” – a könyvtárak, a külföldi ösztöndíjak, a konferenciák – romokban hevert. Ebben a helyzetben a fiataloknak különösen nagy szükségük volt egy fórumra, ahol megmutathatták tehetségüket, ahol visszajelzést kaphattak és ahol bekapcsolódhattak a tudományos vérkeringésbe. A lap a mentorálás eszközüvé vált: nemcsak a professzorok szócsöve akart lenni, hanem a jövő építésének terepe. Ez a generációs felelősségvállalás ma, a rezidensképzés és a szakorvos-utánpótlás krónikus válsága idején is érvényes üzenet.

A második cél a *láthatóság és a presztízs*. A szerkesztők másik deklarált célja a magyar sebészet „kifelé” való láthatóvá tétele, a nemzetközi elszigeteltség áttörése. A háború évei alatt a magyar orvostudomány beszorult a határok közé (illetve a német nyelvterületre). 1948-ban elemi vágy volt, hogy „Európa” (és a tágabb világ) tudomást szerezzen arról, mi történik Budapesten. A lap mintha egyszerre lenne belső kohéziós eszköz (hogy mi, magyar sebészek tudjunk egymásról) és a külvilágnak szánt névjegy (hogy ők is tudják, még léteünk). Nem véletlen a lap végén az abban megjelent

közlemények összefoglalójának közlése angol – és az új időköt előre vetítve – orosz nyelven is. Ezzel a szaklap már induláskor identitás- és presztízisprojektként is értelmezi önmagát: nemcsak közölni akar adatokat, hanem képviselni akar egy kultúrát, pozicionálni akar egy szakmát, jelen akar lenni a térképen.

AZ „EGY TÉGLÁVAL” RETORIKA, A MORÁLIS ÉS POLITIKAI NYOMÁS

A beköszöntő szövegének retorikája megérdemelné egy külön elemzést. Miközben a célok emelkedettek, a megvalósítás módjáról szóló részek nagyon is földhözragadtak, sőt, helyenként meglepően nyersegek. A szerkesztők nem kertelnek, nem bújnak eufemizmusok mögé. A lap fennmaradásának anyagi feltételeit nyíltan, sőt kíméletlenül a tagsághoz és az előfizetésekhöz kötik. „A lap léte vagy nemléte az Önök kezében van” – írják. Ez a mondat 1948-ban nem marketingfogás, hanem segélykiáltás. Utalás arra, hogy nincs mély állami kassza, nincs végtelen támogatás. A tagdíjak jelentik az egyetlen garanciát. Ez a mondanivaló egyszerre kérés és szigorú figyelmeztetés, sőt, morális felhívás: a szakmai közösség nem pusztán passzív fogyasztója a tudásnak, hanem aktív fenntartója is. Ha a sebészek nem fizetnek, nem lesz lap. Ha nincs lap, nincs tudományos élet. A háború utáni instabil gazdasági helyzetben ez a hangsúly különösen érthető. A szerkesztőség mintha előre tudná, hogy a kezdeti lelkesedés önmagában kevés, tartós folyóirat csak akkor lesz ebből a kezdeményezésből, ha mögötte stabil, fegyelmezett közösségi felelősségvállalás áll.

Különösen erős, már-már költői a szövegben használt metafora: „egy téglával valamennyien hozzájárulunk az ország újjáépítéséhez”. Mai füllel ez talán patetikusnak tűnhet, de ne feledjük: 1948-ban ez a „tégla” nem csupán absztrakció volt. A főváros tele volt valódi téglákkal, valódi romokkal, az építés volt a kor feladata. A tudományos munka, a publikálás, a szakmai diskurzus fenntartása ebben a kontextusban nem intellektuális kalandozás volt, hanem a civilizáció helyreállításának eszköze. Ez a fajta morális elköteleződés, különösen a szabadságharc 100 éves évfordulójának felemlítésével a szakmai munkát a nemzet megmaradásának részeként is definiálja.

A beköszöntő egy másik rétege a formális köszönetnyilvánítások rendszere. A szerkesztőség hálát fejez ki a Vallás- és Közoktatási Minisztériumnak, az OTI-nak (Országos Társadalombiztosító Intézet), a MABI-nak (Magánalkalmazottak Biztosító Intézete) és a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetének. Ez a gesztus nem valószínű, hogy csupán a korabeli udvariasság része. 1948-ban ez a legitimáció nyelve, amivel beágyazza magát a háború utáni intézményi újjászerveződés hálójába. Jelzi, hogy ez nem egy elszigetelt, magányos szakmai vállalkozás, hanem egy széles körben támogatott, elismert és szakpolitikai térben is értelmezhető kezdeményezés. A „szárnyaszegett magyar orvostudomány” kifejezés, amelyet a beköszöntő használ, fájdalmasan pontos helyzetjelentés: az eszközhiány, a

humán erőforrás-vesztés és az elszigeteltség drámai helyzetet teremtett. Ebben a légüres térben a folyóirat volt a köldökzsinór, amely összekötötte a szétszórta sebésztársadalmat az állami struktúrákkal. A háború utáni újjáépítés pátosza és kötelességtudata a háttérben végig ott tapintható. A hangnem emelkedett, közösségi, már-már szolgálatcentrikus. Mintha a szakmai munka (egy sérvműtét, egy „golyvaoperáció”) és az ország talpra állítása ugyanannak a nagyobb, heroikus történetnek a részei lennének. Az *Archivum Chirurgicum* nyitánya így egyszerre dokumentálja a magyar sebészet szakmai ambícióit és tükrözi hűen azt a korszakot, amelyben a tudományos közlés maga is hazafias és újjáépítési tettek számíthatott.

