

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА

Труды С. С. Юдина по вопросам военно-полевой хирургии имеют большое значение. В них излагается большой опыт С. С. Юдина по лечению раненых в период Великой Отечественной войны.

Основным направлением в лечении раненых С. С. Юдин считает: широкую хирургическую обработку ран; местное и общее применение сульфамидных препаратов; глухую длительную гипсовую повязку. Это направление С. С. Юдин настойчиво проводил при лечении раненых в период Великой Отечественной войны.

С. С. Юдин в своих трудах дает четкое определение хирургической обработки ран, показаний к хирургической обработке в зависимости от стадии и распространения инфекции, а также очень четко определяет размер и технику операции.

С. С. Юдин указывает, что хирургическая обработка раны вовсе не включает в себя обязательное применение первичных швов. Хирургическая обработка раны — это большая, тонкая, порой очень трудная и ответственная операция.

С. С. Юдин в своих трудах тщательно описывает применение сульфамидных препаратов и, в частности, стрептоцида, указывая на исключительно большое значение применения этого препарата как с точки зрения предупреждения развития гнойной инфекции, так и непосредственно для лечения инфицированных ранений.

Положительные результаты лечения сульфамидными препаратами, полученные С. С. Юдиным, подтверждаются целым рядом бактериологических исследований, которые проводились как в московских лечебных учреждениях, так и во фронтовых. Правда, за последнее время сульфамидные препараты не находят такого широкого применения в практике, поскольку они заменяются такими еще более эффективными препаратами, как антибиотики, но помнить о применении сульфамидных препаратов при лечении ранений необходимо.

На большом количестве наблюдений как личных, так и предоставленных С. С. Юдину проф. Б. А. Петровым и проф. Д. А. Араповым С. С. Юдин с большой убедительностью доказывает полезность и необходимость применения глухой гипсовой повязки при лечении огнестрельных ранений, особенно с повреждением костей.

С. С. Юдин достаточно убедительно доказывает, что если и отмечались случаи некоторых осложнений при применении гипсовых повязок, то в этом, конечно, меньше всего виноват метод, а больше всего неопытность тех лиц, которые его применяют.

В своих трудах С. С. Юдин освещает и ряд других вопросов, как, например, применение новых средств для лечения раненых в разные периоды войны, вопросы обезболивания и подготовки кадров. Он отмечает, что

военные врачи должны владеть рядом способов обезболивания; выбирать и рекомендовать необходимо те из них, которые лучше всего разрешают задачу обезболивания для каждого раненого или больного индивидуально, с учетом обстановки. С. С. Юдин указывает на необходимость иметь компетентных наркотизаторов, правильно считая, что снабдить медицинские учреждения любыми наркозными аппаратами можно, но не будет людей, умеющих ими пользоваться.

С высказанными С. С. Юдиным пожеланиями по подготовке кадров анестезиологов необходимо согласиться.

Число средств и методов анестезии, рекомендуемых С. С. Юдиным, очень велико: эфир, хлорэтил, закись азота, местная и проводниковая анестезия, спинномозговая анестезия, эвипан. Каждому из этих препаратов С. С. Юдин дает соответствующую оценку.

С. С. Юдин касается в своих трудах и таких вопросов, как снижение послеоперационной смертности у раненных в живот, хирургия черепно-мозговых ранений, профилактика раневых остеомиелитов. Кроме того, представляет большой интерес раздел «Руководящие соображения», где автор еще раз суммирует свои наблюдения и опыт, пытается подвести итоги и окончательно унифицировать принципы и методы, по которым должно проводиться лечение с места ранения до тыловой базы.

Большой интерес представляют «Предисловия» С. С. Юдина к первому и второму изданиям его трудов. «Предисловия» по существу являются исторической справкой по вопросам состояния лечения раненых не только у нас, но и за рубежом.

Интересны рассуждения С. С. Юдина в первом «Предисловии» по вопросам, касающимся отдельных специальностей, которые постепенно выделялись из хирургии. По нашему мнению, С. С. Юдин дает неправильное определение травматологии. Травматология — это не наука о всевозможных случайностях, как это определяет С. С. Юдин, а наука, изучающая профилактику травматизма и лечение повреждений. С основными принципами травматологии должны быть знакомы все хирурги, но это не исключает наличия специалистов-травматологов.

Стиль изложения оригинальный и соответствует стилю многочисленных выступлений Сергея Сергеевича. Благодаря тому что все работы написаны красивым литературным языком, они читаются с большим интересом.

