

## Moja pierwsza appendektomia – po obu stronach stołu. Osobowość chirurga

My first appendectomy: on both sides of the table. A surgeon's personality

Szpital Solec Sp. z o.o. hospital, Warszawa

Na początek kilka danych na temat autora: w maju 1960 roku absolutorium kończące moje studia medyczne w Akademii Medycznej w Warszawie. W 1966 roku uzyskałem stopień naukowy doktora nauk medycznych, w 1966 roku – pierwszy stopień, a w 1970 roku – drugi stopień specjalizacji w chirurgii ogólnej. W 1981 roku po habilitacji uzyskałem tytuł naukowy doktora habilitowanego, w 1988 roku – tytuł naukowy profesora. Będąc już na tzw. stypendium ZUS, czyli popularnie mówiąc – emeryturze, w 2012 roku zdałem z powodzeniem egzamin specjalizacyjny w zakresie chirurgii onkologicznej. Moimi egzaminatorami byli niektórzy moi uczniowie. Ponieważ nigdy nie zdawałem egzaminów testowych, wszyscy martwili się o wyniki. Ale udało się. Z egzaminem ustnym już nie było problemów. W latach 1981-2008 pełniłem funkcję ordynatora i kierownika Kliniki. Nadal pracuję jako chirurg kontraktowy w Szpitalu na Solcu, pełniąc jednocześnie obowiązki Rzecznika Praw Pacjenta. W tym Szpitalu w 1960 roku zacząłem się uczyć chirurgii w Klinice Chirurgicznej Studium Doskonalenia Lekarzy, kierowanej przez Profesora Józefa Kubiaka. Uwierzyłem, że Ziemia jest kulista – wróciłem do miejsca, z którego zaczynałem swoje powołanie chirurgiczne.

Rok 1960. Szpital Miejski nr 8 w Warszawie, ul. Solec 93. Dyrektorem Szpitala był dr Pierożyński. Kierownikiem I Kliniki Chirurgicznej SDL był wybitny chirurg prof. J. Kubiak. Ostry dyżur chirurgiczny na lewobrzeżną Warszawę. Kierownikiem dyżuru był wybitny chirurg dr med. Władysław Liszka. Ja jako najmłodszy członek trzyosobowego zespołu dyżurnego. Przyjęty został pacjent, Jerzy Blachowicz, w wieku około 30 lat. Pamiętam go do dzisiaj. Nie miał prawej ręki i przedramienia, które stracił podczas Powstania Warszawskiego. Doktor Liszka rozpoznaje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i wyznacza mnie jako

To start with, here are a few details about the author: in May 1960, I completed my medical studies at the Warsaw Medical Academy (today: Medical University of Warsaw). In 1966, I became Doctor of Medical Sciences (PhD). In the same year, I completed the first stage of general surgery specialist training and in 1970 the second stage. In 1981, I received the title of *doktor habilitowany* (a title conferred to academics with a PhD based on their independent research) and in 1988 I received the title of Professor. Already after I retired, in 2012, I passed my surgical oncology specialisation exam. Some of my students were my examiners. Since previously I had never taken an exam in the form of a multiple choice test, everybody was worried if I would manage to pass such a test. But I did succeed. And my oral exam was not a problem for me at all. From 1981 to 2008, I held the position of medical and administrative head of department. I still work as a contract surgeon at the hospital in the Warsaw area of Solec. I also perform the function of the Commissioner for Patients' Rights. In that hospital, in 1960, I started to learn surgery at the Department of Surgery of the Physicians' Further Training Centre (today: Centre of Postgraduate Medical Education) headed by Professor Józef Kubiak. In order to prove the Earth's sphericity, I returned to the place where I started my surgical journey.