Végül, de nem utolsósorban, érdemes elidőzni a „lappcsinálás” fizikai valóságánál. A szerkesztőségi adatok bön-gészése közben egy olyan Budapest képe rajzolódik ki előttünk, ahol a tudományos élet fizikai közelségben, sétányi távolságra zajlott. A Baross utca 23/25. (II. Sz. Sebészeti Klinika), a Nádor utca 26. (Kiadóhivatal) – a klinikák, a szerkesztőség és a nyomda egy szűk, belvárosi sugarú körön belül helyezkedtek el. A „szerkesztőségi órák: kedden és pénteken 3–4-ig” kitétel ma megmosolygatónak hat. De álljunk meg egy pillanatra, és gondoljunk bele ennek az analóg lassúságnak a jelentőségébe! Volt ennek a rendszernek egyfajta fegyelmező és közösségépítő ereje. Ha valaki publikálni akart, be kellett mennie a klinikára, fizikailag át kellett adnia a kéziratot, személyesen kellett egyeztetnie a szerkesztővel abban a szűk, egyórás időszámban. Ez a kényszerű fizikai jelenlét valódi közösséget formált. A viták, a korrektúrák, az észrevételek nem kommentmezőkben vagy track-changes Word dokumentumokban zajlottak, hanem a folyosókon, a szerkesztőségi szobákban, szemtől szemben. A mester és a tanítvány, a szerkesztő és a szerző viszonya közvetlen, emberi volt. Ez a személyesség, a szakmai érintkezésnek ez a sűrűsége és közvetlensége talán olyasmi, amit a digitális térben, a hatékonyság és kényelem oltárán feláldoztunk. Azt hiszem, senki sem sírja vissza az írógépek és a postai feladások nehézségét, de azt a szellemi műhelyhangulatot, amit ezek a szerkesztőségi órák teremthettek, lehet többen visszacsempésznék a mai hétköznapijainkba.

Archív folyóiratokat olvasva gyakran találkozunk olyan epizódokkal, amelyek bár első pillantásra csupán szakmai lábjegyzetnek tűnnek, közelebbről megvizsgálva a korszak szellemi állapotát és belső küzdelmeit tárják fel. Ilyen, szinte szimbolikus esemény volt az a pengeváltás is, amely az *Archivum Chirurgicum* és az *Orvosi Hetilap* hasábjain bontakozott ki 1948 és 1949 között két fiatal, később meghatározó jelentőségűvé vált sebész, Littmann Imre és Bornemissza György között. Ez a polémia nem pusztán egy műtéti technika részleteiről vagy anatómiai nomenklatúráról szólt, hanem a szakmai hitelesség, a tudományos igényesség és a minőségbiztosítás kérdéseiről. A konfliktus közvetlen kiváltó oka Bornemissza Györgynek, a Debreceni Sebészeti Klinika akkori tanársegédjének egy tanulmánya volt, amely az *Archivum Chirurgicum* 1948. évi 3. lapszámának hasábjain jelent meg és az „idiopathicus cardiospasmus” – mai nevén achalasia – sebészi kezelésével foglalkozott. A téma önmagában rendkívül progresszív volt, de a cikket elolvast

egy budapesti kortárs, a Szent János Kórházban dolgozó Littmann Imre is. Littmann, aki később a magyar szívsebészet és a sebészképzés egyik legmeghatározóbb, legendás professzorává vált, már ekkor sem tűrte a szakmai pongyolaságot. Úgy érezte, hogy a cikkben hemzsező anatómiai és élettani tévedések nem csupán a szerzőt minősítik, hanem az egész magyar sebésztársadalom hitelét ássák alá. Reakciója nem késett sokat: az *Orvosi Hetilap* hasábjain jelentette meg kritikái észrevételeit, amelyek stílusa és tartalma egyaránt mellbevágó volt. Littmann kritikája inkább egy nyilvános kivégzéssel felérő szakmai helyreigazítás volt. A bírálat kíméletlen volt, tételesen felsorolta, hogy a szerző olyan anatómiai fogalmakat használ, amelyek nem léteznek, összekeverte a nervus phrenicust a splanchnicusszal, a szimpatikus idegrendszer „cholinergiásként” való leírása miatt Littmann már nemcsak szakmai korrekciót, hanem szinte pedagógiai dorgálást alkalmazott, megjegyezve, hogy ezt már egy harmadéves orvostanhallgatónak is tudnia kellett volna. Emellett pedig Littmann leszögezte, hogy a szakmai folyóiratok tekintélye csak akkor tartható fenn, ha a közölt cikkek mentesek a súlyos ténybeli valótlanságoktól. A vitát végül Bornemissza György válasza zárta le: a szerző sarokba szorítva érezhette magát, hiszen a ténybeli tévedéseket kénytelen volt elismerni, bár azokat védekezéséppen „elírásoknak” nevezte. Ugyanakkor hangsúlyozta, hogy bár az elméleti bevezető hibás, ez a cikk lényegét, vagyis magát a sebészi eljárást és annak eredményességét nem befolyásolja. A beidegzéssel kapcsolatos vitában pedig Verebely Tibor professzor korábbi előadásaira hivatkozott, jelezve, hogy azokat nem ő találta ki. Ez a rövid intermezzo is tökéletesen mutatja, hogy a lap egy élő, küzdő, önmagát korrigáló közösség fóruma volt, ahol a tudományos igényesség nem magától értetődő állapot, hanem folyamatos, néha konfliktusokkal járó munka eredménye.

