

ХИРУРГИЯ НА РАСПУТЬИ

Проф. С П. ФЕДОРОВ.

Man tut immer besser, dass man sich gerade ausspricht, wie man denkt, ohne viel beweisen zu wollen. Denn alle Beweise, die wir vorbringen, sind doch nur Variationen unserer Meinung, und die Widriggesinnten hören weder auf das eine, noch auf des andere

Goethe.

Всегда лучше высказываться прямо так, как думаешь, не стремясь доказывать многого. Ведь все доказательства, которые мы приводим, являются лишь вариациями нашего мнения, а упрямо настроенные все равно не обращают внимания ни на то, ни на другое.

Гете.

Хирургия горда своими успехами. Но еще больше горды сами хирурги, особенно более молодые. Они без конца пишут и докладывают о своих успехах, забывая подчас о том, что одно количество далеко не всегда решает дело. Можно подумать, что некоторым из хирургов положительно не дают спать лавры братьев Мэйо.

В этом отчасти виноват, может быть, быстрый темп развития хирургического искусства. У нас были талантливые предки: удивительно искусные техники и глубокие мыслители; многое побеждали они своей гениальностью и своим искусством, но они не могли достичь всего, чего хотели, ибо научной медицины в то время почти-что не существовало. Быстрого расцвета хирургия достигла только после Вирхова, Пастера, Листера и Коха, и конец XIX и начало XX столетий – это самый блестящий период развития хирургии. В этот период хирурги под защитой сначала антисептики, а затем асептики быстро пошли вперед, отвоевывая одну за другой области, которые считались достоянием исключительно внутренней медицины, и натиск хирургов был так велик, что появился даже серьезный антагонизм между представителями обеих отраслей медицины. Этого антагонизма теперь уже нет, жизнь научила хирургов сделаться терпимыми, ибо у большинства зрелых хирургов поколеблена вера во всемогущество хирургии. Она определилась и заняла подобающее ей место, место иногда самостоятельного, а нередко только подсобного метода лечения. Почти то же говорит такой большой хирург, как Мэйо,

касаясь вопроса о лечении язв желудка и duodeni.

«Хирургия должна быть поставлена на то место, которое ей подобает. Она только одна из форм механического лечения в связи со всеми остальными методами лечения. Соперничество между хирургией и медициной должно быть оставлено».

И это верно – в этом истина.

А более молодое поколение хирургов продолжает верить во всемогущество хирургии и в ее обособленность от внутренней медицины и склонно решать скальпелем иногда очень сложные проблемы, пользуясь относительной безопасностью даже сложных операций. К сожалению, встречаются и более зрелые хирурги с таким же образом мышления.

Я объясняю себе это тем, что у молодого поколения нет пережитого и что оно не охотно считается с прошлым, а у некоторых зрелых хирургов тем, что они не восприимчивы к пережитому. А считаться с прошлым приходится, и не только с ближайшим, но и очень отдаленным, ибо сейчас, сплошь да рядом, приходится встречаться со многими „новыми" мыслями и открытиями, которые были высказаны или сделаны много-много лет тому назад.

Правда, говорят, что ново все то, что хорошо забыто, но это обязывает врача только к более щепетильному отношению к прошлому.

Всякое движение вперед сопряжено с радостями, надеждами, разочарованиями и жертвами. Переживала и переживает это и по сей час хирургия. Чтобы достигнуть своего совершенства, она шла разными путями. Прямой путь к достижению цели оказывался часто невозможным и приходилось делать обходные движения. В этих обходных движениях сказывалась личность хирурга. Одни, попавши на ложный путь, упрямо шли по нему, запутывались в лабиринте препятствий, увлекали за собой массы и приносили ненужные жертвы; другие, увидавши, что попали не на тот путь, быстро останавливались и искали пути другие. И если бы все это было только в прошлом, то это было бы, как говорят, пол-горя. К сожалению, подобные ошибки мышления и упрямое следование по ложным путям продолжают повторяться и до настоящего времени.

Возьмем для примера вопрос о висцеральном неврозе. Сколько ненужных операций делалось и делается еще и по сие время!

Я процитирую кое-что из статей Лика: Mac Dowel удаляет впервые в 1809 году кистозный яичник. После него сначала удаляют больные яичники, а затем сотни тысяч или совершенно здоровых или с ничтожными изменениями. Гиртль выступает с открытым протестом против таких операций, говоря, что операторы прикрываются “jus impune occidendi chirurgorum” –

правом хирурга действовать безнаказанно, а Шпренгель говорит о „кастрационном неистовстве“, охватившем врачей, держащих в руках нож. Карл Франц, крупный современный гинеколог, в своем руководстве (1925 г.) пишет следующее: больная жалуется на боли в спине, истечения, головные боли, слабость, запоры, отсутствие аппетита, депрессию и у ней находят ретрофлексию матки или сращения яичника. Склонный к операциям хирург сейчас же готов пришить ей на место матку или вырезать яичник.

