

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Andrzej Komorowski

Związki chirurgii polskiej i włoskiej od XVI do połowy XX wieku

Praca doktorska

Promotor: Prof. dr hab. med. Andrzej Wysocki

Pracę wykonano w Klinice Chirurgii Ogólnej II Katedry Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu
Jagiellońskiego Collegium Medicum

Kierownik jednostki

Prof. dr hab. med. Andrzej Wysocki

Kraków, 2010

Autor składa serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Andrzejowi Wysockiemu za życzliwość i cenne wskazówki oraz Pani Irenie Gondek z Biblioteki Wydziału Farmaceutycznego CMUJ i pracownikom Biblioteca Nazionale Braidense w Mediolanie za pomoc w odnalezieniu materiałów źródłowych.

Pracę dedykuję mojej żonie i córce

Relations between Polish and Italian surgery from XVIth to mid XXth century

Abstract

The work aims at covering the history of relations between Polish and Italian surgeons from the XVIth century until the end of the Second World War. The work is divided into five principal parts. In the first part the author presents the process of migration of Polish students in the XVIth and the XVIIth centuries to Italian universities in search of modern medical education as well as the process of migration of Italian surgeons of that period to Poland. The role of Italian surgeons in Polish XVIIIth century surgery and Polish surgeons traveling to Italy during this time are also recalled. The implications of resulting knowledge transfer are discussed.

In the second part the author describes the era of rapid development of surgery which begun with the invention of anesthesia and antiseptics in the mid XIXth century. In this chapter the author describes in detail how new surgical ideas, technical innovations and particular surgical skills developed in Italy or in Poland have been implemented in the other country. The knowledge transfer with the help of scientific publications, travel of particular surgeons, and surgical congresses and publications of translated congress' proceedings is presented. This part is divided into subchapters each describing a particular surgical subspecialty.

The third part of the work presents three of the most important surgical congresses that took place in Italy and in Poland before the outbreak of the Second World War.

In the fourth part the memories of Polish surgeons travelling to visit Italian surgical clinics before the World War II are recalled and widely cited.

The last part describes the contacts between surgeons from both nations during the first and second World Wars. Special attention is paid to Polish surgeons fighting in Italy during Italian Campaign.

1. Wprowadzenie	5
2. Chirurgia do połowy wieku XIX	8
Chirurgia i anatomia włoska	9
Polscy chirurdzy we Włoszech	15
Włoscy chirurdzy w Polsce	17
3. Rozwój nowoczesnej chirurgii	19
Antyseptyka i leczenie ran	21
Chirurgia przepuklin	26
Chirurgia przewodu pokarmowego	32
Chirurgia tarczycy	40
Ortopedia	42
Ginekologia i położnictwo	50
Piłka Gigliego	54
Neurochirurgia	57
Urologia	60
Torakochirurgia	63
Laryngologia	67
4. Zjazdy naukowe	69
VII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Rzymie	69
VIII zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Warszawie	76

Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/SICOT) w Bolonii i Rzymie w 1936 roku	78
5. Polacy odwiedzają wloskie kliniki chirurgiczne	80
6. Czas wielkich wojen XX wieku	90
7. Podsumowanie.....	96
ANEKS 1. Uzywane w Polsce eponimy utworzone od nazwisk anatomow i chirurgow wloskich.....	99
ANEKS 2. Eponimy uzywane we Wloszech, utworzone od nazwisk chirurgow i anatomow polskich	103
Pismiennictwo.....	104
Ryciny.....	121

1. Wprowadzenie

Mimo setek kilometrów dzielących Polskę od Włoch od dawna istniała bliskość kulturowa obu krajów, lapidarnie ujęta w zdaniu „Da un paese lontano, ma non tanto lontano”¹. Czy tak było zawsze? Czy dotyczyło to też szczególnego działu medycyny, jakim jest chirurgia? Jakie związki łączyły środowiska chirurgiczne obu krajów i w jaki sposób powiązania te powstawały?

Znaczące ożywienie w kontaktach polsko-włoskich nastąpiło w wieku XV. Wtedy to, w nadziei na zrobienie kariery kupieckiej, bankowej lub zakonnej zaczęli do Polski przybywać coraz liczniejsi Włosi. Wśród przybyszy byli również lekarze, jak pochodzący z Pawii Jan De Saccis, który w roku 1426 uzyskał godność rektora Akademii Krakowskiej. Od XV stulecia datują się także coraz częstsze wyjazdy Polaków do Włoch, głównie w poszukiwaniu wiedzy.

Ważnym etapem stosunków polsko-włoskich był wiek XVI. W 1518 roku królową Polski została Bona Sforza, urodzona w Vigevano nieopodal Pawii córka księcia Mediolanu, potomkini jednego z najpotężniejszych rodów północnych Włoch. Wraz z nią przybyło i osiedliło się w Krakowie wielu włoskich dworzan, rzemieślników, ludzi interesu. Obecność Włochów zostawiła trwałe ślady w polskiej kulturze, budownictwie i obyczajach. Włoskiego pochodzenia rody Montelupich (Wilczogórskich), Orsettich głęboko wpiły się w dzieje Krakowa i Rzeczypospolitej. Wśród Włochów przybyłych z Boną nie brakło medyków – jednym z nich był osobisty lekarz królowej Andrzej de Valentinis (Valentino) z Modeny, parający się również położnictwem, który odbierał porody królowej oraz jej włoskich i polskich dwórek (1).

¹ Z kraju dalekiego, choć może nie takiego znowu odległego (słowa Karola Wojtyły wypowiedziane do wiernych po ogłoszeniu wyniku konklawe)

W okresie renesansu znajdujące się we Włoszech uniwersytety, najlepsze w Europie, przyciągały licznych poszukujących wiedzy Polaków. Wielu z nich kształciło się we włoskich szkołach medycznych, by po powrocie do ojczyzny prowadzić praktykę lekarską.

Z kolei w stuleciu XVIII we Włoszech zdobywali wiedzę i umiejętności lekarskie zarówno Andrzej Badurski², założyciel pierwszego w Polsce szpitala klinicznego, jak i Rafał Józef Czerwiakowski³, ojciec chirurgii polskiej, który w roku 1779 w Szkole Głównej Koronnej w Krakowie podjął się uporządkowania systemu kształcenia chirurgów i położył podwaliny pod naszą chirurgię uniwersytecką.

W wieku XIX, gdy europejskiej medycynie ton nadawały Niemcy, Francja i Anglia, a wielu polskich lekarzy studiowało w Austrii lub Rosji, kontakty lekarzy z ziem polskich i włoskich nabrały nowego charakteru. Prasa medyczna i jej międzynarodowy charakter, pozwalały na niespotykany wcześniej, szeroki i szybki przepływ informacji, umożliwiając na innej niż dotychczas drodze poznawać poglądy rodzące się w odległych nawet państwach. Tym samym kontynuacja i rozwój twórczej myśli lekarskiej przestały być ograniczone do osobistych kontaktów. Wybitne osiągnięcia w jednym kraju zyskiwały odzew w innym, a polemiki między uczonymi toczyły się w prasie i podczas dyskusji zjazdowych. Wyjazdy i dłuższe pobyty nie miały już takiego znaczenia jak dawniej i służyły chirurgom raczej do poznania szczegółów technicznych, a nie samej zasady postępowania.

² Andrzej Badurski (1740–1789) doktor Uniwersytetu Bolońskiego, założyciel i dyrektor Szpitala Akademickiego św. Barbary w Krakowie; pierwszego w Polsce szpitala klinicznego.

³ Rafał Józef Czerwiakowski (1742–1816) doktor Uniwersytetu Rzymskiego, pierwszy na ziemiach polskich profesor chirurgii. Katedrę anatomii, chirurgii i położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego objął w 1779 roku.

Wybitne osiągnięcia włoskich chirurgów, jak np. Bassiniego⁴, docierały więc do Polski już bez osobistych kontaktów, niemniej w sposób znaczący wpływały na metody leczenia stosowane na ziemiach polskich. Z kolei pionierskie prace Mikulicza⁵ czy Rydygiera⁶ szerokim echem odbiły się we Włoszech, wzbogacając tam wiedzę i codzienną praktykę chirurgiczną. Przykładem kontynuacji myśli lekarskiej na takiej właśnie drodze może być również nowe i do dzisiaj aktualne zastosowanie przez krakowskiego chirurga Alfreda Obalińskiego⁷ do operacji czaszki piłki, której włoski pomysłodawca Leonardo Gigli⁸ używał do przecinania gałęzi kości łonowej.

Bliższe poznanie tych i innych wzajemnych związków i wzajemnego oddziaływania wybitnych osiągnięć chirurgów włoskich i polskich jest celem niniejszej pracy.

⁴ Edoardo Bassini (1844–1924) absolwent Uniwersytetu w Pawii. Ochotnik w oddziałach Garibaldiiego. Asystent Luigiego Porty w Pawii. Za namową Porty przebywał u Billrotha w Wiedniu, u Langenbecka w Berlinie i u Listera i Spencera-Wellsa w Londynie. Po powrocie do Włoch pracował w Pawii, Parmie, La Spezii i w Padwie gdzie spędził ostatnie 37 lat życia (39). Autor przełomowej metody operacji przepukliny pachwinowej.

⁵ Jan Mikulicz-Radecki (1850–1905) profesor chirurgii uniwersytetów w Krakowie, Królewcu i Wrocławiu. Autor szeregu nowatorskich prac z wielu dziedzin chirurgii m.in. chirurgii żołądka, jelita grubego, tarczycy. Pionier ezofago i gastroskopii.

⁶ Ludwik Rydygier (1850–1920) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Pionier chirurgii żołądka.

⁷ Alfred Obaliński (1843–1898) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Autor licznych operacji w dziedzinie chirurgii jamy brzusznej, urologii i ortopedii. Twórca pierwszego na ziemiach polskich i drugiego w Europie pogotowia ratunkowego.

⁸ Leonardo Gigli (1863–1908) absolwent Uniwersytetu Florenckiego. Ginekolog i położnik, autor techniki przecinania kości łonowej za pomocą piłki swojego pomysłu.

2. Chirurgia do połowy wieku XIX

W średniowieczu w całej Europie chirurgia stała na niskim poziomie. Jedynie szkoła z Salerno na południu Włoch stanowiła w wiekach XI i XII ośrodek chirurgiczny, w którym wiedzę przekazywano w sposób usystematyzowany. Poza szkołą z Salerno manipulacje chirurgiczne były domeną nieposiadających żadnego wykształcenia balwierzy. Chirurgia stała się z czasem mało poważanym rzemiosłem, a przynależność do cechu balwierzy i cyrulików była często równoznaczna ze znalezieniem się w niskiej warstwie społecznej. Wymownie świadczy o tym ilustracja ze spisanego w 1505 roku w Krakowie Kodeksu Baltazara Behema przedstawiająca cech balwierzy i cyrulików, którego tarczę herbową podtrzymują małpy, co jest najpewniej aluzyjnym przedstawieniem pogardy do tego rzemiosła (Ryc.1) (3).

Wśród praktykujących chirurgów okresu średniowiecza można wyróżnić dwie kategorie. Wykonujący małe zabiegi (nacięcia ropni, przetok, wycięcie hemoroidów, leczenie ran, złamań i zwichnięć) należeli do cechów i starali się przekazywać swoje umiejętności uczniom. Z kolei chirurdzy wykonujący większe zabiegi, takie jak operacje przepuklin, zaćmy, kamicy pęcherzowej czy operacje, które dziś nazwalibyśmy plastycznymi, często wędrowali od miasta do miasta w poszukiwaniu nowych pacjentów. Nierzadko też opuszczali dotychczasowe miejsce natychmiast po wykonaniu operacji, aby uniknąć zemsty dotkniętych powikłaniami chorych lub ich spadkobierców (4).

Na ziemiach polskich wśród wędrownych chirurgów można było spotkać także przybyszów z Włoch. Jakość ich usług budziła jednak poważne wątpliwości. Ludwik

Bierkowski⁹ w 1856 roku pisał o nich, że w przytłaczającej większości byli to nieudolni rzemieślnicy, którzy przybywali do Polski, uciekając przed zasłużoną karą za swoje błędy, i liczyli na szybki zysk wśród łatwowiernych polskich chorych, omamionych sławą cyrulika przybyłego zza granicy (5).

Chirurgia i anatomia włoska

Umiejętne manipulacje lekarskie nie są możliwe bez dokładnej znajomości budowy ludzkiego ciała. W XV i XVI wieku nastąpił ogromny rozwój nauki anatomii. Wielką sławą w ówczesnym świecie cieszyły się katedry anatomii uniwersytetów w Padwie i Bolonii. Również inne włoskie miasta – Pawia, Ferrara, Rzym i Neapol — były w tym czasie ważnymi ośrodkami myśli anatomicznej (6).

Wysoko cenieni przez polskich medyków byli sławni anatomowie włoscy: Andrea Vesalio (Wesaliusz)¹⁰, Gabriele Falloppio¹¹ i Girolamo Fabricio ab Aquapendente¹². Ich

⁹ Ludwik Bierkowski (1801–1860) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, odznaczony krzyżem *Virtuti Militari* za udział w Powstaniu Listopadowym. Jako pierwszy na ziemiach polskich zastosował znieczulenie eterowe.

¹⁰ Andrea Vesalio (Wesaliusz) (1514–1564) anatom włoski, autor dzieła „*De Humani Corporis Fabrica libri septem*”. Dzieło to zrywało z anatomią Galena i prezentowało anatomie opartą na systematycznie prowadzonych sekcjach zwłok. Zestaw ilustracji anatomicznych do dzieła Wesaliusza nazywany jest najważniejszym zбором ilustracji w historii medycyny (178).

¹¹ Gabrielle Falloppio (1523–1562) anatom i chirurg, profesor Uniwersytetu Padewskiego. Opisał strunę bębenkową (*chorda tympani*), więzadło pachwinowe, wprowadził pojęcie łożyska (42). Jako pierwszy opisał strukturę jajowodu, przez co w wielu językach do dziś funkcjonuje dla opisu trąbki jajowodu eponim utworzony od nazwiska Falloppio.

dzieła (*De Humani Corporis Fabrica libri septem* Wesaliusza, *Opera chirurgica* Fabricia Aquapendente) były ozdobami księgozbiorów polskich lekarzy i chirurgów. Wspomnianemu Gabrieleemu Falloppiowi Jan Zamoyski¹³, w tym czasie rektor Uniwersytetu w Padwie, proponował objęcie urzędu rektora w powstającej Akademii Zamojskiej. Do przeprowadzki jednak nie doszło, gdyż Falloppio zmarł z powodu gruźlicy płuc w wieku zaledwie 39 lat. Uroczystą mowę pogrzebową wygłosił w Padwie Jan Zamoyski (7).

Uczeń i kontynuator myśli Falloppia, Girolamo Fabricio ab Aquapendente wykształcił sam wielu uczniów, wśród których znalazł się też Polak, Jan Ursinus¹⁴. Po powrocie z Padwy do Polski Ursinus wydał w roku 1601 dzieło swojego mistrza *De locutione et eius instrumentis*, a w roku 1610 własnego autorstwa traktat o układzie kostnym człowieka *De ossibus humanis tractatus tres*, uwzględniający polską terminologię anatomiczną. Ursinus, inaczej niż jego mistrz, zajmował się jednak przede wszystkim anatomią, a nie chirurgią (7).

Medycyna i chirurgia włoska w okresie renesansu cieszyła się w Polsce znacznym poważaniem. Nie mogło jednak być inaczej, skoro w wieku XVI większość praktykujących w Polsce lekarzy kształciła się na uniwersytetach włoskich (8). O intensywności kontaktów uniwersyteckich świadczyć mogą także wpisy w księdze nacji polskiej na Uniwersytecie Padewskim, gdzie w ciągu 150 lat znalazło się 2359 polskich wpisów, czyli o przeszło 300 więcej niż w księgach nacji angielskiej, szkockiej i irlandzkiej razem wziętych (9).

¹² Girolamo Fabricio ab Aquapendente (1533–1619) profesor Uniwersytetu Padewskiego. Autor „*Opera chirurgica*” z dokładnym opisem narzędzi chirurgicznych. Opisał zastawki żyłne i udowodnił jednokierunkowy przepływ w krwi w krążeniu żylnym.

¹³ Jan Saryusz Zamoyski (1542–1605) kanclerz wielki oraz hetman wielki koronny, w roku 1563 wybrany rektorem Akademii Padewskiej. Założyciel miasta Zamość i Akademii Zamojskiej.

¹⁴ Jan Leopolda Ursinus (Niedźwiedzki) (ok.1562–1612) doktor Uniwersytetu Padewskiego, autor dzieł anatomicznych uwzględniających polską terminologię medyczną.

Lekarze i chirurdzy włoscy byli obecni na krakowskim dworze królewskim jeszcze przed przybyciem do Krakowa Bony Sforzy w roku 1518. Od 1508 roku nadwornym chirurgiem króla Zygmunta Starego był Francesco Giovanni de Media Barba z Padwy. Kolejno stanowiska nadwornych chirurgów Zygmunta Starego, Bony oraz Zygmunta Augusta pełnili Włosi: Niccolo Cattignani z Brindisi, Giovanni Andrea Valentino (de Valentinis) z Modeny (pełniący także funkcję ambasadora Mantui i Ferrary), Lodovico Verad z Ferrary, Giovanni Francesco Nascimbene (Nascimbenus) z Udine. Chirurg, lekarz i golibroda Zygmunta Starego Giacomo Montagna z Mantui w latach 1530 oraz 1543 sprawował też godność starszego cyrulików krakowskich (10).

Osobistym lekarzem Stefana Batorego był również Włoch Mikołaj Buccella. W roku 1576 Batory powołał dodatkowo na stanowisko lekarza nadwornego drugiego medyka, posiadającego znaczną wiedzę chirurgiczną Polaka Wojciecha Oczkę¹⁵. Oczko studiował medycynę na uniwersytetach w Rzymie, Padwie i Bolonii, gdzie w 1568 roku uzyskał doktorat. Do ojczyzny powrócił po kilkuletnim pobycie za granicą; oprócz Włoch odwiedził również Francję i Hiszpanię. W roku 1581 wydał w Krakowie dzieło pod tytułem *Przymiot*, zawierające całą ówczesną wiedzę na temat kiły. Książka ta została napisana przez Oczkę w całości po polsku (11). Prawdopodobnie dlatego dopiero w ostatnich latach zwrócono uwagę, że informacje w niej zawarte rzucają nowe światło na kwestię pierwszeństwa zastosowania w chirurgii plastycznej płata przeniesionego z ramienia w celu odtworzenia nosa. Tradycyjnie uważano, że pierwszy opis tej operacji w czasach nowożytnych zawdzięczamy chirurgowi

¹⁵ Wojciech Oczko (1537–1599) doktor Uniwersytetu Bolońskiego, lekarz nadworny Zygmunta Augusta, Stefana Batorego i Zygmunta III Wazy. Autor dzieł „Przymiot” o leczeniu kiły oraz „Cieplice” zapoczątkowującego balneologię polską.

bolońskiemu Gaspare Tagliacozzemu¹⁶ (12). Tagliacozzi wydał w roku 1579 w Bolonii dzieło zatytułowane *De curtorum Chirurgia per insitionem*, w którym dokładnie opisał technikę zabiegu odtworzenia nosa (ryc. 2). Tymczasem w *Przymiocie* Oczko w taki sposób opisywał zabiegi, które oglądał osobiście studiując w Bolonii:

Upatrzywszy do tej operacyjnej pacjenta po temu – a mówię po temu, coby lat, obyczajów, i kompleksyj i krwi był dobrej – kazawszy mu po namazaniu odpocząć, a jako najlepiej ku sobie przyść, znowu go purgując, dyjetą co nalżejszą karmiąc, afekty mu skromniąc, nos mu on skąd ma być, obmyśliwszy, ale pospolicie z ręki dłonią albo niżej, albo wyżej łokcia, tam kędy muszkuły leżą, tak stanowią chorego, że mu ono miejsce do nosa przywiodą, to z nim wymówiwszy, aby się do dni czterdzieści nie ruszał, a ręki od nosa o włos nie odwodził. Poderzną tedy tyle skóry, coby jej na nos, jakiego potrzeba, dosyć, i powoli odwodząc skórę od muskułów, knoty albo sfilacje wkładają, a gdy to już dobrze przez inflamacyję zgotują, nosa wszytki brzegi, do których szyję trzeba, scarificują i tak dobrze nasiekają, aby brzegi ułamka, krew z siebie puściwszy, sztuki onej narznionej ując i z nią potym spoić się mogły, hafty igłą krzywą miarne uczyniwszy. Vesalius to chce mieć z muskułu, skórę mu powoli odjąwszy, a sam, formując go na nos, urznawszy, ale wierę, niech mi odpuści, nie łatwia to. Łatwiej Arantius mego czasu w Bolonijej, chirurgijej professor, co skóry tegóż na ręce i tymże sposobem czyniwał, co się tak zrastało, iż przez bólu wielkiego skóra jako nos własny przystawała i tak narastała, że muskułu niechawszy, i ręka cała, i nos cudny bywał. Cudnać zaprawdę to operacyja, ale jako pacjenta skromnego barzo chce, powiadać nie trzeba, k temu aby kompleksyją miał po temu, gdyż *cacochima corpora*, co my plugawemi nazywamy ciała, nie tylko się nie rady goją, ale rychlej za jeden kilka wrzodów czynią. A nos jako członek taki, co go Awicenna trudnem barzo do leczenia nazywając, powiada być wilgotniejszym niż ucho, a susszym

¹⁶ Gaspare Tagliacozzi (1545–1599) profesor Uniwersytetu Bolońskiego. W wydanym w 1597 roku w Wenecji pierwszym podręczniku chirurgii plastycznej „*De curtotum chirurgia per insitionem*”, zadedykowanym księciu Mantui, Vincenzo Gonzadze, opisywał metody rekonstrukcji nosów, uszu i warg.

niż oko, jako leczyć? Tak podobno nalepiey opatrzeć, aby w izdebce, prze złe purgowanie, ciało ułomku nie odniosło (13).

Operatorem, którego technikę podziwiał Oczko, był Juliusz Cezar Aranzi (Arancjusz)¹⁷. Ponieważ Oczko powrócił do Polski już w roku 1569, a pierwsza wzmianka Taglicozziego na temat rekonstrukcji nosa ukazała się w roku 1587, wydaje się pewne, że Arancjusz wykonywał operacje rekonstrukcyjne tą samą metodą na wiele lat przed opisaniem ich przez Tagliacozziego. Sam Tagliacozzi, studiując w Bolonii w latach, gdy katedrą chirurgii kierował Arancjusz, musiał się zetknąć z tą metodą, podobnie jak studiujący w tych samych latach Oczko. Co ciekawe, zacytowany wyżej fragment *Przymiotu* jest prawdopodobnie jedynym dowodem na wykonywanie przez Arancjusza zabiegów rekonstrukcji nosa (14).

W późniejszych latach, pomimo mniej ścisłych związków medycyny i chirurgii włoskiej z Polską, włoscy chirurdzy nadal cieszyli się tu znacznym poważaniem. Wyrazem wysokiej oceny ówczesnej chirurgii włoskiej było między innymi wezwanie z Wiednia do Krakowa do ciężko chorego Zygmunta III Wazy włoskiego lekarza i chirurga, bonifratra Gabriela Ferrary¹⁸, nadwornego lekarza i chirurga Ferdynanda II Habsburga (15). Proces leczenia przebiegł tak pomyślnie, że król w podziękę za wyleczenie wyraził zgodę na osiedlenie zakonu w Rzeczpospolitej.

Szpitalniczy Zakon Świętego Jana Bożego, zwany odtąd w Polsce zakonem bonifratrów sprowadził z Włoch i osiedlił w Krakowie w roku 1609 Walerian Tamburini-

¹⁷ Juliusz Cezar Aranzi (Arancjusz) (1530–1589), profesor anatomii i chirurgii Uniwersytetu Bolońskiego w latach 1556 do 1589.

¹⁸ Gabriel Ferrara (ok.1543–1627) lekarz i chirurg, bonifrater, założyciel 22 szpitali braci miłosierdzia w Europie, autor wydanego w 1596 w Wenecji podręcznika chirurgii „*Nuova scuola di Cirugia*”

Montelupi¹⁹, przedstawiciel uszlachconego w Polsce włoskiego rodu kupieckiego. Pierwszy szpital bonifratrów powstał w podarowanej zakonnikom na ten cel przez Montelupiego kamienicy przy ulicy św. Jana w Krakowie (16). Przybyły z Włoch zakon trwale wpisał się w historię polskiej medycyny i chirurgii, otwierając szpitale w Krakowie, Pułtusk, Łowiczu, Gdańsku, Wilnie, Łucku, Lublinie, Lwowie i Grodnie (17). Pochodząca z Włoch bonifraterska szkoła chirurgiczna była w Polsce ceniona także w latach późniejszych. Jak wspomina Jędrzej Kitowicz w *Pamiętnikach, czyli Historii Polskiej* w 1759 roku żaden chirurg nie chciał podjąć się leczenia chorego na zgorzel nogi prymasa Adama Ignacego Komorowskiego²⁰. Ostatecznie zoperował go w Skierniewicach właśnie chirurg bonifraterski. Niestety chory, „nie mogąc wytrzymać bólu, nie dał skończyć operacji, i tak, przejęty do serca boleścią, umarł” (18). W roku pierwszego rozbioru Rzeczypospolitej przybyły z Włoch zakon dysponował już 14 szpitalami na obszarze Polski i Litwy (19).

Do połowy XVIII wieku w żadnym kraju europejskim nie funkcjonowały kliniki uniwersyteckie, a szpitale pełniły raczej rolę przytułków (19). Jedynie we Francji, Anglii oraz właśnie we Włoszech wydzielano oddziały szpitalne, na których adepci medycyny i chirurgii mogli uczyć się zawodu. Dlatego w tym okresie Włochy były trzecim, po Francji i Anglii, kierunkiem wyjazdów Polaków chcących studiować medycynę i chirurgię (20). W dalszych latach wieku XVIII ranga naukowa ośrodków włoskich wyraźnie spadała. W połowie wieku XVIII w Anglii rozpoczęła się rewolucja przemysłowa, która następnie objęła w różnym stopniu inne kraje europejskie. Obok Anglii, krajami o największym tempie rozwoju stały się Niemcy i Francja. Podobnie działo się w świecie medycyny, a chirurgiczne ośrodki włoskie z trudem nadszły za szybkim rozwojem, jaki dokonywał się we wspomnianych krajach.

¹⁹ Walerian (Valerio) Tamburini-Montelupi (1548–1613) urodzony w Bibbonie we Włoszech kupiec, usynowiony przez swojego wuja Sebastiana Montelupiego. Od wieku 19 lat przebywał na stałe w Polsce.

²⁰ Adam Ignacy Komorowski (1699–1759) arcybiskup gnieźnieński, prymas Polski

Polscy chirurdzy we Włoszech

W wieku XVIII niektóre włoskie szpitale były już, w przeciwieństwie do szpitali istniejących na ziemiach polskich, przygotowane do praktycznego szkolenia chirurgów (20). W okresie tym kontakty z włoskim środowiskiem medycznym mieli dwaj znani chirurdzy polscy: Rafał Józef Czerwiakowski (ryc. 3) i Walenty Gagatkiewicz²¹. Należy też wspomnieć o chirurgach w Legionach Polskich we Włoszech. W okresie od 1797 do 1807 roku przebywały na terenie Włoch walczące u boku oddziałów francuskich Legiony Polskie pod dowództwem generała Henryka Dąbrowskiego. W jednostkach tych stworzono służbę medyczną (a w zasadzie chirurgiczną) zorganizowaną na wzór francuski (21).

W roku 1770 do Krakowa powrócił po uzyskaniu doktoratu z medycyny na Uniwersytecie Bolońskim oraz pobycie w Niemczech i Austrii Andrzej Badurski. Na skromnym wówczas – bo liczącym jedynie dwóch wykładowców – krakowskim wydziale lekarskim prowadził wykłady z anatomii (22). Wykłady te zostały wstrzymane z braku studentów w roku 1775. W następnych latach Badurski podjął ponownie prowadzenie wykładów z medycyny, a anatomię i chirurgię Hugo Kołłątaj powierzył kolejnemu absolwentowi uczelni włoskich Rafałowi Józefowi Czerwiakowskiemu.

Rafał Józef Czerwiakowski odbył studia medyczne w Rzymie w latach 1771–1776 (20). Po obronieniu doktoratu z medycyny i filozofii dalsze trzy lata pracował w Rzymie w szpitalu Sant Spiritu in Saxia²². Przed powrotem do Polski pogłębiał swoje studia z zakresu chirurgii i położnictwa w Neapolu, Bolonii i Padwie (23). Do Krakowa przybył w roku 1779 i

²¹ Walenty Maciej Gagatkiewicz (*vel* Gagatowicz) (1750–1805) lekarz i chirurg, absolwent Uniwersytetu w Paryżu, twórca szkoły dla chirurgów w Warszawie, konsyliarz królewski.

²² W tym samym szpitalu rzymskim szkolili się w wieku XVI dwaj słynni lekarze polscy: Jan Solfa i Mikołaj z Wieliczki (7)

objął stanowisko profesora anatomii, chirurgii i położnictwa w Szkole Głównej Koronnej, stając się pierwszym profesorem chirurgii na ziemiach polskich (24). Wygłoszony przez Czerwiakowskiego w dniu 16 września 1779 roku wykład pt. „Wywód o narzędziach cyrulickich”, inaugurujący działalność pierwszej polskiej katedry chirurgii, opierał się w głównej mierze na doświadczeniach włoskich.

Drugim chirurgiem polskim wykształconym we Włoszech był Walenty Maciej Gagatkiewicz *vel* Gagatowicz, który po studiach w Paryżu i uzyskaniu doktoratu z medycyny w Reims we Francji w roku 1770 odbył trzyletnią podróż naukową, w czasie której odwiedził między innymi ośrodki chirurgiczne Turynu, Bolonii, Padwy, Rzymu i Neapolu. W trakcie podróży poznawał techniki operacyjne chirurgów włoskich oraz nowe metody nauczania chirurgii. Po osiedleniu się w Warszawie otrzymał godność konsyliarza królewskiego, a także egzaminatora przy Warszawskim Zgromadzeniu Chirurgów (25).

Chirurdzy służący w Legionach Polskich we Włoszech zajmowali się opatrywaniem ran, prostymi zabiegami chirurgicznymi oraz amputacjami urazowymi. Przyporządkowano im funkcje odpowiadające stopniom wojskowym i podzielone na trzy klasy (chirurg I, II i III klasy). W sztabie Legii służył naczelnny chirurg I klasy (chirurg major) oraz dwóch chirurgów II klasy, natomiast w poszczególnych batalionach chirurdzy III klasy. W spisie chirurgów legionowych widnieją głównie nazwiska o włoskim, niemieckim i francuskim brzmieniu: Ritter (chirurg major zabity w kampanii włoskiej), Gril, Bollali, Valentini, Chiecca, Rosenfeld, Dumur, Ottelli, de Bastr, Hederych, Boldanoff, Long (21). Ranny w kampanii włoskiej został podporucznik chirurg Bergonzoni, urodzony w Polsce syn Michała Anioła Bergonzoniego²³, twórcy wojskowej służby zdrowia w armii Księstwa Warszawskiego (26).

²³ Michał Anioł Bergonzoni (1748–1819) lekarz i chirurg, absolwent Uniwersytetu Bolońskiego, uczestnik Powstania Kościuszkowskiego, twórca służby zdrowia w Wojsku Polskim.

Włoscy chirurdzy w Polsce

Pod koniec wieku XVIII zaczęto w Polsce dostrzegać konieczność stworzenia nowoczesnego systemu edukacyjnego, który zapewniałby kształcenie specjalistów w różnych dziedzinach, w tym także w coraz bardziej docenianej i potrzebnej chirurgii. W procesie tym wzięli także udział lekarze i chirurdzy włoscy.

Istotną rolę w procesie przechodzenia chirurgii od tradycji cechowej do nowoczesnej nauki odegrał włoski lekarz i chirurg Michał Anioł Bergonzoni. Bergonzoni po uzyskaniu dyplomu doktora medycyny i filozofii na Uniwersytecie Bolońskim praktykował przez pewien czas medycynę w Bolonii i Mediolanie. W roku 1775 przeniósł się do Polski i tam pozostał przez następne 44 lata, aż do swojej śmierci. Był gorącym zwolennikiem reformy systemu kształcenia cechowego chirurgów. Wraz z Walentym Gagatkiewiczem doprowadził w roku 1789 do otworzenia w Warszawie uczelni chirurgicznej. Niestety szkoła ta przetrwała jedynie rok (24).