A KORSZAK TRAGIKUS MÉLYSÉGE

Ha az *Archivum Chirurgicum* első lapszámát pusztán szakmai dokumentumként, klinikai közlemények és műtétechnikai leírások gyűjteményeként olvassuk, könnyen átsiklunk a kötet mélyebb, megrendítőbb rétege felett. A Pólya Jenő-megemlékezés, amely Milkó Vilmos tollából született, a folyóirat egyik legsúlyosabb, talán a szakmai cikkeket is felülmúló része. Ez a szöveg messze túlmutat egy szaklap szokásos, protokolláris keretein és valójában a korszak egyik legfontosabb üzenetét hordozza. Milkó írása nem csupán egy kiváló sebész-tanár, egy nemzetközi hírnévű tudós és egy karizmatikus iskolateremtő méltatása. Sokkal inkább kollektív gyászszöveg, egy szakmai közösség trauma-feldolgozása, egyben pedig megdöbbentő erejű, vádirattal felérő dokumentuma annak, hogyan szakadt meg a tudományos folytonosság a háború, a terror és az embertelenség következtében.

A fejezet súlyát és drámaiságát az adja, hogy Milkó nem elégszik meg a hagyományos nekrológok paneleivel. Nem csupán dicsér, hanem emlékezik és az emlékezés ténye ekkor, 1948-ban, a romok és a bizonytalanság közepette,

politikai és erkölcsi tett is egyben. A szöveg nem hallgatja el a veszteség valódi mértékét: név szerint említi a korszak óriásait, többek között Verebély Tibort, Imre Józsefet, Szily Aurélt, Manninger Vilmost, Rejtő Sándort, Karcag Lászlót. Ez a felsorolás sem pusztán névsorolvasás, ez a magyar orvostudomány elitjének veszteséglistája, a szellemi tőke megsemmisülésének leltára. A nekrológ egyik legborzongatóbb része, ahogy Pólya halálát írja le: 1945 januárjában a nyilasok hurcolták el, „és azóta nem látta többé senki”. A tudományos életrajzok általában lezárt, kerek egészek. Az eltűnés ezzel szemben nemcsak információközlés, hanem a korszak alapvető tapasztalata: a bizonytalanság, a kiszolgáltatottság, a hiány. Amikor a történelem vihara – legyen az háború, terror vagy diktatúra – elragad egy sor kulcsfigurát, nem csupán annyi történik, hogy kevesebb lesz a professzor a klinikákon. Ezzel a tudomány emberi erőforrása sérül, az a közvetítő közeg, amely a tudást hordozza és továbbadja. A képzési lánc megszakad, rezidensek és fiatal szakorvosok veszítik el mentoraikat, akik nélkül a szakmai szocializációjuk is csorbát szenved. A mai sebészetben, ahol (bár teljesen más okból) az emberi erőforrás kérdése az egyik legégetőbb probléma, ez a történeti kitekintés megrázóan aktuális. Ma a képzési struktúra válsága – kiből lesz sebész, mennyi ideig bírja a terhelést, milyen a munka és magánélet egyensúlya, mekkora a kiégés aránya – valós téma. Természetesen a mechanizmus ma más, a következmény kísértetiesen hasonló, hiszen a tudásátadás láncolata szakad meg. A Pólya-nekrológ arra figyelmeztet, hogy a humán infrastruktúra sérülése nem adminisztratív probléma, hanem egzisztenciális fenyegetés. Ez az érem másik oldala: ha nincsenek mesterek, nincs, aki átadja nem csupán a műtéti technikát, hanem a sebészi attitűdöket is. A szakma minőségét végső soron nem a rendelkezésre álló műszerek és eszközök, hanem az emberek minősége és a közösség ereje határozza meg. Egy szakma akkor tudja megőrizni identitását, ha ismeri a hőseit és az áldozatait. Pólya alakja nemcsak a múlt része, hanem mérce is a jelen számára. Az ő „polihisztor” sebészi alkata, aki egyszerre volt kiváló operatőr, elmélyült kutató és széles látókörű értelmiségi, ma is példakép lehet. A róla való megemlékezés nem pusztán kegyeleti aktus, hanem az önazonosság megerősítése: mi ehhez a hagyományhoz tartozunk, ezek az óriások a mi elődeink. Ezért is gondolom, hogy a Pólya Jenőre való emlékezés az 1948-as számában nem egy kitérő, hanem a kötet erkölcsi csúcspontja. A szakmai közösség értéke – az élők és a holtaké egyaránt – felbecsülhetetlen, pótolhatatlan kincs, amire kötelességünk vigyázni.