При этом внушение врача, что всякая сделанная операция помогает, действует только временно, а потом болезненное состояние ухудшается. Сколько женщин, восклицает Франц, испорчено такими операциями без показаний! Возьмем еще т.-н. хронический аппендицит. Сколько сделано и сколько продолжают делать иссечений червеобразных отростков, чтобы видеть потом оперированных больных с теми же болезненными симптомами, и для многих теперь сомнительно, - существует ли действительно первичный хронический аппендицит?

А гастроптозы, колоптозы и прочие птозы, разве и теперь еще не оперируют при них самым широким образом? Клозес с гордостью говорит, что хирурги могут в настоящее время фиксировать на нормальном месте всякий сместившийся орган. Но если это до известной степени даже возможно, то спрашивается – нужно ли это?

Мне довольно часто, так же, как и другим хирургам, конечно, приходилось при лапаротомиях находить желудок в полости таза или поперечно-ободочную кишку, лежащую чуть-ли не в Дугласовом пространстве, видеть почки, гуляющие по всему животу, и все это никак и ничем не отражалось на состоянии больных. С другой стороны, сравнительно ничтожные смещения тех же органов вызывают болезненный симптомокомплекс, который считается специфичным для данного птоза, и тогда этот орган пришивают. Правда, теперь более или менее принято пришивать только тот орган, который дает болезненные симптомы. Но и тут дело редко кончается полным выздоровлением, получается только более или менее длительное улучшение. У меня бывало много больных с пришитыми другими хирургами желудками, почками, приходили и свои больные и с теми же жалобами, которые были у них до операции. У этих больных органы находились иногда и на месте, т.-е. там, где их пришили; анатомический результат от операции бывал хорош, а клинического успеха не было. Бывало и наоборот, т.-е. орган, например, почка, опять смещалась, а больные чувствовали себя выздоровевшими. Ясно, что ни птоз, ни операция по поводу птоза не были причиной клинической картины болезни. А ведь как бывает рад врач, когда он при непонятных для него

болях в животе находит какой-нибудь птоз. Терапевт посылает такого больного, а если хирург сам находит такой птоз, то пришивает орган.

С почками дело все же проще, здесь несколько разобрались в вопросе, поголовное пришивание смещенных почек оставили, и большинство остановилось пока на показаниях для нефропексии в тех случаях, когда птоз травматический или когда можно думать, что, благодаря нефроптозу, имеются причины для застоя мочи в лоханке. И, несмотря на это, хирургам первой четверти 20-го века приходится иногда повторять операцию Мартина (1879 г.) – удалять смещенную почку.

Решиться на операцию при гастроптозе еще труднее, ибо показания для нее еще туманнее. Лик приводит очень красивый пример. У него была больная с упорными желудочными явлениями. На рентгеновском снимке желудок стоит высоко над пупком, спастически сокращен, расположен поперечно и перетянут вправо. Через год при тех же желудочных явлениях желудок растянутый, большой и вялый и дно его лежит глубоко в полости малого таза.

«Первый раз я должен был бы сделать многообещающую на основании работ Пайра пилоротомию, а во второй раз гастрофиксацию», говорит Лик. «По этому очень простому рецепту», продолжает он, «так обычно и поступают».

Отсылая желающих к очень поучительным статьям талантливого критика и очень большого скептика Лика, касающимся птозов, я хочу указать только на то, что оперативное лечение птозов есть один из ложных путей, по которым идет хирургия, и что тем не менее отдельные вожаки и за ними часть массы продолжают идти по этому ложному пути. Я вполне согласен с Ликом, что птоз сам по себе не есть болезнь, что это проявление дегенеративной конституции дающее о себе знать больному и обращающее внимание врача на смещенный орган с того только момента, когда, благодаря какому-либо потрясению, выходит из равновесия лабильная у таких больных нервная система. Лик справедливо протестует против механического мышления у хирургов и, как на классический пример такого грубо механического хирургического мышления, указывает на книгу Ровзинга: «Гастроколоптозис».

На ложном пути находимся мы в вопросе о лечении птозов и вообще функциональных и конституциональных заболеваний, например, желчных путей, почек и многих других.

И не один Лик пишет на эту тему. Несомненно крупный современный хирург Зауербрух идет еще дальше, говоря буквально следующее: „Два больших переворота последнего пятидесятилетия, которые совершила патологическая анатомия и

бактериологическое толкование болезней, привели нас, несмотря на блестящие завоевания и успехи, в тупик. Все наши работы вертятся вокруг последних отпрысков бактериологических и патолого-анатомических идей. За ними следуют до самого конца и часто маленькая работка вертится вокруг больших мыслей и вопросов". И в другой статье: «Хирург не должен ограничиваться разрешением только определенных механических требований».

Наши предки, конечно, тоже ошибались и шли иногда долго по ложным путям, но это понятнее — то была эпоха чистого эмпиризма в медицине. Они тоже приносили жертвы, и подчас ненужные, на алтарь науки. Для нас же это менее простительно, ибо мы претендуем на научную хирургию. Но это не удерживает, однако, большинство ни от повторения их ошибок, ни от излишних экспериментов *in aegrotis*¹, подчас даже массового характера. Правильно ли такое поведение?