Bergonzoni był pionierem organizacji wojskowej służby zdrowia. W swym bogatym w wydarzenia życiu pełnił funkcję sztabsmedyka generalnego Wojska Koronnego aż do powstania kościuszkowskiego w roku 1794. Dzięki niemu powstał wydział lekarski przy Komisji Wojskowej. Jako przełożony służby zdrowia w Wojsku Koronnym wysyłał felczerów na kursy doksztalające. Stanowczo sprzeciwiał się zwyczajowi wykorzystywania chirurgów wojskowych do golenia oficerów, argumentując, że w ten sposób upadła się zawód chirurga oraz marnuje cenny czas, który chirurdzy mogliby poświęcić na doskonalenie swoich umiejętności (26). Po utworzeniu Księstwa Warszawskiego w roku 1807 Bergonzoni został ponownie mianowany naczelnym lekarzem armii polskiej. Przetłumaczył z języka francuskiego na polski podręcznik *Przepisy lekarstw dla szpitalów Wojska Polskiego*. W przypisach do tego podręcznika kładł nacisk na konieczność ścisłego przestrzegania zasad

higieny w szpitalach (27). W roku 1808 zorganizował wojskową szkołę chirurgiczną przygotowującą do szczególnych zadań chirurgii wojennej (26).

Bergonzoni działał także w Towarzystwie Przyjaciół Nauk oraz interesował się organizacją szpitali oraz systemem zaopatrzenia szpitali i lazaretów w leki (28). W wydanej w 1782 roku książce *Lublin podług ustaw medyki uważany* postulował zwrócenie uwagi przez władze polskie na stan sanitarny miast (29).

W reformie chirurgii polskiej pewną rolę odegrali również dwaj inni chirurdzy włoscy: Giovanni Spaventi oraz Aloiso Capuano. W wyniku pierwszego rozbioru Rzeczypospolitej w roku 1772 w obrębie monarchii austro-węgierskiej znalazła się część ziem Polski południowej. Na tym obszarze rząd austriacki powołał specjalną komisję weryfikacyjną dla lekarzy i chirurgów. W jej skład wszedł także chirurg włoski Giovanni Francisco Spaventi (24). Z kolei w roku 1784 na terenie zaboru austriackiego, wznowiono działalność Uniwersytetu Lwowskiego i powołano tam do życia Instytut Chirurgiczny mający kształcić chirurgów na poziomie uniwersyteckim. Niewielką kliniką chirurgiczną kierował początkowo chirurg włoski Aloiso Capuano (24).

3. Rozwój nowoczesnej chirurgii

Kształt praktyki chirurgicznej zmieniły dwa istotne wydarzenia. Pierwszym z nich było wyeliminowanie bólu, dotychczas nieodłącznie towarzyszącego operacji, zapoczątkowane w roku 1847 przez Wiliama Thomasa Greena Mortona²⁴. Dwadzieścia lat później Joseph Lister²⁵ wprowadził postępowanie antyseptyczne. Były to kamienie milowe na drodze rozwoju chirurgii, początkujące jej gwałtowny rozwój (2). Od tego czasu chirurdzy, opierając się na zdobytych wcześniej podstawach anatomicznych, rozszerzali systematycznie obszar swoich działań w miarę zdobywania coraz szerszej wiedzy o funkcji ludzkiego ciała w zdrowiu i chorobie oraz doskonalenia technik chirurgicznych.

Posiadający solidne podstawy anatomiczne chirurdzy coraz śmielej sięgali do narządów, które wcześniej były dla nich niedostępne. Dzięki znieczuleniu i antyseptyce nowatorskie, odważne operacje mogły kończyć się powodzeniem. Różnorodność chorób, różne obszary działania, coraz trudniejsze problemy techniki chirurgicznej doprowadziły z czasem do wyodrębniania się z chirurgii wielu coraz bardziej szczegółowych specjalności. Początkowo były to położnictwo, okulistyka i laryngologia. W tym trwającym wiele lat procesie pojawiły się grupy chirurgów zajmujących się chirurgią narządów jamy brzusznej i jej powłok, ortopedią, neurochirurgią, chirurgią klatki piersiowej, naczyń czy wreszcie problemami chirurgii wieku rozwojowego.

Powstawały wtedy nowe ośrodki myśli i praktyki chirurgicznej, których osiągnięcia za pomocą coraz liczniejszych czasopism lekarskich szybko były poznawane i przyswajane we wszystkich zakątkach Europy. Bezpośrednie kontakty i dyskusje miały miejsce głównie

²⁴ William Thomas Green Morton (1819–1868) amerykański dentysta, w dniu 16 października 1846 w Bostonie zastosował eter do znieczulenia ogólnego.

²⁵ Joseph Lister (1827–1912) profesor chirurgii uniwersytetów w Glasgow i Edynburgu, pionier antyseptyki.

podczas zjazdów towarzystw lekarskich. Wymiana myśli i doświadczeń w coraz większej mierze odbywała się na łamach czasopism. Dłuższe pobyty stawały się mniej potrzebne, a ich miejsce zajęły krótkotrwałe wizyty służące chirurgom jedynie do poznania szczegółów technicznych operacji, a nie zasad postępowania.

Proces wyodrębniania się z chirurgii nowych węższych specjalności rozpoczął się około połowy XIX wieku i trwa nadal. Przykładem przybliżającym jego przebieg mogą być daty oddzielenia się i uznania tych specjalności za samodzielne, co wyraziło się powołaniem w Uniwersytecie Jagiellońskim odpowiednich katedr. I tak w 1851 roku była to Katedra Okulistyki (prof. Antoni Sławikowski²⁶), w 1870 roku – Katedra Ginekologii i Położnictwa (prof. Maurycy Madurowicz²⁷), w 1879 roku – Katedra Laryngologii (prof. Przemysław Pieniążek²⁸), w 1929 roku – Katedra Urologii (doc. Tadeusz Pisarski²⁹).

²⁶ Antoni Sławikowski (1796–1870) absolwent Uniwersytetu Wiedeńskiego, profesor okulistyki we Lwowie i Krakowie, główny okulista Galicji

²⁷ Maurycy Madurowicz (1831–1894) ginekolog i położnik, absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, doktorant Uniwersytetu Wiedeńskiego

²⁸ Przemysław Pieniążek (1850–1916) absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, chirurg i laryngolog, pierwszy wykładowca laryngologii na Uniwersytecie Jagiellońskim. W roku 1884 wykonał pierwszą na świecie bronchoskopię aparatem własnego pomysłu.

²⁹ Tadeusz Pisarski (1878–1936) docent urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, asystent Rutkowskiego, przeszedł szkolenie w dziedzinie urologii w Kopenhadze u Nielsa Rovsinga.

Antyseptyka i leczenie ran

Pionierem antyseptyki we Włoszech był chirurg z Pawii Enrico Bottini³⁰. Mimo, że postępowanie antyseptyczne wprowadził w swojej klinice w Nowarze już w 1863 roku, a pierwszą pracę na ten temat opublikował w języku włoskim w roku 1866, czyli na rok przed Listerem, jego doświadczenia w zastosowaniu kwasu karbolowego na sali operacyjnej nie były szerzej znane ani na świecie ani w Polsce.

W drugiej połowie XIX wieku do najwybitniejszych chirurgów ówczesnego świata należeli dwaj Polacy: Jan Mikulicz- Radecki i Ludwik Rydygier. Ich znakomite osiągnięcia w zakresie chirurgii przewodu pokarmowego zdominowały inne zainteresowania, obaj byli jednak autorami ważnych prac dotyczących antyseptyki. Prace te spotkały się z dużym zainteresowaniem i zostawiły ślad w chirurgii włoskiej.

Najważniejszą innowacją zaproponowaną przez Mikulicza, która została szeroko przyjęta przez chirurgów włoskich było stosowanie na sali operacyjnej wykonanych z gazy masek zasłaniających usta i nos chirurga. Wynalazek Mikulicza szybko stał się obowiązkowym wyposażeniem na salach operacyjnych we Włoszech (6). W niektórych włoskich opracowaniach spotyka się nawet określenie *maschera di Mikulicz*³¹ (30).

W roku 1881 ukazała się w krakowskim „Przeglądzie Lekarskim” praca Mikulicza *O użyciu jodoformu w leczeniu ran* (31). Mikulicz uważał, że stosowanie kwasu karbolowego rozpylanego w dużych ilościach na sali operacyjnej wiąże się ze zbyt dużym ryzykiem dla chorego oraz dla chirurgów. Kwas karbolowy wpływał szkodliwie na układ oddechowy oraz nerki wszystkich osób obecnych przy operacji. Dodatkowo u operatorów mógł wywoływać

³⁰ Enrico Bottini (1835–1903) profesor chirurgii w Pawii, pionier antyseptyki we Włoszech, wykonał szereg pionierskich zabiegów chirurgicznych. W roku 1874 skonstruowanym według własnego pomysłu aparatem wykonał pierwszą przezcewkową resekcję środkowego płata stercza.

³¹ Maska Mikulicza

zgorzel palców, czyli tzw. gangrenę karbolową. Dlatego w kierowanych przez siebie klinikach w Krakowie, Królewcu oraz we Wrocławiu Mikulicz zalecał stosowanie jodoformu, a kwas karbolowy rezerwował dla operacji brzusznych i ograniczał do jednorazowego rozpylenia na pół godziny przed operacją (32). Prace te, zwłaszcza dotyczące jodoformu odbiły się szerokim echem nie tylko w Polsce i były znane oraz szeroko komentowane również we Włoszech. W czasopiśmie włoskich opublikowano streszczenia prac Mikulicza, które ukazały się w języku niemieckim w „Centralblatt für Chirurgie” oraz „Wiener Klinik”. W artykułach *Della cura col jodoformio*³² (*Zur Jodoformbehandlung*) oraz *L'impiego del jodoformio in Chirurgia*³³ (*Die Verwendung des Jodoforms In der Chirurgie*) Mikulicz wskazywał na korzyści ze stosowania jodoformu zwłaszcza w ranach gojących się *per secundam intentionem* (jak np. po amputacji piersi) oraz w ranach po operacjach w obrębie jamy ustnej, krtani, języka czy odbytu. Podkreślając zalety jodoformu jako środka antyseptycznego, Mikulicz przytaczał doświadczenie kliniki Billrotha³⁴, gdzie dzięki zastosowaniu jodoformu u 53 chorych poddanych rozległym operacjom, u 49 chorych uniknięto powikłań zakaźnych (33; 34).

W zbiorczym opracowaniu zasad stosowania jodoformu w chirurgii, *Sull'uso del Jodoformio in Chirurgia*³⁵, przygotowanym przez Vittorio Cavagnisa i wydanym w 1882 roku w Mediolanie, zalecenia Mikulicza były przytaczane bardzo dokładnie. Przygotowanie roztworu do opatrunków z jodoformem wyglądało według Mikulicza następująco:

³² O leczeniu jodoformem

³³ Zastosowanie jodoformu w chirurgii

³⁴ Christian Albert Teodor Billroth (1829–1894) profesor chirurgii uniwersytetów w Zurychu i Wiedniu, autor wielu nowatorskich operacji, twórca szkoły chirurgicznej do której należeli Mikulicz, Czerny, Wölfler, Gussenbauer, von Hacker, von Eiselsberg, von Winiwarter.

³⁵ O wykorzystaniu jodoformu w chirurgii

Jodoformio grammi 50
Si trituri In 40 grammi di gliceryna
Acqua distillata grammi 10
Gomma idragante gr.0,30
Fate amulsione³⁶

Przed założeniem na ranę opatrunku z jodoformem Mikulicz zalecał przestrzeganie kilku zasad, przytoczonych następnie włoskim czytelnikom przez Cavagnisa:

Trattandosi di ferite, Mikulicz assicura bene l'emostasi prima di medicare, ed adopera catgut per la legatura delle arterie³⁷.

Mikulicz analizował również w doświadczalnych warunkach działanie jodoformu w różnych środowiskach oraz porównywał z innymi środkami antyseptycznymi, głównie kwasem karbolowym. Cavagnis tak charakteryzował stanowisko Mikulicza:

Il jodoformio dunque, dice Mikulicz, aggiunto in grande quantità ad un liquido alterabile, ha un potere antisettico debole, ma continuo, e gli manca l'efficacia antisettica e

³⁶Jodoformu gramów 50

Rozcieńcz w 40 gramach gliceryny

Woda destylowana gramów 10

Guma arabska gramów 0,30

Zrób emulsję

³⁷ Jeżeli chodzi o leczenie ran, to Mikulicz zanim przejdzie do robienia opatrunku, zwraca uwagę na staranną hemostazę wykorzystując do podwiązki naczyń szew z katgutem

disinfettante immediata energica, perciò esso, se è lasciato in sito poco tempo, non distrugge i funghi germoglianti, como fanno altri antiseptici, per es. l'acido fenico³⁸ (35).

Dzięki obszernym sprawozdaniom z kongresów Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego publikowanym we włoskiej prasie medycznej, włoscy chirurdzy mieli również okazję zapoznać się z pracą Ludwika Rydygiera dotyczącą sposobów zapobiegania zakażeniom ran operacyjnych stosowanych w krakowskiej klinice uniwersyteckiej. Podczas XVII Kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w roku 1888 Rydygier wygłosił pracę *Über Wundbehandlung ohne Drainage*, której streszczenie ukazało się w tym samym roku w języku włoskim pod tytułem *Della cura delle ferite senza fognatura*³⁹. Rydygier podkreślał w swojej pracy wagę, jaką należy przykładać do dezynfekcji pola operacyjnego, instrumentarium chirurgicznego oraz rąk operatora. Rygorystyczne przestrzeganie tych zasad pozwalało w jego opinii uniknąć konieczności zakładania drenów. Jednocześnie, zdaniem Rydygiera należało dążyć do zmniejszenia ilości środków antyseptycznych podawanych do rany ze względu na istotne podrażnienie tkanek i mogące za tym postępować opóźnienie procesu gojenia (36),

W języku włoskim ukazało się również streszczenie ogłoszonej w roku 1887 w języku niemieckim pracy Aleksandra Bossowskiego⁴⁰ *Über das Vorkommen von Mikroorganismen in Operationswunden unter dem antiseptischen Verbande* (37). W opracowaniu

³⁸ Jodoform zatem, twierdzi Mikulicz, dodany w znacznej ilości do roztworu ma niskie lecz utrzymujące się działanie antyseptyczne, natomiast brakuje mu silnego i natychmiastowego efektu antyseptycznego i dezynfekującego, przez co jeśli znajduje się w środowisku zbyt krótko nie niszczy chorobotwórczych grzybów w taki sposób jak czynią inne środki antyseptyczne jak np. kwas karbolowy

³⁹ O leczeniu ran bez stosowania drenażu

⁴⁰ Aleksander Franciszek Bossowski (1858–1923) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, asystent Mikulicza i Rydygiera, przeszedł szkolenie w bakteriologii u Kocha.

zatytułowanym *Sulla presenza di microorganismi nelle ferite medicate coi mezzi antisettici*⁴¹ włoscy czytelnicy mogli zapoznać się z wynikami badań doświadczalnych Bossowskiego nad wpływem postępowania antyseptycznego na obecność drobnoustrojów w ranach chirurgicznych.

I risultati dei suoi studi furono vari, ed egli li riassume nei seguenti punti:

1. Quando vengono adoperate medicature con jodoforme, solamente un certo numero di ferite (1/5) rimane del tutto immune dal microorganismi. Al contrario, un discreto numero di esse (cerca 1/6) viene inquinata da microorganismi i quali però non presentano la proprietà di essere patogeni. Le ferite della prima specie e queste ultime guariscono entrambe rapidamente per prima intenzione. 2. In circa la metà delle ferite si ritrova lo *Stafilococcus albus*. La presenza di questo microorganismo non impedisce nella maggior parte dei casi la guarigione di prima intenzione delle ferite, ed infatti 2/3 di esse subiscono quest'esito. Qualora si manifesti un processo suppurativo, esso si limita ai dintorni della ferita ed ha mediocre intensità. 3. Nelle ferite trattate coi mezzi antisettici, si ha raramente la presenza dello *Stafilococcus pyogenicus aureus* e dello *stafilococcus pyogenicus*. Quando sono questi parassiti, essi generano un processo suppurativo che di regola si localizza nei punti limitrofi a quelli ove furono applicati i drenaggi⁴² (38).

⁴¹ O obecności drobnoustrojów w ranach leczonych z zastosowaniem środków antyseptycznych

⁴² Wyniki swoich doświadczeń (Bossowski) przedstawił w następujących punktach: 1. Przy zastosowaniu opatrunków z jodoformem tylko niewielka część ran (1/5) pozostaje w zupełności wolna od wszelkich drobnoustrojów. Z drugiej strony niewielka część tych ran (około 1/6) wykazuje obecność drobnoustrojów nie będących jednak patogenami. Rany pierwszego i ostatniego rodzaju goiły się szybko przez rychłozrost. 2. W około połowie ran stwierdzono obecność *staphylococcus albus*. W większości przypadków obecność tego drobnoustroju w ranach nie przeszkadzała w procesie gojenia się ran przez rychłozrost, i rzeczywiście 2/3 tych ran zagoiło się w ten sposób. Jeżeli powstawał jednak proces ropny, ograniczał się jedynie do okolicy rany i miał mierne nasilenie. 3. W ranach opatrywanych w sposób antyseptyczny, rzadko stwierdzano obecność

Chirurgia przepuklin

Do wieku XIX chirurgiczne leczenie przepuklin polegało na amputacji całego worka przepuklinowego wraz z jądrem. Zabieg ten był obarczony dużym ryzykiem powikłań, a nadto nie zabezpieczał chorego przed nawrotem choroby (6). Zwolennikiem tej metody był między innymi wspomniany wcześniej włoski anatom i chirurg Gabriele Falloppio (6).

W połowie wieku XIX pewną popularność zdobyła metoda leczenia przepukliny pachwinowej zaproponowana przez Jamesa Haetona. Polegała na wstrzykiwaniu w okolice pachwinową mieszaniny wyciągu kory białego dębu i morfiny. Pomimo entuzjazmu odkrywcy metody próby innych chirurgów wykazały 100% nawrotów (39). W drugiej połowie wieku XIX rozpowszechniły się metody Vincenza Czernego⁴³ i Williama Wooda. Metoda Czernego polegała na wysokim podwiązaniu worka przepuklinowego i zamknięciu szwami wewnętrznego pierścienia pachwinowego (40). Metoda Wooda polegała z kolei na podwiązaniu worka przepuklinowego, zdwojeniu go i użyciu jako „korka” zamykającego wewnętrzny pierścień pachwinowy (41). Przełomem w leczeniu przepuklin pachwinowych stała się jednak dopiero operacja zaproponowana przez włoskiego chirurga Bassiniego.

Młody Edoardo Bassini, walcząc w szeregach armii Garbaldiego, został zraniony bagnetem w okolice pachwiny. Powstałą w tym miejscu przetokę kałową leczono na oddziale

staphylococcus pyogenes aureus lub *staphylococcus pyogenes*. W przypadkach gdy stwierdzano obecność tych drobnoustrojów, proces ropny przez nie wywołany był z reguły ograniczony do miejsc wyprowadzenia drenażu.

⁴³ Vinzenz Czerny (1842–1916) asystent Billrotha w Wiedniu, profesor chirurgii we Fryburgu i Heidelbergu, autor szeregu nowatorskich metod operacyjnych

Luigiego Porty⁴⁴ w Pawii przez około sześć miesięcy (39). Własne, bolesne doświadczenie skierowało zainteresowania Bassiniego w stronę chirurgii, a zwłaszcza anatomii i patofizjologii okolicy pachwinowej (6).

Pierwsze próby chirurgicznego leczenia przepuklin pachwinowych Bassini podjął w 1875 roku. Zoperował dwóch chorych sposobem Wooda i trzech sposobem Czernego. Wyniki tych zabiegów były zniechęcające gdyż u żadnego chorego nie udało się zlikwidować przepukliny (39). Opierając się na swoich studiach anatomicznych, w 1884 roku wykonał pierwszą operację przepukliny według własnego pomysłu. Kluczowym elementem tej operacji było odtworzenie kanału pachwinowego, a więc przywrócenie stanu sprzed wystąpienia przepukliny. Bassini, aby sprawdzić wytrzymałość nowej ściany kanału pachwinowego, po założeniu zbliżających szwów prowokował u pozostających pod narkozą chloroformową chorych, odruch wymiotny drażniąc podniebienie piórkiem (42). Trzy lata po wykonaniu pierwszego zabiegu własną metodą, przedstawił w Genui na spotkaniu towarzystwa chirurgicznego opis techniki i wyniki leczenia u pierwszych 42 chorych (43). Następne 72 przypadki zaprezentował na spotkaniu towarzystwa lekarskiego w Pawii. W 1889 w Padwie wydał ilustrowaną książkę poświęconą swojej metodzie (44). Chcąc dotrzeć do jak najszerszego grona chirurgów pięć lat później to samo opracowanie wydał w języku niemieckim (ryc. 4) (45). W propagowanie metody operacyjnej Bassiniego w latach późniejszych zaangażował się jego uczeń Attilo Catterina⁴⁵. Catterina szczegółowo opisał

⁴⁴ Luigi Porta (1800–1875) profesor chirurgii w Pawii. Interesował się anatomią i fizjologią zwierząt, prowadził badania doświadczalne nad powstawaniem krążenia obocznego. Opracował własne urządzenie do rozkruszania kamieni pęcherzowych.

⁴⁵ Attilo Catterina (1861–1944) profesor Uniwersytetu w Genui, asystent Bassiniego, licznymi publikacjami przyczynił się do rozpropagowania metody operacji przepukliny pachwinowej.

operację Bassiniego w bogato ilustrowanej książce *L'operazione di Bassini per la cura radicale dell'hernia inguinale* wydanej w Bolonii w roku 1932 (46).

Operacja sposobem Bassiniego stała się szybko bardzo popularna w całym świecie, w tym także w Polsce. Już w latach 1891–1898 Antoni Troczewski⁴⁶, chirurg praktykujący w Kutnie, wykonywał operacje naprawcze przepukliny pachwinowej właśnie tą metodą (47). Równie szybko do praktyki klinicznej wprowadził tę metodę Stanisław Dobrucki⁴⁷ w Lublinie (48).

W trakcie XIII Zjazdu Chirurgów Polskich w lipcu 1903 roku w Krakowie, Witold Horodyński⁴⁸ stawiał na równi trzy sposoby operacji przepukliny pachwinowej: Bassiniego, Kochera⁴⁹ i Postempskiego⁵⁰. Niemniej w czasie dyskusji większość chirurgów opowiadała się za operowaniem oryginalnym sposobem Bassiniego (49).

⁴⁶ Antoni Troczewski (1862–1928) chirurg, dyrektor Szpitala św. Walentego w Kutnie

⁴⁷ Stanisław Dobrucki (1862–1919) absolwent Cesarskiego Uniwersytetu w Warszawie, ordynator Szpitala Żydowskiego a następnie Św. Wincentego à Paulo w Lublinie.

⁴⁸ Witold Horodyński (1865–1954) absolwent Cesarskiego Uniwersytetu w Warszawie, doktorant Cesarskiej Akademii Wojskowo-Medycznej w Petersburgu, chirurg szpitali warszawskich oraz szpitala w Siedlcach. Pierwszy w Polsce zeszył ranę serca z pomyślnym wynikiem.

⁴⁹ Emil Teodor Kocher (1841–1917) profesor chirurgii Uniwersytetu w Bernie, pionier nowoczesnej chirurgii tarczycy, laureat Nagrody Nobla w roku 1909 za prace z dziedziny fizjologii tarczycy.

⁵⁰ Paweł (Paolo) Emilian Postempski (Postępski) (1851–1926) urodzony w Rzymie syn polskiego emigranta Ignacego Romana Postępskiego (1808–1878) oraz włoszki, Agnese Ruffini. Ojciec Paola, powstaniec z roku 1831, artysta malarz wykształcony na Uniwersytecie Wileńskim, osiadł na stałe w Rzymie. Na nagrobku na cmentarzu w Campo Verano znajduje się napis: „Polak, żołnierz za Ojczyznę, malarz w tułactwie”.

Paweł Emilian jako student wydziału lekarskiego Uniwersytetu Rzymskiego opublikował swoją pierwszą pracę naukową po włosku (179) i polsku (180): *Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych*, która ukazała się w Polsce w roku 1871 w „Gazecie Lekarskiej” (180). Postempski w roku 1873 doktoryzował się na podstawie pracy o przetaczaniu krwi (181). Opisał tam między innymi pierwszy we Włoszech przypadek

W roku 1904 na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Władysław Stankiewicz⁵¹ wygłosił referat pod tytułem *Jaka jest granica leczenia doszczętnego przepuklin*, w którym podkreślał doniosłą rolę metody Bassiniego (50). W dyskusji po referacie Stankiewicza czytamy:

Ciechomski przy leczeniu doszczętnem przepuklin pachwinowych u mężczyzny najchętniej operuje metodą Bassini'ego zwłaszcza w przypadkach zastarzałych dużych przepuklin, gdy worek przepuklinowy jest gruby i wrota obszerne, najczęściej również posługuje się metodą tą przy operacji przepuklin uwięźniętych, mając na względzie zakażenie worka podczas uwięźnięcia jelita. (...) K(ijewski) stosuje przeważnie metodę Bassiniego; przy postępowaniu Mac Even'a widział często bardzo zgorzel worka przepuklinowego. (...) Br.Sawicki zaznacza:(...) co do zamykania kanału pachwinowego, to w ostatnich czasach poczęto znowu się ograniczać li tylko zaszcieniem odnóg rozciągniętego mięśnia skośnego zewnętrznego. Otóż i tu, zwłaszcza w razie szerokiej bramy, pewniejszym jest sposób Bassiniego (50).

W dwadzieścia lat po wykonaniu przez Bassiniego własnym sposobem pionierskiej operacji miała ono wśród chirurgów polskich ustaloną renomę.

przetoczenia krwi choremu we wstrząsie krwotocznym zakończony wyleczeniem (11). Docent chirurgii w Uniwersytecie Rzymskim oraz dyrektor Ospedale della Consolanza w Rzymie (182). Interesował się głównie chirurgią jamy brzusznej, chirurgią przepuklin, chirurgią naczyniową oraz neurochirurgią (2). Brał udział w polskich i włoskich zjazdach chirurgicznych (2). Był między innymi gościem na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w roku 1891 (182). Na V Zjeździe Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego w roku 1888 w Neapolu, jako zaproszony wykładowca prezentował przypadki wycięcia nerki oraz zespołów omijających w raku odźwiernika (183). Jako pierwszy w świecie zastosował szew boczny tętnicy u człowieka (184).

⁵¹ Władysław Hipolit Stankiewicz (1837–1929) absolwent Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie, chirurg w Powstaniu Styczniowym, na emigracji kształcony przez Nelatona w Paryżu, po powrocie do Polski ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

Metoda Bassiniego uzyskała znaczną popularność na całym świecie. Z czasem wielu chirurgów wprowadziło liczne, często o zasięgu lokalnym, modyfikacje oryginalnego sposobu Bassiniego. Wśród nich znalazły się również dwa sposoby operacyjne zapoczątkowane przez chirurgów polskiego pochodzenia. Swoje odmiany operacji naprawczej przepukliny pachwinowej zaproponowali we Włoszech Postempski, a w Polsce Sławiński⁵².

Paweł (Paolo) Emilian Postempski mimo że porozumiewający się swobodnie po polsku i publikujący w języku polskim, całe wykształcenie odebrał we Włoszech i tam również praktykował chirurgię. Na zjeździe Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego w Bolonii w roku 1889 zaprezentował wyniki leczenia operacyjnego przepuklin przeponowych i ran kłutych przepony, które to zabiegi były wówczas nowością na skalę światową. Do dziś uważa się, że pierwszą zakończoną sukcesem operację naprawczą przepukliny przeponowej przeprowadził Postempski w roku 1889 (51). Na tym samym zjeździe w Bolonii przedstawił wyniki leczenia operacyjnego przepuklin pachwinowych swoim oryginalnym sposobem (52).

Metoda Postempskiego, będąca odmianą operacji Bassiniego, zdobyła uznanie we Włoszech, ale także i w Polsce. Modyfikację operacji przepukliny pachwinowej według Postempskiego przedstawiał na zebraniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1904 roku Leon Kryński⁵³ w następujący sposób:

Kikut otrzewnej powstały po podwiązaniu worka wraz z otaczającą otrzewną oddziela od tylnej powierzchni ściany brzusznej, unosi ku górze i w tem nowem miejscu

⁵² Zdzisław Sławiński (1867–1936) absolwent Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, pierwszy w Polsce wykonał sympatektomię okołotętniczą oraz adrenalektomię z powodu pheochromocytoma. Zaproponował własną odmianę operacji naprawczej przepukliny pachwinowej.

⁵³ Leon Kryński (1866–1937) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego i Warszawskiego, ordynator oddziału chirurgii Szpitala św.Ducha w Warszawie. W warunkach doświadczalnych opisał metodą podśluzówkowego wszczepiania moczowodów do jelita grubego.

przymocowuje, przesywając tę ścianę od wewnątrz ku zewnątrz dwiema nićmi, które wiąże się na powięzi zewnętrznej (53).

Od metody Bassiniego operacja zaproponowana przez Postempskiego różniła się także umiejscowieniem powrózka nasiennego. Po zakończeniu plastyki kanału pachwinowego Postempski umieszczał powrózek bezpośrednio pod skórą (54). Sposób Postempskiego we Włoszech stosowano szeroko jeszcze w latach pięćdziesiątych XX wieku (55).

Inną modyfikację operacji Bassiniego przedstawił chirurg warszawski Zdzisław Sławiński. Metoda Sławińskiego przedstawiona w roku 1916 polegała na pozostawieniu worka przepuklinowego *in situ* po odcięciu i zamknięciu szyi worka (56). Obok oryginalnej metody Bassiniego i sposobu Girarda operacja zaproponowana przez Sławińskiego była najczęściej wybieranym przez chirurgów w Polsce zabiegiem naprawczym przepukliny pachwinowej (57). Operacja ta znana jako „sposób polski” była wykonywana w Polsce do lat pięćdziesiątych. Bardzo dobre wyniki odległe u chorych operowanych tym sposobem opublikował w roku 1950 Dryjski⁵⁴, który wśród 205 operowanych tą metodą zaobserwował jedynie 3% nawrotów (58).

Różne odmiany oryginalnej metody naprawczej przepukliny pachwinowej Bassiniego w całym świecie cieszyły się wielkim uznaniem i były powszechnie wykonywane. Było tak również we Włoszech i w Polsce, i dopiero wprowadzenie metod beznapięciowych z wykorzystaniem siatek z tworzywa sztucznego spowodowało spadek zainteresowania metodami wywodzącymi się z operacji przedstawionej przez włoskiego chirurga.

⁵⁴ Józef Dryjski (1911–1968) absolwent Uniwersytetu Poznańskiego, uczestniczył w Powstaniu Warszawskim, profesor Akademii Medycznej w Warszawie.

Chirurgia przewodu pokarmowego

Do dzisiaj najwybitniejszymi osiągnięciami polskich chirurgów, trwale wpisanymi w dzieje światowej medycyny, są pionierskie koncepcje operacji przewodu pokarmowego, a zwłaszcza żołądka, opracowane i po raz pierwszy wykonane przez Jana Mikulicza-Radeckiego i Ludwika Rydygiera. Ich przełomowe prace szybko dotarły również do Włoch i spotkały się z żywym odzewem.

Szeroko komentowane były we Włoszech prace Ludwika Rydygiera dotyczące wycięcia żołądka. Już w roku 1881 w *Annali Universali di medicina e chirurgia* ukazało się obszerne tłumaczenie opublikowanej w języku niemieckim pracy Rydygiera, opatrzone komentarzem włoskich chirurgów. Zaprezentowano w niej kolejne etapy operacji i uwagi autora, a także jego dyskusję z innymi chirurgami europejskimi. Dyskusja nad najlepszym sposobem poprowadzenia cięcia skórniego została tak zrelacjonowana włoskim czytelnikom:

Incisione del ventre. Nell'ordinario carcinoma del piloro l'Autore raccomanda, invece del taglio longitudinale sulla linea alba o del taglio trasversale, un taglio longitudinale, lungo 8-10 centim. a due o tre dita trasverse a destra della linea alba, perchè la terminazione pilorica dello stomaco giace a destra di questa linea ed il duodeno si trova pure a destra e posteriormente ai piloro, non porta mesenterio, ed è solo assicurato abbastanza solidamente alla parete addominale posteriore mediante un breve tratto di tessuto connettivo e perciò il tirarlo fuori ed il mantenerlo al disopra delle pareti addominali durante l'operazione, viene ad essere molto difficile quando siasi scelto di fare il taglio sulla linea alba⁵⁵ (59).

⁵⁵ Cięcie skórnie. W wypadku chorego z klasycznym rakiem odźwiernika, Autor (Rydygier) zaleca zamiast poprowadzenia cięcia wzdłuż kresy białej lub cięcia poprzecznego, wykonanie cięcia podłużnego długości 8–10 cm. oddalonego o dwa do trzech palców w prawo od kresy białej. Cięcie takie jest lepsze gdyż koniec żołądka

W sprawozdaniu zaznaczono też punkty sporne dzielące poglądy Rydygiera i Mikulicza. Mikulicz krytykował zalecany przez Rydygiera sposób zespolenia kikuta żołądka z jelitem. Z kolei Rydygier na poparcie swojej propozycji przedstawiał wyniki doświadczalnych operacji przeprowadzonych na psach, co zostało zanotowane we włoskim sprawozdaniu w następujący sposób:

A Mikulicz, che dubitava dell'esito di un tale metodo, risponde l'Autore che in circa 18 resezioni di ventricolo sopra dei cani esso venne ben provato, e presenta alcuni preparati, riferentisi a ciò, che a portati seco⁵⁶ (59).