A KOR BETEGSÉGTÉRKÉPE

Ha a technológiai korlátoktól és az idejétmúlt eljárásoktól eltekintünk, az *Archivum Chirurgicum* szakmai fejezetei meglepően frissek és relevánsak. Nem azért, mert a konkrét műtéti lépések ma is minden részletükben követendők lennének (bár az alapelvek sokszor azok), hanem a szerzők gondolkodásmódja, a problémamegoldás logikája és az eredményekkel való szembenézés bátorsága miatt.

De egy szaklap tartalomjegyzéke, a cikkek témaválasztása és a közölt összefoglalók tematikája egy sajátos, beszédes „betegségtérképet” rajzol elénk. Ez nem csupán statisztika, hanem társadalomtörténeti láttelet is: megmutatja, milyen volt akkor a mindennapi klinikai terhelés, mi jelentette a legsúlyosabb, legégetőbb népegészségügyi nyomást és mi volt a sebészet társadalmi szerepe. Az 1948-as első lapszám alapján több kritikus pont is meghatározható.

Az első és vitathatatlanul legdominánsabb téma a **tuberkulózis és a mellkassebészet**. Mai szemmel, a modern pulmonológia kényelméből nézve nehéz ugyanazzal a szorongással olvasni a thoracoplasticáról, a hatalmas cavernákról és a roncsolt tüdőkről szóló részeket. A modern antibiotikumok és a közegészségügyi kontroll a fejlett világban ezt a terhet radikálisan csökkentette. De ne feledjük: 1948-ban a tbc, a „morbus hungaricus” nem egy ritka diagnózis, hanem a mindennapi szenvedés és a korai halálozás egyik fő oka volt. A mellkassebészet ebben a kontextusban nem egy szűk szubdiszciplína, hanem stratégiai fontosságú szakterület.

Sebestény Gyula professzor beszámolója a mellkassebészetről az egyik legmeglepőbb része a kötetnek, hiszen egy hatalmas, mintegy 3000 esetet felölelő anyagról ad számot. Ez a volumen önmagában is tekintélyt parancsoló, különösen, ha figyelembe vesszük a korszak korlátozott műtéti és aneszteziológiai lehetőségeit. A szerző precízen közli a beavatkozások megoszlását: a kétlépcsős, 8-bordás részleges plasztika dominált, de a teljes plasztika és az apicalis megoldások is jelen voltak. Sebestény nem fél közölni a kudarcokat sem: az azonnali műtéti halálozás mintegy 8% volt, a tartós jó eredmények aránya pedig 60% körül mozgott. Mai szemmel ezek a számok talán magasnak tűnnek, de a korszak valóságát – ahol a választás az élet és a fulladásos halál között állt fenn – jól tükrözik. A thoracoplastica tömeges alkalmazása nem sebészi túlbuzgóság volt, hanem a rendelkezésre álló szűkös terápiás paletta szükségszerű használata.

A cikk korszakváltó gondolata a gyógyszeres terápiára vonatkozik. A penicillin és más antibiotikumok bevezetése után Sebestény felülvizsgálta korábbi fenntartásait bizonyos extrapleurális pneumothorax jellegű beavatkozásokkal szemben. Ez a mondat a modern sebészet egyik alapélményét rögzíti: a sebészi indikációt nemcsak a sebészek határozzák meg, hanem a farmakoterápia fejlődése is folyamatosan átírja. Ahogy ma az onkológiai kezelések átírják a daganatsebészeti stratégiákat, úgy formálta át 1948-ban a penicillin a mellkassebészet lehetőségeit. Szintén figyelemre méltó, hogy bizonyos nagy műtéteket (lobectomy, pneumonectomy) helyi érzéstelenítésben végeztek – ez ma már elképzelhetetlen, de akkor a sebészi és betegoldali önfegyelem csúcsa volt. Sebestény önkritikus hangvétele, miszerint a hiba okát mindig „mélyebben”, az indikációban kell keresni, a modern minőségbiztosítás előfutáraként is értelmezhetjük.

A második nagy blokk a **mozgásszervi trauma és fixálás** világa. A háború fizikai utóhatásai és az ipari újjáépítés balesetei miatt a gyors stabilizálás és a funkció visszaadásának igénye már akkor is hangsúlyosan megjelent. A fixálás és az implantátumhasználat társadalmi szükséglet

volt: az embereknek dolgozniuk kellett, a romokban heverő gazdaság talpra állásának része volt, hogy a sérültek ne váljanak ágyhoz kötött teherre.