Я говорю об этом, между прочим, потому, что на подобные темы стали писать даже в общей прессе.

Совсем недавно появился роман Мориса Дюплэ «*Nos medecins*», выдержавший 23 издания. В нем выведен блестящий парижский хирург, решающий, между прочим, проблему рака. Этот хирург, любимый ученик одного „из самых знаменитейших хирургов Франции“, приходит побеседовать к своему маститому учителю, находящемуся уже не у дел. И вот что говорит этот учитель: „Эта чудотворная антисептика имеет свои недостатки и опасности. Уменьшая в значительной степени оперативную смертность, она побуждает хирурга резать и вскрывать до сумашествия... Мне кажется, что весьма виноваты те из наших собратий, которые, пользуясь антисептикой, оперируют без крайней необходимости, которые терзают человеческое тело, благодаря недостаточной диагностике или простому любопытству“.

Парируя обвинения своего учителя, хирург говорит о том, что для того, чтобы достигнуть дальнейших успехов, обстоятельства заставляют быть ремесленниками или виртуозами.

Старый учитель отвечает ему и на это и кончает словами: „В стремлении своем лучше лечить людей один или два века спустя, не зарезывайте (*n'egorgez pas*) своих современников“.

Разве это не два различных взгляда на хирургию и хирургов?

Я оставляю этот вопрос открытым, но мои симпатии на стороне учителя.

Мне кажется, что даже из этих строк видно, что по крайней части хирургов, поработавших на своем веку, появляется неудовлетворенность и стремление к исканию новых путей в

¹ на больных (прим. модератора)

хирургии. «Но новых больших целей нет и все еще продолжают вращаться в определившихся рамках прошлого» (Зауербрух). Правда, кое-кто за границей и у нас возглашают уже о необыкновенных открытиях и успехах на новых путях в хирургии, но возгласы их, как искры от костра, тухнут еще в воздухе, не упавши на землю, и хочется сказать пока этим возглашателям словами Гете²:

Глубокомысленно трудясь,
Вместить старайтесь то, что отродясь
В мозг человеческий не входит.
Вместите-ль, нет-ли—не беда;
Словечко громкое всегда
Из затрудненья вас выводит.

И в самом деле, почти как правило, благодаря интенсивному интересу ко всякой новинке у врачей, повидимому, всех стран и народов, всегда находится много подражателей всякому даже бессмысленному предложению, и, к счастью для хирургии, но к несчастью для легковверных больных, новинка уже вскоре оказывается буффонадой.

Но я говорил пока все о более или менее новых стремлениях, а как обстоит дело со старой хирургией, в блестящем развитии которой принимали участие многие из поныне здравствующих моих современников?

К сожалению, и тут не все благополучно. Произведена колоссальная работа, достигнуты чрезвычайные успехи и все же дело не доведено до конца. Опять являются сомнения, можно ли вообще называть хирургию наукой. И в этом сомневается, между прочим, никто иной, как большой и талантливый хирург Рене Лериш. И он, как Зауербрух, говорит сначала о том, как блестяще развивалась хирургия, правда, без определенного плана, без метода, по мере обстоятельств, и как теперь во всех странах в десятый, двадцатый раз пересматривают то, что считалось установленным, и как уподобляются эти исследователи в своей работе Пенелопе³.

“Мы грубо невежественны, говорит Лериш, подчас в самых банальных вопросах, и зависит это от того, что хирургия не познала еще истины. Поэтому столько различных мнений, взглядов и методов хирургического лечения. Прошедшая война дала, касалось бы, возможность притти к одному взгляду на лечение переломов, но и теперь, в мирное время, и наверное в будущую войну каждый хирург будет лечить перелом по своему”.

² Фауст. Часть I

³ Recomancant sans cesse la meme sterile besogne de Penelope.

„Возьмите, говорит Лериш, вопрос о перевязках артерий. Со времени Амбруаза Парэ перевязано бог знает сколько артерий, но, если обратиться к самому опытному хирургу и спросить его, что будет после перевязки подключ. артерии на том или ином уровне, или спросить его, где можно об этом узнать, то хирург этот окажется очень смущенным. Он выйдет из положения лишь фразами: „я думаю, что”, „я полагаю, что”, „я видел один случай, в котором”... К сожалению, прибавляю я сам от себя, приходится слышать вопросы и самому давать подобные ответы, и не только по поводу перевязки подключичной артерии. (Я не имею в виду, конечно, хирургов, у которых всегда и на все имеется определенный ответ, очевидно оттого, что они думают, что все знают и все понимают). “Не лучше, продолжает Лериш, нам известны результаты перевязок вен или крупных лимфатических стволов. В хирургии полости живота дело обстоит приблизительно также...”

«Странная эта наука, которой мы так гордимся!» - заключает Лериш⁴.

Имеются и другие авторы, которые откровенно говорят то, что думают. Так, например, Оли, говоря о показаниях к гастроэнтеростомии по поводу язв желудка — duodeni, находит только два жизненных показания к этой операции. „Остальные показания, говорит он, относительноны и зависят больше от темперамента лечащего хирурга”. Пожалуй, и это правда, и как не согласиться тогда с последней фразой Лериша.

