

Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Пути и достижения советской хирургии за 20 лет Октябрьской революции.

Проф. Н. В. Соколов.

Великая Октябрьская социалистическая революция, оказавшая громадное влияние на все стороны жизни нашей страны, в корне изменившая общественные и экономические условия, создавшая условия для мощного роста индустриализации страны, коллективизации сельского хозяйства, не могла не оказать влияния на мысль и практику советских хирургов.

Я не буду останавливаться на частных вопросах хирургии, по ряду которых имеются определенные достижения, а фиксирую внимание на тех основных путях, по которым шла в своем развитии советская хирургия, на основных проблемах, которыми она занималась, и на тех результатах, которых она достигла за 20 лет со дня Великой революции.

Первым общественным смотром, где была отображена работа советских хирургов за первые 5 лет после революции, был XV съезд российских хирургов в 1922 году, первый съезд после революции.

На фоне обширной и разнообразной программы съезда (где фигурируют и вопросы лечения тbc, и вопросы лечения язвы желудка, и послетифозные реберные хондриты, и лечение номы, и завороты сигмы, и ринопластика) выгодно выделялись комплексные доклады двух школ—проф. Шевкуненко и проф. Опеля, которые говорили о систематической работе в строго определенном направлении.

Проф. Военно-медицинской академии Шевкуненко и плеяда его молодых учеников выступили с рядом докладов о типовой анатомии человека и значении ее для практической хирургии. В этих докладах ясен отказ от прежних понятий „нормы“ в анатомии и ярко подчеркивается необходимость связи практической хирургии с анатомией. И в дальнейшем, до настоящего времени, в непрерывной работе школа Шевкуненко оказывает сильное влияние на хирургическую мысль, на понимание ряда патологических процессов, на выработку методов хирургического вмешательства.

Проф. Оппель со своими учениками выступил с докладами на тему: „Патогенез и клиника спонтанной гангрены“. Оппель выступал со своей теорией, объясняющей спонтанную гангрену как результат гиперфункции надпочечников с избыточным выделением в общий поток кровообращения надпочечникового секрета. С верой фанатика шел Оппель к решению этого вопроса, его школа затратила массу труда в поисках той эндокринной формулы, которая могла бы с математической точностью доказать правильность его положений. Последовательный в своих исканиях, он предложил при спонтанной гангрене удаление надпочечника и с решимостью ученого, убежденного в своей правоте, широко проводил это в жизнь. Вопрос об этиологии спонтанной гангрены не решен до сих пор; возможно, он будет решен не в пользу мнения проф. Оппеля, но эндокринологическое направление, принятое Оппелем, прошло чрез всю его школу и нашло последователей. В дальнейшем он выступал с рядом новых предложений на основе опять-таки исканий эндокринной формулы, отображенной в крови. Так, обнаружив при анкилозирующем полиартрите гиперкальцемию, автор трактовал это заболевание как заболевание, возникающее на фоне гиперпаратиреоидной конституции, и не без успеха предложил для его лечения одностороннюю паратиреоидектомию.

Ему же принадлежит развитие учения о спазмофилии и ее стадиях и ряд предложений для ее лечения. Он считал спазмофилческие состояния проявлением гипофункции паращитовидных желез, предлагал в одних случаях пересаживать мертвую кость из расчета усилить баланс кальция, в других (например, при бронхиальной астме)—пересадку паращитовидных тел. В этом же смысле надо понимать предложение Розанова при генуинной эпилепсии пересаживать *gl. parathyreoideae*. В настоящее время эндокринологическое направление нашло своих последователей на Украине, где оно связано главным образом с работами проф. Коздоба.

Если исключить работы школ Шевкуненко, Оппеля, то разнообразие и случайность тем XV съезда создают впечатление, что у большинства хирургов в первую пятилетку после революции еще не было осевого стержня в работе, не было руководящего направления.

Не случайным было яркое выступление проф. С. П. Федорова с протестом против механистических подходов в хирургии, против изобилия бумажного малосодержательного творчества хирургов, что заставило Федорова высказать свои опасения за пути советской хирургии.

Но эти опасения были напрасны.

В условиях советской жизни найти руководящий маяк в работе хирургам было нетрудно. Основные лозунги: наука на службу трудящимся, строящим социализм, связь науки с жизнью были восприняты и воплощены в жизнь советскими хирургами.