Podsumowując wymianę poglądów między polskimi chirurgami włoscy komentatorzy pisali:

Cocluidè l'Autore che, secondo il suo avviso le resezioni parziali del ventricolo non solo si debbono praticare nel carcinoma, ma ponno anche salvare dalla morte gli ammalati di ulcera perforante del ventricolo. In certi casi, nei quali si potrebbe pertanto proporre tale operazione⁵⁷ (59).

znajduje się na prawo od tej linii a dwunastnica na prawo i do tyłu od odźwiernika, nie ma krezki i jest przytwierdzona do tylnej ściany jamy brzusznej przez krótkie i dość silne pasmo tkanki łącznej, przez co wyciągnięcie jej i utrzymanie poza jamą brzuszną w trakcie zabiegu jest bardzo trudne jeśli wykonało się cięcie wzdłuż kresy białej.

⁵⁶ Mikuliczowi, który powątpiewał co do możliwości pomyślnego wyniku takiej operacji, Autor (Rydygier) odpowiada, że w około 18 zabiegach wycięcia żołądka przeprowadzonych u psów, technika ta udowodniła swoją skuteczność, i na poparcie swoich słów prezentuje kilka suchych preparatów.

⁵⁷ Autor (Rydygier) wyciąga wniosek, że w jego opinii częściowe wycięcie żołądka powinno być stosowane nie tylko w przypadkach raka tego narządu, ale także mogłoby ratować życie niektórym chorym z perforacją wrzodu żołądka u których możliwe byłoby przeprowadzenie takiej operacji.

Włoska prasa chirurgiczna zamieszczała od połowy wieku XIX obszerne streszczenia nie tylko artykułów ogłaszanych w językach innych niż włoski, ale również obszerne sprawozdania z ważnych kongresów chirurgicznych. Dzięki takim sprawozdaniom włoscy chirurdzy zapoznali się z wieloma pracami Jana Mikulicza-Radeckiego oraz Ludwika Rydygiera, wygłaszanymi podczas zjazdów Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego.

W roku 1883 ukazało się we Włoszech obszerne sprawozdanie z kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego, który odbył się w 1882 roku. Vittorio Cavagnis relacjonujący obrady włoskim czytelnikom wiele miejsca poświęcił wystąpieniom Mikulicza i Rydygiera.

Wyprzedzając czas, Mikulicz przedstawił tam opisany wcześniej na łamach „Centralblatt für Chirurgie” gastroskop i ezofagoskop. Ezofagoskop Mikulicza był jak na owe czasy narzędziem bardzo zaawansowanym technicznie. Dysponował nie tylko źródłem światła pozwalającym na ocenę ścian przełyku ale także systemem chłodzenia (60). Liczne udoskonalenia ezofago- i gastroskopu Mikulicza były zasługą ściśle współpracującego z nim wrocławskiego wytwórcy narzędzi medycznych Georga Haertla (61). Na rycinach przedstawiono pełne instrumentarium endoskopowe dostępne w firmie Haertla w roku 1900 (ryc. 5) oraz zalecane przez Mikulicza ułożenie chorego do badania (ryc.6). Zastosowanie aparatu zaprezentował Mikulicz na specjalnie przybyłej w tym celu z Wiednia chorej. Tak opisywał to zdarzenie włoski chirurg będący świadkiem prezentacji:

L'introduzione dei detti instrumenti, la posizione del paziente, la cantela de serbare durante l'osservazione, son cose che si possano rendere molto più evidenti con una dimonstrazione che non colla migliore descrizione. L'autore fece venire con sè da Vienna una donna, già abituata a tali esami, e perciò adatta ad una pubblica dimonstrazione; e ad

essa egli introdusse gli instrumenti e un porto in vista l'esofago e l'interno dello stomaco⁵⁸

(62).

W drugiej części swojego wystąpienia Mikulicz przedstawił krótką historię rozwoju urządzeń służących do wziernikowania narządów wewnętrznych, skupiając się na badaniu pęcherza moczowego. Przypomniiał pierwsze próby cystoskopii i ureteroskopii wykonywane przez Nitzego⁵⁹ i Leitera⁶⁰ oraz sposób adaptacji ich pomysłu wzierników do uwidocznienia wnętrza przewodu pokarmowego. Podsumowując stwierdził, że o ile ezofagoskopię można już uznać za bardzo pomocne narzędzie diagnostyczne, o tyle gastroscopia jest ciągle w fazie początkowej. W owym czasie Mikulicz dysponował już doświadczeniem zdobytym podczas wziernikowania żołądka u 20 chorych. We włoskim sprawozdaniu opinia Mikulicz na temat gastrokopii brzmiała następująco:

Riguardo alla gastroscopia, concede l'autore che presentamente si tratti soltanto del principio di un metodo d'esame, che sta svilupandosi e che è capace ancora di numerose semplificazioni e miglioramenti; e giova sperare che colla cooperazione dei chirurghi e

⁵⁸Wprowadzenie wspomnianego narzędzia, ułożenie chorej, sposób obserwacji, dają się dużo lepiej wyjaśnić gdy towarzyszy im prezentacja na żywo niż za pomocą najlepszych nawet rysunków. Autor prezentacji (Mikulicz) przywiózł ze sobą z Wiednia chorą nawykłą do tych badań i przez to nadającą się do prezentacji przed licznym audytorium; tej właśnie kobiecie założył Mikulicz narzędzie uwidaczniając przełyk i wnętrze żołądka.

⁵⁹ Maximilian Carl-Friedrich Nitze (1848–1906) profesor urologii na Uniwersytecie w Berlinie, jako pierwszy wykonał wziernikowanie pęcherza moczowego (cystoskopię)

⁶⁰ Joseph Leiter (1830–1892) wiedeński wytwórca narzędzi chirurgicznych. W jego zakładzie skonstruowano pierwszy cystoskop wykorzystany przez Nitzego

degli assistenti negli ospedali anche la gastroscopia sarà per raggiungere una vera importanza pratica⁶¹ (62).

Podczas Kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w 1883 roku Mikulicz przedstawił nowatorski jak na owe czasy sposób rozpoznania raka żołądka za pomocą gastrokopu u 35-letniej chorej. Lekarze polscy z tym samym przypadkiem zapoznali się dzięki artykułowi w „Przeglądzie Lekarskim” (63). Jeszcze w tym samym roku sprawozdanie z Kongresu pozwoliło włoskim czytelnikom zaznajomić się z praktycznymi korzyściami wynikającymi z zastosowania tego narzędzia (64). Mikulicz, prezentując podczas Kongresu wspomniany przypadek, występował jako profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, co zostało odnotowane we włoskim sprawozdaniu.

Równie dokładnie jak z pracami Mikulicza dotyczącymi ezofagoskopii i gastrokopii, włoscy chirurdzy mieli okazję zapoznać się z pierwszym wycięciem odźwiernika z powodu wrzodu. Wspomnianą operację wykonał 21 listopada 1881 roku w Chełmnie nad Wisłą Ludwik Rydygier. Opis przełomowego zabiegu Rydygiera ukazał się pierwotnie w języku niemieckim w „Centralblatt für Chirurgie” i „Berliner Klinische Wochenschrift” (65). Podczas zjazdu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w roku 1882 Rydygier przedstawił szczegóły techniki operacyjnej, zaprezentował przebieg pooperacyjny oraz zademonstrował wycięty odźwiernik. Rydygier odniósł się bardzo krytycznie do komentarza redakcyjnego zamieszczonego w „Centralblatt für Chirurgie”, w którym znalazła się opinia, iż „należy mieć nadzieję, że przedstawiany przypadek będzie ostatnim tego rodzaju zabiegiem”.

⁶¹ Jeśli zaś chodzi o gastrokopię, autor (Mikulicz) uważa, że mamy do czynienia dopiero z początkowym etapem rozwoju metody, która zostanie w przyszłości ulepszona i uproszczona; należy zatem mieć nadzieję, że dzięki współpracy chirurgów i asystentów oddziałów szpitalnych również gastroscopia stanie się istotnym klinicznie narzędziem

Krytyczne wobec redakcji czasopisma wystąpienie Rydygiera zostało odnotowane przez włoskich chirurgów (66).

W drugiej części wystąpienia Rydygier na podstawie szeregu rysunków udowodnił, że przedstawiony przez Billrotha sposób zespolenia kikuta żołądka z dwunastnicą jest identyczny z wykonanym wcześniej przez niego. Dzięki sprawozdaniu z niemieckiego kongresu włoscy chirurdzy mieli okazję od początku śledzić spór toczący się między Rydygierem a Billrothem o pierwszeństwo wspomnianej operacji (66).

Zaprezentowany przez Rydygiera sposób zespolenia kikuta żołądka z dwunastnicą otrzymał z czasem we Włoszech, podobnie jak w większości krajów europejskich, nazwę sposobu Billroth I (6). Niemniej we włoskiej prasie chirurgicznej nadal pojawiają się artykuły przypominające, że autorstwo operacji należy się Ludwikowi Rydygierowi (67).

Zespolenie żołądka z jelitem cienkim sposobem Billrotha (powszechnie znane jako zespolenie typu Billroth II) doczekało się z czasem wielu odmian różniących się między sobą niewielkimi szczegółami technicznymi. Wśród szeregu sposobów odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego znalazł się także jeden opisany przez Mikulicza (68). Operacja ta była zbliżona do operacji zaproponowanej wcześniej przez Viktora von Hackera⁶². Modyfikacja Mikulicza polegała na przeprowadzeniu pętli jelita cienkiego przed poprzeczną, izoperystaltycznym zespoleniu części przekroju żołądka ze światłem jelita cienkiego oraz wykonaniem dodatkowego zespolenia jelitowo-jelitowego. Zabieg ten nosi, także we Włoszech nazwę operacji sposobem Mikulicza (54).

⁶² Viktor von Hacker (1852–1933) asystent Billrotha w Wiedniu, profesor chirurgii w Innsbrucku i Grazu (61). W 1885 roku opisał własny sposób odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po wycięciu żołądka.

Mniejszą popularność zdobył we Włoszech zmodyfikowany przez Mikulicza enterotom użyty po raz pierwszy przez francuskiego chirurga Guillaume'a Dupuytrena⁶³. Enterotom Mikulicza, znany w Polsce także pod nazwą miażdż Mikulicza, stosowany był do zamykania dwulufowego odbytu sztucznego (ryc.7). Narzędzie Mikulicza było używane przede wszystkim w Polsce i w Niemczech (69), ale także, choć sporadycznie, wspomniano je we włoskich opracowaniach chirurgicznych pod nazwą *pinze di Mikulicz* (30) lub *enterotomo di Mikulicz* (54).

Spośród licznych technicznych szczegółów przedstawianych przez Mikulicza znany we Włoszech był również termin „linia Mikulicza” określający miejsce przecięcia żołądka podczas jego resekcji oraz ciągły szew jelitowy Mikulicza (54).

Kongres Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego roku 1887 obfitował w wystąpienia polskich chirurgów. Aż trzy polskie prace znalazły się wśród przedrukowanych za dodatkiem do „Centralblatt für Chirurgie” włoskich wersji wystąpień.

Były to streszczenia dwóch prac Rydygiera oraz jednej Mikulicza wygłoszonych podczas tego kongresu. W pierwszej Rydygier opisał siedmioro chorych operowanych z powodu niedrożności przewodu pokarmowego w klinice krakowskiej (70). Druga prezentacja Rydygiera dotyczyła obserwacji odległych chorych poddawanych wcześniej wycięciu żołądka. Rydygier zademonstrował chorą po wycięciu odźwiernika z powodu raka, która przeżyła dwa i pół roku oraz dwoje chorych poddanych wycięciu żołądka z powodu wrzodu, cieszących się dobrym zdrowiem odpowiednio po sześciu i trzech latach od operacji (71).

Praca Mikulicza dotyczyła operacji zwężenia odźwiernika. Mikulicz przedstawił swój pomysł, polegający na podłużnym nacięciu jelita a następnie poprzecznym zeszcyciu rany, dzięki czemu poszerzał się zwężony chorobowo odcinek. Podobną operację zaprezentował

⁶³ Guillaume Dupuytren (1777–1835) profesor chirurgii Uniwersytetu w Paryżu, autor wielu technik chirurgicznych. Postać opisana przez Balzaka w kilku powieściach, m.in. *Stracone zbudzenia*.

wcześniej Walter Heineke⁶⁴, ale – co zaznaczyli autorzy włoskiego streszczenia – Mikulicz nie znał metody chirurga niemieckiego (72). Zaprezentowany przez Mikulicza zabieg został po raz pierwszy przeprowadzony przez niego 13 lutego 1887 roku w Krakowie. Zoperowana wówczas chora zmarła dwa dni po operacji na skutek zapalenia otrzewnej. Preparat żołądka zmarłej pacjentki Mikulicz zademonstrował podczas posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (61). Opis przypadku wraz z dokładną techniką operacyjną ogłosił po niemiecku już po objęciu katedry w Królewcu (73). Zabieg ten na stałe wszedł do kanonu operacji brzusznych jako pyloroplastyka sposobem Mikulicza lub Heineke-Mikulicza. Nazwą tą posługują się do dziś chirurdzy zarówno polscy, jak i włoscy (54).

W sprawozdaniach z kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w roku 1888 znalazły się streszczenia włoskie wspomnianej w rozdziale *Antysepetyka i leczenie ran* pracy Ludwika Rydygiera, oraz pracy Jana Mikulicza dotyczącej operacyjnego leczenia wypadania odbytnicy (74).

Podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych w roku 1903 Mikulicz zaprezentował wyniki leczenia 24 chorych operowanych przez siebie w latach 1898–1903 z powodu raka jelita grubego. U wszystkich chorych wykonał odcinkowe wycięcie jelita grubego po wyłonieniu poza jamę brzuszną. Zabieg ten zdobył szybko uznanie także we Włoszech, gdzie był wykonywany jeszcze w latach czterdziestych XX wieku. Pomimo, że Mikulicz nie był pierwszym chirurgiem, który zaproponował ten sposób resekcji, w wielu krajach, między innymi we Włoszech, operacja ta była powszechnie znana jako operacja sposobem Mikulicza (75). W obszernej pracy z roku 2002 przypominającej znaczenie tej operacji, włoscy autorzy pisali:

⁶⁴ Walter Hermann Heineke (1834–1901) profesor chirurgii Uniwersytetu w Erlangen

Le indicazioni a questa operazione in più tempi sono andate progressivamente diminuendo ed attualmente va considerata eccezionale e soltanto in urgenza. L'avvento degli antibiotici ed i progressi della terapia intensiva perioperatoria hanno infatti reso la colectomia intraperitoneale meno rischiosa di quanto lo fosse all'inizio del secolo, quando Mikulicz perfezionò l'intervento che porta il suo nome⁶⁵ (75).

W dziedzinie chirurgii przewodu pokarmowego wpływ polskiej myśli chirurgicznej na chirurgów włoskich jest bardzo wyraźny. Prace Jana Mikulicza-Radeckiego oraz Ludwika Rydygiera były często tłumaczone na język włoski, a ich autorzy byli we Włoszech wysoko cenieni. Do dnia dzisiejszego pionowe cięcia w linii środkowej ciała lub w jej pobliżu są przez niektórych chirurgów włoskich nazywane cięciami Rydygiera (54). Nie wszystkie jednak pomysły Mikulicza z zakresu chirurgii przewodu pokarmowego, choć znane szeroko w Polsce i w Niemczech, jak np. worek Mikulicza, zostały dostrzeżone we Włoszech (61; 69).

Chirurgia tarczycy

We Włoszech pionierem chirurgii tarczycy był Luigi Porta. Na 40 lat przed Teodorem Kocherem, w roku 1838 przeprowadził zabieg wyluszczenia wola (4). Powikłania ropne oraz obfite krwawienia związane z tym zabiegiem zmusiły Portę do poszukiwania alternatywnych rozwiązań. W roku 1852 Porta przeprowadził operację podwiązania tętnicy tarczycy górnej i dolnej u chorej z wolem (76). Chora przeżyła pomimo licznych powikłań pooperacyjnych, ale przez długi okres czasu zabieg tego rodzaju nie znalazł naśladowców (4).

⁶⁵ Z upływem czasu wskazania do tego zabiegu ulegały ograniczeniu i obecnie przeprowadza się ją zupełnie wyjątkowo, przede wszystkim podczas operacji ze wskazań nagłych. Nadejście ery antybiotyków i postęp w dziedzinie intensywnej opieki medycznej w okresie okołoperacyjnym spowodowały, że wykonywanie wewnątrztrzewnowej resekcji jelita grubego stało się operacją obciążoną dużo mniejszym ryzykiem niż miało to miejsce na początku wieku, kiedy Mikulicz opracowywał operację noszącą jego imię.

Minęło 25 lat, gdy metodę Porty zastosowało dwóch polskich chirurgów. Tomasz Drobnik⁶⁶, jako asystent anatomii w Strasburgu, w swojej pracy *O podwiązaniu tętnicy tarczowej dolnej* opublikowanej w roku 1887 na łamach „Gazety Lekarskiej” przedstawił technikę podwiązania tętnicy tarczowej. Drobnik tak pisał o wcześniejszych doświadczeniach włoskiego chirurga:

Porta był pierwszym wykonawcą podwiązania obu doprowadzających tętnic tarczowych, górnej i dolnej. Ostateczny wynik operacji był dobry pomimo ciężkiego przebiegu pooperacyjnego, wskutek zapalenia ropnego tkanki łącznej i krwotoków kilkakrotnie się powtarzających. Pomimo nawoływań Porty do wykonywania tej operacji, nikt już później aż do Woelfler’a nie kwapił się z podwiązaniem tętnic tarczowych (77).

Wspomniany przez Drobnika Antoni Wölfler⁶⁷, był pierwszym chirurgiem, który w dobie aseptyki podwiązał tętnice tarczowe u psów, a następnie – po jednej stronie – wykonał ten zabieg u człowieka. Rozwinięcie metody miało miejsce w Krakowie, gdzie kierujący oddziałem chirurgicznym Szpitala św. Łazarza Alfred Obaliński podwiązał tętnice tarczowe po obu stronach. Podsumowując osiągnięcia swoich poprzedników pisał:

O wiele właściwszą drogę obrał sobie Wölfler wracając do metody, którą podał jeszcze Mays w XVII wieku, a którą wykonywali w początku obecnego wieku Ph. Walther, Blizzard, C.M. Langenbeck i Porta. Polegała ona na podwiązaniu obydwu tętnic tarczykowych jednej strony i byłaby niewątpliwie wydała dobre rezultaty, jak się to zresztą w kilku przypadkach okazało, gdyby nie ciężkie przypadki towarzyszące przebiegowi ran,

⁶⁶ Tomasz Drobnik (1858–1901) absolwent uniwersytetów we Wrocławiu i Würzburgu, asystent anatomii na Uniwersytecie w Strasburgu oraz chirurgii we Wrocławiu. Ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dziecięcym św. Józefa w Poznaniu. Autor własnej metody chirurgicznego leczenia porażenia dziecięcego.

⁶⁷ Antoni Wölfler (1850–1917) profesor chirurgii Uniwersytetu w Grazu oraz Uniwersytetu Karola w Pradze. W roku 1881 wykonał pierwszą w świecie gastroenterostomię u chorego z niedrożnością odźwiernika.

jak flegmony, ropnica, krwotoki następowe itp., które zmusiły ostatecznie chirurgów do wydania potępiającego o niej orzeczenia.

Wykorzystując doświadczenia Porty i Wöflera oraz opisaną przez Drobnika technikę, Obaliński w roku 1887 opisał wykonany przez siebie w Krakowie zabieg podwiązania wszystkich tętnic tarczowych u chorej z olbrzymim wolem (78).

W roku 1885 ukazała się pionierska praca Mikulicza, przebywającego wówczas w Krakowie, dotycząca klinowej resekcji wola. Mikulicz przedstawił swoje doświadczenia jednocześnie po polsku w artykule *O resekcji wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyluszczenia gruczołu tarczowego* na łamach „Przeglądu Lekarskiego” (79) oraz w języku niemieckim w artykule *Über die Resektion des Kropfes, nebst Bemerkungen über die Folgezustände der Totalexirtipation der Schilddrüse* (80) w „Centralblatt für Chirurgie”. Chirurgzy włoscy zajmujący się leczeniem chirurgicznym tarczycy znali osiągnięcia Mikulicza w tej dziedzinie i nadal doceniają jego wkład w rozwój chirurgii tarczycy (81).

Ortopedia

Prace Ludwika Rydygiera o tematyce ortopedycznej były znane we Włoszech. Streszczenie jego rozprawy habilitacyjnej, napisanej na Uniwersytecie w Jenie w języku niemieckim pod tytułem *Eine neue methode zur behandlung von Pseudoartrosen* (82) ukazało się w języku włoskim jako *Nuovo metodo di cura delle pseudoartrosi*. Oprócz dokładnego opisu techniki operacyjnej w streszczeniu tym podkreślano również zalecaną przez autora dbałość o poprawne wykonanie antyseptycznego opatrunku, używając określenia „opatrunek listerowski” (83).

W roku 1888 we Włoszech, również w formie streszczenia ukazały się uwagi Ludwika Rydygiera do amputacji stopy sposobem Pirogowa⁶⁸ (84). Opinia Rydygiera przedstawiona została w następujący sposób:

In un caso di ulcera cronica della meta inferiore della gamba, la quale aveva intaccato anche la tibia, l'Autore esegui l'amputazione del piede col metodo di Pirogow formando un lembo colle parti molli dell'intera pianta del piede e con questo ricopro il fondo dell'esulcerazione previamente raschiata con diligenza, ottenendo così un moncone atto a reggere il corpo senza notevole accorciamento dell'arto⁶⁹ (84).

Rydygier w momencie prezentacji pracy był już profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego, co również zostało odnotowane we włoskim sprawozdaniu.

Chirurdzy włoscy mogli się także zapoznać z przetłumaczoną wersją pracy Jana Mikulicza dotyczącej wprowadzonej przez niego modyfikacji resekcji stopy. Osteoplastyczna resekcja stopy polegała na wycięciu ogniska gruźlicy w granicach zdrowych tkanek w taki sposób, aby płaszczyzna chodu została przeniesiona na główki kości śródstopia i palców (ryc.8) (85). Artykuł ukazał się pod włoskim tytułem *Dimostrazione di un caso guarito di resezione osteoplastica del piede col metodo sue proprio* (86). Opis techniki Mikulicza, kierującego wówczas katedrą chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, ukazał się w języku niemieckim (*Eine neue osteplastische Resektionsmethode Am Fuße*) (87) oraz polskim *Dwa przypadki osteoplastycznej resekcji stopy według własnej metody*. W dyskusji o

⁶⁸ Mikołaj Iwanowicz Pirogow (1810–1881) profesor chirurgii Uniwersytetu w Dorpacie i w Petersburgu. Autor techniki osteoplastycznej amputacji stopy, wprowadził w Rosji narkozę eterową.

⁶⁹ W przypadku przewlekłego owrzodzenia występującego nisko na kończynie dolnej i obejmującego także piszczel, Autor (Rydygier) wykonuje amputację stopy sposobem Pirogowa, wytwarzając płat z tkanek miękkich podszwy i pokrywając nim dno oczyszczonego wcześniej delikatnie owrzodzenia, uzyskując w ten sposób kikut przygotowany do podpierania ciała bez widocznego skrócenia kończyny.

pierwszeństwie i nazewnictwie tego zabiegu Mikulicz zalecał używanie nazwy resekcja Władymirowa-Mikulicza (88), gdyż podobną operację wykonał dziesięć lat wcześniej mało znany chirurg rosyjski Aleksander Władymirow⁷⁰ (89).

W roku 1904 w pracy pod tytułem *Nuovo procedimento nella resezione del tarso alla Mikulicz*, Fabrizio Padula⁷¹ na podstawie licznych zabiegów przeprowadzanych w prosektorium opisał modyfikację operacji Władymirowa-Mikulicza, pozwalającą na zachowanie tętnicy piszczelowej tylnej i nerwu piszczelowego (90). Zabieg Paduli (Mikulicza-Paduli) po raz pierwszy wykonał u człowieka neapolitański profesor chirurgii Antonio D'Antona⁷² w 1905 roku (91).

Podczas kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w 1883 roku Mikulicz, będący już od roku profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego, zaprezentował skoliozometr, własnego pomysłu urządzenie do pomiaru stopnia skrzywienia kręgosłupa (ryc. 9). Polscy czytelnicy zapoznali się ze skoliozometrem za pośrednictwem „Przeglądu Lekarskiego”, w którym w tym samym roku znalazł się artykuł *Skoliozometer, przyrząd do mierzenia skrzywienia boczego kręgosłupa* (92). Krótka prezentacja skoliozometru Mikulicza ukazała się również w języku włoskim. Opis tego urządzenia brzmiał następująco:

Lo scoliosimetro consta essenzialmente di due aste d'acciajo, che formano angolo retto e scorrono l'una sull'altra, di una cinta e di un disco metallico gradnato⁷³ (93).

⁷⁰ Aleksander Władymirow (1837–1903) chirurg rosyjski praktykujący w Kazaniu.

⁷¹ Fabrizio Padula (1861–1933) profesor chirurgii Uniwersytetu Neapolitańskiego

⁷² Antonio D'Antona (1842–1923) profesor chirurgii Uniwersytetu Neapolitańskiego

⁷³ Skoliozometr składa się zasadniczo z dwóch prętów stalowych tworzących między sobą kąt prosty i ruchomych względem siebie, pasa mocującego oraz wystopniowanego dysku.

Spośród osiągnięć polskiej ortopedii szeroko znana we Włoszech była również podana przez Obalińskiego ze Szpitala św. Łazarza w Krakowie w 1890 roku metoda resekcji kości stępu (94). Operacja nazwana przez autora *resectio longitudinalis minor*, wykonywana w przypadkach gruźlicy kości, pozwalała na pełne odsłonięcie stawu i usunięcie jedynie fragmentów kości zmienionych chorobowo. Dzięki temu można było zachować zbliżony do pierwotnego kształt, a przede wszystkim czynność stopy. Operacja Obalińskiego dzięki swojej prostocie i doskonałym wynikom czynnościowym stała się szeroko znana wśród chirurgów europejskich. Również z powodzeniem była stosowana we Włoszech, między innymi w klinice Bassiniego i Troconiego (95). W dwadzieścia lat po śmierci Obalińskiego ukazało się w Bolonii obszerne opracowanie poświęcone jego metodzie resekcji kości stępu zatytułowane *La resezione secondo Obalinski nelle artriti purulente del tarso*⁷⁴ (96).

Na przełomie XIX i XX wieku we Włoszech zaczęły się wybijać dwa ośrodki ortopedyczne: mediolański oraz boloński. Ich osiągnięcia miały znaczący wpływ na chirurgię polską. Chirurgi polscy szczególnie wysoko cenili Ricarda Galeazziego⁷⁵ z Mediolanu oraz w jeszcze większym stopniu jego ucznia Vittoria Puttiego⁷⁶ (ryc.10). Znane w Polsce były też

⁷⁴ Resekcja sposobem Obalińskiego w ropnym zapaleniu kości stępu

⁷⁵ Ricardo Galeazzi (1866–1952) przez blisko 35 lat kierował Kliniką Ortopedyczną Uniwersytetu Mediolańskiego. Jego zainteresowania naukowe koncentrowały się na ortopedii dziecięcej, zaburzeniach postawy i schorzeniach kręgosłupa (185).

⁷⁶ Vittorio Putti (1880–1940) profesor chirurgii w Bolonii i kontynuator myśli Galeazziego, Pracował nad regeneracją i przeszczepami kości. Wprowadził do użytku między innymi stół operacyjny własnego pomysłu oraz stalowe wstążki do zespalania złamań wieloodłamowych. W latach 1928–1940 pełnił funkcję członka rady redakcyjnej *Journal of Bone and Joint Surgery* (186).

nazwiska innych chirurgów mediolańskich zajmujących się ortopedią, utrwalone w używanym do dziś mianownictwie. Byli to Gian Battista Monteggia⁷⁷ i Rocco Gritti⁷⁸.

Wśród licznych prac Galeazziego, jedną z najlepiej znanych w Polsce była nowa technika operacji garbu bocznego. Technikę tę przedstawił podczas XXVIII Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w roku 1935 w Krakowie krakowski chirurg Juliusz Zaremba⁷⁹ (49). Zaremba podczas dwumiesięcznego pobytu w klinice mediolańskiej w 1929 roku naocznie poznał metody stosowane przez Galeazziego (97). Do szeroko znanych w Polsce prac Galeazziego należy również opis charakterystycznego złamania trzonu kości promieniowej ze zwichnięciem w stawie promieniowo łokciowym dalszym (złamanie Galeazziego) oraz opis objawu polegającego na skróceniu względnej długości kończyny dolnej w dysplazji stawu biodrowego (objaw Galeazziego znany też jako test Galeazziego-Ellisa) (98). Opracowany przez Galeazziego gorset ortopedyczny do leczenia skoliozy był w

⁷⁷ Gian Battista Monteggia (1762–1815) profesor chirurgii w Ospedale Maggiore w Mediolanie. Przetłumaczył z języka niemieckiego na włoski dwa podręczniki ginekologii i wenerologii. W roku 1802 wydał podręcznik „*Instituzioni chirurgiche*”. Wykonywał liczne operacje ginekologiczne. W roku 1794 przeprowadził pierwszą we Włoszech histerekтомиę. Opisał złamanie przedramienia ze zwichnięciem głowy kości promieniowej znane jako złamanie typu Monteggia.

⁷⁸ Rocco Gritti (1828–1920) zajmował się chirurgią wojskową oraz traumatologią, dwukrotnie ochotnik w wojsku włoskim. Autor techniki amputacji kończyny dolnej polegający na odjęciu kończyny w stawie kolanowym z zachowaniem rzepek znany do dziś jako amputacja Grittiego (lub Grittiego-Stokesa).

⁷⁹ Juliusz Zaremba (1891–1981) absolwent Uniwersytetu w Odessie, profesor ortopedii i traumatologii Akademii Medycznej w Krakowie, żołnierz I i II Wojny Światowej, po wojnie polsko-bolszewickiej 1920 roku odznaczony krzyżem *Virtuti Militari*.

użyciu między innymi w poznańskiej klinice ortopedycznej (99). Zwiedzający klinikę Galeazziego w 1926 roku Adam Gruca⁸⁰ pisał:

Specjalnością kliniki jest leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa za pomocą aparatu Galeazziego, umożliwiającego prostowanie wszelkich skrzywień i skręceń kręgosłupa i garbów żebrowych w postawie poziomej przy ustalonej miednicy. Wyniki tego leczenia mają być doskonałe, sposób sam jednak i przyrząd poza pokazami w towarzystwach lekarskich szerzej, o ile się mogłem dowiedzieć, opisany nie został, stąd też we Włoszech jest on stosunkowo mało znany, a poza Włochami – prawie wcale (100).

Istotny wpływ na polską ortopedię pierwszej połowy XX wieku miał znajdujący się pod Bolonią Instytut Rizzoliego. Instytut został ufundowany w roku 1880 przez Francesco Rizzoliego⁸¹ i mieścił się w budynku klasztoru oliwetanów (ryc. 11). W testamencie Rizzoli zapisał na rzecz Instytutu cały swój majątek. Działalność leczniczą Instytut rozpoczął dopiero w 16 lat po śmierci fundatora, w roku 1896. Polskie związki z budynkiem, w którym mieści się Instytut Rizzoliego, sięgają roku 1800, kiedy to w klasztorze oliwetanów stacjonowały Legiony Dąbrowskiego (101). W dziedzinie ortopedii Instytut zdobył znaczną sławę w okresie kiedy kierował nim Vittorio Putti.

W okresie międzywojennym klinika bolońska Puttiego (ryc. 11) była jedną z najbardziej cenionych klinik ortopedycznych w Europie. Przyjeżdżali do niej na staże naukowe ortopedzi z całej Europy i Ameryk (101). Przebywali w niej na stażu między innymi

⁸⁰ Adam Gruca (1893–1983) profesor chirurgii Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i Akademii Medycznej w Warszawie. Wprowadził szereg nowatorskich rozwiązań operacyjnych w leczeniu wrodzonych wad narządu ruchu.

⁸¹ Francesco Rizzoli (1809–1880) chirurg w Bolonii, fundator Instytutu Ortopedycznego pod Bolonią.