Я уверен, что изучение трудов С. С. Юдина будет очень полезным для всех хирургов, которые должны быть знакомы с опытом, накопленным С. С. Юдиным — крупнейшим специалистом-хирургом — за долгие годы его плодотворной деятельности.

Действительный член АМН СССР
проф. Н. Н. Приоров



РЕЧЬ НА УЧРЕДИТЕЛЬНОМ ЗАСЕДАНИИ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

20 декабря 1944 г.

Наш праздник открытия академии представителям различных медицинских специальностей приносит, может быть, не одинаковую радость. Ведь работники теоретических разделов медицины и ее биологических дисциплин давно имели доступ в старую Академию наук, насчитывающую уже 220 лет своего существования. Эти врачи-теоретики были там желанными, деятельными членами и немало собою ее прославили: достаточно упомянуть имя Ивана Петровича Павлова.

В последние годы число академиков пополнилось и несколькими выдающимися клиницистами: Н. Н. Бурденко, Н. Д. Стражеско и С. И. Спасокукоцкий. Но избрание этих ученых академиками было в большей степени выражением высшего почета и признанием их личных научных заслуг и само по себе не смогло существенно изменить структуру Академии в смысле организации особого отдела лечебной практической медицины. Они пополняли и украшали собой ряды русских ученых на общих собраниях Академии наук; они прославляли своими именами блестящие списки советских ученых здесь и за границей. Но русская лечебная медицина от этого не приобрела организованного, постоянного представительства и мощного, авторитетного установления в высшем ученом учреждении нашей страны.

В течение целых 200 лет в России медицина внутри Академии наук приходилась как-то «не ко двору». Причиной того было установившееся мнение, что медицина не есть настоящая, полноценная наука, а что если лекаря в своей практике иногда пользуются фактами и наблюдениями, научно проверенными, то основной успех их зависит чаще от личной опытности и индивидуального умения. Я намеренно применяю слово «умение», а не «искусство», ибо в те далекие времена лечебные и хирургические действия больше приближались к ремесленной сноровке, чем к искусству, а сами лекаря и хирурги по своему развитию и положению

стояли ближе к аптекарям, цирюльникам и зубодерам, чем, например, к философам, математикам или поэтам.

Впрочем, сам Петр Великий — основоположник Российской академии наук, не только не гнушался медиками, но, как известно, имел особый интерес, даже пристрастие к медицинскому делу. В Москве, в Лефортове, он открыл первую в России настоящую больницу и там же учредил первую медико-хирургическую школу.

И свою любимую мечту об открытии Академии наук он поручил осуществить врачу лейб-медику Блюментросту. Главнейшие части устава академии принадлежат самому Петру, а вся сложная организационная часть — и подыскание и приглашение 11 академиков — была поручена всецело Блюментросту. На это ушел весь 1724 г. Во многих иностранных газетах были опубликованы приглашения и выдержки из устава Академии. Блюментрост переписывался с десятками лиц в Страсбурге, Кольмаре, Голландии. Петр собственноручно писал князю Куракину в Париж и графу Головкину в Берлин: «Определили мы здесь Академию наук и художеств учинить, и в одну академию людей потребных сыскывать и принимать определенно — лейб-медику нашему Лаврентию Блюментросту. И когда он к вам писать о приеме которых людей будет и на каких кондициях, и тогда вы по письмам его все исправляйте и в чем надлежит вспоможение чините».

С самого начала Петр мыслил не об одном лишь развитии чистой науки, но и о практических целях; не о распространении в России только самой науки, но и о ее результатах, необходимых для народных масс. Петр глубочайшим образом продумал общий план и детали любимого дела и пришел к выводу, что заграничные образцы нам непригодны. «Здание к возвращению наук и художеств», по мнению Петра, должно было создаваться не по иноземным примерам, но «надлежит смотреть на состояние здешнего государства... и такое здание учинить, через которое бы не только слава сего государства для размножения наук нынешним временем распространилась, но и через обучение и расположение оных польза в народе впредь была».

Так говорилось в «Указе Сенату 20 января 1724 г.». Мы видим, что Петр считал нереальной пользу для страны от одной академии и потому одновременно с ней открывал и университет, где бы собрание «из самых лучших ученых людей», «науки производя и совершая», преподавало их русской молодежи. Об этих учениках академиков на докладе Блюментроста Петр сделал собственноручную надпись: «Надлежит по два человека еще прибавить, которые из словенского народа, дабы могли удобнее русских учить, а каких наук написать именно».