Хирургов часто сравнивают со служителями искусств и темперамент у последних весьма ценится, но нужен ли он хирургу,—это для меня вопрос. Эпитеты, присваиваемые хирургам, вроде: артист, виртуоз или джигит, как это было сказано в одном из наших беллетристических журналов⁵, вряд-ли определяют качества современного хирурга и вряд-ли льстят его самолюбию. Я же думаю, что темперамент, особенно в избытке, скорее вреден и для хирургов и для хирургии.

Кроме всего прочего, темперамент в хирургии мешает еще правильно оценивать результаты своих действий, допускает суггестию (Лик, Вестерман) и приводит хирурга к преждевременным заключениям и к переоцениванию своих новых открытий, часто слишком рано публикуемых. Хирург обычно не считается при оценке своих успехов с самовнушением. Его самокритика страдает. А для больных, говорит Лик, это часто разбитые надежды, телесные и душевные страдания; много ненужных жертв было бы избегнуто. Несомненно, в значительной

⁴ Etrange science que celle, don't nous sommes si fiers!

⁵ Журнал «Огонек» 1925 г.

степени темпераментностью хирургов объясняются и те быстрые колебания взглядов в хирургии, которые особенно резко проявляются за последние годы.

Кроме того, в хирургии есть еще мода. Так, например, сегодня при перитоните промывают и дренируют брюшную полость, завтра ее только дренируют, а после-завтра зашивают на-глухо. А что действительно лучше всего,—этого никто не знает. Испокон веков дренировали гнойные раны, а теперь это кажется вредным и настаивают на том, чтобы выбросить дренаж из употребления. Но вряд-ли найдется много хирургов, которые совершенно отказались от дренажа.

Вредно только злоупотребление дренажом.

Наблюдаются также и возвраты к старому, но в расширенном, конечно, масштабе.

Лет, пожалуй, тридцать тому назад при ряде болезней иссекали шейную часть симпатических стволов. Никто не убедился тогда в целесообразности таких операций, а теперь с огромным темпераментом взялись за повторение их. Пересадки желез внутренней секреции делали приблизительно столько же лет тому назад и блестящих результатов не видали. Теперь опять увлечение: стараются пересаживать всякие железы, но никто не знает до сих пор, действительно ли и долго ли функционирует такая пересадка и чем она лучше, например, препаратов сыновей Пеля.

Влияние экстрактов, между прочим, несомненно видно из работ Зутера. Этот автор экстирпировал по поводу рака щитовидной железы всю эту железу и имел ряд случаев, когда больные, перенесшие эту операцию, жили в прекрасном состоянии шесть и более лет без всяких пересадок, только принимая внутрь препараты щитовидной железы.

Воронов, который много лет под ряд оперировал яичники у женщин, перешел сейчас на мужские яйца и сообщает о блестящих омолаживающих результатах от пересадки яиц исключительно обезьяньих. Наши “Вороновы” говорят, что, не имея яиц обезьяньих, получают результаты не худшие от пересадки яиц бараньих. Между тем, Креутер и ряд других авторов доказывают, что пересаженные кусочки яйца бесследно рассасываются и результатов не дают.

Вестерман выражается не менее определенно: всякий исследователь, занимавшийся гомо или гетеропластикой, знает, что никогда не удавалось научно доказать жизнеспособности пересаженного органа.

Эффект от пересадок сводится на всасывание гормона или на суггестию.

Здесь интересно вспомнить о книжке проф. Бурже, напечатанной еще в 1911 г. Книжка называется: «Некоторые

заблуждения и обманы в модной медицинской науке». Автор нашел в ней, между прочим, следующее: «пресловутая теория внутренних секретов дала столько же лекарств, сколько есть органов. Казалось, что мы вступаем в период опрощения терапии... Достаточно было заставить больного съесть соответствующий его больному органу такой же орган. Правда, это не так последовательно, как у дикарей—людоедов Конго, которые для исцеления своих болезней берут целебные средства из мяса и органов человека. Но, ведь, ученый и цивилизованный человек не мог же предложить своим сородичам такого людоедства. Зато выбор вида животного он предоставил им самим. Тогда мы увидели, что яичники морской свинки подкрепляют истеричных женщин, а яички исцеляют склероз корешков при сухотке. И все это произошло вследствие того, что один ученый старик, 74 лет, однажды рассказал своим товарищам по институту, что он даже после умеренной мастурбации чувствовал себя очень хорошо, что несколько впрыскиваний глицеринового экстракта из яичка кролика придавали ему такую свежесть, которую подтвердила даже его супруга».

А лечение эпилепсии удалением надпочечника? Много труда и работы, говорит Лик, горы печатной бумаги, смерти и смерти, и для чего? Чтобы сказать, что «на основании наших наблюдений мы должны заключить, что попытка излечить эту ужасную болезнь таким путем окончательно провалилась и что дальнейших операций на надпочечнике при эпилепсии делать больше не нужно» (Кюттнер). Почти та же участь постигла эпинефрэктомию при спонтанной гангрене.