Juliusz Zaremba z Krakowa, Wiktor Dega⁸² z Poznania oraz Adam Gruca ze Lwowa (99). Najdłużej z polskich chirurgów w bolońskiej klinice –bo aż dwa lata w okresie 1927 do 1930 – przebywał Juliusz Zaremba. Znajomości z asystentami Puttiego, z których rekrutowało się wiele późniejszych sław chirurgii włoskiej, dały początek silnym związkom ortopedii włoskiej i polskiej (97). Zaremba po latach zapisał w pamiętniku Puttiego:

Więzi, jakie powstały pomiędzy ortopedią włoską a polską w okresie międzywojennym pozostają silne do dziś, a kontakty między Kliniką Krakowską a Instytutem Rizzoliego oraz innymi ośrodkami włoskimi są wciąż częste i żywe. Pozwalam sobie stwierdzić, że, w gruncie rzeczy, ortopedia polska pochodzi z Instytutu im. Rizzoli (102).

Dwuletni pobyt Zaremby⁸³ w Bolonii zaowocował nie tylko intensywnymi kontaktami osobistymi, ale także kontynuowaną w późniejszych latach jego działalnością naukową. Zaremba publikował wyniki swoich badań także po włosku w czasopiśmie włoskich. W roku 1931 w pracy zatytułowanej *Sulle artroplastiche dell'anca* (103) zebrał wyniki swoich badań nad artroplastyką biodra, a w rok później wyniki doświadczalnych prac nad chirurgicznym leczeniem niestabilności stawu kolanowego – *Sulla cura dell'instabilita articolare dopo mobilizzazione chirurgica del ginocchio* (104). Aktywnie uczestniczył w zjazdach Włoskiego Towarzystwa Ortopedyczno-Traumatologicznego (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, SIOT), prezentując w Bolonii w 1932 roku referat *Leczenie zastarzałego zwichnięcia biodra* oraz w Rzymie w 1934 roku z pracą *Wyniki leczenia*

⁸² Wiktor Marian Dega (1896–1995) profesor chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego i Akademii Medycznej w Poznaniu, żołnierz w I i II wojnie światowej. Specjalizował się w leczeniu wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego.

⁸³ Juliusz Zarembę wspominał w Instytucie Rizzoliego jeszcze wiele lat po II Wojnie Światowej o czym pisał w sprawozdaniu z pobytu w Bolonii Adam Pąchalski (101)

wrodzonej stopy końsko-szpotawej modyfikacją metody Brockmanna (ryc. 12). Od 1934 roku był honorowym członkiem zagranicznym Włoskiego Towarzystwa Ortopedyczno-Traumatologicznego. Na zaproszenie Juliusza Zaremby, Vittorio Putti przybył do Warszawy w roku 1934 by wziąć udział w Międzynarodowym Kongresie Ortopedii (97).

Podczas wspomnianej konferencji naukowej Włoskiego Towarzystwa Ortopedyczno-Traumatologicznego, zorganizowanej w 1932 roku w Bolonii przez Puttiego, Dega zaprezentował pierwsze spostrzeżenia, które stały się punktem wyjścia do opracowanej przez niego nowej, oryginalnej metody operacyjnej nazwanej osteotomią transiliakalną (105). Poza tym Wiktor Dega i Adam Gruca pozostawili ze swoich pobytów w bolońskiej klinice obszerne wspomnienia, których fragmenty cytowane są w rozdziale *Wspomnienia z pobytów w klinikach włoskich*.

Wśród wielu innowacji wprowadzonych przez Puttiego znaczną popularność w Polsce uzyskały wstążki stalowe wykorzystywane do zespalania odłamów kości. W roku 1926 Kazimierz Opacki⁸⁴ z Warszawy zaprezentował wyniki leczenia dużej grupy chorych z wykorzystaniem między innymi tego sposobu zespolenia (106). Z kolei zakupiony przez poznańską klinikę ortopedyczną stół Puttiego był przez długie lata użytkowany w stolicy Wielkopolski (99).

W okresie międzywojennym znaczną sławą cieszył się również w Polsce Instytut dla Dzieci w Ferrarze kierowany przez Marino Ortolaniego⁸⁵. Ortolani interesował się problematyką wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Mimo, że z wykształcenia nie był chirurgiem a pediatrą, jego prace miały dla ortopedii istotne znaczenie (107). W roku 1937

⁸⁴ Kazimierz Opacki (1888–1955) absolwent Uniwersytetu w Charkowie, ordynator Oddziału Ortopedycznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, szef służby zdrowia Lotnictwa Polskiego w Wielkiej Brytanii.

⁸⁵ Marino Ortolani (1904–1983) profesor pediatrii na Uniwersytecie w Ferrarze. Interesował się wrodzonymi zwichnięciami biodra u dzieci.

opisał charakterystyczny objaw zwichnięcia stawu, znany do dziś jako objaw Ortolaniego (108). W kierowanym przez Ortolaniego Instytucie przebywał w roku 1932 Wiktor Dega, którego rozprawa habilitacyjna z roku 1933 dotyczyła etiopatogenezy wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego (99).

W Polsce wielu chirurgów korzystało z metod operacyjnych wypracowanych w czołowych ortopedycznych ośrodkach Włoch. Szczególnie popularne były korekcje wrodzonego wysokiego ustawienia łopatki sposobem Puttiego, operacje garbu bocznego metodą Galeazziego i amputacja w stawie kolanowym sposobem Grittiego.

Kontakty Polaków z włoskim środowiskiem ortopedycznym zwłaszcza ze szkołą Puttiego były kontynuowane także po II wojnie światowej. Były to zarówno pobyty szkoleniowe w Instytucie Rizzoligo (101) jak również wspólnie organizowane zjazdy i konferencje naukowe (109).

Ginekologia i położnictwo

Najbardziej znaczącym zabiegiem z zakresu ginekologii i położnictwa, który opracowany we Włoszech zdobył znaczne uznanie na całym świecie, w tym także w Polsce, było cięcie cesarskie metodą Porro⁸⁶.

Do końca XIX wieku cięcie cesarskie wykonywano jako zabieg ostatecznego ratunku i w większości przypadków kończyło się śmiercią zarówno matki, jak i dziecka. Tak też działo się w szpitalu San Matteo w Pawii (ryc. 13), gdzie wszystkie cięcia cesarskie aż do roku 1876 zakończyły się zgonem matki i dziecka. W tym szpitalu w roku 1876 Porro, po zbadaniu chorej ze zdeformowaną przez krzywicę miednicą i przenoszoną ciążą (ryc. 14), zdecydował

⁸⁶ Eduardo Porro (1842–1902) profesor położnictwa na Uniwersytecie w Pawii. Po studiach pracował w Mediolanie, brał udział w kampaniach Garibaldi (187), katedrę położnictwa objął mając 33 lata (110). Wsławił się zaproponowaną przez siebie odmianą cięcia cesarskiego.

się na przeprowadzenie cięcia cesarskiego z następową amputacją macicy z przydatkami i wyłonieniem kikuta szyjki macicy nad powłoki jamy brzusznej. Zabieg ten był efektem jego wcześniejszych, przeprowadzanych na zwłokach studiów nad techniką operacyjną (110). Badania swoje kontynuował operując zwierzęta metodą będącą powtórzeniem doświadczeń florenckiego chirurga Cavalliniego z roku 1768 (111). Dysponując zgromadzoną w ten sposób wiedzą, Porro, po raz pierwszy w dziejach szpitala w Pawii, uratował zarówno matkę jak i dziecko. W tym samym roku wydał pracę *Dell'amputazione utero-ovarica come complemento di talio cesareo*, która w niedługim czasie zmieniła praktykę ginekologiczną na całym świecie. Śmiertelność po cięciu cesarskim metodą Porro wynosiła około 45-60%, co było wynikiem wyśmienitym, gdyż wcześniej wykonywane zabiegi kończyły się śmiercią matki i dziecka w ponad 90% przypadków (112). Cztery lata po pionierskim zabiegu Porro, tak pisał o tej metodzie Stanisław Kondratowicz⁸⁷ na łamach „Medycyny”:

Najznakomitszym jednak i olbrzymim na drodze postępu krokiem, jest niezaprzeczenie sposób, zastosowany po raz pierwszy przez d-ra Edwarda Porro, profesora uniwersytetu w Pawii w r. 1876. Jak zapewne już wszystkim wiadomo, akuszer ten, robiąc cięcie cesarskie, po wydobyciu dziecięcia i łożyska, wyciągnął na zewnątrz przez ranę brzuszną całą macicę z jajowodami, jajnikami i częściami więzadeł szerokich, podobnie jak to się robi przy wycinaniu jajnika z workiem torbieli po wypuszczeniu z niej płynu; następnie, utrzymując macicę w położeniu pionowym, nałożył na wysokości wewnętrznego ujścia macicznego na całą szypułkę pętlę z drutu żelaznego, którą zacisnął przyrządem Cintrat'a, a wszystko co było powyżej pętli odciął nożem, szypułkę umocnił w dolnym kącie rany, założył dren do jamy Douglas'a i ranę brzuszną zaszył za pomocą szwów z drutu srebrnego. Pomyślny skutek uwieńczył śmiałą myśl operatora, chora bowiem, po przebyciu zapalenia więzadła szerokiego lewego, z wysiękiem, zapaleniem naczyń limfatycznych na

⁸⁷ Stanisław Kondratowicz (1850–1898) doktor Uniwersytetu Warszawskiego, ginekolog i położnik w Warszawie, wydawca „Gazety Lekarskiej”

lewej nodze i lekkiego zapalenia opłucni, przy czym potworzyły się i odleżyny, wyszła zdrowa w 40 dni po operacji. Sama operacja wykonana była w klinice akuszerskiej, w której aż do owej chwili wszystkie cięcia cesarskie kończyły się śmiercią operowanej (113).

W ciągu dalszych 25 lat od wprowadzenia cięcia cesarskiego metodą Porro śmiertelność matek poddawanych tej operacji wynosiła w krajach europejskich około 24%, a noworodków 22%. Znaczna poprawa wyników oraz zaoszczędzenie macicy było możliwe między innymi dzięki wprowadzeniu szwu macicy, którego autorem był uczeń Porro, Luigi Mangiagalli⁸⁸ (114).

Cięcie cesarskie sposobem Porro przybliżył polskim chirurgom i położnikom wspomniany Stanisław Kondratowicz w roku 1880 (113). Już cztery lata po oryginalnym zabiegu polski położnik pisał:

Tak więc aż do ostatnich czasów nie zdołano wynaleźć żadnego środka zaradczego, przeciw niebezpieczeństwom grożącym kobietom wskutek cięcia cesarskiego. Problemat ten udało się szczęśliwie rozwiązać profesorowi Porro i od jego czasu operacja cięcia cesarskiego weszła na nowe tory (113).

Metoda Porro została szybko przyjęta przez chirurgów na ziemiach polskich. Pierwszą u nas operację tym sposobem wykonał asystent Uniwersytetu Warszawskiego Feliks Ficki w roku 1880 (112). Wkrótce zabieg ten wykonywano także w innych ośrodkach (112). O

⁸⁸ Luigi Mangiagalli (1850–1928) profesor chirurgii i położnictwa uniwersytetów w Sassari, Katanii, Pawii i Mediolanie, opracował szew pozwalający na skuteczne zeszywanie macicy po wydobyciu płodu. Jeden z inicjatorów założenia i pierwszy rektor Uniwersytetu Mediolańskiego.

wskazaniach do metody Porro często dyskutowano na łamach prasy medycznej. W roku 1893 tak charakteryzował wskazania do tej operacji Adam Czyżewicz⁸⁹:

Bezwzględnie używałbym metody Porry w razie potrzeby cięcia cesarskiego:

1. W osteomalacji, aby uniknąć kastracji osobnej;
2. W dającej się z góry obliczyć bezwładności macicy po jej wypróżnieniu. W razie nieobliczenia jej z góry, nie wahałbym się podczas operacji dla zatrzymania krwotoku zmienić metodę;
3. W przypadkach, w których odjęcie całej macicy jest wskazane, a to w celu usunięcia nowotworu albo ogniska gnilnego.

Wyłączne zachowanie dla metody Porry przypadków znacznego zwężenia lub zrośnięcia pochwy, ciąży w jednym rożku dwurożnej macicy i bezwzględnego ściśnienia miednicy nie uważałbym za odpowiednie. Ustanowienie tych wskazań mogło mieć jedynie na oku sprowadzenie stałej niepłodności i uniknięcie operacji powtórnych. W takich razach należy pozostawić wybór metody operatorowi, jego ocenie właściwości każdego przypadku, możliwości lub niemożności usunięcia zboczenia innym zabiegiem operacyjnym, nareszcie jego poglądom na etykę lekarską (115).

Z czasem wskazania do operacji Porro ulegały ograniczeniu, ale w roku 1888 Stanisław Braun⁹⁰ z Krakowa pisał:

Postanowiliśmy jednak wykonać cięcie według metody Porry, a to dlatego, aby kobieta ta znacznie osłabiona i z naciekiem w płucach, znajdująca się w późnym wieku, operowana metodą Porry była narażona na mniejsze niebezpieczeństwo, zabezpieczona nadal od powtórnego zastąpienia, a tem samem powtórzenia operacji niebezpiecznej, i nie

⁸⁹ Adam Ferdynand Czyżewicz (1841–1910) chirurg, absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, w 1870 roku przeniósł się do Lwowa, był członkiem Krajowej Rady Zdrowia.

⁹⁰ Stanisław Braun (1859–1922) profesor nadzwyczajny ginekologii i położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

obdarzała społeczeństwa dziećmi, które zrodzone z matki głupkowatej i suchotnicy, nie przyniosłyby mu wielkiego pożytku (116).

Przytoczona opinia krakowskiego położnika dotyczyła podstawowego zarzutu, z jakim spotykała się metoda Porro, odkąd tylko została zastosowana po raz pierwszy: pozbawienia kobiety płodności. W rok po zabiegu wykonanym przez Porro na posiedzeniu ginekologów w Monachium dobitnie wyraził to Beigel, stwierdzając, że operacja Porro jest w sprzeczności z kodeksem karnym (113). Mimo tych zastrzeżeń cięcie cesarskie sposobem Porro było wykonywane w Polsce i Europie jeszcze do lat dwudziestych XX wieku (112).

Piłka Gigliego

Osobnym zagadnieniem związanym z polsko-włoskimi kontaktami chirurgicznymi w dziedzinie położnictwa jest osoba Leonarda Gigliego, włoskiego położnika przebywającego w latach 1892–1893 w klinice uniwersyteckiej we Wrocławiu.

Leonardo Gigli po ukończeniu studiów medycznych we Florencji, rozpoczął tam naukę położnictwa, ale stracił posiadłość i był zmuszony przenieść się do Paryża, Londynu, następnie do Wrocławia (117). Podczas pobytu w Paryżu asystował wielokrotnie do zabiegów przecięcia spojenia łonowego (symphysectomii). Zabieg ten, którego pomysł narodził się w 1765 roku (116), został wykonany po raz pierwszy w 1777 roku przez Sigaulta⁹¹ (118) i miał za zadanie poprzez rozsuniecie kości łonowych umożliwić poród drogą naturalną w przypadku małej sprężnej wewnętrznej. Przez prawie sto lat od opisu zabiegu praktycznie nie był on wykonywany ze względu na bardzo dużą liczbę powikłań. Dopiero praca Ottavio

⁹¹ Jean-Réné Sigault (1740–?) chirurg i ginekolog w Paryżu, w roku 1777 przeciął spojenie łonowe u 40. letniej chorej ze zdeformowaną miednicą doprowadzając do urodzenia zdrowego dziecka.

Morisaniego⁹² opublikowana w roku 1881 ponownie zwróciła uwagę na przydatność przecięcia spojenia łonowego. Morisani posłużył się tą metodą u 50 położnic, z których przeżyło 40, rodząc 41 zdrowych dzieci. Sukces ten był szeroko komentowany również w Polsce. W roku 1888 Stanisław Braun przedstawił pomysł włoskiego położnika następującymi słowami:

Dopiero w 100 lat później, bo w r.1881, spotykamy się z pracą Morisaniego z Neapolu, w której podaje, że dokonawszy symfysectomii pięćdziesiąt razy uratował życie czterdziestu matkom, co daje 20% śmiertelności, i 41 dzieciom, co wynosi 82% żywo urodzonych w ten sposób dzieci. Metoda ta polega na tym, że cięciem 3–4 cm długim przecina się skórę na wznórku łonowym aż do kości, następnie nożykiem gałkowanym Galbiatego podchodzi się pod dolny brzeg spojenia łonowego i przecina się je od dołu i tyłu ku przodowi i górze (116).

Obserwując przebieg operacji Sigaulta i Morisaniego wykonywanej w klinikach paryskich, Gigli zauważył, że operacja nadal była związana ze znaczną ilością powikłań. Do najpoważniejszych należało krwawienie ze splotów żylnych, uszkodzenia pęcherza, pochwy i cewki moczowej (117).

W okresie od listopada 1892 do czerwca 1893 Gigli przebywał we wrocławskiej klinice ginekologiczno-położniczej prowadzonej przez Heinricha Fritscha⁹³ (117). Klinika Fritscha znana była przede wszystkim ze stojącej na wysokim poziomie ginekologii operacyjnej (32). Zainteresowanie nowoczesnymi technikami operacyjnymi wiązało się z utrzymywaniem przez klinikę ginekologiczną bliskich kontaktów z kliniką chirurgiczną (117). Był to okres, w którym chirurgia wrocławska stała na bardzo wysokim poziomie, głównie za sprawą Jana Mikulicza, który objął kierownictwo kliniki 1 października 1890, po

⁹² Ottavio Morisani (1835–1914) chirurg i ginekolog w Neapolu

⁹³ Heinrich Fritsch (1844–1915) profesor chirurgii i ginekologii we Wrocławiu i Bonn

przyjeździe z Królewca (32). W czasie pracy we Wrocławiu Gigli opracował nowe narzędzie chirurgiczne (119). Z pomocą wspomnianego wcześniej wrocławskiego producenta narzędzi chirurgicznych Haertla, zachęcany przez Mikulicza (117) Gigli zaprezentował swój wynalazek pod nazwą *Drahtsäge* i opublikował jego opis w „Zentralblatt für Chirurgie” w roku 1894 (ryc. 15) (120).

Pobył Gigliego we Wrocławiu oraz jego kontakty z Mikuliczem tak opisywał w wydanym kilka miesięcy po śmierci włoskiego położnika wspomnieniu pośmiertnym Serafino Pattellani:

Nella capitale de Silesia, dove fu accolto nella clinica dell'illustre Prof. Enrico Fritsch, rimase dal Novembre del 1892 al Giugno del 1893. A Breslavia il Gigli frequentò anche la clinica chirurgica del compianto prof. Mikulicz il quale ebbe modo di riconoscere, nella sua esperienza operativa, l'utilità del filo-sega ideato dal Gigli a Breslau e fatto costrurre dalla ditta Haertel. Fu nella clinica del prof. Fritsch che Leonardo Gigli concepì l'atto operativo da lui chiamato “taglio lateralizzato del pube” e ormai diffuso col di lui nome e applicato in centinaia e centinaia di casi con successo immediato e lontano tanto per la madre quanto per il feto⁹⁴ (121).

Łącząc swoje obserwacje z paryskich klinik położniczych oraz opracowane przez siebie narzędzie, Gigli zaproponował modyfikację operacji przecięcia spojenia łonowego,

⁹⁴ W stolicy Śląska, gdzie został przyjęty do kliniki słynnego profesora Henryka Fritscha, pozostawał od listopada 1892 do czerwca 1893. Przebywając we Wrocławiu, był częstym gościem w klinice chirurgicznej profesora Mikulicza. Mikulicz, wykorzystując swoje bogate doświadczenie operacyjne, miał możliwość potwierdzić przydatność wymyślonej przez Gigliego we Wrocławiu piłki skonstruowanej przez wspomnianego Haertla. Także w klinice profesora Fritsha wpadł Gigli na pomysł zabiegu nazwanego przez niego samego „bocznym przecięciem łona”, które dzisiaj jest szeroko znane pod jego nazwiskiem i stosowane w setkach przypadków, dając doskonałe wyniki bliskie i odległe zarówno dla matek, jak i dla noworodków.

dostarczając jednocześnie nowe narzędzie do przeprowadzania zabiegu. Zamiast obciążonego licznymi powikłaniami przecięcia spojenia łonowego Gigli wykonywał cięcie kilka centymetrów bocznie od linii środkowej ciała, tak aby przeciąć gałąź górną kości łonowej, co miało chronić chore przed najcięższymi powikłaniami związanymi z bliskością splotów żylnych, pęcherza, pochwy i cewki moczowej. Po przeprowadzeniu piłki poza kość, samego przecięcia można było dokonać w czasie niewiele przekraczającym jedną minutę. Prostota zabiegu pozwalała na wykonywanie go bezpośrednio przy łóżku chorej. Pierwszy zabieg boczego przecięcia kości łonowej (pubotomię boczną) sposobem Gigliego wykonał w Lugano w 1897 lekarz ogólny Bonardi w sypialni położnicy (122).

Zabieg sposobem Gigliego oraz przedstawione przez niego narzędzie szybko zdobyło znaczna popularność. Sukces piłki swojego pomysłu sam Gigli przypisywał w pewnej mierze Mikuliczowi (120). Tak pisał w pierwszym artykule przedstawiającym nowe narzędzie, opublikowanym w maju 1894 roku w „Zentralblatt für Chirurgie” Gigli:

Von Herstellung der ersten Drähte ab überzeugt, dass das Instrument durch Seine Einfachkeit in der Chirurgie von Nutzen sein könne, zeigte ich es Herrn Prof. Mikulicz in Breslau besuchte, und dessen lebenswürdiger und wohlwollender Aufnahme ich die dankbarste und unauslöshliche Erinnerung bewahren werde⁹⁵ (120).

Neurochirurgia

Trepanacja czaszki, zabieg wykonywany już w starożytnym Egipcie, w wieku XIX był wykonywany coraz częściej. Podstawowym wskazaniem do trepanacji były urazy czaszki, ale

⁹⁵ Przekonany już od chwili wytworzenia pierwszych piłek o przydatności tych narzędzi w chirurgii z racji ich prostoty, zademonstrowałem je profesorowi Mikuliczowi, którego wrocławską klinikę wówczas wizytowałem, zaś jego serdeczne i gościnne przyjęcie zachowam na zawsze we wdzięcznej pamięci.

chirurdzy coraz częściej interesowali się możliwościami wykonywania zabiegów także w innych chorobach mózgu, co wymagało odpowiednio szerokiego dostępu (95). Do otwarcia czaszki najczęściej używano trepanów, dłut i młotków (95). Narzędzia te były trudne w użyciu i w mniej wprawnych rękach mogły być nawet niebezpieczne. W poszukiwaniu lepszych rozwiązań opracowano w Uppsali kleszcze (Dahlgrena), jednak otwarcie czaszki tą metodą zajmowało wiele czasu. Najnowocześniejszym narzędziem był opracowany przez Bergmanna kolisty osteotom napędzany silnikiem elektrycznym, którego wysoka cena ograniczyła szerokie zastosowanie (95).

W tym samym roku 1897 kiedy w Lugano wykonano pierwsze boczne przecięcie gałęzi kości łonowej za pomocą piłki Gigliego, ukazał się artykuł krakowskiego chirurga Alfreda Obalińskiego wskazujący na możliwość nowego zastosowania piłki (123).

Obaliński zwrócił uwagę na możliwość wykorzystania piłki Gigliego do otwarcia czaszki. Pomysł swój opisał jednocześnie po niemiecku w „Zentralblatt für Chirurgie” (123) i po polsku w „Przeglądzie Lekarskim” (124) w roku 1897. W tekście polskim Obaliński podkreślał:

Zaznaczyć należy, że ani dłutkiem, ani nawet kolistą piłeczką mechaniczną nie jesteśmy w stanie tak wygodnie i bezpiecznie przepiłować kość czaszkową u podstawy płata bez naruszenia tegoż, jak właśnie tą przeze mnie używaną metodą, co sprawia, że wcale nie potrzebujemy się oglądać na wąskość płata u jego podstawy, a tym samym możemy z wielką łatwością i krótkim czasie mózg odsłonić na znacznej przestrzeni, rozporządzając dużym i dobrze odżywionym płatem kostno-skórnym, do wgojenia w miejscu ubytku zupełnie przydatnym (124).

Już w następnym roku na łamach tego samego czasopisma („Zentralblatt für Chirurgie”) znalazła się odpowiedź Gigliego:

Durch Professor Obaliński's Aufsatz in No. 32 (1897) ds. Bl. Auf die Leistungsfähigkeit meiner Säge für die Schädeltrepanation hingweisen, habe ich selbst mir auch die Ausbildung des Verfahrens angelengen sein lassen in der Überzeugung, dass man mit keinem anderen Instrument so sicher einen osteoplastischen Lappen von beliebiger Größe auszuschneiden und so auf breitem Felde jeden Punkt des Gehirns anzugreifen im Stande ist⁹⁶ (125).

Ponieważ Gigli jako położnik nie miał doświadczenia chirurgicznego, przeprowadził szereg prób na zwłokach, potwierdzając skuteczność takiego zastosowania piłki. We wspomnianym artykule pisał:

In den seltensten Fällen begegnet man Schwierigkeiten bei dem weiteren Vorschieben desselben; manchmal konnte ich das Fischbein auf der Oberfläche der Hirnhisphären vom Hinter hauptsbein bis zum oberen Augenhöhlenrande vorgleiten lassen⁹⁷ (125).

Sukces nowego zastosowania wynalazku zachęcił Gigliego do dalszych ulepszeń piłki, co zaowocowało w roku 1900 (już po śmierci Obalińskiego) kolejnym artykułem opisującym nowy trepan z blokadą oraz prowadnice z miękkiej stali zakończone z jednej strony niewielkim hakiem (126).

⁹⁶ Po zawartych w artykule profesora Obalińskiego w numerze 32 (1897) sugestjach odnośnie skuteczności mojej piłki przy trepanacji czaszki zadbałem o to, by samodzielnie wypracować odpowiedni sposób postępowania w tym względzie, będąc przekonany, że żadnym innym narzędziem nie można w tak bezpieczny sposób wyciąć osteoplastycznego płata kostnego dowolnych rozmiarów, by zyskać dostęp do każdego fragmentu mózgu w równie szerokim zakresie.

⁹⁷ W skrajnie rzadkich przypadkach spotkać można się z trudnościami przy dalszym przepychaniu od tyłu. Niekiedy byłem w stanie przepchać prowadnicę po powierzchni półkul mózgowych od kości potylicznej aż do górnego brzegu oczodołu.

Tani i prosty instrument Gigliego pozwalał nie tylko na szybkie i bezpieczne otwarcie czaszki, ale także zapewniał optymalny kształt płata kostnego. Skośne przecięcie kości czaszki wytwarzało naturalne oparcie kostne dla płata, nie powodując ucisku na oponę twardą.

Piłka do przecinania kości łonowej, wymyślona przez Włocha podczas pobytu we wrocławskiej klinice, przy zachęcie wybitnego polskiego chirurga Jana Mikulicza znalazła nowe, lepsze zastosowanie dzięki Alfredowi Obalińskiemu, chirurgowi krakowskiemu. Do dziś jest powszechnie używana przez neurochirurgów całego świata (117).

Istotną rolę w rozwoju neurochirurgii włoskiej odegrał wspomniany w rozdziale *Chirurgia przepuklin* chirurg rzymski polskiego pochodzenia Paolo Postempski. W 1891 roku wydał w Turynie jeden z pierwszych we Włoszech podręczników neurochirurgii zatytułowany *Tumore endocranico: estirpazione, guarigione*⁹⁸ (127). Wykonywał pionierskie na owe czasy operacje neurochirurgiczne (128). W roku 1891 w na Zjeździe Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego w Rzymie wraz z Mugnaim przedstawił grupę chorych leczonych operacyjnie z powodu guzów wewnątrzczaszkowych, w tym obustronnych. W wielu wypadkach leczenie operacyjne kończyło się sukcesem (52).

Urologia

Leczenie zatrzymania moczu spowodowanego przez przerost gruczołu krokowego polegało początkowo na cewnikowaniu oraz mechanicznym rozszerzaniu cewki (129). Dopiero włoski chirurg z Pawii Enrico Bottini wprowadził inną metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego. Bottini po studiach w Pawii i Turynie oraz pobytach w klinikach Paryża i Londynu pracował przez pewien czas w Nowarze, a następnie objął katedrę chirurgii w

⁹⁸ Guz wewnątrzczaszkowy: wycięcie, wyleczenie.

Pawii, gdzie wykonywał pionierskie zabiegi w wielu dziedzinach chirurgicznych. W roku 1874 skonstruowanym według własnego pomysłu aparatem wykonał pierwszą przezcewkową resekcję środkowego płata gruczołu. Do resekcji Bottini użył wprowadzanej przez cewkę na ślepo pętli, połączonej z aparatem wytwarzającym prąd galwaniczny (4). Metoda Bottiniego pozwalała na zniszczenie i nacięcie środkowego płata gruczołu krokowego bez powodowania krwotoku. Operacja ta, była pierwszym w urologii zastosowaniem techniki elektrochirurgicznej (130).

Zabieg Bottiniego, oprócz konieczności posiadania specjalnej aparatury, był zabiegiem wykonywanym bez kontroli wzroku, co wiązało się z możliwością licznych uszkodzeń. Dlatego też wielu polskich chirurgów odnosiło się sceptycznie do tej metody. Odradzali ją profesorowie chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego Ludwik Rydygier oraz Alfred Obaliński, autor pierwszego polskiego podręcznika urologii⁹⁹ (95; 129). O metodach leczenia przerostu gruczołu krokowego Obaliński pisał w roku 1889:

W ostatnich czasach podniesiono znów dawne aspiracje Merciera, t.j. aby znieść płat środkowy i tym sposobem utorować lepszą drogę dla zatrzymującego się w pęcherzu z tego powodu moczu. I to prawi równocześnie z dwóch stron wyszły takie propozycje: jednej autorem jest Bottini, który narzędziem przez siebie podanem również śródpęcherzowo, jak jego poprzednik, lecz za to bezkrwawo, bo galwanokaustycznie, niszczy przerosły płat środkowy gruczołu krokowego i tym sposobem przywraca pacjentom utraconą możność dobrowolnego oddawania moczu. Zarzut, który spotkał pierwotny jego przyrząd, a mianowicie, że tenże w całości się rozgrzewa i w niektórych razach przyżeguje i dalsze części cewki moczowej, uznał Bottini za słuszny i wymyślił inne narzędzie, zupełnie tym wymaganiom odpowiadające.

⁹⁹ Pierwszy podręcznik urologii w języku polskim autorstwa Alfreda Obalińskiego ukazał się w roku 1886 w Krakowie pod tytułem *Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich*.

W dalszej części artykułu Obaliński ocenił metodę Bottiniego:

Mamy jeszcze dwie inne metody doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu, tj. Bottiniego za pomocą galwanokaustyki i Landerera za pomocą cięcia środkowego cewki moczowej, które to obydwie metody znacznie są mniejszemi zabiegami operacyjnymi niż cięcie podbrzusne. Jeżeli jednak zauważymy, że w obydwu tych, jakkolwiek rzeczywiście mniej raniących metodach, działamy właściwie po omacku, gdy tutaj widzimy dokładnie, co i wiele z niego ma się usunąć, jeżeli wreszcie dodam, że technika operacji podbrzusnej i dalszego leczenia stąd wynikłej rany tak daleko naprzód postąpiła, że niebezpieczeństwa przywiązane do większego zranienia wcale tu nie mogą wchodzić w rachubę, to śmiało przyznać musimy, że jesteśmy uprawnieni do zalecania podbrzusznego cięcia pęcherza w celu doszczętnego leczenia przerostu średniego płata gruczołu krokowego, a o ile nadzieje nasze pokładane w tej metodzie się ziszczą, wykazać może nam dopiero statystyka takich przypadków na setki lub tysiące zebrana (131).

Operacja Bottiniego po raz pierwszy w Polsce została przeprowadzona dopiero w ćwierć wieku po oryginalnym opisie. Wykonał ją w Warszawie w Szpitalu Dzieciątka Jezus Samuel Groszlik¹⁰⁰ (129) i zaprezentował podczas IX Zjazdu Chirurgów Polskich w Krakowie w roku 1899 (49).

Do metody Bottiniego powrócono w latach międzywojennych. Wiązało się to z zastosowaniem przez Freudenberga¹⁰¹ wziernika w połączeniu z aparatem Bottiniego, co minimalizowało ryzyko urazów, gdyż zabieg odbywał się częściowo pod kontrolą wzroku (132). Metoda elektroresekcji, po wprowadzeniu szeregu ulepszeń technicznych, była stosowana także w Polsce (129).

¹⁰⁰ Samuel Groszlik (1860–1931) studiował medycynę i biologię w Warszawie, pionier urologii operacyjnej w Polsce, pracował w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie

¹⁰¹ Albert Freudenberg (1860–1929) chirurg i urolog praktykujący w Berlinie

Ponieważ elektresekcje sposobem Bottiniego wraz z licznymi jej modyfikacjami wykonywano z powodu łagodnego przerostu stercza, wielu chorych przeżywało wiele lat po zakończeniu leczenia.