Петр не дожил всего нескольких месяцев до открытия своей академии, хотя много контрактов с заграничными учеными было заключено при его жизни. Императрица Екатерина I меньше чем через месяц писала своим послам за границу подтверждение воли покойного императора об академии, «яко зело подобное дело в пользу государственную», и приказала уже приглашенных академиков «обнадежить императорской милостью, чтобы с контрактами, без сумнений, следовали сюды».

15 августа 1725 г. в Летнем дворце лейб-медики Блюментрост на торжественной аудиенции представлял императрице несколько первых академиков.

*
*
*

Простите мне эту краткую экскурсию в глубь веков, к колыбели Академии наук, мысль о которой так лелеял умнейший из русских царей. Эта родная старина дорога нам, русским людям, сейчас вдвойне. Во-пер-

вых, мы ныне присутствуем на торжестве открытия высшего научного медицинского установления в нашей стране, являющегося прямым продолжением идеи той самой петровской академии. Во-вторых, наша академия рождается в заключительный период грандиозной войны, когда русский народ бьется против врагов на тех самых рубежах — на Пруте и в Прибалтике, где совершал свои походы Петр, на тех самых местах, где сражались наши прапрадеды 200 лет назад.

Любопытно напомнить, что и денежное содержание академии составилось по личному распоряжению Петра из доходов таможенных и лицензионных с вновь завоеванных городов: Нарвы, Дерпта, Пернова и Арнсбурга.

*
*
*

Итак, уже по мысли самого гениального преобразователя, академия состояла из «социетета художеств и наук» и была «собранием ученых и искусных людей, кои не токмо сии науки знают... но и через новые инвенты оные совершить и умножить тщатся...».

Формальное отделение всех искусств в особую Академию художеств состоялось только при Екатерине II; до этого Академия наук включала в себя и все тогдашние искусства.

А в дальнейшем, как мы знаем, медицина не смогла войти полноправным членом ни в ту, ни в другую академию.

*
*
*

Но мелькали годы, чередовались столетия. За два века медицина значительно выросла. Успехи ее иногда бывали поистине блестящи. Вспомним полные, окончательные победы над оспой, бешенством, дифтерией; открытие антисептики, иммунитета; вдумаемся в величие абсолютной победы над болью. Через два года наша академия будет отмечать этот величайший праздник мировой культуры — столетие хирургического наркоза. Парализовать боль! Победить природу! Ведь это же естественно. Да, но это уже факт, даже привычный. По своей значимости, по гениальности наркоз мало с чем сравнить за последнее столетие.

Медицина возмужала, приобрела солидные собственные базы, притом безусловно строго научные. Их оказалось много, порой слишком много. Некоторые конкурировали и противоречили друг другу. Появились «кризисы» в медицине и так называемые «распутья». Это вызывало к жизни обширные, солидные попытки создания теорий медицины, с почти неизбежными повышенными надеждами и торопливыми разочарованиями. И почти каждый раз такие обманутые надежды в огорченных душах исследователей оставляли не только горький осадок, но прямо или подсознательно нашептывали вопрос: «Да что же это за наука, наша медицина? Какая тут доля науки и сколько голого эмпиризма?» Или еще: «Чего тут больше: науки или искусства?».

Вот главный вопрос. Ответ на него в значительной мере предопределяет собой задачи и программу работ нашей академии. Я, разумеется, не претендую предложить вашему вниманию широкое, подробное и безупречное решение. Но, имея высокое доверие Оргкомитета для сегодняшней речи, я считаю недопустимым вовсе уклониться от этого важного принципиального вопроса.

Структура нашей академии подсказывает рассмотрение вопроса раздельно в отношении каждого из трех отделений.

По адресу двух из них буду максимально краток. Сомнений нет, что в отделении медико-биологическом строго научная методика работы господствует почти безраздельно.

Это относится и ко второму отделению, где раздел микробиологии — чисто научный, а в разделы эпидемиологический и гигиены к этому добавляется важная сумма сложных организационно-административных мероприятий.

Клиническое дело мне больше знакомо, но ответ дать сложнее. Облегчу себе сначала терминологию и вместо высоких терминов «наука и искусство» изберу, хотя бы в отношении родной мне хирургии, термины «знание и умение»; пусть пока они звучат скромней.

Так вот. Пока лекаря руководствовались одной эмпирикой, семейной, наследственной рецептурой, а наиболее талантливые из них — интуицией, никакой настоящей науки, разумеется, не было; но само лечение часто проводилось довольно успешно.