Если труды первого съезда хирургов в 1922 году отображали работу хирургов вообще, то на последующих съездах выя-

вляется работа в определенном направлении, диктуемом условиями советской действительности, условиями потребности текущего дня.

В стране, где так высоко расценивается здоровье трудящихся, в стране, где строится новая, культурная жизнь и где в то же время все должны быть готовы к защите новой жизни от посягательств извне, работа хирургов должна определяться поиском наиболее эффективных методов лечения, стремлением скорейшего восстановления трудоспособности больных, стремлением к изучению вопросов оборонного порядка.

Такое направление в действительности и было принято хирургами.

Уже на втором после революции съезде, в 1924 г., ведущей темой докладов было лечение ран. В докладах был подытожен опыт лечения ран в мировую войну, подчеркнута значимость антисептических средств и начаты поиски новых более эффективных средств и способов лечения.

В этом вопросе советскими хирургами проведена большая работа и достигнуты значительные результаты. Детально изучен вопрос биологии раны (проф. Гирголав, его школа, проф. Петров, проф. Руфанов) и в основу лечения положены данные изучения биологических раневых процессов. Так как этот биологический процесс зависит, во-первых, от инфекции, во-вторых, от реакции ткани раневой зоны и далее—от реакции всего организма, то и лечение ран в современном понимании должно преследовать воздействие на микрофлору, содействовать наиболее выгодным процессам в раневой зоне и мобилизовать защитные силы организма в целом.

Проф. Збарским предложен препарат „бактерицид“, который оказался прекрасным дезинфицирующим средством, но не вошел в широкую практику при лечении ран из-за раздражающего действия его на раневую поверхность.

Препарат д-ра Шауфлера (Саратов) „хлорацид“,—кислое хлорсодержащее вещество, действующее свободным хлором,—в значительной мере ослабляет в ране жизнедеятельность микробов и не раздражает раневую ткань.

Но особенное внимание в последнее время привлекло предложение д-ра Ермолаева лечить раны аммиачным раствором солей серебра.

Лечение ран, особенно их септических осложнений, солями серебра не составляет новости, но заслуга Ермолаева состоит в том, что он своими исследованиями разбил старое положение Креде, согласно которому действующим началом серебряных солей является металлическое серебро, образующее в организме соль молочной кислоты. Действующим началом, по Ермолаеву, является аммиачный раствор солей серебра. Аммиак всегда образуется в организме в результате жизнедеятельности тканей и, соединяясь с металлическим серебром, образует соли. Бактерицидное действие этого препарата необычайно эффективно. В условиях эксперимента в отношении стафило-

кокка и стрептококка бактерицидность аммиачных солей серебра выявляется в растворе 1:50.000.000. Практически при лечении ран нашло применение раствора серебра — 1:20.000, 1:40.000. Особенно эффективным оказалось внутривенное применение раствора аммиачных солей серебра при сепсисе.

Большим сдвигом в вопросе о предупреждении развития нагноения в свежих ранах является, несомненно, внедрение в практику первичного иссечения ран по Фридриху.

Эффективность этого метода очевидна из следующих данных проф. Гориневской: на 4445 иссечений краев раны с зашиванием наглухо зажило первичным натяжением—3886, т. е. 87%; с нагноением 559, т. е. 13%. Широкое внедрение этого метода значительно раньше восстанавливает трудоспособность и сокращает срок пребывания больных на больничном листке.

Хорошими стимулирующими средствами, влияющими на заживление вялых ран, а иногда дающими хороший эффект и при сепсисе, являются переливание крови и новокаиновый блок, предложенный проф. А. В. Вишневым.

Озабоченные риском, связанным с общим наркозом, советские хирурги уделили особое внимание местному обезболиванию и провели большую работу по выработке методики его и по внедрению его в практику; это отражено в руководстве Юдина, широко работающего с спинномозговой анестезией, в руководстве Андреева и Шаака, работающих с проводниковой анестезией, и в руководстве А. В. Вишневого, широко разработавшего и глубоко внедрившего в практику метод инфильтрационной анестезии. Для иллюстрации значения этих методов я позволю себе привести небольшую справку проф. Юдина о результатах резекции желудка по его данным на 1930 год.

При резекции желудка при язвах под общим наркозом он терял 25% больных; при резекции под спинномозговой анестезией—10%; при резекции под местной—4%.