In 1960, the Director of the City Hospital No. 8 in Warsaw at ul. Solec 93 was Dr Pierożyński. The Head of the First Department of Surgery of the Physicians' Further Training Centre was a distinguished surgeon, Professor J. Kubiak. One day, I was part of a surgical duty team that covered the left Vistula bank area of Warsaw. The team was headed by a superb surgeon, Dr Władysław Liszka. I was the youngest member of a three-person duty team. A patient Jerzy Blachowicz aged approximately 30 years was admitted. I still remember him. He did not have a right hand and forearm, which he had lost

operatora. Mam operować w jego asyście. Uczucie ogromnej radości i niedowierzenia. Nareszcie będę operatorem. Tyle razy asystowałem do operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. Znam każdy szczegół operacji, ale... Ale każdy chory jest inny. Każdy wyrostek robaczkowy jest inny, a jego zapalenie przebiega różnie. Tyle odmienności anatomicznych, kilka postaci ostrego zapalenia. Ale po co ja się tak przejmuję? Przecież to nie mój wyrostek robaczkowy. Poza tym asystuje mi znakomity chirurg i to on formalnie za mnie odpowiada. Pomimo to stres, niepokój, niepewność. Jestem pokorny, tak mnie wychowali rodzice. I natychmiast przypomniałem sobie słynne powiedzenie Josepha Listera, wybitnego brytyjskiego chirurga (1827-1912): „Włożyć niewprawną rękę do cudu boskiej mechaniki, jakim jest ludzkie ciało, to doprawdy straszliwa odpowiedzialność”.

Miałem rację! Po otwarciu brzucha okazało się, że jest ostre, zgorzelinowe zapalenie pozakątniczo położonego wyrostka robaczkowego. Operacja trwała około 2 godzin (w moim wykonaniu!). Podziwiałem w duchu cierpliwość dr. Liszki. Pomimo trudności nie zabrał mi roli operatora. Teraz z perspektywy lat i mego obecnego doświadczenia chirurgicznego wyobrażam sobie, co on przeżywał podczas tej operacji, stojąc po drugiej stronie stołu operacyjnego. Zrozumiałem to po latach, niejednokrotnie asystując młodszemu kolegom do różnych operacji. Też starałem się nie odbierać zbyt szybko roli operatora, chyba że wymagał tego stan chorego. Nauka tak, cierpliwość tak, ale nie kosztem zdrowia czy nawet życia pacjenta.

Po operacji chodziłem do chorego kilka razy w ciągu dnia. Nie było dobrze – pacjent zaczął wysoko, hektycznie gorączkować. Wzrosły parametry biochemiczne zapalenia ogólnoustrojowego. Kliniczne rozpoznanie ropnego zapalenia żyły wrotnej (*pylephlebitis*) i podejrzenie ropni wątroby. Wdrożono najsilniejszą antybiotykoterapię i wielolekowe leczenie. Stan chorego pogarszał się. Nasiliły się objawy sepsy i wstrząsu septycznego. Ostatecznie pacjent zakwalifikowany został do relaparotomii. Podczas operacji znaleziono duży ropień w prawym płacie wątroby. Drenaż ropnia po ewakuacji zawartości ropnej. Pobrano zawartość na posiew i antybiotykowrażliwość. Podczas operacji stwierdzono poszerzoną żyłę wrotną i potwierdzono jej ropne zapalenie (*pylephlebitis purulenta venae portae*). Stan chorego po operacji oceniano na skrajnie ciężki. W tamtych czasach nie było jeszcze oddziałów intensywnej terapii. Siedziałem przy chorym dzień i noc. Bardzo chciałem, żeby przeżył. Miał dopiero 32 lata, okaleczony podczas wojny i jeszcze teraz ten okropny wyrostek robaczkowy... Nie wiem dlaczego, ale stan pacjenta zaczął się powoli poprawiać. Ostatecznie mężczyzna przeżył. Zaprzyjaźniliśmy się. Jeszcze przez wiele lat mnie odwiedzał. Postanowiłem, że nigdy o Jurku Blachowiczu nie zapomnę.