Torako chirurgia

W latach trzydziestych i czterdziestych XX wieku uznanym ośrodkiem przeciwgruźliczym o profilu klimatologiczno-profilaktycznym z oddziałem chirurgii klatki piersiowej był powstały w 1934 roku rzymski Instytut Forlaliniego¹⁰². Wykonywano tam pionierskie zabiegi torakoplastyki i odmy opłucnowej (133). Zabieg wytworzenia sztucznej odmy opłucnowej w leczeniu gruźlicy płuc wprowadził do praktyki klinicznej właśnie Forlalini (134). Ten włoski ftyzjatra stosował odmy w leczeniu gruźlicy od roku 1882, a pierwsze wyniki przedstawił w roku 1891 (135).

W Polsce pierwsze zabiegi torakoplastyki wykonali w Warszawie Antoni Gabszewicz¹⁰³ w roku 1908 oraz w Toruniu Zdzisław Dandelski¹⁰⁴ w roku 1912 (135). Na szerszą skalę zabieg torakoplastyki wprowadzili do polskiej praktyki chirurgicznej Franciszek Kijewski¹⁰⁵ z Warszawy, Tadeusz Ostrowski¹⁰⁶ ze Lwowa, Gustaw Nowotny¹⁰⁷ z Zakopanego

¹⁰² W pierwszym okresie działania w roku 1934 Instytut otrzymał imię Benito Mussoliniego, ale na wniosek samego Mussoliniego jeszcze w tym samym roku nazwa została zmieniona na Instituto Carlo Forlalini (114). Carlo Forlalini (1847–1918), absolwent Uniwersytetu w Pawii, internista i ftyzjatra, praktykował kolejno w Mediolanie, Turynie i Pawii.

¹⁰³ Antoni Gabszewicz (1858–1919) ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala św. Rocha w Warszawie, jeden z autorów przekładu podręcznika Billrotha i Koeniga „Chirurgia ogólna i szczegółowa”

¹⁰⁴ Zdzisław Stanisław Dandelski (1880–1954) chirurg praktykujący w Toruniu

¹⁰⁵ Franciszek Kijewski (1858–1919) profesor chirurgii Uniwersytetu Warszawskiego pionier chirurgii płuc

¹⁰⁶ Tadeusz Ostrowski (1881–1941) profesor chirurgii Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, wykonał szereg pionierskich operacji, m.in. adrenalektomię, lobektomię w rozstrzeni płuc oraz pneumonektomię w raku

oraz Maksymilian Rutkowski¹⁰⁸ z Krakowa. Swoje doświadczenia Rutkowski zaprezentował najpierw w Polsce w roku 1928 (136), a następnie podczas kongresu fizjologicznego w Oslo w roku 1930. W swojej pracy postulował między innymi stworzenie nowej specjalizacji – chirurgii fizjologicznej (137).

Z doświadczeń włoskiego ośrodka w dziedzinie chirurgicznego leczenia gruźlicy korzystał Gustaw Nowotny ze Szpitala Klimatycznego w Zakopanem. Nowotny przeprowadzał w latach trzydziestych XX wieku w szpitalu w Zakopanem próby leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc. Początkowo wykonywał wraz z Kulczyckim doświadczalne torakoplastyki na królikach (138). Następnie, za namową chorych ze szpitala sanatoryjnego w Zakopanem, udał się w podróż do Włoch, gdzie przebywał w Instytucie Forlaliniego (139). Podczas trwającego przeszło 8 miesięcy pobytu w Rzymie zapoznał się z techniką torakoplastyki w modyfikacji zaproponowanej w 1934 roku przez Vincenzo Monaldiego¹⁰⁹ i nazwanej przez autora *thoracoplastica anterolateralis elastica* (140). Po powrocie z Włoch Nowotny rozpoczął wykonywanie takich zabiegów u chorych na gruźlicę przebywających w

płuca. Zamordowany przez Niemców wraz z 22 profesorami lwowskimi w egzekucji na Wzgórzach Wuleckich. W tej samej egzekucji zginęli także chirurdzy: Władysław Dobrzaniecki, Henryk Hilarowicz i Salamon (Stanisław) Ruff.

¹⁰⁷ Gustaw Nowotny(1882–1944) chirurg, absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, dyrektor Szpitala Klimatycznego w Zakopanem. Zmarł na tyfus w obozie koncentracyjnym w Dachau (139). Jego sylwetkę uwiecznił w powieści *Zazdrość i medycyna* Michał Chromański.

¹⁰⁸ Maksymilian Rutkowski (1867–1947) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, generał Wojska Polskiego, pionier chirurgicznego leczenia gruźlicy w Polsce, opisał nowy sposób odtwarzania przełyku z żołądka oraz metodę plastyki pęcherza moczowego z wykorzystaniem jelita cienkiego.

¹⁰⁹ Vinzenzo Monaldi (1899–1969) profesor fizjatrii Uniwersytetu Neapolitańskiego, autor licznych opracowań dotyczących leczenia gruźlicy. W okresie powojennym senator i minister zdrowia Republiki Włoskiej. Jego imieniem nazwano jeden ze szpitali w Neapolu.

zakopiańskich szpitalach i do wybuchu II wojny światowej wykonał 47 operacji sposobem Monaldiego. Ten rodzaj torakoplastyki Nowotny uważał za skuteczniejszy od wcześniej stosowanych metod, ponieważ sposób ten zapewniał wybiórczy ucisk jamy gruźliczej i odprężenie płuca przez wyłączenie urazu oddechowego (135). Wyniki operacji Nowotny zaprezentował w szeroko komentowanym referacie wygłoszonym podczas ostatniego przedwojennego zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich we Lwowie w roku 1939 (49).

Dokładny opis techniki operacji Monaldiego przedstawił, relacjonując na łamach „Polskiej Gazety Lekarskiej” swój pobyt w rzymskim Instytucie Forlaliniego w roku 1934 Zdzisław Skibiński¹¹⁰. O operacji metodą Monaldiego pisał:

Sam zabieg operacyjny wykonuje się dwuczasowo. Na pierwszym posiedzeniu wykonuje się zmiżdżenie nerwu przeponowego i podokostnowe wycięcie 6–8 centymetrowych kawałków ze żeber od 4 do 8, na drugim zaś dalsze wycięcie częściowe 3 i 2 żebra i całkowite usunięcie podokostnowe 1 żebra. Operację przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym. (...) Przerwa między pierwszym i drugim zabiegiem wynosi 1 tydzień. Przy drugim zabiegu cięcie skórne prowadzi się w drugiej przestrzeni międzyżebrowej od linii przymostkowej do pachowej przedniej, poprzez włókna mięśni dochodzi się do okostnej i, postępując dalej podokostnowo, wycina się po kilka cm z trzeciego i drugiego żebra i w całości pierwsze żebro aż do stawu przy kręgu piersiowym. Jest to najtrudniejszy i najniebezpieczniejszy moment w czasie operacji. Został on szczęśliwie rozwiązany przez chirurga zakładowego, prof. Ascoliego, który wypracował właśnie tę drogę podokostnową. Dzięki takiemu właśnie postępowaniu wymija się przeszkody w postaci przyczepu mięśni pochyłych (m.scaleni) i ważnych naczyń i nerwów w sąsiedztwie. Ta droga od przodu jest o wiele dogodniejsza, aniżeli polecana przez innych autorów droga od tyłu lub od dolka nadobojczykowego. (...) W porównaniu z

¹¹⁰ Zdzisław Skibiński (1895–1947) profesor chorób wewnętrznych i ftyzjatrii Akademii Lekarskiej we Wrocławiu, przed wojną praktykujący w Zakopanem

torakoplastyką przykręgową Sauerbrucha torakoplastyka przednio-boczna Monaldiego jest operacją bardzo mało traumatyzującą. (...)

Podsumowując swoje wrażenia dotyczące techniki Monaldiego Skibiński stwierdzał:

Na podstawie wszystkich tych danych należy stwierdzić, że torakoplastyka przednioboczna stanowi postęp w leczeniu chirurgii gruźlicy płuc. Osobiście jednakowoż nie oddaję się takiemu optymizmowi, jaki panuje spowodu tej operacji w instytucie „B.Mussolini”¹¹¹. Czas obserwacji jest jeszcze zbyt krótki, aby można już teraz wydać sąd ostateczny o wartości tej nowej metody. Obecnie można tyle napewne powiedzieć, że operacja Monaldiego niewątpliwie jest mniej traumatyzującą od innych odmian torakoplastyki. Być może, że w części dobre jej wyniki tłumaczą się tem, że chirurdzy prof. Alessandri¹¹² i Ascoli¹¹³ są świetnymi operatorami. Technika ich jest podziwu godną. Operacja nie trwa dłużej, jak pół godz. Strata krwi w czasie zabiegu jest minimalną. Mięśnie są, o ile możności, chronione, rozszczepiane między włóknami i nierozcinane.

Na podstawie tego, co widziałem i śledziłem przez 8 miesięcy, nabrałem przekonania, że ta torakoplastyka Monaldiego zdała już próbny egzamin ze swej użyteczności i skuteczności. Sceptycyzm rodzi się tylko, gdy chodzi o wskazania do niej. W Zakładzie, jak to ma zwykle miejsce z każdą nową metodą, staje się na stanowisku, że jest ona odpowiednią dla wszystkich przypadków gruźlicy rozpadowej. Słuszniejszym, zdaje się jednak, będzie pogląd, że wskazania te powinny się ograniczać do przypadków świeżych, kiedy płuco posiada jeszcze zdolność samoistnego kurczenia się i zapadania. Na przypadki starsze, zmiany marskie, jamy o stwardniałych ścianach, prawdopodobnie ta torakoplastyka wpływu wyrzec nie potrafi, bo istota jej polega na reraktoterapii t.j. na

¹¹¹ Patrz przypis 102

¹¹² Roberto Alessandri (1867–1948) profesor chirurgii Uniwersytetu Rzymskiego, prezes Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego, jeden z pionierów neurochirurgii włoskiej

¹¹³ Skibiński prawdopodobnie ma na myśli Maurizio Ascolego (1876–1958) profesora chorób wewnętrznych i ftyzjatrii w Katanii i Palermo, blisko współpracującego w dziedzinie ftyzjatrii z Instytutem Forlaliniego.

umożliwieniu zapadu płuca. Natomiast w zastarzałych wypadkach lepszych wyników spodziewaćby się należało po kompresoterapii, jaką jest operacja Sauerbrucha¹¹⁴, względnie jakaś jej odmiana, przy których działa także i ucisk. Być może jednak, że zawsze należałoby zaczynać od torakoplastyki przedniobocznej Monaldiego (141).

W roku 1945 grupa polskich chirurgów z 2. Korpusu zwiedzała Instytut Forlaliniego podczas Kongres Chirurgów Armii Sprzymierzonych (142). Wspomnienia z wizyty w rzymskim ośrodku zamieszczono w rozdziale *Drugi Korpus we Włoszech*.

Laryngologia

W roku 1886 ukazało się we Włoszech streszczenie pochodzącej z tego samego roku pracy Mikulicza dotyczącej nowego sposobu drenażu zatoki szczękowej, zatytułowane *La cura chirurgica della raccolta purulenta dell'antro d'Igmore*. Pierwotnie praca ukazała się w języku polskim w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” pod tytułem *Operacja leczenia otoku ropnego w jamie Highmore'a* (143) oraz po niemiecku pod tytułem *Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorehöhle* w „Archiv für Klinische Chirurgie” (144). Ponieważ wcześniej wykonywane zabiegi drenażowe w przypadku ropni zatoki szczękowej polegały na wytworzeniu komunikacji z jamą ustną, wiązały się ze znaczną niewygodą dla chorych oraz często z przedostawaniem się do światła zatoki resztek pokarmowych. Mikulicz zaprezentował w swojej pracy sposób wytworzenia komunikacji z przewodem nosowym dolnym za pomocą opracowanego przez siebie narzędzia. Opis operacji zamieszczono we włoskim sparwozdaniu w całości:

¹¹⁴ Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875–1951) profesor chirurgii uniwersytetów w Marburgu, Zurychu, Monachium i Berlinie. Asystent Mikulicza we Wrocławiu, pionier torakochirurgii.

Per tale piccola operazione l'Autore ha immaginato un apposito strumento consistente di un breve lancia con un manico ricurvo. Esso viene introdotto colla punta in basso, questa poi viene rivolta all'esterno e quindi spinta con certa forza contro la parete ossea; se questa resiste è segno che non si è incontrato il punto giusto e bisogna spingere un po' più in alto e profondamente lo stiletto. Se succede copiosa emorragia si zaffa con garza e iodoformio, la quale viene lasciata in sito per 24 o 48 ore, poi si fanno quotidiane iniezioni nell'antro mediante pera di gomma munita di cannula ricurva. L'Autore si è accertato sul cadavere che l'operazione può essere compiuta speditamente tranne quando siavi notevole restringimento totale della cavità delle narici; egli la esegui una volta con buon successo anche sul vivente, in un uomo d'anni 33 sofferente per empiema dell'antro già da qualche anno¹¹⁵ (145).

115

¹¹⁵ Do tego niewielkiego zabiegu Autor (Mikulicz) opracował specjalne narzędzie będące krótkim ostrzem z zakrzywioną rękojeścią. Narzędzie to wprowadza się, utrzymując ostrze skierowane w dół, a następnie obraca się je na zewnątrz i ze znaczną siłą przebija się nim ścianę kostną. Jeżeli ściana ta stawia opór, znaczy to, że nie odnaleziono właściwego miejsca wprowadzenia ostrza i należy ponowić próbę, wprowadzając ostrze nieco wyżej i głębiej. Jeżeli pojawia się obfite krwawienie należy wykonać tamponadę z gazą nasączoną jodoformem, którą następnie pozostawia się na 24 lub 48 godzin, a następnie dokonuje się codziennych płukań zatoki za pomocą gruszki gumowej zakończonej zakrzywioną kaniulą. Autor (Mikulicz) upewnił się, że zabieg ten można wykonać we wszystkich wypadkach z wyjątkiem sytuacji, gdy stwierdza się całkowitą niedrożność nozdrzy; on sam wykonał ten zabieg także u żywej osoby, 33 letniego chorego cierpiącego na ropień zatoki szczękowej od ponad roku.

4. Zjazdy naukowe

Kontakty między chirurgami włoskimi i polskimi w pierwszej połowie XX wieku, podobnie jak w okresach wcześniejszych, miały charakter pobytów szkoleniowych i naukowych, ale coraz częściej do spotkań dochodziło również w ramach międzynarodowych zjazdów chirurgicznych. Zjazdami w których wzięły udział najliczniejsze grupy chirurgów polskich i włoskich były dwa kolejne zjazdy ISS/SIC¹¹⁶, odbywające się w roku 1926 w Rzymie oraz w roku 1929 w Warszawie. Równie ważnym spotkaniem z udziałem dużego przedstawicielstwa ortopedów polskich był kongres Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, który odbył się w roku 1936 w Bolonii i Rzymie. Do szeregu dalszych kontaktów doszło podczas zjazdów bliżej przedstawionych w rozdziałach *Ortopedia, Torakochirurgia, Wspomnienia z pobytów w klinikach włoskich oraz Drugi korpus we Włoszech*.

84

VII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Rzymie

Jednym z największych spotkań naukowych tego okresu, a jednocześnie okazją do wizytacji włoskich klinik chirurgicznych był VII Zjazd Chirurgów w Rzymie (Zjazd ISS/SIC), który odbył się w dniach 7–12 kwietnia 1926 roku (146). Zjazd był znaczącym wydarzeniem w życiu włoskiej stolicy, o czym świadczy między innymi fakt, że podczas uroczystości otwarcia zjazdu, mowę powitalną wygłaszał osobiście Benito Mussolini. Mussolini przypominał wspaniałą tradycję chirurgii włoskiej poczynając od szkoły z Salerno poprzez okres renesansu, aż do czasów współczesnych. Występujący po Mussolinim

¹¹⁶ International Surgical Society(ISS)/Société Internationale de Chirurgie(SIC) najstarsza międzynarodowa organizacja chirurgiczna powstała w roku 1902 w Brukseli, działa do dnia dzisiejszego

przewodniczący zjazdu Davide Giordano¹¹⁷ z Wenecji cały swój wykład wygłosił po łacinie (147).

W zjeździe tym ze strony polskiej wzięli udział między innymi: Jan Glatzel¹¹⁸ z Krakowa, Antoni Jurasz¹¹⁹ z Poznania, Aleksander Zawadzki¹²⁰ z Warszawy oraz Adam Gruca ze Lwowa (148). Obszerne relacje ze zjazdu rzymskiego przedstawili w polskiej prasie lekarskiej Paweł Goldstein (149)¹²¹ oraz Eugeniusz Lewenstern z Warszawy (150)¹²².

Zjazd zorganizowany był w taki sposób, aby delegaci przed rozpoczęciem właściwych obrad w Rzymie, mieli okazję zwiedzić najlepsze włoskie kliniki i wziąć udział w operacjach

¹¹⁷ Davide Giordano (1864–1954) profesor chirurgii w Wenecji (Scuola Practica di Medicina), wykonał pierwszą cystektomię drogą przezbrzuszną, autor szeregu nowych metod operacyjnych, między innymi w leczeniu colitis ulcerosa, chirurgii wątroby oraz nerek.

¹¹⁸ Jan Glatzel (1888–1945) profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykonał pierwsza w Polsce perikardiolizę i transtorakalne przecięcie nerwów błędnych. Propagował leczenie operacyjne w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, jednoczasowe leczenie raka jelita grubego, udoskonalił technikę resekcji żołądka posługując się narzędziem zwanym „żelazem Glatzla”.

¹¹⁹ Antoni Jurasz (1882–1961) profesor chirurgii uniwersytetów w Poznaniu, Frankfurcie nad Menem i Edynburgu, w latach 1941–1945 dziekan Polskiego Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie Szkockim w Edynburgu, opracował metodę wewnętrznej marsupializacji torbieli trzustki.

¹²⁰ Aleksander Zawadzki (1870–1928) ordynator II Oddziału Chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze, jeden z pierwszych wykonywał w Polsce sympatektomię okołotętniczą Lericha, organizator zjazdu SIC/ISS w Warszawie

¹²¹ Paweł Goldstein (1884–1942) ordynator jednego z oddziałów Szpitala Starozakonných w Warszawie, jeden z pierwszych wykonywał w Polsce sympatektomię okołotętniczą Lericha oraz torakoplastykę Sauerbrucha. Zmarł pełniąc obowiązki chirurga w niemieckim obozie jenieckim dla jeńców radzieckich w Łucku (149)

¹²² Eugeniusz Lewenstern (1873–1929) asystent chirurgii w szpitalu św. Rocha w Warszawie, służył w czasie wojny rosyjsko-japońskiej i podczas I wojny światowej. Od zakończenia wojny ordynator Szpitala Czerwonego Krzyża przy ul. Smolnej w Warszawie. W szpitalu PCK praktykował także po jego demilitaryzacji. Pełnił obowiązki sekretarza Towarzystwa Chirurgów Polskich (150).

pokazowych. Dzięki temu grupa polskich chirurgów mogła szczegółowo zapoznać się ze sposobami leczenia przyjętymi we Włoszech. W taki sposób streszczał wrażenia z tych wizyt Paweł Goldstein:

To, cośmy widzieli, jest doprawdy imponujące i wielu musiało przyznać, że Włosi zrobili w ostatnich latach olbrzymie postępy w chirurgii i szpitalnictwie i nie ustępują pod tym względem innym narodom zachodnioeuropejskim. W wycieczce tej poprzez szpitale włoskie brało udział około 150 chirurgów z całego świata; w podróży następowało bliższe wzajemne poznanie się, a niejednokrotnie nawet zadzierzgnięcie węzłów przyjaźni pomiędzy ludźmi rozmaitych narodowości. W Mediolanie oglądaliśmy olbrzymi szpital chirurgiczny, Il primo Ospedale chirurgico, ufundowany przez Włoski Czerwony Krzyż. Szpital ten posiada szereg pięknych pawilonów, między innymi *padiglione Zonda*, który jest zbudowany na wzór kliniki Paucheta w Paryżu. Sala operacyjna cała oszklona, widzowie siedzą na wysokości ½ piętra nad stołem operacyjnym i poprzez oszklony sufit przyglądają się operacji. Operujący przy pomocy telefonu komunikuje widzom szczegóły wykonanych zabiegów. Oświetlenie doskonałe. Kierownikiem tej kliniki jest prof. Baldo Rossi¹²³, znakomity chirurg, zupełnie współczesny, o świetnej technice. Posiada kilka instrumentów własnego pomysłu. Wykonał parę operacji brzusznych, następnie jego asystent pokazał nam pomysłowy aparat gipsowy, stosowany w złamaniu szyjki uda, umożliwiający chorym opieranie się na złamanej kończynie, która jest pod stałym wyciągiem, i chodzenie. Widzieliśmy nawet kilka ładnych wyników tego leczenia. Pracujący w tymże szpitalu prof. Bagozzi pokazał swoją modyfikację operacji przepuklin pachwinowych. Następnym etapem podróży była Wenecja, która posiada niesłychanie ciekawy szpital, mieszczący się w starym klasztorze o bardzo długich korytarzach, kilku małych ogródkach, otoczonych ślicznymi krużgankami; szpital ma kilka wspaniałych sal o sufitach renesansowych i bajeczną starą bibliotekę z pięknymi freskami ściennymi. Do szpitala zwozi się chorych na gondolach po kanale, który przepływa z jednej strony pod

¹²³ Baldo Rossi (1868–1932) profesor chirurgii, ortopedii i traumatologii w Uniwersytecie Mediolańskim, jeden z propagatorów tworzenia ruchomych szpitali wojskowych.

samemi murami szpitalnemi. Kierownikiem oddziału chirurgicznego tego szpitala jest prezes obecnego, VIII-go Zjazdu, prof. Giordano. Jest to technik, pracujący niesłychanie szybko, choć trochę niedokładnie. Ta szybkość zastępuje niezbyt skrupulatnie przestrzeganą aseptykę, bo wyniki na ogół są dobre. (...) W starym uniwersytecie w Padwie kieruje kliniką chirurgiczną jeden ze zdolniejszych chirurgów włoskich, prof. Donati¹²⁴. Przygotował on dla nas znaczny materiał operacyjny. Jest to chirurg pierwszorzędny, choć niezbyt błyskotliwy, robi dużo w znieczuleniu miejscowym, laparotomię w znieczuleniu Kappisa (*N.splanchnicus*). Wykonał dwie cholecystektomie, jedną splenektomię, nefrektomię i jedną laminectomię (146).

W Bolonii wielkie wrażenie wywarła na odwiedzających klinika Puttiego, nowoczesnie wyposażona, gdzie przeprowadzano wiele nowatorskich operacji z dziedziny ortopedii (146). W Rzymie rozmachem imponował polskim chirurgom cała nowoczesna dzielnica szpitalna tak opisywana przez polskiego uczestnika zjazdu Eugeniusza Lewensterna:

Rano odbywały się pokazy operacyjne, przeważnie w Klinikach Polikliniki Humberta, stanowiącej całą rozległą dzielnicę, gdzie skoncentrowane są wszystkie oddziały uniwersyteckie – zbudowane przed trzydziestu laty z wielkim nakładem pieniędzy i

¹²⁴ Mario Donati (1879–1946) pochodził z żydowskiej rodziny osiadłej w Modenie w początkach wieku XVI. Po studiach lekarskich w Modenie asystent Antonio Carlego w klinice chirurgicznej Uniwersytetu Turyńskiego. Następnie profesor chirurgii w Cagliari, Modenie, Padwie, Turynie i w Mediolanie. Wprowadził w swojej klinice nowy typ szwu, szew materacowy pionowy. Pomimo, że nigdy nie opublikował jego opisu, zarówno pojedynczy szew materacowy, jak i ciągły szew materacowy, były powszechnie nazywane szwami Donatiego (161). Nazwa „szew Donatiego” oraz „ciągły szew Donatiego” była stosowana również w Polsce (188). Założył czasopismo *Archivo Italiano di Chirurgia*. Na podstawie ustawy rasowej odsunięty od pracy w klinice w roku 1938. W roku 1943 w chwili wkroczenia do Włoch wojsk niemieckich, udał się na emigrację do Szwajcarii. W Szwajcarii prowadził wykłady na Uniwersytecie Genewskim oraz Uniwersytecie w Zurychu dla studiujących medycynę internowanych żołnierzy.

pomysłowości. Większość pawilonów posiada połączenia korytarzowe. Między innymi istnieje pawilon traumatologiczny (151).

W klinice Alessandriego, podobnie jak w Mediolanie największe wrażenie na polskich uczestnikach zjazdu wywarło nowoczesne wyposażenie szpitala i sal operacyjnych. Uczestnikom zwłaszcza spodobała się główna, amfiteatralna sala operacyjna oddzielona od publiczności. Tak opisuje ją Lewenstern:

Godne naśladowania jest urządzenie sali operacyjnej u prof. Alessandriego, gdzie obszerny amfiteatr przeznaczony dla widzów jest całkowicie odcięty od terenu operacyjnego za pomocą tafli szklanych. Dzięki tej instalacji najliczniejsze audytorium nie wpływa ujemnie na aseptykę zabiegu krwawego. U tegoż profesora mieliśmy możliwość podziwiać doskonale działanie znieczulenia rdzeniowego, nb. którego wpływ sięgał bardzo wysoko (do żołądka) mimo zastrzykiwań nie wyżej 10-11 dors. (151).

Podczas obrad mających miejsce w Rzymie posługiwano się wszystkimi językami urzędowymi zjazdu, co czasem prowadziło do niewielkich nieporozumień, wspomnianych w sprawozdaniu Lewensterna:

Językami urzędowymi Zjazdów są: francuski, niemiecki, angielski, włoski i hiszpański. (...) W słusznym przewidywaniu, iż nie każdy uczestnik Zjazdu włada wszystkimi językami „urzędowymi”, sekretariat rozsyła zawczasu – na miesiąc przed Kongresem – streszczenia prac przeznaczonych do wygłoszenia podane w tłumaczeniu na pięć języków. Kłopotliwiej przedstawia się sprawa z przemówieniami w dyskusji, która prowadzona np. w języku hiszpańskim niezbyt łatwa jest do wyrozumienia dla przeciętnego obywatela polskiego (sądzę, że i dla innych z dala od Madrytu mieszkających) (151).

W dyskusji o wskazaniach do leczenia operacyjnego śledziony głos zabierali Antoni Jurasz z Poznania (148) i Aleksander Zawadzki z Warszawy (146). Wśród interesujących wykładów chirurgów włoskich należy również wymienić wykład Leonarda Domeniciego z

Sassari, sekretarza zjazdu, na temat leczenia ropni wątroby (148). Domenici dzielił ropnie wątroby na infekcyjne i amebowe. W warunkach włoskich udało mu się zebrać 140 przypadków ropni amebowych i dokładnie przeanalizować ich przebieg kliniczny. Domenici zalecał wykonywanie nakłucia próbnego zmian w wątrobie zawsze w warunkach sali operacyjnej (151).

Symbolem stosunków między chirurgami włoskimi i polskimi jest historia utworzenia sekcji polskiej ISS/SIC, która znalazła swój epilog podczas rzymskiego zjazdu. Pomysł utworzenia sekcji polskiej w ramach Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów został poddany pod debatę w roku 1914 przez doktorów Leona Kryńskiego i Aleksandra Zawadzkiego podczas IV Zjazdu ISS/SIC w Nowym Jorku. Wniosek polskich chirurgów został stanowczo odrzucony przez chirurgów z państw zaborczych. W uzasadnieniu stwierdzono wówczas, że narodowość polska nie istnieje, zatem nie może być mowy o sekcji polskiej (152).

W tym samym 1914 roku już w czasie działań wojennych, chirurdzy niemieccy podpisali manifest zaprzeczający naruszaniu przez wojska niemieckie prawa międzynarodowego oraz dopuszczaniu się zbrodni na cywilnej ludności Belgii. W manifestie tym, uczeni (w tym chirurdzy) niemieccy oskarżyli aliantów o mordowanie kobiet i dzieci. W odpowiedzi na ten dokument wszyscy chirurdzy z państw centralnych zostali wykreśleni z list członków ISS/SIC. Sytuacja ta utrzymywała się aż do zjazdu w Rzymie w roku 1926, na którym chirurdzy niemieccy nie byli obecni (153).

Podczas walnego zgromadzenia Towarzystwa przewodniczący zjazdu rzymskiego, profesor Davide Giordano z Wenecji przypomniał dyskusję, jaką prowadził w roku 1914 w Nowym Jorku z chirurgami niemieckimi na temat utworzenia w obrębie Towarzystwa sekcji polskiej. Jak wspomniano, Niemcy stanowczo protestowali przeciw takiej sekcji, utrzymując, że narodowość polska nie istnieje, a mowa może być jedynie o Niemcach lub Rosjanach.

Giordano zdecydowanie odrzucił ten pogląd, ale ze względu na przewagę chirurgów nastawionych wrogo do Polski musiał ustąpić. Podczas zjazdu rzymskiego delegacja sekcji polskiej była już obecna i – co podkreślał Giordano – ta zmiana była przez całe środowisko, a zwłaszcza Włochów przyjmowana z radością (148). W sprawozdaniu z Rzymu wypowiedź Giordano przytacza *in extenso* Lewenstern:

Przed laty podczas kongresu w Ameryce na propozycję wybrania komitetu polskiego usłyszeliśmy zdanie, że nie ma Polaków, są tylko Niemcy i Rosjanie. Dziś na przekór takiej opinii wybraliśmy sobie właśnie stolicę Polski na miejsce naszego Kongresu. A więc *Vive la Pologne!* (151).

Kolejnym gestem w stronę gości z Polski było posadzenie dr. Zawadzkiego na honorowym miejscu obok profesorów Giordana i Hartmanna¹²⁵ podczas uroczystego bankietu w Hotelu Plaza w Rzymie. Podczas walnego zgromadzenia Warszawa jednogłośnie została wybrana na miejsce kolejnego zjazdu, co było niejako ukoronowaniem panującej podczas rzymskiego spotkania atmosfery zbliżenia polsko-włoskiego (148).

Również podczas obrad rzymskich postanowiono przyjąć na powrót do Towarzystwa wykreślonych członków niemieckich oraz umożliwić im udział w zaplanowanym zjeździe w Warszawie (151).

Pod koniec zjazdu gospodarze zaprezentowali nowinkę techniczną w postaci ambulansu powietrznego. Przybyły z Bordeaux samolot wziął na swój pokład odgrywających rolę rannych profesorów Hartmanna i Giordana i odbył z nimi pokazowy, 20-minutowy lot (148). Ponieważ w tym czasie doszło do zamachu na Mussoliniego (154) nie odbyła się

¹²⁵ Henri Albert Hartmann (1860–1952) profesor chirurgii Uniwersytetu w Paryżu, autor opisu dwuetapowej techniki leczenia chirurgicznego guzów jelita grubego

prezentacja wykładu Bastianello¹²⁶, który został wezwany do rannego w nos dyktatora (146).

VIII zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Warszawie

VIII zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego (ISS/SIC) odbył się w 1929 roku w Warszawie. Wzięło w nim udział wielu chirurgów włoskich. Chiasserini¹²⁷ z Wenecji przedstawił nowe poglądy na powstawanie zatorów naczyniowych. Uważał, że za zmiany zachodzące we krwi po zabiegach chirurgicznych sprzyjają powstawaniu zakrzepów. Za czynniki sprzyjające stanowi hiperkoagulacji uznał uraz operacyjny, infekcje, nowotwory i zaburzenia endokrynologiczne (155). Mediolańscy chirurdzy Rossi i Scalone prezentowali pogląd o konieczności wykonywania resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej. Putti i jego adiunkt z kliniki bolońskiej Delitala¹²⁸ zaprezentowali operacje odtwarzania dachu panewki stawu biodrowego za pomocą listwy kostnej z grzebienia biodrowego oraz plastykę stawu po zapaleniu zniekształcającym (156).

¹²⁶ Raffaele Bastianelli (1863–1961) profesor chirurgii Uniwersytetu Rzymskiego. Jeden z czterech włoskich chirurgów wyróżnionych honorowym członkostwem Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego (ISS/SIC) (154), wielokrotnie konsultował Benito Mussoliniego (146). Jeden z pionierów neurochirurgii włoskiej

¹²⁷ Angelo Chiasserini (?–1959) uczeń Alessandriego, profesor chirurgii w uniwersytetach w Perugii i Rzymie, przez krótki czas ordynator oddziału chirurgii w Wenecji. Jeden z pionierów neurochirurgii włoskiej

¹²⁸ Francesco Delitala (1883–1983) profesor chirurgii i ortopedii w Padwie, Neapolu i Bolonii. Jego najważniejsze prace dotyczyły chirurgii kręgosłupa.

W ramach zjazdu pokazano również nowość w dziedzinie dydaktyki, jaką były filmy odtwarzające przebieg operacji. Zostały one przygotowane między innymi przez Sławińskiego z Warszawy oraz Alessandriego z Rzymu (155).

Organizacja zjazdu, jego atmosfera oraz intensywna wymiana poglądów naukowych sprawiły na wszystkich uczestnikach tak doskonałe wrażenie, że jeszcze 10 lat później autor jednego z filmów, profesor Alessandri, już jako dyrektor rzymskiej kliniki chirurgicznej mówił o zjeździe w samych superlatywach (157).

