

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Впечатления о поездке в Америку.

Профессора А. Вишневого.

Мысль о поездке в Америку с целью ознакомления с общей установкой американской хирургии появилась у меня уже несколько лет тому назад. Все это время она поддерживалась во мне моим другом и бывшим моим учеником доктором А. Колодным, который, переехав в Америку 8 лет тому назад, к настоящему времени успел там выдвинуться в качестве ученого хирурга.

Осенью прошлого 1928 г. я получил приглашение от Ректора и Декана Мед. фак. Университета Iowa City посетить названный университет и прочесть там лекцию или доклад по вопросу о местной анестезии, который меня наиболее интересует. Весной 1929 г. Главпрофобр разрешил мне научную командировку за границу. В конце августа месяца я выехал из Москвы в Германию и затем в Америку.

Iowa City, главный город одного из западных штатов Америки, расположен от Нью-Йорка в расстоянии 2-х суток железно-дорожной езды.

Университетский клинический госпиталь Iowa City представляет собой новое хорошо оборудованное учреждение. Он не блещет излишней роскошью, но сделан с американским размахом: все имеется, что полагается. Все практично, чисто, удобно и все на месте. Хирургическое отделение прекрасно оборудовано, в операционной вдоволь белья, инструментов, перевязочных материалов. Главный хирург д-р Вау, недавно приглашенный сюда, опытный клиницист, хирург с отличной техникой... Я с удовольствием просмотрел его несколько операций. В американском университете хирургическая клиника одна. Она возглавляется главным хирургом, которому подчинены несколько второстепенных, ведущих соответствующие курсы. Таких курсов может быть 5—6. Сюда между прочим входит и курс неврологической хирургии, который читался в здешнем университете д-ром Колодным.

Я был у него на операции распространенной опухоли головного мозга (glioma) и понял здесь, как много американцы сделали в области хирургии нервной системы за последние годы. Это единственный отдел, в котором они действительно идут впереди нас и которому мы должны у них учиться. Переработан вопрос остановки кровотечения при операциях на черепе и мозге, в связи с чем совершенно видоизменилась техника операции вскрытия черепа, переработан вопрос удаления самой опухоли мозга, прекрасно разработана техника операции на Гассеровом узле, прекрасно разработана Chordotomia и т. д.

Доктор Колодный продемонстрировал мне многих больных в послеоперационном периоде. Он мне сообщил, что из 76 больных, оперированных им по поводу невралгии n. trigemini по внутричерепному методу, он не имел ни одного смертельного случая.

Iowa City небольшой городок и расположен весь, за исключением центральной своей части, в вековом парке, который без всяких границ переходит в загородный лес... Здесь, как и всюду почти в Америке, все делается на автомобиле... Каждый сколько-нибудь устроенный человек имеет автомобиль, на котором он и разъезжает по своим делам с утра до ночи. 30 верст проехать на автомобиле по прекрасной дороге для того, чтобы 1/2 часа просидеть за обедом, где-нибудь в загородном ресторане, ровно ничего не значит... В автомобиле за это время и отдохнешь, и поговоришь на свободе... В 4 час. дня на следующий день по приезду уже был назначен мой доклад. К этому времени он был переведен и переписан... В большой аудитории госпиталя собрались члены медицинского факультета, хирурги всех отраслей, студенты 2-х старших курсов и прочий персонал клиник... Я был представлен собранию с описанием моего краткого curriculum vitae, после чего был заслушан мой доклад на тему: „моя методика местной анестезии при операциях в брюшной полости“. Собрание меня горячо приветствовало... Высказано было

пожелание, чтобы доклад был напечатан в виду его революционизирующего вопроса значения в американском хирургическом журнале, несмотря на то, что он уже появился в немецкой печати. В этот день вечером я был приглашен хирургом Вау'ем к себе на товарищеский вечер, где были почти все члены медицинского факультета. Следующий день целиком я провел в отделении местного ортопеда. Я был у него на операции, на клиническом обходе и на его лекции. Мне интересно было прослушать тип лекции в американском университете. Она была построена в высшей степени просто... Слушателям представлялась возможность и свобода задавать лектору во время чтения вопрос, или просить разъяснения, если он что-либо не понял... Лектор останавливался и вступал в беседу со слушателем... Вероятно это способствовало проявлению желательной активности со стороны студента. Аудитория—смешанная: мужчины и женщины.