Pacjent JB to nie tylko moja pierwsza appendektomia. Dzięki niemu nauczyłem się traktować każdego kolejnego chorego, jakby to był mój pierwszy pacjent. Od czasu leczenia Jurka pozostał mi taki zwyczaj, że w każdym krytycznym przypadku biorę od chorego numer telefonu i daję

during the Warsaw Uprising. Dr Liszka diagnosed acute appendicitis and appointed me as the operating surgeon. I was to be assisted by Dr W. Liszka. I felt a huge joy and disbelief. I was to be the operating surgeon at last. I had been an assisting surgeon for appendectomy so many times. I knew every detail of the operation, but... every patient is different. Every appendix is different and the course of appendicitis varies from patient to patient. There are so many anatomical variants and a few forms of acute appendicitis. But, I thought, why do I worry that much, this is not my appendix after all and I will be assisted by an excellent surgeon who will be formally responsible for me. Nevertheless, I did feel stress, anxiety and uncertainty. I am a humble person, this is how I was brought up to be by my Parents. I immediately remembered the famous view expressed by Joseph Lister, a distinguished British surgeon (1827-1912), that "putting an inept hand into the human body, a miracle of divine mechanics, is an enormous responsibility indeed".

I was right! After the abdomen was opened, the problem turned out to be acute, gangrenous inflammation of a retrocaecally located appendix. The operation lasted approximately two hours (when performed by me!) I silently admired Dr Liszka's patience. Despite my difficulties, he did not take away the role of operating surgeon from me. Today, looking back from my perspective as an experienced surgeon, I can imagine what Dr Liszka felt during that operation, standing on the other side of the table. I realised that after many years, often assisting young Colleagues at different operations. I also tried not to take away the role of the operating surgeon too soon from someone, unless the patient's condition required so. Learning and patience are important, but should not come at the cost of the patient's health or life.

After the operation, I saw the patient a few times a day. He was not well after the operation. He developed a high, hectic fever. Biochemical markers of systemic inflammation increased. The patient was clinically diagnosed with purulent *pylephlebitis* and suspected with liver abscesses. The strongest antibiotic therapy and multiple drug treatment were applied. The patient's condition was deteriorating. The symptoms of sepsis and septic shock increased. Finally, a decision was made to perform relaparotomy. During the operation, a large abscess was found in the right lobe of the liver. The abscess contents were evacuated and drained. Samples were taken for culture and antibiotic sensitivity testing. During surgery, the portal vein was found to be dilated and purulent *pylephlebitis* was confirmed. The patient's condition after the operation was extremely serious. In those times, there were no intensive care units. I sat with the patient day and night. I wanted him to survive so much. He was just 32 years old. He had been crippled during the war and now this terrible appendicitis happened. I do not know why, but the patient's condition started to slowly improve. He survived. We became friends. He visited me for many years to come. I decided to never forget about Jerzy Blachowicz.

That patient did not only mean my first appendectomy. Thanks to him, I learnt to treat every patient as if they were my first one. From that time, for every critical case, I have had a habit of exchanging telephone numbers with the patient in order to be in constant touch. This gives the patient a certain

mu swój numer, abym mógł mieć z nim stały kontakt. Daje to pacjentowi poczucie pewnego bezpieczeństwa, ale i ja mogę zatelefonować do chorego i zapytać, jak się czuje. I tak po 60 latach nadal traktuję swoich pacjentów. Dzisiaj też byłem w szpitalu odwiedzić chorą, która miała powikłanie po laparoskopowej cholecystektomii. Niestety nie ma chirurgii bez powikłań. Tylko ten chirurg nie ma powikłań, który nie operuje!

Nie popadłem – i przyrzekam, że nie popadnę – w rutynę, ponieważ każdy chory to nie jest kolejny przypadek, ale to człowiek ze swoją indywidualną osobowością i chorobą. Nie ma statystycznego chorego.

Jakie są cechy osobowości chirurga:

- jest dobrym człowiekiem (życzliwym, serdecznym, wrażliwym),
- odpowiedzialność za swoje działanie,
- daje zawsze choremu nadzieję (bez nadziei nie ma życia),
- mówi choremu prawdę, która nie zabija,
- jest znakomitym technikiem chirurgicznym,
- cechują go spokój i opanowanie,
- koncentracja,
- niezależność,
- wiara w siebie,
- jest liderem zespołu operacyjnego,
- posiada mądrość kliniczną (wiedza sprawdzona w praktyce),
- współpracuje w zespole,
- uznaje znaczenie detali,
- nie popada w rutynę.