Podczas zjazdów chirurgicznych w latach międzywojennych istniał jeszcze zwyczaj wykonywania operacji pokazowych. Włoscy chirurdzy obserwujący w Warszawie operacje wykonywane przez Jana Glatzla nazywali go *il diavolo*, czyli diabeł, ze względu na szybkość i niespotykaną zręczność chirurgiczną, demonstrowaną przez krakowskiego chirurga (158).

W sprawozdaniu z warszawskiego zjazdu opublikowanym przez Henryka Hilarowicza¹²⁹ ze Lwowa, zwraca uwagę kolejny gest członków Towarzystwa w stronę kolegów z Polski:

Na zebraniu plenarnem członków po odczytaniu sprawozdań i korespondencji, przystąpiono do rozstrzygnięcia sprawy języków dopuszczalnych na obradach kongresów. Obok dotąd dopuszczonych: francuskiego, włoskiego, angielskiego, niemieckiego i hiszpańskiego, dopuszczono język polski, jako reprezentacyjny język słowiański, co stanowi wielki sukces dla nauki, a specjalnie dla chirurgii polskiej (156).

Niestety Zjazd ISS/ISC w Warszawie miał również epizod niemiły, będący kontynuacją polityki chirurgów niemieckich w obrębie Towarzystwa. Mimo zaproszenia

¹²⁹ Henryk Hilarowicz (Hilarowicz-Nussbaum) (1890–1941) profesor chirurgii na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, autor własnej techniki sympatektomii brzusznej. Zamordowany przez Niemców w grupie 23 profesorów lwowskich w egzekucji na Wzgórzach Wuleckich wraz z innymi chirurgami: Władysławem Dobrzanieckim, Tadeuszem Ostrowskim i Salamonem (Stanisławem) Ruffem (166)

grupy niemieckich chirurgów na zjazd do stolicy Polski dotarł jedynie list sygnowany przez ówczesnego kierownika kliniki chirurgicznej we Wrocławiu (32) a zarazem prezesa Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego, Hermanna Küttnera¹³⁰. W liście otwartym Küttner stwierdzał, że „nie znalazł się żaden znany i szanowany chirurg niemiecki, który by się zgodził być delegatem na Zjazd w Warszawie” (153).

Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/SICOT) w Bolonii i Rzymie w 1936 roku

Na zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Bolonii i Rzymie w roku 1936 zostało zaproszonych wielu chirurgów spoza Włoch, w tym wielu z Polski. W zjeździe wzięli udział między innymi Adam Gruca, Juliusz Zaremba, Leon Kalina¹³¹, Kazimierz Kessel¹³² i Wiktor Dega. Wrażenia z pobytu we Włoszech tak opisywał w swoich wspomnieniach Wiktor Dega:

Pierwsza część zjazdu odbyła się w Instytucie im. Rizzoliego w Bolonii. Gospodarzem był prof. Vittorio Putti (...) Gwoździem zjazdu była telekinematografia jako najświeższa nowość kinematografii włoskiej. Na ekranie można było obserwować wprowadzanie główki kości udowej w dysplastycznym stawie biodrowym. (...) Zjazd pozwolił nam poznać nieco Włochy. W Rzymie organizatorzy pokazali większe osiągnięcia z ostatnich lat. Byli z nich bardzo dumni. Zwrócili uwagę na elektryfikację kolei, na wielki

¹³⁰ Hermann Küttner (1870–1932) profesor chirurgii Uniwersytetu Wrocławskiego, następca Mikulicza, kierował kliniką chirurgiczną we Wrocławiu od 1907 do 1932 roku

¹³¹ Leon Kalina (1893–1942) chirurg i ortopeda Szpitala Wolskiego w Warszawie, uczestnik obrony Lwowa w 1918 roku, zginął w wyniku potrącenia przez niemiecką ciężarówkę wojskową w Warszawie.

¹³² Kazimierz Kessel (1885–1959) chirurg warszawski, uczestnik Powstania Warszawskiego

nowo wybudowany stadion sportowy. Forum Mussolini, imponujące domy opiekuńcze dla osób starych. Zwiedziliśmy nowo powstałe miasto uniwersyteckie, Citta Universitaria, z licznymi klinikami specjalistycznymi, m.in. Kliniką Ortopedyczną kierowaną przez prof. Marino Zucco¹³³, antagonistę prof. Puttiego. Najwięcej mnie jednak interesowało poznanie wielkiego Instytutu Carlo Forlanini¹³⁴. Instytut ten zajmował się badaniem i leczeniem gruźlicy. Był to wielki kompleks budynków. Znałem instytut z opowiadań Janusza Zeylanda, który specjalizował się w zagadnieniach gruźlicy. Jako klinicysta podziwiałem rozwiązanie stosowania helioterapii w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Jeden blok był na ten cel tak zbudowany, że pokoje chorych miały swoje werandy, będące niejako przedłużeniem pokoju. Każde łóżko chorego miało kółka, co pozwalało z łatwością je wysuwać na nasłonecznioną werandę. Oczywiście naświetlania były ściśle dawkowane (99).

W trakcie zjazdu Leon Kalina z Warszawy wygłosił referat dotyczący uszkodzeń stawu kolanowego, zatytułowany *Les dérangements internes du genu*¹³⁵ (159).

¹³³ Carlo Marino-Zuco (1893–1965) profesor ortopedii w Uniwersytecie Rzymskim (w tekście zachowano pisownię nazwiska zastosowaną przez autora sprawozdania)

¹³⁴ właściwie Forlanini

¹³⁵ Uszkodzenia wewnętrzne kolana

5. Polacy odwiedzają włoskie kliniki chirurgiczne

Wielu chirurgów polskich w XIX i XX wieku decydowało się poświęcić swój prywatny czas na wyjazdy naukowe do liczących się klinik zagranicznych, w tym także do Włoch. Wyjazdy te, były nie tylko okazją do zdobycia wiedzy i nowych doświadczeń, ale także istotnym elementem reklamy własnej praktyki. Większość wyjeżdżających dzieliła się z kolegami zdobytą wiedzą i umiejętnościami w czasie codziennej pracy. Tylko niektórzy przedstawiali swoje doświadczenia w formie sprawozdań w prasie fachowej, co w sposób oczywisty ogranicza możliwość uzyskania informacji o wielu chirurgach polskich, którzy wizytowali włoskie kliniki w celach zawodowych.

Obszerne wspomnienia z pobytów we włoskich klinikach w latach 1926–1939 pozostawili: Wiktor Dega z Uniwersytetu Poznańskiego, Stanisław Michałek-Grodzki¹³⁶ z Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Adam Gruca ze Lwowa, Zdzisław Skibiński z Zakopanego oraz Herman Datyner¹³⁷ z Warszawy.

Wiktor Dega z Poznania przebywał jako asystent w roku 1927 w kierowanym przez Puttiego bolońskim Instytucie Rizzoliego. W swoich wspomnieniach poświęconych temu okresowi zwracał uwagę na bardzo dokładne planowanie leczenia operacyjnego oraz liczne innowacje zarówno w organizacji pracy w klinice jak i w dziedzinie stosowanych przez Puttiego technik operacyjnych.

¹³⁶ Stanisław Michałek-Grodzki (1889–1951) jeden z pionierów chirurgii plastycznej w Polsce, z jego inicjatywy powstał w Polanicy Zdroju Oddział Chirurgii Plastycznej

¹³⁷ Herman Datyner (1886–1975) urolog praktykujący w Warszawie, pianista, wieloletni prezes Żydowskiego Towarzystwa Krzewienia Sztuk Pięknych w Warszawie. Kapitan Wojska Polskiego w wojnie polsko-bolszewickiej. W 1940 uciekł z okupowanej Warszawy do Włoch, gdzie został aresztowany. Spędził lata wojny w obozach koncentracyjnych na terenie Włoch w Casoli i Istonio (189). Po wojnie osiedlił się w Nowym Jorku.

O organizacji pracy klinicznej w Bolonii Dega pisał następująco:

Instytut wyróżnił się znakomitą organizacją prac klinicznych i naukowo-badawczych. Liczne działy o specjalnym przeznaczeniu służyły znakomicie dydaktyce. W dziale dokumentacji klinicznej zwiedzający mógł poznać całą dokumentację, jaką posługiwał się Instytut. Wszystkie wzory historii chorób i formularzy dokumentacyjnych były wyłożone do wglądu. Formularze historii chorób miały różne odmiany. Odrębny formularz był przeznaczony dla wrodzonego zwichnięcia biodra, odrębny dla gruźlicy kostno-stawowej, porażen polio-myelitycznych itd. W każdej historii choroby były rubryki z różnymi szczegółami, które lekarz, spisując historię choroby danego pacjenta, musiał uwzględnić. Putti chciał przez to uzyskać pewną porównywalność wyników leczenia. Wyniki operacyjne były systematycznie kontrolowane komisyjnie przez grupę asystentów w tym celu powołanych. Był to dobry zwyczaj, który wprowadziłem później we własnej klinice. Taka obiektywna kontrola pozwoliła wykryć słabe punkty w sposobie leczenia lub w wykonawstwie stosowanej metody operacyjnej. Wnioski z badań kontrolnych pozwalały ulepszać metody, sprzyjały postępowi w lecznictwie.

Uwagę Degi przyciągały także nowoczesne, należące do Instytutu warsztaty:

W obrębie instytutu znajdowały się duże Warsztaty Ortopedyczne (Officine Orthopediche). Wytwarzały one zaopatrzenie ortopedyczne dla chorych instytutu i dla innych placówek w kraju i za granicą. Było to duże przedsiębiorstwo, w którym pracowało kilku inżynierów konstruktorów. Realizowali oni pomysły Puttiego. Tu powstawały nowe modele protez kończyn, aparatów ortopedycznych, gorsetów korekcyjnych itd. Tu wyrabiano narzędzia chirurgiczne, stoły operacyjne pomysłu Puttiego, przyrządy do fizjoterapii itd.

Podsumowując swoje wrażenia z Włoch, Dega pisał:

Instytut Rizzoliego był w owym czasie inspiratorem licznych nowych koncepcji w lecznictwie zachowawczym i operacyjnym i w konstrukcjach zaopatrzenia

ortopedycznego. Koncepcje te były podejmowane przez ośrodki ortopedyczne na całym świecie i przyczyniły się do intensywnego rozwoju ortopedii w okresie przedwojennym. Tu poznałem, jak istotne znaczenie ma organizacja pracy w placówce ortopedycznej(99).

Pracę w Instytucie Rizzoliego za czasów Puttiego tak z kolei opisywał przebywający tam w roku 1926 Adam Gruca:

O ruchu chorych niech świadczy kilka liczb: w roku 1925 ambulatoria przyjęły 5850 chorych (przeciętnie dziennie 124), leczono bezpłatnie 748 chorych, operacji chirurgicznych wykonano 516, opatrunków gipsowych założono 2980, badań rentgenologicznych przeprowadzono 3800, profesor udzielił 2220 porad prywatnych.

Dalej we wspomnieniach Grucy czytamy:

Praca w Klinice prof. Puttiego zaczyna się stale o godz. 7.15 rano i jest rozłożona w sposób następujący: w poniedziałek i ewentualnie we wtorek wizyta „duża” w salach chorych, środa i piątek są dniami operacyjnymi, we wtorek i sobotę – wizyta „mała”. Ambulatorium załatwia trzech do tego przeznaczonych asystentów. Kierownik Kliniki ma zwyczaj wyczerpującego omawiania przy wizycie wszystkich nowych przypadków z asystentami i lekarzami obcymi, których nigdy nie brak: każda historia choroby nowego chorego bywa odczytana, wszelkie badania dodatkowe i plan leczenia omówione. Nic więc dziwnego, że nawet przy niepełnym stanie chorych (120–150), jaki jest przeciętnie, tzw. wizyta duża w poniedziałek trwa od 7.15 do 13.30 i rzadko kiedy czas ten wystarcza do obejrzenia wszystkich chorych.

Uwagę Grucy zwracały również – co oczywiste – techniczne szczegóły operacji:

Aseptyka operacyjna jest bardzo ścisła: maski, czapki, dwie pary rękawiczek. Bez maski, czapki, osobnego płaszcza i pokrowców na obuwiu widzom podczas operacji wejść na salę nie wolno. Rękawiczki i płaszcz pozostają bez zmiany na kilka operacji po sobie następujących. Narzędzia przygotowuje się od razu do wszystkich zabiegów, jakie mają

być wykonane danego dnia (5-8). Każde raz użyte narzędzie po odłożeniu przez operatora zostaje wrzucone do sterylizatora. Operuje się najczęściej na stole Puttiego, zaopatrzonym w urządzenia do wyciągu i umożliwiającym wszystkie położenia konieczne w chirurgii kości i stawów. Większość narzędzi jest pomysłu bądź modyfikacji Puttiego: dłuta do zabiegów wytwórczych stawów, specjalne narzędzia do żłobienia panewki stawu biodrowego, kleszcze do ścięgien, zgłębnik do przeszczepiań ścięgien, łyżki do nastawiania wrodzonych zwichnięć biodra, narzędzia do szwu kostnego, aparat elektryczny do kości i wiele innych. Operuje się przeważnie w uśpieniu eterowym, przy czym podczas zabiegu stale mierzy się i zapisuje się wahania w ciśnieniu krwi, w związku z różnymi okresami zabiegu, ilość zużytego środka i czas trwania uśpienia (100).

Podczas pobytu we Włoszech Gruca odwiedził również szereg oddziałów chirurgii ogólnej. W swoich wspomnieniach opisał pobyty w klinikach w Bolonii, Mediolanie, Rzymie, Padwie i Wenecji. O profesorze Davide Giordano pisał:

Prof. Giordano uchodzi za najszybciej operującego chirurga we Włoszech. Dla przykładu niech służą operacje, wykonane podczas zjazdu chirurgów u 45-letniej chorej w ciągu 52 minut: zespolenie żołądkowo-jelitowe (zwężenie odźwiernika), wycięcie pęcherzyka żółciowego (kamica), wycięcie wyrostka robaczkowego, przymocowanie nerki i operacja przepukliny. W drodze powrotnej dowiedziałem się, że chora ta wyzdrowiała i czuje się dobrze. Giordano zajmuje się specjalnie nowotworami, operując nawet bardzo daleko posunięte przypadki i ewentualnie naświetlając zastępczo promieniami Roentgena. Z tych około 10% uważa za wyleczone (brak nawrotów ponad pięć lat). Zasady tego rodzaju stosuje w nowotworach wszystkich narządów (100).

Z kolei o kierowanej przez Donatiego klinice chirurgicznej w Padwie Gruca pisał:

Sala operacyjna ta sama, w której Bassini wykonał pierwszą operację przepukliny swoją metodą, mieści się w Sali wykładowej, dość ciasnej i ciemnej (...) Chirurgia jamy brzusznej jest specjalnością Kliniki Donatiego. Zabiegi z powodu kamicy żółciowej należą podobnie jak w Bolonii do najczęstszych. Cięcie w linii środkowej z małym cięciem

poprzecznem przez mięsień prosty prawy tuż nad pępkiem. Z wyjątkiem przypadków ropnych zamyka się jamę brzuszną po wycięciu pęcherzyka żółciowego na głucho (na 180 przypadków 24 sączkowano cienką rurką gumową). Skórę szyją jedwabiem, a opatrunek po operacji brzusznej składa się z paska gazy, przyklepionego mastizolem, ma zatem rozmiary jakich nie spotykałem nigdzie (100).

Podobnie jak we wspomnieniach Pawła Goldsteina, przytaczanych w rozdziale *Zjazdy naukowe*, tak i we wspomnieniach Grucy znajdujemy fragment opisujący z zachwytem klinikę mediolańską:

Ufundowali ją bracia Zonda i w 1915 r. darowali Uniwersytetowi Mediolańskiemu. Przyziemie obliczonego na 120 łóżek budynku zajmuje część kliniczno-wychowawczą i sale chorych ropnych, 1-e piętro jest przeznaczone dla przypadków czystych, 2-e dla urazowych. (...) Osobliwość kliniki stanowi połączenie widnej Sali wykładowej (światło z góry) z salą operacyjną za pomocą szklanej ściany. Z górnych ławek Sali wykładowej prowadzą wejścia na balkon, mogący pomieścić do 60 widzów, umieszczony okrężnie nad salą operacyjną, oddzielony jednak od niej zupełnie ścianą ustawioną skośnie. Nad balkonem znajduje się szklany dach. Specjalny telefon, stojący obok operatora w sali operacyjnej, umożliwia objaśnianie szczegółów zabiegu. Balkon umieszczony jest na wysokości 2m 60cm, przebieg operacji widzi się z góry doskonale.

Uzupełnieniem opisu Grucy był schemat budowy pawilonu Zonda (100).

Gruca obserwował również operacje w rzymskiej klinice Raffaele Bastianellego. Częściowe wycięcie żołądka z powodu raka części odźwiernikowej: żołądek przecina się między zaciskadłami, pokrytymi rurką gumową. W celu przywrócenia drożności przewodu pokarmowego najczęściej używają sposobu Rydygiera, a w razie większego napięcia – metody Reichel-Polya, przy czym obwodowy odcinek jelita czczego przyszywają do krzywizny mniejszej, dogłowowy do większej.(...) Zabieg trwał godzinę i 40 minut. Skórę wyjaławiają kwasem pikrynowym (100).

W rzymskim Instytucie Forlaliniego w roku 1934 przez 8 miesięcy przebywał Zdzisław Skibiński z Zakopanego. Jego spostrzeżenia dotyczące techniki torakoplastyki przednio-bocznej Maldiniego, którą to technikę poznawał w czasie pobytu w Rzymie, przedstawiono obszernie w rozdziale *Torakochirurgia*. O atmosferze panującej w Instytucie Skibiński pisał natomiast:

W Zakładzie przyjmuje się z wielką uprzejmością chirurgów z zagranicy, którzy zjeżdżają tam z różnych krajów. Prawie stale przebywa tam jakiś chirurg, który na miejscu zaznajamia się praktycznie z tą nową operacją (141).

W tym samym szpitalu przebywał oprócz Skibińskiego także Nowotny, a w czasie II wojny światowej Majewski. Wrażenia Majewskiego zostały przedstawione w rozdziale *Drugi Korpus we Włoszech*.

Zainteresowany głównie chirurgią plastyczną asystent II Kliniki Chirurgii Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie Stanisław Michałek-Grodzki przebywał w roku 1938 w Mediolanie w klinice Rossellego¹³⁸ oraz w Rzymie w klinice Manna. W Mediolanie obserwował rekonstrukcje rozszczepień podniebienia oraz wypełnianie ubytków po rozległych resekcjach z powodu raka głowy i szyi. Klinika mediolańska, będąca jednocześnie w tym samym roku gospodarzem III Międzynarodowego Kongresu Chirurgii Plastycznej, imponowała swoim olbrzymim materiałem operacyjnym. W samym roku 1937 operowano tam ponad 2000 chorych. Klinika Chirurgii Plastycznej w Rzymie, odwiedzona przez Grodzkiego była zakładem dużo mniejszym, przyjmującym głównie chorych ambulatoryjnych (160).

¹³⁸ Gustavo Sanvenero Rosselli (1899–1974) profesor chirurgii uniwersytetów Turyńskiego i Mediolańskiego, twórca pierwszej katedry chirurgii plastycznej we Włoszech w 1962 roku w Turynie

Doktor Herman Datyner w trakcie swego pobytu we Włoszech odwiedził liczne ośrodki chirurgiczne. W szpitalach rzymskich jego uwagę zwracało nowoczesne wyposażenie. Wrażenie sprawnych chirurgów sprawili na Datynerze Puccinelli, Urbani, Ucci, Parec oraz dyrektor kliniki Alessandri, a ponadto Antonucci i neurochirurg Chiasserini. Otoczony znaczną sławą Bastianelli, operujący jedynie w swojej prywatnej klinice, przyjął Datynera bardzo życzliwie i pozwolił mu asystować do szeregu zabiegów. O Bastianellim i jego klinice pisał Datyner w następujący sposób:

Chciałbym wspomnieć jeszcze o chirurgu włoskim prof. Raffaele Bastianelli w Rzymie, który operuje obecnie również trzy razy tygodniowo tylko w swej wzorcowo urządzonej prywatnej klinice, zajmującej dwupiętrowy budynek niedaleko od klinik uniwersyteckich, i jak wszyscy, zresztą, koledzy Włosi, również jest bardzo gościnny i chętnie służy każdemu z odwiedzających jego klinikę lekarzy pokazami i wskazówkami podczas operacji. Prof. Bastianelli zajmuje, jak wyżej zaznaczyłem, również stanowisko dyrektora powstałego w 1933 roku w Rzymie Instytutu im. Królowej Heleny do Walki z Rakiem i jest jednocześnie szefem oddziału chirurgicznego, zajmującego całe IV-te piętro we wspaniałym gmachu Instytutu. Oddział liczy 64 łóżka dla chorych na raka, które są rozmieszczone w oddzielnych separatkach i w małych, widnych, ładnie urządzonych salach, posiadających najwyżej 5 łóżek; poza tym oddział ma piękne sale operacyjne, sterylizacyjne itd. Poza prof. Bastianelli w oddziale operują prof. Ferraresi i Sante. O ruchu operacyjnym świadczy świeżo ogłoszona statystyka, która wykazuje 1000 operacji rocznie (157).

W Mediolanie doskonale wrażenie wywarła na Datynerze klinika, którą wcześniej kierował Donati (157), w tym czasie już usunięty z pracy na podstawie ustawy rasowej (161). Szpitale w Neapolu wywarły na polskim chirurgu znacznie mniejsze wrażenie w zakresie wyposażenia, ale technikę chirurgiczną ocenił jako świetną (157).

W przededniu wybuchu wojny Datyner podkreślał bardzo pozytywne nastawienie do Polski i Polaków właściwie u wszystkich włoskich chirurgów z którymi miał okazję się spotkać (157). Nie tylko on we wspomnieniach z okresu poprzedzającego wybuch wojny podkreślał życzliwy stosunek do Polaków. „Do Polaków Włosi odnoszą się z wielką sympatią. Przez cały czas mego pobytu otaczano mnie aż krępującą gościnnością, starając się pokazać wszystko co mnie interesowało” – pisał Bolesław Markowski¹³⁹ po pobycie w roku 1938 w klinice uniwersyteckiej w Cagliari (162).

Pomimo sympatii wiedza włoskich chirurgów o Polsce nie zawsze była imponująca. Przykładem mogą być wspomnienia mediolańskiego chirurga Giuseppe Salvatore Donatego¹⁴⁰, który opisał dramatyczne losy młodego Żyda usiłującego dostać się z Polski przez Włochy do Palestyny, a który zmarł w roku 1938 na zapalenie otrzewnej. Według Donatego był to uciekinier z warszawskiego getta, które w rzeczywistości powstało dwa lata później (4).

Oprócz wspomnianych wyżej, także wielu innych polskich chirurgów wyjeżdżało do Włoch z zamiarem naocznego poznania techniki ośrodków włoskich. Niestety, wiele z takich pobytów nie zostało w żaden sposób udokumentowanych; często jedyną wzmianką jest krótka informacja o samym pobycie w Italii. Poniżej zebrano odnalezione, krótkie informacje dotyczące chirurgów polskich przebywających przez pewien czas we Włoszech, niewspomnianych w poprzednich rozdziałach.

¹³⁹ Bolesław Markowski (1908–1990) komendant i główny chirurg Szpitala Morskiego na Oksywiu, w czasie wojny więzień stalagu w Neubrandeburgu, po wojnie pozostał w Wielkiej Brytanii

¹⁴⁰ Giuseppe Salvatore Donati (1902–1982) profesor chirurgii Uniwersytetu w Pawii

Jan Fryderyk Niszkowski¹⁴¹ odbył w latach 1802–1806 podróż naukową po Europie, między innymi do ośrodków chirurgii włoskiej. Po powrocie objął katedrę chirurgii w Wilnie (163). Seweryn Gałęzowski¹⁴² wyjechał w roku 1828 w podróż naukową po Europie, studiując chirurgię w najlepszych ośrodkach europejskich, w tym włoskich. Do Polski wrócił z chwilą wybuchu powstania listopadowego (163). Na zjeździe chirurgicznym w Rzymie w roku 1894 Julian Kosiński¹⁴³, zaprezentował wyniki leczenia operacyjnego 400 chorych ze schorzeniami narządów jamy brzusznej. Był to na owe czasy olbrzymi materiał operacyjny. Wśród zaprezentowanych wówczas zabiegów znalazła się również pierwsza wykonana na ziemiach polskich nefrektomia (164). Podczas konferencji chirurgicznych w Rzymie referaty wygłaszał profesor Roman Barącz¹⁴⁴ (165). Profesor Władysław Dobrzaniecki¹⁴⁵ ze Lwowa przebywał na stażach naukowych w klinikach włoskich (166). Jan Mossakowski¹⁴⁶ na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku odbywał podróże naukowe do włoskich

¹⁴¹ Jan Fryderyk Niszkowski (1774–1816) profesor chirurgii Cesarskiego Uniwersytetu Wileńskiego, był pierwszym wykładowcą chirurgii prowadzącym wykłady w języku polskim

¹⁴² Seweryn Gałęzowski (1801–1878) profesor chirurgii Cesarskiego Uniwersytetu Wileńskiego, uczestnik powstania listopadowego

¹⁴³ Julian Kosiński (1833–1914) profesor chirurgii Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, przeprowadził pierwszą na ziemiach polskich nefrektomię. Twórca warszawskiej szkoły chirurgicznej

¹⁴⁴ Roman Barącz (1856–1930) profesor chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego, specjalista w dziedzinie leczenia promienicy

¹⁴⁵ Władysław Dobrzaniecki (1897–1941) profesor chirurgii Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Pionier operacji plastycznych w Polsce. Zginął w grupie profesorów lwowskich uczelni zamordowany przez Niemców na Wzgórzach Wuleckich.

¹⁴⁶ Jan Mossakowski (1885–1974) profesor chirurgii Uniwersytetu Warszawskiego, ordynator Oddziału Chirurgii Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze

ośrodków chirurgicznych (167). Zygmunt Jurewicz¹⁴⁷ w latach trzydziestych odbywał podróże naukowe do ośrodków chirurgicznych w Rzymie (168). Aleksander Kuropatwiński¹⁴⁸ jako członek grupy do walki z malarią przebywał z ramienia Ligi Narodów we Włoszech (166). Maks-Menachem Schumert¹⁴⁹ studiował medycynę i chirurgię na uniwersytecie w Modenie, gdzie uzyskał dyplom doktora medycyny w 1936 roku (166).



¹⁴⁷ Zygmunt Jurewicz (1894–1953) po studiach medycznych w Petersburgu i Warszawie ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Ewangelickiego w Warszawie

¹⁴⁸ Aleksander Kuropatwiński (1871–1941) lekarz i chirurg, absolwent Uniwersytetu w Dorpacie. Zginął w nieznanych okolicznościach w Drohiczynie podczas okupacji sowieckiej.

¹⁴⁹ Maks-Menachem Schumert (1911–?) po studiach we Włoszech pracował na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Starozakonnych w Łodzi. We wrześniu 1939 roku uciekł z Polski, po wojnie osiedlił się w Palestynie.

6.Czas wielkich wojen XX wieku

Wielkie wojny XX wieku przerywały kontakty naukowe i zawodowe chirurgów polskich i włoskich. Niezależnie od tego tysiące Polaków znalazło się w tym czasie we Włoszech. W okresie I wojny światowej byli to jeńcy narodowości polskiej zamknięci we włoskich obozach jenieckich, natomiast podczas II wojny światowej polskie oddziały wojskowe toczyły tam ciężkie walki.

Podczas I wojny światowej na terytorium Włoch powstały liczne obozy jenieckie, w których w szczytowym momencie przebywało nawet do 60 tysięcy jeńców narodowości polskiej. Dzięki intensywnym zabiegom włoskiej Polonii udało się wydzielić we Włoszech obozy dla Polaków oraz zapewnić im własną, polską opiekę medyczną. Polskie szpitale powstały w Ivrei koło Turynu oraz w pobliżu obozu Santa Maria Capua Vetere w Sparamie w prowincji Neapolu. Z kolei w rzymskim szpitalu Santa Margherita utworzono kilka sal chorych przeznaczonych jedynie dla Polaków (169).

Podczas II wojny światowej, wraz z przybyciem na ziemię włoską 2. Korpusu dowodzonego przez generała Władysława Andersa znalazła się tam duża grupa polskich lekarzy, w tym także chirurgów.

Polskie szpitale wojenne, nr 1 w Casamassima koło Bari i nr 3 w Mottoli koło Palagiano, posiadały oddziały chirurgiczne. Działały one do wiosny 1946 roku, od bitwy o Bolonię¹⁵⁰ przyjmując już głównie cywilnych chorych. Polscy chirurdzy pracowali również w mniejszych polskich szpitalach: w 2. Szpitalu Wojennym w Campobasso, w 6. Szpitalu Wojennym w Venafro i w Sanitarnych Ośrodkach Ewakuacyjnych w Venafro i Pozzoli (170). Ze względu na przesuwanie się frontu zarówno miejsca stacjonowania szpitali, jak i ich numeracja ulegały ciągłym zmianom (142). Nowością w organizacji pracy chirurgicznej było

¹⁵⁰ Bitwa o Bolonię, czyli operacja „Buckland”, trwała od 9 do 21 kwietnia 1945 roku

stworzenie na wzór angielski tak zwanych czołówek chirurgicznych, wyposażonych w sprzęt pozwalający na przeprowadzanie operacji w warunkach polowych przez zespół składający się z chirurga, anestezjologa oraz personelu pomocniczego.

W czasie walk we Włoszech naczelnym chirurgiem 2. Korpusu był Bolesław Szarecki¹⁵¹. Pracą oddziałów chirurgicznych kierowali Donat Massalski¹⁵², Adam Jakubowski¹⁵³, Tadeusz Sokołowski¹⁵⁴ i Czesław Maciejewski (171).

Polskie czołówki chirurgiczne były kierowane przez Witolda Wasilewskiego, Franciszka Hippa¹⁵⁵, Zbigniewa Sałacińskiego¹⁵⁶ i Czesława Szolina¹⁵⁷ (171). W późniejszym

¹⁵¹ Bolesław Szarecki (1874–1960) absolwent Uniwersytetu w Charkowie, brał udział w wojnie rosyjsko-japońskiej, I wojnie światowej, wojnie polsko-bolszewickiej. W Drugim Korpusie Polskim w stopniu generała brygady objął funkcję Naczelnego Chirurga i Inspektora Szpitalnictwa. Po powrocie do polski organizował służbę zdrowia w Wojsku Polskim. Odznaczony krzyżem *Virtuti Militari*.

¹⁵² Donat Massalski (1905–1963) absolwent Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, uczestnik kampanii wrześniowej, więzień Kozielska, po wojnie ordynator II Oddziału Szpitala Miejskiego im.Kopernika w Toruniu. Jego udział w walkach Drugiego Korpusu we Włoszech opisany został przez Melchiora Wańkowicza w „Szkicach spod Monte Cassino”.

¹⁵³ Adam Jakubowski (1889–1962) chirurg, ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Wojennym nr 1 w Rehovot (Palestyna) oraz w Szpitalu Wojennym nr5 w Kampanii Włoskiej, po wojnie ortopeda w szpitalu G.Narutowicza w Krakowie.

¹⁵⁴ Tadeusz Sokołowski (1887–1965) absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, profesor chirurgii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W roku 1936 brał udział w I Międzynarodowym Kongresie Transfuzji Krwi w Rzymie. Żołnierz Drugiego Korpusu. W czasie wojny wykładał na Polskim Wydziale Lekarskim na Uniwersytecie w Edynburgu.

¹⁵⁵ Franciszek Hipp (1900–?) chirurg, asystent Ostrowskiego we Lwowie

¹⁵⁶ Zbigniew Sałaciński (1905–1977) chirurg, uczeń Antoniego Jurasza, żołnierz Drugiego Korpusu, uczestnik Bitwy pod Monte Cassino

¹⁵⁷ Czesław Szolin (1903–1972) chirurg, żołnierz Drugiego Korpusu, uczestnik Bitwy pod Monte Cassino

okresie zorganizowane zostały dwie dalsze czołówki chirurgiczne pod kierunkiem Adama Majewskiego¹⁵⁸ i Józefa Jankiewicza (142).

Wśród chirurgów 2. Korpusu byli także Jerzy Konarek, Adam Graber¹⁵⁹, Maurycy Pancer, Marek Mozes, Piotr Czeladzin, Zdzisław Krajewski (170). W czasie walk pod Monte Cassino zginął także chirurg Wincenty Napora¹⁶⁰ (171).