Lázár Gergely 132 combnyaktörés műtéti ellátásáról számol be, ami a traumatológia „ipari” korszakának kezdetét jelzi. A cikk részletesen tárgyalja a töréstípusokat, a repozíciót, a fluoroszkópos kontrollt („Jeschke-rács”) és a *Smith-Petersen* szeg beütését. Ez a rész a modern traumatológus szemével is lenyűgöző, mert bemutatja az oszteoszintézis hőkorszakát. 1948 előtt egy idős ember combnyaktörése gyakorlatilag halálos ítélet volt a tartós ágynyugalom szövődményei miatt. Lázár cikke paradigmaváltást hirdet: operálni kell, stabilizálni kell, hogy a beteg mozoghasson. Bár ma már korszerűbb eszközöket használunk, a „fixáljuk stabilan és gyorsan” alapelve változatlan. Lázár írásában megjelenik az anyagtudomány is: a metallózis és a korrózió felismerése, valamint a kényszerűségből használt V2A acél említése („bizonyos anyagok a háború miatt nem elérhetők”) pontos korlenyomat a hiánygazdaságról.

A harmadik súlypont a **gerinc és a porckorong** témaköre, amely 1948-ban még határterület volt. Zoltán László discopathiáról szóló írása 26 esetet tárgyal, melyek egy részében „kizárt” porckorong eltávolítása történt. A posztoperatív eredmények lenyűgözőek: 26-ból 25 esetben azonnali fájdalomcsökkenés következett be. Mai szemmel ez az írás azért korszakalkotó, mert a gerincebészet fogalmi tisztázásának dokumentuma. A szerző bevezeti a „herniatio disci incarcerata” fogalmát, és az isíásról bebizonyítja, hogy az nem reumatológiai ködös kórkép, hanem mechanikai probléma, amit dekompresszióval kell megoldani. Bár ma MRI-vel és mikroszkóppal dolgozunk, a Zoltán által leírt diagnosztikai és terápiás logika (tünet-kompresszió-fel szabadítás) változatlan maradt.

A negyedik téma a **diagnosztikai bizonytalanság és a benignus kórképek**. Littmann Imre cikke a sigma daganatot utánzó jóindulatú folyamatokról rámutat arra, hogy a modern képalkotás hiányában a műtét (az exploráció) gyakran diagnosztikus eszköz volt. A cikk óva int attól, hogy negatív röntgenlelet esetén elhagyják a műtétet, mert a „carcinomát biztosan kizárni” másképp nem lehet. Ez a bizonytalanság-kezelés ma is a sebészet része, csak az eszköztár finomodott. Rubányi Pál visszersebészeti cikke pedig a technikai precizitás fontosságát hangsúlyozza: a recidíva oka legtöbbször az anatómiai variációk figyelmen kívül hagyása. Ez az üzenet a lézeres visszerműtétek korában is érvényes: a technológia nem pótolja az anatómiai tudást.

Végül az ötödik terület a **fájdalom és funkció**. Szabolcs Zoltán bordatöréseknél alkalmazott novocain-alkoholos blokádja mai szemmel (a neurolyticus hatás miatt) vitatható, de a mögöttes felismerés modern: a fájdalom nem csak tünet, hanem a légzési elégtelenség oka, így csillapítása életmentő. Hasonlóan a bicepsz-tenosynovitis kezelésénél leírt tünettán (Rubányi) a mai napig helytálló, még ha a terápiás eszközök (diathermia) változtak is.

Ez a betegségtérkép összességében azt a fontos üzenetet hordozza, hogy a sebészet nem légüres térben mozog, hanem mindig a kor terheire, a társadalom aktuális szükségleteire reagál. 1948-ban a tbc, a háború utóhatásai, a krónikus

fertőző folyamatok és a trauma rajzolták meg a cselekvés főbb vonalait. Ma a metabolikus szindróma, az idősödő társadalom „frailty”-problémái, a daganatos betegségek krónikussá válása, a multimodális onkológiai kezelések, az infekciókontroll, a minimál invazív és robotsebészeti technika, az ERAS és a betegút-optimalizálás jelölik ki a hangsúlyokat. A sebészet „tárgya”, azaz a konkrét betegségcsoport időről időre változik, de a sebészet, mint döntéshozatali és mesterségbeli rendszer lényege állandó: a szenvedés csökkentése, a funkció visszaadása és az élet meghosszabbítása.

AZ EVIDENCIÁK ELŐTTI MESTERSÉG

A 20. század közepének sebészeti szakirodalma egy olyan világot reprezentál, amelyben a mai értelemben vett, szigorúan formalizált, statisztikai számításokra támaszkodó bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine, EBM) még nem alakította át gyökeresen a klinikai döntéshozatalt. A randomizált kontrollált vizsgálatok, a szisztematikus irodalomlemezés, a metaanalízisek, a nemzetközi konszenzuson alapuló guideline-ok világa ekkor még a jövő zenéje volt. Az *Archivum Chirurgicum* 1948-as számának legfőbb tanulsága azonban nem az, hogy „hiányzik belőle az evidencia”, mintha ez valami szégyellnivaló fogyatékoság lenne. Épp ellenkezőleg: azt mutatja meg, hogy az akkori evidencia más formát öltött, más struktúrában kristályosodott ki. Egy koherens, belső logikával rendelkező **mesterségbeli tudásrend** állt össze belőle, amelynek taníthatósága, átadhatósága és szakmai ereje ma is irigylésre méltóan erős. Azt látjuk, hogy a bizonyítékok nem p-értékek és esélyhányadosok nyelvén szólalnak meg, hanem a közvetlen klinikai tapasztalat és a generációs bölcsesség csatornáin keresztül.