Chirurg często przeżywa swoje niepowodzenia, płacąc za nie niekiedy własnym życiem. Powinniśmy przeżywać każdego kolejnego chorego tak, jakby to był nasz pierwszy pacjent.

Chirurgiem lekarz staje się przez dziesięciolecia treningu, nauki, posiadając takie cechy charakteru, jak: inteligencja, kreatywność, ostrożność, odwaga, troska o chorego, pilność, sumienność, rzetelność, pokora oraz umiejętność poproszenia o pomoc we właściwym czasie. Kandydat na chirurga musi być zdrowy psychicznie i fizycznie.

Co stanowi o tzw. mistycyzmie chirurgicznym? Co czyni chirurga kimś wyjątkowym? Są to:

- skuteczność i szybki efekt leczenia chirurgicznego,
- wspaniałe uczucie zmęczenia fizycznego po ciężkiej operacji, która ratuje życie choremu,
- przeżywanie radości z sukcesu lub gorczy z niepowodzenia, ale w zespole.

Jeśli jest sukces, to chirurg świętuje go w zespole, ale jeśli chirurg ma niepowodzenie, to także nie jest sam. Jest z nim zespół.

Musimy pamiętać, że każdy z nas, chirurgów, jest też człowiekiem. Mamy swoją osobowość. Każdy lekarz myśli, cierpi, cieszy się, podlega emocjom, czując ogrom odpowiedzialności za swoje działanie.

Każdy z nas powinien wraz z chorym przeżywać jego sukces, ale i niepowodzenie.

Najgorszym przeżyciem każdego chirurga jest śmierć chorego na stole operacyjnym podczas operacji.

sense of security and I can call the patient to ask how they are feeling. Now, after 60 years, I still treat my patients this way. Today, I also went to visit a woman in hospital who had a complication after laparoscopic cholecystectomy. Unfortunately, there is no surgical medicine without complications. A surgeon does not have any complications only if they do not operate!

I have not got and I promise I never will get into a rut, since every patient is not just another case, but is a Person with their own individual personality and disease. There is no statistical patient.

What are the desired personality traits of a surgeon:

- features of a Good Person (friendly, warm-hearted, sensitive),
- sense of responsibility for one's actions,
- willingness to always give the patient hope (there is no life without hope),
- ability to tell the patient the truth in a way that does not kill them,
- excellent surgical technique,
- calm and composure,
- good concentration,
- independence,
- belief in oneself,
- being a good leader of the surgical team,
- clinical wisdom (knowledge verified in practice),
- ability to work as a team,
- attention to detail,
- resistance to getting into a rut.

A surgeon often agonises over their failures, sometimes at the expense of their own life. We should experience every single patient as if they were our first patient.

A person becomes a surgeon through decades of training and learning and thanks to such personality traits as intelligence, creativity, carefulness, courage, a caring attitude towards the patient, diligence, conscientiousness, reliability, humility and the ability to ask for help at the right time. A candidate for a surgeon must be mentally and physically sound.

What contributes to the magic of surgery? What makes a surgeon extraordinary?

- Efficacy and quick results of surgical treatment.
- Wonderful feeling of physical fatigue after a difficult life-saving operation.
- Enjoying success or experiencing the bitterness of failure as a team.

If the surgeon is successful, they celebrate it with their team; likewise, if they fail, they are not alone. They are with their team.

We need to bear in mind that every one of us, surgeons, is a Person too. We have our own personalities. Every doctor feels, thinks, suffers, feels joy and is affected by emotions, realising the enormity of responsibility for their actions.

Every surgeon should contemplate both success and failure with the patient.

The worst experience for every surgeon is a patient's death on the operating table during surgery.