Lekarze i chirurdzy polscy przebywający we Włoszech, pod koniec działań wojennych uczestniczyli w odradzającym się życiu naukowym. W okresie od 12 do 19 lutego 1945 roku w Rzymie odbył się Kongres Chirurgów Armii Sprzymierzonych (Congress of Combined Mediterranean Forces Army Surgeons) z licznym udziałem chirurgów polskich. W trakcie kongresu polscy chirurdzy mieli okazję zwiedzać znany Instytut Forlaliniego (142). Wykonywane tam operacje wytwarzania odmy zewnątrzopłucnowej wprowadzone zostały do polskiej praktyki chirurgicznej dopiero po wojnie przez Wiktora Brossa¹⁶¹ we Wrocławiu i

¹⁵⁸ Adam Majewski (1907–1979) chirurg, żołnierz Drugiego Korpusu, uczestnik Bitwy pod Monte Cassino, autor wspomnień „Wojna, ludzie i medycyna”

¹⁵⁹ Adam Graber (1896–1944) ordynator chirurgii szpitala „Na Czystem” w Warszawie, lekarz i chirurg 48 czołówki chirurgicznej Drugiego Korpusu, zginął w szpitalu pod Monte Cassino podczas ostrzału artyleryjskiego (166).

¹⁶⁰ Wincenty Napora (1903–1943) lekarz i chirurg w Sosnowcu, żołnierz kampanii wrześniowej i Drugiego Korpusu, zginął 9 Maja 1943 w czasie udzielania pomocy rannym w głównym punkcie opatrunkowym

¹⁶¹ Wiktor Bross (1903–1994) absolwent Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, profesor Akademii Medycznej we Wrocławiu, pionier torako i kardiochirurgii polskiej. Jako pierwszy w Polsce wykonał w 1936 roku pneumonektomię, w 1961 roku zabieg operacyjny na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym, w 1966 roku przeszczep nerki.

Wita Rzepeckiego¹⁶² w Zakopanem (139). Wrażenia z pobytu w Instytucie Forlaliniego tak przedstawiał Adam Majewski:

W czasie trwania kongresu zwiedzaliśmy rzymskie kliniki. W jednej z nich przyglądałem się operacji guza mózgu, w innej zaś widziałem resekcję żołądka. Kliniki były urządzone obszernie i nowoczesnie. Natomiast jeśli idzie o technikę, to nic szczególnego nie zwróciło mojej uwagi. Włosi operowali bardzo dobrze i starannie, bez pośpiechu, ale na tym poziomie, jak u nas w przeciętnym, dobrym szpitalu. Znacznie ciekawsze było dla mnie zwiedzanie Instytutu Forlaliniego¹⁶³. Udałem się tam z grupą lekarzy polskich. Wpuszczono nas na salę operacyjną, gdzie dokonano operacji odmy zewnątrzopłucnowej. Kierownik Instytutu, zdaje mi się, że był nim profesor Morelli¹⁶⁴, nie wyszedł do nas. Operacje wykonywał jeden z docentów. Sala była zaciemniona. Po otwarciu klatki piersiowej do odluszczenia płuca w warstwie zewnątrzopłucnowej lekarz nie używał gazików ani palców, tylko robił to specjalnym aparatem. Aparat ten był podobny do dużej maszyny, jakich używano przed wojną w Polsce do robienia papierosów. Składał się z metalowej rurki, w której przesuwiał się metalowy rdzeń, poruszany tam i z powrotem ręką chirurga. Rdzeń ten za każdym ruchem do przodu wypychał kilka centymetrów białej tasiemki. Ubijana w ten sposób tasiemka odklejała opłucną ścienną bardziej miękko i atraumatycznie, niż gdyby to robić tak zwanymi „tupferami” lub gazikami na szczypcach. Oczywiście w miejscach, gdzie były twardsze zrosty, przecinał je długimi nożyczkami lub elektrokoagulacją. Całe pole operacyjne

¹⁶² Maciej Wit Rzepecki (1909–1989) absolwent Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, profesor Instytutu Gruźlicy w Warszawie, twórca pierwszej w Polsce stacji krwiodawstwa (we Lwowie) oraz pierwszego oddziału chirurgii klatki piersiowej (w Zakopanem). W 1948 roku wykonał pierwszą w Polsce resekcję mięszu płuca w gruźlicy.

¹⁶³ prawidłowo Forlaliniego

¹⁶⁴ Eugenio Morelli (1881–1961) ftyzjatra, asystent Carla Forlaliniego i pierwszy kierownik instytutu jego imienia

wewnątrz klatki piersiowej, a w szczególności zrosty, chirurg oświetlał wyjąłowioną lampką elektryczną na dowolnie zginającym się pręcie (142).

Dążenie do zaktualizowania wiedzy było impulsem do zorganizowania przez Tadeusza Sokołowskiego Zjazdu Polskich Lekarzy Wojskowych. Dzięki życzliwości Uniwersytetu Bolońskiego, który udostępnił swe pomieszczenia zjazd ten odbył się w grudniu 1945 (172).

Pomoc, także lekarska, udzielana cywilnym mieszkańcom przez Wojsko Polskie, nie pozostawała przez Włochów niezauważona. Przyjazne odnoszenie się przez Polaków do miejscowej ludności, uszanowanie dziedzictwa kulturowego zjednywało im sympatie. Również zachowania Polaków wyróżniały się korzystnie wśród wojsk stacjonujących we Włoszech, o czym świadczy fakt, że Polacy, stanowiący aż 15% wojsk alianckich w Italii, popełnili zaledwie 0,8% zanotowanych przez władze włoskie i alianckie aktów przemocy przeciwko cywilom (173).

Wraz z końcem wojny i systematycznym rozformowaniem 2. Korpusu polscy chirurdzy opuszczali Włochy. Jak wspomniano, polskie szpitale funkcjonowały we Włoszech do wiosny roku 1946, udzielając pomocy także włoskim cywilom (170). Za pomoc chirurgiczną udzielaną włoskim cywilom ordynator polskiego szpitala wojskowego w Bolonii, chirurg Tadeusz Sokołowski otrzymał honorowe obywatelstwo Włoch i Komandorię Orderu Corona d'Italia (26).

Dowództwo Drugiego Korpusu, mając na uwadze przejście do życia cywilnego żołnierzy po zakończeniu działań wojennych, prowadziło z władzami włoskimi negocjacje mające umożliwić Polakom studia na uczelniach włoskich. Na mocy zawartego porozumienia polscy żołnierze mogli rozpocząć studia na uniwersytetach w Rzymie, Bolonii, Mediolanie i Turynie. W roku 1946 medycynę we Włoszech studiowało 229 polskich żołnierzy. Większość z nich – 227 żołnierzy, w tym 61 oficerów – uczyła się w Bolonii. Na Wydział Medyczny

Uniwersytetu Rzymskiego w tym samym okresie przyjęto dwóch polskich studentów-żołnierzy. (174).

Szczególnego rodzaju kontakt z chirurgią włoską w czasie II wojny światowej mieli również studiujący medycynę w Szwajcarii żołnierze 2. Dywizji Strzelców Pieszych, jednostki internowanej po klęsce Francji w roku 1940 (175). Internowani w obozie Winterthur mieli możliwość studiowania na Wydziale Medycyny i Chirurgii Uniwersytetu w Zurychu. Do końca wojny 90 żołnierzy ukończyło studia medyczne lub weterynaryjne na tym wydziale, w tym 59 z tytułem doktora medycyny (176). Absolwent Uniwersytetu w Zurychu Jerzy Hajdukiewicz¹⁶⁵ wspominał wśród wykładowców dla polskich żołnierzy-studentów: pediatrę Guido Fanconiego¹⁶⁶ oraz chirurga Alfreda Brunnera¹⁶⁷ (177). Część wykładów z chirurgii prowadził Mario Donati, profesor uniwersytetu genewskiego i jeden z najbardziej znanych przed II wojną światową chirurgów włoskich, (161).



¹⁶⁵ Jerzy Hajdukiewicz (1918–1989) absolwent Uniwersytetu w Zurychu, chirurg II Kliniki Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego, znany taternik i himalaista, pierwszy zdobywca wszystkich czterotysięczników w Alpach.

¹⁶⁶ Guido Fanconi (1892–1979) szwajcarski pediatra, wykładowca Uniwersytetu w Zurychu. Autor opisu rodzinie występującego zespołu obejmującego krzywicę, karłowatość, aminoacydurię oraz cukromocz (zespół Fanconiego).

¹⁶⁷ Alfred Brunner (1890–1972) uczeń Ferdynanda Sauerbrucha, profesor chirurgii Uniwersytetu w Zurychu.

7. Podsumowanie

Znakomite włoskie szkoły medyczne były doskonale znane w całej Europie. Ich osiągnięcia, zwłaszcza w zakresie anatomii, tworzącej podwaliny nowoczesnej chirurgii były znane także w Polsce. Było to możliwe zarówno dzięki Polakom, którzy od XVI wieku po studiach na włoskich uniwersytetach wracali do kraju, poświęcając się medycynie, jak i za sprawą przybywających do Polski włoskich lekarzy, którzy tutaj podejmowali praktykę. Wiedzę zdobytą we Włoszech przynosił na grunt polski Rafał Józef Czerwiakowski, uważany za ojca chirurgii polskiej, reformator nauczania chirurgii w krakowskiej Szkole Głównej Koronnej. Podobnie Walenty Gagatkiewicz, który po studiach we Francji i podróży naukowej do Włoch osiadł w Warszawie, gdzie zajmował praktyką chirurgiczną, a z czasem został egzaminatorem przy warszawskim Zgromadzeniu Chirurgów. Nie można pominąć zasług osiadłego w Warszawie Włocha, doktora medycyny i filozofii Uniwersytetu Bolońskiego Michała Anioła Bergonziego, który przez ponad 40 lat z oddaniem zajmował się nauczaniem chirurgii w Polsce. Wraz z Gagatkiewiczem współtworzył szkołę chirurgów i w pierwszej dekadzie XIX wieku jako pionier polskiej chirurgii wojskowej organizował wojskową szkołę chirurgiczną.

Od połowy XIX wieku, dzięki możliwości operowania bez bólu i umiejętności zapobiegania zakażeniom nastąpił szybki rozwój nowoczesnej chirurgii. Wśród najwybitniejszych chirurgów tego czasu znaleźli się też Polacy: Jan Mikulicz-Radecki i Ludwik Rydygier, uczeni, których nazwiska po dzień dzisiejszy nie straciły znakomitego blasku i znane są chirurgom na całym świecie. Ich imponujące osiągnięcia, dzięki zjazdom lekarskim i fachowej prasie medycznej szybko docierającej do każdego zakątka Europy, były też doskonale znane i doceniane we Włoszech. Podobną drogą z Włoch do Polski docierały

nowe rozwiązania, wśród których najważniejszym była pierwsza skuteczna technika operacji przepukliny pachwinowej Bassiniego. Z Włoch docierały też do Polski inne, wartościowe nowości, m.in. autorstwa Porty, Porro i Bottiniego.

Szczególną historię, możliwą dzięki docierającej wszędzie prasie lekarskiej, miał wynalazek piłki do przecinania kości łonowej. Do pomysłu przebywającego wówczas we Wrocławiu Włocha Leonarda Gigliego życzliwie odniósł się Mikulicz, zachęcając do prac nad nią, a krakowski chirurg Alfred Obaliński znalazł dla niej nowe zastosowanie, którego przydatność z kolei weryfikował sam wynalazca. Mimo upływu czasu, piłka służy pokoleniom neurochirurgów ułatwiając płatowe otwarcie czaszki.

Wybitnym chirurgiem włoskim, o znaczących zasługach w neurochirurgii, chirurgii przepony i chirurgii przepuklin był syn polskiego emigranta Paolo Postempski, utrzymujący mocne związki z Polską.

W dwudziestoleciu międzywojennym liczni polscy chirurdzy chętnie odwiedzali włoskie kliniki uniwersyteckie, zwłaszcza ośrodki ortopedyczne i torakochirurgiczne, przenosząc tamtejsze metody do Polski. Zwłaszcza boloński ośrodek ortopedyczny kierowany przez Vittoria Puttiego bardzo silnie oddziaływał w tym okresie na polską ortopedię. Wielu uznanych polskich chirurgów-ortopedów uważało się wręcz za uczniów bolońskiej kliniki Puttiego.

Nie bez znaczenia dla wzajemnych kontaktów były coraz częstsze w XX wieku zjazdy międzynarodowych towarzystw chirurgicznych, w czasie których Włosi dali się zapamiętać jako bardzo życzliwi partnerzy, i to także wtedy, gdy Polska jeszcze nie wróciła na mapę polityczną Europy.

W szczególnych czasach wielkich wojen liczni Polacy znajdowali się na ziemiach włoskich. Byli z nimi chirurdzy, gdy powstawały Legiony Polskie Henryka Dąbrowskiego i gdy w czasie I wojny światowej w obozach zgromadzono jeńców polskiej narodowości.

Kiedy 2. Korpus toczył w Italii krwawe boje, polscy chirurdzy dobrze zapisali się w pamięci miejscowej ludności. Po zakończeniu walk, włoskie wydziały lekarskie w Bolonii i Rzymie kształciły ponad dwustu zdemobilizowanych polskich żołnierzy. Później żelazna kurtyna podzieliła Europę, na lata utrudniając wzajemne kontakty.



ANEKS 1. Używane w Polsce eponimy utworzone od nazwisk anatomów i chirurgów włoskich

Juliusz Cezar Aranżi, Bolonia	
Guzek Arancjusza	Grudka płatka półksiężycowatego
Komora Arancjusza	Zachyłek przedni w dolnym końcu komory IV
Przewód żylny Arancjusza	Przedłużenie żyły pępkowej w obrębie wątroby płodu
Więzadło żylne Arancjusza	Pozostałość przewodu żylnego Arancjusza w wątrobie
Giovanni Domenico Santorini¹⁶⁸, Wenecja	
Brodawka Santoriniego	Brodawka dwunastnicza mniejsza
Chrzątka Santoriniego	Chrzątka różkowata
Małżowina Santoriniego	Małżowina nosowa górna
Splot żylny Santoriniego	Splot żylny sterczowy (splot żylny przedpęcherzowy)
Żyła Santoriniego	Żyła wypustowa ciemieniowa
Antonio Scarpa¹⁶⁹, Pawia	
Powięź Scarpy	Powięź brzuszna oddzielająca mięśnie brzucha od powierzchownej powięzi Campera i tkanki podskórnej
Trójkąt Scarpy	Obszar anatomiczny ograniczony przez przyśrodkowy brzeg mięśnia krawieckiego, przedni brzeg mięśnia przywodziciela długiego uda oraz więzadło pachwinowe
Zwój Scarpy	Zwój nerwu słuchowego

¹⁶⁸ Giovanni Domenico Santorini (1681–1737) doktor Uniwersytetu w Pizie, demonstrator anatomii w Wenecji

¹⁶⁹ Antonio Scarpa (1752–1832) profesor anatomii i chirurgii Uniwersytetu w Pawii. Największy rozgłos przyniosły mu prace anatomiczne. W monografii poświęconej leczeniu przepuklin „Sull’ernie”, (Pawia 1809) opisał po raz pierwszy przepuklinę ześlizgową (190).

Błona Scarpy	Błona bębenkowa
Bartolomeo Eustachi¹⁷⁰, Rzym	
Trąbka Eustachiusza	Przewód łączący ucho środkowe z gardłem
Zastawka Eustachiusza	Zastawka żyły głównej dolnej
Leonardo Botallo¹⁷¹, Padwa/Turyń/Paryż	
Przewód Botalla	Przewód tętniczy łączący w życiu płodowym aortę z tętnicą płucną
Giovanni Battista Morgagni¹⁷², Bolonia	
Zatoki Morgagniego	Zatoki w obrębie śluzówki odbytnicy oddzielające pionowe fałdy śluzówki
Fałdy Morgagniego	Pionowe fałdy śluzówki odbytnicy
Przepuklina Morgagniego	Wrodzona przepuklina przeponowa przymostkowa
Zespół Morgagniego-Adamsa-Stokesa MAS	Krótkie, powtarzające się napady utraty przytomności w wyniku asystolii lub bradykardii. Klinicznie charakteryzuje się utratą świadomości, drgawkami i brakiem tętna
Kieszonka Morgagniego	Kieszonka krtaniowa

¹⁷⁰ Bartolomeo Eustachii (Eustachiusz) (1500–1574) praktykował w Rzymie, był pionierem wiwisekcji. W „*Opuscula anatomica*” (Wenecja 1564) znalazł się opis przewodu łączącego ucho środkowe z gardłem (6).

¹⁷¹ Leonardo Botallo (1515–1588) chirurg i anatom, doktor uniwersytetów w Pawii i w Padwie. Przez około 20 lat chirurg Armii Francuskiej, praktykował również w Turynie. Opisał *foramen ovale cordis* oraz *ductus arteriosus* znany dziś jako przewód Botalla. Najbardziej znanym jego dziełem w dziedzinie chirurgii była „*De curandis vulneribus sclopetorum*” (Turyń 1560) (6).

¹⁷² Giovanni Battista Morgagni (1682–1771) autor dzieła *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Wenecja 1761). Od 1705 roku wykładał anatomię w Bolonii (191). Jego najwybitniejszym uczniem był Antonio Scarpa.

Antonio Maria Valsalva¹⁷³, Bolonia	
Próba Valsalvy	Nasilony wydech połączony z zamknięciem ust i nosa
Zatoki Valsalvy	Zatoki w ścianie aorty
Mięsień Valsalvy	Mięsień na zewnętrznej powierzchni skrawka unerwiony przez skroniową gałąź nerwu twarzowego
Felice Fontana¹⁷⁴, Bolonia, Piza	
Przestrzeń Fontany	Przestrzeń kąta tęczówkowo-rogówkowego
Filippo Civinini¹⁷⁵, Piza	
Kanał Civiniego	Kanalik dla struny bębenkowej
Więzadło Civiniego	Więzadło skrzydłowo-kolcowe
Wyrostek Civiniego	Wyrostek skrzydłowo-kolcowy
Ruggero Oddi¹⁷⁶, Genua	
Zwieracz Oddiego	Zwieracz bańki wątrobowo-trzustkowej
Edoardo Porro, Pawia	
Operacja sposobem Porro	Cięcie cesarskie połączona z amputacją macicy
Leonardo Gigli, Florencja/Wrocław	
Operacja sposobem Gigliego	Pubotomia boczna przy porodzie u kobiet z deformacją miednicy
Piłka Gigliego	Piłka drutowa do formowania płatów

¹⁷³ Antonio Maria Valsalva (1666–1723) studiował na Uniwersytecie Bolońskim. W 1705 roku powołany na katedrę anatomii tegoż uniwersytetu. W dziele *De aure humana tractatus* (Bolonia 1704) po raz pierwszy dzielił ucho na środkowe, wewnętrzne i zewnętrzne oraz opisał rękoczyn znany dziś jako próba Valsalvy (192).

¹⁷⁴ Felice Fontana (1730–1805) absolwent Uniwersytetu w Padwie, studiował także w Weronie i Parmie. Profesor logiki na Uniwersytecie w Pizie, prowadził badania anatomiczne i przyrodnicze.

¹⁷⁵ Filippo Civinini (1805–1844) profesor anatomii Uniwersytetu w Pizie.

¹⁷⁶ Ruggero Ferdinando Antonio Guisepe Vincenzo Oddi (1864–1913) profesor fizjologii Uniwersytetu w Genui.

	osteoplastycznych czaszki
Edoardo Bassini, Pawia/La Spezia/Padwa	
Operacja Bassiniego	Operacja plastyczna przepukliny pachwinowej
Rocco Gritti, Mediolan	
Amputacja Grittiiego	Amputacja uda w stawie kolanowym z zachowaniem rzepki
Mario Donati, Turyn/Cagliari/Modena/Mediolan/Genewa	
Szew Donatiego	Pionowy szew materacowy
Ricardo Galeazzi, Mediolan	
Złamanie Galeazziego	Złamanie trzonu kości promieniowej ze zwichnięciem w stawie łokciowo promieniowym dalszym
Objaw Galeazziego	Względne skrócenie długości kończyny dolnej przy dysplazji stawu biodrowego
Operacja Galeazziego	Operacja garbu bocznego (skoliozy kręgosłupa)
Giovan Battista Monteggia, Mediolan	
Złamanie Monteggii	Złamanie przedramienia polegające na proksymalnym złamaniu kości łokciowej ze zwichnięciem głowy kości promieniowej
Marino Ortolani, Ferrara	
Objaw Ortolaniego	Objaw występujący we wrodzonym zwichnięciu stawu biodrowego u noworodków

ANEKS 2. Eponimy używane we Włoszech, utworzone od nazwisk chirurgów i anatomów polskich

Jan Mikulicz Radecki, Kraków/Królewiec/Wrocław	
Hak Mikulicza	Szeroki hak wątrobowy
Plastyka Mikulicza (Heineke-Mikulicza)	Plastyka polegająca na podłużnym nacięciu ściany jelita i zeszytciu poprzecznym rany
Operacja Mikulicza	Wycięcie segmentu jelita grubego po wyłonieniu go poza jamę brzuszną
Operacja Mikulicza	Odmiana resekcji żołądka sposobem Billrotha polegająca na przeprowadzeniu pętli jelita cienkiego przed poprzecznicą, izoperystaltycznym zespoleniem części przekroju żołądka ze światłem jelita cienkiego oraz wykonaniem dodatkowego zespolenia jelitowo-jelitowego sposobem Brauna
Linia Mikulicza	Linia resekcji żołądka
Ludwik Rydygier, Kraków/Lwów	
Cięcie Rydygiera	Cięcie do laparotomii środkowej górnej
Albert Wojciech Adamkiewicz¹⁷⁷, Kraków/Wiedeń	
Tętnica Adamkiewicza	Tętnica korzeniowa wielka
Zespół tętnicy Adamkiewicza	Zator tętnicy Adamkiewicza prowadzi do zaburzenia w krążeniu rdzeniowym i niedokrwienia rdzenia. Obserwuje się wówczas niedowład spastyczny kończyn dolnych i zaburzenia sznurowe wszystkich rodzajów czucia.

¹⁷⁷ Albert Wojciech Adamkiewicz (1850–1921) absolwent Uniwersytetu w Würzburgu, asystent Friedricha von Recklingausena. Pracował na uniwersytetach w Królewcu, Wrocławiu, Berlinie i w Krakowie. Do jego najważniejszych osiągnięć należy opis unaczynienia rdzenia kręgowego (193).

Piśmiennictwo

1. **Bogucka M.** *Bona Sforza*. Ossolineum, Wrocław 2004.
2. **Szumowski W.** *Historia medycyny*. PZWL, Warszawa 1961.
3. **Fabiański M, Podlecki J.** *Miniatury z Kodeksu Baltazara Behema*. Wydawnictwo Karpaty - Andrzej Łączyński, Kraków 2000.
4. **Bonandrini L.** Giuseppe Salvatore Donati. *Storia di una scuola*. Edizione Ellebi, Pawia 1996.
5. **Bierkowski L.** *Wstęp do anatomii ciała ludzkiego*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1856.
6. **Cosmacini G.** *La vita nelle mani. Storia della chirurgia*. Gius.Laterza & Figli, Rzym-Bari 2003.
7. **Barycz H.** *Dzieje nauki w Polsce w epoce odrodzenia*. PIW, Warszawa 1957.
8. **Barycz H.** *Historia Uniwersytetu Jagiellońskiego w epoce humanizmu*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1935.
9. **Barycz H.** *Archiwum nacji polskiej na Uniwersytecie Padewskim (1592–1745)*. Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1971.
10. **Quirini-Popławska D.** *Działalność Włochów w Polsce w I połowie XVI w. Na dworze królewskim, w dyplomacji, w hierarchii kościelnej*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Kraków 1973.
11. **PAN, Instytut Historii.** *Polski Słownik Biograficzny*. Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1983.
12. **Zimble M.** Gaspare Tagliacozzi (1545–1599). Renaissance surgeon. *Archives of Facial Plastic Surgery*. 2001, 3, 283–284.

13. **Oczko W.** *Przymiot i cieplice*. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Warszawa 1881.
14. **Gurunluoglu R, Gurunluoglu A.** Giluio Cesare Arantius (1530–1589) a surgeon and anatomist: his role in nasal reconstruction and influence on Gaspare Tagliacozzi. *Annals of Plastic Surgery* 2008, 6, 60.
15. **Komaryńska H.** Początki fundacji Bonifratrów w Krakowie. w: Surdacki M. (red.): *Bracia, czyńcie dobro. 400 lat Zakonu Bonifratrów w Polsce 1609–2009*. Konwent Bonifratrów w Krakowie, Kraków 2009.
16. **Quirini-Popławska D.** Rola rodziny Montelupich w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem roli Valeria Montelupiego w II połowie XVI i na początku XVII wieku. w: Surdacki M. (red.): *Bracia, czyńcie dobro. 400 lat zakonu bonifratrów w Polsce 1609–2009*. Konwent Bonifratrów w Krakowie, Kraków 2009.
17. **Nowak J, Turdza W.** *Bonifratrzy w Krakowie*. Kuria Prowincjalna w Warszawie i Konwent Bonifratrów w Krakowie, Kraków 2006.
18. **Kitowicz J.** *Pamiętniki, czyli Historia polska.*: Polski Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005.
19. **Surdacki M.** Z dziejów szpitalnictwa w Polsce i Europie. w: Surdacki M. (red.): *Bracia, czyńcie dobro. 400 lat Zakonu Bonifratrów w Polsce 1609–2009.*: Konwent Bonifratrów w Krakowie, Kraków 2009.
20. **Kwaśnicki A.** Szkic dziejów Wydziału Lekarskiego UJ od jego założenie do dni naszych. *Przegląd Lekarski* 1900, XXXIX: 350–351.
21. **Dąbrowski H.** Jenerała Henryka Dąbrowskiego pamiętnik wojskowy Legionów Polskich we Włoszech poparty notami wyjaśniającymi. Poznań 1864.
22. **Lejman K.** Andrzej Badurski (1740–1789) jako założyciel szpitala akademickiego i inicjator klinicznego nauczania medycyny. *Przegląd Lekarski* 1981, 38(7): 567–570.

23. **Schnitter B.** Rafał Józef Czerwiakowski, ojciec chirurgii polskiej. Poznań 1949.
24. **Sieńkowski E.** Chirurgia w I Rzeczypospolitej. w: Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej*. PWN, Warszawa 1989.
25. **Lafontaine FL.** Na pochwałę Gagatkiewicza. *Rocznik Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk* 1811, 17, 58.
26. **Seyda B.** Michała Bergonzoniego nieznaną okoliczność włoską oraz zasłużoną, chociaż zapomnianą działalność w Polsce. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 1995,58, 59–69.
27. **Noszczyk W.** Chirurgia w dobie zaborów. w: Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej*. PWN, Warszawa 1989.
28. **Konopka S.** Michał Bergonzoni, wykładowca szkoły chirurgicznej warszawskiej, generał sztabu-medyk Wojska Polskiego i zasłużony członek Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Warszawie. *Archiwum Historii Medycyny* 1969, XXXII, 205–215.
29. **Bergonzoni M.** Lublin podług ustaw medyki uważany. Lublin 1782.
30. **Sterpellone L.** *I protagonisti della medicina*. Piccin, Padwa 1983.
31. **Mikulicz J.** O użyciu jodoformu w leczeniu ran. *Przegląd Lekarski* 1881,20, 37, 481–483.
32. **Kozuszek W (red.).** Historia Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Wrocławskiego oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1702–2002. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
33. **Mikulicz J.** Della cura col jodoformio. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1882,262,11:382
34. **Mikulicz J.** L'impiego del jodoformio in Chirurgia. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1882,262,11:382
35. **Cavagnis V.** Sull'uso del jodoformio in Chirurgia. Rivista del dott. Vittorio Cavagnis. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1882,262,11:369

36. **Rydygier L.** Della cura delle ferite senza fognatura. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1888, 286,10:286
37. **Bossowski A.** Vorkommen von Mikroorganismen in Operationswunden unter dem antiseptischen Verbands. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1887,19, 8–9.
38. **Bossowski A.** Sulla presenza di microorganismi nelle ferite medicate coi mezzi antisettici. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1887,281,5:341
39. **Thomas AD, Rogers A.** Edoardo Bassini and the Wound That Inspires. *World Journal of Surgery* 2004,28:1060–1062.
40. **Czerny V.** Studien zur radikalbehandlung der hernien. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1877, 27: 497.
41. **Wood J.** On rupture, inguinal, crural, and umbilical; the anatomy, pathology, diagnosis, cause, and prevention, with new methods of effecting a radical and permanent cure, embodying the Jacksonian prize essay of the Royal College of Surgeons. Davies, Londyn 1863
42. **Tatay FC.** Aproximación histórica al conocimiento de la hernia. Los médicos que la describieron y trataron. *Hernia inguinocrural*. Ethicon, Walencja 2001.
43. **Bassini E.** Sulla cura radicale dell’ernia inguinale. *Archivio della società italiana di chirurgia* 1887,4:380.
44. **Bassini E.** Nuovo método per la cura radicale dell’ernia inguinale. Prosperini, Padwa 1889.
45. **Bassini E.** Ueber de Behandlung des Leistenbruches. *Archiv für Klinische Chirurgie* 1894, 40: 429–476.
46. **Catterina A.** L’operazione di Bassini per la cura radicale dell’ernia inguinale. L.Capelli, Bolonia 1932.

47. **Troczewski A.** Szpital świętego Walentego w Kutnie. *Czasopismo Lekarskie* 1899, 10: 414.
48. **Kowalczyk S.** Dr Stanisław Dobrucki (1862–1919) członek honorowy Towarzystwa. *Polski Tygodnik Lekarski* 1974, XXIX: 751–752.
49. **Nowicki S.** Zjazdy Chirurgów Polskich. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1960, XXXII, 8–9:689–711
50. **Stankiewicz W.** Jaka jest granica leczenia doszczętnego przepuklin? *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego* 1904,3:631.
51. **Modlin I, Kidd M, Lye K.** Historical perspectives on the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America* 2003,13(1): 19–55
52. Societa Italiana di Chirurgia. *Storia-Congresii 1883–1923*. <http://www.sicchirurgia.org/index.asp?cat=18&menu=Mstoria.htm>, dostęp WWW 10/03/2008.
53. **Kryński L.** Odpowiedź prelekcji Wł.Stankiewicza. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego* 1904, C:209.
54. **Gangeri G.** *Risorse in chirurgia generale*. Kofler Editore, Bassano del Grappa 2006.
55. **Maioli M.** Plastic repair of direct or recurrent inguinal hernia by the first stage of Bassini's operation and superposition of a modified Postempski operation. *L'Arcispedale S. Anna di Ferrara* 1955, 8, 31–5.
56. **Sławiński Z.** Uproszczony sposób operowania przepukliny pachwinowej. *Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego* 1916, 112: 206.
57. **Karwowski A, Śródka A.** Chirurgia II Rzeczypospolitej. w: Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej*. PWN, Warszawa 1989.

58. **Dryjski J.** Spostrzeżenia nad wartością "polskiej metody" operacji przepuklin pachwinowych. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1950,22: 674–679.
59. **Rydygier L.** Presentazione di preparati provenienti da estirpazione del pyloro. *Annali Universali di medicina e chirurgia* 1881, 258, 10: 318–322
60. **Modlin IM, Kidd M, Lye KD.** From the lumen to the laparoscope. *Archives of Surgery* 2004,139: 1110–1126.
61. **Kozuszek W.** *Jan Mikulicz-Radecki 1850–1905. Współtwórca nowoczesnej chirurgii.* Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2005.
62. **Mikulicz J.** Della gastroscopia e della esofagoscopia (con dimostrazione sul vivo). *Annali universali di medicina e chirurgia* 1883,264,2: 142–146.
63. **Mikulicz J.** Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego, za pomocą gastroskopu spostrzegać się dającym. *Przegląd Lekarski* 1883, 22,13: 157–158.
64. **Mikulicz J.** Caso felice di resezione del piloro con osservazioni su di un sintoma gastroscopico del cancro dello stomaco. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1883,266, 8:116
65. **Rydygier L.** Die erste Magenresection beim Magengeschwur. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1882,8,6.
66. **Rydygier L.** Presentazione di un ammalato operato per ulcera del ventricolo di resezione pilorica e guaritone: dimostrazione di pezzo reciso. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1883, 264,2,148–150.
67. **Komorowski AL, i wsp.** Gastric resection – Billroth or Rydygier? *Chirurgia Italiana* 2006, 58, 231–234.
68. **Mikulicz J.** Die chirurgische behandlung des chronischen magengeschwurs. *Berliner Klinische Wochenschrift* 1897, I–IV,34, 488–522–540–561.

69. **Bier A, Braun H, Kummel H.** Chirurgische Operationslehre. Operationen am Bauch. Johann Ambrosius Barth, Lipsk 1975.

70. **Rydygier L.** Contributo alla cura chirurgica dell'occlusione intestinale. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1887, 283, 9: 196–197

71. **Rydygier L.** Osservazioni su di un caso di resezione del piloro per carcinoma e sulle indicazioni della laparotomia nell'ulcera perforante dello stomaco. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1887,283,9.193–194

72. **Mikulicz J.** Della cura operativa della stenosi pilorica. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1887,283, 9:195

73. **Mikulicz J.** Zur operativen Behandlung des stenosierenden Magengeschwurs. *Archiv für Klinische Chirurgie* 1888, 37: 79–90.