Amikor Sebestény Gyula háromezer thoracoplasticáról számol be, a volumen önmagában is olyan súlyt ad az állításainak, amit nehéz lenne megkérdőjelezni. A logika itt nem a statisztikai szignifikancia, hanem a nagy számok törvényének gyakorlati példája: ha valaki ezerszer csinált valamit és látott több száz variációt, komplikációt és kimenetelt, akkor az ő szava hiteles. Ez a fajta tudásbázis a mai, sokszor kis elemszámú, módszertanilag bonyolultabb vizsgálatok világában is tekintélyt parancsoló.

Ezt kíséri egy igen **részletes technikai leírás**. A szerzők nem elégedtek meg azzal, hogy megnevezik a műtét típusát, lépésről lépésre végigvezetik az olvasót a beavatkozásra. A cél nem csupán a dokumentálás, hanem a megismételhetőség biztosítása. A szöveg itt válik igazán tankönyvvé: a szerző szinte az olvasó kezét és megmutatja, hol kell a metszés vezetni, mire kell vigyázni, hol futnak a kritikus az idegek, és milyen ér szokott vérezni. Ez a fajta narratív technikaátadás ma, a videók és a jogi szempontból szűkszavú műtéti leírások korában sokszor háttérbe szorul, pedig a sebészet tanulásának ez az egyik leghatékonyabb módja.

Megfigyelhető az **esetismertetésből levont általános tanulság**. Ez a klinikai gondolkodás egyik legősibb, hipokratészi műfaja. Egy konkrét, jól dokumentált eset – mint

a sigma-carcinomát utánzó jóindulatú elváltozás története – nem csupán egy beteg sorsát meséli el, hanem paradigmát teremt. A konkrétból vonja le az általános szabályt: „ha ezt látod, gondolj erre is”. Ez az induktív logikai út ma is a diagnosztikus gondolkodás alapja, még ha a deduktív, guideline-alapú algoritmusok néha el is fedik.

A szerzők emellett nemcsak a saját tapasztalataikról beszélnek, folyamatosan hivatkoznak a nemzetközi szakemberekre, nevükkel és tekintélyükkel támasztják alá saját megfigyeléseiket. Ez a fajta tekintélyelvűség szakirodalmi szövegekben ma talán idejétműltnek tűnhet, de a korszakban a tudományos közösségbe való betagozódás, a legitimitás és a minőségbiztosítás eszköze volt. Nem szolgálalkúságról van szó, sokkal inkább a tudás folytonosságának elismeréséről.

Ezek a formák ma, a bizonyítékhierarchia korában részben alacsonyabb evidenciaszintnek tűnhetnek, de ez csak félig igaz. A saját korszakukban ezek töltötték be pontosan ugyanazt a funkciót, amelyet ma a protokollok, a minőségbiztosítási rendszerek és a standardizált adatgyűjtés: keretet adtak a gyógyításnak, csökkentették a bizonytalanságot és növelték a megbízhatóságot.

Rögtön rá tudunk mutatni a gyenge pontokra: a kimenetek definíciója ritkán standardizált, nem tudjuk pontosan, mit értettek „jó eredmény” alatt, hogyan mérték a funkciójavulást. A kontrollcsoport hiánya lehetetlenné teszi az összehasonlítást, nem tudjuk, mi történt volna, ha nem operálnak. A torzítás (bias) – kezelés, a vakosítás, a randomizáció módszertana nem jelenik meg a mai értelemben. Statisztikai elemzések, p-értékek, konfidencia-intervallumok helyett sokszor a klinikai intuíció, a tapasztalat súlya és a szerző személyes meggyőződése dominál. Azonban ha túllepünk ezeken a hiányosságokon, rájövünk, hogy az anyag legnagyobb, időtálló értéke nem a számok matematikai pontossága, hanem a **gondolkodás átláthatósága**. A szerzők úgy írnak, hogy a beavatkozás szinte a szemünk előtt történik. A sebészeti döntés útja lépésről lépésre követhető: látjuk, hogyan mérlegel a sebész az anatómiai megfontolások, a lehetséges hibalehetőségek és a kényszerű kompromisszumok rendszerében. Ezek a dilemmák nem rejtve, a sorok közé bújtatva, hanem nyíltan kimondva, felvállalva jelennek meg.