И много еще в нашей хирургии таких темпераментных, эмпирических и модных увлечений, которые все время мешают ей стать действительно наукой.

Кто больше виноват в этом: сама хирургия или мы, хирурги?

Я думаю, что мы.

Хирургия не может быть самостоятельной наукой, даже в технической части своей она всецело опирается на анатомию. В своем блестящем периоде она базировалась главным образом на двух науках: патологической анатомии и бактериологии, которые сами стояли уже твердо и тоже блестяще развивались. Она взяла от них все, или почти все, что было возможно и нужно, и, взявши это все, остановилась на распутьи.

Конечно, бремя настоящего тяжело ложится на хирургию.

В самом деле, лучше всего мы лечим те болезни, этиологию которых мы знаем. Но нам известны относительно хорошо только те болезни, причиной которых являются инфекции, паразиты, травмы и более или менее грубые патологические изменения, и эти

болезни лечатся довольно успешно хирургически. Бремя хирургии настоящего времени – это конституциональные и функциональные заболевания. Старая хирургия их почти не знала, - они были у терапевтов. Но внутренняя терапия также в тупике и потому ясно выражено направление лечить и эти заболевания ножом. Задача неизмеримо более трудная, чем те, которые стояли раньше, ибо здесь неизвестны не только этиология, но часто и сущность процессов. Правда, впереди блещут биологические проблемы, чувствуется, что надо идти туда, что этот путь выведет нас, вероятно, на большую дорогу. Но как идти по этому пути?

Сама биология находится, так сказать, еще в колыбели. Даже гораздо более старая наука, как физиология, не дает хирургии всего того, что ей нужно. И, если, например, хирургия вегетативной нервной системы существует только в зачаточном виде,⁶ то зависит это, главным образом, от того, что и физиология еще не закончила своего развития.

Как идем мы, хирурги, по этому намечаемому пути? Выражаясь мягко, через-чур самостоятельно.

Слишком широко и легко пользуются тем, что называют теперь «рабочими гипотезами». Я не буду очень оспаривать нужности иногда таких гипотез, но могу ожидать пользы от них только тогда, когда они строятся на научных фактах и соображениях. Так было, когда гипотезы создавались на данных анатомии, физиологии, патологической анатомии и бактериологии. Теперь же в огромном большинстве случаев в основу рабочих гипотез ложатся, в лучшем случае, опять-таки только гипотезы. Ждать от этого чего-либо доброго нельзя, и факты показывают, как скоро и как часто летят теперь в трубу рабочие гипотезы. Но этого мало. Как и кем они разрабатываются?

Работа идет, главным образом, в области биологии, физиологической химии, коллоидной химии, физико-химии и т. п., а работают хирурги не только незнакомые сколько-нибудь серьезно с этими науками, но и неусвоившие себе даже в достаточной степени методики, ибо методика в общем очень сложна и требует специальной подготовки от работающих.

Мне не раз приходилось говорить по этому поводу с нашими химиками и физиками и убеждаться в том, с какой сдержанностью, чтобы не сказать больше, относятся они к клиническим работам, затрагивающим их специальность, и к анализам, особенно количественным. А, между тем, на подобных анализах строятся самые широкие рабочие гипотезы и последние их стараются проводить в жизнь, т.-е. на основании их предлагают

⁶ La chirurgie du systeme vegetative n'en n'est qu'a ses premiers balbutiements. (R.Leriche).

делать те или иные операции. Критика таких предложений ничтожна, ибо достойные доверия специалисты, с ними не считаются, а те, кому они преподносятся – хирурги – сами не знают, что сказать, потому что так же мало образованы, как и те, которые их преподносят.

Но особенно тяжелой ошибкой является перенесение полученных экспериментально результатов без достаточной критики на патологию у людей.

«Знаменем времени является также то, что всякое новое предложение порождает в самое короткое время массу подобных же работ и прямо устрашающими являются та односторонность и то поверхностное отношение, с которыми они предлагаются и на которых они основываются» (Зауербрух).

Для клинициста и врача-практика создалось тяжелое положение – кому верить.

Для себя я решаю этот вопрос просто: я доверяю только тем работам, которые выходят из клиник или лабораторий, во главе которых стоят лица, создавшие себе научное имя или исключительно работающие в области только-что упомянутых мною дисциплин; и мне всегда бывает только смешно, когда хирургические младенцы авторитетно решают биологические проблемы.

Не берусь сказать сейчас, что вывело из равновесия научную мысль у хирургов, но, повидимому, не только хирургическая мысль находится в периоде шатания.

Абдергальден рассказывает⁷, что один ученый энтомолог задался целью исследовать слуховой орган у особой породы египетских жуков. Когда достали такого жука, то ученый положил его на стол и выстрелил над ним из револьвера. Жук вскочил и побежал. Тогда ученый отрезал жуку ноги и опять выстрелил над ним из револьвера. Жук никуда не побежал, а ученый заключил, что орган слуха находится в ногах.

Такие и подобные им выводы и умозаключения не единичны, а у экспериментаторов в области клинической медицины они встречаются в настоящее время еще чаще.

Не есть ли это действительно упадок научной мысли и, между прочим, и в хирургии?