74. **Mikulicz J.** Atto operativo per la cura del prolasso del colon e del retto invaginati. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1888, 286,10:299–300

75. **Maturo A, Peparini N.** L'esteriorizzazione del colon con resezione segmentaria (operazione di Mikulicz): storia e considerazioni attuali. *Il Giornale di Chirurgia* 2002,23,8/9:291–299.

76. **Porta L.** De la ligature des arteres thyroides pour la cure de bronchocele. *Gazette Medicale de Paris* 1852.

77. **Drobnik T.** O podwiązaniu tętnicy tarczowej dolnej. *Gazeta Lekarska* 1887,6: 110–117.

78. **Obaliński A.** Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola. *Przegląd Lekarski* 1887, XXVI: 365–367, 384–386.

79. **Mikulicz J.** O resekcji wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczowego. *Przegląd Lekarski* 1885,48: 609–610.

80. **Mikulicz J.** Über die Resektion des Kropfes, nebst Bemerkungen über die Folgezustände der Totalexstirpation der Schilddrüse. *Centralblatt für Chirurgie* 1885,12: 889–892
81. **Pepparini N.** *List do autora*. Rzym 2008.
82. **Rydygier L.** Eine neuemehoede zur behandlung von Pseudoartrosen. *Centralblatt für Chirurgie* 1878,39.
83. **Rydygier L.** Nuovo metodo di cura delle pseudoartrosi. *Annali Universali di medicina e chirurgia* 1879, 250, 11:423–424.
84. **Rydygier L.** Amputazione osteo-dermoplastica del piede. *Annali Universali di medicina e chirurgia* 1888, 286, 9:306.
85. **Mikulicz J.** Dwa przypadki osteoplastycznej resekcji stopy według własnej metody. *Przegląd Lekarski* 1883,22,36: 441.
86. **Mikulicz J.** Dimonstrazione di un caso guarito di resezione osteoplastica del piede col metodo sue proprio. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1881,258,10:332.
87. **Mikulicz J.** Eine neue osteplastische Resektionsmethode Am Fuße. *Archiv für Klinische Chirurgie* 1881, 26: 494–501.
88. **Mikulicz J.** W sprawie pierwszeństwa pomysłu osteoplastycznej resekcji stopy. *Przegląd Lekarski* 1886, 8: 109–111.
89. **Rudenko AK.** History of the Vladimirov-Mikulicz operation (on the centenary of its proposal). *Chirurgija* 1972,48(1), 151–2.
90. **Padula F.** Nuovo procedimento nella resezione del tarso alla Mikulicz. *Sezione Pratica Policlinico* 1904, 23.
91. **Marcozzi V.** Nuovo procedimento nella resezione del tarso alla Mikulicz : processo Padula : primo caso sul vivo . *Giornale internazionale delle scienze mediche* 1905,11, 27.

92. **Mikulicz J.** Skoliozometer, przyrząd do mierzenia skrzywienia boczego kręgosłupa. *Przegląd Lekarski* 1883,22,12: 141.
93. **Mikulicz J.** Lo scoliosimetro. *Annali universali di medicina e chirurgia* 1883,266, 8: 124.
94. **Obaliński A.** Nowa metoda resekcji stępu. *Przegląd Lekarski* 1890, XXIX: 533–534.
95. **Cendrzak E.** *Zasługi Alfreda Obalińskiego 1843–1898 dla rozwoju chirurgii w Polsce.* Zakład Historii Medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996.
96. **Ufreduzzi O.** La resezione secondo Obalinski nelle artriti purulente del tarso. L.Capelli, Bologna 1919.
97. **Pąchalski A, Frańczuk B.** Juliusz Zaremba: w poszukiwaniu korzeni krakowskiej ortopedii, traumatologii i rehabilitacji. *Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja* 2000,4: 110–116.
98. **Gąździk TS.** Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2008.
99. **Dega W.** Zapiski do autobiografii. *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1985,2, 29: 259–322.
100. **Gruca A.** Z klinik zagranicznych wrażenia i uwagi. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1926, 5(3): 117–136.
101. **Pąchalski A.** Sprawozdanie z pobytu w Instytucie Ortopedycznym Rizzoli klinice Ortopedycznej Uniwersytetu Bolońskiego. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 1961,26,4: 467–473.
102. **Bader L.** L'istituto Rizzoli e la scuola bolognese di chirurgia ortopedica. Dedicato a Vittorio Putti. Capelle Editori, Rocca San Casciano 1965.

103. **Zaremba J.** Sulle artroplastiche dell'anca. *La Chirurgia degli organi di movimento* 1931,15, 354.
104. **Zaremba J.** Sulla cura dell'instabilita articolare dopo mobilizzazione chirurgica del ginocchio. *La Chirurgia degli organi di movimento* 1932,16, 321.
105. **Marciniak W.** Wiktor Dega. Wspomnienie pośmiertne. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 1995,60: 249–254.
106. **Opacki K.** Szew kostny w złamaniach. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1926, V: 136–140.
107. **Vullo C, Wiedemann HR.** Marino Ortolani (1904–1983). *European Journal of Pediatrics* 1988, 147, 4: 340.
108. **Ortolani M.** Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenita dell'anca. *La pediatria* 1937, 2, 129.
109. **Frańczuk B.** Materiały z konferencji *Recenti evidenze in chirurgia ortopedica*, Kraków 2007
110. **Bonandrini L.** Edoardo Porro. Bolletino Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia 2003, 2, I–IV.
111. **Cavallini J.** Tentamina Medico-Chirurgica de felici in quibusdam animatibus uteri extractione. Florencja 1768.
112. **Waszyński E.** Technika operacyjna cięcia cesarskiego Eduardo Porro (1842–1902) i jej znaczenie dla rozwoju położnictwa. W 150 rocznicę urodzin twórcy metody. *Ginekologia Polska* 1994, 65: 196–201.
113. **Kondratowicz S.** Uwagi o cięciu cesarskiem sposobem Porry wykonywanem. *Medycyna* 1880, XVII: 257–262.
114. **Cosmacini G.** *Storia della medicina e della sanita in Italia*. Gius.Laterza&Figli Spa, Rzym–Bari 2005.

115. **Czyżewicz A.** O cięciu cesarskiem. *Przegląd Lekarski* 1893, XXXII: 589–591.
116. **Braun S.** O cięciu cesarskim wykonanem na karlicy sposobem Porry. *Przegląd Lekarski* 1888,4: 55–57.
117. **Brunori A, i wsp.** Celebrating the centennial (1894–1994): Leonardo Gigli and his wire saw. *Journal of Neurosurgery* 1995, 82: 1086–90.
118. **Fechling H.** Operazioni per ottenere l'allargamento dei bacino. Sinfisiotomia e pubiotomia. *Medicina Operatoria*. Editrice Universo, Rzym 1951.
119. **Bossi LM.** Nel trigesimo della morte di Leonardo Gigli. Fossati, Mediolan 1908.
120. **Gigli L.** Über ein neues Instrument zum Durchtrennen der Knochen, die Drahtstäge. *Zentralblatt für Chirurgie* 1894,21:409–411.
121. **Serafino P.** Leonardo Gigli. La Ginecologia Moderna. Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia 1908, 5: 225–230.
122. **Bonardi B.** Taglio lateralizzato del pube col filo sega di Gigli in donna a termine con bacino piatto rachitico:esito felice per la madre e per il feto. *Annali di ostetricia e ginecologia* 1898, 20: 85–90.
123. **Obaliński A.** Zur Technik der Schadeltrepanation. *Zentralblatt für Chirurgie* 1897, 24: 857–859.
124. **Obaliński A.** W sprawie techniki trepanacyi czaszki. *Przegląd Lekarski* 1897, XXXVI: 421–422.
125. **Gigli L.** Zur Technik der Temporären Schadelresektion mit meine Drahtstäge. *Zentralblatt für Chirurgie* 1898, 25: 425–428.
126. **Gigli L.** Über einige Modifikationen an dem Instrumentarium und der Technik der Kraniektomie mit meiner Drahtstäge. *Zentralblatt für Chirurgie* 1900,27: 1193–1199.
127. **Postempski P.** Tumore endocranico: estirpazione, guarigione. Turyn 1891.

128. **De Caro GM, Brunori A, Giuffre R.** Neurochirurgia a Roma:1880–1970. *Annali Italiani di Chirurgia* 1998, 69: 249–84.
129. **Chojna JW.** Historia leczenia operacyjnego gruczolaka stercza i jego znaczenie dla rozwoju urologii w Polsce. *Urologia Polska* 1979,32, 3.
130. **Schultheiss D, Waldbaum RS.** Historia chorób gruczołu krokowego. *Przegląd Urologiczny* 2007,8/1, 41.
131. **Obliński A.** O doszczętnym leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego za pomocą prostatectomii. *Przegląd Lekarski* 1889, XXVIII: 441–443.
132. **Freudenberg A, Bierhoff F.** Ein kystoskopischer prostata-incisor für die Bottini'sche operation. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe* 1900,11, 571.
133. **Sakula A.** Carlo Forlalini, inventor of artificial pneumotorax for treatment of pulmonary tuberculosis. *Thorax* 1983,38:326–332.
134. **Forlalini C.** Zur Behandlung der Lungenschwindsucht durch künstliche erzeugten Pneumothorax. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1906, 32:1401–5.
135. **Garnuszewski Z.** Początki, rozwój i zmierzch torakoplastyki w Polsce. *Archiwum Historii Medycyny* 1978, 41(1): 43.
136. **Rutkowski M.** Wyniki torakoplastyki płuc. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1928, VII: 485.
137. **Rutkowski M.** *La thoracoplastie dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire.* Matériels de VII-me Conference de la Union contre la Tuberculose, Oslo 1930.
138. **Kulczycki A, Nowotny G.** Torakoplastyka i mięsień piersiowy jako fizjologiczna plomba płuc. *Polska Gazeta Lekarska* 1935, 25: 476–477.
139. **Rzepecki W.** *Skalpel ma dwa ostrza.* PZWL, Warszawa 1986.

140. **Monaldi V.** *Elementi di fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare.* Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, Rzym 1934.
141. **Skibiński Z.** Torakoplastyka przednio-boczna (Monaldi). *Polska Gazeta Lekarska* 1934, 46: 856–857.
142. **Majewski A.** *Wojna, ludzie i medycyna.* Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1969.
143. **Mikulicz J.** Operacja otoku ropnego w jamie Highmora. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego* 1886, II: 251–262.
144. **Mikulicz J.** Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorehöhle. *Archiv für Klinische Chirurgie* 1887, 34: 626–634.
145. **Mikulicz J.** La cura chirurgica della raccolta purulenta dell'antro d'Igmore. *Annali universali di medicina e di chirurgia* 1886,279,10: 292–293.
146. **Goldstein P.** VII Zjazd Międzynarodowy Chirurgów w Rzymie. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1926, 5: 244.
147. **Liebermann-Meffert D, White H.** *A century of international progress and tradition in surgery.* Kaden Verlag, Heidelberg 2001.
148. **Stankiewicz C.** VII Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego. *Polska Gazeta Lekarska* 1926, 21: 416–418.
149. **Goldstein J.** Dr med. Paweł Goldstein (18.XII.1884–24.I.1942). *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1976, 48(4): 541–544.
150. **Zembrzuski L.** Śp. p. dr med. Eugenjusz Lewenstern, lekarz rezerwy W. P (Wspomnienie pośmiertne). *Lekarz Wojskowy* 1929,13: 381–383.
151. **Lewenstern E.** VII Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego. *Lekarz Wojskowy* 1926,7:400–403.

152. **Niewiadomski F.** Ś.p.Dr med.Aleksander Zawadzki. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1928,7: 605–606.
153. VIII Międzynarodowy Zjazd Chirurgów w Warszawie a Niemcy. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1929,8: 380.
154. **Montori A.** Highlights in Surgery: Italian Influence of Surgical Science on ISS/SIC Members. *World Journal of Surgery* 2004, 28: 533–534.
155. **Pomper J.** VIII Międzynarodowy Zjazd Chirurgów w Warszawie. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1929,33: 788–789.
156. **Hilarowicz H.** Sprawozdanie z VIII-ego Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Warszawie. *Polska Gazeta Lekarska* 1929,37–38: 724-726.
157. **Datynier H.** Wrażenia z pobytu w klinikach i szpitalach we Włoszech. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1939,10: 196–214.
158. **Jonecko U.** Życie i działalność Jana Karola Glatzla oraz charakterystyka jego dorobku naukowego. CMUJ Zakład Historii Medycyny, Kraków 1995.
159. **Kessel K.** Dr. med. Leon Kalina 1893–1942. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 1954, 19: 209–211.
160. **Michalek-Grodzki S.** Chirurgia plastyczna za granicą. *Chirurg Polski* 1939,3, 172–177.
161. **Dietz U i wsp.** Mario Donati and the Vertical Mattress Suture of the Skin. *World Journal of Surgery* 2006,30, 141–148.
162. **Markowski B.** Wrażenia z podróży do Włoch i Maroka. *Lekarz Wojskowy* 1938,31, 90–102.
163. **Noszczyk W.** Chirurgia w dobie zaborów. Wilno. w: Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej*. PWN, Warszawa 1989.
164. **Kijewski F.** Profesor Julian Kosiński. *Gazeta Lekarska* 1899, 19, 377.

165. **Bross W, Jacyna-Onyszkiewicz T.** Lwowska Szkoła Chirurgiczna. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1960, XXXII, 8–9: 743–754
166. **Gliński B.** Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Warszawa 1997.
167. **Grabowski S.** Prof.dr Jan Mossakowski. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1975,12: 1511–1512.
168. **Butkiewicz T.** Pamięci dr Zygmunta Jurewicza. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1954,XXVI: 869.
169. **Sierpowski S.** Armia Polska we Włoszech w czasie pierwszej wojny światowej. *La prima guerra mondiale e il Trentino.* Rovereto 1980.
170. **Terlecki O.** Służba Zdrowia Drugiego Korpusu Polskiego w bitwie o Monte Cassino. *Przegląd Lekarski* 1980,37: 92–100.
171. **Brzeziński T, Rudowski WJ.** Chirurgia i chirurdzy polscy w latach II wojny światowej. w: Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej.* PWN, Warszawa 1989.
172. **Lizańczyk H.** Tadeusz Sokołowski 1887–1965. Wielki chirurg, humanista i patriota. w: M Czarniecki (red.). *Ku Słońcu 125. Księga z miasta umarłych.* Glob, Szczecin 1987.
173. **Strzałka K.** Między przyjaźnią a wrogością. Z dziejów stosunków polsko-włoskich (1939–1945). Wydawnictwo Arcana, Kraków 2001.
174. **Lewicki R.** *Polscy studenci żołnierze we Włoszech.* Caldra House, Sussex 1996.
175. **Bocheński, Józef.** *Wspomnienia.* Philed, Kraków 1994.
176. **Smoliński J.** Polacy internowani w Szwajcarii (1940–1945). Warszawa 2003.
177. **Hajdukiewicz J.** *Góry mojej młodości.* Wydawnictwo Iskry, Warszawa 1988.
178. **Kemp M.** A drawing for the Fabrica; and some thoughts upon the Vesalius muscle-men. *Medical History* 1970,14(3): 277–88.

179. **Postempki P.** Contribuzione ai metodi perseverare le sostanze organiche. Rzym 1871.
180. **Postepki P.** Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych. *Gazeta Lekarska* 1871,X,30: 477–478.
181. **Postempki P.** La transfusione del sangue, tesi premiata della facolta medica di Roma. Relazione di unique transfusioni di sangue operate in Roma. *Il Morgagni* 1874,X.
182. **Chojna JW.** Paweł Postempki. Znany chirurg włoski polskiego pochodzenia. *Archiwum Historii Medycyny (Warszawa)*. 1968,31,3: 375–81.
183. Fünfter Congress der italienischen Chirurgen in Neapel vom 26 bis 28 Marz 1888. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1888, 152.
184. **Postempki, P.** La sutura dei vasi sanguini. *Archivio della società italiana di chirurgia (Roma)* 1886,3: 391–395.
185. **O.S.** Riccardo Galeazzi. *Journal of Bone and Joint Surgery* 1953, Vol. 4, 679–680.
186. **Donati D, i wsp.** Bone grafting: historical and conceptual review starting with an old manuscript by Vittorio Putti. *Acta Orthopaedica* 2007,78: 19–25.
187. **Maciello M.** *Edoardo Porro e l'amputazione utero-ovarica cesarea*. Tesi di laurea. Universita' degli studi di Pavia, Pawia 2004.
188. **Bieniek A, Baran W.** *Podstawowy kurs chirurgii skóry*. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2005.
189. **di Sante C.** *Dall'internamento alla deportazione. I campi di concentramento in Abruzzo (1940–1944)*. http://www.associazioni.milano.it/aned/libri/di_sante.htm, dostęp WWW 1/10/2009.
190. **Parigi GB.** Antonio Scarpa was an outstanding „head” in the history of surgery. *American Journal of Surgery* 2004,188: 17–21.

191. **Fogazii, GB.** Kidney diseases in the major work of Giovanni Battista Morgagni. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 1998, Vol. 13, 211–212.
192. **Garcia D, Garcia C.** Valsalva, mucho mas que una maniobra. Antonio Maria Valsalva (1666–1723). *Revista Médica de Chile* 2006, 134: 1065–1068.
193. **Skalski JH, Zembala M.** Albert Wojciech Adamkiewicz: The Discoverer of the Variable Vascularity of the Spinal Cord . *Annals of Thoracic Surgery* 2005, 80: 1971–5.

Ryciny



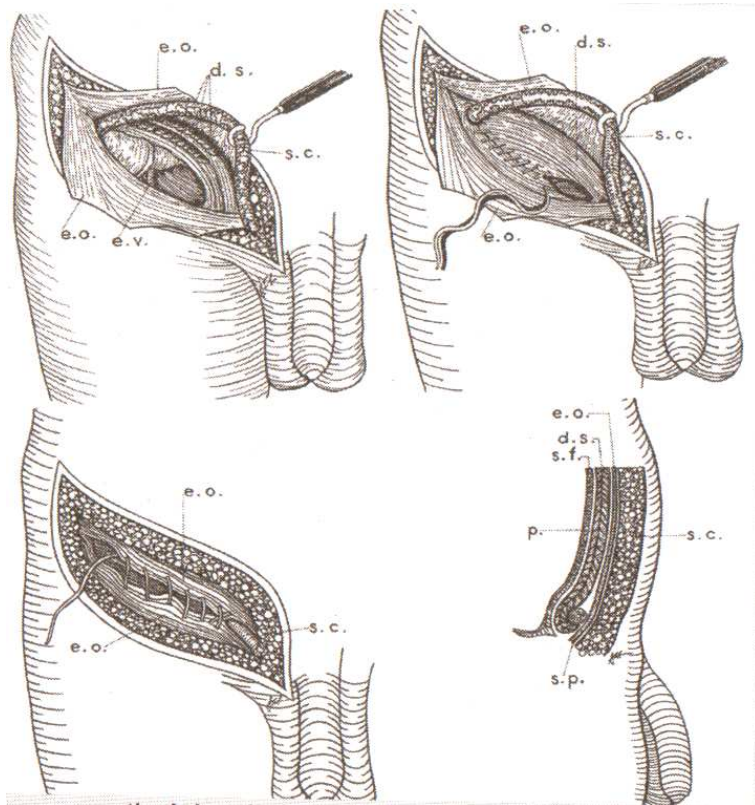
Ryc.1 Godło krakowskiego cechu chirurgów i łąziebników z Kodeksu Baltazara Behema. Zbiory Biblioteki Uniwersytetu Jagiellońskiego.



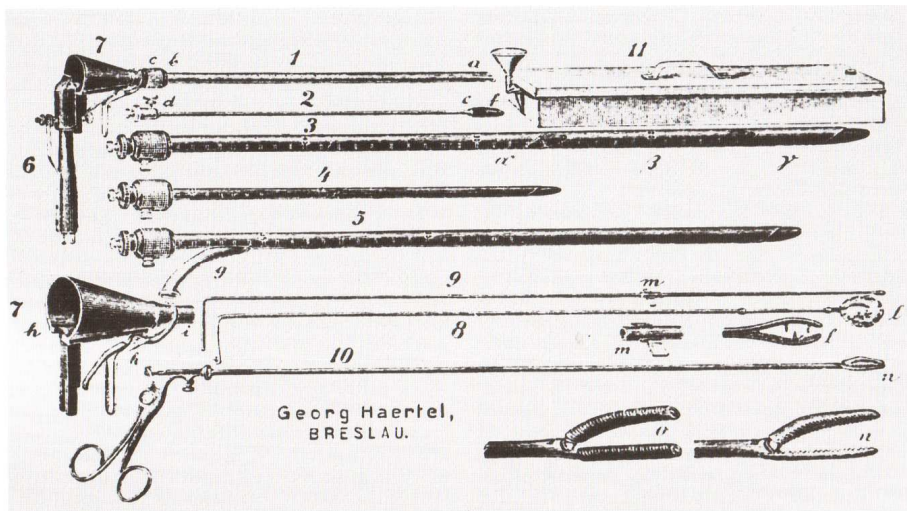
Ryc.2 Plastyka nosa według Gaspare Tagliacozziego (ilustracja z *De curtorum chirurgia per insitionem*, Wenecja 1597)



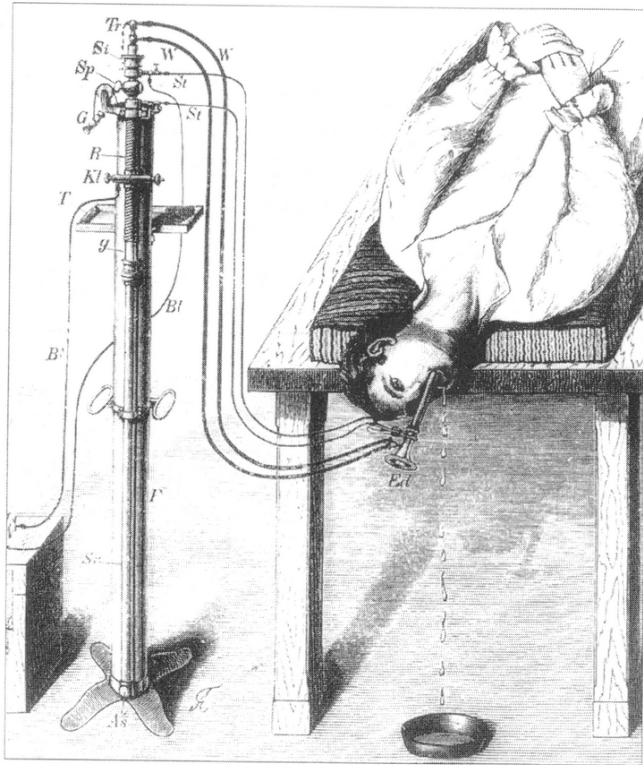
Ryc.3 Rafał Józef Czerwiakowski (ilustracja z L.Bierkowski *Wstęp do anatomii ciała ludzkiego*, Kraków 1856)



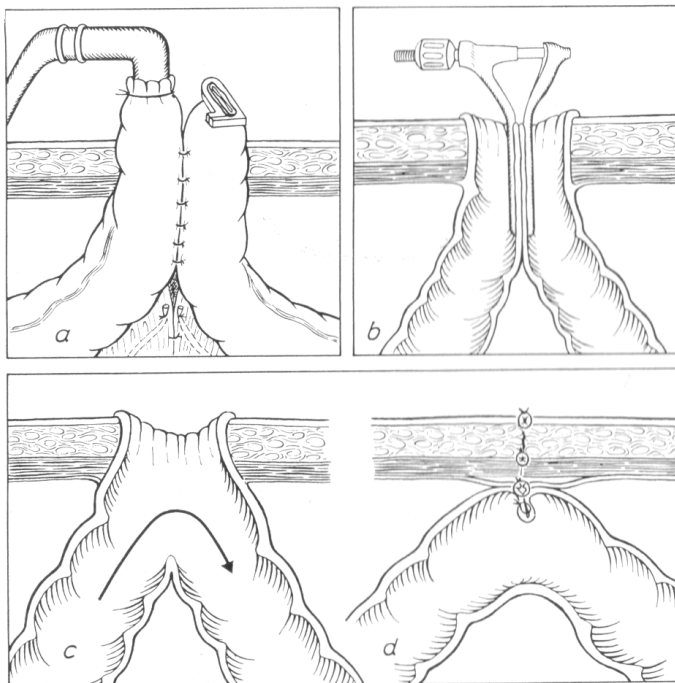
Ryc.4 Ilustracja metody Bassiniego pochodząca z oryginalnego opisu zabiegu w pracy Ueber de bechandlung des Leistenbruches. Archiv fur Klinische Chirurgie 1890;40:429



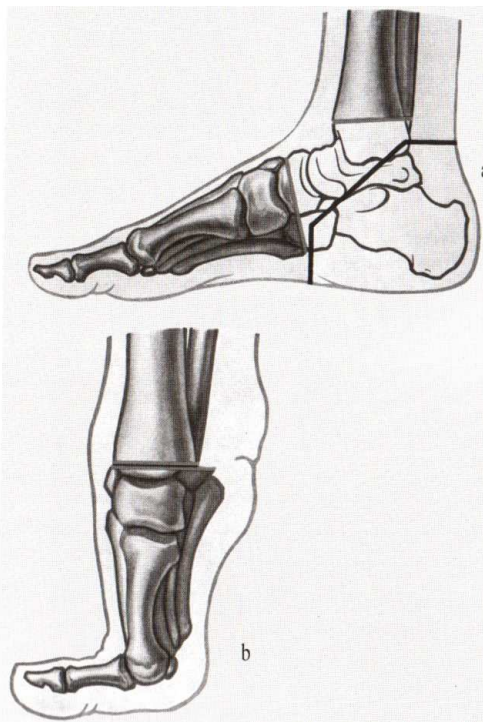
Ryc.5 Instrumentarium wraz z ezofagoskopem i gastroskopem firmy Haertel z roku 1900 (ilustracja z G. Gottstein, "Technik und Klinik der Ösophagoskopie", Jena 1901)



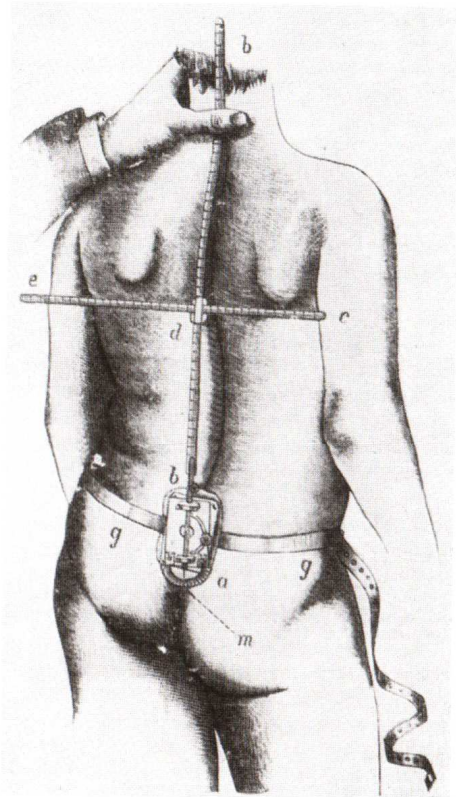
Ryc.6 Badanie endoskopowe przełyku i żołądka w tzw. Ułożeniu Mikulicza (ilustracja z E. Lesky, "Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert", Graz-Köln 1978)



Ryc.7 Schemat zastosowania miazdza Mikulicza (ilustracja z Bier A, Braun H, Kummel H. Chirurgische Operationslehre. Operationen am Bauch. Johann Ambrosius Barth, Lipsk 1975.)



Ryc.8 Schemat osteoplastycznej resekcji stopy sposobem Mikulicza (Władymirowa-Mikulicza) (ilustracja z N. Gulecke, R. Zenker, "Allgemeine und Spezielle Chirurgische Operationslehre", Berlin-Göttingen-Heidelberg 1956)



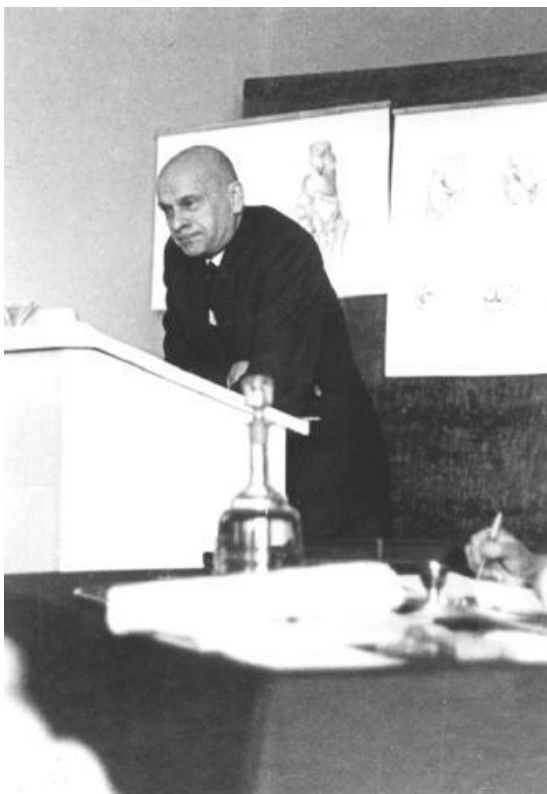
Ryc.9 Skolizometr; urządzenie Mikulicza do pomiaru stopnia skoliozy kręgosłupa



Ryc.10 Vittorio Putti (zdjęcie dzięki uprzejmości prof. Adama Pąchalskiego)



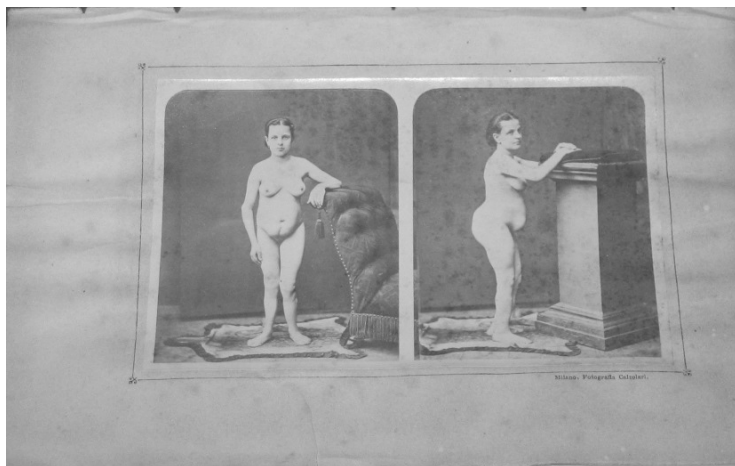
Ryc.11 Biblioteka Instytutu Rizzoli (zdjęcie dzięki uprzejmości prof. Adama Pąchalskiego)



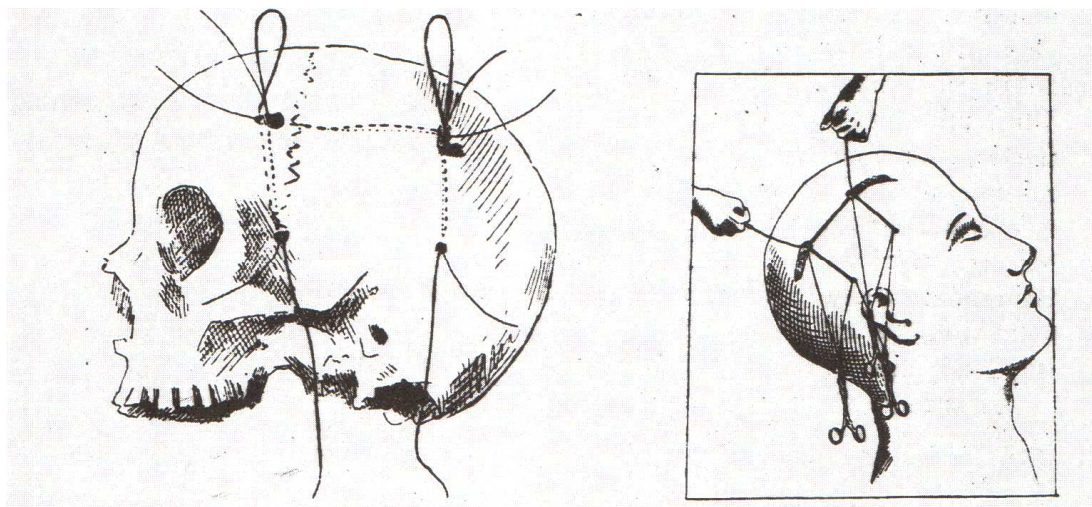
Ryc.12 Juliusz Zaremba w czasie wykładu we Włoszech (zdjęcie dzięki uprzejmości prof. Adama Pąchalskiego)



Ryc.13 Stary budynek szpitala uniwersyteckiego San Matteo w Pawii



Ryc.14 Francesca Cavallini; pierwsza chora u której Edoardo Porro przeprowadził cięcie cesarskie swoim sposobem. Zbiory Muzeum Uniwersytetu w Pawii.



Ryc.15 Ilustracja metody trepanacji czaszki sposobem Obalińskiego z wykorzystaniem piłki Gigliego (z Centralblatt für Chirurgie 1898, 163:427)