I do not need to remind you that surgery does not only involve intellectual effort (the hand being the tool of the

Nie muszę przypominać, że chirurgia to nie tylko wysiłek intelektualny (ręka jest narzędziem mózgu), ale także ogromne zmęczenie fizyczne. Pamiętajmy, że naszym obowiązkiem jest nauczyć się odpoczywać, bo jesteśmy potrzebni chorym ludziom.

Jeśli lekarz chce być chirurgiem, musi odpowiedzieć na kilka pytań:

1. Czy wiele godzin spędzonych na bloku operacyjnym mija Ci bardzo szybko?
2. Czy doceniasz pracę zespołową na bloku operacyjnym podczas trudnej operacji, gdy chirurdzy, anestezjolodzy i pielęgniarki są razem?
3. Czy cieszysz się, widząc, jak chory zdrowieje po operacji, obserwując go codziennie?
4. Czy podnieca Cię wyzwanie, jakie niesie postępowanie z krytycznie chorym?
5. Czy doceniasz podniecenie Twojego zespołu przed leczeniem tzw. great case?

Jeśli Twoje odpowiedzi są na „Tak”, to prawdopodobnie będziesz dobrym chirurgiem.

Po tak ciężkiej i wyczerpującej pracy chirurdzy powinni regenerować się w różny indywidualny sposób. Ze znanych mi sposobów regeneracji wymienię kilka: łowienie ryb, pszczelarstwo, śpiew chóralny, grę na instrumencie muzycznym, kajakarstwo, muzykę i poezję, malarstwo, sport. W każdej z wymienionych dziedzin mogę wymienić znanych mi chirurgów.

Za swą ciężką i odpowiedzialną pracę chirurdzy otrzymują piękne słowa od swych pacjentów. Oto niektóre ze słów, które osobiście usłyszałem od swoich pacjentów:

„Dobry człowiek jest jak małe światełko. Wędruje poprzez mroki naszego świata i na swojej drodze zapala zgaszone gwiazdy” (Phil Bosmann).

„Panie Profesorze, z głębi serca dziękuję” (E.M.).

„Niektórzy ludzie czynią ten świat wyjątkowym tylko dlatego, że są”.

„Dziękuję Twym dłoniom za szczęście życia, za wiarę w to szczęście dziękuję Twej duszy”.

Kiedyś będąc na Kongresie w Montrealu, w Kanadzie, na jednym z wykładów zobaczyłem przezrocze, które fascynuje mnie do dziś. Przedstawiało ono trzy elementy, które składają się na definicję, osobowość, zjawisko chirurga:

- *science* – czyli nauka,
- *art* – profesjonalizm, technika chirurgiczna,
- *humanity* – cechy dobrego człowieka.

Często pokazuję to przezrocze i osobiście komentuję. Myślę, że dobrze jest je zapamiętać.

Czy warto być chirurgiem ogólnym? Pytanie to jest szczególnie ważne w obecnych czasach, gdy panuje kryzys osobowy w chirurgii. Przytoczę dwie opinie dwóch wybitnych chirurgów:

„Chirurgia to szlachetny zawód w zmieniającym się świecie” (Henry Debas, 2002 r.).

„Chirurgia nadal zajmuje pierwsze miejsce wśród najbardziej cenionych zawodów” (Krister Hockerstedt, 2006 r.).

Wymienię teraz cnoty nowoczesnego chirurga:

- wysoka wiedza i profesjonalizm,

brain), but also enormous physical fatigue. We need to bear in mind that it is our obligation to learn to rest, because patients need us.

If a doctor wants to be a surgeon, they need to answer a few questions:

1. Do you feel that the many hours spent in the operating room pass very quickly for you?
2. Do you appreciate the teamwork in the operating room during a difficult operation when surgeons, anaesthetists and nurses are working together?
3. Do you enjoy seeing your patient recover after an operation, observing them every day?
4. Are you excited by the challenge posed by the management of a critically ill patient?
5. Do you appreciate the excitement of your team before treating a “great case”?

If you answer “Yes” to these questions, you will probably be a good surgeon.