Ez a fajta átadhatóság és transzparencia a modern publikációs kultúrában a jellegéből adódóan háttérbe szorul. Ma legtöbbször adatot publikálunk: objektív kimeneteket, logisztikus regressziós számításokat, non-inferiority marginokat és alcsoport-analíziseket. Ezek fontosak, sőt nélkülözhetetlenek a tudomány előrehaladásához, de nem pótolják a mesterség átadását. A szakmát az adatok viszik előre, de a mindennapi sebészeti tanulásban, a rezidensek képzésében továbbra is döntő szerepe van annak, hogy a műtét belső logikája, a „miért” és a „hogyan” miként kerül átadásra. Az *Archivum Chirurgicum* szövegeiben a műtéti döntéshozatal valódi **műhelymunka**: helyzetfelismerés, indikáció, technikai kivitelezés és utólagos, kritikus reflexió dinamikus egysége.

Érdemes külön kiemelni azt a retorikai elemet, amely a modern szemnek egyszerre idegen és mélyen szimpatikus: a szerzői hang gyakran **vállaltan személyes**. A sebész nem bújkál a többszám első személy vagy a szenvedő szerkezetek

(mint a „munkacsoportunk” vagy „elvégzésre került”) mögé. Ő nem csupán adatközlő, hanem felelős mestermunkás, aki kimondja: „ezt én csináltam, ezt én döntöttem el”. Kimondja azt is, hogy egy módszer sem abszolút, nincs csodaszer és hogy a rossz kimenet, a szövődmény nem pusztán statisztikai valószínűség, hanem súlyos tanulság, amit meg kell éreztetni és be kell építeni a jövőbeli gyakorlatba. Ez a hozzáállás valójában nagyon közel áll a mai legmodernebb komplikációelemzés és minőségfejlesztés szemléletéhez – csak épp nem a menedzsment és az audit steril nyelvén, hanem emberi, orvosi nyelven fogalmazódik meg.

A lapszám tudományos stílusát lehetne talán az „evidenciák előtti mesterség” kifejezéssel leírni. Nem azért „előtti”, mert alacsonyabb rendű, primitívebb vagy fejletlenebb lenne, hanem mert alapvetően egy más szemléletmód szerint íródott. A „bizonyítás” itt nem elsősorban statisztikai, matematikai természetű, hanem **műtéti logikai**: a szerző megmutatja, hogy mit csinált, miért pont úgy csinálta, hol hibázhatott volna és mit tanult a folyamatból. A korszak sebésze a cikkben nemcsak publikál, hanem tanít. A szöveg nem csupán információhalmaz, hanem átadás, örökség és útmutatás.

AZ ÖRÖKSÉG SÚLYA

Amikor becsukjuk az *Archivum Chirurgicum* 1948-as, legelső évfolyamának nyitó számát, a csend sűrű és terhes. Egyszerre visszhangzik a műtők fémes csendje, a kórtermek nehéz légzése, a szerkesztőségi szoba írógépkattogása és egy történelmi korszak morajlása.

A recenzió zárásaként meg kell kísérelnünk megválaszolni a legnehezebb kérdést. Hol van a valódi helye ennek a dokumentumnak a 21. századi sebészetben? Egy múzeumi vitrinben, mint egy letűnt kor tiszteletreméltó, de használhatatlan relikviájának? Vagy a polcunkon, a kézikönyvek között, mert olyan tudást hordoz, amely ma is eleven? C. S. Lewis író (nem mellesleg a Narnia krónikái szerzője) használta a „kronológiai sznobizmus” kifejezést arra a hibás gondolatmenetre, mely szerint ami újabb, az szükségszerűen igazabb, értékebb és bölcsőbb is, mint ami régi. A modern sebész, aki a robotsebészet, a mesterséges intelligencia és a molekuláris onkológia jelenében él, különösen kitett ennek a kísértésnek. Amikor olvassuk Sebestény Gyula, Rubányi Pál vagy Lázár Gergely sorait a helyi érzéstelenítésben végzett műtömről vagy a kezdetleges implantátumokról, könnyű beleesni abba a hibába, hogy a technológiai fölényünket összetévesztjük a szellemi fölényvel. Könnyű azt gondolni, hogy mennyivel többet tudunk. Hasonló archív folyóiratokat olvasva azok kíméletlenül szembesítenek minket azzal, hogy ez tévedés. Nem vagyunk okosabbak, csak jobban felszerelték. A folyóirat szerzőinek intellektuális teljesítménye, ha a rendelkezésükre álló eszközök és a megoldandó problémák arányát nézzük, sokszor felülmúlja a mai rutinmegoldásokat. Ez a lapszám is arra tanít minket, hogy a sebészet fejlődése nem lineáris, technokrata folyamat, ahol a gépek cseréje jelenti a haladást. A valódi fejlődés a klinikai gondolkodás finomodása.

A kötetben dokumentált kényszerű racionalitás (amikor a hiány szüli a megoldást) emlékeztet arra, hogy a sebészi kreativitás motorja szokszor éppen nem a bőség. Ma, amikor a technológia sokszor kész megoldásokat kínál (vagy nézőpont kérdése, kényszerít ránk), fennáll a veszélye annak, hogy elsorvad ez a fajta problémamegoldó készség. A bemutatott közlemények azt üzenik, hogy a technológia változik, de az emberi anatómia, biológia és a logika állandó.