XIX-й век был расцветом медицинской науки, таким, который знала только старая Греция и Александрия, говорит Зауербрух. И так же, как тогда, после блестящих успехов наступили годы истощения, утомления и бедности, так и теперь после XIX-го века следует период покоя и утомления. Нет больше новых целей и все

⁷ Проф. Брейтман. Заседание эндокринологического Общества в Ленинграде. 1926 г.

вращается в установившихся рамках прошлого... Ein Facharzt um ärgster Form ist entstanden, dass selbst Unterabschitte in noch kleinere trennt.

Чрезмерная специализация всегда была, однако, проявлением декаденства и этому определенно учит история. Это наблюдалось в период упадка староегипетской культуры, затем также во времена Римской империи и, наконец, после периода Возрождения (Renaissance). И объяснения этому явлению давались и тогда так же, как и в настоящее время, что один человек не может вместить всех разросшихся специальностей. Это объяснение до некоторой степени верно.

Но с другой стороны нельзя не отметить, что в каждой все более и более дробящейся мелкой специальности появляется необыкновенное количество самых ничтожных мелочей, которым приписывают иногда значение важных открытий и которые засоряют голову специалиста, убивая в ней способность к широкому медицинскому мышлению.

Конечно, намечаются новые пути для хирургии в химии, физике и биологии, в учении о конституции и наследственности, в изучении функциональных заболеваний, но нельзя подходить к разрешению этих вопросов путем грубого хирургического эмпиризма. Более чем когда-либо хирургия должна идти рука об руку с физиологией, физикой, химией и биологией. Мы, хирурги, не должны переоценивать своих сил и знаний и не стараться двигать свою специальность вперед порывистыми, подчас бессмысленными, толчками, ибо это только мешает хирургии выйти на новые широкие пути и задерживает ее на распутьи.

Все высокопарные фразы и патетические возгласы представителей хирургических кафедр и вообще хирургов на заседаниях обществ и на съездах не убедят меня в том, что хирургия самостоятельно выйдет на новые пути. Слишком сложны теперь возникающие проблемы. Новые пути ждут новых Вирховых, Пастеров и Листеров — людей со всеобъемлющей мыслью.

Мы же, пока что, должны подготавливать эти пути для будущего поколения. Конечно, эти пути не в усиленной пропаганде среди молодежи новых идей, может быть, иногда и правильных, но не дающих пока ничего реального, — идей, которые еще неизвестно к чему приведут хирургию. О них можно говорить только вскользь.

Наша обязанность показать, чего достигла современная хирургия и что стоит в ней более или менее незыблемо.

В этом отношении я вполне разделяю взгляд Лериша, который говорит, что в сущности мы остались эмпириками, работая так, как будто у каждого из нас есть особый дар, и не заботясь о том, чтобы оставить нашим ученикам и последователям хорошо

обоснованную базу, платформу, от которой они могли бы идти выше и дальше, чем мы... Мы не должны продолжать работать так, без метода, имея о разных вещах отрывочные сведения и ожидая всего от нашего личного опыта.

Эту базу Лериш предполагает создать путем обмена мнений крупных хирургов на с'ездах по разным основным вопросам и «голосовать всякий раз окончательные и определенные решения, с которыми был бы согласен весь мир». Но здесь Лериш несколько увлекается: он забывает, что в конце своей лекции он говорит, что не следует демократизировать хирургию, что, наоборот, ее нужно аристократизировать до максимума. А ведь аристократ индивидуален, индивидуальны в большинстве и хирурги, и думается мне, что вряд ли скоро наступит время, когда собрание индивидуалистов сумеет вынести решения, которые «признал бы весь мир».

Потому я считал бы более правильным не толкать начинающую молодежь на только-что намечающиеся в хирургии пути, - пути, на которых, в сущности говоря, еще ничего не сделано, где еще ничего нет, кроме потоков слов, фантазий и редко хороших мыслей, а лучше обращать внимание на то, что более или менее твердо стоит в хирургии, и убеждать изучить сначала это. В хирургии так много передуманного и блестяще исполненного, что серьезное знакомство со всем этим гораздо больше расширит горизонты мышления молодого хирурга, чем современный фейерверк, коварно манящий его к сомнительной славе. Последний путь, конечно, заманчивее, тем более, что он гораздо легче первого.

Для следования по нем и успеха сейчас нужен главным образом хорошо повешенный язык, и... успех тогда у толпы обычно обеспечен.

Может быть, правда и режет несколько ухо, но что же делать:

Когда всю правду скажем мы юнцу, -

Не угодим бесперому птенцу;

Впоследствии-ж, когда промчатся годы,

На шкуре собственной узнает он невзгоды,

И мнит, что сам он до всего дошел,

И говорит: учитель был осел. (Фауст Ч. II).

Что еще мешает развитию хирургии и задерживает ее на распутьи – это необыкновенный рост литературы. Пишут буквально все, кому только не лень.

Можно ли прочитать все, что пишется по той или другой специальности? Думаю, что нет. Что же касается до прочтения работ, соприкасающихся с данной специальностью, то уверен, что выполнить это невозможно.