Нужда заставляла врачей быть особо внимательными к жалобам, особенно наблюдательными к признакам, сугубо вдумчивыми и осторожными в назначениях и виртуозными до предела в оперативной технике.

От своих учителей я слышал много увлекательных, захватывающих рассказов и об изумительной, проникновенной диагностике и былом феноменальном хирургическом мастерстве.

Когда со второй половины XIX века в созерцательную деятельность и сферу индивидуального искусства врачей стали врывать одно за другим крупнейшие научные открытия: инфекционный характер многих болезней, целлюлярная патология, учение об иммунитете, о нервной трофике, о различных неспецифических и специфических стимуляторах; когда к этому добавились многие изумительные технические открытия, разнообразнейшие виды общей и местной анестезии, чудеса рентгенологии и электрокардиографии — то хорошенько проверить, спокойно взвесить и взаимно сопоставить все это не всегда удавалось в должной степени. Во-первых, открытия эти порой сыпались как из рога изобилия, вызывая своего рода затруднение от переизбытка. Во-вторых, некоторые из них были (или казались) настолько значительными, что увлекали не только самих изобретателей, но и других врачей, даже ученых. Увлечение новой теорией или новым открытием продолжалось дольше или меньше. Круг участников оказывался шире или уже. Но ни одно из перечисленных замечательных научных открытий не смогло еще само по себе решить ни теории, ни тем более практики индивидуальной лбывала стройдины. Этой задачи явно не смогут решить ни новейшие, тоже выдающиеся, достижения химио-сульфамидотерапии, ни грибковые экстракты, ни фаги.

А ведь сколько раз уже делались поползновения со стороны врачей-теоретиков не только изобретать, чаще всего универсальные, методы лечения, но иногда довольно энергично самим и проводить таковое. И вот, фанатически убежденные в своей односторонней теории или в магическом действии своего изобретения, лечить самых разнообразных, часто очень тяжелых больных принимались сами биохимики, бактериологи или общие патологи. Научная концепция чаще всего бывала стройдина и даже убедительной, но применение ее на практике — неумелым, часто просто беспомощным. Клиническая документация прямо поражала своей наивностью. Рано или поздно эти односторонние теоретические увлечения для самого метода почти неизбежно заканчивались неудачей, для автора — огорчением, для врачей — очередным разочарованием, увы, для больных — иногда катастрофой.

Это неизбежно. Пора это понять и поменьше повторять ошибки прошлого, когда теоретики и изобретатели встречали слишком широкую и порой слишком высокую поддержку. Контроль и апробация всевозможных научных открытий отныне составят важную задачу нашей академии.

Но как бы увлекательны, даже гениальны ни были будущие откры-

тия теоретиков медицины, сами они вряд ли сумеют толково использовать их во всей многообразной человеческой патологии. Дело это требует не только теоретических научных знаний, но и практического умения, которое в особо трудных случаях поднимается до высоты искусства.

Мудрено ли, что теоретики не знают многих важных мелочей лечебного дела, если и в среде клиницистов увлечение собственной специальностью идет иногда явно во вред больному. Один пример.

Операбильный рак желудка. Теряя драгоценное время, диетолог поправляет общее состояние больного, чтобы повысить шансы на выздоровление после операции. Успех подготовки блестящий: больной прибавил 5 кило веса. Диетолог торжествует, не понимая, какой значительный вред он причинил больному. Эти 5 кило чрезвычайно затрудняют производство операций, т. е. весьма повысят ее риск.

Нет. Лечить больных пока еще должны врачи-клиницисты. Из этого принципа надо исходить, планируя больницы, институты и деятельность нашей академии. И вряд ли уже есть достаточно оснований создавать клинические отделения при бактериологических, биохимических, даже патологоанатомических институтах, меняя существующий обратный порядок. И не потому только, что гуманней и нравственней науку использовать для лечения людей, чем наоборот, а потому, что врачи-теоретики не сумеют, не справятся с лечебным делом. В более простых случаях нужны умение и опыт, в более трудных, а их немало — настоящее врачебное искусство, недостаток научных обоснований может восполняться умением и искусством лечить. При неумении пользоваться плодами науки никакие высшие знания не помогут.