After such hard and exhausting work, surgeons should recuperate in various ways in accordance with their individual preferences. Some of the ways I know include fishing, beekeeping, singing in a choir, playing a musical instrument, kayaking, music and poetry, painting and sport. For each of the activities I can give a name of a surgeon that I know who pursues it.

Surgeons receive beautiful words from their patients for their hard and responsible work. Below are some of the words that I myself heard from my patients:

“A good man is like a small light: wandering through the darkness of our world and lighting up the stars in his way” (based on a quote by Phil Bosmans).

“Dear Professor, thank you from the bottom of my heart” (E.M.).

“Some people make this world extraordinary by their very existence”.

“I thank your hands for the luck of life; I thank your soul for my belief in this luck”.

When I was at a congress in Montreal, I saw a slide during one of the lectures that has been fascinating me ever since. The definition, personality, and phenomenon of a surgeon is based on three elements:

- science,
- art, i.e. professionalism, surgical technique,
- humanity, i.e. traits of a Good Person.

I often show this slide and comment on it myself. I think it is worth remembering.

Is it worth being a general surgeon? This question is of particular importance today, at the times of an identity crisis in surgical medicine. I would like to quote the opinions of two distinguished surgeons:

Henry Debas (2002): “Surgery is a noble profession in a changing world”.

Krister Hockerstedt (2006): “Surgery is still first among the most appreciated professions”.

Now I would like to name the virtues of a modern surgeon:

- extensive knowledge and a high degree of professionalism,

- postawa hubrystyczna – przekonanie o tym, że jest się dobrym w tym, co się robi, ale w zgodzie z zasadami etyki, bez pyszałkowatości,
- powołanie zawodowe,
- wysoki poziom empatii – współodczuwania cierpienia chorego,
- świadomość godności innych,
- umiejętność profesjonalnego wykonywania nowych technologii,
- profesjonalna pedanteria,
- postawa prospołeczna, a nie egoistyczna,
- umiejętność komunikacji interpersonalnej,
- dbałość o własne zdrowie i odwaga wycieczowania.

Chirurgia jest pewną filozofią życia. Na własne potrzeby życiowe wymyśliłem powiedzenie: „Ja żyję dla innych!”.

„Rola lekarza chirurga jest chronić życie, osłaniać płomień życia, aby nie zgasł za wcześnie. Niech ta nasza świeczka życia pali się jak najdłużej” – są to słowa prof. A. Jeziorskiego, które wypowiedział podczas wykładu dedykowanego profesorowi Tadeuszowi Koszarowskiemu.

Pamiętajmy, że sukces przychodzi tylko do przygotowanego umysłu.

Lekarz-chirurg powinien być adwokatem najbiedniejszych ludzi i apostołem ufności, a nie zwątpienia. Współodczuwanie i wiedza kliniczna są gwarantami powodzenia lekarza. Chirurg powinien umieć leczyć powikłania po operacjach przez siebie wykonanych.

Nasza praca powinna być oparta na: prawdzie, wiedzy, kompetencji, wzajemnym zaufaniu i na szczególnej staranności w wykonywaniu powołania lekarskiego. Lekarz nie może widzieć tylko chorego narządu, ale musi widzieć cały organizm chorego człowieka (W. Biegański, 1899 r.). Władysław Biegański wypowiedział również dwa ważne dla nas przesłania:

„Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”.

„Szczepimy się wzajemnie, to i nas szanować będą”.

Powoli zbliżając się do końca moich rozważań, pragnę przekazać czytelnikom, a zwłaszcza młodym chirurgom, kilka osobistych refleksji, które stanowią część mojej duszy chirurgicznej:

1. Nie istnieje statystyczny chory, każdy człowiek choruje inaczej.
2. Dawanie nadziei pomimo naukowych podstaw co do historii naturalnej choroby.
3. Wiara i nadzieja wymykają się spod racjonalnej perspektywy, ale dajmy to naszym chorym.
4. Nie wstydźmy się przegrywać ze śmiercią.
5. Doświadczenie chirurga nie może wyprzedzać wieku.
6. Osobiście pozbyłem się przesadnej powagi i wartościowania własnej osoby, wielu nie dożyło takiej sytuacji.
7. Potrafię żartować i śmiać się z siebie, a to moim zdaniem świadczy o klasie człowieka.
8. Strach się wzbudza (zwłaszcza przed przełożonym), a na szacunek i sympatię należy zapracować i zasłużyć.
9. Medycyny można się nauczyć, ale chirurgiem trzeba się urodzić – to zdanie wielu z nas powtarza.