Среди ассистирующего персонала громадное количество сверхштатных работников, экстернов, волонтеров. Штатных работников очень мало: один или два на кафедру... И это тем более удивительно, когда узнаешь, что бюджет спорта в университете 400000 долларов в год. Среди студентов много обеспеченных, но и много бедняков... Последние поголовно все служат в различных кафе... В университетском городе другого контингента служащих в кафе как будто и не существует...

На утро 4-го дня я выехал автомобилем из Iowa City в Rochester, где рассчитывал пробыть несколько дней в клиниках Mayo. Rochester это центр всей американской хирургии. Имея в своем распоряжении очень ограниченное время для пребывания в Америке, я считал наиболее практичным, не разбрасываясь, подольше побыть там, где как в фокусе отражены весь характер и особенности американской хирургии. Из Iowa City в Rochester можно ехать автомобилем, здесь существует правильное пассажирское движение. Так я и сделал. По прекрасным американским дорогам путешествие в большом, крытом автомобиле, с отличным удобным сиденьем доставляет большое удовольствие. Я приехал в Rochester под вечер... Небольшой городок... Автомобиль остановился где-то в центральной части его, но здесь всего 3—4 больших, прямых улицы. Уже подъезжая к городу можно было видеть среди других крупных построек большое выделяющееся своей архитектурой здание в 14—15 этажей. Это и есть главное здание „Mayo clinic“. Получив в отеле номер, я тотчас же отправился побродить по городу, чтобы начерно изучить его топографию и теперь же взглянуть снаружи на главные госпитали клиник St. Mary's Hospital, Kahler, The Colonial Hospital и др. На утро я отправился прямо в Сент-Мэри госпиталь, т. к. здесь проводится главная хирургическая работа. Записав свою фамилию в книге для гостей, я переоделся, как полагается для операционной, и прошел в зал, где собираются врачи перед тем как войти в ту или другую операционную. Сюда, в это помещение открываются двери из всех операционных и врач имеет возможность пройти таким образом к любому хирургу, на любую операцию. Он имеет в руках отпечатанный лист — программу операций сегодняшнего дня и на основании имеющихся в нем обозначений идет туда или сюда.

Операционные построены по одному типу, они не велики по размерам. Вся основа операционной (лестницы, сиденья, барьеры, амфитеатры) сделаны из искусственного камня — мрамора. Войдя я подумал: „всюду он есть, всюду и у нас в Казани его умеют делать, но почему же здесь пользуются им американцы, а мы ходим до сих пор по деревянным крашеным полам и ежегодно их ремонтируем?..“ Электрическая арматура операционной также совершенно простая: спускающийся с потолка металлический круг, к которому приделан десяток ламп, под углом бросающих свет на операционный стол. Инструменты разложены на столе, сверху и с трех сторон защищенном стерильным бельем, растянутым на соответствующих приспособлениях. Хирург работает обычно в двух смежных операционных комнатах. В соседней в это время готовится следующий больной. Время ассистентами подгоняется так, что к концу первой операции следующий больной лежит уже со вскрытым животом и хирург, наскоро сменив халат или перчатки, тотчас же приступает к выполнению главного акта операции. По выполнении его рану закрывают снова ассистенты, а хирург уходит опять в соседнюю операционную и т. д.

Для наркоза в каждой операционной аппарат с 8—9 бомбами различных веществ: чаще всего—эфир, закись азота, Aethylen, уголекислота и др. При мне велся наблюдения с новым наркотическим веществом (Amytal) для внутривенного наркоза. При медленном втечении 4—5 минут введения в вену 1,5 грамма Amytal'я больной хорошо засыпает. С указанным веществом пока большого опыта не имеется.