В условиях советской действительности, где инициатива научных работников находит заинтересованность, отклик и помощь партии и правительства, имеются все возможности для широкой организационной и научно-исследовательской работы хирургов. Это особенно очевидно по организации и развитию переливания крови, нейрохирургии, травматологии, изучению злокачественных новообразований.

Робкими шагами кажутся сейчас первые выступления хирургов после революции по вопросам переливания крови. В русской армии во время мировой войны переливание крови не применялось, но опыт переливания крови в армиях Антанты, спасший не мало жизней бойцам, не мог пройти мимо советских хирургов. Начатое в 1917 году Еланским и Шамовым переливание крови с открытием в Москве в 1926 г. Института по переливанию крови получило мощное развитие, объединив хирургов-одиничек в многолюдный коллектив, широко ведущий и теоретическую и практическую разработку вопроса.

Метод прямого переливания крови был отвергнут нашими

хирургами, прежде всего, из-за трудности его организации в условиях военного времени. В условиях мирного времени широко используется донорство с применением цитратного метода; но так как в условиях военного времени связана с трудностями и организация донорства, то советские хирурги пошли по пути разрешения проблемы консервирования крови. Приоритет в этом отношении принадлежит у нас Бельскому, консервировавшему кровь с помощью глюкозы. В настоящее время для консервирования наиболее часто применяется жидкость ИПК, которая дает минимальную реакцию, и при которой кровь сохраняет свой лечебный эффект в течение 3 недель. Транспортировка такой крови, так необходимая в условиях фронта, испытанная перевозкой из Москвы в Тбилиси и обратно, не влияет на свойства крови.

По инициативе Спасокукоцкого используется кровь экламптиков и гипертоников. По инициативе проф. Малиновского используется с 1933 г. пуповинная кровь.

После экспериментов Шамова на собаках, Сакоян и Юдин применяли переливание трупной крови и на людях, что у нас в Казани сделано д-ром Еляшевичем. Проф. Гальперн испытал действие гетерогенной крови.

Показания к переливанию крови, которое наиболее эффективно при острых кровопотерях, сейчас на основании большого количества наблюдений в хирургической практике расширены. Оно применяется при хронических малокровиях на почве геморроя, злокачественных опухолей; благодаря переливанию крови больные нередко переводятся из неоперабельного в операбельное состояние. Переливание крови является прекрасным средством при холемических кровотечениях. При ileus'e переливание крови производится в целях борьбы с интоксикацией. Незаменимым средством является переливание при шоковых состояниях. Сущность действия перелитой крови сводится к субституции, стимуляции и к повышению свертываемости крови.

Работы по переливанию крови дали возможность с успехом выступить советским делегатам на Международном Римском конгрессе, где проф. Кончаловский блеснул громадным материалом Московского института, а проф. Богомолец своим блестящим докладом о сущности посттрансфузионных катастроф подвел строго научные обоснования под многотысячный практический материал по переливанию крови. Нужно сказать, что французы сдержанно отнеслись к переливанию консервированной крови, сомневаясь в ее полноценности, а вопрос о трупной крови конгрессом вообще был встречен отрицательно, особенно итальянскими представителями, религиозный кругозор которых мешал мириться с использованием трупного материала.

Успехами в области переливания крови мы обязаны организационным формам, в которые вылилось у нас переливание крови. В настоящее время в Союзе имеется, кроме Центрального института по переливанию крови, 49 филиалов и 449 опорных пунктов. За год производится около 22.000 переливаний крови.

В стране, с Октябрьской революции интенсивно развивающей индустриализацию, организовавшей мощное социалистическое сельское хозяйство с машинной обработкой земли, хирурги должны были вплотную подойти к вопросу о травматизме, и мы являемся очевидцами организации больших травматологических институтов в Москве, Ленинграде, Харькове, на Урале, Новосибирске. Институты эти сумели развить работу по вопросам изучения травматизма, мер борьбы с ним, по организации наиболее правильной и эффективной лечебной помощи травматикам со скорейшим восстановлением трудоспособности; они играют ведущую роль в деле борьбы с травматизмом и добились действительного снижения травматизма. Такую роль играет Московский институт, возглавляемый Гориневской, в Харькове, возглавляемый Ситенко, на Урале, возглавляемый Чаклиным. В связи с травмой много внимания уделяется изучению и шока, работы по которому связаны главным образом с именем Бурденко.