Величайшая и труднейшая задача нашей академии в том и состоит, чтобы гармонически сочетать и в максимальной степени использовать знания и экспериментальные данные теоретиков с наблюдениями, опытом с искусством клиницистов. Это мыслимо лишь при условии, что организация наша не будет одним лишь собранием академиков, поглощенных развитием только своих собственных идей и работами в своей узкой специальности, но если каждый из нас искренне и горячо будет стремиться к прогрессу нашей медицины в целом.

Понятно, какая ответственная задача ложится на рабочий президиум академии.

* * *

Если доля искусства значительна в любой клинической специальности, то особенно велика роль мастерства в хирургии. Это настолько понятно, что комментарии излишни. Но если разработку и преподавание хирургии в медицинских институтах и даже в институтах усовершенствования врачей следует вести, ориентируясь на исполнителей из числа средних врачей, то, может быть, в клинических отделениях академии уместно разрабатывать и испытывать такие операции, которые являются вершинами наших современных возможностей. Они должны служить первыми робкими экскурсиями в запредельные края, по путям трудным, опасным; через туманы, трещины и провалы; по дивным тропам вершинам, где ярко светит солнце.

По этим первым проторенным тропам постепенно попробуют пуститься в трудный путь и другие.

Есть они — эти трудно достигаемые образцы русской хирургии, которые надо еще дорабатывать, но которыми мы уже вправе гордиться перед всем миром. Кто мог дерзать на лечебную перерезку проводящих путей внутри продолговатого мозга? Академик Бурденко это сделал уже много раз. Кто мог думать, что рак кардии и нижнего конца пищевода станет

доступен иссечению? Академик Савиных блестяще доказал это уже свыше сотни раз. А изумительные филигранные пересадки трупной рогаговицы академика Филатова, с возвращением зрения сотням абсолютно слепых людей?

И многое другое. Мне скажут, что подобное сверхмастерство — счастливый удел немногих виртуозов. Конечно. Не каждый это может. Отбор нужен везде.

Но то, что вначале представляется непреодолимым, впоследствии иногда блестяще дается и другим. Так, например, некоторые концерты Паганини бесконечно сложны по композиции и стоят на грани возможного для исполнения. А сколько раз за последнее время все мы слушали по радио виртуозное исполнение их русской девушкой Мариной Козолуповой!

Так и вершины хирургии. Лишь бы отыскать пути; лишь бы в первые разы туда проникнуть. В этих поисках — одна из задач академии.

Конечно, для того чтобы перенимать завоеванные знания, необходимо, чтобы научный уровень университетских преподавателей был достаточным. И если комплектование профессорских и ассистентских кадров при увеличении числа мединститутков во много раз по сравнению с дореволюционным и должно было обнаружить неизбежные болезни роста, т. е. начальное снижение качества, научного ценза, то пора установить предельные сроки для занимания профессорских кафедр без докторских степеней и ассистентских должностей — даже без попыток к кандидатским диссертациям!

Наша академия должна являть собой для всей страны пример ученого установления, куда нельзя рассчитывать попасть никоим образом. иначе как по бесспорным, значительным научным заслугам, — ни академиком, ни корреспондентом! Академия ревниво должна охранять эту привилегию не только для сохранения чистоты своих рядов, но и для морального влияния на врачей всей нашей страны.

Мне кажется, не худо изредка поднимать и пересматривать вопросы морали и врачебной этики. Особенно теперь, когда десятки тысяч врачей прошли ускоренное обучение, порой у случайных преподавателей. Да и сама война, создавая необыкновенные возможности для практического самообучения, вместе с тем легко портит врачебные нравы. Именно благодаря излишней преждевременной самостоятельности и бесконтрольности. В результате вырабатывается слишком легкое отношение к вопросам жизни и смерти. Мне кажется, что профессию врача нельзя приравнять к профессии инженера или агронома. В двух последних случаях их личная карьера и их профессия не бывают в особых противоречиях. Если врач избрал и использует свою профессию в основном для личного обеспечения, плохой он будет врач. Истинное врачебное призвание, мне кажется, предусматривает некоторую долю подвижничества.

Наша академия каким-то образом должна будет хоть изредка поднимать эти вопросы.

Но если наша академия должна не только сама развивать науку, но и руководить медицинской наукой всей страны, то существенной задачей является и представлять собой советскую медицинскую науку на международной арене. Проблема, на мой взгляд, важная.