В широком ходу спинно-мозговая анестезия, проводниковая и инфильтрационная. Выполнение последней с методической стороны ниже всякой критики: впрыскивания делаются почти на обум, почему и не достигают никакой цели. Это тем более удивительно, что интерес к местной анестезии огромный: тысячи операций делаются под ней, но они касаются только лишь сравнительно небольших операций... Более крупные, повторяю, выглядят удручающе. Странно мне было видеть также, когда при зашивании брюшной стенки в наркозе впрыскивали дополнительно новокаин в нее, с целью получить достаточное ее расслабление.

Обработка операционного поля—слабым раствором йода.

В оперативной обработке материала поражает огромное количество эксплораций и широкие показания к операциям.

В технике чего либо особого, оригинального отметить не могу. Так что „рассказы и описания“ некоторых наших русских путешественников хирургов о том, как американские хирурги заталкивают целые простыни под печень, теперь оказались для меня более чем странными. Judd действительно при операциях на печени перерезает lig. teres и вывихивает за нее печень. Прием, который ничего особенного собой не представляет. При брюшных операциях часто разрез делается через правую прямую мышцу для того, чтобы обеспечить себе осмотр желчного пузыря, червеобразного отростка и желудка. При операциях на желудке постоянное отсасывание содержимого особым аппаратом. Брюшная полость дренируется при посредстве тонкостенных резиновых трубок, набитых марлей. В отношении асептики при операциях на желудочно-кишечном тракте я никогда и нигде не видел такого бесцеремонного лазанья пальцем в просветы вскрытых кишек хотя бы и верхнего отдела, как здесь. В общем хирургическая техника отчетливая, но грубоватая. Просмотрев в течение недели оперативный материал, я пришел к заключению, что при тех широких показаниях к операциям, какие здесь чувствуются, нет ничего удивительного иметь и невысокий % смертности, и большие цифры общей статистики¹⁾. Таким образом главное, что останавливает внимание опытного врача хирурга здесь, это поразительная организация всего лечебного дела, покоящаяся на рациональном использовании всех современных технических и научно-медицинских достижений. Например, сомнительный случай почечных камней контролируется особым рентгеновским аппаратом, приносимым в самую операционную. Операция идет под контролем рентгена в полном смысле. Об этом можно только мечтать... Биопсия и немедленное патолого-анатомическое исследование здесь стоит также вполне реально. Снимок рентгена может быть сделан на пластинку какой угодно величины до половины человеческого роста и т. д. Однако, несмотря на это, количество сомнительных диагнозов, повторяю, поражает... Среди работающих здесь хирургов выделяются особенно Judd, Balfour, Harrington, Walter, Rankin, Pemberton и др. В отношении техники несомненно наиболее сильными оказываются первые два Judd и Balfour. Что касается обоих братьев Mayo, то оба они, хотя и сохраняют до сих пор свой большой авторитет, но в работе не так выделяются: возраст и здоровье берут свое. Хотя в общей установке всей хирургической методики и господствует Штандарт, однако кое-что каждый, повидимому, делает и по своему вкусу: напр., кто отросток отождествит, а кто помажет карболкой. Точно также и в отношении показаний к той или другой операции, напр. при язве желудка—там, где один делает желудочно-кишечное соустье, другой делает резекцию желудка и т. д. Я уже указал, что в клинике поражает громадное количество эксплораторных операций. Правда, большинство из них падает на больных с теми системными множественными заболеваниями органов брюшной полости, которые до сих пор являются для нас клиницистов настоящим крестом в нашей работе, ибо не изученные, не разгаданные в своем существе они плохо диагностируются и плохо лечатся: заболевания червеобразного отростка, печени, желудка в их взаимной связи и совпадениях. Почти ни одна операция не делается без соответствующего осмотра всей брюшной полости.

В настоящее время Mayo Foundation представляет собой акционерную организацию, где большинство служащих являются пайщиками. В центре организации оба брата Mayo, их зятья и родственники. Принцип финансово-коммер-

¹⁾ Так напр. на 24 операции на желчных путях пузырь имел заметные изменения и камни всего один раз. Во всех остальных случаях жел. пузырь имел нормальный серозный покров.