- non-hubristic attitude: professional self-confidence, but without conceit; acting in compliance with ethical principles,
- professional vocation,
- high level of empathy: compassion for the patient's suffering,
- regard for the dignity of others,
- ability to utilise new technologies in a professional manner,
- professional pedantry,
- prosocial attitude instead of an egoistic one,
- good interpersonal communication skills,
- care for one's health and courage to rest.

Surgery is a philosophy of life. I invented the following saying for my own needs: “I live for others!”.

“The role of a surgeon is to protect life, shield the flame of life to prevent it from being extinguished too early. May our candle of life burn as long as possible”: this is what Professor A. Jeziorski said during a lecture dedicated to Professor Tadeusz Koszarowski.

We need to remember that success comes only to a prepared mind.

A surgeon should be an advocate for the poorest people and be an upholder of trust, not doubt. Compassion and clinical knowledge are the fundamentals of a doctor's success. A surgeon should be able to treat complications after surgeries performed by them.

Our work should be based on the truth, knowledge, competence, mutual trust and extraordinary meticulousness in pursuing the medical profession. A doctor must not only see a sick organ, but the whole body of a sick person (W. Biegański, 1899). Władysław Biegański also expressed two other views that are important to us:

“One who is not a good person will not be a good doctor”.

“If we respect one another, others will respect us as well”.

Towards the end of my deliberations, I would like to present to the readers and young surgeons in particular a few personal reflections that form part of my surgical spirit:

1. There is no statistical patient, every person's disease is different.
2. We should give patients hope despite scientific data on the natural course of disease that speak to the contrary.
3. Faith and hope escape rational reasoning, but we should give them to our patients.
4. We should not be ashamed of losing the battle with death.
5. A surgeon's experience should not exceed their age.
6. I personally got rid of excessive seriousness and stopped ascribing too much value to myself; many people did not live until such a point.
7. I am able to joke about and laugh at myself and I believe this is what shows the quality of a person.
8. You can instil fear in others (especially as a superior), but respect and support can only be gained based on your hard work and your behaviour.
9. You can learn medicine, but you have to be born a surgeon: this is the opinion of many of us.

Zwykle większość wykładów autorzy kończą przezroczem, które nosi tytuł „Take home”:

1. „Aby pozbyć się swojego cierpienia, powinniśmy przejąć się cierpieniem innych” (Artur Schopenhauer).
2. Sam bądź zmianą, którą chcesz dostrzec we wszechświecie.
3. Recepta na dobry sen: żyj tak, aby Ci się chciało spać o godz. 23.00, a jeść o godz. 7.00, a nie odwrotnie.
4. Nieważne, jak wiele wskazówek dostaniesz – jeśli nie potrafisz z nich skorzystać, żadna nie będzie przydatna.

Lectures usually end with a “take home” slide. My take home message is the following:

1. “In order to get rid of our suffering, we should be concerned about the suffering of others” (Arthur Schopenhauer).
2. Be the change that you want to see in the universe.
3. A recipe for a good sleep: live in a way that makes you want to go to sleep at 11 p.m. and eat at 7 a.m., not the other way round.
4. It does not matter how much guidance you receive if you are not able to use any of it: it will be useless.

#### **Konflikt interesów** **Conflict of interest**

Brak konfliktu interesów  
None

#### **Adres do korespondencji** **Correspondence**

\*Krzysztof Bielecki  
Szpital Solec sp. z o.o., Warszawa  
ul. Solec 93, 00-382 Warszawa  
prof.bielecki@gmail.com

#### **nadesłano/submitted:**

8.10.2020

#### **zaakceptowano do druku/accepted:**

29.10.2020