Дефекты тканей, которыми нередко сопровождаются травмы, не могли не привлечь внимания хирургов на разработку методов пластических операций. В этом отношении, несомненно, громадную роль сыграла предложенная Филатовым пластика на мигрирующем лоскуте, при которой путем многократных перебросок лоскута можно издалека переносить кожу вместе с хрящевой и даже костной тканью. Идея Филатова нашла широкое применение в пластической хирургии и открыла широкие возможности к закрытию, казалось, непоправимых дефектов.

Послевоенный травматизм с травматическими невротами, каузалгиями и др. нервными явлениями, не мог не привлечь к себе внимания советских хирургов. Так был дан толчок к развитию нейрохирургии—хирургии нервной системы. Нет сомнения, что на необъятном пространстве нашей родины многие хирурги занимаются и работают в области нервной хирургии. В условиях советской действительности вопрос о нейрохирургии принял совершенно особое направление.

Так, уже в 1921 г. мы видим в Ленинграде организацию первой нейрохирургической клиники, возглавляемой проф. Поленовым. Не случайно Ленинград оказался колыбелью нейрохирургии. Проф. Бурденко в одном из своих докладов высказал глубоко справедливую мысль, что Ленинград—это лаборатория идей, и центральной фигурой этой лаборатории был И. П. Павлов, а блестящими продолжателями его идей—Орбели и Сперанский. Идеи, исходящие от этой плеяды, вовлекли в орбиту и хирургов, в первую очередь, ленинградцев—Шамова, Поленова, Сазон-Ярошевича, Молоткова.

За Ленинградом шла Москва, где Нейрохирургический институт организован и возглавляется проф. Бурденко, затем Харьков, где Нейрохирургический институт возглавляется Геймановичем.

Уже в 1921 г. Шамов опубликовал 32 наблюдения над язвами на нижних конечностях после повреждения *nervi ischiadici* и вы-

сказал свои соображения относительно нейротрофической природы этих язв.

В 1926 г. на XVII всероссийском съезде хирургов Поленов и Молотков выступили с докладами о значении невротомии при хронических деструктивных процессах после повреждения периферической нервной системы.

Молотков еще в 1920 году предложил для лечения трофических расстройств конечностей, развивающихся после частичного повреждения нервов, делать полную перерезку раненого нерва и получал заживление. Следовательно, он предложил выключать область трофических расстройств из сферы нервного влияния. Молотков исходил из наблюдений военного времени, когда в случаях полного перерыва нервных стволов трофические расстройства, не поддающиеся обычной терапии (как это имеет место при частичном повреждении нерва), не развиваются. Заживление наступало только после перерезки нерва выше, а не ниже места повреждения; иначе говоря, трофические расстройства при повреждении нерва связаны с заболеваниями центростремительных путей, а не центробежных; они представляют явления рефлекторного порядка. Самым правильным методом Молотков считал иссечение всего поврежденного нерва с последующим швом. Полагая, что рефлекс идет из поврежденного нерва по чувствительным путям, автор взамен невротомии предложил перерезку чувствительных корешков, т. е. радикотомию. К тому же заключению пришел и Поленов. Кроме того, оба автора отметили, что путем перерезки нерва можно получить заживление процессов, связь которых с нервной системой до этого и не подозревалась: язвы голени на почве венозного расширения вен, обморожения, язвы на почве самопроизвольной гангрены, язвы после сыпного тифа, несросшихся переломов.

В дальнейшем борьба с различного рода трофическими процессами вылилась в применение целого ряда консервативных операций на нервах, как на симпатической, так и на соматической системе: *gamisectio*, десимпатизация артерий, иссечение ганглий.

Проф. А. В. Вишневский, ставший на точку зрения Сперанского о значении нервной системы для понимания патологических процессов, предложил для лечения процессов трофического характера, взамен кровавых операций, химическую невротомию в виде новокаинового блока; это делается в расчете не только на химическую перерезку рефлекторной дуги, но и в расчете на изменение сложившихся внутри нервной сети патологических комбинаций в смысле учения Сперанского о воздействии на нервную систему путем раздражения.

Для группы заболеваний и, в первую очередь, для трофических язв конечностей метод блокирования новокаином полностью оправдался.