ческого расчета проходит всю толщу настоящей организации. Центральная клиника построена как хороший храм, в котором блеск и комфорт так сочетаются, что войдя в нее, сразу не поймешь, где ты находишься—в храме, в блестящем отеле или в современном американском театре: мрамор, бронза, красное дерево, художественные барельефы сопровождают вас от двери до самых деловых углов клиники.

Клиники Мауо пользуются огромной известностью в Америке, американцы ими гордятся, любят их: все те, кто узнавал, что я хирург, тотчас же спрашивал у меня: а был ли я в Rochester'e у Мауо. И когда получал от меня утвердительный ответ, то был очень доволен...

У меня было в плане после Rochester'a отправиться в Minneapolis к Fagg'u, анестезисту-американцу. Нужно было проехать несколько часов в автомобиле. Я справился по телефону, там ли Fagg и работает-ли он в данный момент... И получил ответ, что Fagg на днях был оперирован и в настоящее время не работает. Оправится не скоро... Этим и был решен мой вопрос о поездке в Minneapolis в отрицательном смысле.

Из Rochester'a я выехал обратно в Нью-Йорк с намерением задержаться в нем в течение нескольких дней. Снова прекрасное путешествие по железной дороге, снова центральный вокзал Нью-Йорка.

Колоссальные сооружения, которые известны в Нью-Йорке под именем „Medical Center for New York City“, закончены недавно в своей постройке. Сюда переводятся многие госпитали из старых помещений, здесь же помещаются и клиники знаменитого Нью-Йоркского Columbia University. Medical Center занимает шесть больших городских кварталов, застроенных почти сплошь небоскребами. Мне не под силу в моем настоящем сообщении описывать сколько-нибудь подробно расположение отдельных учреждений, обстановку и организацию этого удивительного учреждения. Это могло бы быть сделано только лишь в результате долгого специального его изучения. Я не ставил себе этой задачи и не имел в своем распоряжении для этого достаточно времени. Я стремился только познакомиться и здесь с установкой хирургической работы в главной университетской клинике, которая, по моему мнению, должна бы была также отражать в себе характер Нью-Йоркской хирургии.

Доктор Whipple, директор хирургической клиники, был предупрежден накануне о моем желании посетить его. Я отправился к нему с раннего утра в один из дней моего пребывания в Нью-Йорке. Очень худой, пожилой человек доктор Whipple держался в высокой степени скромно и просто со мной. Он не производил на меня впечатления по внешности „орла“ Нью-Йоркской хирургии... Работа его простая, уверенная, умная, обличала в нем прекрасного врача-клинициста, честно оказывающего помощь своему больному... Он операцию не „показывал“, он ее делал. Но самое замечательное, что я у него видел, это—клиника последующего наблюдения, клиника результатов операций. Один из дней в неделю посвящается подробному осмотру оперированных на разных сроках больных. Каждый больной при выписке получает карточку, в которой размечены сроки, в какие больной обязан показаться вновь в клинику для проверки результата операции. Заранее известно, кто придет в этот день, т. к. и в клинике остается соответствующий материал с указанием сроков для тех же больных. К моменту их явки истории болезни лежат уже на столе у хирурга и он свое обследование ведет при постоянной возможности восстановить в своей памяти все подробности данного случая. Если прибавить к этому, что полный порядок в ведении истории болезни и их хранении есть общее явление для всех американских госпиталей, то можно себе представить, какое наслаждение получает хирург-клиницист и в этой работе. Конечно для того, чтоб ее провести нужны условия американской обстановки, того уровня культуры населения и американских средств. Нужно видеть только, какое количество персонала занято регистрацией больных, переписыванием документов, историй болезней, хранением, сортировкой их и т. д. Возвращаясь к личности хирурга, возглавляющего университетскую хирургию Нью-Йорка, скажу, что вероятно он не подобрал больных, когда показал мне на поздних сроках больных перенесших тяжелейшие операции. Большинство из них были в прекрасном состоянии. В медицинском центре уже организована прекрасная библиотека, в которой я провел с огромным удовольствием несколько вечеров. В Нью-Йорке я познакомился с несколькими выдающимися представителями Нью-Йоркской медицины и получил от них предложение сделать доклад о местной анестезии и здесь в одном из научных медицинских обществ. Это совершенно не входило в мои планы...