Ha a technológiai szakadékot át is hidaljuk azzal a belátással, hogy mindenki a maga korának eszközeivel küzd, marad egy mélyebb réteg, amelyben az *Archivum Chirurgicum* zavarba ejtően modern, sőt, provokatív. Ez pedig a felelősségvállalás kérdése. A mai orvoslás egyik legnagyobb megoldandó dilemmája a defenzív medicina, a jogi következményektől való félelem, a protokollok mögé bújás, a felelősség szétterítése a teamek és bizottságok között. Ezzel szemben az 1948-as cikkekből egyfajta nyers, heroikus felelősségtudat árad. A szerzők nem bújnak el, egyes szám első személyben írják: „én operáltam”, „én döntöttem”, „én hibáztam”, „én javítottam”. A műtéti indikációk felállításánál, különösen az exploratív műtétek vagy a radikális thoracoplasticák esetében, érezhető a döntés magányossága és annak súlya. A sebész itt nem szolgáltató, aki teljesít egy megrendelést, hanem a beteg sorsának bírja. Ez az attitűd a Pólya Jenő-nekrológban csúcsosodik ki, amely a kötet erkölcsi iránytűje, ami egy értékrendet is deklarál. 1948-ban, a diktatúra küszöbén, a romok között lapot alapítani, tudományt művelni, a nyugati mércéhez ragaszkodni – azt gondolom ez a tartás megnyilvánulása volt. A mai rezidensek és fiatal szakorvosok számára, akik gyakran a kiégéssel, az adminisztráció terhével és a rendszer ridegségével küzdenek, a nekrológban megfogalmazott gondolatok erőt adhatnak. Megmutatja, hogy voltak idők, amikor a mainál sokkal reménytelenebb körülmények között is lehetett világszínvonalon gondolkodni és európai módon viselkedni. A „szárnyaszegett magyar orvostudomány” – ahogy a beköszöntő fogalmaz – nem adta fel, hanem repülni tanult törött szárnyal is. Ez a reziliencia, ez a törhetetlen élni akarás a magyar sebészet legfontosabb öröksége, amit ez a folyóirat őriz.

Hasonlóan nagy tanulság a közösség szerepe. A modern tudomány gyakran individualista versenyfutásnak tűnik:

kinek van több cikke, kinek magasabb az impaktfaktora, ki nyer több grantet. Az *Archivum Chirurgicum* első száma azonban egy kollektív erőfeszítés dokumentuma. A szerkesztők nyílt segélykiáltása, a hirdető és a szerzők összefonódása, a hivatkozások rendszere mind azt mutatják, hogy a sebészet csapatjáték – de nem csak a műtőben, hanem társadalmi szinten is. A tudás megosztása itt nem karrierépítés volt, hanem a közös túlélés eszköze. Ha Sebestény megosztja a tapasztalatait a thoracoplasticáról, azzal nem a saját dicsőségét növeli, hanem eszközt ad a vidéki kollégája kezébe. Ez a szolidaritás, a tudás önzetlen áramoltatása a szakmai közösség alapja. Ettől válik a folyóirat is többé, mint sárgás papír, ugyanis egy közösség lenyomata. A mai *Magyar Sebészet* folyóirat – és minden szakmai fórumunk – ennek a gondolatnak a folytatása. Becsüljük meg a szakmai közösségeinket, a folyóiratainkat, a kongresszusainkat, mert ezek azok a horgonyok, amelyek összetartanak minket a változó világban.

Jean Jaurès híres mondása szerint a hagyomány nem a hamu őrzése, hanem a láng továbbadása. Az *Archivum Chirurgicum* 1948/1. száma tökéletes illusztrációja ennek. Ha csak a konkrét technikákat nézzük – a novocainos blokádot, a thoracoplasticát, a kezdetleges szegeket –, akkor csak a hamut látjuk. A kihűlt, elégett, elmúlt gyakorlatot. De ha fentebb feltárt mélyebb rétegeket nézzük – a lapindítás bátorságát, a Pólya-nekrológ erkölcsi tisztaságát, a diagnosztikai logikát, a betegért való küzdelem szenvedélyét, az innovációs kényszert –, akkor a lángot látjuk. Azt a lángot, amely ma is ég a műtőkben. Ez a lapszám bizonyítja, hogy a magyar sebészeknek van mire büszkének lenni. 1948 januárjában, amikor a világ sötétnek tűnt, ezek az emberek lámpást gyújtottak, ezt a lámpást ma *Magyar Sebészetnek* hívják. A mi felelősségünk, hogy a fénye ne halványuljon el, hanem a modern kor eszközeivel, de a régi kor erkölcsi tartásával világítson tovább. Ezért érdemes ma is olvasni az *Archivum Chirurgicumot*. Nem nosztalgiából. Hanem azért, hogy emlékezzünk: a sebészet nemcsak munka, hanem hivatás, nem csupán technológia, hanem művészet, és legfőképpen: nem magányos harc, hanem közös szolgálat.