В дальнейшем, отмечая благоприятное влияние местной инфльтрационной анестезии на течение ран, на течение воспали-

тельно-гнойных фокусов, воспалительных отеков, проф. Вишневский объединил эту группу воспалительных заболеваний одной концепцией, трактуя их как процессы, где нервный компонент играет в возникновении, патогенезе и обратном развитии несомненную роль. Исходя из этого он решил воздействовать на процесс тем же способом, т. е. введением новокаина, имеющего избирательное отношение к нервной ткани, с целью изменить течение процесса в благоприятную сторону. Сущность действия новокаиновой блокады до сих пор остается не совсем ясной, но факты остаются фактами: новокаиновая блокада влияет на течение воспалительных процессов в смысле их благоприятного и скорейшего разрешения, чем и оправдывается внедрение этого метода в практику. Новокаиновый блок нашел сейчас в клинике и диагностическое применение. При его посредстве иногда удается разрешить вопрос о природе опухолей; не влияя на истинное новообразование, новокаиновый блок содействует разрешению воспалительных опухолей.

Советская нейрохирургия сделала большие успехи в области лечения патологических процессов в центральной нервной системе, и, в частности, лечения опухолей. Так, проф. Н. Н. Бурденко, сделавший громадные вклады в хирургию мозга, недавно на французской неделе в Москве (1937 г.) демонстрировал предложенную им бульботомию при тяжелых формах дрожательных параличей.

Поленов добился хороших результатов при оперативных вмешательствах на мозжечке по поводу опухолей. В 1913 г. Краузе при операциях по поводу опухолей мозжечка имел 86% смертности; Поленов в 1929 г. имел 68% смертности, а в 1934 г. он добился уже снижения смертности при этих операциях до 28%.

Своими успехами, своим движением вперед советская нейрохирургия обязана в значительной мере тому, что ее представители не ограничились простой разработкой лечебного метода; они поставили перед собой проблему—в увязке с физиологией, патологической физиологией, биохимией, патологической анатомией овладевши оперативным методом на основе оперативных вмешательств на центральной нервной системе, разрешить ряд вопросов—установить связь соматической и вегетативной нервной системы, выяснить патогенез эпилепсии, шока, отека мозга и др. Нужно побывать в Нейрохирургическом институте в Москве, возглавляемом проф. Бурденко, чтобы убедиться, как широки возможности организации дела в условиях Советского Союза и как широки перспективы в разработке поставленных нейрохирургией перед собою проблем. В штате Института имеются невропатологи, ото-ларинголог, окулист, патофизиолог, патолого-анатом, биохимик; при Институте имеется прекрасно оборудованное экспериментальное отделение.

Недаром недавние американские и французские гости пришли в восторг от постановки дела и достигнутых на коротком сроке результатах Нейрохирургического института.

Нельзя не остановиться на работе советских хирургов и по вопросу о злокачественных новообразованиях, вопросу, к которому приковано внимание всего мира.

И здесь сказала советская установка на широкую организацию вопроса. Мы видим ряд институтов, из которого Ленинградский, возглавляемый проф. Н. Н. Петровым, на базе своих лабораторий и клинических коек ведет широкую работу экспериментального характера и разработку клинических наблюдений. В Москве имеется мощный Раковый институт, возглавлявшийся долгое время проф. Герценом. Правда, при наличии больших достижений в области эксперимента мы и до сих пор стоим перед неразгаданной этиологией злокачественных опухолей и не имеем гарантийных методов лечения. Здесь уместно будет упомянуть о попытке Молоткова приложить к опухолям невротическую теорию их развития и о его предложении лечить опухоли невротомией. Вокруг этого вопроса в свое время разыгралось не мало страстных дискуссий. Опыт и клиника не оправдали предположений Молоткова. Предложенная им невротомия бывает иногда эффективной при кожных раках, но опухоли, проникшие под кожу, не поддаются воздействию невротомии. Как *ultimum refugium* операция Молоткова нашла применение при неоперабельных раках. Во всяком случае, идея Молоткова о значении нервной системы для развития опухолей находит некоторый отклик в экспериментальных работах.

Многое было сделано в Союзе за эти годы и по разрешению проблемы хирургического туберкулеза; работы в этом направлении связаны главным образом с именами Краснобаева, Корнева, Изергина, Шенка. В вопросе о лечении костного туберкулеза нет однообразной установки. В то время как Шенк (Москва), высказываясь только за консервативное лечение, настаивает на лечении костного туберкулеза лишь в условиях южного климата, Краснобаев и Корнев доказывают на своих больных, что консервативное лечение костного туберкулеза может быть успешным в любом климате, иначе говоря,— у себя дома. Корнев возглавляет тех хирургов, которые пропагандируют активное оперативное лечение костного туберкулеза, переходя, следовательно, при известных показаниях к старому методу, от которого надолго отказалась хирургия после открытий Ролье.