Я был стеснен временем, весь материал, имевшийся у меня, я сдал уже в редакцию журнала, его нужно было бы оттуда добывать... Я счел это неудобным и вынужден был отказаться от сделанного мне предложения.

Через несколько дней я возвращался в Европу. Шесть дней плавания прошли совершенно незаметно. На седьмой день, рано утром мы подошли к материку... Шербург... (французский порт и вероятно военная крепость). Стоявший на второй палубе японец старательно фотографировал ее фортификации. Я подошел с ним познакомиться, он оказался японским военным инженером... Здесь высадились часть пассажиров. Мы пошли в Англию в Суасемптон. Вечером были в Лондоне. Здесь—невольные сравнения... Лондон... Темень... Газовое освещение где-то поблизости к центру. Масса старых, допотопных домов... Нам, американцам, все это не по вкусу... А Германия, как она бедна, как кустарно здесь многое выглядит в сравнении с Америкой... Там действительно вероятно в свое время действовали по принципу: „Я слишком беден, чтоб делать и приобретать дешевые вещи“... Этот принцип ушел в Америку, на нем там и построены очевидно и вокзалы, и операционные, и уборные... Клиника Sauegbusch'a?.. Какой она показалась мне мизерной, как жалко проглядывали в ней попытки ее американизировать... Однако наука здесь в полном порядке...

Еще 6 дней и я был в СССР.

О подготовке кадра санитарных врачей.

(К вопросу о реформе медобразования).

И. К. Лукьянов.

Если мы утверждаем, что только та медицинская система, которая основана на марксистском учении об органическом единстве теории и практики, науки и жизни, что только охрана здоровья всего коллектива, а не личности, только предупреждение, а не лечение оздоровит класс трудящихся, то необходимо, чтобы были приняты все меры к подготовке работников этого фронта с соответственной идеологией и теми именно темпами, которые диктуются самой жизнью.

Здесь уместно поставить вопрос: что дает современный медфак для окончивших его, кого он, в сущности, выпускает вообще? Является ли врачом окончивший медвуз? Современный медфак, несмотря на огромную перегрузку, дает лишь общее медицинское, преимущественно теоретическое развитие и окончивший медфак не является врачом, он только потенциально и формально (по диплому) получает гены, которые практика впоследствии оформляет, превращая их в качества признанных врачей. Действительно ли это так, что окончивший медвуз при самоусовершенствовании и практике имеет возможность и может быть врачом-лечебником общего типа или по той или по другой специальности (специалистом)? Да, это так, т. к. современный медфак дает будущему лечебнику значительные данные, чтобы стать врачом-лечебником общего типа, а именно: теоретическую подготовку, идеологическую установку, общую диагностическую и терапевтическую методику и, главное, прививает специфическое влечение (род недуга), которое почти на 100% должно и действительно предопределяет его последующую кристаллизацию во врача-лечебника. Странно слышать, почему молодежь не идет в санврачи? Пять лет все по одному месту, 3 года в специфической атмосфере патологии человеческого организма, на практике в окружении той же лечебной идеологии, наконец, некоторые материального и морального порядка преимущества, связанные с авторитетом лечащего врача среди населения,—все это „синица в руке“...

А что такое санврач в сознании только что окончившего медфак? Это— нечто неопределенное, бесформенное, пожалуй даже с врачом мало имеющее общего, скорее милиционер особой квалификации, обзиревающий палатки, ларьки, занимающийся канцелярией, а также связанными с этой деятельностью конфликтами грубо-базарного характера. Весь этот „букет“, конечно, не по душе идеологически неподготовленному соответственным образом человеку, хотя бы и окончившему медфак. Так ли это? Действительно ли окончивший медвуз не подготовлен быть санврачем? На это с чистой совестью из своего 16-летнего врачебного наблюдения и опыта и, опираясь на солидную аргументацию, могу сказать: да, так!