В самом деле, после того, как русский народ отбил свою страну в одиночку от нападения соединенных армий всей континентальной Европы, после того, как Советская страна показала непревзойденные образцы организованности промышленности и транспорта в периоды небывалых военных трудностей и напряжений, после того, как изумленный и благодар-

ный мир пытается понять «русскую загадку», углубляясь в анализ кампаний Суворова и Кутузова, изучая русский народ и его душу по переводам Толстого, Тургенева и Достоевского, — после всего этого настало время представить Европе и Америке те драгоценные медицинские богатства, коими мы сейчас владеем, и с таким запозданием напомнить им о том, о чем многие иностранцы даже не подозревают. Да только ли иностранцы?

Ведь Преображенский в своей диссертации много раньше любых иностранцев дал исчерпывающие материалы для обоснования теории и практики физической антисептики. Работа блестящая, вполне законченная, абсолютно оригинальная. За границей о ней нигде не знают.

Снегирев, а не иностранец Пинкус, начал и широко использовал вапоризацию полости матки.

Владимиров первым придумал и задолго до Микулича осуществил костнопластическое удлинение стопы.

Всемирно принятый контрольный симптом для диагноза перитонита много раньше Блюмберга был предложен Щеткиным — главным врачом губернской больницы в Пензе.

Никольский давно уже ввел дубящий метод для лечения ожогов, тот, который ныне является всемирно принятым под именем Бетмена.

Академик Джанелидзе в недавнем блестящем исследовании неоспоримо доказал, что именно русские авторы являются пионерами большинства ныне господствующих методов пересадки кожи.

Наши ряды украшает Владимир Петрович Филатов. Он всемирно прославлен не только пересадкой роговицы, но и своим кожным мигрирующим стеблем. А приоритет и славу он успел защитить от какого-то немца. Но Владимиру Петровичу легче: он в Одессе был, так сказать, на международных путях.

Труднее моему другу академику Савиных. Андрей Григорьевич на отлете, в глухой тайге. Туда отовсюду далеко. И вот в конце 1943 г. в солидном американском журнале описывается тотальная гастрэктомия на основе собственных двух случаев, со ссылкой на 265 чужих работ, среди коих нет ни одного упоминания о Савиных. Зато есть прекрасные рисунки и подробное описание диафрагмотомии.

Ничего, дорогой Андрей Григорьевич! Теперь в нашей академии вы опубликуете работу о 260 собственных операциях, со ссылкой на две иностранные работы.

Издательская деятельность нашей академии должна с самого начала стать одной из важнейших задач. Издания эти явятся зеркалом, отображающим успехи нашей науки для всей страны и заграницы. Поэтому надо систематически отбирать лучшие работы советских ученых для своевременной публикации их на английском языке.

Это — язык большинства человечества. И не пора ли подробнее ознакомиться наших союзников хотя бы с лучшими трудами классика военной хирургии Н. И. Пирогова — лучшего хирурга тогдашней Европы, гордости русского народа.

Я сберег это великое имя, чтобы его заветами закончить свою речь. Выше я говорил о многих целях и задачах академии. Но есть у нее первейшая, внеочередная задача — помочь нашему народу выиграть войну. Лечение раненых — не только гуманный долг, но важнейший путь комплектования войск. Мы вступаем в заключительный, победный тур боев, который может оказаться весьма кровопролитным. Все отделения, все институты академии должны всемерно откликнуться и подготовиться помочь предстоящим жертвам и спасти жизни тех, кого пуля срывает у самого порога окончательной победы.

Следуя заветам и примеру академика Пирогова, наши академики С. С. Гирголав, В. И. Воячек, П. А. Куприянов и сам главный хирург Красной Армии Николай Нилович Бурденко работают постоянно или часто выезжают туда, где у русских людей горячая кровь льется из дымящихся ран...

Следуя заветам Пирогова, нам надо тщательно продумать и научно подытожить весь грандиозный опыт текущей войны. Ведь на опыте и выводах Пирогова мы жили до 1914 года. Сейчас необходимо суммировать данные и дать практический анализ методам лечения совсем иным, чем то было в первую мировую войну.

Наконец предстоит и уже началась эра восстановительной хирургии для бесчисленных инвалидов войны.

Глядя на них, на раненых, сердце кипит, душа негодует. И вдруг встает вопрос: «А что, в стенах академии можно давать кипеть сердцу? Или там задачи науки в любых обстоятельствах требуют беспристрастия, сдержанности, холодности?».

Я не сумею решать такие вопросы за нашу академию, поскольку она еще новорожденная. Я не решаюсь рекомендовать свою мысль академикам, ибо большинство из них старше меня, а следовательно, мудрее меня в таких вопросах. Отвечу за себя лично.