Большая инициатива проявлена за этот период и по организации ортопедической помощи. Если до революции в России была только клиника проф. Турнера и отделение Вредена в Ленинграде и Медико-механический институт в Харькове, то сейчас в Советском Союзе имеется целая сеть ортопедических учреждений: в Москве с Бонном, Зацепиным, Шенком, в Одессе с Кефером во главе, в Харькове, где работает Трегубов, в Киеве, Казани, Днепропетровске и ряд других.

Вот те основные проблемы, над которыми работали советские хирурги за истекшие 20 лет. Это, конечно, не значит, что не разрабатывались и другие отделы хирургии; наоборот, в каждой области шла эта разработка.

Многое сделано в хирургии сердца, что отображено в прекрасной монографии Джанелидзе. Шов раненого сердца перестал быть достоянием отдельных хирургов, и вошел в обиход хирургии. В хирургию легких не мало внесли Спасокукоцкий, Бурденко, Линберг. Нельзя не подчеркнуть, что бронхоэктазия легких удачно лечится лобэктомией—иссечением целой доли легкого. В хирургии желудка нельзя обойти имен Гальперна, Левита, Успенского, Юдина, в области хирургии желчных путей—имен Мартынова, Федорова, Финкельштейна, Вишневского, Часовникова. Хирургия мочеполовой системы связана с именами Федорова, Мыша, Хольцова, Соловова, Фронштейна и др. Хирургия сосудов и пластики связана с именем Богораза. Разумовский, отошедший от большой хирургии, не мало внес в историю русской хирургии. По вопросам военно-полевой хирургии известны работы Диттерихса, Опокина, Павленко и ряда других. Мельников работает над анаэробной инфекцией.

Считаю своим долгом кратко остановиться и на работе казанских хирургов за этот 20-летний период. С именем проф. В. Л. Боголюбова связан ряд оригинальных предложений, например, по лечению расхождения мышц брюшной стенки, пролябирования прямой кишки, и двухтомное руководство по общей хирургии. Его ближайший сотрудник проф. Гусынин в диссертационной работе отобразил свои искания по пластической хирургии; его ученик Ю. А. Ратнер разрабатывает вопросы легочной и почечной хирургии.

Проф. А. В. Вишневский создал себе имя работами по местной анестезии, новокаиновой блокаде и по ее обоснованию; его ближайшие ученики профф. Алексеев, Домрачев, Новиков ведут дальнейшую разработку поставленных им вопросов.

Проф. П. М. Красин в бытность на кафедре оперативной хирургии разработал несколько оригинальных оперативных методов, а его ученики (Огнев, Сызганов) вели широкую работу по вопросам типовой анатомии.

Мне удалось внести свою лепту в вопрос о биологической сущности успеха и неуспеха пересадок тканей и органов („гомотрансплантация с точки зрения иммунологии“). Совместно с ассистентом Лапковым нам удалось издать руководство по хирургической анатомии. Заведуемая мною клиника в основном занята изучением методов скорейшего восстановления трудоспособности после оперативных вмешательств, ранений, нагноительных процессов, используя переливание крови, новокаиновую блокаду и ряд новых препаратов (стрептоцид и др.).

Работа ортопедической клиники, организованной за эти годы при активном участии проф. М. О. Фридлянда, отображена в его руководстве по ортопедии и продолжается его учеником доц. Шулуто.

Хирургические искания, опыт и достижения советских хирургов естественно требовали своего отображения в печати. Неутомимой энергией Я. О. Гальперна уже в 1921 году соз-

дан первый советский хирургический журнал „Новый хирургический архив“, пользующийся громадной популярностью. В 1922 г. проф. И. И. Грековым было начато издание второго хирургического журнала „Вестник хирургии и пограничных областей“, который после смерти его основателя называется „В. Х. имени Грекова“. В 1925 г. были основаны журналы „Новая хирургия“ и „Современная хирургия“, которые в 1931 г. слились в один журнал „Советская хирургия“, издающийся в настоящее время (под названием „Хирургия“) под редакцией проф. Левита.