Для такого писания имеются различные мотивы.

Одни пишут потому, что думают, что своими работами делают важные открытия, другие – чтобы закрепить за собой приоритет, третьи – просто для того, чтобы не умолчать, чтобы знали, что в городе N проживает Петр Иванович Добчинский, и наконец, четвертые, теперь особенно многочисленная группа, – для того, чтобы иметь «научный стаж».

Вовсе не ново все то, чего кто-нибудь никогда еще не видел. Большой частью более опытные видели это или нечто подобное и уже давно описали в своих работах.

Но это все личные мотивы и о них говорить не приходится. Сражаться с ними – это уподобиться Дон-Кихоту, ибо человек в личной жизни всегда останется человеком. Можно просить только, чтобы в преследовании своих личных целей не забывали бы и об интересах хирургии.

С другими мотивами, побуждающими к безудержному писанию, можно до некоторой степени бороться, если всмотреться в них.

«Чувствуется, пишет Зауербрух, что очень много научных работ рождается не по внутренней потребности их необходимости, а потому, что требуется написать что-то научное или потому, что издателю нужно что-либо для какого-либо юбилейного сборника ко дню пятидесятилетия». А что же сказать про нас, у которых сборники печатаются к 20, 30, 35, 40 и т.д. летним юбилеям?

От наших издателей и редакторов тоже нет отбоя. Они постоянно просят написать «что-нибудь» в юбилейный сборник, юбилейный номер или просто номер какого-нибудь журнала. Кому нужна эта литература? Ведь юбилейные сборники в общем обречены на забвение.

Количество журналов растет с ужасающей быстротой, как будто в них действительно большая необходимость: для журналов нужны работы и их пишут, а редакторы охотно их принимают, часто мало заботясь о их ценности. Наши губздравы как будто тоже конкурируют между собой в этом направлении, и не успеет один губздрав начать издавать специальный журнал, как сейчас же появляется новый журнал у другого губздрави.

Вразрез с этими фактами звучит фраза Лериша, что «во Франции мы выиграли бы очень много для дела, если бы существовал один только большой хирургический журнал. Во всех странах, говорит он, слишком много журналов».

То же мнение сквозит в статье Зауербруха, так же думаю и я. Порождает массу лишних работ не научная мысль и потребность в них, а размножающиеся журналы, возникающие из различных соображений издателей и редакторов, часто вовсе не научного

характера.

Я уверен, что многие согласятся со мною, что научная ценность работ теперь значительно понизилась.

«Возьмем любой хирургический журнал за последнее десятилетие. Какая бесконечная работа и как мало новых ведущих вперед мыслей!» (Лик) Или: «Клинические работы в журналах обычно слишком много останавливаются на частностях и переоценивают прежде всего модные методы исследования и их результаты. Трудные и часто вовсе недостоверные исследования крови и соков, химические реакции, преувеличенная рентгеновская диагностика создали удивительное врачевание. Оно уже начинает переставать считаться с тем, что было самым важным в нашем искусстве, - с непосредственным наблюдением больного человека при помощи нашего мышления» (Зауербрух).

Кто часто возвращается среди современных молодых врачей, тот не может не обратить внимание на то, как охотно они следят за всякими «коэффициентами» и реакциями, диагностирующими болезнь. *Pium desiderium*⁸ – найти реакции для диагноза всех болезней. Как было бы тогда хорошо: сделана реакция, и диагноз ясен. И вот – выдумывают и проверяют реакции. Определяют в крови количество кальция, ищут гипергликемию, гипердреналинемию, каталазу, липоиды и многое-многое другое, стараются притянуть все это к больному для диагноза, а в конце-концов оказывается, что при всех этих научнейших исследованиях просмотрены самые простые и доступные данные, которые объясняют картину болезни или те или другие явления.

Правда, может быть, некоторые из нас и виноваты, как говорит Зауербрух, в том, что недостаточно руководят литературной работой своих молодых сотрудников, ибо приходится встречать такие работы, из которых очевидно, что стоящий во главе учреждения, несомненно опытный врач, не просматривал этих работ до помещения их в печати. Маленькое извинение, которое можно принести по этому поводу, заключается в том, что у авторов, несколько подросших, появляется повышенная чувствительность к критике на их работы в какой-бы то ни было форме.

К коэффициентам большинство относится *cum grano salis*⁹, но продолжает пользоваться ими у постели больных... чтобы все было научно.

«Возьмем знаменитые мочевые коэффициенты», говорит Бурже. «Считая только главные, я нахожу их не менее тридцати... Если химик хочет доставить врачу-практику известность, то

⁸ Благое намерение (прим. модератора)

⁹ с оговорками (прим. модератора)

неприменно выразит ему уважение коэффициентом. Это увековечит его имя в потомстве».

Безусловно согласен я с Заурбрухом еще в том, что молодых врачей слишком много и слишком рано заставляют заниматься научными работами. В громадном большинстве случаев они не знакомы со сложной техникой современных исследований, нередко от них ускользает даже идея, и если руководитель сам проделал по крайней мере половину работы, то получается еще кое-что, а если нет, то бывает, что лучше, чтобы такой работы вовсе не было. А между тем, работа сделана, потрачено много времени, надо ее напечатать. К услугам все нарождающиеся журналы...