Можно с уверенностью сказать, что советские хирурги не остались в стороне от жизни и с напряжением ведут свою работу на стройке социалистического здравоохранения.

Чему же обязана советская хирургия своими успехами?

Она обязана этим Великой Октябрьской социалистической революции, создавшей условия для правильной организации медицинской работы, хирургической в частности, создавшей особо-благоприятные условия для научно-исследовательской работы. В самом деле, чему, как не условиям советской жизни, мы обязаны организацией мощных институтов переливания крови и широкой сети филиалов с многотысячными, спасающими жизнь больных, переливаниями крови? Ведь, если в 1926 г. я, читая в Казани пробную доцентскую лекцию о переливании крови, мог говорить всего о 10 случаях переливания крови в Казани, то за 1936 г. Казанский филиал насчитывает более 1500 переливаний.

Разве не разительны организация и размах работы нейрохирургических институтов? И не случайно говорили врачи-иностранцы, что такой размах работы немислим в условиях, где нет участия в этом деле государства и общественности.

А мощные травматологические учреждения? А Институт скорой помощи им. Склифасовского с его организацией, благодаря которой дежурный врач, связанный непосредственно телефоном со всеми медицинскими точками громадной столицы, немедленно высылает на место несчастья машину с врачом, сестрой и санитарным персоналом — и больной чрез 10—15 минут оказывается в учреждении, где все готово к оказанию немедленной помощи, как бы она сложна ни была.

До революции скорая медицинская помощь была организована только в Москве, Киеве, Харькове, Одессе, Варшаве и Тифлисе. В 1931 г. имелось уже 154 станции скорой помощи, а в 1936 году их насчитывалось 426. Многие из институтов неотложной хирургии (Московский, Ленинградский, Всеукраинский) кроме практической работы ведут и широкую научную работу.

На базе такой организации, естественно, советские хирурги развернули работу, которой они смогли блеснуть не только на своих, но и на международных съездах.

На XV съезде в 1922 году лучшие хирурги только пропагандировали метод резекции желудка при язвах в „холодной“ стадии, выступая со скромной казуистикой в 8—10 случаев, а в 1936 году проф. Юдин сообщил о 1000 резекциях желудка

при перфоративных язвах, которые дали % смертности ниже, чем при паллиативных операциях.

В заключение я должен сказать, что в последние годы работа советских хирургов идет особенно слитно с жизнью страны. Все внимание фиксируется на вопросах оборонного характера—лечении ран, лечении ожогов, обморожений, этапном лечении ран и, в частности, лечении ран-mixt, лечении открытых переломов, переливании крови и т. д.

„Всегда готов к труду и обороне“—лозунг, который вошел в плоть и кровь советских хирургов. Многие еще предстоит разработать советским хирургам. Они должны идти вперед, чтобы быть достойными своей эпохи, эпохи великой Сталинской Конституции.

20 лет советской педиатрии.

Проф. В. К. Меньшиков.

Впервые в истории народов трудящиеся массы обрели настоящую родину, которая окружила их заботой и вниманием, как любящая мать. Забота о человеке, о его здоровье и жизни наибольшее воплощение приобрела со времени Великой Октябрьской революции. Классовый характер старой медицины отошел в область преданий, медицина стала общественным достоянием и всецело отдает себя на службу трудящимся. Исключительное внимание уделяется заботам о здоровье матери и ребенка. В связи с этим создаются все условия для мощного развития и педиатрии; пройденные ею после революции 20 лет действительно свидетельствуют о широком развитии этой области медицины.

Если оглянуться назад, то мы должны отметить, что признание педиатрии равноправным предметом преподавания в медицинских факультетах России наступило сравнительно поздно. Многими выдающимися клиницистами оспаривалось право педиатров на самостоятельность в академическом преподавании. Казалось, что педиатрия—лишь часть клиники внутренних болезней и ее самостоятельность может проявиться разве в сооружении специальных больниц ввиду необходимости их особенного устройства и ухода за детьми. Лишь в 80 годах прошлого столетия педиатрия вышла из-под опеки внутренней медицины. Ничтожное количество детских клиник и специальных детских больниц, существовавших главным образом за счет частной благотворительности, не могло служить в старой России достаточной базой для развития педиатрии. Но это не помешало педиатрии идти своим путем. Детская медицина развивалась на почве прямого клинического наблюдения у постели больного ребенка, пользуясь простыми способами непосредственного наблюдения