Давно пора перестать оценивать врачей исключительно главным образом по количеству и объему их произведений.

Большинство таких работ, выходящих из под кнута профессорского или административного, только засоряет нашу медицинскую литературу, они, может быть, нужны *pro domo sua*¹⁰ и только ничтожная часть их дает кое-что для науки.

Я совершенно уверен, что масса читающий врачей не разбирается в потоке журнальных работ: надо иметь много опыта и знаний в своей специальности, чтобы уметь быстро отличать колосья от сорных трав, т.-е. по первым строкам статьи догадаться, стоит-ли читать ее дальше и не терять на это зря дорогого времени.

А редакторам и издателям все равно: им важно, чтобы существовал, какой он ни на есть, «их новорожденный»... журнал.

Наши хирургические общества тоже завалены работой: доклады и демонстрации без конца. Что демонстрируют: высушенные и раздутые, как колбасы, кишки, опухоли, вырезанные из разных частей тела, людей, двигающих своими конечностями после резекций суставов, или, как говорит Лериш, каждую неделю преподносят гастрэктомии, колоэктомии, остеосинтезы и т.д.

Что же тут особенного? О чем говорить? Похвалить такого хирурга? Не к чему. Все и так знают, что это хирург хороший.

И опять-таки прав Заурбрух, говоря, что Общества забыли свои задачи. В них слишком много слушают и мало критикуют.

Почему? Может быть, мы мало образованы для критики? Тогда надо заполнить этот пробел. Или боимся кого-либо обидеть? При стремлении к научной истине таких мыслей быть не должно. Или не хотим критикой обезкураживать выступление молодых сил? Никоим образом.

«Более зрелые нуждаются в побуждениях со стороны бурной молодежи. Но и этой последней безусловно нужны совет и

¹⁰ в защиту своих личных интересов (прим. модератора)

руководство опытных» (Зауербрух).

Так что же? Кто виноват в том, что хирургия на распутьи? Я думаю, что прежде всего то, что не на чно опереться ей сейчас на что-либо новое, вылившееся в реальные формы, а во-вторых, и сами мы слишком легкомысленно ведем ее на новые пути.

И вот, стоит она, связанная по рукам и ногам, на старых основах, обремененная ложными путями и упрямством идущих по ним, темпераментом и легкомыслием, бурно-кипучей деятельностью ее молодых адептов, неумением, может быть, зрелого поколения ввести в русло этот бурный молодой поток и сотнями тысяч пудов печатной бумаги.

Да, стоит она, как русский древний витязь, в раздумьи на перекресте дорог и оглядывается на свое блестящее прошлое...

Скоро ли выйдет она на новый, истинный и славный путь!?

ЛИТЕРАТУРА:

Sauerbruch. Arch. f. klin. Chirurgie. 1925, Liek. Ibidem. 128. s 544. 1924, Idem. Ibid. 137 s 174. 1925, Rowsing. Gastrocoloptosis. Leipzig 1914, Ohly. Arch. f. klin. Chir. 128. S. 505. 1924, Kreuter. Deut. Zeitschr. f. Chir. 172. Westermann. Zeitschr. f. urolog. Chir. Bd. 16. 1924. Sudeck. Die Chirurgie Kirschner-Nordmann. Lief. 2. 1925, R.Leriche. La presse medicale № 39. 1925, Maurice Duplay, Nos medecins, Paris. Бурже, Некоторые заблуждения и обманы в модной медицинской науке, СПб, 1911, Перевод со 2-го издания. Sauerbruch. Munch. med. Wochenschr. 1926 N 2. Он же. Arch. f. kl. Chirurgie, Bd. 138, s. 428-1925.

Знаменательно, что и в Америке начинают появляться статьи подобного же характера. Мне пришлось познакомиться с такой статьей Willis'a (Surgery, Gynec. Obst. 1926, № 3 Mars) уже после того, когда моя статья была сдана в печать. Willis пишет, между прочим, что, судя по статистикам крупнейших хирургических клиник, можно думать, что смертность при операциях на щитовидной железе, желудочно-кишечном тракте и на тазовых органах скоро дойдет до нуля и наступит день, когда смерть больного будет приписываться не техническим погрешностям, не методу хирургического лечения или недостаткам хирурга, а исключительно своеобразным особенностям организма погибшего больного.

Подражая оптимизму и блестящему примеру руководящих клиник, все большее и большее число хирургов с незначительным опытом берутся за крупные операции, не учитывая всех трудностей. Результаты этих операций редко появляются в литературе...

Автор указывает, между прочим, что в Соединенных Штатах на 110 миллионов населения погибают ежегодно 16.000 человек, т.-е. 44 человека, в среднем, в день. Процент смертности, понизившийся при заболеваниях в малом тазу, может объясняться консервативным лечением, вытеснившим раннее хирургическое вмешательство...

Ряд фактов приводят автора к выводу, что в современной хирургии таится что-то в корне неправильное.